Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2021-10-12 kl. 13:00

Plats: Digitalt

Ärenden

1	Val av protokollsjusterare	
2	Fastställande av dagordning	
3	Föregående mötesprotokoll	4 - 35
4	Anmälan av informationshandlingar - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2021	36
5	Anmälan av delegationsbeslut - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2021	37
6	Inkomna remisser, promemorior och motioner	38 - 43
7	Kurser och konferenser	44
8	Aktuell information	
9	Månadsrapport	45 - 59
10	Frågor	60 - 62
11	Återrapportering från andra forum	

Informationsärenden och aktuellt

12	Uppskjuten vård	63
13	Information om ökad tillgänglighetsmedel-prestationsdel	
14	Forskning och utveckling- Life science	

Beslutsärenden till regionfullmäktige

15	Bilaga till budget 2022- tandvårdstaxa	64 - 78
16	Delårsrapporter 2021	79 - 175

Beslutsärenden för nämnden

17	Remiss - Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga	176 - 876
18	Ombyggnad av Värnamo folktandvård	877 - 881
19	Remiss - God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa	882 - 1306

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2021-10-12 kl. 13:00

20	Remiss - Betänkandet Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården	1307 - 1677
21	2021/136 Delårsrapport verksamhetsområden	1678 - 1850
22	Sammanträdesplan 2022	1851 - 1854
23	Planen för att möta framtidens hälsa och sjukvård- Mätetal	1855 - 1903

Övrigt

24	Övriga frågor

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2021-10-12 kl. 13:00

Kallade
Ordinarie ledamöter
Rachel De Basso (S) ordf.
Martin Nedergaard-Hansen (BA) 1:e v ordf.
Thomas Bäuml (M) 2:e v ordf.
Erik Wågman (S)
Eva Eliasson (S)
Pernilla Mårtensson (KD)
Peter Iveroth (KD)
Helena Stålhammar (C)
Linda Gerdin (BA)
Jimmy Ekström (L)
Sibylla Jämting (MP)
Elisabeth Töre (V)
Lisbeth Andersson (M)
Håkan Karlsson Nyborg (SD)
Olle Moln Teike (SD)

Tjänstemän
Jane Ydman, regiondirektör
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
Anette Peterson, hälso- och sjukvårdsstrateg
Kristina Bertov, chefscontroller
Laura Habib, nämndsekreterare

Personalrepresentanter
Birgitta Svensson, Kommunal
Fatmir Zogaj, Vårdförbundet
Josephine Garpsäter, Naturvetarna
Carina Sjögren, Kommunal

För kännedom
Ersättare
Ann-Kristin Göransson (S)
Martin Malmerfors (BA)
Magnus Berndtzon (M)
Tobias Gyllensten (S)
Linda Vestman (S)
Emma Ewaldsson (KD)
Per Danielsson (KD)
Razvan Nichitelea (C)
Frida Aronsson (BA)
Angela Hafström (L)
Linus Perlerot (MP)
Bengt-Ove Eriksson (V)
Gunnel Svensson (M)
Mona Milton (SD)
Katja Ganekind (SD)

Regionråd
Maria Frisk (KD)
Marcus Eskdahl (S)
Rachel De Basso (S)
Per Eriksson (C)
Jimmy Ekström (L)
Martin Nedergaard-Hansen (BA)
Jon Hammarin-Heinpalu (MP)
Mikael Ekvall (V)
Malin Wengholm (M)
Samuel Godrén (SD)
Dan Sylvebo (-)

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00-16:45, Ajournerats 14:30-14:45, 15:40-15:50

Plats: Digitalt

Innehållsförteckning

		Diarienr	Sida
§ 118	Val av protokollsjusterare		4
§ 119	Fastställande av dagordning		5
§ 120	Föregående mötesprotokoll		6
§ 121	Anmälan av informationshandlingar - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2021	2021/19	7
§ 122	Anmälan av delegationsbeslut - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2021	2021/16	8
§ 123	Inkomna remisser, promemorior och motioner		9
§ 124	Kurser och konferenser		10
§ 125	Aktuell information		11
§ 126	Månadsrapport		12
§ 127	Frågor		13
§ 128	Återrapportering från andra forum		14
§ 129	Uppskjuten vård		15
§ 130	Logginformation/informationssäkerhet		16
§ 131	Etiska riktlinjer inom vården		17
§ 132	Klagomålshantering		18
§ 133	Regelbok primärvård inom vårdval i Jönköpings län 2022	2021/128	19 - 20
§ 134	Regelbok ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län 2022	2021/128	21
§ 135	Bilaga till budget 2022 - patientavgifter i vården 2022	2021/128	22 - 23
§ 136	Remiss av betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa SOU 2021:8	2021/699	24 - 25
§ 137	Övriga frågor		26

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00-16:45, Ajournerats 14:30-14:45, 15:40-15:50

Plats: Digitalt

Närvarande

Beslutande
Rachel De Basso (S) ordf.
Martin Nedergaard-Hansen (BA) 1:e v ordf.
Thomas Bäuml (M) 2:e v ordf.
Ann-Kristin Göransson (S) ers Erik Wågman (S)
Eva Eliasson (S)
Per Danielsson (KD) ers Pernilla Mårtensson (KD)
Peter Iveroth (KD)
Helena Stålhammar (C)
Linda Gerdin (BA)
Jimmy Ekström (L)
Tobias Gyllensten (S) ers Sibylla Jämting (MP)
Bengt-Ove Eriksson (V) ers Elisabeth Töre (V)
Lisbeth Andersson (M)
Håkan Karlsson Nyborg (SD)
Olle Moln Teike (SD)

Ersättare
Martin Malmerfors (BA)
Razvan Nichitelea (C)
Angela Hafström (L) § 118-131
Gunnel Svensson (M)
Mona Milton (SD)

Övriga
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
Anette Peterson, hälso- och sjukvårdsstrateg
Kristina Bertov, chefscontroller
Laura Habib, nämndsekreterare
Siv Kullberg, kanslidirektör § 130
Inger Offenbacher, utredare § 130
Eivor Blomqvist, utredare § 131
Joanna Mellqvist, utredare § 132

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00-16:45, Ajournerats 14:30-14:45, 15:40-15:50

Plats: Digitalt

Justering

Sekreterare

Laura Habib

Ordförande

Rachel De Basso (S)

Justerare

Jimmy Ekström (L)

Bengt-Ove Eriksson (V)

Protokollet är justerat 2021- - och justeringen är tillkännagiven på Region Jönköpings läns anslagstavla samma dag.

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 118

Val av protokollsjusterare

Nämnden utser Jimmy Ekström (L) och Bengt-Ove Eriksson (V) att tillsammans med ordföranden justera protokollet.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 119

Fastställande av dagordning

Dagordningen fastställs enligt utskickat förslag, med följande tillägg:

Thomas Bäuml (M) önskar lämna medskick under punkten övriga frågor.

Beslutets antal sidor
1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 120

Föregående mötesprotokoll

Föregående mötesprotokoll anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor
1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 121

Anmälan av informationshandlingar - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2021

Diarienummer: RJL 2021/19

Sammanställning av informationshandlingarna anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 122

Anmälan av delegationsbeslut - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2021

Diarienummer: RJL 2021/16

Sammanställning av vidaredelegationsbeslut anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 123

Inkomna remisser, promemorior och motioner

Sammanställning av inkomna remisser och motioner för juni och juli 2021, anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 124

Kurser och konferenser

Ordföranden informerar nämnden om presidiets beslut gällande de befintliga kurserna.

Beslutets antal sidor
1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 125

Aktuell information

Mats Bojestig, hälso-och sjukvårdsdirektör informerar och besvarar frågor från nämnden avseende:

- Antalet inneliggande patienter i covid-19,
- Antalet avlidna per vecka, i covid-19,
- Provtagning, från 8 juni 2020,
- Vaccination mot covid-19,
- Operationsverksamheten,
- Forskningsstudie är publicerad från Covid-IVA som visar på låg mortalitet jämfört med övriga Skandinavien.

Nämnden tackar för informationen och lägger den till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 126

Månadsrapport

Kristina Bertov chefscontroller, informerar och besvarar frågor från nämnden gällande juli månads ekonomiska rapport.

Håkan Karlsson Nyborg (SD) önskar föra en protokollsanteckning avseende ämnet. Ordföranden tolkar anteckningen som en fråga, och föreslår att den ska behandlas som en fråga inför nämndsammanträdet den 12 oktober 2021. Förslaget godtas av Håkan Karlsson Nyborg (SD).

Nämnden tackar för informationen och lägger den till handlingarna.

Beslutets antal sidor
1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 127

Frågor

Mats Bojestig hälso-och sjukvårdsdirektör, besvarar den anmälda frågan från Vänsterpartiet. Bengt-Ove Eriksson (V) önskar få bredare information gällande frågan om ambulanssjukvård, inför nämndsammanträdet den 12 oktober 2021.

Inger Offenbacher utredare, besvarar den emottagna frågan från Thomas Bäuml (M) angående behörigheter till patientjournaler, registrering av journalläsning samt säkerhet av patientjournaler.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 128

Återrapportering från andra forum

Ordföranden återkopplar om parlamentariska gruppens senaste möte, samt om uppdraget som gavs till tjänstemännen, att skriva fram en tjänsteskrivelse om hur mätetalen framtagits och vilka mätetal som den parlamentariska gruppen föreslår.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 129

Uppskjuten vård

Kristina Bertov chefscontroller, informerar och besvarar frågor från nämnden avseende:

- Antalet väntande på kirurgisk vård
- SVF- cancer (standardiserat vårdförlopp)

Nämnden efterfrågar en fördjupning och uppföljning i hur ledtiderna inom SVF kan förbättras, med en informationsdragning till nämndsammanträdet den 12 oktober 2021.

Nämnden tackar för informationen och lägger den till handlingarna.

Beslutets antal sidor
1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 130

Logginformation/informationssäkerhet

Siv Kullberg kanslidirektör och Inger Offenbacher, informerar och besvarar frågor från nämnden avseende:

- Loggranskningens mål och syfte,
- Innebörden av att läsa en journal,
- Loggningar visas via 1177 journalen,
- Stickprovskontroller i Cosmic,
- Framtida arbete.

Nämnden tackar för informationen och lägger den till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 131

Etiska riktlinjer inom vården

Eivor Blomqvist utredare, informerar och besvarar frågor från nämnden avseende:

- Riktlinjer för bemötande av patienter med förolämpande, hotfullt eller diskriminerande beteende.
- Patientens rätt att avstå vård
- Rätten till trygghet och säkerhet
- Konsekvenserna av förolämpningar, hot eller diskriminerande beteende
- Hänvisning till annan vårdgivare

Nämnden tackar för informationen och lägger den till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 132

Klagomålshantering

Joanna Mellqvist patientsäkerhetssamordnare, informerar och besvarar frågor från nämnden avseende:

- Bakgrunden till arbetet med klagomålshanteringen,
- Åtgärder som vidtagits,
- Arbetet som resulterat i konkreta riktlinjer och rutinbeskrivningar, kring hanteringen av synpunkter och klagomål,
- Intervjuer som en form av metod,
- Revisorernas bedömning och rekommendationer.

Nämnden tackar för informationen och lägger den till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 133

Regelbok primärvård inom vårdval i Jönköpings län 2022

Diarienummer: RJL 2021/128

Beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Överlämnar förslag till regelbok för primärvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2022 till regionstyrelsen, med ändringsyrkanden enligt nedan.

Reservationer

Sverigedemokraterna, Vänsterpartiet och Moderaterna.

Sammanfattning

Regelbok för primärvården inom vårdval i Region Jönköpings län är framtagen för 2022.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag presidiet 2021-08-24
- Missiv daterat 2021-08-23
- Regelbok för primärvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2022

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Ordföranden yrkar för koalitionen i Region Jönköpings län, bifall till föreliggande förslag till beslut med ett ändringsyrkande avseende sida 33 enligt nedan:

Stryka ~~”digitalt när det går, fysiskt om det behövs”~~
Lägg till - *utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.*

Ny text: Leverantören ska ha en namngiven resurs för samordning av vårdcentralens uppdrag inom e-hälso området.
Den namngivna resursen ska stödja och driva omställning till mer digitala arbetssätt – *utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.*

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

Thomas Bäuml (M) yrkar för Moderaterna i Region Jönköpings län, bifall till Moderaternas förslag till regelbok, enligt separat bilaga som framkommit under sammanträdet.

Håkan Karlsson Nyborg (SD) yrkar för Sverigedemokraterna i Region Jönköpings län, bifall till föreliggande förslag till beslut med följande ändringsyrkanden, *enligt bilaga 1.*

Bengt-Ove Eriksson (V) yrkar för Vänsterpartiet i Region Jönköpings län bifall till följande ändringsyrkande *enligt bilaga 2.*

Helena Stålhammar (C) yrkar bifall till koalitionens ändringsyrkande samt avslag på Vänsterpartiet och Sverigedemokraternas ändringsyrkanden.

Martin Nedergaard-Hansen (BA) yrkar bifall till koalitionens ändringsyrkande samt avslag på Vänsterpartiet och Sverigedemokraternas ändringsyrkanden.

Beslutsgång

På ordförandes fråga avslås Moderaternas förslag på regelbok och nämnden bifaller koalitionens förslag till beslut.

På ordförandes fråga avslås Sverigedemokraternas och Vänsterpartiets ändringsyrkanden.

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Beslutets antal sidor

2

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 134

Regelbok ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län 2022

Diarienummer: RJL 2021/128

Beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Överlämnar förslag till regelbok för ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2022 till regionstyrelsen, med detaljer kring utformningen av ST-utbildning och jourersättning samt ersättningar kopplade till dessa, återrapporteras till presidiet innan införande.

Sammanfattning

Regelbok för ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län är framtagen för 2022.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag presidiet 2021-08-24
- Missiv daterat 2021-08-23
- Regelbok för ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2022

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Ordföranden yrkar för koalitionen i Region Jönköpings län, bifall till föreliggande förslag till beslut med ett tilläggsyrkande i beslutet, enligt nedan:

Detaljer kring utformningen av ST-utbildning och jourersättning samt ersättningar kopplade till dessa återrapporteras till presidiet innan införande.

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 135

Bilaga till budget 2022 - patientavgifter i vården 2022

Diarienummer: RJL 2021/128

Beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Överlämnar förslag till regelverk Patientavgifter i Region Jönköpings län 2022 till regionstyrelsen. Samt att vid införandet är det viktigt att tydliga kriterier för vad som anses som distansbesök tillhandahålls.

Reservationer

Moderaterna, Sverigedemokraterna

Sammanfattning

Regelverk patientavgifter i Region Jönköpings län är framtagen för 2022.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag presidiet 2021-08-24
- Missiv daterat 2021-08-23
- Regelverk patientavgifter i Region Jönköpings län 2022

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Ordföranden yrkar för koalitionen i Region Jönköpings län, bifall till föreliggande förslag till beslut tillsammans med ett tilläggsyrkande till beslutet enligt nedan:

Vid införandet är det viktigt att tydliga kriterier för vad som anses som distansbesök tillhandahålls.

Thomas Bäuml (M) yrkar för Moderaterna i Region Jönköpings län, bifall till Moderaternas förslag till regelverk patientavgifter, enligt separat bifogat dokument som framkommit under sammanträdet.

Håkan Karlsson Nyborg (SD) yrkar för Sverigedemokraterna i Region Jönköpings län, bifall till föreliggande förslag till beslut med tilläggsyrkande, *enligt bilaga 3.*

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

Beslutsgång

På ordförandes fråga avslås Moderaternas förslag till regelverk patientavgifter, och nämnden bifaller koalitionens förslag till beslut.

På ordförandes fråga avslås Sverigedemokraternas tilläggsyrkanden.

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Beslutets antal sidor

2

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 136

Remiss av betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa SOU 2021:8

Diarienummer: RJL 2021/699

Beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

Reservationer

Vänsterpartiet, Moderaterna.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat betänkande *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8).*

Region Jönköpings län anser att de förslag till lagändringar som presenteras i betänkandet innebär att munnen bli en del av kroppen och att steg tas till att tandvården och hälso- och sjukvården närmar sig varandra. Region Jönköpings läns sammanvägda bedömningar är att det finns goda möjligheter att utredningens målsättningar på sikt uppnås genom riskbedömning och tandhälsoplan, samt genom att högkostnadsskyddets konstruktion och omfattning görs om och möjliggör att patienter med stora odontologiska behov oavsett betalningsförmåga omhändertas.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag presidiet 2021-08-24
- Missiv daterad 2021-07-23
- Yttrande daterad 2021-07-23
- SOU 2021:8

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Ordföranden yrkar för koalitionen i Region Jönköpings län, bifall till föreliggande förslag till beslut.

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

Thomas Bäuml (M) yrkar bifall till Moderaternas förslag till yttrande enligt *bilaga 4*:

Bengt-Ove Eriksson (V) yrkar för Vänsterpartiet i Region Jönköpings län bifall till ändringsyrkanden, *enligt bilaga 5.*

Martin Nedergaard-Hansen (BA) yrkar bifall till föreliggande förslag till beslut samt avslag på Moderaternas förslag till yttrande och Vänsterpartiet tilläggsyrkanden.

Beslutsgång
På ordförandes fråga avslås Moderaternas förslag till yttrande och nämnden bifaller föreliggande förslag till beslut.

På ordförandes fråga avslås Vänsterpartiets tilläggsyrkanden.

Beslutet skickas till
Socialdepartementet

Beslutets antal sidor
2

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 118-137

Tid: 2021-09-07 kl. 13:00

Plats: Digitalt

§ 137

Övriga frågor

Thomas Bäuml (M) lyfter två övriga frågor avseende nya uppdrag gällande fast vårdkontakt och utökat vårdval inom ögon. Ordföranden hänvisar Thomas Bäuml (M) att hantera frågorna under kommande budgetprocess.

Beslutets antal sidor
1

FS 2021-09-07

16 Regelbok primärvård inom vårdval i Jönköpings län 2022

Ändringsyrkanden:

Sid 17

Patienten har inte rätt välja vilken läkare som ska vara fast läkarkontakt. En patients önskemål om att en viss läkare ska vara hans eller hennes fasta läkarkontakt bör däremot tillgodoses om det är möjligt.

Ändras till:
Patienten ska ha möjlighet att välja vilken läkare som ska vara fast läkarkontakt.

Sid 32

Vårdcentralen ska vara öppen under vardagar mellan 08:00-17:00 året om med undantag för nationella helgdagar.

Ändras till:
Vårdcentralen kan bestämma sina öppettider under vardagar i intervallet 07:00-20:00 alla dagar. Information om öppettider eller ändring av dessa ska skickas ut till alla listade patienter.

För Sverigedemokraterna

Håkan C Nyborg

Bilaga 2

Region Jönköpings län
Nämnden för folkhälsa- och sjukvård
2021-09-07

Yrkande ärende 16
Sidan 40 i dokument (16.3) under rubriken 3.11, den första punkten, byta ut meningen som börjar med ”Lämpliga kompetenser…” till ”Det psykosociala teamet ska bestå av följande professioner: kurator, psykolog, psykiatrisjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och läkare.”

FS 2021-09-07

18 Bilaga till budget 2022 - patientavgifter i vården 2022

Bakgrund:

Antal uteblivna besök i vården där patient meddelat sent eller inget återbud uppgår idag till ca 2,3 % (Hälso- och Sjukvård) och 2,4 % (Folktandvården), vilket motsvarar nära 68 000 vårdbesök. Resultatet av detta är att vårdgivande inrättning lägger enormt mycket onödiga resurser och insatser som hade kunnat nyttjas mer effektivt. Vi förordar en administrationsavgift om 200 kr införs utöver ordinarie patientavgift vid uteblivet besök där patienten meddelat sent, eller inget återbud. En uppskattning är att andelen uteblivna besök kan sjunka till 50 000 st och att sju av åtta betalar sin administrativa avgift. Det skulle då innebära ett tillskott på 8,7 milj kr.

Den vård som regionen utövar gör ingen skillnad på vem den vårdbehövande patienten i fråga är, från vilken region, kommun eller annat land denne är sprungen från. Det är av stor vikt att kontinuitet följer i våra beslutförda patientavgifter samt att de ekonomiskt speglas likvärdigt oavsett patient. Region Jönköpings Län ska inte göra skillnad på vårdtagare och framför allt inte av den person som är folkbokförd i regionen.

Tilläggsyrkande

- Utreda ett införande av en administrationsavgift om 200 kr utöver ordinarie patientavgift vid uteblivet besök där patienten meddelat sent, eller inget återbud.

- Samtliga avgifter kopplat till gruppen asylsökande(n), regleras likvärdigt med gällande taxa som för övriga länsbor, och följer de patientavgifter som avser länssjukvård, primärvård och tandvård.

- Vid användning av språktolk debiteras patienten 310 kr. Digitala översättningsformer, ex. i form av appar eller andra språk-program, ska erbjudas kostnadsfritt.

- Tillståndslösa erbjuds akutvård & vård som inte kan anstå, enligt de patientavgifter som råder för övriga regionmedborgare.

- Dygnsavgift sänks procentuellt det antalet dygn som patient eventuellt utlokaliserats (placerats i korridor, dagrum el dyl.) enligt en framtagen beräkningsmodell.

För Sverigedemokraterna

Håkan C Nyborg

Förslag till FS 2021-09-07

§ 19 Remiss tandvårdsutredningen

Moderaterna lämnar följande förslag till beslut avseende yttrande över tandvårdsutredningen

Moderaterna delar många av grundprinciperna som framförs i utredningen där bl a en bärande princip är att behovet ska styra. Vi delar också synpunkter som framförs i yttrandet per 21-08-25 och tillstyrker detta, dock med två undantag;

Beträffande abonnemangstandvård uttrycks att en tandhälsoplan kan vara ett attraktivt och rationellt val för framför allt friska patienter och innebär då en negativ effekt på abonnemangstandvården eller frisktandvård. Vi konstaterar att den stora gruppen av de som har abonnemangstandvård har också i grunden en bra tandhälsostatus (vid sämre status blir avgifterna betydligt högre och avhåller från tecknande). Abonnemangstandvård är inte heller utbrett bland personer med sämre ekonomisk bärkraft. Om behovet ska styra måste tandvården prioritera personer med större behov vilket kan innebära att abonnemangskunder får vänta och därmed kan inte detta avtal innehållas. Vi delar därför utredningens syn på abonnemangstandvården.

I utredningen finns olika alternativa förslag till högkostnadsskydd. Förslag som innebär en av staten fastlagd avgift för patienten får till följd att den fria prissättningen sätts ur spel. Sverige hade en period av prisreglering (1974-1999) men den avskaffades. Eftersom privata tandläkare utgör en stor del av de som utför tandvård ser vi stora risker med att införa radikala ändringar i pris- och ersättningssystemen som i slutändan riskerar en sämre tillgänglighet vilket inte gagnar patienterna. Av detta skäl förordar vi alternativ två som liknar dagens system för den statliga subventionen, dock att första nivån är sänkt till 1200 kr.

Jönköping 2021-09-07

För Moderaterna

Thomas Bäuml

Bilaga 5

Region Jönköpings län
Nämnden för folkhälsa- och sjukvård
2021-09-07

Yrkande ärende 19
Vänsterpartiet yrkar att följande mening skrivs in på lämplig plats i remissvaret.

”Region Jönköpings län anser att den enskildes kostnader för tandvård ska harmonisera med de avgifter som finns inom sjukvården. Tänderna är en del av kroppen och det är orimligt att människor tvingas avstå från adekvat tandvård på grund av ekonomiska skäl. Åldersgränsen för den avgiftsfria ungdomstandvården ska inte sänkas. Avgiftsfri äldretandvård kan också behöva införas. Det långsiktiga målet är låga avgifter för tandvård som motsvarar de kostnader som åligger den enskilde inom sjukvården.”

Sammanställning av anmälda informationshandlingar till Nämnd för FS – 2021-10-12

Ärendetyp	Ärenderubrik
Protokoll	
Inkomna handlingar	
Utgående skrivelser	
Regeringsbeslut	
Beslut från Inspektionen för vård och omsorg, IVO	• RJL 2021/258 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller vård och behandling. IVO har utrett klagomålet och konstaterar följande brist: De åtgärder som vidtogs på grund av patientens nutritionsproblem har inte varit tillräckliga. Vårdgivaren kritiseras. • RJL 2020/2815 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller diagnos i samband med smärtor i kroppen och svårigheter att greppa med en hand. IVO har utrett klagomålet och har inte funnit brister när det gäller den medicinska handläggningen på Bra Liv Rosenhälsan vårdcentral i januari 2020. • RJL 2021/921 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller vård och behandling. . IVO har utrett klagomålet och konstaterar följande brist: Den odontologiska handläggningen och journalföringen under perioden 11-16 mars 2021.
Cirkulär från SKR	• Meddelande från styrelsen - Rekommendation om nationell finansiering av Tobiasregistrets fortsatta rekrytering av givare av blodstamceller 2022-2024 • Meddelande från styrelsen - Rekommendation om fortsatt nationell finansiering av biobanken för navelsträngsblod 2022-2024
Beslut från SKR	
Beslut från SVN	
Övrigt	

Sammanställning av anmälda vidaredelegationsbeslut till nämnd för folkhälsa och sjukvård 2021-09-11--2021-09-14

Ärendetyp	Ärenderubrik	Diarienummer	Beslutsdatum	Beslutsdelegat
FS 4.5.4	Personuppgiftsincident	RJL 2021/1829	2021-09-14	Sofia Sund

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 106

Inkomna remisser, promemorior och motioner

Sammanställning av inkomna remisser, promemorior och motioner anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor
1

Dokument

Utskriftsdatum: 2021-09-08 **Utskriven av:** Nina Granström

Diarieenhet: Region Jönköpings län **Sekretess:** Visas ej

Beskrivning av sökning:

Motioner Augusti 2021

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		Avsändare/Mottagare	Avdelning
Ärendenummer		Ärendemening	Dokumenttyp
2021.8880	I	Förslag till föreskrifter om ändring i föreskrifterna (HSLF-FS 2020:81) om behörighet för sjuksköterskor att ordinera läkemedel för vaccination mot sjukdomen covid-19	Evelina Örn
2021-08-12		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/1638		Remiss - Förslag till föreskrifter om ändring i föreskrifterna (HSLF-FS 2020:81) om behörighet för sjuksköterskor att ordinera läkemedel för vaccination mot sjukdomen covid-19 Svar senast 2021-08-16	REMISS
2021.8952	I	Småländska skogsstrategins handlingsplan.	Peter Friberg
2021-08-16		Region Kronoberg	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/1646		Remiss - Småländska skogsstrategins handlingsplan Svar senast 2021-11-26	REMISS
2021.8987	I	Vägledning – Stöd för arbetssätt med fast läkarkontakt	Evelina Örn
2021-08-16		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/1650		Remiss -Nationellt stöd för fast läkarkontakt Svar senast 2021-09-27	REMISS
2021.9110	I	Begrepp rörande uppmärksamhetsinformation	Evelina Örn
2021-08-20		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/1683		Remiss - Begrepp rörande uppmärksamhetsinformation Svar senast 2021-10-01	REMISS
2021.9289	I	Förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om särskilt förordnande att utöva läkaryrket	Patrick Nzamba
2021-08-27		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/1725		Remiss - Förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om särskilt förordnande att utöva läkaryrket Svar senast 2021-10-31	REMISS
2021.9315	I	Ändring i lagen om utbyte av sprutor och kanyler	Laura Habib
2021-08-30		Socialdepartementet	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/1732		Remiss - Ändring i lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler Svar senast 2021-11-30	REMISS

2021.9326	I	Förslag 2 om bärighetsföreskrifter för Jönköpings län enligt förordningen (2007:1244)	Erik Bromander
2021-08-30		Trafikverket	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/1731		Remiss - förslag om bärighetsföreskrifter för Jönköpings län enligt förordningen (2007:1244) Svar senast 2021-10-01	REMISS
2021.9429	I	Lokal utvecklingsstrategi för Leader Linné Småland 2023-2027	Lena Bohman
2021-08-31		Leader Linnè Småland	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/1752		Remiss - Lokal utvecklingsstrategi för Leader Linné Småland 2023-2027 Svar senast 2021-09-22	REMISS

Dokument

Utskriftsdatum: 2021-09-08 **Utskriven av:** Nina Granström

Diarieenhet: Region Jönkö **Sekretess:** Visas ej

Beskrivning av sökr

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		**Avsändare/Mottagare**	**Avdelning**
Ärendenummer		**Ärendemening**	**Dokumenttyp**
190272	K	Promemoria juli	Linda Byman
2021-08-12		ANA	RLK o Verksamhetsnära funktion
			SKRIVELSE
191834	K	Remiss av promemoria Förslag om ändring av lagen om utbyte av sprutor och kanyler (2006:323)	Laura Habib
2021-08-30		Socialdepartementet	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/1732		Remiss - Ändring i lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler	SKRIVELSE

Dokument

Utskriftsdatum: 2021-09-08 **Utskriven av:** Nina Granström

Diarieenhet: Region Jönkö **Sekretess:** Visas ej

Beskrivning av sökr

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		**Avsändare/Mottagare**	**Avdelning**
Ärendenummer		**Ärendemening**	**Dokumenttyp**
2021.9298	I	Motion - Inrätta ett trygghetsnummer för Länstrafikens resenärer	Lena Strand
2021-08-30		Sverigedemokraterna	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/1726		Motion - Inrätta ett trygghetsnummer för Länstrafikens resenärer	MOTION

Ärenden

Utskriftsdatum: 2021-09-08 **Utskriven av:** Nina Granström

Diarieenhet: Region Jönköpings län **Sekretess:** Visas ej

Beskrivning av sökning:

Ärendenummer Datum	Ärendemening Avsändare/Mottagare	Ansvarig Avdelning
2021/1605	Personalärende	Camilla Holgersson
2021-08-02	Inspektionen för vård och omsorg	RLK o Verksamhetsnära funktion
2021/1627	Patientärende	Camilla Holgersson
2021-08-09	Inspektionen för vård och omsorg	RLK o Verksamhetsnära funktion
2021/1694	Patientärende KM (K)	Pernilla Svensson
2021-08-24	Inspektionen för vård och omsorg IVO	Psykiatri rehab o diagnostik
2021/1728	Patientärende	Camilla Holgersson
2021-08-30	Inspektionen för vård och omsorg	RLK o Verksamhetsnära funktion
2021/1737	Patientärende	Camilla Holgersson
2021-08-31	Inspektionen för vård och omsorg	RLK o Verksamhetsnära funktion

God och nära vård med primärvården som bas!

Den **18 oktober 2021** i anslutning till **internationella Benskörhetsdagen** är du välkommen till följande program.

Tid: måndag den 18 oktober kl. 13.30-16.00
Plats: Jönköping, Ryhovs sjukhus, Aulan.
Målgrupp: Allmänheten, vård- och omsorgspersonal samt politiker.

Program:

13.30 Nulägesrapport osteoporos. Presentation av Osteoporosförbundet, Anita Sandström, vice ordförande och Mai Bergström ordförande.

14.00 Frakturkedjan från akuten till primärvården *”utan att falla mellan stolarna”*, Verksamhetschef geriatriska kliniken, Indira Leisto och Primärvårdsdirektör Bra Liv, Charlotta Larsdotter



15.00 Hur Du kan förebygga fallolyckor! Folkhälsosektionen

16.00 Avslutning

Önskas mer information kontakta Margareta Lindahl 073-8185821
lindahl.margareta1@gmail.com

OBS! Buss utgår från Värnamo, anmälan till Inger Svensson 073-8414622, senast den 13/10 2021.

Arrangör: Osteoporosföreningen i Jönköpings län, Sektion Folkhälsan Region Jönköpings län, Studieförbundet Vuxenskolan

Region Jönköpings län

Studieförbundet Vuxenskolan

Osteoporosföreningen Jönköpings län

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 109

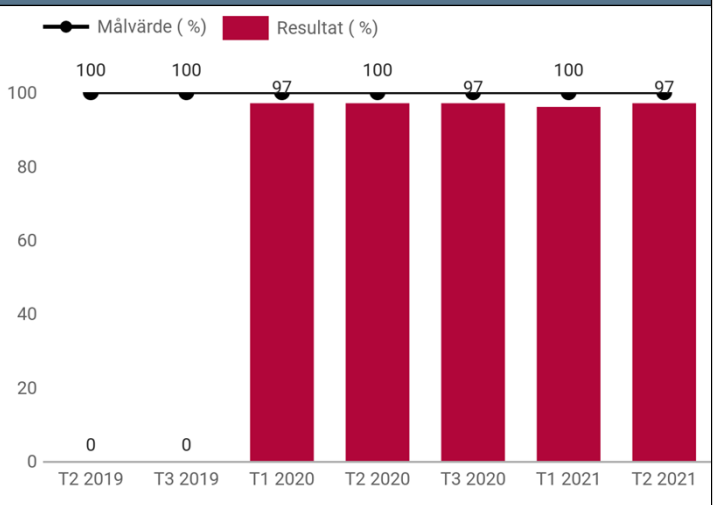
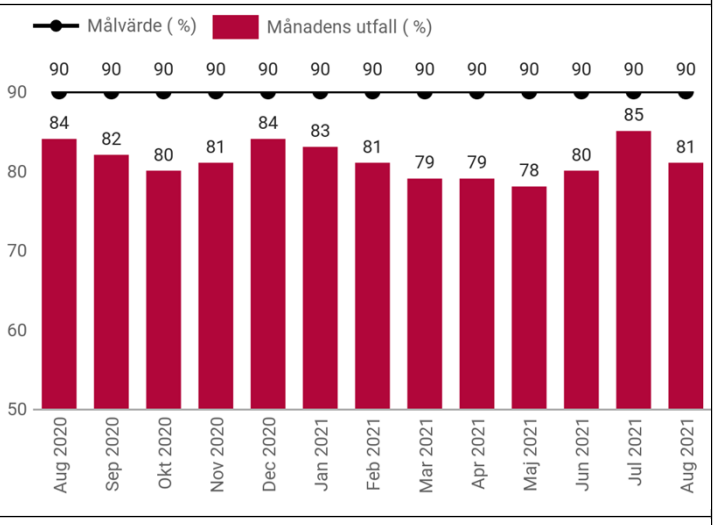
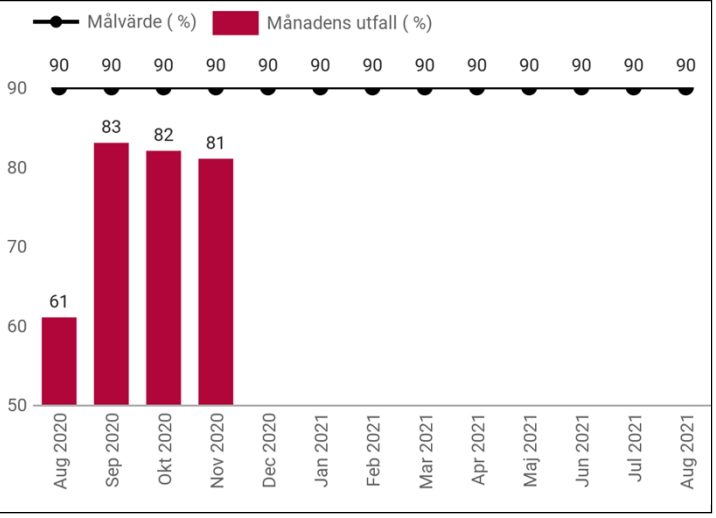
Månadsrapport

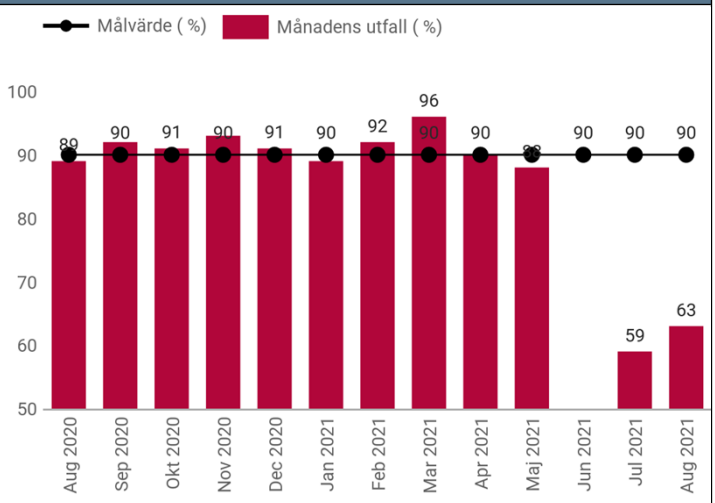
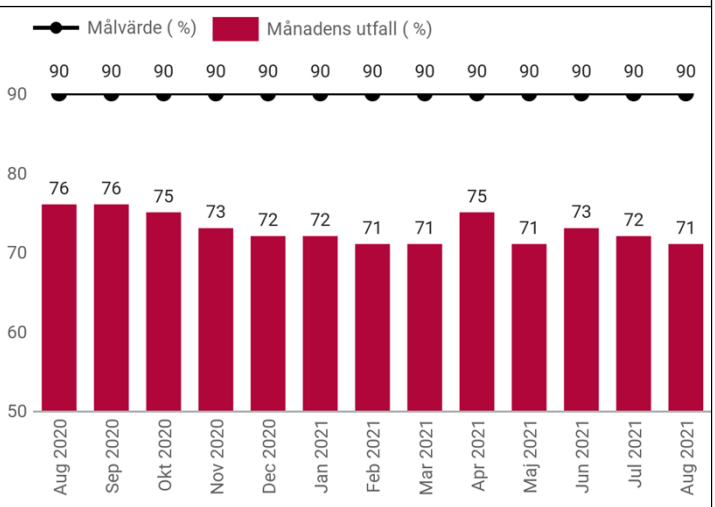
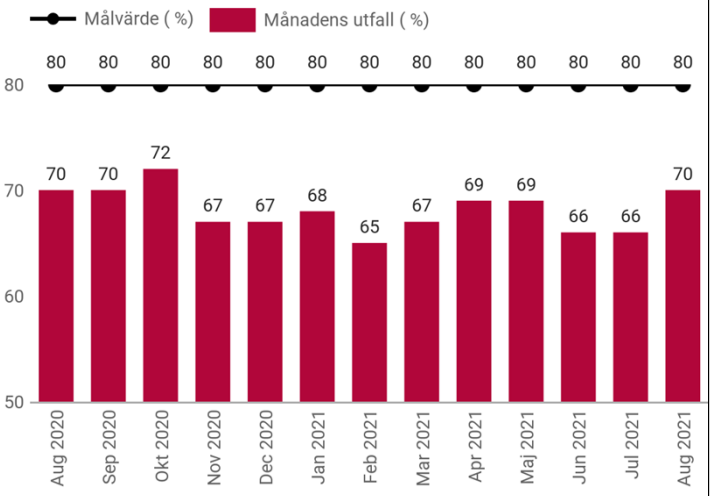
Kristina Bertov chefscontroller, informerar och besvarar frågor från presidiet avseende månadens ekonomiska rapport.

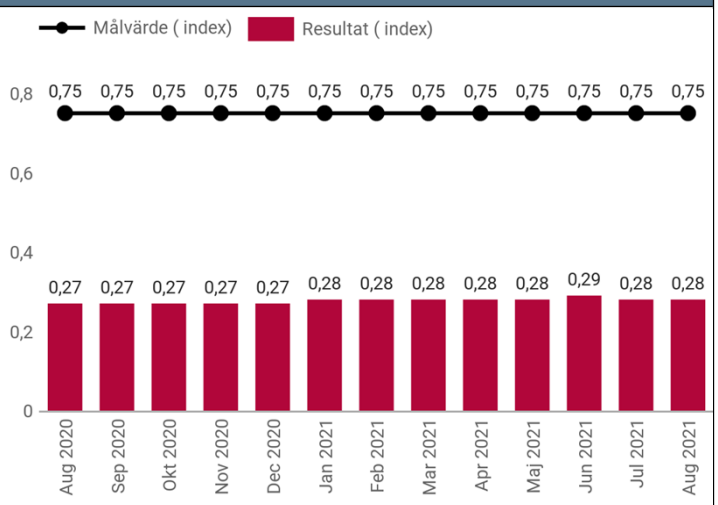
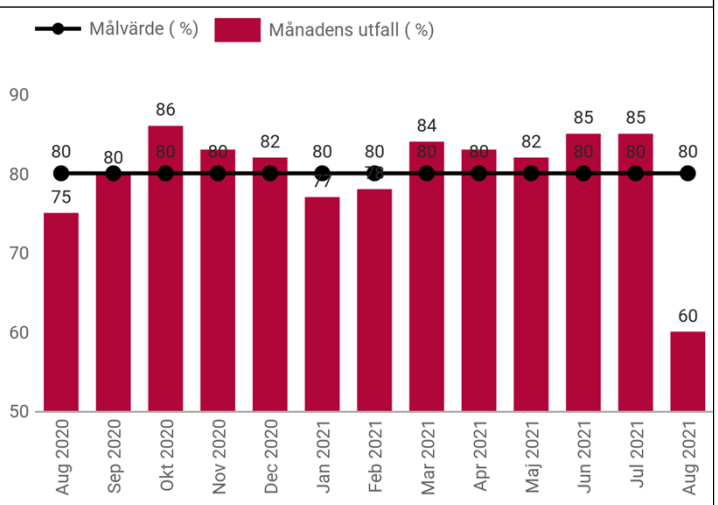
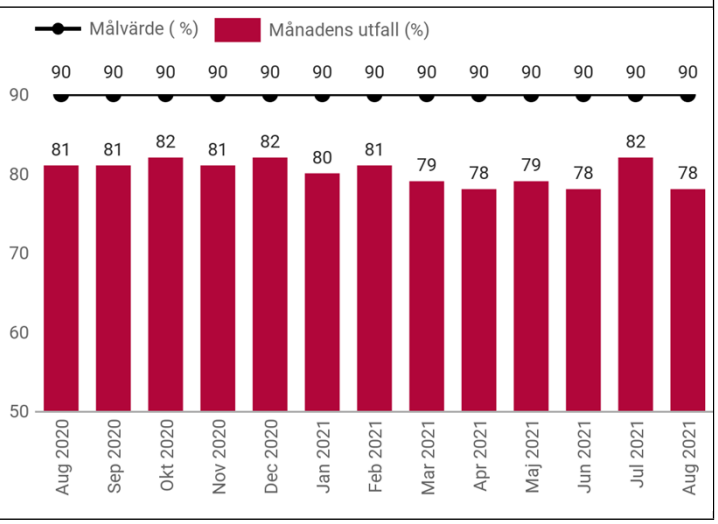
Beslutets antal sidor
1

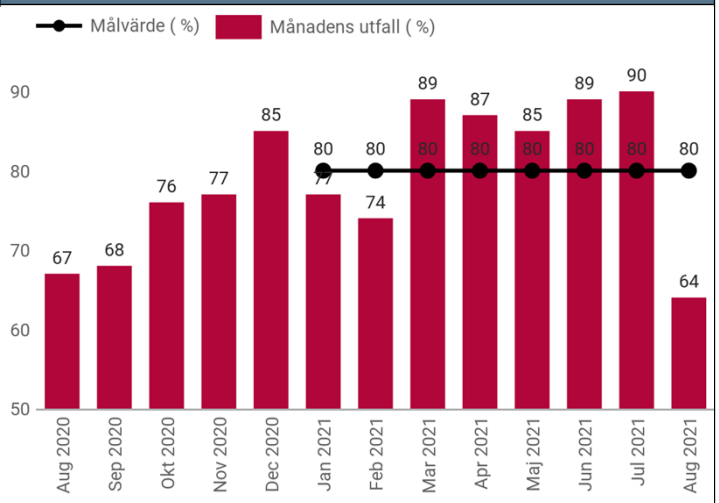
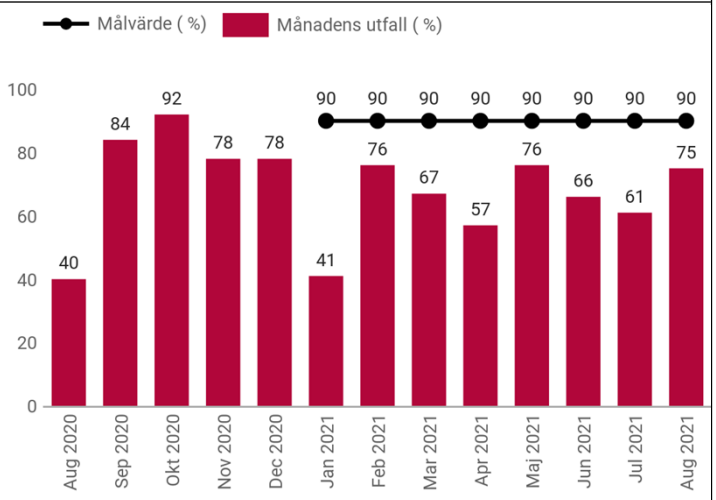
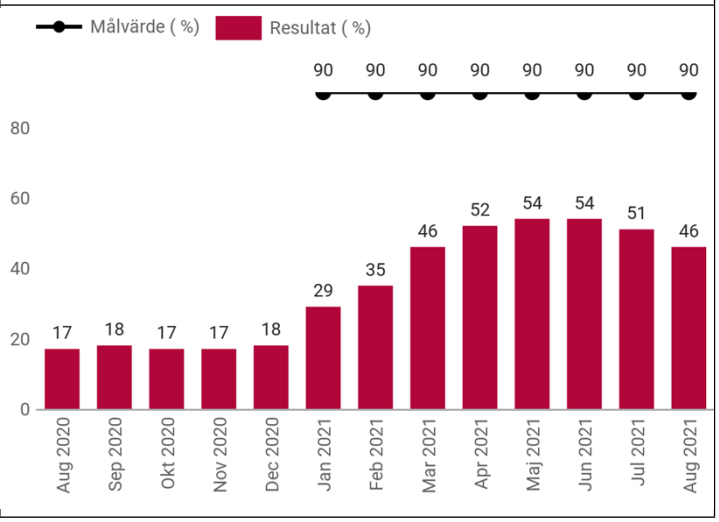
Månadsrapport Augusti 2021 nämnd Folkhälsa och sjukvård

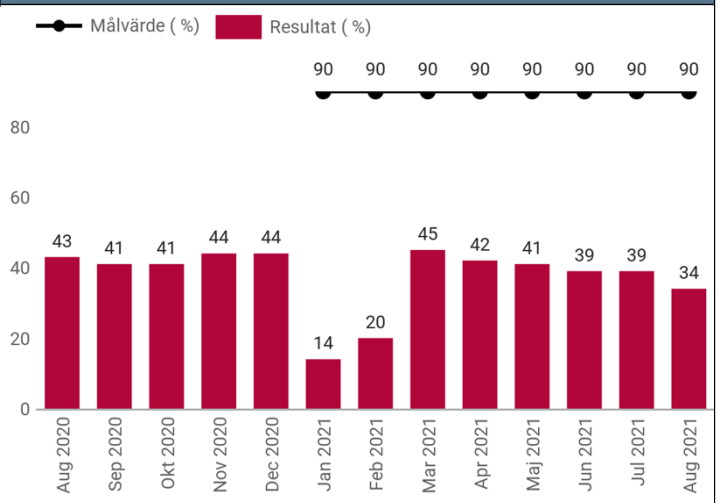
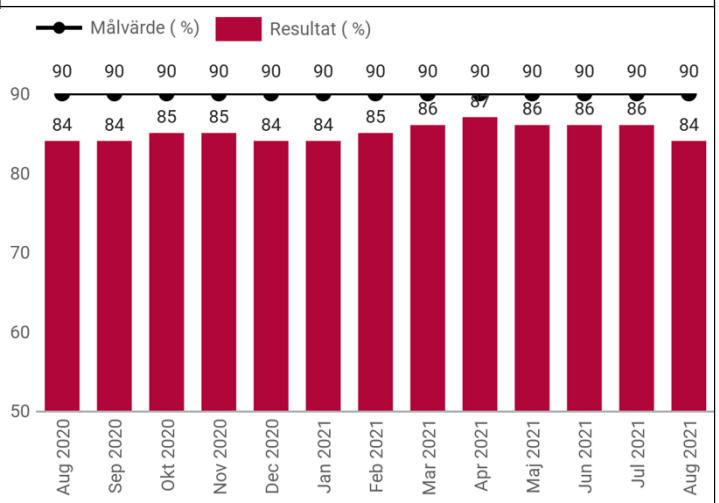
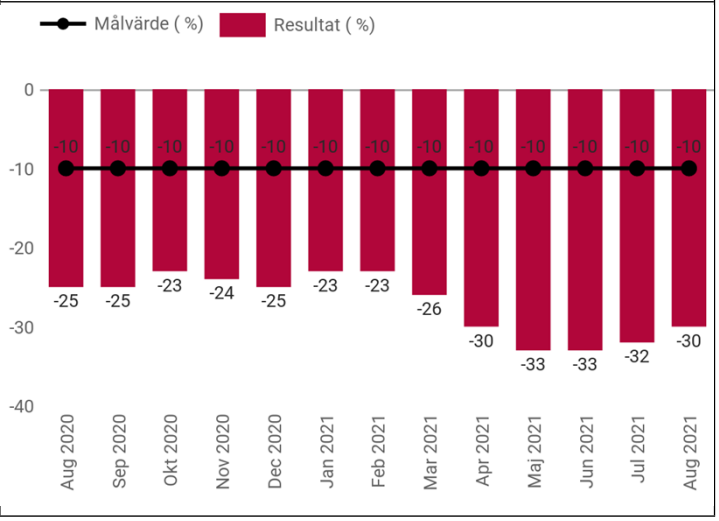
13 12 8 3 av 36 Mätetal

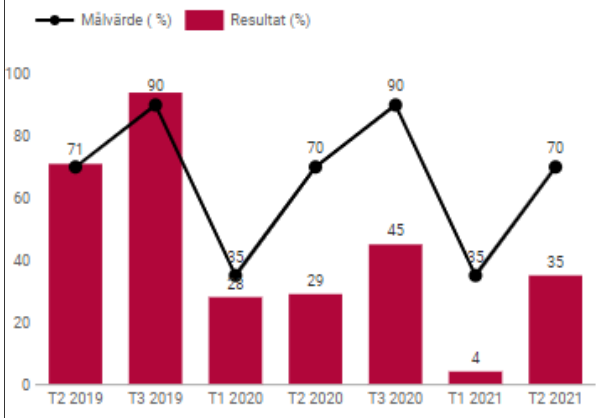
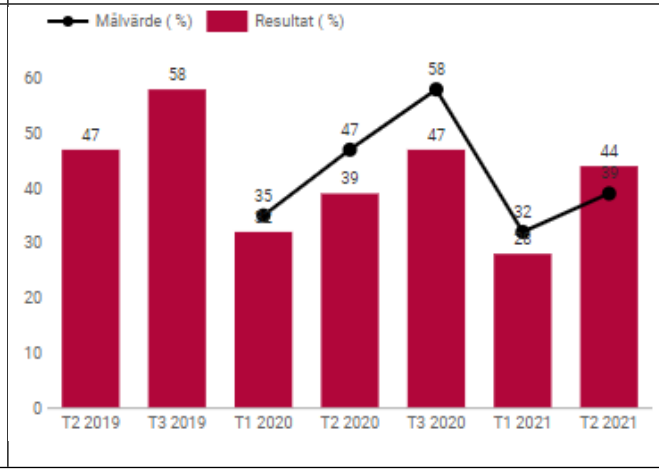
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Telefonkontakt med vårdcentralen samma dag	97 %	Är på en liknande nivå som under tertial 1. Är troligen påverkat av den pågående pandemin och stora volymer vaccinationer.	
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	81 %	Något sämre tillgänglighet till medicinsk bedömning inom tre dagar vid jämförelse mot augusti månad 2019. (81,5 procent mot 84 procent 2019). Resultatet för vårdcentralerna varierar mellan 63-97 procent. För att få del av statliga medel under hösten krävs 82% medicinsk bedömning inom 3 dagar. Med en mindre förbättring är detta mål inom räckhåll.	
Nämnd Väntetid till undersökning inom radiologi	–	Är fortsatt samma problem med utdata som tidigare på grund av uppgraderingen i slutet på år 2020. Arbete pågår med att få fram kompletta resultat. Har använt sig av inhyrd personal för att öka produktiviteten, men går fortfarande inte att mäta i form av väntetider. Så snart detta är möjligt kommer analys att sammanställas.	

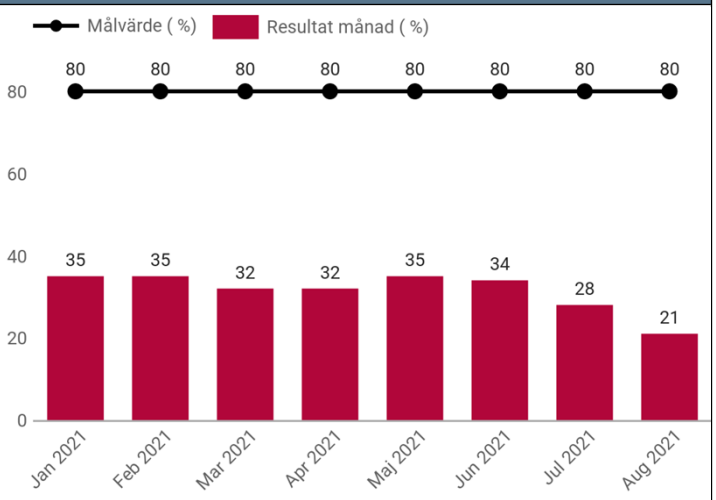
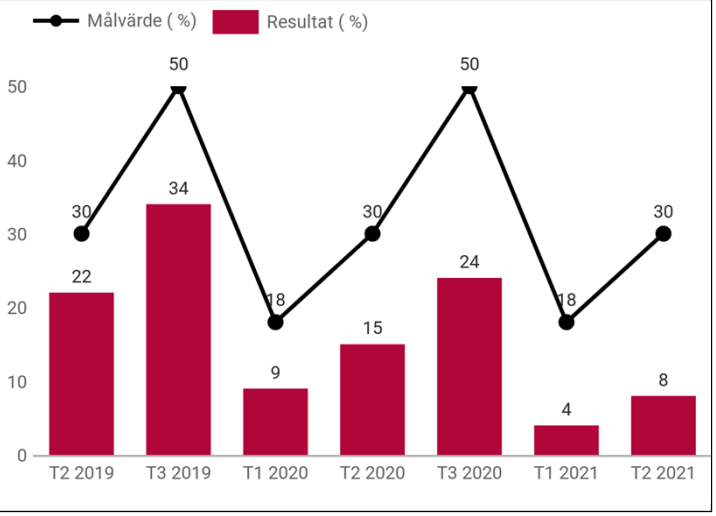
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Väntetid till undersökning inom klinisk fysiologi	80 %	Har under sommaren haft ett påtagligt ökat inflöde av remisser, vilket medfört försämrad tillgänglighet inom 30 dagar. Arbetar med att hantera detta och förbättra tillgängligheten till vårens nivåer.	
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	72 %	Fortsatt sämre resultat och påtagligt sämre än augusti 2020. Finns en variation mellan sjukhusen där akutmottagningen i Värnamo som tidigare ligger närmast uppsatt mål (Medicin och ortopedakuten klarar målet)	
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	67 %	I genomsnitt 4 procentenheter lägre tillgänglighet på akuta uppdrag prioritet 1-larm. Analys pågår, men klart är att uppdragstiden per patient har blivit längre till följd av riktlinjerna för skyddsutrustning under pandemin. SOS Alarm har också längre handläggnings-tider för bedömning och prioritering av uppdrag. Verksamheten har på grund av pandemin haft ambulanser ur tjänst. Från och september är ambulansverksamheten i normal drift. Under perioden januari till och med augusti utfördes 1 377 stycken (10 procent) fler prioritet 1-larm jämfört med föregående år. Prioritet 2-larm har minskat med 9 procent.	

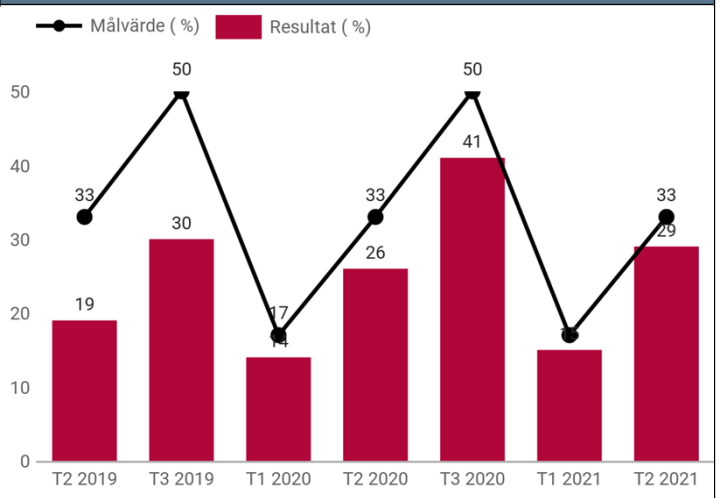
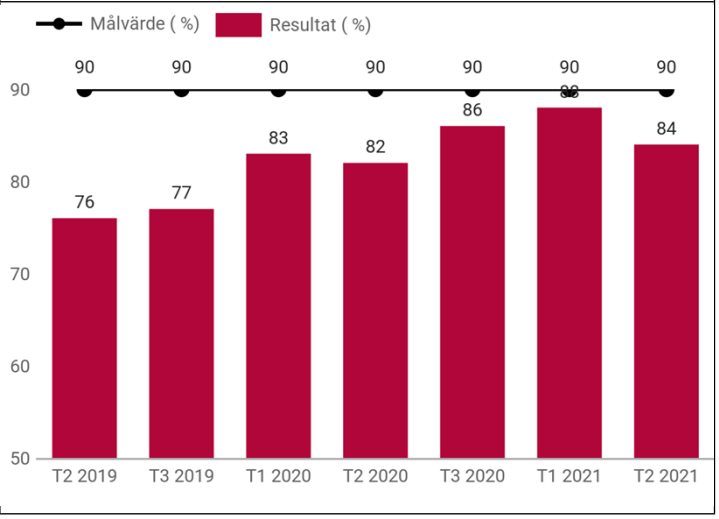
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Kontinuitetsmått – primärvård Kontinuitet beräknas för listade patienter som gjort minst 3 besök de senaste 18 månaderna. Bara besök på den enhet man är listad räknas in.	0,28 index	Resultatet ligger en bra bit från uppsatt mål. Det finns en variation mellan vårdcentralerna (0,17-0,60) där Tenhults VC når 0,60 i index baserat på 2 727 läkarbesök under månaden. För vårdcentraler med fler än 10 000 registrerade läkarbesök är variationen 0,17-0,42 Stora vårdcentraler har svårare att nå hög kontinuitet trots god bemanning. Där finns ofta flera läkare under utbildning, som ibland tjänstgör på sjukhusen. Med planering och organisation går det att skapa god kontinuitet även på stora vårdcentraler men det är svårare rent logistiskt eftersom det finns många fler läkare att välja mellan.	
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	Ackumulerat under året nås målet. Augusti månad är normalt betydligt sämre på grund av nerdragen verksamhet under sommarmånaderna vilket medför färre genomförda inom 60 dagar.	
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	79 %	Fortsatt svårt att nå målet och en viss försämring mot samma månad föregående år. (78 procent 2021 mot 81 procent 2020).	

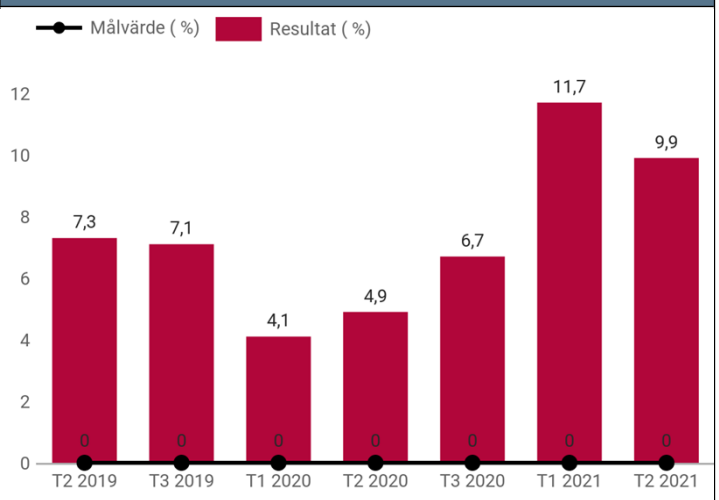
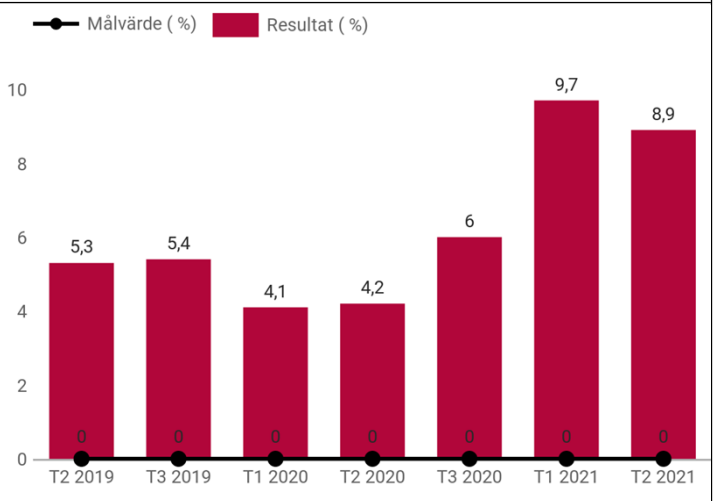
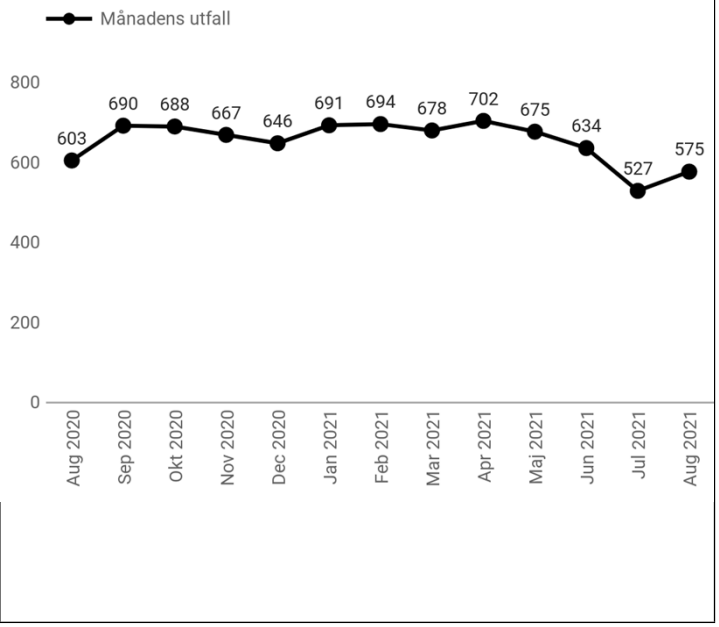
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård	82 %	Ackumulerat nås målet under året. Augusti månad är som de flesta åren tidigare betydligt sämre på grund av nerdragen verksamhet under sommar-månaderna. Det finns cirka 1 500 fler väntande till operation än motsvarande månad 2019 (cirka 36% fler), vilket är en oönskad utveckling. Skälet till att tillgängligheten trots detta når målet är de förändrade Covid avvikelserutiner som gällt fram till september 2021. När dessa nu upphör att gälla kommer tillgänglighetssiffrorna snabbt att försämras.	
Nämnd Faktisk väntetid till besök inom 30 dagar i barn och ungdomspsykiatrin	66 %	Förbättring mot samma period 2019 men fortsatt återstår en del för att nå målet 90 %. Under hösten kommer gränsen för att få ta del av statliga medel vara 72% genomförda inom 30 dagar. Här finns möjlighet att klara detta mål en eller flera månader om nivån från augusti kan bibehållas under hösten.	
Nämnd Faktisk väntetid till utredning barn- och ungdomspsykiatri	46 %	I augusti är det 298 barn som väntar på start av utredning. Under sommaren har antalet ökat med 87 jämfört med 1 juni det är dock 65 färre väntande jämfört med augusti 2020. Gränsen för att få del av statliga medel under hösten är 72% genomförda inom 30 dagar. Är inte sannolikt att denna nivå uppnås under hösten.	

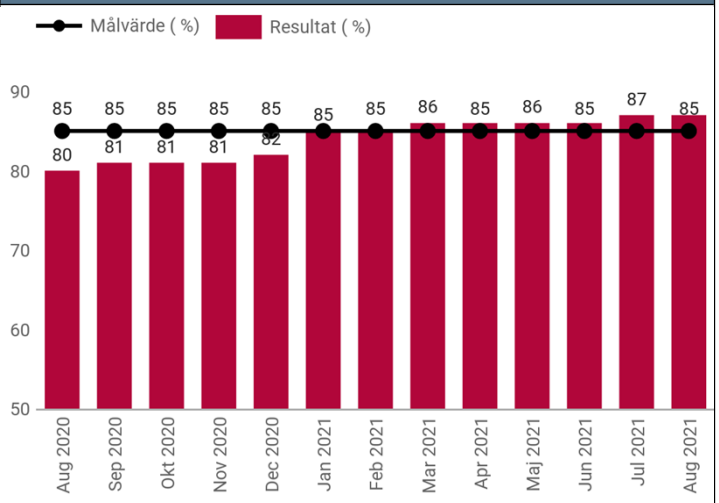
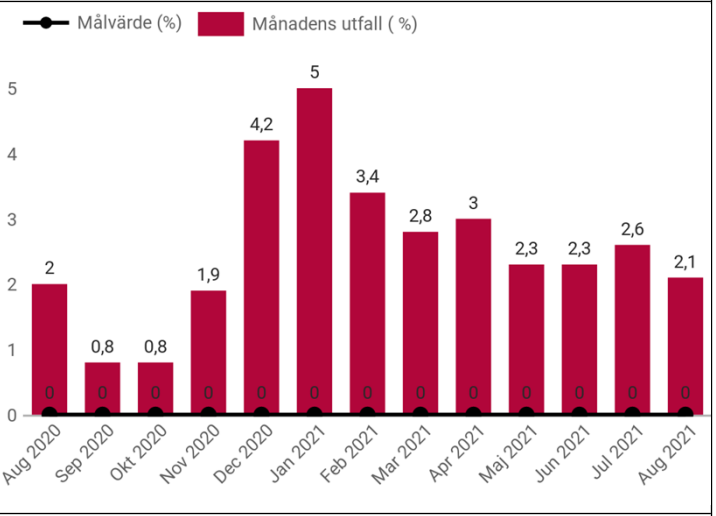
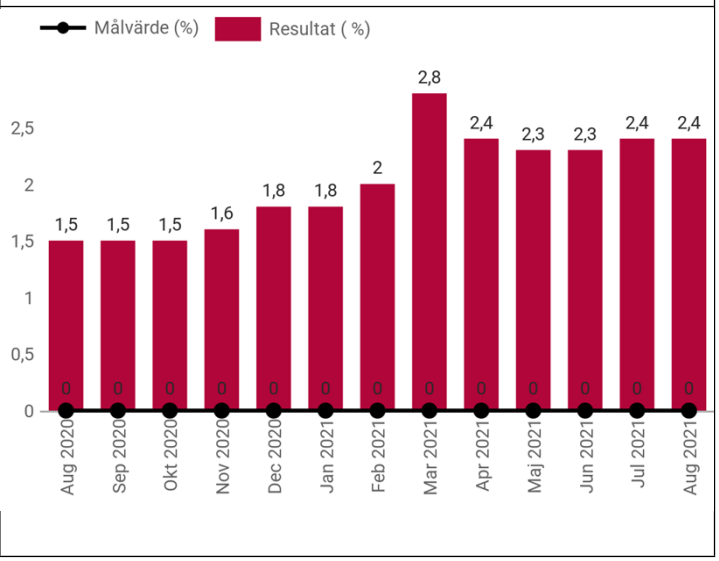
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Faktisk väntetid till behandling barn- och ungdoms-psykiatri	34 %	Det är fortsatt låg följsamhet till målet. Som tidigare beskrivits pågår arbetet med kodning kopplat till SKR:s nya definitioner av vad som ska inkluderas, men det finns trots detta ett påtagligt problem med lång väntetid till vissa behandlingar. Under sommaren har andelen påbörjade behandlingar inom 30 dagar minskat. Det är 78 barn som väntar, alla utom 2 har väntat längre än 30 dagar. Det innebär att resultaten i den mätning september till november som ligger till grund för statliga medel sannolikt kommer vara på en nivå där regionen inte klarar målet 72%..	
Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling, Folktandvården	84 %	Under pandemins utbrott finns begränsade möjligheter att som ny patient komma till Folktandvården annat än för akuta besvär. Personalsituationen på Tranås- och Vetlandaklinikerna har sedan hösten 2020 förbättrats och båda klinikerna är i princip fullbemannade och kan ta hand om egna revisionspatienter och betar ikapp kön. 13 av 26 kliniker har en tillgänglighet på 90 procent eller mer. 13 kliniker har en tillgänglighet från 89 procent ner till 51 procent. Jämfört med maj innevarande år, har antalet försenade patienter ökat med cirka 2 procent. Jämfört med september 2019 har tillgängligheten förbättrats med 6% för hela allmäntandvården.	
Nämnd Allmäntandvård: Möjlighet att ta emot nya patienter, Folktandvården	-30 %	Coronapandemin har lett till inskränkningar i vilka patienter som kunnat kallas och vilka behandlingar som varit möjliga att genomföra. Många kliniker har under året kommit ifatt vad gäller uppskjuten vård och kan börja kalla efter ordinarie revisionslistor, dock i flera fall med ökade förseningar jämfört med tidigare. Idag finns ingen klinik inom allmäntandvården som har möjlighet att ta emot nya patienter för fullständig vård. Undantag från detta utgörs av barn- och	

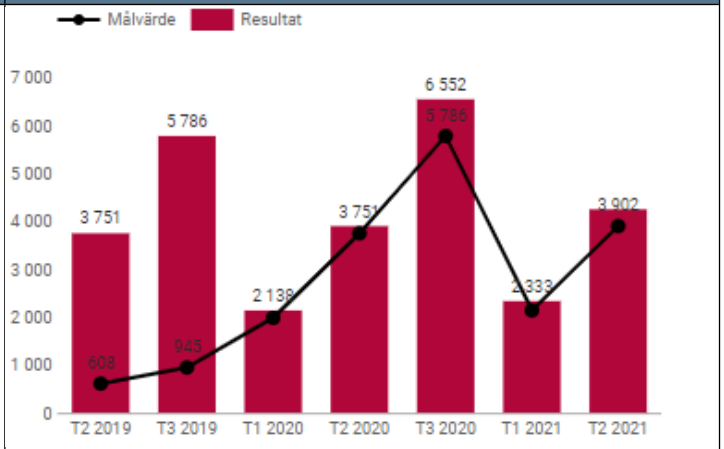
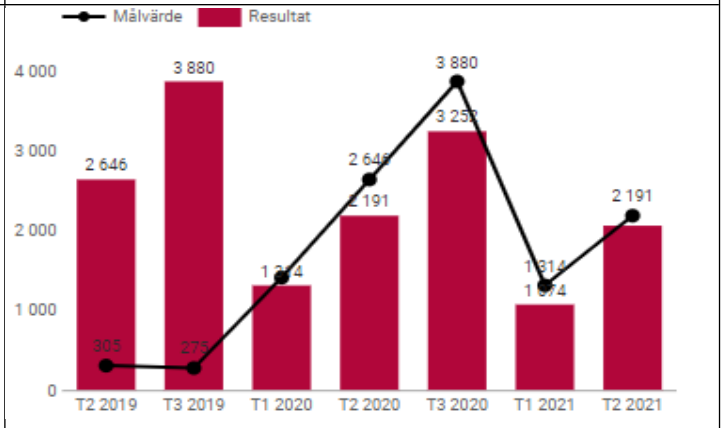
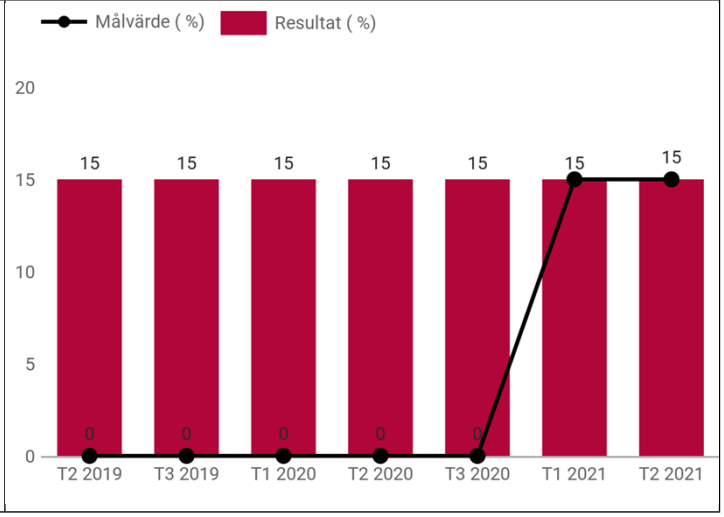
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
		ungdomspatienter., akuta patienter och patienter med "nödvändig tandvård" som alltid prioriteras för snabb behandling. Målet om att minska antalet nya patienter i kö med 10 procent jämfört med december förföregående år, uppfylls tydligt. Jämfört med december föregående år har det totala antalet patienter i kö minskat med 2 214 patienter, eller med 30,0 procent. Detta är en positiv utveckling, särskilt mot bakgrund av coronapandemins negativa påverkan på klinikernas möjlighet att kalla och behandla patienter.	
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	35%	Andel som fått munhälsobedömning utförd är 35 % (1 270 utav 3 651).	
Andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd	44 %	Berättigade: 5 959 (män 2 591, kvinnor 3 368) Fått utförd behandling: 2 615, 44 % (män 1 159, 45 % kvinnor 1 456, 43 %) Av totalt 2 615 personer som fått nödvändig tandvård utförd har Folktandvården behandlat 1 572 och privata vårdgivare 1 148 (differensen beror på att personer har fått behandling hos både Folktandvård och privat vårdgivare).	

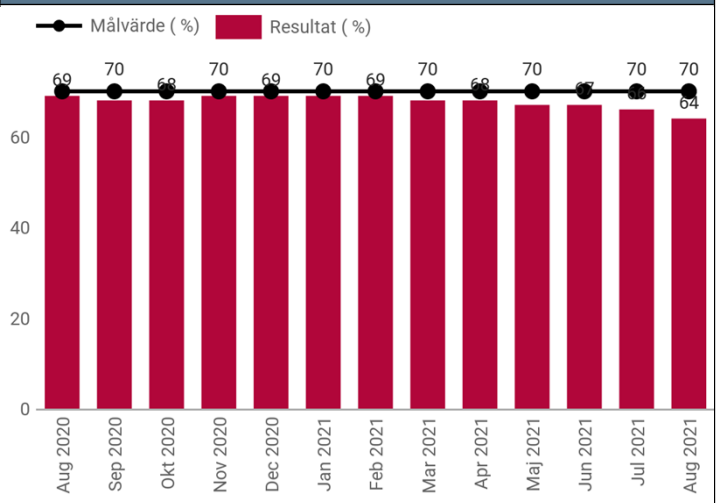
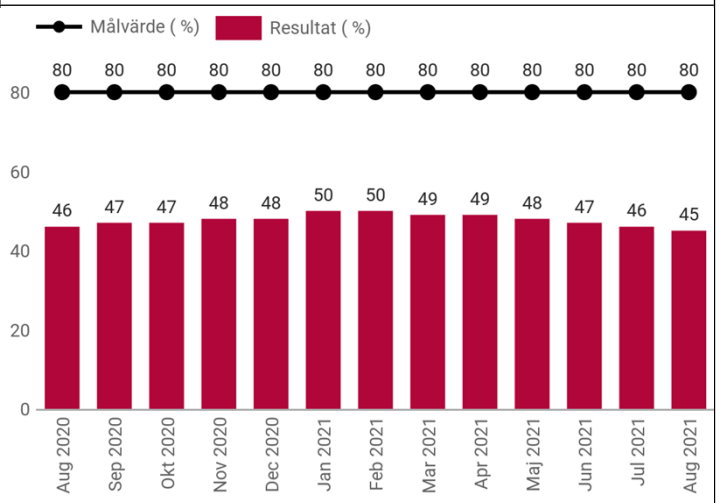
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss	31 %	I samband med upprättande av verksamhetsplan för 2021 har ett nytt mätetal för mätning av tillgänglighet inom specialisttandvården tagits fram. Första mätning och rapportering sker för perioden februari 2021 och till följd av att det rör sig om ett nytt sätt att mäta är jämförelser med tidigare perioder ej möjligt. Efter de första tre uppföljningarna har det framkommit att specialistavdelningar inte registrerar remisser på ett fullgott sätt, vilket har lett till att mätetalet ger en missvisande bild av tillgängligheten till specialisttandvård. Ett arbete har inletts för att korrigera remisshanteringen och fånga rätt siffror. Detta har redan lett till en betydlig bättre bild över tillgängligheten på vissa avdelningar, exempelvis avdelningen för ortodonti i Värnamo och avdelningen för odontologisk radiologi, där tillgängligheten är 100 procent. Utfallet för augusti har lett till ytterligare en försämring jämfört med tidigare månader. Denna utveckling förklaras främst med att juli och augusti är traditionella semestermånader där avdelningar har lägre aktivitet och hanterar remisser i mindre omfattning.	
Nämnd Andel 40-, 50-, 60- och 70-åringar som genomgått hälsosamtal.	8 %	Under januari - augusti har 8,2% hälsosamtal utförts. 20 vårdcentraler av 40 har gjort färre än 10 samtal. 7 vårdcentraler har gjort över 20%. Resultat är påverkat av Coronapandemin.	

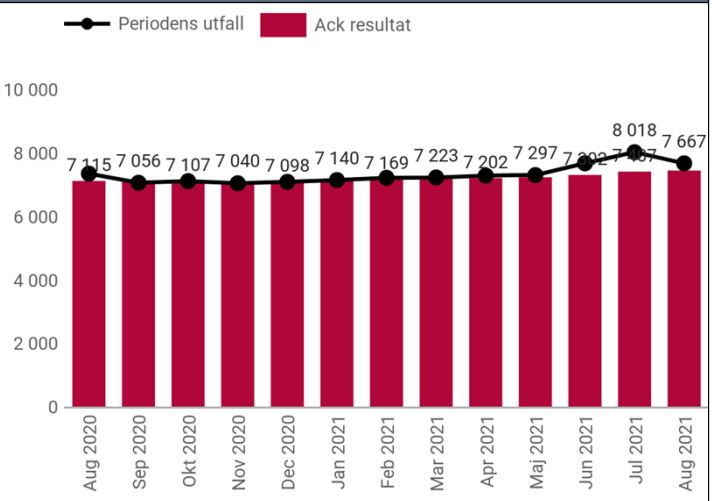
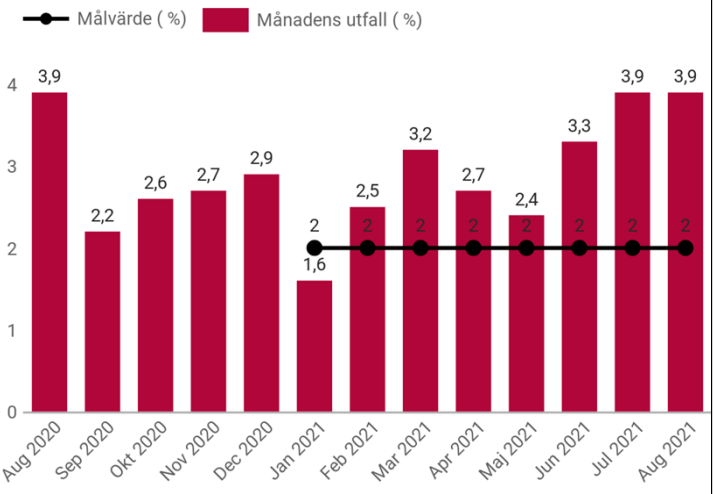
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Andel förstagångsföräldrar som genomgått hälsosamtal	29 % ◆	Att öka andelen genomförda hälsosamtal med förstagångsföräldrar är ett prioriterat område för barnhälsovården. Målet nås ännu inte men det är positivt att andelen genomförda hälsosamtal ökar på flertalet av barnhälsovårdsenheterna i länet. Jämfört med tertial 2 de föregående åren har andelen genomförda hälsosamtal successivt ökat. Ett flertal förbättringsåtgärder har genomförts och pågår. Kollegial coachning av sjuksköterska som ingår i team som arbetar med utveckling av området levnadsvanor har genomförts på varje enhet och erbjuds fortsättningsvis vid behov. I samarbete med primärvårdens FoU-enhet pågår planering för hur barnhälsovårdens nyanställda sjuksköterskor ska få bra introduktion och stöd under utbildning i metoden för genomförande av hälsosamtal. Resultatet avseende andelen genomförda hälsosamtal har följts regelbundet på barnhälsovårdens ledningsmöte, APT, lokala APT och individuellt i samband med medarbetarsamtal.	
Vårdprevention	84 % ◆	Den ökning som skedde i slutet av 2020 och i början av 2021 har avstannat något nu under det ansträngda läget under semesterperioden. De systematiska utbildningar som tidigare genomförts till alla nyanställda sjuksköterskor samt de återkommande utbildningarna för undersköterskor har nu återupptagits vilket kan förbättra resultatet framöver igen.	

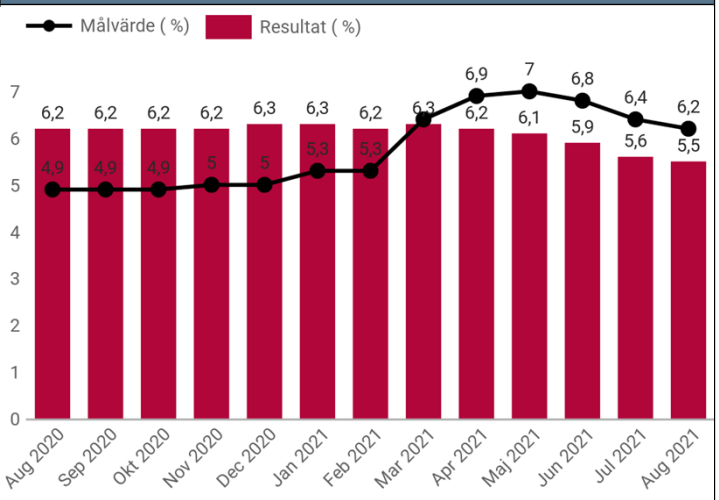
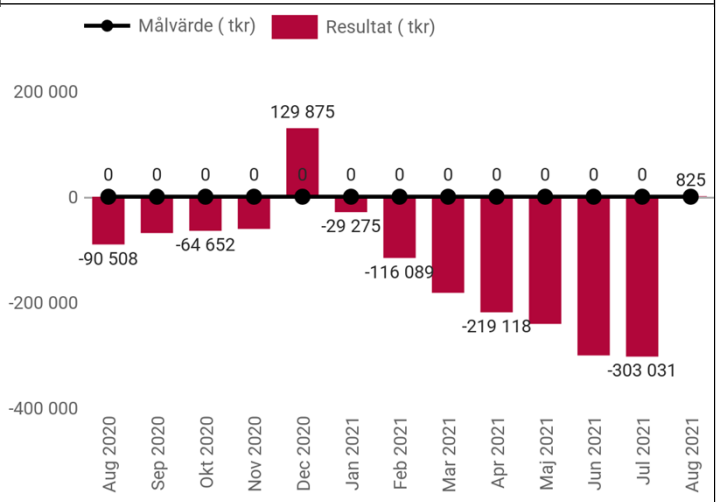
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Vårdtillfällen med skador	9,9 % ◆	Det finns en variation över tid men det förefaller vara en ökning av antalet skador även om jämförelsen är vansklig då både granskningen och vården ständigt utvecklas och förändras. Granskningen och mätningen är ändå viktig då den ger en samlad bild där kunskapen och lärandet av de skador som identifieras bidrar till att minska risken för skador i framtiden.	
Nämnd Vårdtillfällen med vårdskada	8,9 % ◆	Det finns en variation över tid men det förefaller vara en ökning av antalet skador även om jämförelsen är vansklig då både granskningen och vården ständigt utvecklas och förändras. Granskningen och mätningen är ändå viktig då den ger en samlad bild där kunskapen och lärandet av de skador som identifieras bidrar till att minska risken för skador i framtiden.	
Nämnd Disponibla vårdplatser	646 ▬	Antalet disponibla vårdplatser utgår ifrån aktuellt behov och varierar under året. En viss ökning av disponibla platser totalt sett har skett under perioden januari – augusti (646 i snitt per dygn jämfört med 642 motsvarande period föregående år). Finns en variation mellan verksamhetsområden och kliniker där exempelvis en minskning har skett inom infektionskliniken och medicin- och geriatrikkliniken på Värnamosjukhus. Medicin- och geriatrikkliniken Eksjö har ökat antal disponibla vårdplatser jämfört med samma period föregående år.	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Beläggning i procent	87 %	Beläggningen har under perioden januari- augusti varit 87 procent vilket är högre än motsvarande period föregående år (80 procent). Beläggningen inom verksamhetsområdena varierar mellan 79-96 procent under perioden. Betydligt större variation när det gäller enskilda klinikers beläggning där medicinklinikerna i Jönköping respektive Eksjö har en mycket hög beläggning. En förklaring är att antalet vårdtillfällen har ökat under perioden (ca 2000 fler vårdtillfällen totalt) och där med antalet inneliggande. Viss ökning av disponibla platser har skett men inte i motsvarande omfattning som antal inneliggande patienter.	
Nämnd Utlokaliserade	3,0%	Antalet utlokaliserade minskar totalt sett under perioden januari-augusti (4 676 i jämförelse med 5 016 motsvarande period föregående år) men ligger fortfarande på en mycket hög nivå vid jämförelse med samma period 2019. Förklaringen till ökningen är coronapandemin och administrativa åtgärder i hur man fördelar patienterna mellan avdelningarna inom Medicinsk vård och Kirurgisk vård.	
Nämnd Överbeläggningar	2,4 %	Överbeläggningar är kopplat till inneliggande patienter samt disponibla vårdplatser. Under perioden har det varit betydligt fler vårdtillfällen och därmed inneliggande patienter vilket påverkat beläggningen. Det har skett en viss ökning av disponibla platser men inte i den omfattning att de svarat mot aktuellt behov vilket genererat fler överbeläggningar. Antalet har totalt sett varit 3 823 under perioden, motsvarande period föregående år var 2 419 överbeläggningar.	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Antal hembesök läkare	4 252	Redovisade hembesök av läkare fortsätter att öka och under perioden januari – augusti har det gjorts 4 252 hembesök. Motsvarande period föregående år genomfördes 3 902 hembesök. Som tidigare får utvecklade arbetssätt med god tillgänglighet till läkarbesök i hemmet anses vara förklaring den utveckling som sker.	
Nämnd Antal vårdplaneringar enligt SiP	2 065	Redovisade vårdplaneringar enligt SIP minskar något i förhållande till samma period föregående år (2 065 i jämförelse med 2 191 samma period föregående år.) Orsak är som tidigare att färre patienter har genomgått planerade åtgärder vid sjukhusen beroende av Coronapandemin och därför inte behövt vårdplaneras för fortsatta insatser.	
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn (målvärdet ändrat from 2021)	15 %	Under perioden januari till augusti har 15 procent av patienterna återinlagts inom 30 dagar vilket är i nivå med samma period föregående år.	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Standardiserade vårdförlopp - andel patienter i SVF	64 %	Under den senaste 12-månadersperioden har totalt 2 297 patienter nydiagnosticerats inom cancerförloppen vilket är i nivå med motsvarande period föregående år. Av dessa har 64 % inkluderats i standardiserade vårdförlopp vilket dock är något färre än föregående period då motsvarande resultat var 69 %. SVF bröstcancer är ett exempel på förlopp med hög inklusionsgrad där 87 % av alla nydiagnosticerade genomgår ett vårdförlopp. Det finns en eftersläpning i dokumentationen vilket gör att andelen kan förväntas bli något bättre.	
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	45 %	Under den senaste 12-månadersperioden har totalt 1 893 patienter behandlingsstartats i standardiserade vårdförlopp, av dessa har 850 (45 %) skett inom fastlagen ledtid för respektive förlopp. Motsvarande period föregående år har 46 % behandlingsstartats inom ledtid. Under perioden når enbart SVF Hjärntumör uppsatt målvärde (81 %). SVF bröstcancer, SVF prostatacancer, SVF malignt melanom samt SV F tjock- och ändtarmscancer är exempel på förlopp med stora volymer startade behandlingar, sammantaget når dessa en måluppfyllelse på 49 %. Nationellt är motsvarande resultat för totalt behandlingsstartade samtliga regioner under perioden 51 % med ett spann på 40 % - 51 % mellan regionerna.	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Årsarbetare	7 440 ▬	En kraftig ökning jämfört med föregående år. Den ökning av årsarbetare som skett löpande under 2020 syns nu tydligt. Totalt finns ca 327 anställda årsarbetare mer i regionen jämfört med samma period föregående år. Sjukfrånvaron har minskat men föräldraledighet och övrig frånvaro har ökat så nivån totalt för frånvaro är densamma som föregående år. Samtliga verksamhetsområden har i snitt fler faktiska årsarbetare än för samma period föregående år. I flera av verksamheterna är ökningen kopplad till pandemin och det behov av ökad bemanning som det medfört. Sett till personalgrupp har tandsköterskor minskat medan övriga grupper ökat.	
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2,9 % ◆	Utfallet ligger över målnivån. Kostnaden för bemanningsföretag har ökat med ca 10,5 mnkr (10,2%) jämfört med samma period 2020. Då de egna lönekostnaderna också ökat påverkar den dock relativa målberäkningen i att ge ett utfall i samma nivå som 2020 vid ackumulerad beräkning av hyrkostnaden som andel av personalkostnader. Bra Liv och Medicinsk vård har minskat sina hyrkostnader medan Kirurgisk vård och Psykiatri, rehab och diagnostik ökat. Inom Kirurgisk vård ligger ökningen på hyrsjuksköterskor, där det köpts främst inom OP/IVA-klinikerna för att klara bemanning av covid-IVA och inom kvinnokliniken på Höglandssjukhuset för att bemanna med barnmorskor. Inom Psykiatri, rehab och diagnostik är det en ökning både på hyrläkare inom psykiatri och hyrsjuksköterskor inom framförallt mot röntgen kopplat till mammografi.	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Personalhälsa - sjukfrånvaro	5,5 %	Sjukfrånvaro är totalt sett lägre än samma period föregående år även om den fortsatt ligger på en något högre nivå än 2019. Nivån kan fortsatt förklaras med pandemin och Folkhälsomyndighetens rekommendationer att stanna hemma vid minsta symptom. Smittspridningen i samhället minskar och i takt med det ökar frisknärvaron i verksamheten. Samtliga verksamhetsområden når målet och har en lägre sjukfrånvaro jämfört med samma period föregående år. Det är även i år den korta sjukfrånvaron som ökat medan den långa ligger kvar på ungefär samma nivå som 2019. Kontinuerligt arbete fortsätter tillsammans med chefer, HR och AME för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser och en god arbetsmiljö.	
Ekonomi i balans	825 tkr	Fs nämnden har efter åtta månader en ekonomi i balans. Den kraftiga resultat-förbättringen förklaras främst av att nämnden har fått ersättning för merkostnader på 243 miljoner kronor i augusti. Då resultatet var minus 303 miljoner efter juli så innebär det att nämnden även exklusive merkostnads-ersättningen uppvisar ett positivt resultat för augusti. Kompensationen för merkostnader har betalats ut som en ersättning och bidrar till att minska netto-kostnadsökningen som nu ligger på 2,7 procent jämfört med samma period 2020. Lönekostnaderna har ökat relativt mycket under året (9,5%) men in inbromsning kan ses de senaste månaderna då framförallt krislägesavtalet fasas ut. Antalet årsarbetare har ökat med 327 under året och dessa har till stor del finansierat via merkostnads-ersättning eller bidrag för provtagning och vaccinering.	

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 110

Frågor

Sverigedemokraternas anmälda fråga besvaras av sakkunnig tjänsteman under nämndsammanträdet den 12 oktober 2021.

Beslutets antal sidor
1

FS 2021-09-07

Protokollsanteckning
Punkt 9. Månadsrapport juli.

Barn & Ungdomspsykiatrin

Det är fortsatt låga målresultat inom tidigare påpekade fokusområden där flera partier lyft sin oro över rådande situation. Särskilt beklagligt är den utveckling vi ser inom BUP (barn och ungdomspsykiatrin) där långa väntetider för både besök och behandling fortsatt vida överskrider den målvärdesbild som regionen avser införliva.

Givet att det arbetas för att förbättra dessa målvärden men uppenbart är att de steg som tas inte är tillräckligt stora. Enligt månadsrapporten har vi ökat det faktiska antalet årsarbetare inom psyk/rehab/diagnostik med 82 personer vilket vi får anta ska stärka verksamheten, varför vi också inom snart måste kunna förvänta oss en trendvändning vad gäller upplevandet av målvärdena.

För Sverigedemokraterna

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 112

Informationsärenden till nämnden

- *Uppskjuten vård*
  Kristina Bertov chefscontroller, presenterar under nämndsammanträdet den 12 oktober 2021, antalet väntande patienter till operation/behandling under kirurgisk vård, samt SVF- cancer. Presidiet önskar få en informationsdragning kring ämnet av Martin Takac sjukvårdsdirektör kirurgi, under nämndsammanträdet den 16 november 2021.

- *Information om ökad tillgänglighetsmedel- prestationsdel*
  Presenteras under nämndsammanträdet den 12 oktober 2021, av sakkunnig tjänsteman.

- *Forskning och utveckling, Life science*
  Presenteras under nämndsammanträdet den 12 oktober 2021, av sakkunnig tjänsteman.

Beslutets antal sidor
1

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 113

Bilaga till budget 2022- tandvårdstaxa

Diarienummer: RJL 2021/128

Underlag saknas vid beslutstillfället, därmed beslutar presidiet om att ett extra presidiesammanträde skall ske den 12 oktober 2021, i anslutning till nämndsammanträdet.

Beslutets antal sidor

1

Regionstyrelsen

Förslag till tandvårdstaxa 2022, Folktandvården

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Överlämnar förslag till tandvårdstaxa, prislista per åtgärd, Folktandvården 2022.

Sammanfattning

Förslaget till tandvårdstaxa 2022 följer principerna för Region Jönköpings läns priser inom folktandvården.

Information i ärendet

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar sedan 2008 om referenspriser för de tandvårdsåtgärder som ingår i det statliga tandvårdsstödet Det är exempelvis fyllningar, rotbehandlingar och kronor. Referenspriserna ligger till grund för beräkningen av hur stor del av kostnaden staten betalar vid en tandvårdsbehandling. Referenspriset talar om vad ett normalpris för en behandling kan vara och tar hänsyn till hela behandlingskostnaden, inklusive tandtekniskt arbete och material.

Det är fri prissättning inom tandvården i Sverige. Det innebär att varje tandläkare och tandhygienist kan ta vilket pris de vill för den tandvård de utför. Om en tandläkare tar ut ett högre pris, än det som är angivet i referensprislistan, får patienten själv betala mellanskillnaden. Om tandläkarens pris är lägre än referenspriset, får patienten ersättning enligt det pris den betalar.
En översiktlig genomgång av hur andra landsting/regioner förhåller sig till referensprislistan visar att de allra flesta avviker och avvikelsen varierar mellan 4 och 20 procent. Region Jönköpings län avviker också från referensprislistan med cirka 5 procent.
Principer för hur Region Jönköpings läns priser inom folktandvården ska förhålla sig till referensprislistan framgår av budget 2022 och flerårsplan 2023-2024.

Principerna avser både allmäntandvård och specialisttandvård och sätter ramen för hur de olika åtgärderna inom folktandvården prissätts.

- Taxan ska i största möjliga utsträckning följa referensprislistan.

- Den totala intäkten (åtgärd*volym*pris) får avvika max 5 procent från referensprislistans totala intäkt.
- Frisktandvården ska vara självfinansierad.

Utöver förslag per åtgärd föreslås följande förändringar för att minimera antalet uteblivna besök och för att nyttja kapaciteten optimalt.

- Uteblivande barn som höjs från 100 till 250 kr
- Uteblivande vuxna från 450 kr till 500 kr

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse 2021-10-05
- Bilaga prislista 2022 Folktandvården

Beslut skickas till

Regionledningskontoret Ekonomi
Regionledningskontoret Folkhälsa och sjukvård
Folktandvården

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Kristina Bertov
Chefscontroller

100 Undersökning, riskbedömning och hälsofrämjande åtgärder

Åtgärd /Tillstånd	Typ av behandling	Arvode 2022 i kronor	Referens 2022 pris
	Undersökning, riskbedömning och hälsofrämjande åtgärder		
101	Basundersökning, utförd av tandläkare	1 040	900
103	Kompletterande eller akut undersökning, utförd av tandläkare	390	390
103H1	Kompletterande eller akut undersökning, utförd av tandläkare	705	390
103S	Kompletterande eller akut undersökning, utförd av tandläkare	500	500
103SH	Kompletterande eller akut undersökning, utförd av tandläkare	730	500
107	Omfattande undersökning, utförd av tandläkare	1 110	1 110
107S	Omfattande undersökning, utförd av tandläkare	1 670	1 670
107SH	Omfattande undersökning, utförd av tandläkare	2 085	1 670
108	Utredning inklusive undersökning, utförd av tandläkare	1 805	1 805
108SL	Utredning inklusive undersökning, utförd av tandläkare	2 480	2 665
108S	Utredning inklusive undersökning, utförd av tandläkare	2 665	2 665
111	Basundersökning, utförd av tandhygienist	765	690
112	Basundersökning med fullständig parodontal undersökning, utförd av tandhygienist	985	895
113	Akut eller annan undersökning, utförd av tandhygienist	290	290
114	Fullständig parodontal undersökning eller fördjupad kariesutredning, utförd av tandhygienist	550	550
	Konsultationsåtgärder för tandläkare med bevis om specialistkompetens		
115S	Konsultation specialisttandvård (Kan användas endast av tandläkare med bevis om specialistkompetens)	980	980
116S	Konsultation specialisttandvård, omfattande (Kan användas endast av tandläkare med bevis om specialistkompetens)	1 900	1 900
	Åtgärder för berättigad röntgenundersökning		
121	Röntgenundersökning, en bild, eller flera bilder av en tandposition	60	60
121S	Röntgenundersökning, en bild, eller flera bilder av en tandposition	100	100
123	Röntgenundersökning, helstatus	850	850
123S	Röntgenundersökning, helstatus	1 300	1 300
124	Panoramaröntgenundersökning	550	550
124S	Panoramaröntgenundersökning	875	875
125	Röntgenundersökning, extraoral	540	540
125S	Röntgenundersökning, extraoral	1 015	1 015
126	Röntgenundersökning, omfattande	1 035	1 035
126S	Röntgenundersökning, omfattande	1 720	1 720
127	Röntgenundersökning, delstatus	205	205
127S	Röntgenundersökning, delstatus	355	355
128	Röntgenundersökning, större delstatus	350	350
128S	Röntgenundersökning, större delstatus	535	535
	Åtgärder för berättigad tomografiundersökning		
131	Tomografiundersökning, en kvadrant eller tandposition 3-3	1 035	1 035
131S	Tomografiundersökning, en kvadrant eller tandposition 3-3	1 310	1 310
132	Tomografiundersökning, två kvadranter eller sinus	1 335	1 335
132S	Tomografiundersökning, två kvadranter eller sinus	1 770	1 770
133	Tomografiundersökning, tre kvadranter eller käkleder	1 635	1 635
133S	Tomografiundersökning, tre kvadranter eller käkleder	2 415	2 415
134	Tomografiundersökning, fyra kvadranter	1 935	1 935
134S	Tomografiundersökning, fyra kvadranter	2 845	2 845

	Övriga åtgärder vid undersökning och diagnostik		
141	Analoga studiemodeller för behandlingsplanering	615	615
142	Digitala studiemodeller för behandlingsplanering	445	445
161	Salivsekretionsmätning	655	655
162	Laboratoriekostnader vid mikrobiologisk undersökning	400	400
163	Biopsi	1 100	1 100
163S	Biopsi	1 340	1 340
164	Laboratoriekostnader vid patologanatomisk diagnostik (PAD)	675	675

200 Sjukdomsförebyggande åtgärder

Åtgärd /Tillstånd	**Typ av behandling**		
201	Information eller instruktion vid risk för munhälsorelaterade sjukdomar eller problem	450	450
204	Profylaxskena, per skena	845	845
205	Fluorbehandling, kortare behandlingstid	185	185
206	Fluorbehandling	365	365
207	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten	290	290
208	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, omfattande	555	555
209	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, särskilt tidskrävande	865	865

300 sjukdomsbehandlande / Smärtstillande åtgärder

Åtgärd /Tillstånd	**Typ av behandling**		
301	Sjukdoms- eller smärtbehandling, mindre omfattande	425	425
301S	Sjukdoms- eller smärtbehandling, mindre omfattande	535	535
302	Sjukdoms- eller smärtbehandling	800	800
302S	Sjukdoms- eller smärtbehandling	1 015	1 015
303	Sjukdoms- eller smärtbehandling, omfattande	1 180	1 180
303S	Sjukdoms- eller smärtbehandling, omfattande	1 510	1 510
304	Sjukdoms- eller smärtbehandling, särskilt tidskrävande	1 765	1 765
304S	Sjukdoms- eller smärtbehandling, särskilt tidskrävande	2 255	2 255
311	Information eller instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar eller problem	450	450
312	Uppföljande information eller instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar eller problem	180	180
313	Beteendemedicinsk behandling, 60 minuter eller mer	1 125	1 125
313S	Beteendemedicinsk behandling, 60 minuter eller mer	2 295	2 295
314	Beteendemedicinsk behandling	520	520
314S	Beteendemedicinsk behandling	1 060	1 060
321	Icke-operativ behandling av kariessjukdom	455	455
322	Stegvis excavering	1 175	1 175
341	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, mindre omfattande	555	555
341S	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, mindre omfattande	755	755
341H1	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, mindre omfattande	785	555
342	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, omfattande	1 085	1 085
342S	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, omfattande	1 926	1 935
343	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, särskilt tidskrävande	1 630	1 630

343S	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, särskilt tidskrävande	4 290	4 290
362	Lustgassedering, per gång	865	865

400 Kirurgiska åtgärder

Åtgärd /Tillstånd	Typ av behandling		
	Tanduttagning och dentoalveolär kirurgi		
401	Tanduttagning, en tand	1 115	1 115
401S	Tanduttagning, en tand	1 420	1 420
401	Avlägsnande av hängande led, "Grafisk åtgärd"	0	0
402	Tanduttagning, när separation eller friläggning krävs, en tand	1 585	1 585
402S	Tanduttagning, när separation eller friläggning krävs, en tand	2 025	2 025
402	Tanduttagning, när separation eller friläggning krävs, en tand	1 585	1 585
402S	Tanduttagning, när separation eller friläggning krävs, en tand	2 025	2 025
403	Tanduttagning, enkel	445	445
403S	Tanduttagning, enkel	565	565
404	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera tänder i samma kvadrant och/eller annan vävnad	3 275	3 275
404S	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera tänder i samma kvadrant och/eller annan vävnad	4 100	4 100
404	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera rötter	3 275	3 275
404S	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera rötter	4 100	4 100
404	Kirurgiskt avlägsnande av vävnad	3 275	3 275
404S	Kirurgiskt avlägsnande av vävnad	4 100	4 100
405	Omfattande dentoalveolär kirurgi	4 370	4 370
405S	Omfattande dentoalveolär kirurgi	5 470	5 470
406	Tanduttagning, övertalig tand	1 115	1 115
406S	Tanduttagning, övertalig tand	1 420	1 420
407	Övrig kirurgi eller plastik	2 160	2 160
407S	Övrig kirurgi eller plastik	2 650	2 650
408	Preprotetisk friläggning med lambå, omfattande	4 370	4 370
408S	Preprotetisk friläggning med lambå, omfattande	5 520	5 520
409	Kirurgiskt avlägsnande av tand i annan kvadrant i samband med parodontalkirurgiska åtgärder, tilläggsåtgärd	1 605	1 605
409S	Kirurgiskt avlägsnande av tand i annan kvadrant i samband med parodontalkirurgiska åtgärder, tilläggsåtgärd	2 040	2 040
410	Tanduttagning, ytterligare när flera tanduttagningar utförs under samma dag eller i samband med lambåoperation, tilläggsåtgärd	870	870
410S	Tanduttagning, ytterligare när flera tanduttagningar utförs under samma dag eller i samband med lambåoperation, tilläggsåtgärd	1 140	1 140
	Implantatkirurgiska åtgärder		
420	Implantat, per styck, tilläggsåtgärd	2 945	2 945
421	Operation avseende käkbensförankrade implantat, ett implantat	3 295	3 295
421S	Operation avseende käkbensförankrade implantat, ett implantat	4 490	4 070
422	Kirurgisk friläggning av ett implantat vid tvåstegsteknik	1 580	1 580
422S	Kirurgisk friläggning av ett implantat vid tvåstegsteknik	1 905	1 905
423	Operation avseende käkbensförankrade implantat, två eller tre implantat	4 795	4 795
423S	Operation avseende käkbensförankrade implantat, två eller tre implantat	6 490	5 935
424	Kirurgisk friläggning av två eller tre implantat vid tvåstegsteknik	1 770	1 770

424S	Kirurgisk friläggning av två eller tre implantat vid tvåstegsteknik	2 155	2 155
425	Operation avseende käkbensförankrade implantat, fyra eller fler implantat.	6 635	6 635
425S	Operation avseende käkbensförankrade implantat, fyra eller fler implantat.	8 785	8 015
426	Kirurgisk friläggning av fyra eller fler implantat vid tvåstegsteknik	2 365	2 365
426S	Kirurgisk friläggning av fyra eller fler implantat vid tvåstegsteknik	2 915	2 915
427	Benaugmentation med egen vävnad i en kvadrant	4 175	4 175
427S	Benaugmentation med egen vävnad i en kvadrant	5 170	5 170
428	Benaugmentation med benersättningsmaterial i en kvadrant	5 040	5 040
428S	Benaugmentation med benersättningsmaterial i en kvadrant	5 925	5 925
429	Kirurgiskt avlägsnande av implantat	4 115	4 115
429S	Kirurgiskt avlägsnande av implantat	5 105	5 105
430	Benaugmentation med egen vävnad i en kvadrant i samband med benaugmentation i annan kvadrant eller implantatoperation i samma kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	1 590	1 590
430S	Benaugmentation med egen vävnad i en kvadrant i samband med benaugmentation i annan kvadrant eller implantatoperation i samma kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	2 030	2 030
431	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med benaugmentation eller implantatoperation i annan kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	2 650	2 650
431S	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med benaugmentation eller implantatoperation i annan kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	3 090	3 090
432	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med implantatinstallation, per kvadrant, tilläggsåtgärd	1 975	1 975
432S	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med implantatinstallation, per kvadrant, tilläggsåtgärd	2 305	2 305
435	Avlägsnande av ett implantat	1 075	1 075
435S	Avlägsnande av ett implantat	1 380	1 380
436	Avlägsnande av ett implantat, enkel	195	195
436S	Avlägsnande av ett implantat, enkel	250	250
	Parodontalkirurgiska åtgärder		
446	Rekonstruktiv behandling med membran (GTR) eller emaljmatrixprotein, tilläggsåtgärd	1 900	1 900
446S	Rekonstruktiv behandling med membran (GTR) eller emaljmatrixprotein, tilläggsåtgärd	2 060	2 060
447	Rekonstruktiv behandling med benersättningsmaterial, tilläggsåtgärd	1 280	1 280
447S	Rekonstruktiv behandling med benersättningsmaterial, tilläggsåtgärd	1 390	1 390
448	Fritt bindvävstransplantat vid lambåoperation, tilläggsåtgärd	785	785
448S	Fritt bindvävstransplantat vid lambåoperation, tilläggsåtgärd	1 005	1 005
451	Parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	3 410	3 410
451S	Parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	4 525	4 525
452	Parodontalkirurgi i flera kvadranter eller omfattande parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	4 715	4 715
452S	Parodontalkirurgi i flera kvadranter eller omfattande parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	6 210	6 210
453	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	3 590	3 590

453S	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	4 760	4 760
454	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i flera kvadranter eller omfattande kirurgisk behandling i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	4 715	4 715
454S	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i flera kvadranter eller omfattande kirurgisk behandling i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	6 210	6 210
	Övriga åtgärder		
480	Sjukvårdskontakt för att säkerställa koagulation, tilläggsåtgärd	340	340

500 Rotbehandling

Åtgärd /Tillstånd	Typ av behandling		
501	Rensning och rotfyllning, en rotkanal	3 565	3 565
501S	Rensning och rotfyllning, en rotkanal	4 360	4 360
502	Rensning och rotfyllning, två rotkanaler	4 295	4 295
502S	Rensning och rotfyllning, två rotkanaler	5 275	5 275
503	Rensning och rotfyllning, tre rotkanaler	5 390	5 390
503S	Rensning och rotfyllning, tre rotkanaler	6 645	6 645
504	Rensning och rotfyllning, fyra eller fler rotkanaler	5 875	5 875
504S	Rensning och rotfyllning, fyra eller fler rotkanaler	7 235	7 235
520	Akut endodontisk behandling, annan behandlare	950	950
520S	Akut endodontisk behandling, annan behandlare	1 190	1 190
521	Akut trepanation och kavumextirpation	840	840
521S	Akut trepanation och kavumextirpation	1 055	1 055
522	Komplicerad kanallokalisation	845	845
522S	Komplicerad kanallokalisation	1 060	1 060
523	Stiftborttagning	1 230	1 230
523S	Stiftborttagning	1 555	1 555
	Instruktion för apikalkirurgisk behandling		
541	Apikalkirurgisk behandling	3 840	3 840
541S	Apikalkirurgisk behandling	4 820	4 820
541SH	Apikalkirurgisk behandling	5 720	4 820
542	Apikalkirurgisk behandling, ytterligare tand vid samma operationstillfälle, tilläggsåtgärd	1 080	1 080
542S	Apikalkirurgisk behandling, ytterligare tand vid samma operationstillfälle, tilläggsåtgärd	1 350	1 350

600 Bettfysiologiska åtgärder

Åtgärd /Tillstånd	Typ av behandling		
601	Bettskena i hård akrylat i överkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	3 675	3 675
601S	Bettskena i hård akrylat i överkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	5 000	5 000
602	Bettskena i hård akrylat i underkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	3 675	3 675
602S	Bettskena i hård akrylat i underkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	5 000	5 000
603	Reponeringsskena, per skena	5 845	5 845
603S	Reponeringsskena, per skena	6 990	6 990
604L1	Mjukplastskena, laboratorieframställd, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	1 305	2 205
604	Mjukplastskena, laboratorieframställd, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	2 205	2 205

604S	Mjukplastskena, laboratorieframställd, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	2 640	2 640
606	Motorisk aktivering	550	550
606S	Motorisk aktivering	665	665
607	Bettslipning för ocklusal stabilisering	785	785
607S	Bettslipning för ocklusal stabilisering	1 005	1 005

700 Reparativa åtgärder

Åtgärd /Tillstånd	Typ av behandling		
701	Fyllning av en yta på framtand eller hörntand	735	635
701	Inlägg av en yta på framtand eller hörntand	3 865	635
702	Fyllning av två ytor på framtand eller hörntand	1 110	1 010
702	Inlägg av två ytor på framtand eller hörntand	3 875	1 010
703	Fyllning av tre eller flera ytor på framtand eller hörntand	1 340	1 240
703	Inlägg av tre eller flera ytor på framtand eller hörntand	3 880	1 240
704	Fyllning av en yta på molar eller premolar	940	815
704	Inlägg av en yta på molar eller premolar	3 870	815
705	Fyllning av två ytor på molar eller premolar	1 305	1 195
705	Inlägg av två ytor på molar eller premolar	3 875	1 195
706	Fyllning av tre eller flera ytor på molar eller premolar	1 710	1 595
706	Inlägg av tre eller flera ytor på molar eller premolar	3 885	1 595
707	Krona i plastiskt material, klinikframställd	1 910	1 810
708	Stiftförankring i rotkanal vid fyllningsterapi, tilläggsåtgärd	575	575

800 Proetiska åtgärder

I de fall fastsittande protetik utförs i helkeramiskt material tillkommer en materialkostnad med 200 kronor per led.

Åtgärd /Tillstånd			
	Tandstödd protetik		
800	Permanent tandstödd krona, en per käke	6 400	6 005
800S	Permanent tandstödd krona, en per käke	7 790	7 130
801	Permanent tandstödd krona, flera i samma käke	5 000	4 665
801S	Permanent tandstödd krona, flera i samma käke	6 055	5 545
802	Laboratorieframställd pelare med intraradikulärt stift	3 290	3 290
802S	Laboratorieframställd pelare med intraradikulärt stift	3 950	3 950
803	Klinikframställd pelare med intraradikulärt stift	1 580	1 580
803S	Klinikframställd pelare med intraradikulärt stift	1 965	1 965
804	Hängande led vid tandstödd protetik, per led	2 285	2 285
804	Hängande led vid tandstödd protetik, per led	2 285	2 285
804S	Hängande led vid tandstödd protetik, per led	2 505	2 505
805	Emaljretinerad konstruktion, laboratorieframställd, per stöd	1 955	1 955
805S	Emaljretinerad konstruktion, laboratorieframställd, per stöd	2 285	2 285
806	Radikulärförankring vid avtagbar protes	3 575	3 575
806S	Radikulärförankring vid avtagbar protes	4 235	4 235
807	Semipermanent krona eller hängande led, per led	2 555	2 555
807S	Semipermanent krona eller hängande led, per led	2 940	2 940
807	Semipermanent krona eller hängande led, per led	2 555	2 555
807S	Semipermanent krona eller hängande led, per led	2 940	2 940
808	Innerkrona för teleskop- eller konuskonstruktioner	3 505	3 505
808S	Innerkrona för teleskop- eller konuskonstruktioner	4 165	4 165
809	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	1 090	1 090
809S	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	1 255	1 255
809	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	1 090	1 090

809S	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	1 255	1 255
	Reparation av tandstödd protetik		
811	Cementering av lossnad tandstödd eller implantatstödd protetisk konstruktion, per stöd	605	605
811S	Cementering av lossnad tandstödd eller implantatstödd protetisk konstruktion, per stöd	770	770
812	Reparation av krona eller bro, utan tandteknisk insats	1 545	1 545
812S	Reparation av krona eller bro, utan tandteknisk insats	1 985	1 985
813	Broreparation med tandteknisk insats	4 695	4 695
813S	Broreparation med tandteknisk insats	5 795	5 795
814	Broreparation med tandteknisk insats, omfattande	8 115	8 115
814S	Broreparation med tandteknisk insats, omfattande	9 865	9 865
815	Sadelkrona	5 420	5 420
815S	Sadelkrona	6 405	6 405
	Avtagbar protetik		
822	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, en till tre tänder	3 815	3 815
822S	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, en till tre tänder	4 475	4 475
823	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, fyra eller fler tänder	5 370	5 370
823S	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, fyra eller fler tänder	6 245	6 245
824	Partiell protes med gjutet metallskelett, klammerförankrad	11 380	11 380
824S	Partiell protes med gjutet metallskelett, klammerförankrad	12 915	12 915
825	Komplicerad partiell protes med metallskelett som förankras med stöd av urtagskrona, innerkrona eller attachments	12 880	12 880
825S	Komplicerad partiell protes med metallskelett som förankras med stöd av urtagskrona, innerkrona eller attachments	15 460	15 460
826	Attachments, per styck	100	100
827	Hel underkäksprotes	9 665	9 665
827S	Hel underkäksprotes	12 000	12 000
828	Hel överkäksprotes	9 665	9 665
828S	Hel överkäksprotes	12 000	12 000
829	Immediatprotes, hel käke	7 235	7 235
829S	Immediatprotes, hel käke	8 440	8 440
	Reparation av avtagbar protetik		
831	Justering av avtagbar protes	395	395
831S	Justering av avtagbar protes	505	505
832	Lagning av protes eller tillsättning av protestand	1 305	1 305
832S	Lagning av protes eller tillsättning av protestand	1 525	1 525
833	Rebasering av protes	2 665	2 665
833S	Rebasering av protes	3 160	3 160
834	Lagning av protes där avtryck krävs	2 030	2 030
834S	Lagning av protes där avtryck krävs	2 360	2 360
835	Rebasering och lagning av protes	3 165	3 165
835S	Rebasering och lagning av protes	3 710	3 710
836	Komplicerad lagning av protes	3 960	3 960
836S	Komplicerad lagning av protes	4 510	4 510
837	Komplicerad lagning av protes där uppvaxning och gjutning av ny del utförs vilken svetsas till befintlig protes.	6 840	6 840
837S	Komplicerad lagning av protes där uppvaxning och gjutning av ny del utförs vilken svetsas till befintlig protes.	7 825	7 825
839	Inmontering av förankringselement	3 115	3 115

839S	Inmontering av förankringselement	3 660	3 660
	Övriga åtgärder vid bettrehabilitering, behandling av käkfunktionsstörning eller av bettavvikelse		
845	Ocklusionskorrigerande bettslipning	2 025	2 025
845S	Ocklusionskorrigerande bettslipning	2 465	2 465
846	Skena, hel eller cementerad i sektioner, för vertikal platsberedning eller bettstabilisering	4 585	4 585
846S	Skena, hel eller cementerad i sektioner, för vertikal platsberedning eller bettstabilisering	5 350	5 350
847	Klammerplåt	4 130	4 130
847S	Klammerplåt	4 895	4 895
848	Betthöjning eller uppbyggnad för ocklusal stabilisering med fyllningsmaterial, per tandposition	575	575
848S	Betthöjning eller uppbyggnad för ocklusal stabilisering med fyllningsmaterial, per tandposition	740	740
	Implantatprotetiska åtgärder		
850	Implantatstödd krona, en per käke	9 345	8 445
850S	Implantatstödd krona, en per käke	11 610	9 770
852	Implantatstödd krona, flera i samma käke	7 200	6 550
852S	Implantatstödd krona, flera i samma käke	8 800	7 545
853	Hängande led vid implantatstödd bro	2 285	2 285
853	Hängande led vid implantatstödd bro	2 285	2 285
853S	Hängande led vid implantatstödd bro	2 505	2 505
854	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	2 230	2 230
854S	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	2 560	2 560
854	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	2 230	2 230
854S	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	2 560	2 560
855	Fästskruv/broskruv och cylinder vid semipermanent implantatstödd krona, per implantat	560	560
856	Långtidstemporär laboratorieframställd implantatstödd krona eller hängande led, per led	1 580	1 580
856S	Långtidstemporär laboratorieframställd implantatstödd krona eller hängande led, per led	1 800	1 800
856	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led på implantat, per led	1 580	1 580
856S	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led på implantat, per led	1 800	1 800
857	Fästskruv/broskruv och cylinder vid långtidstemporär laboratorieframställd implantatstödd krona, per implantat	505	505
858	Distans inklusive distansskruv, per styck	1 315	1 315
859	Integrerad distans/kopplingskomponent vid separat implantatstödd krona, per styck, tilläggsåtgärd	1 120	1 120
861	Implantatstödd bro i överkäke på fyra implantat	33 045	33 045
861S	Implantatstödd bro i överkäke på fyra implantat	36 350	36 350
862	Implantatstödd bro i överkäke på fem implantat	35 085	35 085
862S	Implantatstödd bro i överkäke på fem implantat	38 390	38 390
863	Implantatstödd bro i överkäke på sex eller fler implantat	36 660	36 660
863S	Implantatstödd bro i överkäke på sex eller fler implantat	39 970	39 970
865	Implantatstödd bro i underkäke på fyra eller fler implantat	31 960	31 960
865S	Implantatstödd bro i underkäke på fyra eller fler implantat	34 940	34 940
	Täckprotes på implantat		

871	Implantatstödd täckprotes i överkäke på två implantat, eller implantatstödd täckprotes i underkäke på implantat oavsett antal implantat	18 085	18 085
871S	Implantatstödd täckprotes i överkäke på två implantat, eller implantatstödd täckprotes i underkäke på implantat oavsett antal implantat	20 445	20 445
872	Implantatstödd täckprotes i överkäke på tre implantat	20 385	20 385
872S	Implantatstödd täckprotes i överkäke på tre implantat	22 745	22 745
873	Implantatstödd täckprotes i överkäke på fyra implantat eller fler	23 040	23 040
873S	Implantatstödd täckprotes i överkäke på fyra implantat eller fler	25 395	25 395
874	Tillägg för alveolarbar på 2 implantat	4 565	4 565
874S	Tillägg för alveolarbar på 2 implantat	4 895	4 895
875	Tillägg för alveolarbar på 3 implantat	5 380	5 380
875S	Tillägg för alveolarbar på 3 implantat	5 710	5 710
876	Tillägg för alveolarbar på 4 implantat	7 165	7 165
876S	Tillägg för alveolarbar på 4 implantat	7 495	7 495
877	Implantatstödd täckprotes, exklusive distanser och förankringselement	14 985	14 985
877S	Implantatstödd täckprotes, exklusive distanser och förankringselement	17 345	17 345
878	Förankringselement täckprotes, per styck	295	295
	Reparation av implantatstödd protetik		
881	Reparation av fast implantatstödd konstruktion, mindre omfattande	1 160	1 160
881S	Reparation av fast implantatstödd konstruktion, mindre omfattande	1 485	1 485
883	Reparation/ombyggnad av fast implantatstödd konstruktion med tandteknisk insats	3 125	3 125
883S	Reparation/ombyggnad av fast implantatstödd konstruktion med tandteknisk insats	3 400	3 400
884	Reparation/ombyggnad av implantatstödd bro där omfattande tandteknisk insats krävs	7 655	7 655
884S	Reparation/ombyggnad av implantatstödd bro där omfattande tandteknisk insats krävs	8 365	8 365
888	Fästskruv/broskruv, per styck	185	185
889	Distansskruv, per styck	385	385
892	Läkdistans, per styck	345	345
893	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	1 120	1 120
893S	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	1 450	1 450
894	Återmotering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	1 175	1 175
894S	Återmotering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	1 500	1 500
895	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	1 480	1 480
895S	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	1 920	1 920
896	Återmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	1 595	1 595
896S	Återmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	2 030	2 030

900 Tandreglering

Åtgärd /Tillstånd	Typ av behandling		
900	Tandreglering, aktiv behandling högst 6 månader	9 405	9 405
900S	Tandreglering, aktiv behandling högst 6 månader	11 955	11 955
901	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 6 månader till 1 år	14 115	14 115
901S	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 6 månader till 1 år	17 955	17 955
902	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1år till 1,5 år	17 560	17 560
902S	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1år till 1,5 år	22 490	22 490
903	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	20 690	20 690
903S	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	26 605	26 605
904	Tandreglering, en käke, aktiv behandling mer än 2 år	25 635	25 635
904S	Tandreglering, en käke, aktiv behandling mer än 2 år	33 105	33 105
905	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 6 månader till 1 år	19 910	19 910
905S	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 6 månader till 1 år	25 045	25 045
906	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	23 355	23 355
906S	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	29 575	29 575
907	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	26 795	26 795
907S	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	34 110	34 110
908	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling mer än 2 år	32 270	32 270
908S	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling mer än 2 år	41 295	41 295

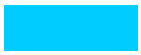
900 Utbytesåtgärder

Åtgärd /Tillstånd	Typ av behandling		
	Utbytesåtgärd krona		
921	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, fram- eller hörntand	6 385	1 240
921S	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, fram- eller hörntand	7 790	1 240
922	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, molar eller premolar	6 385	1 595
922S	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, molar eller premolar	7 790	1 595
	Utbytesåtgärd implantat i entandslucka		
925	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i en entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro, kirurgisk del/implantatoperation.	7 820	4 665
925S	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i en entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro, kirurgisk del/implantatoperation.	9 340	5 545
926	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro, protetisk del/implantatstödd krona.	10 660	6 950
926S	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro, protetisk del/implantatstödd krona.	12 925	8 050
928	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en eller båda stödtänderna som utbytet beräknas på, kirurgisk del/implantatoperation.	7 820	2 285

928S	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en eller båda stödtänderna som utbytet beräknas på, kirurgisk del/implantatoperation.	9 340	2 505
929	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på, protetisk del/implantatstödd krona.	10 660	4 664
929S	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på, protetisk del/implantatstödd krona.	12 925	5 545
	Utbytesåtgärd ortodontisk slutning av entandslucka		
940	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro.	11 430	11 615
940S	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro.	13 400	13 595
941	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på.	6 840	6 950
941S	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på.	7 935	8 050

* Priset på respektive utbytesåtgärd tandreglering beror på omfattningen av den tandregleringsbehandling som krävs. Utifrån omfattningen väljs lämpligt pris enligt åtgärderna 900-908. Lämpligt pris skrivs in manuellt.

	Öppenvårdstaxa	
951	Behandling tandhygienist/tandsköterska. Per besök	250
952	Behandling allmäntandläkare. Per besök	250
953	Besöksavgift Specialisttandläkare	250
954 10	Beräkning högkostnadsskydd	10
954 20	Beräkning högkostnadsskydd	20
954 50	Beräkning högkostnadsskydd	50
954100	Beräkning högkostnadsskydd	100
955	Frikort hygienist	
956	Frikort tandläkare	
957	Fribesök följeslagare	
958	Fribesök annan avdelning	
961	Uteblivande tandhygienist/tandsköterska	250
962	Uteblivande allmäntandläkare	250
963	Uteblivande specialist tdl	250



Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 114

Delårsrapporter 2021

Diarienummer: RJL 2021/136

Underlag saknas vid beslutstillfället, därmed beslutar presidiet om att ett extra presidiesammanträde skall ske den 12 oktober 2021, i anslutning till nämndsammanträdet.

Beslutets antal sidor

1

Region Jönköpings län

Delårsrapport 2 RJL
Tertial 2 2021

Region Jönköpings län

Dnr 2021/136
Jane Ydman, Regiondirektör
Region Jönköpings län
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

För ett bra liv i en attraktiv region **4**
Måluppfyllelse och god hushållning **6**
REGIONAL UTVECKLING **8**
UTBILDNING OCH KULTUR 19
LÄNSTRAFIKEN 27
FOLKHÄLSA OCH SJUKVÅRD **35**
REGIONGEMENSAMT **61**
STÖD OCH SERVICE 63
MEDARBETARE **65**
EKONOMI **69**
HÅLLBARHET **78**
BILAGOR 90

För ett bra liv i en attraktiv region

2021 års första åtta månader, som denna delårsrapport behandlar, har liksom 2020 till stor del präglats av coronapandemin. Det syns i denna rapport i form av lägre måluppfyllelse för en del av systemmätetalen och i beskrivningar av uppdrag och aktiviteter där en del har fått pausas eller skjutas framåt i tiden.

Även om coronapandemin har haft stort fokus i hela samhället har det samtidigt varit prioriterat att så långt möjligt upprätthålla det ordinarie arbetet med vårt uppdrag gentemot länets invånare. I några verksamheter har det krävts stora anpassningar och insatser av våra medarbetare och chefer för att möjliggöra detta. Vi har inom både hälso- och sjukvården och regional utveckling fortsatt att arbeta i befintliga ledningsstrukturer. Politiskt har enstaka extra sammanträden påkallats och några ordförandebeslut har fattats av tidsskäl. I förvaltningen har hälso- och sjukvårdens ledningsstruktur varit förstärkt genom regional särskild sjukvårdsledning, denna kunde avvecklas i juni. Den täta samverkan som alltid finns, men som blir än tydligare i en händelse som coronapandemin, har fortsatt vara mycket betydelsefull. Nationell samverkan, inom såväl nätverk inom Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som med myndigheter har fungerat bra och varit till stort stöd. Liksom den viktiga samverkan som sker i länet med andra aktörer inom ramen för F-samverkan.

Med ett så brett och omfattande uppdrag som vi som region har, ser vi flera av konsekvenserna för samhället hos våra medarbetare och i vår verksamhet. Vi har verksamhet som helt fått ställas in, andra har fått ställa om sitt arbete i mindre eller större utsträckning och vi har medarbetare och verksamheter inom hälso- och sjukvården som haft en extrem belastning och arbetat många timmar under Krislägesavtal. Sommaren förlöpte efter omständigheterna väl och medarbetarna har kunnat få ut sin semester som planerat. De omställningar och förändringar som gjorts innebär ett stort lärande som vi kommer att ha nytta av och ta vara på efter pandemin. Goda insatser har gjorts av alla inblandade i såväl hälso- och sjukvården som i stödverksamheterna. Samtliga regioner har nu operationer och andra åtgärder som skjutits upp, Region Jönköpings län har tack vare det arbete som gjorts bland annat under tiden med anvisningar på krislägesavtalet ett bättre utgångsläge. Samordning kring den uppskjutna vården pågår såväl sjukvårdsregionalt som nationellt för en mer jämlik vård.

Intresset från media med frågor, önskemål om kommentarer, uppgifter, medverkan i olika sammanhang från företrädare inom hälso- och sjukvården var mycket stort under våren och har avtagit något under sommaren i takt med att antalet som vårdas på sjukhus för Covid-19 minskat. Kommunikationen från Region Jönköpings län har sedan i våras till stor del handlat om vaccination mot viruset. Processerna kring både vaccination och provtagning hanteras med vårdcentralerna som bas i syfte att finnas nära invånarna vilket fungerar bra och stärker primärvårdens roll. Hälso- och sjukvårdsbarometern är en årlig undersökning som redovisades i början av året, denna visade glädjande på ett fortsatt högt förtroende för länets hälso- och sjukvård. Med anledning av pandemin har Kantar/Sifo under våren gjort undersökningar som mäter förtroendet för olika myndigheter och offentlig verksamhet. Även dessa har visat på ett högt förtroende för hälso- och sjukvården och regionerna.

Förändringar och anpassningar på grund av pandemin har under årets första åtta månader skett inom utbildningsverksamheten och kulturverksamheten. Kollektivtrafiken har påverkats kraftigt genom att resandet minskat, helt i enlighet med gällande restriktioner men med stora konsekvenser ekonomiskt då trafiken bibehållits vilket även varit en tydlig uppmaning från regering och myndigheter. Många goda insatser har gjorts även i dessa verksamheter. Inom ramen för det regionala utvecklingsuppdraget har arbetet, förutom fokus på att agera utifrån effekterna på näringsliv och andra samhällsaktörer, varit en omstart av arbetet med den Regionala utvecklingsstrategin.

För att följa pandemins effekter ur ett bredare perspektiv finns en Pandemibarometer. Här följer vi löpande data om bland annat hur belastningen på slutenvården avseende Covid-19 ser ut, antal som väntar på besök eller annan åtgärd till sjukvården (det som nu benämns som uppskjuten vård i många sammanhang), data som kan ge indikationer på hur den psykiska hälsan påverkas, arbetslöshet och varsel, konkurser, data kring ekonomiskt bistånd samt data som visar påverkan på våra medarbetare som till exempel sjukfrånvaro och övertidsarbete. En bred bild av effekterna är viktig för att kunna

balansera kommande insatser som behövs för att hantera efterverkningarna av pandemin.

Digitalisering, och framför allt att ta tillvara på möjligheterna av digitaliseringen, är ett övergripande mål och uppdrag i budget 2021. Arbetet med detta har fått extra fart i och med pandemin med införanden av digitala lösningar och stöd. Hållningen är att göra så mycket som möjligt tillsammans nationellt eller i andra konstellationer som är naturliga för vår samverkan samtidigt som arbetet med att ta tillvara möjligheterna och effekterna är områden som vi behöver arbeta vidare med både på egen hand och tillsammans med andra.

Arbetet med den övergripande målsättningen att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare har fortsatt och arbetet pågår med att ta fram ett medarbetarlöfte genom bland annat undersökningar och kartläggning av vad våra medarbetare och chefer förväntar sig av Sveriges bästa offentliga arbetsgivare och vad de anser är det bästa med sin arbetsplats. En enkät har legat ute där alla medarbetare fått möjlighet att rangordna viktiga faktorer och att lämna fritextkommentarer. 1 600 medarbetare har valt att delta i enkäten och svaren är en viktig del i det fortsatta arbetet.

Arbetet utifrån Hållbarhetsprogrammet har i stort sett kunnat ske enligt plan och det pågår aktiviteter inom alla tre dimensioner. Rapporten visar att en del aktiviteter och mål fått en skjuts och att en del varit problematiska att nå under pandemin.

Det ekonomiska resultatet per augusti för verksamheten (före finansnetto) är ett överskott på 490 miljoner kronor, vilket är 87 miljoner kronor högre än periodbudget. Efter att finansnettot inkluderats är resultatet per augusti 845 miljoner kronor vilket är 305 miljoner kronor högre än periodbudget. Under perioden har en engångsökning av pensionsskulderna till följd av höjda livslängdsantaganden belastat resultatet. Verksamhetens nettokostnader har även påverkats av pandemieffekter i form av personalkostnader för bland annat krisavtal, ökad övertid-komp-jour samt minskade biljettintäkter inom trafiken. Totalt har perioden påverkats av ökade pensionskostnader på 477 miljoner till följd av antagande av höjd livslängd, vilka inte är budgeterade. Samtidigt har regionerna erhållit statliga stöd som kompenserar för en stor del av de coronarelaterade kostnaderna och uteblivna intäkter.

Det prognostiserade årsresultatet för verksamheten (före finansnetto) visar ett överskott på 567 miljoner kronor vilket är 127 miljoner kronor högre än budgeten. Målet att investeringar ska egenfinansieras beräknas kunna nås även 2021 vilket förutom den goda resultatnivån beror på att investeringarna beräknas bli lägre än budgeterat under året.

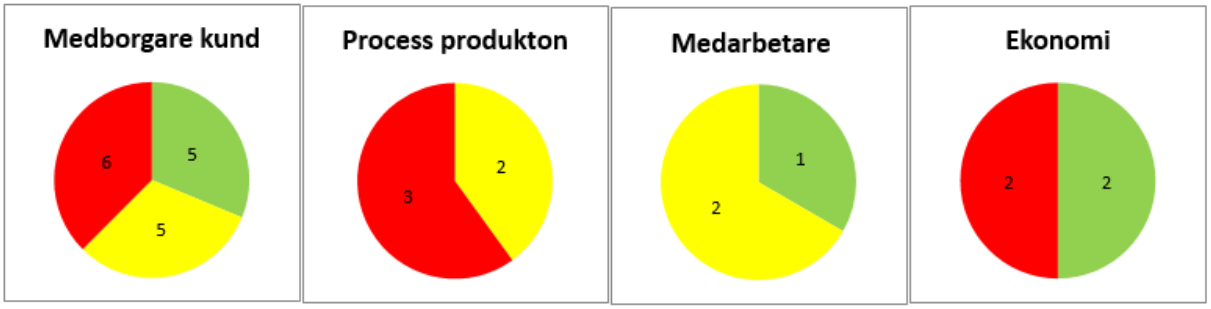
Sammanfattningsvis har vi under årets första åtta månader trots pandemin kunnat leverera en stor del av vårt välfärdsuppdrag till invånarna och med hjälp av statliga stöd nå budgeterat resultat.

Måluppfyllelse och god hushållning

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2021-08-31	Andel	2020-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	8	29%	5	17%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	9	32%	10	35%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	11	39%	14	48%
Totalt antal mätetal	28	100%	29	100%

Måluppfyllelse per perspektiv



Av de 28 mål för en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet som fullmäktige angivit och som mäts för andra tertialet 2021 har 17 mål (61 procent) helt eller delvis uppnåtts, vilket är en förbättring med 9 procent jämfört med motsvarande period föregående år. Förändringen från mätetal med ej måluppfyllelse föregående år till måluppfyllelse i år, finns främst inom perspektivet medarbetare där sjukfrånvaron sjunkit markant jämfört med delår 2 2020

Inom medborgare kund är det mätetal inom Folkhälsa och sjukvård samt Utbildning och kultur som inte måluppfyllelse nås. Främst är det tillgänglighetsmått inom Folkhälsa sjukvård och inom utbildning och kultur är det Smålands musik och teaters mätetal avseende betalande publik och publik vid förställningar för barn och ungdomar som inte når måluppfyllelse.

Mätetal som helt eller delvis har uppnått måluppfyllelse är kundnöjdhet inom Länstrafikens olika kundnöjdhets mätetal samt tåg som går enligt tidtabell. Även för mätetal inom Folkhälsa Sjukvårds har måluppfyllelse helt eller delvis uppnåtts, så som för medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar, faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar, faktiskt väntetid till operation, andel berättigande till nödvändig tandvård som fått den utförd samt andel revisionspatienter till undersökning och behandling, allmäntandvård.

Inom process produktion nås inte måluppfyllelse för mätetalen inom Länstrafiken för antal resor och antal påstigande mil. Inom Folkhälsa sjukvård uppfylls inte mätetalen för standardiserade vårdförlopp (SVF) inom max ledtid. Mätetal som helt eller delvis har uppnått måluppfyllelse är vårdprevention samt standardiserade vårdförlopp andel patienter i SVF

För medarbetarperspektivet uppfylls alla mätetal helt eller delvis. Jämfört med tertial 1 2021 är det främst sjukfrånvaron som sjunkit markant.

Inom perspektivet ekonomi har mätetalen ekonomi i balans samt prognos måluppfyllnad. Ekonomiskt resultat efter augusti samt helårsprognosen visar på en positiv avvikelse mot budget. Länstrafikens mätetal kostnad per resenär-km samt skattesubventionsgrad når inte måluppfyllelse.

Mätetalen ekonomi i balans, prognos, kandidatupplevelse – CNPS, kostnad för bemanningsföretag och

personalhälsa – sjukfrånvaro summeras vardera bara en gång i ovan tabell. Måluppfyllelsen speglar Region Jönköpings län totalt.

REGIONAL UTVECKLING

Den regionala utvecklingsstrategin är en långsiktig strategi som siktar mot 2035. Budgeten är det viktigaste styrdokumentet för den regionala utvecklingsstrategins genomförande. Region Jönköpings län säkerställer den regionala utvecklingsstrategins genomförande genom att leda och samordna arbetet med strategin i länet. I nära samverkan med länets kommuner, högskolan, näringslivet, civilsamhället och Länsstyrelsen skapar Region Jönköpings län förutsättningar för tillväxt och regional utveckling. En utveckling som är långsiktigt hållbar både socialt, miljömässigt och ekonomiskt. Förutsättningar för innovation, utbildning, forskning och hållbart resande prioriteras föra att skapa ett attraktivt och konkurrenskraftigt län.

Arbetet med att driva den regionala utvecklingen har fortsatt påverkats av pandemins konsekvenser men fokus har förflyttats från akuta stödåtgärder till långsiktig återstart och omställning. Det fortsatta arbetet med omtag av den regionala utvecklingsstrategin har inriktats på att tillsammans med de centrala aktörerna i länet identifiera och utveckla formerna för den fortsatta processen samt prioriterade åtgärder.

Innan sommaren antog riksdagen ny nationell strategi för hållbar regional tillväxt. Strategin gäller fram till år 2030 och kommer att påverka kommande villkorsbeslut för tilldelning av statliga utvecklingsmedel, de så kallade 1:1-medlen.

Förutsättningarna för att driva på en återstart efter pandemin har förbättrats genom den ökade volym av utvecklingskapital som blivit tillgängligt genom de olika EU-program som öppnats upp. Organisationen av regional utveckling har anpassats för detta.

Mycket av de negativa konsekvenser med till exempel hög arbetslöshet och konkurser har uteblivit genom att de stödåtgärder som satts in har fungerat väl för länets näringsliv. Detta innebär att det fortsatta regionala utvecklingsarbetet kan inriktas på omställning.

Ett avgörande utvecklingsområde är fortsatt utveckling av förmågan att genomföra analyser och bedömningar kring länets utveckling och behov. Denna förmåga behöver utvecklas över de kommande åren och bör ske i samverkan med länets aktörer.

En hållbar region

Strategiska mål: 2035 är Jönköpings län ett hållbart län

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län skall motverka utanförskap

Aktiviteter	Analys
Vägar till hållbar utveckling - digital inkludering	Majoriteten av invånarna i länet som vi mött tycker att digitala samhällstjänster underlättar, men när allt flyttar online, finns det en del invånare som hamnar utanför. Det är mot denna bakgrund som vi har organiserat Koppla upp dagarna 2.0 under perioden 2021-06-21 till 2021-08-06. Detta har gjorts i nära samarbete med representanter för civilsamhället, offentlig sektor och näringsliv. Under sommaren tillkom dessutom en önskan från hälsokommunikatörerna om att samarbeta kring informationsspridning och hjälp med digitala vaccinationsbokningar i de så kallade "vita områdena", dvs. de områdena i länet med låg vaccinationsgrad. För att kunna förstå vad digitalt utanförskap i Jönköpings län betyder för invånarna har vi arbetat mycket med storytelling som metod. Syftet med storytelling är att kunna ge personer som befinner sig i ett utanförskap en igenkänningsfaktor om att de inte är ensamma. Samtidigt som det är ett sätt att visa på att vi behöver utveckla digitala tjänster som är anpassade för att alla ska kunna ta del av dem. Vi vill också visa på goda exempel från organisationer som arbetar med digital inkludering, t.ex. genom hur

Aktiviteter	Analys
	de arbetar med digital inkludering, vad de gör för skillnad, vad digitalt utanförskap betyder för samhället och hur de påverkar människors vardag.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län skall främja cirkulära affärsmodeller

Aktiviteter	Analys
Vägar till hållbar utveckling - hållbarhetsdriven näringslivsutveckling/cirkulära affärsmodeller	I vårt arbete har vi tillsammans med JU och Rise bildat en arbetsgrupp som ska ta fram en konsoliderad modell för hållbara företag i vårt län. Modellen ska vara tillgänglig för företag och det ska inte krävas förkunskaper för att kunna använda den i det egna bolaget. Vidare har projektledningen bildat ett nätverk av projektledare från RU, JU, ALMI, Science Park, Coompanion, och Energikontoret. Nätverket ska hjälpa till att koordinera insatserna gentemot företag. Syftet med samarbetet är att skapa ett kapacitetsbyggande samarbete för hållbart företagande i Jönköpings län, där företag och affärsutvecklare har tillgång till metoder och verktyg för att skapa motståndskraft och hållbar utveckling i länets verksamheter. Vidare avser detta samarbete, tillsammans med andra pågående initiativ inom Vägar till hållbar utveckling, att lägga grunden för ett centrum för transformativ hållbarhet i länet.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län skall främja en ökad förmåga till elförsörjning

Aktiviteter	Analys
Regional utveckling ska under året aktivt stödja genom finansiering och påverkansarbete utveckling inom länet för att uppdraget skall uppnås.	Region Jönköpings län ska påverka utvecklingen för att uppnå uppdraget genom riktad finansiering av projekt i extern regi samt genom påverkansarbete bidra till utveckling inom området. Genomförda åtgärder kommer att redovisas löpande i uppföljningsrapporterna. Någon insats är ännu inte påbörjad.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län skall främja en säkrad tillgång till dricksvatten av hög kvalitet

Aktiviteter	Analys
Miljöprojekt för att minska andel läkemedelsrester i vattnet.	Inventering av behov och möjliga insatser har fortsatt och en närmre samverkan har etablerats med Länsstyrelsen gällande deras handlingsprogram Hälsans vatten. Även olika finansieringsmöjligheter för projekt och insatser har kartlagts.
Regional utveckling ska under året aktivt stödja genom finansiering och påverkansarbete utveckling inom länet för att uppdraget skall uppnås.	Ett aktivt arbete pågår där regional utveckling deltar som part i flera dialoger i frågan. Frågan bevakas bland annat genom samverkan med Länsstyrelsen men även vid dialog med kommunerna.

Prioriterade uppdrag: Perspektiven en jämställd regional tillväxt samt hållbarhet ur de tre perspektiven ska prägla alla regionala utvecklings- och tillväxtprocesser i syfte att skapa ett på alla områden jämställt och hållbart län.

Aktiviteter	Analys
Agenda 2030	Aktiv samverkan med bl.a. länets kommuner, Länsstyrelsen, RJL Miljö och Folkhälsa m. fl. kring arbetet med Agenda 2030 i länet, bl.a. genom regelbundna digitala möten för kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte inom agendans olika delar. En regional träff med Glokala Sverige (där RJL är ny medlem) är förberedd och kommer att genomföras 16 september. Glokala Sverige kommer också att medverka vid Region Jönköpings läns Hållbarhetsdag den 23/11. Samverkan med länets aktörer sker brett inom alla agendans dimensioner.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska driva på arbetet med en hållbarhetsdriven näringslivsutveckling

Aktiviteter	Analys
Livsmedelsstrategi för Jönköpings län	Arbetet med samordning av Gårdsrundan har fortsatt. Marknadsföringsmaterial har tagits fram och spridits till de 52 deltagarna. Diskussionen kring samarbetsprojekt tillsammans med Kalmar och Kronoberg kring kommunikation av livsmedelsstrategierna har resulterat i ett gemensamt projektutkast. Förberedelser för upphandling av konsult i vattenbruksprojektet pågår.
Etablering av Grön mack i länet	En konstruktiv dialog sker löpande mellan ett etablerande företag och en av länets kommuner om en etablering på en av länets logistikparker. Region Jönköpings läns fortsätter stötta i dialogen.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska driva på digitaliseringen inom offentlig verksamhet och näringslivet

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska främja socialt företagande

Aktiviteter	Analys
Regional utveckling ska under året aktivt stödja genom finansiering och påverkansarbete utveckling inom länet för att uppdraget skall uppnås.	Region Jönköpings län skall främja en ökad förmåga till elförsörjning. Sondering för uppdraget kommer påbörjas under hösten.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska driva på arbetet med en jämställd regional tillväxt.

Aktiviteter	Analys
JÄJ - Gemensamt genomföra aktiviteter i samverkan	Jäj-samarbetet fungerar som en sammanhållande plattform för regional samverkan inom jämställdhet och social hållbarhet. Under året har samverkan och aktiviteter skett i samarbete med t.ex. näringslivsorganisationer som Värnamo Näringsliv, Handelskammaren och civilsamhället i form av UN Women Sweden, idrottsföreningar, kvinnojourer och RF/SISU. Ett flertal aktiviteter med anledning av Demokratin 100 år och kampanjerna Orange the world/Ett Jönköping fritt från våld har planerats och kommer att genomföras under hösten.

Aktiviteter	Analys
	Webbplatsen jajkpg.se används för samlad kommunikation av planerade aktiviteter.

En attraktiv region

Strategiska mål: 2035 är Jönköpings län den bästa platsen att besöka, växa upp, bo, leva, verka, åldras på och flytta till för alla

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län skall driva på arbetet med att formalisera samverkan med civilsamhället i länet

Aktiviteter	Analys
Skapa en överenskommelse mellan Region Jönköpings län och länets organisationer inom den sociala ekonomin	Arbetet är igång och sker i samverkan med Folkhälsa och sjukvård kring former för samverkan med civilsamhället.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län skall medverka till framtagande av regional besöksnäringsstrategi

Aktiviteter	Analys
Upprättande av projektgrupp för framtagande av regional besöksnäringsstrategi.	Pågår enligt plan, projektgrupp påbörjar arbetet i november.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län skall revidera liggande kulturplan. Ny flerårig kulturplan skall antas 2022

Aktiviteter	Analys
Upprättande av tidsatt projektplan för revidering av kulturplan	Pågår enligt plan. Projektplan enligt beslut i ANA nämnden i mars. Arbetet påbörjas i oktober när ny kulturutvecklingschef är på plats. Ny reviderad plan är klar för beslut hösten 2022.

Prioriterade uppdrag: Landsbygdsutveckling

Aktiviteter	Analys
Service på landsbygden/kommersiell service	Under tertial 2 betalades de årliga särskilda driftstödet till 16 butiker i länet ut på sammanlagt 3,1 mnkr. Stöd utgår till butiker som räknas som den enda/sista på sin ort och uppfyller vissa andra kriterier, 1:1-medel för kommersiell service.

Prioriterade uppdrag: Utveckla kommunernas digitala verksamheter och service

Aktiviteter	Analys
Digitaliseringsrådet	Arbetet pågår, diskussion pågår hos uppdragsgivarna/länets kommuner hur arbetet ska bedrivas framåt.

Prioriterade uppdrag: Förverkliga uppdragen i digitaliseringsstrategin

Aktiviteter	Analys
Utveckla den digitala kompetensen i länets kommuner	Arbetet något försenat, tar ny fart i höst då ny strateg är på plats.
Projekt – kartlägga digitaliseringens effekter	Arbetet pågår i nära samverkan med forskningsinstitutionerna via digitaliseringsrådet. Kartläggningen visar på en högre digital mognad och förståelse för den digitala arenan, både hos offentliga aktörer och invånare i stort. Pandemin har skyndat på utvecklingen. Effekterna av detta är bl.a. effektivare möten som även genererar positiva hållbarhetseffekter genom färre resor. Möjlighet till inkludering och nå nya målgrupper har ökat.
Affärsutvecklingscheckar inom digitalisering	Merparten av sökta medel inom affärsutvecklingscheckar har gått till ansökningar från företag som har uttryckt behov av en digital utveckling. Arbetet med react-checkar påbörjades innan semestern och två företag har fått stöd till digital omställning via extern konsulthjälp. Fler digitala omställningscheckar kommer utlysas under hösten.

En tillgänglig region

Strategiska mål: 2035 skapar tillgänglighet utvecklingskraft i Jönköpings län

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län skall driva på och stödja satsningen på nya stambanor. Detta inkluderar att vara en samlande roll i länet och samverka med andra län längs den planerade sträckningen samt att vara en aktiv samarbetspartner till Trafikverket.

Aktiviteter	Analys
Projekt Nya stambanor	Arbetet fortlöper utifrån beslut i styrgruppen för nya stambanor. Påverkansarbete för perioden fram till nästa sommar håller på att tas fram.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län skall ta fram en trafikslagsövergripande länstransportplan. Som stöd i planeringen ska nödvändigt kunskapsunderlag tas fram, exempelvis om godsflöden i länet.

Aktiviteter	Analys
Nationella och regionala transportplanen	Arbetet löper utifrån regeringens direktiv, med planerad remiss i början av nästa år.
Regional cykelstrategi	Arbetet har inletts och tas fram parallellt med den regionala infrastrukturplaneringen.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län skall utveckla arbets- och samverkansformer för att implementera den nya statliga stödformen för bredbandsutbyggnad.

Aktiviteter	Analys
Regional bredbands- och digitaliseringsstrategi	Arbetet försenat pga. personalförändringar. Handlingsplansarbetet kopplat till strategin påbörjas senare under hösten 2021.
Regional bredbandskoordinator	Överlämning i samband med pensionsavgång sker för närvarande.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län skall utveckla arbets- och samverkansformer för framtagandet av strukturbilder. Denna arbetsmetod skall ske parallellt med utvecklandet av regional planering.

Aktiviteter	Analys
Strukturbilder	Arbetet är startat och presenterat för kommunerna. Arbetsgruppen kommer att verka under hösten.
Ökad kommunal samverkan för bostadsbyggande i länet	Arbetet sker i nära koppling till framtagandet av strukturbilder.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska stödja utvecklingsarbetet i Nässjö och genom analyser och påverkansprocesser bidra till att göra Nässjö till ett nationellt centrum för järnvägsutbildningar.

Aktiviteter	Analys
Regional utveckling ska under året aktivt stödja genom finansiering och påverkansarbete utveckling inom länet för att uppdraget skall uppnås.	Regional utveckling är redo att agera då tillfälle ges att stödja utvecklingen inom länet i linje med uppdraget.

Prioriterade uppdrag: Stödja utvecklingsarbetet i Nässjö och genom analyser och påverkansprocesser bidra till att göra Nässjö till ett nationellt centrum för järnvägsutbildningar och järnvägsutveckling

Aktiviteter	Analys
Riktade insatser och projekt för att stärka Nässjö som nationellt centrum för järnvägsutbildning	Nässjö kommun arbetar med att ta fram en projektansökan kring nationellt järnvägscentrum.

En smart region

Strategiska mål: 2035 är Jönköpings län en långsiktigt hållbar och innovativ tillväxtregion

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska leda och samordna innovationssystemet mot faktorer som driver morgondagens innovation.

Aktiviteter	Analys
E-merge	Projektet går mot avslut 31/12 2021. Sista datum för aktiviteter är 30/9 2021. I stort sett löper projektet planenligt i delmål ett och tre, även om viss fördröjning som följd av Corona kunnat konstateras. En ny, krympt budget har kompilerats och godkänts av tillväxtverket. Delmål två som handlar om kommunikation, spridning och community-byggande ligger väsentligt efter plan. Orsakerna är delvis Corona och det stopp för företagsbesök och fysiska seminarier företagen inte visste vilka vi var. Projektet fortsätter därutöver enligt plan september månad ut med ett ytterligare event.

Aktiviteter	Analys
Region Jönköpings län ska initiera processer och utifrån länets särskilda utmaningar till omställningsfokus och digital transformation.	Region Jönköpings län har startat olika projekt såsom ”Vägar till hållbar utveckling”, Framtidssäkrad industri”, ”Vart i hela världen är världen på väg” och ”Kvalitetsledning 2.0 som har fokus på omställning, digitalisering och hållbarhet. Även externa projekt har påbörjats. Nämnas kan Almis projekt ”Inkomst digitalisering”, Science Parks projekt ”AI Readiness” samt ”Framtidsinnovation”.
Projekt Vart i hela världen är världen på väg?	Vart i hela världen-projektet beviljar kontinuerligt stöd till konsultinsatser för att stärka små och medelstora företags konkurrenskraft och förmåga till omställning. Hitintills har 54 intresseanmälningar från företag inkommit. 38 har beviljats stöd (maxbeloppet är ett värde av 50 000 kronor) och ett antal är under beredning. Målet är att 40 företag ska ha fått sådant stöd vid projektslut men kostnadseffektiv hantering av projektet gör att det finns medel som möjliggör att komma över detta målvärde om tillräckligt stort intresse finns bland länets företag. Projektet fortsätter därför att på olika sätt kommunicera ut möjligheten att söka detta stöd. Utöver konsultinsatser har projektet genomfört 6 webbinarier och kommer under hösten 2021 påbörja samarbete med Science Park kring innovationsrace.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska initiera omställningsfokus från produkt till funktion/tjänst – Digitaliseringseffekt

Aktiviteter	Analys
Affärsutvecklingscheckar	Under våren 2021 beviljades via EU:s återstartssatsning "React-EU" medel till Affärsutvecklingscheckar med 9 mnkr till vårt län inom områdena: Digital omställning, Grön omställning och Internationalisering. Varje check är på mellan 25-250 tkr. Medlen beviljades formellt precis före sommaren och två beslut togs före sommaruppehållet. Arbetet fortsätter nu under resten av 2021 samt 2022 att bevilja checkansökningar från företag. Genomförandetiden för beviljade insatser kan sen sträcka sig in under 2023. Arbetet sker som tidigare i nära samverkan med Almi. Egna medel ur 1:1-anslaget har inte avsatts till checkar. Almi har under våren haft egna medel till checkar som nu i det närmaste är slut.
Projekt Kvalitetsledning 2.0	Projektet fortgår enligt plan. Den upphandlade analysen gav ett gediget och omfattande statistikunderlag (big data) för och inklusive omvärldsbevakning och framåtspaning i syfte att tydliggöra det strategiska behovet av kommande projektinsatser utifrån målbilden för tillväxt och utveckling enligt RUS 2035. Rapporten har presenterats vid samlingar med näringslivscheferna i länet, representanter för det företagsfrämjande systemet och företagarorganisationer och i dialogseminarie fångat upp relevanta inspel och synpunkter. Styrgruppen har nu gett klartecken att gå vidare utifrån resultat från analysrapporten och förstudie i enlighet med projektansökan.
Projekt Proaktiv omställningshandledning	Projektet avslutades 2021-06-30 och innebar att den Regionala Företagsakuten erbjudit stöd till små och medelstora företag i Jönköpings län att hitta rätt när det gäller andra aktörers möjliga stöd och insatser. Det kan vara att företag drabbats ekonomiskt av covid-19 och en akut situation som uppstått i företaget eller om det är mer långsiktiga omställningsåtgärder som behövs. Regionala Företagsakuten har fungerat som bollplank i brådskande frågeställningar. All hjälp till länets företag har varit kostnadsfritt och finansierats genom beslut i ANA. Antal ärenden som hanterats av den regionala företagsakuten under perioden 2021-01-10 till 2021-06-30 är 64 st. De företag och institutioner som sökt rådgivning är framförallt tjänsteföretag, eventföretag, företag

Aktiviteter	Analys
	inom handel samt tillverkning. Regionala företagsakuten har även stöttat de lokala företagsjourerna i Vetlanda, Sävsjö, Värnamo och Gislaved.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska driva på arbetet med en hållbarhetsdriven näringslivsutveckling med fokus ökat nyföretagande och nyföretagande bland nya grupper.

Aktiviteter	Analys
Kontinuerligt genomföra analyser av näringslivet	Mätningar/rapporter genomförs 5 ggr per år. Tre mätningar är gjorda och indikerar en mycket positiv bild av näringslivet. Under juni månad presenterades rapporten "Näringslivsanalys Jönköpings län 2021", av A Society/Bintess. Regional utvecklings analysenhet har även gjort en sårbarhetsanalys, som redogör för företag inom varje kommun och vad som kan hända om varsel inträffar.
Jämställd regional tillväxt	Insatser för jämställd regional tillväxt pågår inom strategiområdet En hållbar region. Arbetet med att sprida information om jämställdhet i länet på webbplattsformen Jäj har fortsatt. Ett arbete har även påbörjats för att hitta nya former för att arbeta tillsammans med civilsamhälle, näringslivsbolag m.fl. för ett tydligare fokus på jämställd regional tillväxt. Några åtgärder har fått ställas om till digitala åtgärder. Vissa planerade insatser har inte kunnat genomföras på grund av Coronapandemin.
En översyn av verksamhetsbidragen ska ske med syftet att koppla dessa till genomförandet av handlingsplanerna i den regionala utvecklingsstrategin	Ett preliminärt förslag till riktlinjer för verksamhetsbidrag har formulerats. Ambitionen är att kunna presentera ett färdigt förslag under september månad.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska analysera ägarskiftesfrågan och andra demografiska utmaningar

Aktiviteter	Analys
Regional utveckling ska under året aktivt stödja genom finansiering och påverkansarbete utveckling inom länet för att uppdraget skall uppnås.	Genom 1:1- medel och egna regionala medel stöds både interna och externa projekt som ligger i linje med den regionala utvecklingsstrategin. De flesta av dessa projekt delfinansieras också via strukturfondsmedel. Påverkansarbete sker genom olika seminarier och event som Regional utveckling arrangerar eller deltar i. Mycket av detta påverkansarbete har skett genom digitala kanaler på grund av coronapandemin.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska tydliggöra utpekade styrkeområden för att attrahera kapital och etableringar

Aktiviteter	Analys
Utländska direktinvesteringar	Region Jönköpings län har som regional partner till Business Sweden ett löpande avtal för samarbetet med möjliga utländska etableringar till länet. Business Swedens nya organisation arbetar mer nära inom export och investeringsfrämjandet och gör det genom strukturen med sju s.k. business ecosystems. RJL tillsammans med länets kommuner samarbetar med att synliggöra länet inom ramen för dessa ecosystems kopplade till vår egen S3 Smart Specialisering och för att främja etableringar till Jönköpings län.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplaner som stärker företagens långsiktiga konkurrenskraft	"Näringslivsanalys Jönköpings län 2021" presenterades i juni 2021. Denna rapport ska tillsammans med erfarenheter från projekten "Vart i hela världen är världen på väg" och "Framtidssäkrad industri" ligga till grund för att utveckla en systematik som stärker företagens långsiktiga konkurrenskraft. Arbetet med att ta fram en Smart specialiseringsstrategi är också en viktig del i detta arbete.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska utarbeta en smart specialiserings strategi

Aktiviteter	Analys
Utarbeta och förankra en smart specialiseringsstrategi med följdfokus att attrahera kapital och etableringar.	Smart Specialiseringsstrategin har varit ute på remiss till länets kommuner, kringliggande regioner, arbetsmarknadens parter samt till det företagsfrämjande systemet. Beredning pågår för att lyfta upp strategin till politiskt beslut under hösten 2021

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska utvärdera ett länsövergripande resurscenter för innovation och kompetens

Aktiviteter	Analys
Utreda och utveckla formerna för samverkan mellan olika aktörer i ett länsövergripande resurscenter för innovation och kompetens.	En förstudie ligger för politiskt beslut och förhoppningen är att den kan gå igång direkt efter årsskiftet 2021/2022. Syftet är att undersöka viljan till och förutsättningarna för ett länsövergripande kompetens- och innovationscentrum som involverar länets kommuner och främjande aktörer. Planerad projekttid är 6-8 månader och arbetet bedrivs som skrivbords- och fältstudie. Kontakt kommer också att tas med andra län för att utröna hur dessa hanterar samma fråga.

En kompetent region

Strategiska mål: 2035 säkerställs matchningen på arbetsmarknaden i Jönköpings län genom det livslånga lärandet

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska tillsammans med relevanta aktörer ta fram fungerande samverkansmodeller kring kompetensförsörjning som möter arbetsmarknadens kompetensbehov och stöder det livslånga lärandet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för en ny nationell tandläkarutbildning till regionen.	Arbetet med att etablera en ny tandläkarutbildning vid JU pågår och dialog förs mellan högskolan och Region Jönköpings län. Coronapandemin har till viss del haft effekter på påverkansarbetet. Ett planerat seminarium i riksdagen har inte kunnat genomföras. Inlämnad ansökan från JU har granskats av Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och resulterat i att en ny och omarbetad ansökan ska lämnas in under hösten 2021 eller våren 2022.
Etablera ett funktionellt ledningssystem som fokuserar på kompetensförsörjning och kompetensutveckling av yrkesverksamma.	Fr.o.m. aug månad arbetar sektionerna "Innovation och företagande" och "Utbildning och kompetensförsörjning" nära varandra med en gemensam sektionschef. I denna nära samverkan diskuteras hur ett funktionellt ledningssystem kan etableras. Dialogen relateras också till regional utvecklings arbete med att konkretisera och implementera den regionala utvecklingsstrategin.

Aktiviteter	Analys
Stärka integrationsperspektivet i kompetensförsörjningsarbetet	Arbete med att implementera rekommenderade åtgärder utifrån den kartläggning som genomfördes under 2020 pågår. Det handlar om bl.a. att: - Sprida goda exempel och erfarenheter från olika företag i länet. - Undersöka möjligheten till fortsatt metodutveckling kring språkutveckling på jobbet. Bland de intervjuade företagen finns ett intresse för att delta i pilotinsatser i den riktningen, vilket är något som Region Jönköpings län och andra offentliga aktörer skulle kunna försöka få till stånd. - Inom träbranschen har arbetsmarknadsintegrerande insatser som kombinerar språkinlärning, yrkeskunskap, praktik och introducering till det svenska arbetslivets kultur, genomförts med framgång. Erfarenheter från detta arbetssätt skulle kunna tas tillvara i andra sammanhang. - Anpassad språkundervisning i kombination med praktik ger goda resultat och visar på betydelsen av att lära språk i ett sammanhang. Industri-SFI i Nässjö (som sedan vidgats till att bli yrkes-SFI) är det mest kända exemplet, men liknande insatser har genomförts även i andra kommuner. Hos de intervjuade företagen finns ett intresse för konceptet och av att utveckla detta. Skolverket har ett projekt kring detta och som är relaterat till regionerna. - Bättre strukturer för validering av utrikes föddas kompetens, inte minst utrikes födda akademiker, skulle kunna bidra till ett synliggörande av kunskaper och färdigheter. Regionen deltar i Myndigheten för Yrkeshögskolans projekt Valideringslyft.
Samla aktörerna och ta fram en gemensam plattform för arbetet med kompetensförsörjningen för näringslivets och offentlig sektors behov	Under 2021 har flera dialoger med olika aktörer genomförts i syfte att stärka kompetensförsörjningen i länet. Dessa dialoger ska ligga till grund för att forma en gemensam plattform i någon form. Denna process hanteras i arbetet med att implementera den regionala utvecklingsstrategin.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska stärka utbudet av yrkesvux- och yrkeshögskoleutbildningar.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att öka antalet utbildningsplatser vid JU och YH-utbildningar	Arbetet löper på. Regional utveckling har ett etablerat YH-nätverk som består av YH-anordnare i Jönköpings län. Innan sommaren hölls ett möte för att just diskutera hur vi tillsammans bör arbeta framåt med YH. Det framkom att för att behålla platser som tilldelas till länet (samt få nya) så behöver vi arbeta med att fylla våra utbildningar genom att attrahera både individer och företag som skickar personal på kompetensutveckling, men också med marknadsföring av YH som form då många fortfarande inte känner till det som en möjlighet. Vi behöver fortsätta utveckla arbetet med omvärldsbevakning och att identifiera regionala kompetensbehov, för arbetet behöver resurser avsättas.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska utveckla arbetet med att etablera effektiva strukturer för validering.

Aktiviteter	Analys
Regional utveckling ska under året aktivt stödja, genom finansiering och påverkansarbete, arbetet med att etablera effektiva strukturer för	Region Jönköpings län deltar i ett Nationellt ESF-projekt ”Valideringslyft” som leds av Myndigheten för Yrkeshögskolan, där vi aktivt kommer att samverka med länets aktörer kring validering. Regional utveckling är även kopplad till flera regionala projekt inom industrin som utvecklar branschvalideringen i länet.

Aktiviteter	Analys
validering utveckling inom länet för att uppdraget skall uppnås.	

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska uppmärksamma värdet av kommunala lärcentra som möjliggörare av det livslånga lärandet

Aktiviteter	Analys
Lärcentra i alla länets kommuner	Region Jönköpings län deltar i länsrektorsnätverk för Vuxenutbildning och finns med i dialogen vid ansökan om statsbidrag för Lärcentra. Det är sex kommuner som har lärcentra men när kommunerna söker statsbidrag för Lärcentra söker man inte enskilt utan kommunerna grupperar sig.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska medverka i planeringen av utbud och inriktning för regionalt yrkesvux inom kommunal vuxenutbildning.

Aktiviteter	Analys
Regional utveckling deltar aktivt i planering och dimensionering av regionalt yrkesvuxutbildningar i länets kommuner.	Region Jönköpings län deltar i länsrektorsnätverk för Vuxenutbildning och finns med i dialogen vid ansökan om statsbidrag för yrkesvux.

En global Region

Strategiska mål: 2035 är Jönköpings län ett internationellt konkurrenskraftigt län

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska verka för ett internationellt perspektiv inom samtliga områden i den regionala utvecklingsstrategin

Aktiviteter	Analys
Säkerställa att det internationella perspektivet beaktas i samtliga strategiområden vid uppstarten av ledningssystemet för den regionala utvecklingsstrategin.	Delstrategierna Bidra till att utveckla EU och övriga världen i en mer hållbar riktning samt Utveckla förmågan att dra nytta av de resurser som EU erbjuder är relevanta för alla strategiområden inom regionala utvecklingsstrategin. Arbete pågår för att på ett strukturerat och systematiskt sätt implementera det internationella perspektivet i samtliga strategiområden.

Prioriterade uppdrag: Region Jönköpings län ska mobilisera internt och externt inför nästa programperiod för EU:s sammanhållningspolitik för att öka utvecklingskapitalet som verkar i länet.

Aktiviteter	Analys
Mobilisera av interna och externa resurser genom samordning och påverkansarbetet inför EU:s nya programperiod.	Programmet för ERUF är inlämnat till näringsdepartementet. Kompletteringsarbete pågår och därefter förhandling. Mobiliseringen är påbörjad under programmeringsarbetet men kommer att intensifieras under hösten 2021. För ESF sker mobilisering delvis genom förstudie.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för ökad tilldelning av 1:1 medel och andra nationella utvecklingsmedel till länet	Tilldelningen av 1:1-medel har ökat stegvis de senaste åren. För 2021 har vi ett bemyndigande på 70 mnkr och ett anslag på 26 mnkr. Inför kommande år har vi i prognoser till Tillväxtverket signalerat behov av höjning framförallt med anledning av att stärka upp inför den kommande programperioden inom EU.
Förbereda nästa programperiod för EU:s samhållningspolitik	Region Jönköpings län koordinerar arbetet för Småland och öarna. Arbetet har organiserats genom programgrupp och styrgrupp i NUTS2-området. Flera sakkunniga har involverats och levererat underlag. Tillväxtverket har haft en stödjande funktion. Förslag till operativt program för Europeiska regionala utvecklingsfonden lämnades till näringsdepartementet den 30 december 2020. Under 2021 pågår budgetfördelning, kompletteringar, förändringar och förhandlingar. Uppdraget att ta fram regional handlingsplan för ESF förväntas komma från arbetsmarknadsdepartementet under 2021. Tidpunkten för uppdrag är beroende av beslut på europeisk och nationell nivå.

UTBILDNING OCH KULTUR

Medborgare och kund

Strategiska mål: Ett attraktivt och framgångsrikt utbildningsutbud på naturbruksprogrammet och regionens folkhögskolor med hög kvalitet, anpassat efter befolkningens och arbetsmarknadens behov

Framgångsfaktorer: Utgå från behovsanalyser som ger underlag för utbildningarnas dimensionering och inriktning

Uppdrag/mål: Naturbruksskolorna ska vara kunskaps- och kompetenscenter för den gröna sektorn i länet.

Aktiviteter	Analys
Naturbruksskolorna ska vara naturliga mötesplatser för den gröna sektorn i regionen/för regionen	Naturbruksskolorna fungerar redan idag som naturliga mötesplatser för den gröna sektorn. Under året har denna fråga belysts ytterligare i syfte att förstärka naturbruksskolornas roll, inte minst ur ett självförsörjningsperspektiv. Coronapandemin har betydligt försvårat arbetet med att ta emot externa besökare för att utveckla arbetet med naturliga mötesplatser för den gröna sektorn.
Vuxenutbildning inom den gröna sektorn.	Vuxenutbildningar genomförs under 2021 inom bland annat skogsmästarprogrammets basår, samt komvuxutbildningar inom skog och djurskötsel. Djurskötarutbildningen är till största del en digital utbildning, vilket har visat sig locka sökande från hela landet. Efterfrågan på fler korta utbildningar finns från de gröna näringarna, men bristen på behörig personal gör att verksamheten inte alltid kan matcha efterfrågan fullt ut.
Utveckla djurhållningen.	Projekt kring byggnation av ny ladugård är inlett. Ny inredning har satts in i stallet på Lilla Segerstad. Ventilationen i kostall och svinhus har förbättrats under året.
Skolplan för Naturbruksskolorna.	Skolplan tas fram i anslutning till nytt samarbetsavtal med kommunerna om naturbruksutbildning. Avtal överlämnas till kommunernas beslutsprocess under hösten 2021.

Uppdrag/mål: Folkhögskolors och studieförbunds möjligheter att stärka det regionala kompetensförsörjningsarbetet ska tillvaratas.

Aktiviteter	Analys
Utveckla samarbetet kring fortbildnings- och kompetensutvecklingsuppdraget	Regional utveckling (RU) har pågående dialoger med folkbildningens organisationer i länet om hur folkhögskolor och studieförbund kan bli än mer delaktiga i det regionala kompetensförsörjningsuppdraget.

Uppdrag/mål: Utbildningar inom eftergymnasiala utbildningar och uppdragsutbildningar på olika nivåer som är anpassade efter näringens behov ska erbjudas

Aktiviteter	Analys
Identifiera folkhögskolorna roll.	Folkhögskolornas roll i regionen och inom RU klarnar allt mer i takt med att strukturen för RU:s ledningsgrupp klarnar.
Bildningsplan för Folkhögskolorna.	Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet (ANA) antog bildningsplan för folkhögskolorna i december 2020.

Strategiska mål: Alla länsinvånare ska ha möjlighet att vara delaktiga i kulturlivet, till kulturupplevelser och till eget skapande.

Framgångsfaktorer: Genom egna insatser och stöd till föreningslivet och det fria kulturlivet skapa engagerade och kulturintresserade medborgare och fler mötesplatser. Kulturverksamhet i alla kommuner i Jönköpings län.

Uppdrag/mål: Kulturen ska vara vital och närvarande i hela länet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Betalande publik Smålands Musik och Teater	34 500	746	Smålands musik och teater (SMOT) har återigen kunnat öppna sina salonger till länets invånare och erbjuda scenkonst inom ramen för de kvarvarande coronarestriktionerna.
Publik vid föreställningar för barn och ungdom	13 750	242	Under tertial 2 har SMOT återigen kunnat träffa de yngsta invånarna om än i liten skala och i små grupper. Främst har det rört sig om klassrumsföreställningar.

Aktiviteter	Analys
Främja och delta i kulturellt samarbetet.	Svårigheter med fysisk närvaro. Omställning till digitala upplägg.
Yttrandefrihet, mångfald, demokrati och mänskliga rättigheter.	Pågår enligt plan, nuvarande fristadsförfattares period löper ut vid årsskiftet 2021-2022.
Digitaliseringens möjligheter.	SMOT har producerat två produktioner som distribuerats digitalt fram till april. När ordinarie verksamhet kommer igång är det dock svårare att inte kunna producera scenkonst digitalt. Det kräver väldigt mycket kompetens, utrustning som vi inte äger och teknisk personal behövs bakom scen istället för framför. Några sändningar kommer att fortsätta, t.ex. samarbetet med Mediacenter och Seniorportalen. Under jubileumsveckan (v.45) kommer att Studio Spiras scensamtal livesändas och även producera digitala studiebesök bakom kulisserna med barn och ungdomar som målgrupp.

Aktiviteter	Analys
Kunskapsutvecklingen.	Möten med olika grupper och nätverk har genomförts främst digitalt, bland annat med länets kulturchefer, nätverket för kultur för hälsa.
Strukturer för samråd.	Arbetet pågår enligt plan. Nya strukturer för samråd har skapats inom kultursamverkansmodellen och dess chefsgrupp.
Främja interkulturella möten.	Pågår enligt plan, både digitalt och fysiskt mellan vår olika kulturutvecklare inom sektionen. Strukturer för att identifiera fler interkulturella möten mellan konstformer har tagits fram.
Dialog mellan civilsamhället och konstnärliga utövare.	Pågår med vissa problem utifrån pandemin. Samtal förs mellan kultursamverkansmodellens aktörer om hur RU kan/bör fånga upp och skapa möjligheter till kommande dialogplattformar mellan det civilsamhället och utövarna.
Biblioteksverksamheter.	Löper på enligt plan. Kulturutvecklingschefen, som tillträder i början av oktober, tillsätter permanent chef för regionbiblioteksverksamheten under hösten. Mera bibliotek, en kartläggning och analys tillsammans med folkbiblioteken och kommunerna är igång. Kartläggningen syftar till att hitta samverkansområden inom bibliotekslandskapet i länet. Beräknas vara klar i december 2021.
Professionell scenkonstinstitution.	SMOT har trots coronapandemin och restriktioner erbjudit ett brett utbud till länsinvånarna, dans, musik, teater och övrig verksamhet såsom Frejas sommarskola, lunchlyrik och Pride.
Bedriva turnéverksamhet.	SMOT har bedrivit turnéverksamhet i Gnosjö, Värnamo, Vetlanda och Jönköping med 4 produktioner/21 föreställningar. Utöver detta genomförs också en turné i länet kallad Operakalaset inför 10 årsjubileet där SMOT möter länets invånare i det offentliga rummet. Under hösten kommer SMOT fortsätta sin turnéverksamhet med produktioner för vuxna som barn. För närvarande är besök planerat i 10 av 13 kommuner i Jönköpings län.

Uppdrag/mål: Möjligheter för alla att delta och ta del av kulturliv och kulturupplevelser

Aktiviteter	Analys
Inkluderande arbetssätt.	Ej påbörjat då pandemin medfört att ordinarie verksamhet pausats.
Samverkan med det fria kulturlivet och amatörgrupper	Aktiviteter inom SMOT: •Samarbetsprojekt: ex. med Svenska kyrkan, barnkörer och Värnamo folkhögskola. •Föreningar och grupper som medverkar i Spiras produktioner: ex. Teateri deltog i Prideevent. •Spira som arbetsgivare för frilansande musiker, artister, tekniker med flera: ex. i musikalen She loves me arbetar frilansande artister både från länet och resterande Sverige. •Justerade hyresnivåer för fria aktörer inom kulturområdet i Spiras lokaler: standardiserad rabatt på lokalhyra för det fria kulturlivet i länet •Utvecklingsprojekt, dialog och mentorskap: ex. dramaturgisk workshop med Spiras skådespelare på Sörängens folkhögskola. •Residens & Artists in Residence - Konstnärlig utveckling i samarbete med externa artister •Samverkan: ex. Teaterstickorna, Share music och storband i regionen.
Gästspel och samarbete med externa arrangörer.	Under andra tertialet har inga gästspel genomförts med anledning av coronapandemin. Under hösten är två gästspel planerade
Konferensverksamhet med kulturinslag.	Vid tertial 2 har SMOT genomfört 16 konferenser.

Aktiviteter	Analys
Samtidskonsten i länet.	Arbetet har stannat av då utvecklaren har varit ledig men arbetet intensifieras återigen i augusti.

Uppdrag/mål: Ett välutvecklat konst- och kulturliv präglat av hög kvalitet inom både bredd och spets

Aktiviteter	Analys
Kulturell verksamhet av god kvalitet.	Pågår enligt plan enligt tidigare initiativ.
God konstnärlig kvalitet.	Stora utmaningar kvarstår med att nå ut med god konstnärlig kvalitet i pandemins spår. Konstnärlig kvalitet nås bäst via det fysiska mötet och kulturutveckling jobbar hårt med att skapa förutsättningar för de fria kulturutövarna att åter skapa och nå ut med sin konst i länet.
Varierat utbud av musik, teater och dans.	SMOT har under tertial 2 genomfört produktioner inom en variation av scenkonst - dans, teater, musik och övrig verksamhet såsom Pride, lunchlyrik, Operakalaset och Frejas sommarskola. Produktioner för både barn, ungdomar och vuxna har genomförts.

Uppdrag/mål: Barn och unga

Aktiviteter	Analys
Ge möjlighet för barn i både låg- och högstadieålder att få en kulturupplevelse både i kulturhuset Spira och i sina hemkommuner	Under våren har Resten av livet (klassrumsmonolog) och Hedda Gabler spelats för skolor. Låtar, lek och läten har varit på turné. Utöver de egna produktionerna har 5-6 gästspel för ålderskategorin i Kulturhuset Spira genomförts.

Uppdrag/mål: Skapa bättre förutsättningar att verka som professionell utövare i länet

Aktiviteter	Analys
Förutsättningar för professionella författare.	Arbetet pågår enligt plan. En rad aktiviteter är genomförda under tertial 2 som direkt skapar möjligheter för länets författare så som bidragshjälp, utveckling av litterära noder och festivaler. Skrivyta syd är ett samverkansprojekt inom Regionsamverkan sydsverige (RSS) som startade upp under våren.
Konstnärliga residensprogram.	Påverkas av pandemin. Svårigheter att arrangera Residence program då det inte kan genomföras digitalt.
Ökad kunskap om fristadsprogrammet.	Pågår enligt plan på ett kreativt och inkluderande sätt. Får bra spridning i hela länet via bl.a. folkbiblioteken.

Uppdrag/mål: Fokus på barn och ungas kultur

Aktiviteter	Analys
Möjlighet att ta del av och skapa kultur.	Under två veckor sommaren 2021 anordnade SMOT Frejas sommarskola. Freja musikteater har också bedrivit sin verksamhet i Spira under tertial 2 med coronaanpassning.
Verksamheter för barn och unga.	Pågår enligt plan via RU:s utvecklare för barn och unga inom sektionen för kulturutveckling. Under perioden har feriepraktiken genomförts i länet, vilket gett möjlighet för mer än 100 ungdomar att få kulturarbete under sommarlovet. Samtliga kommuner deltog i årets upplägg.
Museernas pedagogiska verksamhet.	Ej påbörjad.

Uppdrag/mål: Utveckla, stödja och främja det fria kulturlivet

Aktiviteter	Analys
Utveckla tvärkonstnärlig samverkan.	Ett arbete som pågår ständigt inom kulturutveckling. Under året har samverkan utvecklats inom dans och film genom projektet Dansbänkar. Även arbetet mellan gestaltning och regionbiblioteket har bidragit till tvärkonstnärlig utveckling inom projekten Gläntan och Sagoslingan.
Förutsättningar för de ideella kulturaktörerna.	Fortsatta insatser från oss gällande omställningsstöd och generösare hållning till rapportering m.m.

Process och produktion

Verksamhetsmått kultur

Smålands musik och teater	Utfall 2021-08	Utfall 2020-08	Utfall 2019-08	Förändring % 2021-2020	Förändring % 2021-2019
Betalande publik Smålands Musik och Teater	**746**	**7 629**	**u.s.**	**- 90 %**	**-**
varav Kulturhuset Spira	413	7 629	u.s.	- 95 %	-
varav Jönköpings kommun, exklusive kulturhuset Spira	0	0	u.s.	0 %	-
varav Övriga kommuner i länet	333	0	u.s.	-	-
Publik Smålands Musik och Teater	**2 204**	**18 013**	**57 475**	**-88 %**	**-96 %**
varav Kulturhuset Spira	1 406	12 819	36 199	-89 %	-96 %
varav Jönköpings kommun, exklusive kulturhuset Spira	401	2 845	4 813	-86 %	-92 %
varav Övriga kommuner i länet	397	2 349	16 463	-83 %	-98 %
Publik vid föreställningar för barn och ungdom Smålands Musik och Teater	**242**	**6 824**	**u.s.**	**-97 %**	**-**
varav Kulturhuset Spira	137	4 261	u.s.	-97 %	-
varav Jönköpings kommun, exklusive kulturhuset Spira	0	1 705	u.s.	-100 %	-
varav Övriga kommuner i länet	105	858	u.s.	-88 %	-

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare

Framgångsfaktorer: Sveriges bästa digitala vård och stödsystem.

Uppdrag/mål: Underlätta användandet och kunskap om digitala stöd och tjänster

Aktiviteter	Analys
Verka för att personal och invånare ska vara väl förtrogna med digitala hjälpmedel	Arbetet pågår enligt plan. Projektet Koppla upp dagarna lämnar slutrapport i september.

Strategiska mål: Främja kulturell mångfald och regionala särdrag. Dialog med civilsamhället

Framgångsfaktorer: Samverkan med olika aktörer inom kulturområdet

Aktiviteter	Analys
Uppdatera uppdragsbeskrivningar	Arbetet är klart då uppdaterade uppdragsbeskrivningar finns till samtliga sex verksamheter inom kultursamverkansmodellen för resterande planperiod 2021-2022.
Årliga dialogmöten (kultur)	Genomförs löpande digitalt och fysiskt.
Dialogmöten med civilsamhället	Dialogsamtal har påbörjat - både fysiskt och digitalt.
Kulturforum	Kommer att genomföras tidigt 2022 i samband med kulturplansprocessen.

Strategiska mål: Eleverna på naturbruksgymnasierna ska slutföra sin utbildning med godkänd examen inom tre år.

Framgångsfaktorer: Utbildningsinnehåll anpassat till elevernas behov

Uppdrag/mål: Deltagarna inom folkhögskolan ska slutföra sina kurser.
Deltagandet följs upp med hjälp av årsmått.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer: Lärande i vardagen

Uppdrag/mål: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.
Regional utvecklings organisation är inne i en utvecklingsfas, arbetssätt och arbetsuppgifter utan värde fasas ut löpande t ex genom digitalisering.

Strategiska mål: Naturbruksskolorna ska vara ledande inom sina områden och det ska ske ett kontinuerligt utvecklingsarbete i syfte att bidra till de gröna näringarnas utveckling.

Framgångsfaktorer: Tillämpad forskning, försöksverksamheter och öppna testbäddar behöver utvecklas på skolorna i samarbete med akademi, forskningsinstitutioner och näringsliv

Uppdrag/mål: Naturbruksskolorna utvecklas till kompetenscentra där tillämpad forskning, försöksverksamheter och öppna testbäddar bidrar till ökad självförsörjningsgrad av livsmedel och ett långsiktigt hållbart jordbruk.

Aktiviteter	Analys
Utveckla miljöer och sprida kunskap för att miljömålen.	Segerstad genomför aktiviteter under Gislaveds kommuns hållbarhetsvecka, samt under länets klimatvecka. Bland annat kommer skolan att uppdatera den digitala tipspromenad X-rundan med frågor kring miljö och klimat.

Aktiviteter	Analys
Sprida kunskap om de gröna näringarnas potential.	Under augusti har naturbruksskolorna arbetat med planeringen av deltagande i "Gårdsrundan", en typ av Öppet hus som genomförs den 11-12 september. Naturbruksskolorna har också tagit fram en skoltidning som under hösten skickas till alla hushåll i länet och några grannkommuner som har en ungdom i årskurs 9.

Uppdrag/mål: Tenhults naturbruksgymnasium och Stora Segerstads naturbrukscentrum ska kunna använda sina producerade livsmedel både till de egna eleverna och till att försörja övriga kök och restauranger i verksamheten inom Region Jönköpings län

Aktiviteter	Analys
Förutsättningar för mat till kök och restauranger.	Förstudie för projekt Återtag är startat. Projektledare och styrgrupp är utsedd.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare

Framgångsfaktorer: Ett starkt arbetsgivarvarumärke

Uppdrag/mål: Strategisk kompetensförsörjning

Aktiviteter	Analys
Utvärdering av karriärtjänster för yrkesskickliga lärare	Detta följs upp vid årsskiftet.

Framgångsfaktorer: Kompetenta, delaktiga och engagerade medarbetare

Uppdrag/mål: En välfungerande lönebildning

Aktiviteter	Analys
Kända och verksamhetsanpassade lönekriterier	Lönekriterierna gås igenom vid APT/personalgruppsmöte inför lönerevisionen. Diskussion kring behov av egna kriterier för RU har påbörjats.

Uppdrag/mål: Hållbart chefskap

Aktiviteter	Analys
Introduktionssamtal skall föras med alla nya medarbetare	Samtal genomförs av ansvarig chef vid anställningens början enligt fastställt schema.

Uppdrag/mål: Hälsa och likabehandling

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - sjukfrånvaro	2,9 %	3,3 %	Sjukfrånvaron har, från en låg nivå, ökat med 0,4 procentenheter på ett år. Innan pandemin bröt ut låg sjukfrånvaron på en högre nivå.

Aktiviteter	Analys
Alla nyanställningar ska utgå från heltid	Alla nyanställningar utgår ifrån heltid. Uppföljning inom verksamheterna kommer att göras under hösten för att utgöra underlag vid framtida arbete.
Utveckla naturunderstödd rehabilitering.	Verksamheten har kunnat startas igång med full grupp.

Ekonomi

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag/mål: Arbeta kostnadseffektivt för att uppnå ekonomi i balans

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans -ANA nämnd	0 tkr	11 619 tkr	**A. Verksamhetsområdet Utbildning och kultur (+ 10,3 mnkr)** Verksamhetsområdet visar en positiv budgetavvikelse på 10,3 mnkr efter augusti månad. Folkhögskolornas budgetavvikelse är positiv och uppgår till 1,8 mnkr. Budgetavvikelsen för Smålands musik och teater är positiv och uppgår för perioden till 4,2 mnkr. Avvikelsen beror på att kostnaderna i samband med inställda produktioner har förhandlats bort till en betydligt större summa än de intäkter som budgeterats. Budgetöverskottet kommer att förbrukas till höstens produktioner Övrig kultur, kulturbidrag och gestaltning samt kulturprojekten har i dagsläget en positiv budgetavvikelse på 2,5 mnkr. Tjänster som varit vakanta kommer att tillträdas under hösten. Även bidragsgivning visar en positiv budgetavvikelse med 0,6 mnkr. De administrativa kostnaderna har en positiv budgetavvikelse på 1,2 mnkr. Avvikelsen beräknas sjunka under året då vakanta tjänster är tillsatta. Även kostnader för nytt bidragssystem och konstregister kommer att göra att avvikelsen beräknas minska under hösten. Naturbruksskolornas ekonomi beräknas vara i balans. **B. Centrala anslag (+1,3 mnkr)** Budgetavvikelsen +1,3 mnkr 2021-08 förklaras av främst av projektstöd i form av regionala utvecklingsmedel där överskott är +0,7 mnkr efter augusti månad, vilket förklaras av att medel för projektstöd inte är nyttjade i nivå med budget. I augusti har medel reserverats för beslut RJL 2021/423 Hållbar besöksnäring samt beslut RJL 2021/967 Mötesplats för kulturella och kreativa näringar i Jönköpings Län. Totalt ca 4,8 mnkr. Även Övrig kulturverksamhet visar på en positiv avvikelse +0,3 mnkr, där ingen kostnadsbelastning skett hittills i år. Nämndens egna kostnader +146 tkr, vilket främst förklaras av lägre kostnader för kurser/konferenser jämfört med budget.
Prognos -ANA nämnd	0 tkr	5 850 tkr	**A. Verksamhetsområdet Utbildning och kultur (+5,3 mnkr)**

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Prognosen 2021 för verksamhetsområdet visar ett sammantaget budgetöverskott på 5,3 mnkr. Prognosen för SMOT visar på en negativ avvikelse med -1,3 mnkr. Prognosen är lagd utifrån de restriktioner som gällde innan 2021-09-07. Avvikelsen beror till stor del på minskade biljettintäkter med anledning av att föreställningarna genomförs med begränsat antal i publiken på grund av pandemirestriktioner. Dessa restriktioner påverkar även intäkterna från uthyrning och konferens. Dessutom har bidraget från Jönköpings kommun med ca 2 mnkr upphört under året. För att motverka lägre intäkter har verksamheten minskat kostnaderna, framförallt kring de produktioner som ställts in. Verksamheten har under perioden erhållit ett extra statsbidrag på ca 1 mnkr för att motverka negativa effekter av pandemin. Folkhögskolornas prognos visar en positiv budgetavvikelse med 1,3 mnkr. Prognosen för övrig kulturverksamhet visar en positiv avvikelse på 5,2 mnkr. Anledning är bland annat högre beräknade intäkter främst i form av bidrag och lägre övriga kostnader jämfört med budget. Naturbruksskolornas prognos visar på en ekonomi i balans vid årets slut. **B. Centrala anslag (+0,55 mnkr)** Utfallet för projektmedel för helåret 2021 beror till stor del på vilka nya projektsatsningar som kommer att beslutas under resterande del av året. Ett budgetutrymme på 500 tkr mnkr finns kvar i den årsprognos som gjorts, men bedömningen av vilka projekt som kommer att beslutas under resterande del av året är svår att göra. Nämndens egna kostnader förväntas visa ett mindre överskott om 50 tkr vid årets slut.

LÄNSTRAFIKEN

Medborgare och kund

Strategiska mål: Ökad andel kollektiva resor samt behovsanpassade serviceresor - för hållbar utveckling

Framgångsfaktorer: Konkurrenskraftiga restider och hög turtäthet.

Uppdrag/mål: Utredning av bussförbindelse Eksjö - Sävsjö - Värnamo

Aktiviteter	Analys
Utredning bussförbindelse Eksjö-Sävsjö-Värnamo.	Påbörjas enligt plan i september.

Framgångsfaktorer: Prisvärt

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Prisvärdhet	50 %	45 % 	Resultatet för prisvärdhet är något bättre än vid årsskiftet och tertial 1 och även högre än landet i övrigt som ligger på 41 procent. Resultatet har legat relativt stabilt de senaste perioderna och är på samma nivå som i slutet av 2019.

Uppdrag/mål: Utveckla egna priszoner

Aktiviteter	Analys
Utveckling av modell med personliga zoner.	Påbörjas enligt plan i september.

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel nöjda kvinnor och män index NKI - allmän trafik - alla länsbor	55 %	48 % 	Resultatet över nöjdhet bland allmänhet är på samma nivå som vid tertial 1. Det är dock 6 procentenheter lägre än genomsnittet i landet som är på 54 procent. Efter tertial 2 2019 var resultatet 51 procent.
Andel nöjda kvinnor och män index NKI - allmän trafik - resenärer	65 %	60 % 	Nöjdheten bland resenärer är på samma nivå som vid årsskiftet och har ökat sedan tertial 1 med två procentenheter. Nöjdheten är två procentenheter lägre än för landet i genomsnitt och en procentenheter lägre än samma period 2019.
Andel nöjda kvinnor och män index NKI - serviceresor	85 %	85 % 	Nöjdheten ligger på ungefär samma nivå som vid förra tertialet och är högre än vid årsskiftet och för ett år sedan. Det beror troligen på att man åker färre i fordonen pga. restriktioner.
Andel tåg som går enligt tidtabell	95 %	96 % 	Andelen tåg som når slutdestination enligt tidtabell uppgår till 96 procent. Målet nås och är på samma nivå som efter årsskiftet och första tertialet.

Uppdrag/mål: Genomföra ett utvecklingsprojekt för att införa digitala intyg

Aktiviteter	Analys
Fortsätta med projektet införande av digitala tillstånd.	Projektet pågår men ytterligare anpassningar av den digitala lösningen behövs. Medverkan från systemleverantör och vården behövs för att komma vidare.

Uppdrag/mål: Revidera regelverket för serviceresor

Aktiviteter	Analys
Revidera regelverket för serviceresor.	Mindre översyn har skett och mindre justeringar har skett för ett lättare språk i regelverket.

Uppdrag/mål: En utredning ska göras för att undersöka möjligheten att människor med funktionsvariationer ska kunna använda ett motsvarande kort som seniorkortet.

Aktiviteter	Analys
Resekort för personer med funktionsvariationer.	Förtydligande från politiken har inkommit. Utredningsarbete har påbörjats efter sommaren.

Process och produktion

Verksamhetsmått

Länstrafiken (tusental)	Utfall 2021-08	Utfall 2020-08	Utfall 2019-08	Förändring % 2021-2020	Förändring % 2021-2019
Antal resor- buss och tågtrafik	5 542	9 268	14 020	-40 %	-60
Andel regelbundna resenärer (% av länets invånare)	15	21	22	-29 %	-32
Antal serviceresor	365	330	465	11 %	-21
- Varav färdtjänstresor	288	264	383	9 %	-25
- Varav sjukresor	77	66	82	17 %	-6

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare

Framgångsfaktorer: Sveriges bästa digitala vård och stödsystem.

Uppdrag/mål: Underlätta användandet och kunskap om digitala stöd och tjänster

Aktiviteter	Analys
Slutföra projekt och driftsätta nytt biljettsystem.	Biljettsystemet driftsattes 26/4 och projektet med grannlänen är avslutat. Systemet har gått in i förvaltning.

Strategiska mål: Kostnadseffektiv upphandling

Uppdrag/mål: Medverka i arbetet för ny bussdepå i Jönköping

Aktiviteter	Analys
Medverka i arbetet med slutförandet av ny bussdepå i Jönköping.	Bussdepån är färdig och är i drift för stadstrafiken i Jönköping.

Uppdrag/mål: Anskaffa nya tågfordon inom Krösatågsystemet

Aktiviteter	Analys
Slutföra Transitios projekt för spårfordonsupphandling.	Avtal är tecknat och fordonsleveransprojektet är igång.

Uppdrag/mål: Medverka i arbetet för ny tågdepå i Nässjö

Aktiviteter	Analys
Ny tågdepå i Nässjö.	Byggnation av depån pågår.
Stödja utvecklingsarbetet till att göra Nässjö till ett nationellt	Påbörjas enligt plan i september.

Aktiviteter	Analys
centrum för järnvägsutbildningar	

Strategiska mål: Ändamålsenlig och kostnadseffektiv trafik

Framgångsfaktorer: Trafikutbud med högt resande. Tryggt och säkert

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Antal påstigande/mil	9,2	3,7	Statistiken är bristfällig eftersom antalet påstigande bygger på validerade resor ombord. I slutet på april lanserades det nya biljettsystemet och den sista maj slutade det gamla systemet att användas helt. Pga skiftet av biljettsystemet och brister inledningsvis i det nya biljettsystemet är resandestatistiken delvis missvisande och det verkliga resandet är förmodligen högre än statistiken visar. Påstigning har inte gjorts i framdörr på bussarna fram till sommaren, vilket troligen minskat benägenheten att validera/betala. En viss ökning kan nu ses i statistiken, framförallt inom regionbusstrafiken, vilket troligen beror på att biljettmaskiner nu är installerade i samtliga bussar.
Antal resor 2021 ska öka jfm 2020	Öka jfm 2020	-36 %	Ackumulerat från årsskiftet är det en minskning med ca 36 procent (exkl skolkort) av resandet enligt statistiken. Statistiken är bristfällig eftersom antalet påstigande bygger på validerade resor ombord. I slutet på april lanserades det nya biljettsystemet och den sista maj slutade det gamla systemet att användas helt. Pga skiftet av biljettsystemet och brister inledningsvis i det nya biljettsystemet är resandestatistiken delvis missvisande och det verkliga resandet är förmodligen högre än statistiken visar. Påstigning har inte gjorts i framdörr på bussarna fram till sommaren, vilket troligen minskat benägenheten att validera/betala. En viss ökning kan nu ses i statistiken, framförallt inom regionbusstrafiken, vilket troligen beror på att biljettmaskiner nu är installerade i samtliga bussar. Den kraftiga resandeminskningen började i samband med utbrottet av pandemin i mars 2020. Under 2019 var minskningen ca tre procent jämfört med 2018 och i februari 2020 endast en procent jämfört med 2019.

Aktiviteter	Analys
Ta fram en avsiktsförklaring med Tranås kommun inför en utveckling av Tranås stadstrafik.	Arbetet har delvis påbörjats och ett par förberedande möten har hållits.

Uppdrag/mål: Arbetet med ett nytt trafikförsörjningsprogram färdigställs och omfattar tiden fram till 2035.

Aktiviteter	Analys
Nytt trafikförsörjningsprogram 2035.	Beslut planenligt taget i Regionfullmäktige i juni.
Delta i arbetet med nya stambanor.	Projektet följs i den dagliga verksamheten och behoven bevakas i diskussioner med kommunerna och andra intressenter.

Aktiviteter	Analys
Påbörja arbetet med en regional tågstrategi för Jönköpings län.	Påbörjas enligt plan i september.
Ta fram handlingsplaner kopplade till Trafikförsörjningsprogrammet.	Påbörjas enligt plan i september.

Uppdrag/mål: För att möta behoven i länets alla delar ska Region Jönköpings län utreda förutsättningarna för att vidareutveckla konceptet med anropsstyrd trafik.

Aktiviteter	Analys
En förstudie ska göras för att vidareutveckla konceptet med anropsstyrd trafik.	En presentation av tidigare gjord utredning med ett antal förbättringsförslag gjordes för nämnden före sommaren.

Uppdrag/mål: Fortsätta etableringen inför nytt stadsbussavtal i Jönköping.

Aktiviteter	Analys
Slutföra etableringen av stadstrafiken i Jönköping.	Trafikstarten 14 juni gick planenligt. Då det var en stor omläggning kommer det att dröja några veckor innan det nya trafiksystemet är intrimmat. Förarna är ovana vid elfordon och behöver skaffa sig laddningsrutin, det finns lite barnsjukdomar med de nya elledvagnarna med bl. a. dörrar som behöver åtgärdas. Det finns ett antal mindre restpunkter som hanteras separat.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Kundanpassad organisation

Framgångsfaktorer: Ständiga förbättringar

Aktiviteter	Analys
Inför en modell för digitala informationsmöten med vården.	Mall har tagits fram för digitala möten i vården där vi talar om sjukresor.
Samverkansmodell med länets kommuner.	Ett arbete är påbörjat där nuläget kring samverkan är analyserat. Det pågår workshops och djupintervjuer med kommunerna.
Framtagande av digitaliseringsstrategi.	Ej påbörjad pga lansering av nytt biljettsystem. Kommer troligen påbörjas 2022.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare

Framgångsfaktorer: Ett starkt arbetsgivarvarumärke

Uppdrag/mål: Strategisk kompetensförsörjning

Aktiviteter	Analys
Arbeta med framtagen Kompetensförsörjningsplan.	En översyn av kompetensförsörjningsplanen har gjorts och några delar kommer behöva uppdateras när teknikprojekten slutförs och går in i förvaltning.

Framgångsfaktorer: Kompetenta, delaktiga och engagerade medarbetare

Aktiviteter	Analys
Arbeta med medarbetarundersökningen.	I början på året gjordes återkoppling på workshops som genomfördes för hela Länstrafiken i höstas. Uppföljning kommer ske på vissa enheter i en minienkät under hösten.

Uppdrag/mål: En välfungerande lönebildning

Aktiviteter	Analys
Arbeta med lönebildning.	Har det arbetats med i samband med lönerevision 2021. Bl.a. har riktlinjerna för lönebildning inom regionen använts.

Uppdrag/mål: Hållbart chefskap

Aktiviteter	Analys
Arbeta med chefskapet.	Frågan om chefers förutsättningar att kunna leda verksamheten på ett bra sätt är uppe på agendan och i medarbetarsamtal m.m.

Uppdrag/mål: Hälsa och likabehandling

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - sjukfrånvaro	3,6 %	2,4 %	Sjukfrånvaron ligger på en fortsatt låg nivå och har minskat sedan mars månad.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med hälsa och likabehandling.	Vi arbetar hälsofrämjande, förebyggande och med rehabiliterande insatser för en god organisatorisk och social arbetsmiljö.
Alla nyanställningar ska utgå från heltid	Vid anställningar är heltidstjänster norm.

Ekonomi

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag/mål: Arbeta kostnadseffektivt för att uppnå ekonomi i balans

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans - TIM nämnd	0 tkr	35 207 tkr	**A. Länstrafiken (+33 mnkr)** Avvikelsen mot budget efter tertial 2 är +33,3 mnkr. I augusti erhölls kompensation för minskade intäkter/merkostnader pga av Coronapandemin avseende 2021. Kompensationen uppgick till 124 mnkr och bokfördes i augusti månad men avser kompensation för hela året. Överskottet som uppstår efter augusti kommer därför minska fram till årsskiftet. Budgetavvikelsen exklusive kompensationen skulle vara -90,7 mnkr och det är som tidigare under året biljettintäkterna som står för avvikelsen. Efter augusti är avvikelsen mot budget för biljettintäkter -90 mnkr. Avvikelsen har dock minskat under juni-augusti jämfört med jan-maj.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Förutom kompensationen för minskade intäkter/ökade kostnader har även elbusspremien för stadsbussarna i Jönköping förbättrat det ackumulerade resultatet. Premien uppgick till 24,6 mnkr. På kostnadssidan finns en del avvikelser bl.a. på regionbussarna där det betalats ut kvalitetsincitament på en högre nivå än budgeterat i år, det har krävts förstärkningar utöver budget samt att indexutvecklingen på RME varit hög. Inom Krösatågen har kostnader för fordonsupphandlingsprojekt blivit högre pga förseningar i projektet samt högre underhållskostnader, där en del avser tidigare års utfört underhåll. Pga problem med fordonen har det varit höga kostnader för ersättningstrafik men de vägs upp av lägre kostnader för körda tågkilometer. Inom Serviceresor är det nu ett ökat resande och med färre resenärer i fordonen har kostnaderna ökat. Pga av Coronapandemin har resenärer över 70 år åkt helt ensamma och alla platser i fordonen bokas inte. Kostnaden per resa har ökat kraftigt jämfört med ett normalår. Ex har en sjukresa kostat 802 kr i genomsnitt 2021 medan genomsnittskostnaden 2019 var 604 kr. Det är framförallt inom sjukresor underskottet finns eftersom de resorna inte minskat i samma utsträckning som övriga resor. Av serviceresors underskott på ca 9 mnkr är det ungefär 7 mkr som hör till utbetalningar av miljöersättning, vilket trafikföretagen inom Serviceresor erhåller vid användning av förnybart drivmedel. Utfallet på miljöersättningen har troligen ökat eftersom skattebefrielsen på HVO har förlängts vilket gör det förmånligt att använda HVO **B. Centrala ansvar (+ 1,9 mnkr)** Ett överskott på 1,6 mnkr finns för anslaget för projektmedel samt att nämnden egna kostnader visar ett budgetöverskott på 316 tkr till och med augusti 2021. Överskottet för nämnden egna kostnader +316 tkr förklaras främst av att inga kostnader finns för resor och konferenser ännu.
Prognos - TIM nämnd	0 tkr	27 400 tkr	**A. Länstrafiken (+25,4 mnkr)** Efter budgettillskott på 124 mnkr i augusti är prognosen över helåret nu en positiv budgetavvikelse på 25,4 mnkr. I prognosen ingår antagande att statsbidrag för intäktsbortfall betalas ut på samma nivå som föregående år (42 mnkr). Förutom budgettillskott har elbusspremien förbättrat resultatet och därmed de prognostiserade utfallet för året. Resandet och intäkterna bedöms öka från september så att 70 procent av budget nås under resterande del av året. Kostnaderna bedöms i stort sett hålla budget under resten av året men de avvikelser som finns efter tertialet kvarstår. **B. Centrala anslag (+2 mnkr)** Helårsprognosen ingår ett kvarvarande budgetutrymme för projektmedel. om 2 mnkr. För nämndens egna kostnader förväntas ett mindre överskott om 50 tkr för helåret.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	För att få en ekonomi i balans kommande år behöver biljettintäkterna öka och ett program för återstart av resandet i kollektivtrafiken har tagits fram.

Aktiviteter	Analys
	Programmet innehåller bl.a. kampanjerbjudanden och marknadsföringsinsatser.
Analysera och säkra effekthemtagning av teknik/IT-projekt.	Påbörjas enligt plan i september.
Påstigning i framdörrarna på bussarna.	Framdörrarna är öppnade på bussarna.

Framgångsfaktorer: Högt resandeunderlag

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Kostnad per resenär - km (serviceresor)	Inte öka mer än index 22,4 kr/km	26,48 kr/km	Samåkningen i fordonen har ökat något i augusti vilket ger viss effekt på kostnaden/resenärkm, som också har sjunkit sedan förra tertialet. Den är fortfarande hög och målet nås inte vilket beror på restriktioner pga Coronapandemin, då det är färre bokningsbara platser i fordonen.
Skattesubventions grad - allmän trafik	60 %	75 %	Skattesubventionsgraden är hög då biljettintäkterna är lägre än tidigare medan kostnaderna ligger kvar på samma nivå eller är högre. Skattesubventionsgraden är två procentenheter högre än efter tertial 2 förra året. 2019 var skattesubventionsgraden 61 procent.

Aktiviteter	Analys
Se över måltalet för subventionsgraden.	Det är ett arbete som är gjort i samband med framtagandet av förslag till nytt Trafikförsörjningsprogram.

FOLKHÄLSA OCH SJUKVÅRD

Hälso- och sjukvården har hittills under 2021 till stor del delen handlat om coronapandemin. Den andra vågen av pandemin eskalerade under jul och nyårshelgen. En tredje våg sågs under mitten av mars till mitten av april. Jönköpings län låg under våren på en stabil, hög våg. Under sommaren och inledningen av hösten har antalet smittade gått ner och antalet sjukhusvårdade har legat på en låg nivå, kring 5-6 patienter.

Under perioden maj till augusti 2021 sjukhusvårdades 248 unika patienter för covid-19. 26 patienter av dessa vårdades på intensivvårdsavdelning under sitt vårdtillfälle. Antalet som avled på sjukhus under perioden med huvuddiagnos covid-19 var 3 patienter.

Laboratorieverksamheten har tagit ett stort ansvar för att säkerställa provtagningen för covid-19. Tack vare externa leverantörer har tillgängligheten till provtagning varit god under hela året. Från 1 maj till sista augusti togs 88 938 covid-19 prover på 87 860 unika individer. Sedan inledningen av pandemin har 42 515 unika länsbor konstaterats smittade av covid-19. Flest antal smittade per 1 000 invånare har funnits i Gnosjö (153 per 1 000) och Sävsjö (150 per 1 000), lägst antal i Mullsjö (78 per 1 000) och Tranås (86 per 1 000).

Primärvården har varit starkt engagerad i provtagning, smittspårning och sedan januari i vaccinationen mot covid-19. Ett stort arbete med att planera och genomföra vaccinationer mot covid-19 har gjorts under våren och sommaren. Vaccinationen går framåt i hög takt. Totalt har cirka 460 000 doser vaccin getts till och med vecka 35. Cirka 240 000 länsinvånare har fått minst en dos, viket motsvarar 83 procent av alla i länet som är över 18 år. Ungefär 4 400 16-17 åringar, eller drygt 50 procent har erhållit första dosen.

Den särskilda regionala sjukvårdsledningen avslutades i juni, men för att kommunicera pandemiläget har de speciella Pandemimötena fortsatt digitalt varje vecka, med uppehåll under sommaren. Pandemimötena avslutas i slutet av september och övergår i annan form - Fokus folkhälsa och sjukvård.

Arbetet med den uppskjutna vården har efter sommaren tagit fart och blir ett fortsatt viktigt arbete under hösten. Kapacitets och produktionsstyrning är ett verktyg som används i arbetet. Samverkan kring tillgänglighet inom sydöstra sjukvårdsregionen har också påbörjats.

Tillsammans möter vi framtidens hälso- och sjukvård 2020-2030 och *Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård* fortsätter och många aktiviteter sker i samverkan med kommunerna. Exempelvis har arbetet med patientkontrakt tagit ny fart.

En fortsatt utmaning är den fortsatta utvecklingen på e-hälsa och spridningen av digitala vårdmöten.

Strax innan sommaren påbörjade också arbetet med att införa lokala programområden för att fortsätta utvecklingen kring kunskapsstyrning.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer: Personcentrerad vård

Uppdrag/mål: Utveckla den personcentrerade vården

Aktiviteter	Analys
Fortsätta utveckla den personcentrerade vård och	I arbetet med planen för framtidens hälso- och sjukvård är den personcentrerade vården central och utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hanteras sin sjukdom.

Aktiviteter	Analys
inkludera patientföreningar och brukarråd i arbetet.	

Uppdrag/mål: Existentiell hälsa och andlig vård

Aktiviteter	Analys
Erbjuda samtalsgrupper för medarbetare i vården.	Efter sommaren har det genomförts 1 grupp och 3 är pågående - kompetensutveckling existentiell hälsa.

Uppdrag/mål: Fortsätta att erbjuda samtal kring livsfrågor.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete kring livsfrågor i patientens vårdplan samt via självhjälpsgrupper och lärcaféer.	Arbete pågår, men formerna för att beskriva vilka åtgärder som görs, samt effekterna av desamma behöver utvecklas ytterligare. Exempelvis arbetar Barn- och ungdomspsykiatriska klinikens med att möta patient och vårdnadshavare i att hantera livsfrågor, att erbjuda verktyg för bästa möjliga liv utifrån barnets förutsättningar och rättigheter. I vårdplanen beskrivs strategier för att nå dem samt en utvärdering där behandling och givna insatser följs upp. Barnkonventionen är en utgångspunkt i dialogen om barnets liv. Vårdcentralerna erbjuder hjälp till att förändra levnadsvanor avseende tobak, alkohol, kost och motion. Vid vårdmöten uppmärksammas, förutom fysiska besvär, psykiska, sociala och existentiella behov.

Framgångsfaktorer: Hög tillgänglighet

Uppdrag/mål: Förbättra tillgängligheten

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	90 %	81 % ◆	Något sämre tillgänglighet till medicinsk bedömning inom tre dagar vid jämförelse mot augusti månad 2019. (81,5 procent mot 84 procent 2019). Resultatet för vårdcentralerna varierar mellan 63-97 procent. För att få del av statliga medel under hösten krävs 82 % medicinsk bedömning inom 3 dagar. Med en mindre förbättring är detta mål inom räckhåll.
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	67 % ■	Tillgängligheten uppgår i genomsnitt till 67 procent under perioden januari till och med augusti. Föregående år samma period 71 procent. I genomsnitt 4 procentenheter lägre tillgänglighet på akuta uppdrag prioritet 1-larm. Analys pågår, men klart är att uppdragstiden per patient har blivit längre på grund av riktlinjerna avseende skyddsutrustning på grund av coronapandemin. SOS Alarm har också längre handläggningstider än tidigare för bedömning och prioritering av uppdrag. Verksamheten har på grund av coronapandemin haft ambulanser ur tjänst. Detta har också påverkat tillgängligheten. Under sommarmånaderna juni till augusti är flera dagambulanser avställda för att klara bemanning och schema. Från och september är ambulansverksamheten i normal drift. Under perioden januari till och med augusti utfördes 1 377 stycken (10 procent) fler prioritet 1-larm jämfört med föregående år. Prioritet 2-larm har minskat med 9 procent.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Totalt är antalet transporter (prioritet 1-larm samt övriga transporter) oförändrat jämfört med samma period föregående år.
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	80 %	Ackumulerat nås målet under T1 och T2. Augusti månad är som de flesta åren tidigare betydligt sämre på grund av nerdragen verksamhet under sommarmånaderna vilket medför färre genomförda inom 60 dagar.
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	79 %	Fortsatt en bit ifrån måluppfyllelse och en viss försämring mot samma månad föregående år. (78 procent 2021 mot 81 procent 2020).
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård	80 %	82 %	Ackumulerat nås målet under T1 och T2. Augusti månad är som de flesta åren tidigare betydligt sämre på grund av nerdragen verksamhet under sommarmånaderna vilket medför färre genomförda inom 60 dagar. Finns cirka 1 500 fler väntande till operation än motsvarande månad 2019 (cirka 36% fler), vilket är en oönskad utveckling. Skälet till att tillgängligheten trots detta når målet är att under coronapandemin har medicinskt orsak väntan (MOV) använts när patient fått vänta med anledning av neddragningar på operation och IVA. Detta är en nationell riktlinje som slutade gälla sista augusti. När dessa riktlinjer nu upphör, kommer tillgänglighetssiffrorna att försämras eftersom det finns fler som väntar.

Aktiviteter	Analys
Utökning av rehabiliteringsresurserna i primärvården.	Utökning av sjukgymnaster/arbetsterapeuter i primärvården har skett kontinuerligt. Vårdcentralerna arbetar med direkttriagering till rehabiliteringspersonalen för flera olika besvär.
Förstärkning av psykosociala team.	I regelbok för 2021 har en förstärkning av vårdpengen riktat till de psykosociala teamen skett.

Uppdrag/mål: Förbättra tillgängligheten till 1177 vårdguiden på telefon.

Aktiviteter	Analys
Se över var 1177 är bäst organiserad.	I nuläget rekommenderas ingen ändring av 1177 telefonrådgivnings organisering. Projektet *Första linjens digitala vård* ser över triagering och förändrade arbetssätt.

Uppdrag/mål: Arbeta aktivt med att ta hand om den uppskjutna vården

Aktiviteter	Analys
Planering och uppföljning av den uppskjutna vården.	Arbetet med den uppskjutna vården har under våren fått prioriteras ner då pandemin har varit omfattande avseende antal sjuka länsinvånare och större volymer inlagda än våren 2020. Det finns en viss mängd uppskjutna operationer som utan nya utbrott av pandemin bör kunna börja hanteras under hösten. Under sommaren har i stort sett endast akuta och operationer som inte kan vänta genomförts. Antalet väntande till besök är på en nivå motsvarande augusti 2019. Då det har tillkommit en del vårdgivare som inte tidigare funnits med i mätningen

Aktiviteter	Analys
	är antalet väntande till besök vid jämförelse färre än 2019. Till operation är det cirka 1 450 fler väntande än augusti 2019. Denna volym finns till största delen inom kirurgisk vård, cirka 300 av ökningen återfinns hos de privata vårdgivarna inom vårdval ögon. Planering för att komma till rätt med detta pågår. Även ett samarbete har startat inom sydöstra sjukvårdsregionen.

Framgångsfaktorer: Jämlik hälsa och vård

Uppdrag/mål: Arbeta för jämlik hälsa att vården erbjuds och fördelas på lika villkor.

Aktiviteter	Analys
Utbildning och diplomering i hbtq-frågor	Med anledning av coronapandemin har de fysiska utbildningarna med hbtqi-diplomering som var inplanerade fått ställas in och kommer pausas tills vi åter kan genomföra dessa på plats. Dock har diplomeringarna av AT-läkarna kunnat genomföras digitalt.

Uppdrag/mål: Arbeta med integration

Aktiviteter	Analys
Upplys om hälso- och sjukvården på olika språk.	Hälsoskolan fortsätter på olika arenor i länet under hösten. Nya verktyg finns tillgängligt med digitala sändningar med bland annat Individuell Människohjälp. Under sommaren har Hälsoskolan utvecklats med ett nytt ämne om Hedersrelaterat våld. Arbetet fortsätter under hösten på olika arenor som exempelvis arbetsmarknadsavdelningar, kulturföreningar, sociala företag. Enkätuppföljningar har gjorts under våren 2021 vilket visar på förbättrade levnadsvanor som ökad motion, minskad stress samt förbättrade matvanor.
Fortsatt samverkan och samarbete tillsammans med kommuner.	Föräldraskapsstöd fortsätter i olika kommuner i länet. Inför hösten 2021 har bokningar på Arbetsmarknadsavdelningar, språkcafé, kulturföreningar, sociala företag på olika orter i länet inkommit.

Uppdrag/mål: Funktionsnedsättning

Aktiviteter	Analys
Samverkan med länets kommuner och föreningsliv inom funktionshinderområdet.	Samverkan med föreningar inom funktionshinderområdet sker på olika plan och i olika konstellationer. Under våren startade ett lärande nätverk upp tillsammans med funktionshinderrörelsen i omställningen till nära vård.
Arbeta med att förbättra tillgängligheten	Anpassning av lokaler utifrån ett funktionsnedsättningsperspektiv görs kontinuerligt. Coronapandemin har påverkat på många sätt och det är viktigt att kunna erbjuda olika sätt för invånare och patienter att få tillgång till information, stöd och miljö. Övriga aspekter är aktuella att fånga genom revideringen av regionens hållbarhetsprogram.
Skapa jämlika förutsättningar för personer med funktionshinder.	Vid förändringar av verksamheten ska tillgängligheten beaktas och säkerställas för att personer med funktionsnedsättning får tillgång på lika villkor som andra till den fysiska miljön, transporter, information och kommunikation, samt IT- system. Även service och utbud av tjänster som erbjuds allmänhet ska vara tillgängligt.

Framgångsfaktorer: Bästa plats att växa upp och åldras på - Främja barn och ungdomars hälsa och förebygga psykisk ohälsa.

Uppdrag/mål: Tillgängligheten ska stärkas inom barn- och ungdomspsykiatrin och barn- och ungdomshälsan

Aktiviteter	Analys
Metodstöd för ungas psykiska hälsa.	Coronapandemin har påverkat möjligheten att hålla gruppaktiviteter fysiskt och många aktiveter har pausats. Planering pågår för hur aktiviteterna ska kunna komma igång när restriktionerna hävs. Exempel på aktiviteter och riktade insatser är Dansa utan krav (DUK), Folkhälsoenkät Ung. Det ser lite olika ut i olika kommuner hur man satsar på olika aktiviteter.
Bygga ut utredning och behandling för neuropsykiatri.	Budgetmedel har tillförts Barn- och ungdomspsykiatrin för att öka kapaciteten för utredning och behandling. Utvecklingsarbete pågår inom flera områden. Arbetet med att förbättra tillgängligheten till utredning sker både med egna resurser och köpta utredningar. Utmaningar finns avseende rekrytering för att förstärka egen utredningskapacitet, framförallt psykologer. Samverkan med kompetensförsörjningsenheten pågår avseende psykologrekrytering, men även för att förstärka kapacitet för uppföljning och behandling efter utredning.

Uppdrag/mål: Utredning för utveckling av första linjens barn- och ungdomspsykiatrin

Aktiviteter	Analys
Starta upp ett arbete tillsammans med kommunerna	Arbetet med förstärkt samverkan med kommuner inom ramen för omställningen till nära vård pågår enligt plan. Samverkansarbetet utgår från ReKo och de tre strategigrupperna där arbetet fortgår inom övergripande vision Bästa platsen att leva växa upp bo och åldras på.

Uppdrag/mål: Förbättringsarbeten med inspiration från Skottland och Cincinatti,

Aktiviteter	Analys
Förbättringsarbetet fortsätter tillsammans med kommunerna.	I Bästa platsen att växa upp, leva och bo på kan man se att, trots pandemin, har teamen förmått att driva utvecklingsarbetet framåt, men i begränsad omfattning. Mötesplatserna har kännetecknats av engagemang och starka viljeinriktningar att förbättra. En generell insikt under året har varit att en mötesplats för relationsbygge har skapats och de förbättringsarbeten som växer fram blir en meny som får anpassas efter respektive kommun och verksamhet efter behov och förutsättningar. Mätningar har varit ett återkommande område där teamen uppmuntrats att konkretisera mätningar på olika sätt och även att komplettera med berättelser. Ytterligare tillfällen för coacher att få utbyta erfarenheter med Skottland Cincinnati planeras. Bästa platsen att växa upp, leva och bo på kommer att vara representerad på Utvecklingskraft den 29 september.

Uppdrag/mål: Arbeta för en jämlik barnhälsovård.

Aktiviteter	Analys
Riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.	Flera familjecentraler erbjuder föräldrarna gemensamt hembesök av BHV-sjuksköterska och kurator. Arbetet med riktade hembesök av enbart barnhälsovården samt också gemensamt med familjecentralerna och socialtjänsten fortgår. Erfarenheterna av de riktade hembesöken så här långt är att de ytterligare stärker möjligheten att identifiera och ge tidigt

Aktiviteter	Analys
	stöd till de familjer som behöver detta.

Uppdrag/mål: Familjecentraler

Aktiviteter	Analys
Nya familjecentraler.	Familjecentralsplaneringen pågår med Gnosjö kommun. Råslätts familjecentral har flyttat in i sina nya lokaler. I Mullsjö finns pedagog, kurator och barnhälsovård på plats. Kvinnohälsovården kommer att finnas på plats efter årsskiftet. Nybyggnationen av Norrahammars familjecentral pågår. Inflyttning planerad till sommaren 2022. Plan finns för ny familjecentral i Nässjö kommun, planerad inflyttning januari-februari 2022. Planering för ny familjecentral i Tranås kommun pågår, beslut är ännu inte taget.

Uppdrag/mål: Ungdomsmottagningar

Aktiviteter	Analys
Öka tillgängligheten genom att fortsätta att utveckla den digitala ungdomsmottagningen.	För att öka tillgängligheten till den digitala ungdomsmottagningen har alla barnmorskor utbildats i OnLine.

Framgångsfaktorer: Bästa plats att växa upp och åldras på - Främja äldres hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Uppdrag/mål: Arbeta riktat mot äldres hälsa

Aktiviteter	Analys
Ta fram en plan för arbetet med att förbättra äldres psykiska hälsa	Arbete pågår med integrering av äldres hälsa i etableringen av hälsocenter i Jönköpings län, samverkan med civil- och pensionärsrörelsen, samt digital inkludering och insatser för minskad ensamhet.
Metodstöd för äldres psykiska hälsa	Arbetet med metodstöd är kopplat till den plan som tas fram.

Uppdrag/mål: Utvärdera den geriatriska våren i Region Jönköpings län

Aktiviteter	Analys
Utvärdera den geriatriska vården.	Arbetet har avvaktats med på grund av pandemin. Planering är nu startad för hur utvärderingen ska ske.

Uppdrag/mål: Trygg och säker vård och omsorg

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utökning av läkarstödet i kommunerna.	Nuvarande avtal har förlängts ett år. Översyn av avtal för läkarmedverkan i särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården genomförs under hösten 2021 för att samordnads med utvecklingen av nära vård i samverkan med länets kommuner. Avtalet kommer att fastställas i ReKo.
Trygg och säker vård och omsorg i hemmet.	För att nå trygg och säker vård i hemmet är god samverkan mellan vårdcentral, sjukhus och aktuell kommun avgörande. Samverkan har fungerat på ett mycket bra sätt under coronapandemin. Både vårdcentraler och kommuner har varit flexibla i arbetssätt och hjälpt varandra.

Aktiviteter	Analys
	Avtal angående läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommuner pågår. Beskrivning och överenskommelse tillsammans med länets kommuner om gemensamma arbetssätt, som en del i Nära vård-arbetet är färdig och ska spridas. Kontinuerligt utvecklingsarbete pågår för att stärka samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård.

Uppdrag/mål: Organisera verksamheten så att de mest sjuka invånarnas behov av hälso- och sjukvård tillgodoses.

Aktiviteter	Analys
Erbjuda patientkontrakt.	Arbetet med införandet av patientkontrakt fortsätter enligt plan. En övergripande projektplan för att stödja arbetet finns där patientkontrakt är integrerad i omställningen till god och nära vård, de personcentrerade sammanhållna vårdförloppen, samskapande med invånare och patienter, gemensam plan för primärvård, dokumentationssystem. Överenskommelse, SIP och fast vårdkontakt följs upp i mättavla och genom berättelser. Vägledningsmaterial för införandet arbetas fram utifrån behov i nuläget.
Erbjuda patienter en fast vårdkontakt	Arbete pågår både inom arbetsgrupp Trygg och säker, patientkontraktsarbetet och i samband med utskrivning från slutenvård där personer med behov av samordning får fast vårdkontakt.

Strategiska mål: Bra munhälsa, God tandvård

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet och bra bemötande

Uppdrag/mål: Arbeta med tillgänglighet till tandvård

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	70 %	35 % 🟥	Under 2020-2021 har pandemin drabbat även tandvården. Tandvården har, under långa perioder, inte kunnat besöka patienter i eget boende/särskilt boende och man har blivit rekommenderad att endast behandla patienter över 70 år vid de tillfällen där tandvård inte kan anstå. Detta innebär att resultatet på den uppsökande verksamheten och utförd nödvändig tandvård av förklarliga skäl är avvikande. Andel som fått munhälsobedömning utförd är 35 % (1270 utav 3651). vilket är bättre än 2020 men inte når upp till 2019 års nivå om 2932 patienter och 71% i resultat.
Andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd	39 %	44 % 🟢	De personer som är berättigade till uppsökande tandvård har rätt till nödvändig tandvård för samma avgift som gäller inom hälso- och sjukvård. Under 2020-2021 har pandemin drabbat även tandvården. Tandvården har, under långa perioder, inte kunnat besöka patienter i eget boende/särskilt boende och man har blivit rekommenderad att endast behandla patienter över 70 år vid de tillfällen där tandvård inte kan anstå. Detta innebär att resultatet på den uppsökande verksamheten och utförd nödvändig tandvård av förklarliga skäl är avvikande. Utfall T2 är bättre än förra året och uppfyller därmed målvärdet men inte riktigt som 2019. Berättigade: 5 959 (män 2 591, kvinnor 3 368)

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Fått utförd behandling: 2 615, 44 % (män 1 159, 45 % kvinnor 1 456, 43 %) Av totalt 2 615 personer som fått nödvändig tandvård utförd har Folktandvården behandlat 1 572 och privata vårdgivare 1 148 (differensen beror på att personer har fått behandling hos både Folktandvård och privat vårdgivare).
Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling, Folktandvården	90 %	84 %	Under pandemins utbrott finns begränsade möjligheter att som ny patient komma till Folktandvården annat än för akuta besvär. Personalsituationen på Tranås- och Vetlandaklinikerna har sedan hösten 2020 förbättrats och båda klinikerna är i princip fullbemannade och kan ta hand om egna revisionspatienter och betar ikapp kön. 13 av 26 kliniker har en tillgänglighet på 90 procent eller mer. 13 kliniker har en tillgänglighet från 89 procent ner till 51 procent. Jämfört med september 2019 har tillgängligheten förbättrats med 6 % för hela allmäntandvården.
Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss	80 %	31 %	I samband med upprättande av verksamhetsplan för 2021 har ett nytt mätetal för mätning av tillgänglighet inom specialisttandvården tagits fram. Jämförelser med tidigare perioder ej möjligt. Efter de första tre uppföljningarna har det framkommit att specialistavdelningar inte registrerar remisser på ett fullgott sätt, vilket har lett till att mätetalet ger en missvisande bild av tillgängligheten till specialisttandvård. Ett arbete har inletts för att korrigera remisshanteringen och fånga rätt siffror. Detta har redan lett till en betydlig bättre bild över tillgängligheten på vissa avdelningar, exempelvis avdelningen för ortodonti i Värnamo och avdelningen för odontologisk radiologi, där tillgängligheten är 100 procent. Utfallet för augusti har lett till ytterligare en försämring jämfört med tidigare månader. Denna utveckling förklaras främst med att juli och augusti är traditionella semestermånader där avdelningar har lägre aktivitet och hanterar remisser i mindre omfattning.

Process och produktion

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare

Framgångsfaktorer: Sveriges bästa digitala vård och stödsystem.

Uppdrag/mål: Fortsätta utvecklingen mot digitala tjänster

Aktiviteter	Analys
Fortsätta utökningen och tillgängligheten till digitala vårdmöten och andra digitala tjänster inom sjukhusvården och primärvården.	Ett stort antal aktiviteter pågår inom området. Några exempel är: **1177 Vårdguiden på webben (1177.se)** - Under pandemin har 1177.se varit viktig. Där har informerats om restriktioner, provtagning, vaccination samt egenvård och rehabilitering efter covid-19. Antal besök på 1177.se i Jönköpings län har fördubblats under pandemin från ca 250 000 besök per månad 2019 till 500 000 besök per månad 2021.

Aktiviteter	Analys
	Journalen via nätet – Även journalen via nätet har varit viktig under pandemin. Framför allt handlar det om att invånarna kan se sina provsvar vid covid-19 som bidragit till den ökade användningen. Journalen via nätet gör det möjligt för patienterna att engagera sig i sin egen hälsa, sjukdom, behandling och rehabilitering. Användningen av Journalen via nätet har ökat kraftigt under pandemin och som mest var det 560 000 inloggningar i mars 2021, det betyder 18 000 inloggningar per dag i Jönköpings län. 230 000 av länsborna har loggat in i Journalen via nätet. **Digitala vårdmöten** – Under 2020 genomfördes breddinförande av digitala vårdmöten (videomöten och digital dialog) i plattformarna Visiba care och e-besök och nu kan i princip alla vårdverksamheter i länet genomföra videomöten. Stort arbete kvarstår under kommande år med att bredda användningen till fler medarbetare och säkerställa arbetssätten. Användningen av digitala vårdmöten var som högst i mars 2021 med ca 6500 genomförda digitala möten per månad. Före pandemin låg antalet digitala vårdmöten på ca 600 per månad. Användning av digitala vårdmöten skiljer sig mycket mellan olika enheter. **Stöd och behandling via 1177 Vårdguiden** - Stöd och behandling via nätet ökar tillgängligheten och sänker trösklar till behandling då patienter kan genomföra behandlingen när och var det passar dem bäst. Antal samtidigt pågående behandlingar i Jönköpings län har ökat från 550 i januari 2020 till 1300 i juni 2021. **Mitt Vaccin** - Från och med februari 2021 ersatte Mitt Vaccin Svevac när det gäller vaccination mot covid-19. Det innebär att alla administrerade vaccin mot covid-19 som ges i Region Jönköpings län dokumenteras i Mitt Vaccin. Planering för breddning av Mittvaccin för andra typer av vacciner pågår. Fram till och med augusti har totalt runt 435000 doser av vaccin registrerats i Mitt Vaccin i Region Jönköpings län.
Införa lösningar för egenmonitorering.	En upphandling av lösningar för egenmonitorering har genomförts tillsammans med Region Kalmar län. Upphandlingen har dock överklagats, varför ett införande ännu inte kan påbörjas.
Införa första linjens digitala vård - automatiserad anamnes och triagering.	Ett gemensamt program för införande av en nationell plattform för första linjens digitala vård (FLDV) pågår i sydöstra sjukvårdsregionen. Programmets huvudsyften är att öka tillgängligheten för invånaren i den första kontakten med vården. Invånaren ska kunna komma i kontakt med vården främst via en symtomguide, kunna chatta eller ha videosamtal med vården och sedan sömlöst hänvisas till rätt vårdnivå. I ett senare skede ska olika nationella tjänster också ingå, såsom förbättrade möjligheter för invånaren att boka tider, följa sin remiss, kunna se vilket utbud som finns var, samt kunna få kallelser digitalt. Det nationella programmet är en del i överenskommelsen God och nära vård, som syftar till att skapa en förbättrad tillgänglighet till vården. En upphandling av en nationell lösning pågår via Inera.

Uppdrag/mål: Införa digitala verktyg med artificiell intelligens

Aktiviteter	Analys
Starta förstudie för Artificiell Intelligens	Gemensam planering har inletts tillsammans med ITC och en plan kommer att tas fram under hösten.

Uppdrag/mål: Digifysisk vårdcentral

Aktiviteter	Analys
Undersök möjligheterna för digifysisk vårdcentral	Under hösten kommer dialog föras med primärvårdsenheten om hur uppdraget ska hanteras.

Uppdrag/mål: Underlätta användandet och kunskap om digitala stöd och tjänster

Aktiviteter	Analys
Program för Enklare vardag - för patienter och medarbetare	Programmet tar ett helhetsgrepp om de e-hälsotjänster som finns inom Region Jönköpings län. Programmet ska förverkliga de strategiska vägval som gjorts och säkerställa att Region Jönköpings län har angreppssätt och metoder som gör det möjligt att dra full nytta av och använda befintliga e-hälsotjänster optimalt. Ny projektledare tillsatt som tagit fram en projektplan. Dialog med verksamhetsområden pågår.

Uppdrag/mål: Fortsätta utvecklingen av vårdsystemet Cosmic

Aktiviteter	Analys
Kontinuerlig utveckling och förbättring av vårdsystemet Cosmic	Under hösten planeras en uppgradering av journalsystemet. Flera utvecklingsområden pågår, exempelvis Beställning och svar för klinisk fysiologi - driftsättning v 47, breddning av Cosmics mobila lösning. En pilot är genomförd med taligenkänning, som fallit väl ut och en utökning planeras under hösten. Cambio har resursbrist vilket medfört att uppgraderingar förskjutits och vissa önskade förbättringar har skjutits fram till 2022 eller 2023.

Strategiska mål: Bra folkhälsoarbete

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Aktiviteter	Analys
Fortsätta arbetet för att förbättra arbetssätten och digitaliseringen av hälsosamtal.	Antalet hälsosamtal har sjunkit under pandemin, då många verksamheter har prioriterat ner dessa. På grund av pandemin har inte heller medarbetare från verksamheten kunnat involveras i utvecklingsarbetet och viss justering/utveckling av systemet väntar på åtgärd från IT-centrum.
Revidera handlingsplanen till strategin Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län.	Workshops och dialoger med samtliga kommuner har genomförts. Underlaget från dessa tillfällen bearbetas och sammanställas och ett utkast på reviderad handlingsplan är på gång.

Uppdrag/mål: Livsstilsutmaningen

Aktiviteter	Analys
Ta fram en handlingsplan för utveckling kring livsstilsutmaning	Sju vårdcentraler med högst Care need index (CNI) i kombination med antal listade CNI-tunga personer påbörjar en satsning med prioriterade medel under tre år inom ramen för vårdval i Jönköpings län. Uppdraget var att pröva riktade hälsofrämjande insatser, samt att förbättra tillgängligheten till vård och stöd. Vårdcentralerna ska även öka förståelsen och kunskapen om vikten av en god hälsa (psykiskt, psykiskt, socialt) hos både invånarna i området och hos medarbetare/chefer, samt

Aktiviteter	Analys
	tidig upptäckt utifrån riskfaktorer. Hälsocenter har skapats där lokal överenskommelse skrivs mellan kommun och Region Jönköpings län. Fokus på hälsocoachtimmar utifrån befolkningsmängd i respektive kommun. Uppdrag och nätverk för hälsocoacher. Utrymme för lokala anpassningar är viktigt för ägarskap och engagemang, inte minst i civilsamhället.
Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden.	Det hälsofrämjande arbetet i socioekonomiskt utsatta områden pågår men anpassas efter omständigheter och behov. På grund av den fortsatt rådande situationen har flera vårdcentraler signalerat om en stor belastning och fokus på provtagning och vaccination mot covid-19, och att det är fortfarande svårt att hålla i arbetet, i den omfattning de skulle önskat.
Fortsätta att arbeta målinriktat för att förbättra folkhälsan hos länets invånare.	Alla vårdcentralen har inkommit med en projektplan. Uppdraget har varit att starta upp sitt projekt, välja område och arbetsgrupp, identifiera målgrupp. Därefter anpassa materialet i Livsbalansen för målgruppen. Digitalisera mötesformer. Involvera samarbetspartner såsom hälsokommunikatörer, kommunens socialtjänst och ekonomiskt bistånd. Med anledning av coronapandemin är på flertalet vårdcentraler försenade med sitt arbete.
Etablera hälsocenter i merparten av länets kommuner.	Kommunerna i Jönköpings län och Region Jönköpings län satsar gemensamt på att utveckla hälsocenter tillsammans med civilsamhälle och föreningsliv. Hälsocenter är en lokal samverkansmodell för kommuner, vårdcentraler och ideell sektor. Samtliga 13 av länets kommuner deltar nu i samverkan att etablera Hälsocenter, men de är i olika utvecklingsfaser.

Uppdrag/mål: Bidrag inom folkhälsoområdet

Aktiviteter	Analys
Uppföljningsbesök till föreningar genomförs	Uppföljning av 2020 års bidragsgivning genomfördes digitalt vid tre tillfällen under juni månad. Åtta föreningar inom funktionshinder- och folkhälsoområdet bjöds in för samtal.
Fördelning av bidrag inom folkhälsoarbetet.	Föreningar ansöker om bidrag en gång om året, 1 september var sista ansökningsdag. Därefter handläggs inkomna ärenden och förslag till bidragsgivning sker under hösten för att beslutas i FS nämnd i december.

Uppdrag/mål: Hälsa för livet

Aktiviteter	Analys
Meny till invånare.	Under 2021 har ett utvecklingsarbete startat i Sydöstra sjukvårdsregionen för att öka användningen av stöd och behandlingsprogrammet Tobakshjälpen. Piloter har startats för att även testa program för digitala stöd gällande fysisk aktivitet och mindfulness. För Hälsosamma matvanor har pilot avslutats och breddinförande initierats. Ett flertal andra regioner har visat intresse för programmet och för att möte detta intresse har ett avtal för nyttjanderätt upprättats.
Utveckling och spridning av fler mötesplatser och hälsocaféer likt hjärtats hus i länet.	Ett antal mötesplatser finns både fysiska och digitala. Exempelvis Hjärtats hus, finns nu på fyra platser i länet. I höst öppnas det upp för fler grupper med kroniska sjukdomar. Nya informationsblad på gång som ska sprida budskapet att Hjärtas hus är för alla diagnoser. Digitala mötesplatser har genomförts som en pilot med två tillfällen av ”Ärligt talat”. Det har varit föreläsningar av 2 personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Mycket uppskattat! Möjlighet finns att utveckla denna plattform även efter coronapandemin.

Uppdrag/mål: Jämlik rehabilitering

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete med att utveckla jämlik rehabilitering utifrån patientens behov, tillsammans med kommun, primärvård och specialistvård.	Utvecklingen av rehabiliteringskedjan bedrivs i samarbete mellan primärvård, kommun och specialiserad vård. Samordningsgrupp rehabilitering är en arbetsgrupp under ReKo. I samarbetet har det varit fokus på arbete med rehabiliteringsplan och digital artrosskola. Arbetet har skett med patientmedverkan och involvering av alla vårdnivåers rehabpersonal från början. Under coronapandemin har gruppen arbetat med att utveckla rehabiliteringen för covid-19 patienter på alla vårdnivåer inklusive den kommunala hälso- och sjukvården. Gruppen har även varit delaktig i att ta fram en uppföljning för personer som vårdats för covid-19 inom slutenvården.

Uppdrag/mål: Rehabilitering återgång till arbetet

Aktiviteter	Analys
Optimera sjukskrivningarna inom området psykisk ohälsa	Vårdcentraler inom Region Jönköpings län deltar i ett förbättringsarbete gällande sjukskrivningar inom främst psykisk ohälsa och ospecifik smärta. Det övergripande syftet med förbättringsarbetet är att förenkla och optimera sjukskrivningsprocessen för såväl patient som vårdcentral samt frigöra tid för andra patientgrupper. Förbättringsarbetet har resulterat i att man tagit fram enhetliga rutiner för sjukskrivningsprocessen. Rutinerna kommer att spridas till alla länets vårdcentraler.
Utveckla arbetssätt inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.	Arbetet pågår enligt plan. En forskningsstudie planeras att starta under september månad.
Utveckla metodstöd.	Arbetet är pausat med anledning av coronapandemin.

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Säker vård alla gånger

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdprevention	90 %	84 % ◆	Den ökning som skedde i slutet av 2020 och i början av 2021 har avstannat något nu under det ansträngda läget under semesterperioden. De systematiska utbildningar som tidigare genomförts till alla nyanställda sjuksköterskor samt de återkommande utbildningarna för undersköterskor har nu återupptagits vilket kan förbättra resultatet framöver igen.

Aktiviteter	Analys
Säker vård alla gånger.	Efter semesterperioden har verksamheten återgått till normalt patientsäkerhetsarbete, med beredskap att hantera specifika pandemirelaterade frågeställningar.

Uppdrag/mål: Arbeta med strategiska fokusområden för patientsäkerheten

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen

Aktiviteter	Analys
Följer den nationella utveckling och genomför lokala anpassningar vid behov.	Bevakar nationell pilot för utveckling av kunskapsstöd för en hel vårdkedja och deltar i dialog om utveckling av hur regionerna ska kunna hämta kunskapsinnehåll. Faktagrupperna har i uppdrag att revidera sina dokument utifrån rekommendationerna i Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Arbete påbörjat med prototyper för Fakta och kunskapsstöd för cancersjukdomar, psykisk hälsa och kroniska sjukdomar på webbplatsen Folkhälsa och sjukvård.

Uppdrag/mål: Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Aktiviteter	Analys
Fortsätta arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.	Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSVF). Implementering av PSVF stroke/TIA, höftledsartros samt reumatoid artrit pågår. På grund av coronapandemin har införandet försenats och planeras nu starta i september. Under hösten kommer ytterligare fler vårdförlopp, te x sepsis, osteoporos med flera.

Uppdrag/mål: Samarbetsvård - kroniska sjukdomar

Aktiviteter	Analys
Somatisk hälsa vid psykisk sjukdom.	Projektet Sammarbetsvård psykisk hälsa har startat främst i samverkan mellan vuxenpsykiatriska klinikerna, folkhälsa, primärvård och kommuner. Arbetet sker något långsammare på grund av coronapandemin.
Omhändertagande av patienter med kronisk sjukdom.	Arbetet sker inom ramen för Tillsammans för bättre hälsa och jämlik vård. Uppföljning av hur hjärtsviktsmottagningar utvecklats, planeras under hösten. Andra utvecklingsinitiativ som pågår är t ex inom ramen för vårdsamordningsprocessen och målsättningarna inom patientkontrakt samt inom samarbetsvård psykisk hälsa. En ny modell för att analysera särskilda riskfall vid utskrivning har påbörjats. Syftet är att förstärka överföring till primärvård när det är angeläget. Metoden har börjat användas för patienter med covid-19 där en stor risk för svår sjukdom identifierats.
Förbättra konsultstöd från specialistvården till primärvården.	Arbetet med att utveckla konsultstöd mellan specialistsjukvård och primärvård för personer med kroniska sjukdomar har delvis pausats på grund av coronapandemin. Det har dock skett annat utvecklingsarbete framförallt i projektet "säker covid", där ett nära samarbete med infektionsspecialist och primärvård har möjliggjort ett bättre proaktivt omhändertagande av personer med risk för allvarlig covidsjukdom. Arbetssättet kan bli en modell för hur samarbetet kan utvecklas även för andra diagnosgrupper.

Uppdrag/mål: Palliativ vård - vård i livets slutskede

Aktiviteter	Analys
En utredning ska göras ihop med kommunerna.	Arbete i samverkan mellan specialistvård, vårdcentrals- och kommunnivå utifrån utredningens rekommendationer pågår.
Vårdplatser för specialiserad palliativ vård.	En arbetsgrupp ska under hösten starta upp arbetet med att tillskapa palliativa åtgärdsplatser på länets tre akutsjukhus.
Specialiserad sjukvård i hemmet.	Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) ska ge ett ökat stöd till primärvården och kommunerna samt till slutenvårdskliniker på sjukhusen.

Uppdrag/mål: Samordning av det suicidpreventiva arbetet

Aktiviteter	Analys
Arbeta med samordning av suicidprevention	En uppdragsbeskrivning för perioden 2020-2023 är framtagen och förankrad i ReKo. En samordningsgrupp håller samman arbetet tillsammans med den regionala samordnaren för uppdraget. Utvecklingsarbete pågår med fokus på antistigma, psykisk hälsa och suicid. Satsningen sker i samverkan med Hälsohögskolan/Center for co-production och innehåller delar som rör FUNK (hälsan hos högstadie- och gymnasieelever), Recovery College och Peer Support, lokala samordnare för suicid i länets kommuner samt hälsoguider i Jönköpings kommun.

Uppdrag/mål: Våld i nära relationer

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utveckling och utvärdering av modellen inom hela länet för att erbjuda behandling av personer som utsätts för våld i nära relationer, utövare av våld samt barn i familjer där våld förekommer.	Behandling av våldsutsatta och våldsutövare är etablerad. Behandling av barn har delvis startat. Det pågår en utveckling inom området där alla barn som har föräldrar aktuella inom verksamheten alternativ till våld, ATV, ska ha rätt till information och avlastande samtal. I vissa fall erbjuds även barnen psykologsamtal.

Uppdrag/mål: Habilitering som ger stöd och behandling till barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar

Aktiviteter	Analys
Beslut kring habiliteringens verksamhet vad gäller lokaler.	Tillfälliga lokaler på Mossle-området har möjliggjort en förbättrad arbetsmiljö för verksamheten. Då verksamhetens lokaler inte behöver vara knutna till sjukhuset har regionfastigheter påbörjat ett arbete med att finna lämpliga lokaler i Värnamo.

Uppdrag/mål: God läkemedelsanvändning

Aktiviteter	Analys
Lagernivåer av kritiska läkemedel.	Innan pandemin startade hade sjukhusapotekets lagernivåer höjts för ett stort antal läkemedel, för att klara en månads förbrukning. Våren 2020 höjdes lagret av ytterligare läkemedel som var särskilt viktiga för behandling av covid-19 patienter. Då sjukhusapoteket fram till våren 2022 måste köpa stora kvantiteter av läkemedel från det nationella förrådet, kommer en ytterligare översyn av lager av kritiska läkemedel, att skjutas upp. Detta på grund av platsbrist.

Aktiviteter	Analys
Undvika olämpliga läkemedel hos äldre.	Flera olika aktiviteter pågår kontinuerligt för att undvika olämpliga läkemedel till äldre. Bland annat fokus på olämpliga läkemedel vid läkemedelsgenomgångar. Diskussioner förs i länsgrupp Trygg och säker vård tillsammans med kommunerna. Finns med i patientkontrakt och läkemedelsplan.

Uppdrag/mål: Smittskydd och vårdhygien

Aktiviteter	Analys
Storskalig vaccinationskampanj mot covid-19.	Fortsatt vaccination inom fas 4 har skett under sommaren. Från och med mitten av augusti påbörjades vaccination av 16-17-åringar. I juni gavs (v 22-25): 94 000 doser, juli (v 26-30) 72 000 doser, samt i augusti (v 31-34) 67 000 doser.
Förstärkning av vårdhygiens arbete mot primärvården.	I slutet av augusti tillträdde en ny hygiensjuksköterska med uppgift att arbeta mot primärvården.

Uppdrag/mål: Kris- och katastrofmedicinskberedskap

Aktiviteter	Analys
Civilt försvar	Arbetet utifrån överenskommelser pågår, en beredskapssamordnare med ansvar för regionövergripande kontinuitetsplanering ska rekryteras. Övningsverksamheten ses över och utökas.
Kompetenshöjning gällande totalförsvar mm	Insatser som pausats under pandemin har återupptagits, planering för deltagande i sista delen av totalförsvarsövning 2020.
Översyn av lagerhållning och lokaler	I överenskommelserna ingår området försörjningsberedskap. Planering har påbörjats för kartläggning av normal försörjning av läkemedel, medicinteknik, blod, och sjukvårdsmateriel och för att möte behoven under höjd beredskap och krig.
Utbildning i kris- och katastroflägen.	Utbildningsverksamheten är ett av de områden som prioriteras, utbildning/övning i särskild sjukvårdsledning vid särskild händelse planeras nu och kommer att påbörjas igen i oktober.

Uppdrag/mål: Idéburen offentligt partnerskap

Aktiviteter	Analys
Ta fram en strategi för arbetet med idéburen offentligt partnerskap.	Gemensamma riktlinjer för IOP är på gång att tas fram i samverkan med bland annat Regional utveckling, även inköpsavdelningen medverkar. Ett utkast till policy är framtaget.

Uppdrag/mål: Tydliggöra länsklinikernas uppdrag

Aktiviteter	Analys
Nya riktlinjer för länsklinikerna	Arbete pågår i samband med översynen av medicinska programgrupper, länsgemensamma grupper och i arbetet med akutsjukhusens uppdrag. En workshop planeras i september med verksamhetschefer för länskliniker för att arbeta med riktlinjer för länskliniker och även hur tre akutsjukhus kan säkras över tid.

Uppdrag/mål: Akutsjukhusens uppdrag

Aktiviteter	Analys
Tydliggöra akutsjukhusens uppdrag	En rapport är framtagen och fortsättningen på arbetet planeras i samband med en workshop med verksamhetschefer för länskliniker.

Framgångsfaktorer: Samverkan med kommunerna

Uppdrag/mål: Samverkan i strategigrupp Barn och unga

Aktiviteter	Analys
Uppföljning av gemensamma aktiviteter och projekt i samverkan.	Ett förslag är framtaget utifrån de åtgärder som framkommit. En handlingsplan påbörjas där alla tre strategigruppernas planer samlas för att på så sätt få det mer överskådligt och lika mellan grupperna. Arbetet med bästa platsen att växa upp leva och bo på har sedan i maj haft en ny träff med 7 olika team. En inspirationsföreläsning kring nya resultat från Folkhälsoenkät Ung presenterades samt att teamen fick redovisa vad de gjort och fick också eget arbete.

Uppdrag/mål: Samverkan i strategigrupp Psykiatri och missbruk

Aktiviteter	Analys
Uppföljning av gemensamma aktiviteter och projekt i samverkan.	Tillsammans med länets kommuner i strategigrupp Psykiatri och missbruk drivs flera aktiviteter och projekt, arbetet utgår från statliga satsningar. Exempelvis har en nationell satsning kring suicidprevention startat med lokal samordnare i varje kommun och med mål att skapa handlingsplan/handlingsprogram för suicidprevention. Arbetet stöds av regional samordnare för suicidprevention.
Enhet för omhändertagande av berusade personer etableras (Tillnyktringsenhet TNE)	Verksamheten uppstartad, men pausades på grund av pandemin och behov av personalresurs inom covid-19-vården. Verksamheten på nytt öppnad första september i nya lokaler hus D1/D2 på Ryhov.
Stärka vården för beroende och missbruk i samverkan med kommunerna.	Arbetet med uppdragsbeskrivning har inte kommit igång som planerat på grund av att man avvaktat etablering av tillnyktringsenheten. Fokus i beroendevården har hittills under året varit att uppdatera och revidera samverkansöverenskommelse och insatstrappa. Det utgör också ett viktigt underlag för planering av integrerad mottagning. Socialutskottet har lagt förslag om utredning av huvudmannaskapet för vårdansvar för personer med psykisk ohälsa och beroendesjukdom.

Uppdrag/mål: Samverkan i strategigrupp Äldre

Aktiviteter	Analys
Uppföljning av gemensamma aktiviteter och projekt i samverkan.	God samverkan med kommunerna i Strategigrupp Äldres olika områden och processer. Arbete utifrån "Bästa platsen att leva och åldras på" pågår som en del i Nära vård omställningen. Där ingår Trygg och säker vård och omsorg, hälsofrämjande och förebyggande insatser och äldres psykiska hälsa. Goda erfarenheter i samband med pandemin tas till vara i samarbetet.

Uppdrag/mål: Samverkan i eHälsorådet

Aktiviteter	Analys
Samverka med kommunerna kring ehälsofrågor	Arbete pågår tillsammans med strategigrupperna Äldre, Barn- och unga samt Psykiatri missbruk, för att se över behovet av IT-stöd i processen kring patienter. Aktuella frågor handlar om informationsöverföring, Link, Mittvaccin med mera.

Uppdrag/mål: Stärka samverkan och samarbetet med kommunerna kring rehabiliteringsprocessen

Aktiviteter	Analys
Samverkan med kommunerna kring rehabiliteringsprocessen	Samverkan med kommunerna kring rehabiliteringsprocessen sker inom ramen för arbetsgruppen samordningsgrupp rehabilitering under REKO.

Framgångsfaktorer: God cancervård

Uppdrag/mål: Standardiserade vårdförlopp cancer

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Standardiserade vårdförlopp - andel patienter i SVF	70 %	64 % ◆	Under den senaste 12-månadersperioden har totalt 2 297 patienter nydiagnostiserats inom cancerförloppen vilket är i nivå med motsvarande period föregående år. Av dessa har 64 % inkluderats i standardiserade vårdförlopp vilket dock är något färre än föregående period då motsvarande resultat var 69 %. SVF bröstcancer är ett exempel på förlopp med hög inklusionsgrad där 87 % av alla nydiagnostiserade genomgår ett vårdförlopp. Finns en eftersläpning i dokumentationen vilket gör att andelen kan förväntas bli något bättre.
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	80 %	45 % ■	Under den senaste 12-månadersperioden har totalt 1 893 patienter behandlingsstartats i standardiserade vårdförlopp, av dessa har 850 (45 %) skett inom fastlagen ledtid för respektive förlopp. Motsvarande period föregående år hade 46 % behandlingsstartats inom ledtid. Under perioden når enbart SVF Hjärntumör uppsatt målvärde (81 %). SVF bröstcancer, SVF prostatacancer, SVF malignt melanom samt SVF tjock- och ändtarmscancer är exempel på förlopp med stora volymer startade behandlingar, sammantaget når dessa en måluppfyllelse på 49 %. Nationellt är motsvarande resultat 51 % med ett spann på 40 % - 51 % mellan regionerna.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utveckling och förvaltning av standardiserade vårdförlopp.	Standardiserade vårdförlopp (SVF) är en del i det ordinarie arbetssättet. Cancervården fortsätter med processorienterat arbetssätt utifrån patienternas väg i vården.

Uppdrag/mål: Screening av tjocktarmscancer

Aktiviteter	Analys
Samordning och planering av tarmscreening	Underlag inför start av tarmcancerscreening är insänt till gemensamt samordningskansli, GSK, vid enheten för cancerprevention och screening, Regionalt cancercentrum Stockholm – Gotland. Screeningverksamheten i Region Jönköpings län startar 2022.

Uppdrag/mål: Prostatacancertestning

Aktiviteter	Analys
Aktivt delta i Sydöstra sjukvårdsregionens arbete för införande av organiserad prostatacancertestning	Region Jönköpings län har åtagit sig att vara pilot i sydöstra sjukvårdsregionen för att skapa en process för erbjudande om organiserad prostatacancertestning (OPT). En arbetsgrupp är tillsatt för att arbeta med prostatacancerscreening utifrån den förstudie som gjorts och som inkluderar digitaliserade lösningar för urval och utskick samt svarshantering. Uppstartsmöte med företrädare för specialistvård, primärvård, patientförening samt sydöstra sjukvårdsområdet ägde rum efter sommaren. OPT planeras vara i drift under 2022.

Uppdrag/mål: Cancerrehabilitering

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete för att utveckla en trygg personcentrerad, behovsinriktad och resurseffektiv rehabilitering av hög kvalitet.	I enlighet med det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering pågår olika förbättringsinitiativ inom bl a följande områden: *Kontaktsjuksköterska* – erbjudande om kontaktsjuksköterska mäts och redovisas centralt. *Min vårdplan cancer* – erbjudande om Min vårdplan cancer mäts och redovisas centralt. *Behovsbedömning – Hälsoskattning* för cancerrehabilitering implementeras successivt i samband med nationellt införande av digital Min vårdplan. Ett sökord har under våren införts, vilket kommer att möjliggöra uppföljning. *En rehabguide* för cancersjukdomar utarbetats. *Rehabiliteringsplan* – Implementering av länsgemensam mall och arbetssätt pågår. KVÅ-kod finns både för upprättande/revidering och uppföljning.

Uppdrag/mål: Öka deltagandet i screeningprogram

Uppdrag/mål: Avancerad läkemedelsbehandling

Aktiviteter	Analys
Behandlingsenheter	Uppdragsbeskrivning framtagen. Projektledare och projektgrupp tillsatt. Arbetet framskjutet på grund av coronapandemin.

Framgångsfaktorer: God tandvård

Uppdrag/mål: Allmäntandvård barn och unga

Aktiviteter	Analys
Revidering av barn- och ungdomstandvårdsprogrammet	Beslut om nytt barn- och ungdomstandvårdsprogram har beslutats i juni. Utbildning av medarbetare på bred bas kommer att påbörjas i september-oktober och tillämpning sker successivt.

Uppdrag/mål: Tandvård för personer med särskilda behov

Uppdrag/mål: Specialisttandvård

Aktiviteter	Analys
Framtagande av mätetal för specialisttandvården	Stor variation i registreringen i journalsystemet T4 har uppdagats liksom olikheter i hur man i verksamheten registrerar i remisshanteringen. Frågan har lyfts i Odontologiska institutionens ledningsgrupp och man arbetar för att fastställa ett gemensamt arbetssätt för att säkerställa att rätt data hämtas ut och registreras i mätetalen.

Verksamhetsstatistik

Somatisk vård

Egenproducerad vård (inkl såld vård)	Utfall 2021-08	Utfall 2020-08	Utfall 2019-08	Förändring % 2021-2020	Förändring % 2021-2019
Antal disponibla vårdplatser	531	527	559	1 %	-5 %
Vårdtid i dagar	112 822	104 905	113 876	8 %	-1 %
Antal vårdtillfällen	30 548	28 372	31 718	8 %	-4 %
Medelvårdtid, dagar	3,7	3,7	3,6	0 %	3 %
Antal läkarbesök	227 276	213 787	239 248	6 %	-5 %
Antal besök annan personalkategori	195 678	187 807	210 403	4 %	-7 %
Varav distanskontakter	5 900	662	166		
Andel distanskontakter	1,39 %	0,16 %	0,04 %	1,23 %	1,36 %
Länets vårdkonsumtion					
Vårdtid i dagar	115 126	107 022	116 430	8 %	-1 %
Antal vårdtillfällen	30 818	28 700	32 001	7 %	-4 %
Antal läkarbesök	240 547	235 613	259 971	2 %	-7 %
Antal besök annan personalkategori	192 001	186 537	209 501	3 %	-8 %

Psykiatrisk vård

Egenproducerad vård (inkl såld vård)	Utfall 2021-08	Utfall 2020-08	Utfall 2019-08	Förändring % 2021-2020	Förändring % 2021-2019
Antal disponibla vårdplatser	115	110	119	5 %	-3 %
Vårdtid i dagar	23 714	22 603	24 708	5 %	-4 %
Antal vårdtillfällen	2 662	2 696	2 839	-1 %	-6 %
Medelvårdtid, dagar	8,9	8,4	8,7	6 %	2 %
Antal läkarbesök	19 539	17 609	19 977	11 %	-2 %
Antal besök annan personalkategori	64 226	69 036	72 278	-7 %	-11 %
Varav distanskontakter	6 216	566	154		
Varav andel distanskontakter	7,42 %	0,65 %	0,17 %	6,77 %	7,25 %
Länets vårdkonsumtion					

Egenproducerad vård (inkl såld vård)	Utfall 2021-08	Utfall 2020-08	Utfall 2019-08	Förändring % 2021-2020	Förändring % 2021-2019
Vårdtid i dagar	30 003	28 158	30 215	7 %	-1 %
Antal vårdtillfällen	2 707	2 642	2 832	2 %	-4 %
Antal läkarbesök	18 650	16 682	19 054	12 %	-2 %
Antal besök annan personalkategori	62 106	67 020	70 643	-7 %	-12 %

Primärvård

Egenproducerad vård (inkl såld vård)	Utfall 2021-08	Utfall 2020-08	Utfall 2019-08	Förändring % 2021-2020	Förändring % 2021-2019
Antal besök, läkare	274 291	264 374	530 866	4 %	-48 %
Antal besök, annan personalkategori	385 509	402 670	493 838	-4 %	-22 %
-varav distanskontakter utomlänare	13 188	16 078	258 189	-18 %	-95 %
-varav distanskontakter länsbor	27 747	19 909	8 134	39 %	241 %
Andel distanskontakter i länet av länsbor	3,8%	2,8%	1,0%	1,1 %	2,8%
Länets vårdkonsumtion					
Antal besök, läkare	280 283	266 396	301 877	5 %	-7 %
Antal besök, annan personalkategori	444 722	455 768	518 127	-2 %	-14 %

(Distanskontakter avser besök som sker via e-tjänst ej telefon)

Inom den somatiska och psykiatrisk vården ses nu en ökning av antalet vårdkontakter inom både öppenvården och slutenvården jämfört med 2020. Andelen distanskontakter ökar främst inom den psykiatriska vården och står för drygt 7 procent av alla öppenvårdskontakter 2021.

Inom primärvården fortsätter distanskontakterna att öka; påhejad av en pandemi där vi uppmuntrat till att inte träffas fysiskt. Distanskontakter som inte är till läkare har ökat markant, och det handlar om exempelvis digital artrosskola, psykologbesök samt en hel del sjuksköterskekontakter.

Utöver den vård som Region Jönköpings län själv producerar köper regionen vård. Även här märks en ökning jämfört med 2020. Störst ökning märks inom psykiatrin och främst rättspsykiatri.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer: Lärande i vardagen

Uppdrag/mål: Tandvård - Odontologiska institutionen är ett ledande centrum

Aktiviteter	Analys
Inrätta utbildningar för både tandläkare och tandsköterskor i länet.	Ansökan till Universitets kanslersämbete och till myndigheten för yrkeshögskoleutbildningar pågår

Uppdrag/mål: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.

Aktiviteter	Analys
Respektive verksamhet identifierar arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.	Arbetet med att identifiera arbetssätt och arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande är en ständigt pågående process på flera nivåer samtidigt, allt ifrån mötet mellan behandlare och patient till arbetet inom strategiskt ledningsarbete. Exempel är övergång från tidskrävande administrativt manuella processer till digitala.

Uppdrag/mål: Fortsatt arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS)

Aktiviteter	Analys
Stödja verksamheten i arbetet med KPS	Kirurgisk verksamhet är i full gång med att implementera KPS, Medicinsk verksamhet och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik planerar för start.

Uppdrag/mål: Undersöka möjligheten att införa en innovationsfond

Aktiviteter	Analys
Undersöker möjligheterna att införa innovationsfond	Arbetet påbörjat med framtagande av underlag genom ett nätverkande med befintliga enheter som arbetar specifikt med innovation. Samtal om innovationsfond inlett och kommer att möjliggöras till 2022.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare

Framgångsfaktorer: Ett starkt arbetsgivarvarumärke

Uppdrag/mål: Strategisk kompetensförsörjning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som	2 %	2,9 % ◆	Utfallet ligger över målnivån. Kostnaden för bemanningsföretag har ökat med ca 10,5 mnkr (10,2%) jämfört med samma period 2020. Då de egna

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
andel av egna personalkostnader)			lönekostnaderna också ökat påverkar den dock relativa målberäkningen i att ge ett utfall i samma nivå som 2020 vid ackumulerad beräkning av hyrkostnaden som andel av personalkostnader. Bra Liv och Medicinsk vård har minskat sina hyrkostnader medan Kirurgisk vård och Psykiatri, rehab och diagnostik ökat. Inom Kirurgisk vård ligger ökningen på hyrsjuksköterskor, där det köpts främst inom OP/IVA-klinikerna för att klara bemanning av covid-IVA och inom kvinnokliniken på Höglandssjukhuset för att bemanna med barnmorskor. Inom Psykiatri, rehab och diagnostik är det en ökning både för hyrläkare inom psykiatri och hyrsjuksköterskor inom framförallt röntgen kopplat till mammografi.

Aktiviteter	Analys
Utbildningsanställningar 2021.	I dagsläget finns ca 110 medarbetare som är utbildningsanställda på hel eller halvfart. Inom vissa specialiteter har färre än vad vi hoppats på kommit in på utbildningen. Därav blir tillsättningen något lägre än antalet fördelade utbildningsanställningar. För att öka intresset för utbildningsanställningar erbjuder Kirurgisk vård traineetjänster inom OP/IVA där medarbetare får prova på att arbeta på ovanstående avdelningar under tre månader. Arbete pågår med att ta fram underlag för att möjliggöra även för andra kategorier att kunna få möjlighet till betald specialistutbildning utifrån verksamheternas behov. Exempel på detta är specialistutbildning för psykolog, fysioterapeut och arbetsterapeuter.
Utvärdering av karriärtjänster för yrkesskickliga sjuksköterskor.	I utvärdering som genomförts framkommer bland annat att kliniker med allmänsjuksköterskor som har teamsjuksköterskor är nöjda och att uppdraget fungerar väl. De fördelar som cheferna för dessa kliniker vill framhålla är att klinikerna i större utsträckning har kunna arbeta med att uppdatera PM, rutiner och flera förbättringsarbeten har genomförts. Teamsjuksköterskor har också bidragit med bättre stöttning till nya kollegor, tydligt mentorskap och utbildning på enheten inom exempelvis dokumentation. Utöver detta har även medarbetarna utvecklats, tagit stort ansvar och vuxit som människor och i sin yrkesroll. Det finns fortsatt utmaningar och mer möjligheter med yrkesrollen som teamsjuksköterska, bland annat kopplat till klinker med specialistsjuksköterskor där karriärtjänsten ännu inte införts.

Uppdrag/mål: Utökad bemanning

Aktiviteter	Analys
Utveckla och pröva arbetssätt tillsammans med primärvården för att öka tillgång till stöd från dietist.	Uppdrag har gått till rehabiliteringscentrum för att rekrytera dietister och tillsammans med primärvården arbeta fram en modell för hur kompetensen på ett resurseffektivt sätt kan tillhandahållas för de patienter inom primärvården som bedöms behöva dietistkompetens utöver den resurs för kostrådgivning som redan finns lokalt.
Utökad bemanning	Arbete pågår med en rad aktiviteter inom framförallt Verksamhetsområdet Bra Liv. Till exempel: - ST-läkare uppmuntras att förlägga sin utbildningstid till både stor och liten vårdcentral. - Läkare med utländsk utbildning kompetensvärderas inom Nässjö

Aktiviteter	Analys
	utbildningscentrum. - Studenter är våra framtida medarbetare och det är viktigt att ge dem en positiv bild av vår verksamhet. - Kompetensförsörjningsstrategi med fokus på att utveckla, behålla befintliga medarbetare och samtidigt attrahera nya.

Uppdrag/mål: Arbetstidsmodeller

Aktiviteter	Analys
Utreda förutsättningar för nya verksamhetsanpassade arbetstidsmodeller	Under hösten 2021 kommer ett arbete påbörjas för att utreda förutsättningarna för olika arbetstidsmodeller. Arbetet är gemensamt mellan verksamhetsområdena kirurgisk vård, medicinsk vård och psykiatri rehabilitering och diagnostik

Framgångsfaktorer: Kompetenta, delaktiga och engagerade medarbetare

Uppdrag/mål: Fortsätta arbetet för att förstärka det lokala ledarskapet och chefskapet

Aktiviteter	Analys
Utredning av lokala sjukhusledningar	En preliminär modell framtagen utifrån den sammanställning som är gjord av genomförda intervjuer och workshops. Ett förslag är framtaget utifrån denna modell. Förslaget kommer skickas på remiss under hösten.

Uppdrag/mål: Hälsa och likabehandling

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - sjukfrånvaro	6,2 %	5,5 %	Sjukfrånvaro är totalt sett lägre än samma period föregående år även om den fortsatt ligger på en något högre nivå än 2019. Nivån kan fortsatt förklaras med pandemin och Folkhälsomyndighetens rekommendationer att stanna hemma vid minsta symptom. Smittspridningen i samhället minskar och i takt med det ökar frisknärvaron i verksamheten. Samtliga verksamhetsområden når målet och har en lägre sjukfrånvaro jämfört med samma period föregående år. Det är även i år den korta sjukfrånvaron som ökat medan den långa ligger kvar på ungefär samma nivå som 2019. Kontinuerligt arbete fortsätter tillsammans med chefer, HR och AME för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser och en god arbetsmiljö.

Aktiviteter	Analys
Alla nyanställningar ska utgå från heltid	Riktlinje för heltid som norm finns och ligger till grund för arbetssätt där nyanställda erbjuds heltidsanställning.

Ekonomi

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag/mål: Arbeta kostnadseffektivt för att uppnå ekonomi i balans

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans -FS nämnd	0 tkr	825 tkr	Nämnden för folkhälsa- och sjukvård har efter åtta månader en ekonomi i balans. Den kraftiga resultatförbättringen förklaras främst av att nämnden har fått ersättning för merkostnader på 243 miljoner kronor i augusti. Då resultatet var minus 303 miljoner efter juli så innebär det att nämnden även exklusive merkostnadsersättningen uppvisar ett positivt resultat för augusti. Kompensationen för merkostnader har betalats ut som en ersättning och bidrar till att minska nettokostnadsökningen som nu ligger på 2,7 procent jämfört med samma period 2020. Lönekostnaderna har ökat relativt mycket under året (9,5%) men en inbromsning kan ses de senaste månaderna då framförallt krislägesavtalet fasas ut. Antalet årsarbetare har ökat med 327 under året och dessa har till stor del finansierat via merkostnadsersättning eller bidrag för provtagning och vaccinering.

Avvikelse mot budget i miljoner kronor

Verksamhetsområde	Utfall	Budget	Avvikelse
Privata vårdgivare	-56,3	-46,3	-10,1
Vårdcentralerna Bra Liv	82,4	18,4	64,0
Folktandvården	-165,8	-161,4	-4,4
Medicinsk vård	-1 845,1	-1 856,8	11,8
Kirurgisk vård	-1 829,7	-1 776,9	-52,8
Psykiatri rehab o diagnostik	-831,9	-808,1	-23,9
Summa verksamhetsområde inkl privata	**-4 646,4**	**-4 631,0**	**-15,4**
Regionens åtagande	-2 007,9	-2 024,1	16,2
Totalt FS nämnd	**-6 654,3**	**-6 655,1**	**0,8**

Underskott för Privat vårdgivare beror främst på att köpta utredningar inom barn och ungdomspsykiatrin bokförs här medan delar av den budgetförstärkning som skett för BUP ligger inom området "Regionens åtagande" och bidrar till att det blir överskott där.

Bra Liv har ett relativt stort överskott där intäkter för provtagning och vaccinering är större än kostnadsökningen. Folktandvården redovisar ett underskott på 4,4 miljoner. Underskottet är en följd av pandemin som lett till färre kliniska timmar och därmed lägre intäkter.

Störst underskott finns inom Kirurgisk vård och Psykiatri/rehabilitering/diagnostik. Inom Kirurgisk vård finns sedan tidigare en obalans i ekonomin som successivt efter pandemin behöver komma i balans. Inom Psykiatri/rehabilitering/diagnostik beror underskottet främst på kostnadsökningar inom vuxenpsykiatrin.

Inom Regionens åtagande finns en positiv avvikelse mot budget på 16,2 miljoner kronor vilket främst förklaras av ej disponerade budget, nödvändig tandvård som inte kunnat utföras som planerat under pandemin. Köpt regionsjukvård har plusresultat i förhållande till budget men köpt rikssjukvård har ett underskott.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Prognos -FS nämnd	0 tkr	-27 100 tkr	Den sammantagna prognosen för FS nämndens områden är ett underskott på 27,1 miljoner kronor för helår 2021. Det är betydligt bättre än prognosen i samband med delårsrapport ett i våras. Förbättringen förklaras främst av den merkostnadsersättning FS nämnden erhöll under augusti månad. För privata vårdgivare beräknas ett underskott på 14 miljoner kronor, orsaken är ökat köp från privata vårdgivare i länet av utredningar inom barn- och ungdomspsykiatrin. Budgeten för barn- och ungdomspsykiatrin förstärktes inför 2021 med 30 miljoner kronor och hälften har fördelats till verksamhetsområde Psykiatri/rehabilitering och diagnostik den andra hälften ligger kvar centralt/Regionens åtagande för att finansiera ökade kostnader för köpta utredningar. Vårdcentrarna Bra Liv prognostiserar ett plusresultat för 2021 och intäkterna ökar kraftigt till följd av provtagning och vaccinering. Folktandvården beräknas även för 2021 gå med underskott till följd av tappade intäkter under pandemin. Det är inom Medicinsk vård, Kirurgisk vård och Psykiatri/rehabilitering och diagnostik där det ekonomiska resultatet för 2021 förväntas bli negativt även efter att merkostnader för covid-19 har kompenserats. Handlingsplaner för en ekonomi i balans på sikt finns framtagna. Inom området Centralt/Regionens åtagande prognosticeras ett överskott som förklaras av reserverade budgetmedel för bland annat barn- och ungdomspsykiatrin där kostnaden finns inom verksamhetsområdet "Privata vårdgivare" (se kommentar ovan). Reserverade medel för nya/dyra läkemedel förväntas inte disponeras fullt ut och bidrar till ett överskott. I övrigt är det plus och minusposter som i stort tar ut varandra, till exempel går köpt regionsjukvård plus men köpt rikssjukvård inklusive rättspsykiatri går minus.

Bokslut och prognos, budgetavvikelse i miljoner kronor.

Verksamhetsområden	Bokslut 2019	Bokslut 2020	Prognos 2021
Privata vårdgivare	5,8	3,7	-14,0
Vårdcentralerna Bra Liv	-12,5	20,9	65,0
Folktandvården	9,3	-9,4	-2,1
Medicinsk vård	5,3	37,9	-20,0
Kirurgisk vård	-41,1	8,7	-75,0
Psykiatri rehab o diagnostik	7,9	1,3	-29,0
Summa verksamhetsområde inkl privata	**-25,2**	**63,2**	**-75,1**
Centralt/Regionens åtagande	42,3	66,7	48,0
Totalt FS nämnd	**17,1**	**130,0**	**-27,1**

Uppdrag/mål: Utreda kostnader för digitala besök

Aktiviteter	Analys
Utreda hur kostnaderna för digitala vårdbesök ska hanteras	En modell med reducerat kostnadsansvar för digitala vårdbesök har tagits fram och finns med i förslaget till regelbok för 2022.

REGIONGEMENSAMT

Medborgare och kund

Strategiska mål: Sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Jämlik hälsa, jämlik verksamhet och mångfald

Uppdrag/mål: Arbete med mänskliga rättigheter och diskrimineringsgrunderna för en jämlik hälsa och jämlik verksamhet

Aktiviteter	Analys
Möjligheten att ta del av regionfullmäktiges sammanträden ska utvecklas, ett exempel är att under 2021 införa teckenspråks- och skrivtolkning.	Uppdrag med tecken- och skrivtolkade sammanträden med fullmäktige genomfört
Ett tydligt jämställdhetsperspektiv i samtliga verksamheter	Frågan finns i det nya Hållbarhetsprogrammet. En arbetsgrupp för att hålla ihop området Social hållbarhet har bildats med en styrgrupp som följer arbetet. Syftet är att så mycket av arbetet som sker utifrån delmål och aktiviteter i Hållbarhetsprogrammet ska ske synkroniserat med arbetet som sker utifrån andra styrdokument och uppdrag.

Uppdrag/mål: Konkretisera hur jämställdhetsarbetet ska utvecklas och genomföras i organisationens samtliga verksamheter

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan jämställdhetsintegrering	Arbetet med jämställdhetsintegrering samordnas med delmål och aktiviteter som finns i Hållbarhetsprogrammet i dimensionen social hållbarhet och framgångsfaktorn *Vi är till för alla*.
Identifiera och åtgärd av omotiverade eller godtyckliga skillnader i förhållande till kön	Flertalet av mätetal kan visas i förhållande till kön. Verksamheterna ansvarar för om det finns omotiverade skillnader och ta ansvar för att åtgärda vid behov. Även på övergripande region nivå värderas eventuella skillnader.

Process produktion

Strategiska mål: Ledning, utveckling och kommunikation

Framgångsfaktorer: Mål och tillitsbaserad styrning

Uppdrag/mål: Process för ökad tillitsbaserad styrning och ledning

Aktiviteter	Analys
Region Jönköpings läns målstyrning ses över	Uppdraget i Budget 2021 är att Region Jönköpings län ska initiera en process för ökad tillitsbaserad styrning och ledning genom delaktighet av medarbetare och i dialog med länets kommuner för att utveckla Region Jönköpings läns målstyrning på fullmäktige- och nämndnivå. Den modell som Region Jönköpings län använder för planering, ledning och uppföljning av verksamheten har sin grund sedan 1990-talet men har utvecklats och anpassats löpande. Modellen bygger på vision,

Aktiviteter	Analys
	värderingar/ledningsstrategier, mål, handlingsplaner för förbättring och utveckling, mätetal samt ständiga förbättringar. Några nyckelbegrepp har funnits med i flera decennier såsom *god hushållning* och *kvalitet som strategi*. Ett exempel på arbete som pågår vad gäller ledning och styrning är koppling av de 13 grundläggande värderingarna till fem ledningsstrategier, detta ska bidra till att chefer i organisationen får tydligare vägledning i vilket agerande som behövs för att leva upp till värderingarna. Ett annat arbete som pågår är att utveckla våra samverkansformer inom ramen för vårt samverkansavtal. Här pågår arbetet i såväl Central samverkansgrupp (CSG) som i verksamhetsområdenas samverkansgrupper. Ett väl fungerande samverkansklimat är en viktig förutsättning för delaktighet och involvering. För att inleda arbetet kring tillitsbaserad styrning och ledning kommer ett seminarium att genomföras under budgetberedningens dagar i september 2021.

Framgångsfaktorer: Kommunikation som verktyg för måluppfyllelse

Uppdrag/mål: Kommunikationen, såväl extern som intern, ska bidra till att stärka varumärket Region Jönköpings län.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt stöd för chefers kommunikation, fortsatt utveckling av kommunikationskanaler, samt plattformar för samarbeten och dialog	Nytt koncept för chefsstöd på nya intranätet, nya rutiner för förvaltning och utveckling av Region Jönköpings läns sociala mediekanaler, webbplatser samt digitala informationsskärmar.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer: Lärande i vardagen

Uppdrag/mål: Använda SIQ som kvalitets- och ledningsstöd i den nära vården

Aktiviteter	Analys
Arbeta med kopplingen mellan grundläggande värderingar, BCS och ledningsstrategier	I verksamhetsdialoger som genomfördes december/januari där syftet är att föra en dialog om arbetssätt och resultat mellan regionledningsföreträdare och verksamhetsområdesledningar låg fokus på tre av ledningsstrategierna; skapa värde med kunder och intressenter, involvera engagerade medarbetare samt leda för hållbarhet/god hushållning. Grafiskt har vi integrerat bilden av de 13 grundläggande värderingarna med våra fem ledningsstrategier. I de verksamhetsdialoger som genomförs under augusti - oktober i år kommer fokus att vara på följande ledningsstrategier; utvecklar värdeskapande processer, förbättrar verksamheten och skapar innovationer samt leda för hållbarhet/god hushållning. I höst kommer temat i Nätverk för engagerat ledarskap (NEL), där våra 550 chefer deltar i samtalsgrupper att vara våra ledningsstrategier.

Uppdrag/mål: Undersöka möjligheten att införa en innovationsfond

Aktiviteter	Analys
Undersöker möjligheterna att införa innovatinsfond	Arbetet påbörjat med framtagande av underlag genom ett nätverkande med befintliga enheter som arbetar specifikt med innovation. Samtal om innovationsfond inlett och kommer att möjliggöras till 2022.

STÖD OCH SERVICE

Medborgare och kund

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer: Hög tillgänglighet

Uppdrag/mål: Förbättra tillgängligheten till 1177 vårdguiden på telefon.

Aktiviteter	Analys
Förbättra tillgängligheten till 1177 vårdguiden på telefon.	För att uppnå det beslutade tillgänglighetsmålet, besvara 75 % av inkommande samtal inom 9 minuter, behöver samtliga regioner vara med i samverkan samt vara fullt bemannade utifrån antalet invånare i respektive region. Rekrytering för 1177-enheten i Region Jönköpings län fortgår och som tidigare är målet att bli fullt bemannade. Rekryteringsaktiviteterna har haft ett positivt utfall de senaste två åren. Genom ett aktivt arbetsmiljöarbete har personalomsättningen minskat något de senaste två åren, vilket också föranleder bättre startläge för året jämfört med tidigare.

Process och produktion

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare

Framgångsfaktorer: Sveriges bästa digitala vård och stödsystem.

Uppdrag/mål: Underlätta användandet och kunskap om digitala stöd och tjänster

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att öka kunskap kring digitala tjänster inom hela verksamhetsområdet.	För att fortsätta utvecklingen mot digitala tjänster samt underlätta användandet och öka kunskapen pågår en enklare kartläggning och en behovsanalys har påbörjats. Plan för fortsatt arbete ska tas fram under hösten 2021.

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer: Samverkan med kommunerna

Uppdrag/mål: Samverkan i styrgrupp för hjälpmedelsverksamheten

Aktiviteter	Analys
Omvärldsbevaka, identifiera utvecklingsfrågor och ta fram handlingsplaner i samverkan	Implementeringen och utvecklingen av välfärdsteknik pågår mot kommunerna. Ett flera strategiska forum har genomförts där information givits vilket har skapat en dialog om hur vi ska gå vidare. Även ett välfärdsteknikråd finns där erfarenheter utbyts. Inom diabetesområdet har en ordnat införandegrupp startats där flera regioner visat intresse för vårt arbetssätt.

Strategiska mål: Kostnadseffektiv upphandling

Framgångsfaktorer: Rätt beteende - avtal

Uppdrag/mål: Områden definieras där innovationsvänlig upphandling ska främjas.

Aktiviteter	Analys
Definiera områden där innovationsvänlig upphandling ska främjas.	Vid projektstart för samtliga upphandlingar ska analys göras om det är möjligt att öppna för innovation.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer: Lärande i vardagen

Uppdrag/mål: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.

Aktiviteter	Analys
Varje område beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande	Alla områden arbetar med att beskriva hur man arbetar med att förändra eller fasa ut arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande. Exempelvis arbete med digital dokumenthantering, schablonberäkningar och översyn av skötsel- och underhållsåtgärder.

MEDARBETARE

Framtidens arbetsplats byggs av engagerade medarbetare. För att långsiktigt kunna säkerställa kompetensförsörjning och vara en attraktiv arbetsgivare är en god arbetsmiljö och möjlighet till kompetensutveckling avgörande. Det gäller både för rekrytering och för att behålla och utveckla viktig kompetens. Ett fortsatt hårt tryck från Corona pandemin under våren, med aktivt krislägesavtal i vissa verksamheter, har inneburit att några tänkta utvecklingsarbeten tillfälligt fått stå tillbaka. Trots detta pågår en rad olika arbeten för att utveckla goda förutsättningar för vårdens medarbetare kopplat till Region Jönköpings övergripande mål att bli Sveriges bästa offentliga arbetsgivare.

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare

Framgångsfaktorer: Ett starkt arbetsgivarvarumärke

Uppdrag/mål: Strategisk kompetensförsörjning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Kandidat-upplevelse - CNPS (Candidate Net Promoter Score)	75 %	60 % ◆	Efter andra tertialet 2021 är Region Jönköpings län bättre än 60 % av samtliga andra offentliga verksamheter i samma mätning. Detta är en förbättring både i förhållande till föregående tertial och samma period föregående år. En förbättring av värdena professionellt bemötande och nöjdhet kring återkoppling är troligtvis en effekt av arbetet med att informera chefer om kandidatupplevelse och hur de kan påverka denna genom exempelvis bemötande och återkoppling. Våra största utvecklingsområden i nuläget är att skapa ännu bättre insyn i alla steg i våra rekryteringsprocesser och att jobba med att förbättra helhetsintrycket av vår ansökningsprocess.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	2,8 % ◆	Utfallet ligger över målnivån. Kostnaden för bemanningsföretag har ökat med ca 10,5 mnkr (10,2%) jämfört med samma period 2020. Då de egna lönekostnaderna också ökat påverkar den dock relativa målberäkningen i att ge ett utfall i ungefär samma nivå som 2020 vid ackumulerad beräkning av hyrkostnaden som andel av personalkostnader. Bra Liv och Medicinsk vård har minskat sina hyrkostnader medan Kirurgisk vård och Psykiatri, rehab och diagnostik ökat. Inom Kirurgisk vård ligger ökningen på hyrsjuksköterskor, där det köpts främst inom OP/IVA-klinikerna för att klara bemanning av covid-IVA och inom kvinnokliniken på Höglandssjukhuset för att bemanna med barnmorskor. Inom Psykiatri, rehab och diagnostik är det en ökning både för hyrläkare inom psykiatri och hyrsjuksköterskor inom framförallt röntgen kopplat till mammografi. För 1177 Vårdguiden är bemanningskostnaderna i samma nivå som föregående år.

Aktiviteter	Analys
Utveckla kompetensförsörjningsenheten.	Kompetensförsörjningsenheten fortsätter utvecklingen av rekryteringsprocessen, chefsrekryteringsprocessen, Sveriges bästa kandidatupplevelse, relocation och utlandsrekrytering och utveckling av portalen. KFE och bemanningsenheten utvecklar tillsammans erbjudandet av rekrytering och bemanning för verksamheterna i RJL för att trygga kompetensförsörjningen. I maj började KFE även arbeta med cheferna i

Aktiviteter	Analys
	områdena som HR inom Vos stöttar.
Länsöverskridande resursenhet.	Uppbyggnaden av enheten fortsätter. I dagsläget finns 10 anställda på enheten. Det är ytterligare två sjuksköterskor anställda och på väg in under sept/okt. De kommer vara placerade i första hand på Höglandssjukhuset där bristen på sjuksköterskor är som störst. Under augusti kommer vi starta rekrytering av ytterligare vårdadministratörer. Detta är en yrkesgrupp där behöver är stort inom hela Regionen.
Medarbetarlöfte.	Arbetet med att arbeta fram ett medarbetarlöfte fortsätter bl a genom att förankring av upplägg och fortsatt arbetssätt har genomförts i Regionens ledningsgrupp i augusti. Under våren har bland annat undersökningar och kartläggning av vad våra medarbetare och chefer förväntar sig av Sveriges bästa offentliga arbetsgivare och vad de anser är det bästa med sin arbetsplats genomförts.
Utreda nytt Förmånspaket	Utredning och förslag på införande av en ny förmånsportal för att på ett enklare och bättre sätt kunna synliggöra och administrera våra förmåner pågår.

Uppdrag/mål: Yrkesspecifik introduktion

Aktiviteter	Analys
Undersöka behovet av yrkesspecifik introduktion	Under förkortningarna RIU (introduktionsutbildning för sjuksköterskor) och KUP (för undersköterskor) har vi under pandemin digitalt försökt bibehålla struktur och systematik. Vi räknar med att återta fysiska programmet hösten 2021. Ett samtal med HR och Qulturum är inlett för att skapa en helhetssyn i arbetet med yrkesspecifik introduktion.

Framgångsfaktorer: Kompetenta, delaktiga och engagerade medarbetare

En kraftig ökning av faktiska årsarbetare jämfört med föregående år. Den ökning av årsarbetare som skedde löpande under 2020 syns nu tydligt. Total finns ca 425 anställda årsarbetare mer i regionen jämfört med samma period föregående år. Frånvaron har totalt sett minskat med motsvarande ca 3 årsarbetare under 2021 vilket innebär fler i arbete och ger då en total ökning av ca 428 faktiska årsarbetare jämfört med jan-aug 2020. Samtliga verksamhetsområden har i snitt fler faktiska årsarbetare än t om samma period föregående år och alla personalgrupper förutom tandsköterskor har ökat.

Förändring av antal årsarbetare

Förändring	Årsarbetare
Tillsvidareanställda	+ 285,3
Visstidsanställda	+ 83,7
Timavlönade	+ 56,2
Summa förändring (anställda årsarbetare)	**+ 425,2**
Sjukfrånvaro	- 41,6
Föräldraledig och vård av barn	+ 30,4

Förändring	Årsarbetare
Övrig frånvaro	+ 6,4
Summa förändring frånvaro (minskad frånvaro = ökat antal årsarbetare)	**- 2,8**
Förändring totalt (faktiskt antal årsarbetare)	**+ 428**

Uppdrag/mål: En välfungerande lönebildning

Aktiviteter	Analys
Riktad lönesatsning.	Löneöversyn 2021 är slutförd. Nya löner betalades ut med junilönen med retroaktivitet från april. De yrkesgrupper som är identifierade och ligger längst från den önskade målbilden har prioriteras och tagit del av del av den riktade satsningen enligt plan. Fördelning och utfall har skett utifrån gruppernas relativa löneläge i förhållande till önskad målbild.

Uppdrag/mål: God samverkan

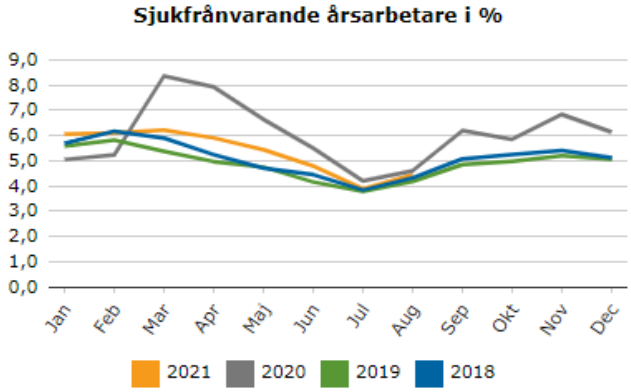
Aktiviteter	Analys
Översyn av samverkansavtal	Arbetet pågår genom bland annat workshops tillsammans i olika samverkansgrupper. Tempot i arbetet har medvetet saktas ner med anledning av partsgemensamt värdegrundsarbete inom ramen för "Sveriges bästa offentliga arbetsgivare".

Uppdrag/mål: Hållbart chefskap

Aktiviteter	Analys
Chefers introduktion	Pågående projekt kring chefers introduktion pausades i samband med pandemin. Nystart av arbetet beräknas ske under hösten med genomförande under nästa år. Även nära kopplat till arbetet med den regionövergripande introduktionen för alla medarbetare och arbetet med ledningsstrategier och ledarskapsprofil.
Ledarskapsprofil	Arbete med att ta fram en ledarprofil pågår. Utgångspunkten är ledningsstrategierna för framgång och utifrån dessa har koppling gjorts till de kompetenser som används i vår kompetensbaserade rekryteringsmodell för att identifiera och tydliggöra vilken typ av ledare vi söker.
Fortsatt implementering av Lärande och kompetensportalen	Möjligheten att dokumentera medarbetarsamtal finns i LoK (lärande och kompetens) sedan i februari, fortsatt arbete krävs för att stötta chefer i hur systemet bäst kan stödja dialogen med medarbetarna. Under hösten har en pilot påbörjats arbetet med att bygga upp roller och kompetenser. Regiongemensamma grunder behöver utformas och verksamhetsspecifika behov utgår från dem. När det implementeringen av kompetensdelen är genomförd kommer det erbjuda chefer goda möjligheter till systemstöd i sin kompetensplanering/kompetensförsörjning.

Uppdrag/mål: Hälsa och likabehandling

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - sjukfrånvaro	5,9 %	5,3 %	Sjukfrånvaro är totalt sett lägre än samma period föregående år även om den fortsatt ligger på en något högre nivå än 2019, som är ett mer jämförbart normalår. Nivån kan fortsatt förklaras med pandemin och Folkhälsomyndighetens rekommendationer att stanna hemma vid minsta symptom.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Det är även i år den korta sjukfrånvaron som ökat medan den långa ligger kvar på ungefär samma nivå som 2019. Smittspridningen i samhället minskar och i takt med det ökar frisknärvaron i verksamheten. Kontinuerligt arbete fortsätter tillsammans med chefer, HR och AME för att skapa goda förutsättningar för hälsofrämjande arbetsplatser och en långsiktigt god arbetsmiljö. 

Aktiviteter	Analys
Alla nyanställningar ska utgå från heltid	Riktlinje för heltid som norm finns och ligger till grund för arbetssätt där nyanställda erbjuds heltidsanställning.
Implementering av digitalt stöd för SAM-arbetet	Ett systemstöd för det systematiska arbetsmiljöarbetet och arbetet för lika rättigheter och möjligheter har lanserats. Implementeringsarbete pågår. Målet är att alla verksamheter ska använda verktyget vid årsskiftet 2021/2022. Kopplat till målet om en Inkluderande, hälsofrämjande och attraktiv arbetsplats. Syftet är att ge ökat stöd till chefer som har arbetsmiljöansvar. Skyddsombud och medarbetare kommer även stödjas i sin delaktighet/samverkan. Stödet ger enklare och enhetligare arbetssätt och säkerställer lagefterlevnad. Även möjlighet att på övergripande nivå säkerställa att organisationen bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete och arbete för lika rättigheter och möjligheter utifrån lagefterlevnad.
Anställda ska kunna erbjudas att köpa reseprodukter till ett subventionerat värde av arbetsgivaren.	Arbetet med frågan pausades tillsvidare i mars 2020 med anledning av Coronapandemin. Arbetet har inte återupptagits under 2021.

EKONOMI

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag/mål: Arbeta kostnadseffektivt för att uppnå ekonomi i balans

Mätetal	Målvärde	Resultat
Ekonomi i balans, budgetavvikelse	0 tkr	304 587 tkr
Prognos, budgetavvikelse	0 tkr	270 000 tkr

Delårsresultatet bättre än budget beroende på skatter och finansnetto

Efter andra tertialet visar utfallet ett överskott på 845 miljoner kronor, vilket är 305 miljoner kronor bättre än periodbudget. Verksamhetens nettokostnad är 97 miljoner kronor sämre än periodbudget medan skatter, utjämning och generella statsbidrag är 184 miljoner kronor bättre än periodbudget. Det gör att verksamhetens resultat är 87 miljoner kronor bättre än budget och resultatet är 490 miljoner kronor. Här ingår engångsökning av pensionsskulderna till följd av höjda livslängdsantaganden på 311 miljoner kronor. Även verksamheten har påverkats av pandemieffekter, i form av krisavtal, ökad övertid-komp-jour, fler årsarbetare, minskade biljettintäkter inom trafiken men även ökade intäkter för covid-19 provtagning, vaccinationer samt riktade statsbidrag för covid 19 och uppskjuten vård. Verksamheten har kompenserats för merkostnader motsvarande 450 miljoner kronor vilka till stor del finansierats genom ökade intäkter enligt ovan men även genom sänkt budgeterat resultat med 80 miljoner.

Finansnettot för tillgångar visar för de två första tertialen ett överskott med 619 miljoner kronor vilket är 378 miljoner kronor bättre än budget. Perioden har påverkats positivt av realiserade vinster på 314 miljoner kronor samt orealiserade värdeökningar på 233 miljoner kronor. Det motsvarar 400 miljoner kronor bättre än budget. Samtidigt så visar ränteintäkter och utdelning och övriga finansposter plus 72 miljoner kronor, vilket är 22 miljoner kronor sämre än budget.

Finansiella kostnaderna på skuldsidan för pensioner visar minus 264 miljoner kronor vilket är 161 miljoner kronor sämre än budget. Även här ingår en engångsökning till följd av livslängdsantaganden motsvarande 166 miljoner kronor.

Totalt har de två första tertialen påverkats med ökade pensionskostnader på 477 miljoner till följd av antagande av höjd livslängd, vilka inte är budgeterade.

Årsprognosen bättre än budget

Det råder fortfarande osäkerhet kring hur resterande del av året kommer utvecklas främst avseende effekter av coronapandemin. Prognosen baseras på att den återhämtning som påbörjats det tredje kvartalet fortsätter och att en anpassning av kostnaderna utifrån att trycket minskar i covid-19 vården kommer ske. I delårsresultatet ingår stöd för årets merkostnader inom sjukvården till följd av coronapandemin och uppskjuten vård samt övriga riktade statsbidrag enligt beslutade överenskommelser med åtta tolftedelar. Utöver dessa ingår bidrag i sin helhet i delårsresultatet för genomförda insatser avseende:

- stöd för ansökta merkostnader inom sjukvården för december 2020 på 53 miljoner kronor

- stöd för skyndsamma pandemitransporter på 5 miljoner kronor

- bidrag för smittspårning på 16 miljoner kronor

- bidrag för provtagning av PCR, serologi och antigen på 330 miljoner kronor

- bidrag för vaccinationsdoser och vaccinationsandel 151 miljoner kronor

- beslut om stöd enligt vårpropositionen för vård av patienter med covid-19 patienter och för uppskjuten vård på 70 miljoner kronor samt

- bidrag i form av elbusspremier på 25 miljoner kronor.

Bidragen ovan blir sammantaget 650 miljoner där provtagningsersättning och vaccinationsdoser kommer att bli mer intäkter under året. Delar av bidragen kompenseras verksamheten kontinuerligt till exempel vaccinationer och provtagning i primärvården samt kompensation för redovisade merkostnader som beskrivits ovan.

I årsprognosen ingår även beräknat stöd för intäktsbortfall inom kollektivtrafiken på 43 miljoner kronor.

Det prognostiserade årsresultatet visar ett överskott på 900 miljoner kronor vilket är 270 miljoner kronor högre än den reviderade budgeten på 630 miljoner kronor. Det är även 400 miljoner kronor högre än prognosen i delårsbokslut 1. Främst avser detta 250 miljoner kronor i högre finansnetto samt 24 miljoner kronor i högre skatteprognos. Resterande förbättring är lägre nettokostnad.

Verksamhetens nettokostnad beräknas till 12,1 miljarder kronor vilket är 148 miljoner kronor högre än budget. Här ingår som nämnts ovan livslängdseffekt på pensionerna med 311 miljoner kronor.

Skatter och generella statsbidrag beräknas till 12,7 miljarder kronor vilket motsvarar 275 miljoner kronor bättre än budget. Utjämningssystemet visar 41 miljoner kronor bättre än budget medan läkemedelsbidraget förväntas bli 3 miljoner kronor lägre än budget till följd av något högre rabatter och därmed högre återbetalning. Prognosen på skatteintäkterna är 237 miljoner kronor bättre än budget. Verksamhetens resultat (resultat före finansnetto) beräknas till 567 miljoner kronor, vilket är 127 miljoner kronor bättre än budget.

Finansnettot för tillgångar beräknas bli positivt med 645 miljoner kronor, vilket är 301 miljoner kronor bättre än budget. Prognosen baseras på att utfallet av de orealiserade och realiserade värdeförändringarna ligger kvar på samma nivå som sista augusti. Det ligger ingen värdering i att utfallet kommer vara oförändrat då en sådan prognos är svår att göra. Dessa poster motsvarar 547 miljoner kronor vilket är 327 miljoner kronor bättre än budget. Övriga finansposter som räntor, utdelning och bankkostnader beräknas till 98 miljoner, vilket är 26 miljoner kronor sämre än budget. Kostnaden för värdesäkring av pensioner beräknas till 312 miljoner kronor vilket är 154 miljoner kronor sämre än budget. Här ingår då livslängdseffekten på 166 miljoner kronor.

Totalt är det en resultatförsämring jämfört med 2020 med drygt 200 miljoner kronor. Här utgör livslängdseffekten 477 miljoner kronor. Verksamhetens resultat har utöver livslängdseffekten försämrats med 324 miljoner kronor medan totala finansnettot exklusive livslängdseffekt har förbättrats med cirka 590 miljoner kronor.

Prognostiserat årsresultat motsvarar 7,1 procent av skatter och generella statsbidrag och nettokostnaden uppgår till 95,5 procent av skatter och generella statsbidrag.

Egenfinansieringsmålet, baserat på verksamhetens resultat exklusive avskrivningar, beräknas kunna nås. Det prognosticerade verksamhetsresultatet plus avskrivningar är 1 020 miljoner kronor, vilket är 346 miljoner kronor högre än de prognosticerade nettoinvesteringarna på 674 miljoner kronor. Egenfinansieringsgraden blir i detta fall 151 procent, vilket är bättre än den reviderade budgetens 93 procent. De prognosticerade investeringarna är 275 miljoner kronor lägre än budget. Totalt för åren 2015-2021 beräknas investeringarna fullt ut ha finansierats med egna medel.

Egenfinansieringsgraden är 117 procent, och det motsvarar egenfinansiering med 933 miljoner kronors marginal.

Tabell: Resultaträkning (mnkr)

	Utfall Tertial 2:2021	Prognos 2021	Avvikelse årsbudget	Utfall Tertial 2:2020	Bokslut 2020
Intäkter	2 280	3 284		1 660	3 051
Kostnader	-9 968	-14 974		-8 831	-13 639
Avskrivning	-296	-453		-255	-406
Verksamhetens nettokostnad	**-7 984**	**-12 143**	**-148**	**-7 427**	**-10 993**
Skatteintäkter	6 374	9 560	237	6 141	9 144
Generella statsbidrag/kommunal utjämning	2 100	3 150	38	2 040	3 054
Verksamhetens resultat	**490**	**567**	**127**	**754**	**1 204**
Finansnetto tillgångar	619	645	301	14	206
Finansnetto skulder/pensioner	-264	-312	-158	-196	-298
Årets resultat	**845**	**900**	**270**	**572**	**1 112**
Enligt LKBR ska finansnettot redovisas som finansiella intäkter och finansiella kostnader. Enligt detta hade finansnettoraderna varit:					
Finansiella intäkter	703	730	383	104	325
Finansiella kostnader	-347	-397	-240	-287	-417

Verksamhetens nettokostnad högre än budget

Nettokostnaden har till och med andra tertialet ökat med 7,5 procent jämfört med samma period 2020 och visar underskott mot periodbudget med 97 miljoner kronor. Rensat för livslängdseffekten så är ökningen 3,3 procent och ett överskott mot budget med 215 miljoner kronor.

Nettokostnaden beräknas för helåret bli 12 143 miljoner kronor, vilket är 148 miljoner kronor högre än budget men 126 miljoner kronor lägre än prognosen i delårsrapport 1. Främsta skillnaden består av högre ersättningar till provtagning/smittspårning på nästan 80 miljoner kronor, samt erhållen elbusspremie på 25 miljoner kronor. Nettokostnadsökningen blir då 10,5 procent. Rensat för livslängdseffekten beräknas ökningen bli 7,6 procent och ett överskott mot budget med 163 miljoner kronor.

Intäktsökningen för skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning beräknas till 4,2 procent. Då ingår lägre införandeavdrag i nya kostnadsutjämningen med 55 miljoner kronor. Justerat för detta så är ökningen 3,8 procent.

Tabell: Nämndavvikelser (mnkr)

Nämnd	Period-avvikelse	Prognos-avvikelse
FS	**+1**	**-27**
varav verksamhetsområden	-5	-61
varav centralt	+6	+34
ANA	**+11**	**+6**
varav verksamhetsområde	+10	+5
varav centralt	+1	+1
TIM	**+35**	**+28**
varav verksamhetsområde	+33	+26
varav centralt	+2	+2
RS	**+59**	**+24**
varav verksamhetsområden	+45	+49
varav centralt	+14	-25
RSÖ	**-206**	**-181**
varav riktade statsbidrag	+102	+122
varav internränta/avskrivning mm	-12	-12
varav pensioner mm	-296	-291
RF	**+3**	**+2**
Totalt	**-96**	**-148**

Nämndernas budgetavvikelse per augusti samt prognos för helåret kommenteras ovan i avsnitten Folkhälsa och sjukvård samt Regional utveckling.

Regionstyrelsens ansvarsområde redovisas ekonomiskt i två delar, en som avser styrelsens ansvar för verksamhetsanslag (RS i tabellen ovan) och en del som avser styrelsens övergripande ansvar för finansiering (RSÖ i tabellen ovan).

Det överskott mot budget som prognostiseras för RS avser främst verksamhetsområdena inom Regionledningskontoret och IT-centrum. Ännu ej utfördelade budgetposter ger ett centralt överskott på 22 miljoner kronor. Underskott avser direktavskrivningar för lös utrustning i hus 37, D1 och OP/IVA Värnamo, vilket prognosticeras till 33 miljoner kronor, och är budgeterat i investeringsramen, samt regiongemensam IT-utveckling på minus 11 miljoner kronor.

Prognosen avseende RSÖ är en negativ budgetavvikelse på 181 miljoner kronor. Den största delen, 292 miljoner kronor, avser pensionsområdet, där kostnaderna för livslängdseffekten på pensionsavsättningen utgör 311 miljoner kronor. Pensionsområdet i övrigt visar överskott då kostnaden för pensioner och arbetsgivaravgifter förväntas bli 15 miljoner kronor lägre än vad verksamheterna avsätter samt lägre avsättning av särskilda avtalspensioner med 6 miljoner kronor. I övrigt avser hyreskompensationer med mera till verksamheten minus 10 miljoner kronor, vilket till viss del är budgeterat i investeringsramen. Resterande överskott avser riktade statsbidrag vilka bidrar till finansiering av permanentade budgetsatsningar i verksamheten.

Lönekostnader ökar mer än avtal och hyrpersonalkostnader stiger något

Lönekostnaderna, beräknas öka med 7,0 procent. Avtalsökningen inklusive särskilda lönesatsningen och helårseffekt från 2020 utgör cirka 3,2 procent. Den prognosticerade kostnadsökningen är cirka 178

miljoner kronor högre än avtals- och lönesatsningsökningen. Särskilda ersättningar i form av bland annat krislägesavtal utgör 107 miljoner kronor exklusive sociala avgifter. I övrigt ingår ökade kostnader i form av, ökad övertid/komp och jour samt fler årsarbetare.

Kostnaden för inhyrda läkare/tandläkare/sjuksköterskor uppgår efter de två första tertialen till 114 miljoner kronor, varav hyrsjuksköterskor utgör cirka 23 miljoner kronor. Det är 10,5 miljoner kronor högre än samma period 2020, där ökningen av hyrsjuksköterskor utgör 9,5 miljoner kronor. Kostnaden har ökat främst inom röntgen och OP/IVA men även inom psykiatrin. Däremot har kostnaden minskat inom primärvården och inom somatiska vården. Hyrpersonalkostnaden 2020 blev 154 miljoner kronor, där varje tertial kostade ungefär lika mycket. Bedömningen för 2021 är att kostnaden kommer bli något högre än 2020. Andra tertialet kostade 6 miljoner kronor mer än det första.

Läkemedelskostnaderna förväntas bli i nivå med budget

Läkemedel är ett viktigt verktyg i sjukvården för att skapa hälsoekonomiska vinster och ge patienter ökad livskvalitet. Det är också en stor kostnadspost där det är viktigt att ha en kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning.

Region Jönköpings läns totala kostnadsutveckling för läkemedel, före återbäringar/rabatter, är cirka 6 procent jämfört med samma tid förra året. Det är högre än riket, som ökat kostnaderna med strax över 3 procent. Kostnadsökningen inklusive återbäringar var cirka 5 procent, men där rikets kostnadsökning beräknas vara cirka 3 procent. Kostnadsökningarna för förmånsläkemedel har varit låga, både för Region Jönköpings län och för riket. Detta beror på att många personer tog ut ovanligt mycket läkemedel under mars 2020, när coronapandemin startade, vilket är det år vi jämför med. Även 2021 var mars månad ovanligt dyr, och det beror troligen på att många förnyade de recept man fick förra året. Det är troligt att vi kommer att ha höga kostnader för läkemedel i mars månad under flera år framåt. Kostnadsökningarna finns inom rekvisitionsläkemedel som ökat kraftig jämfört med förra året, 23 procent exklusive återbäringar respektive 15 procent inklusive återbäringar. Ökningen avser främst cancerläkemedel. För att säkra att regionen har en kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning sker löpande läkemedelsdialoger.

Trots att ökningstakten för läkemedelskostnaderna är högre än rikets är våra kostnader per invånare i nivå med riket. Det beror på att vi under ett antal år haft lägre kostnader än riket, men att vi nu ligger på samma nivå.

Prognosen pekar på en kostnad i nivå med budget, vilket förklaras av att budgeten för läkemedel inför året utökades med 5 procent.

Skatteintäkterna högre än budget och positivare än i aprilprognosen

Skatteintäkterna beräknas uppgå till 9 560 miljoner kronor 2021 vilket är 237 miljoner kronor högre än budget och 416 miljoner kronor högre än 2020, vilket motsvarar 4,5 procent. Prognosen bygger på Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) bedömning i augusti, vilken är 24 miljoner kronor högre än prognosen i april. Detta förklarar SKR med att de nu räknar med en lite starkare skatteunderlagstillväxt 2021 men att skatteunderlagets nivå de kommande åren följer tidigare prognos. Det betyder att den snabbare ökningen 2021 innebär att förändringen till 2022 blir svagare än tidigare beräknat.

Generella statsbidrag och utjämning högre än budget

Tabell: Statsbidrag och utjämning

Belopp i miljoner kronor	Tertial 2 2021	Prognos 2021	Avvikelse årsbudget	Tertial 2 2020	Bokslut 2020
Inkomstutjämningsbidrag	1 220	1 830	10	1 183	1 774
Kostnadsutjämningsavgift	-54	-80	2	-62	-93
Regleringsbidrag/avgift	169	253	29	-58	-87
Läkemedelsbidrag	765	1 147	-3	713	1 065
Välfärdsmiljard flyktingar	0	0	0	17	26
Välfärdssatsningar pandemi	0	0	0	247	368
Summa	**2 100**	**3 150**	**38**	**2 040**	**3 053**

Anslaget för kommunalekonomisk utjämning, vilket är beslutat för 2021, blir 2 003 miljoner kronor. Det är 41 miljoner kronor högre än budget. Den genomförda ändringen av kostnadsutjämningsavgiften baserat på översynen ”Lite mera lika” om kostnadsutjämningen för kommuner och regioner är nu budgeterad och avviker positivt med 2 mnkr mot budget. Regionen har fått sänkt kostnadsutjämningsavgift årligen med cirka 262 miljoner kronor med start 2020 till följd av förändringen. För att mildra effekterna för de regioner som får ökade avgifter infördes ett införandestöd under 2020-2022 som alla regioner är med att finansiera. Den ligger i regleringsposten. För 2021 är införandeavgiften inom regleringsavgiften 102 kronor/invånare, vilket för regionen utgör cirka 37 miljoner kronor. Införandeavgiften kommer för 2022 vara 16 kronor/invånare, cirka 6 miljoner kronor.

Avtalet avseende bidrag till läkemedelsförmånen för 2021 ger drygt 1 187 miljoner kronor brutto. I avtalet ingår att 40 procent av erhållna läkemedelsrabatter inom förmånen kommer återbetalas till staten genom avdrag på läkemedelsbidraget. Bedömningen är att återbetalningen motsvarar cirka 40 miljoner kronor för 2021. Totala läkemedelsbidraget 2021 beräknas därmed till cirka 1 147 miljoner, vilket är 3 miljoner kronor lägre än budget. Vi får behålla 60 procent av de erhållna rabatterna vilket påverkar nettokostnaden positivt och bidrar till att budgeten är i balans inom läkemedelsområdet, vilket framgår av läkemedelsavsnittet ovan. Välfärdsmedlen 2021 är på totalt 3 000 miljoner kronor till regionerna. Från och med 2021 ingår hela denna anslagspost i regleringsposten och fördelas efter invånare.

Positivt finansnetto genom realisationsvinster minskas av livslängdseffekt

Inom finanssidan har de två första tertialen påverkats positivt av realiserade vinster på 314 miljoner kronor samt orealiserade värdeökningar på 233 miljoner kronor. Det motsvarar 400 miljoner kronor bättre än periodbudget, då värdestegringen är jämnt budgeterad över året. Främst beror de realiserade vinsterna på en så kallad rebalansering, vilket vid behov sker tre gånger om året i enlighet med finanspolicyn. I april minskades andelen svenska och globala indexaktiefonder till förmån för småbolagsaktier och fastighetsfonder och i augusti minskades de mot räntefonder. Samtidigt så visar ränteintäkter och utdelning och övriga finansposter plus 72 miljoner kronor, vilket är 22 miljoner kronor lägre än budget. Totalt visar finansnettot för tillgångar ett överskott med 620 miljoner kronor vilket är 378 miljoner kronor bättre än budget. Eftersom finansredovisningen sedan 2019 visar verkligt

värde, så hade finansnettot visat samma överskott även utan rebalansering, men det hade då visats som orealiserad värdeökning.

Finansnettot på tillgångssidan har även tidigare varit svårprognosticerat avseende händelser mellan januari till december respektive år, men det påverkades då av mer förutsägbara räntor och utdelningar samt realiserade vinster eller förluster som följde finanspolicyn. Sedan 2019 ska även orealiserade förändringar mellan januari till december påverka det redovisade finansnettot och därmed resultatet. Finansnettot är försiktigt budgeterat utifrån det som i genomsnitt kan förväntas i avkastning över tid för de avkastningsbara tillgångar som finns i dag.

På helår beräknas finansnettot för tillgångar uppgå till 645 miljoner kronor, vilket är 301 miljoner kronor bättre än budget och hela 250 miljoner kronor bättre än prognosen i delårsrapport 1. Prognosen baseras på att utfallet av de orealiserade och realiserade värdeförändringarna ligger kvar på samma nivå som sista augusti. Det ligger ingen värdering i att utfallet kommer vara oförändrat då en sådan prognos är svår att göra. De orealiserade och de realiserade posterna, vilka förväntas kvarstå på 547 miljoner kronor, blir då 327 miljoner kronor bättre än budget. Ränteintäkterna, utdelning och övriga finansposter beräknas bli 98 miljoner, vilket motsvarar 26 miljoner kronor sämre än budget.

Avkastning på finansiella tillgångar uppgår för åtta månader till 8,0 procent. Den prognostiserade årsavkastningen utgör 8,3 procent.

Finansiella kostnaderna på skuldsidan för pensioner visar efter andra tertialet minus 264 miljoner kronor vilket är 161 miljoner kronor sämre än budget. Här ingår engångsökning till följd av livslängdsantaganden på 166 miljoner kronor. På helår beräknas kostnaden bli 312 miljoner kronor. Det är 158 miljoner kronor sämre än budget.

SKR beslutade den 23 april att anta ändringar i livslängsantagandet i RIPS (Riktlinjer för beräkning av Pensionsskuld), vilket påverkar beräkningen av pensionsskuldens storlek. Justering av livslängdsantagande har inte skett sedan 2008. Det nya antagandet för livslängd bygger nu specifikt på ett kommunalt bestånd till skillnad mot det tidigare antagandet som byggde på försäkrade personer på hela arbetsmarknaden. Dessutom har metoden förbättrats så att man även tar hänsyn till skillnader i dödlighet mellan anställda med olika inkomstnivåer. Denna förändring pekar på en högre livslängd framförallt för män i den kommunala sektorn.

Totalt har de två första tertialen påverkats med ökade kostnader på 477 miljoner, vilka inte är budgeterade, till följd av antagande av höjd livslängd. Det är samma kostnadspåverkan som i delårsbokslut 1 då det var en engångseffekt som skedde i april. I Årsredovisningen för 2020 rapporterades att denna effekt kunde uppgå till cirka 500 miljoner kronor. Kostnaden för pensionsintjänande kommer även öka något framöver till följd av detta samt att pensionsutbetalningarna kommer bli högre.

Egenfinansiering av investeringar nås i år och hittills över tid

Finansnettot för tillgångar ska enligt budgeten parera finanskostnaderna på skuldsidan för pensioner och är inte avsett för investeringar. Då även de orealiserade förändringarna är svåra att förutsäga för enskilda år, har definitionen för egenfinansiering sedan 2019 ändrats till att baseras på verksamhetens resultat. Det innebär resultatet före finansnetto, exklusive avskrivningar i förhållande till nettoinvesteringar. Den aktuella egenfinansieringsperioden är 2015-2025.

Det prognosticerade verksamhetsresultatet exklusive avskrivningar är 1 020 miljoner kronor, vilket är 346 miljoner kronor högre än de prognosticerade nettoinvesteringarna på 674 miljoner kronor. Egenfinansieringsgraden blir i detta fall 151 procent.

Totalt för åren 2015-2021 beräknas investeringarna fullt ut ha finansierats med egna medel. Egenfinansieringsgraden är 117 procent, och det motsvarar egenfinansiering med 933 miljoner kronors marginal. Enligt budget 2020 beslutades att investeringar som avser köp av tåg som tidigare leasats (156 miljoner kronor 2019) hanteras utanför målet om egenfinansiering. Med hänsyn till detta är hela periodens marginal 1 089 miljoner kronor. De beräknade nettoinvesteringarna på 674 miljoner kronor

är 221 miljoner kronor högre än de beräknade avskrivningarna på 453 miljoner kronor. Det motsvarar 1,7 procent av skatter och statsbidrag, vilket ligger lägre än riktvärdet på max 2 procent. Totalt för åren 2015-2021 är motsvarande värde högre än riktvärdet och uppgår till 3,5 procent.

Under de två första tertialen har bruttoinvesteringar genomförts för cirka 366 miljoner kronor. Årets bruttoinvesteringar beräknas till 675 miljoner kronor, vilket är 275 miljoner kronor lägre än budgeterat. Av de beräknade investeringarna utgörs 15 miljoner kronor av immateriella tillgångar i form av programvaror, 404 miljoner kronor av byggnader inklusive tillskott till tågdepån samt 256 miljoner kronor av övriga materiella tillgångar som IT-utrustning, medicinteknik, byggnadsinventarier, bilar och tåg. Utöver bruttoinvesteringarna så ingår i nettoinvesteringar försäljning av anläggningstillgångar på cirka 1 miljoner kronor, vilket främst avser laboratorieutrustning.

De tio största fastighetsprojekten under året vilka tillsammans beräknas till cirka 310 miljoner kronor är:

- Hus D1 Länssjukhuset Ryhov
- Komponentutbyten
- HAI, ombyggnation tre lab förhybrid-angiografi, Länssjukhuset Ryhov
- Hybridsal operation, Länssjukhuset Ryhov
- Råslätts Vårdcentral/Folktandvård
- Trafikplan Länssjukhuset Ryhov
- MR 3T, Höglandssjukhuset
- Laddinfrastruktur
- Utbyggnad familjecentral, Nässjö
- Folktandvården, Nässjö

Ekonomisk ställning – positiv soliditet som ökar

Det egna kapitalet beräknas under året öka motsvarande överskottet på 900 miljoner kronor. Det innebär att soliditeten beräknas öka till cirka 26 procent.

Balanskravsutredning

Region Jönköpings län redovisar pensionskostnader enligt så kallad fullfonderad modell. Då delårsrapporten främst bidrar till den interna styrningen och uppföljningen, redovisas detaljerade jämförande resultat och ställning enligt blandmodell endast i årsredovisningen. Det prognosticerade resultatet enligt blandmodellen beräknas bli +851 miljoner kronor. Här ingår orealiserade vinster/förluster på värdepapper på +233 miljoner kronor samt realisationsvinst vid försäljning av anläggningstillgång på +1 miljon kronor, vilka inte ska inräknas i balanskravsresultatet som då blir +617 miljoner kronor. I balanskravsresultatet ingår dock livslängdseffekt på 311 miljoner kronor. Då Region Jönköpings län inte har några balanskravsunderskott kvar sedan tidigare år finns inget underskott att återställa.

Redovisningsprinciper

Då livslängdseffekten på pensionsskulderna avser ändrar bedömning av pensionsskulden så redovisas denna kostnadseffekt i sin helhet i april månad 2021.

Periodisering av rabatter för rekvisitionsläkemedel sker nu för samtliga verksamhetsområden, för att belasta rätt period. Det påverkar 2021 positivt med cirka 8,5 miljoner kronor, vilket egentligen är hänförligt till 2020.

De riktade statsbidrag som baseras på sedan tidigare klara överenskommelser är periodiserade enligt tolftedelar. De flesta av dessa är redan inbetalda och prognosen förutsätter att regionen uppfyller villkoren för bidragen.

Undantag från denna princip avser tilläggsöverenskommelsen från juli avseende kömiljard. Hälften av bidraget, vilket för regionen motsvarar 26 miljoner kronor, periodiseras med sjättedelar under juli till december och ska användas till bland annat att hantera den uppskjutna vården på ett effektivt sätt och förbättra tillgängligheten och korta väntetiderna. Den andra hälften av bidraget baseras på prestationer september till november, varför inget är redovisat de två första tertialen.

Merkostnadsersättning avseende Covid för december 2020 har i sin helhet redovisats i tertial 2 2021.

Beslut om ytterligare 2 miljarder kronor enligt vårändringsbudgeten för uppskjuten vård och covid-19 relaterad vård, vilket för regionen motsvarar 70 miljoner kronor, har i sin helhet redovisats i tertial 2 2021 och fordringsförts.

Elbusspremie på 25 miljoner kronor har i sin helhet redovisats i tertial 2 2021.

Ersättningar för genomförda provtagningar och vaccinationer har redovisats i den period insatserna utförts.

I övrigt inga förändringar av redovisningsprinciper sedan årsredovisningen 2020.

Aktiviteter	Analys
Under 2021 påbörjas ett arbete med att utvärdera och arbeta fram målet för egenfinansiering för nästkommande period.	Under maj månad påbörjades arbetet med att utvärdera målet om egenfinansiering inför kommande år. Det behövs en analys av långtidsprognosen för pensioner för att komma vidare och att vi inväntar innehållet i utredningen om ”Effektiv ekonomistyrning”.

HÅLLBARHET

Av de 10 delmål/mätetal som för närvarande följs upp tertialvis, visar resultatet för tertial 2 att fem av målen uppnås. Arbetet med energieffektivisering i fastigheter löper på med gott utfall medan det finns utmaningar när det gäller att använda bra byggmaterial (A/B-klassade enligt Sunda Hus) vid ny- och om byggnation. Inom livsmedelsområdet uppnås målen om MSC-märkning samt eko/fairtademärkt kaffe/te/choklad/banan medan det är en bit kvar till målen när det gäller svenska och ekologiska livsmedel. Pandemin har gjort det extra problematiskt att nå målet om ekologiska livsmedel med t.ex. begränsningar i leverantörernas sortiment och utbytesprodukter som inte är ekologiska.

Arbetet med att minska matsvinn från restaurangportioner pågår och årets målsättning uppnås. Arbetet med, att i samverkan med avdelningarna, minska matsvinn från patientportioner har ännu inte kommit igång i alla delar av organisationen. Detta arbete behöver prioriteras eftersom matsvinnet per patientportion är relativt stort (ca 230 g/portion). För att förbättra säkerheten i uppföljningen kommer två mätveckor per tertial att tillämpas från och med T3 2021 istället för tidigare två mätveckor per år.

Exempel på aktiviteter som är klara är dels att linje 500 mellan Ryhov och Värnamo sjukhus startats och den bör kunna ersätta många bilresor mellan dessa sjukhus. Ett annat exempel är att en ny riktlinje för distansarbete, där man har öppnat upp för en flexibel arbetsplats, nu finns beslutad. Detta minskar klimatpåverkan från arbetspendling. I riktlinjerna anges också att möten ska, där det är ändamålsenligt, genomföras digitalt vilket minskar behovet av tjänsteresor. Planering för att utrusta en tredjedel av konferensrummen med lämplig teknik för resfria möten under hösten 2021 pågår.

Under året har ett stöd för arbete med att minska användningen av prioriterade läkemedel med miljöpåverkan utvecklats av läkemedelskommittén i samarbete med område miljö. Utmaningar finns i arbetet med att minska klimatpåverkan från användning av förbrukningsmaterial, både när det gäller att minska användningen eller byta material och att utveckla beräkningsmetoder för att kunna följa upp arbetet.

Inom social hållbarhet har flera utbildningsinsatser både genomförts och planerats inför hösten 2021. Arbetet med att skapa en webbaserad hållbarhetsutbildning för alla medarbetare har också fortsatt under året.

12 aktiviteter har inte påbörjats eller ännu inte följts upp. Eftersom det nya hållbarhetsprogrammet trädde ikraft vid årsskiftet bedöms det vara naturligt att arbetet ännu inte kommit igång i alla delar. Detta speciellt med tanke på att organisationen hittills under året varit hårt belastad till följd av Coronapandemin.

Strategiska mål: Vi ska minska vår klimatpåverkan från våra fastigheter och anpassa vår verksamhet till ett förändrat klimat.

Framgångsfaktorer: Vi är klimatsmarta - fastigheter och klimatanpassning

Uppdrag/mål: Användningen av värme och el i våra fastigheter och verksamheter ska minska. År 2025 ska köpt energi understiga 145 kWh/m2 vilket innebär en minskning med 11 procent jämfört med 2019.

Mätetal	Målvärde	Resultat tertial	Analys
Hållbarhet Köpt energi (kWh/m2)	158 kWh/m2	151 kWh/m2	Nya ytor med låg energianvändning (Råslätt) tillkommer för första gången under detta tertial, vilket sänker den genomsnittliga energianvändningen (kWh/m2). Ovanligt varma juni och juli, samt egen produktion av solenergi leder till ytterligare lägre energianvändning. Utfallet förväntas stiga efter tertial 3.

Aktiviteter	Analys
Den egna produktionen av förnybar energi ska öka med 2 GWh under programperioden.	Aktiviteten påbörjas enligt plan under 2022.
Beakta och prioritera låg energianvändning vid inköp av energikrävande utrustning där så är lämpligt.	Vid upphandlingar görs vid behov en LCC-kalkyl som beaktar energianvändning.

Uppdrag/mål: Genom en hållbar byggprocess ska vi under programperioden minska klimatpåverkan från om- och nybyggnationer.

Aktiviteter	Analys
Utveckla byggprocessen så att klimatpåverkan tydligare beaktas i tidiga skeden.	Utbildning av gällande regelverk med utgångspunkt på klimatberäkningar görs. Vid upphandling av smådjurslokaler i Tenhult har en studie av klimatberäkningar gjorts under projektering och före upphandling.
Arbeta för ett ökat inslag av trä och andra klimatsmarta konstruktioner i byggprojekt.	Upphandling av smådjursklinik i Tenhult pågår, byggnationen är med trästomme och solceller.

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt.

Framgångsfaktorer: Vi är klimatsmarta - transporter

Uppdrag/mål: Under programperioden ska klimatpåverkan från privata resor till vårdinrättningar minska, genom digitala och samordnade vårdmöten och stimulerande av hållbara resealternativ.

Aktiviteter	Analys
Utveckla digitala vårdmöten så att patienten i ökad utsträckning kan få vård i hemmet.	Spridning av digitala vårdmöten pågår.
Utveckla samordningen av vårdbesök till och mellan våra sjukhus.	Arbete pågår.

Uppdrag/mål: År 2025 ska andelen förnybara drivmedel i upphandlade hyrbilar och transporttjänster vara minst 80 procent. (Renodlade transporttjänster så som transporttjänster inom Jönköpings län och busstransporter (exklusive kollektivtrafik).)

Aktiviteter	Analys
Ställa krav på förnybara drivmedel i upphandling samt främja transportmedel som till exempel lastcykel.	Miljökrav på transporter bevakas i förekommande upphandlingar. Arbete lastcykel är ej påbörjad.

Uppdrag/mål: Under programperioden ska klimatpåverkan per årsarbetare minska med minst 40 procent för tjänsteresor, inklusive egna godstransporter, jämfört med 2019

Aktiviteter	Analys
Öka andelen förnybara drivmedel i pool-, verksamhets- och transportbilar till minst 70 procent år 2025. D.v.s. välj fordon enligt drivmedelsstrategin och tanka alltid rätt drivmedel.	Under 2020 uppgick andelen förnybara drivmedel till 35 % för pool- verksamhets- och transportbilar och målet för 2021 är 30 %. En extra analys av hela fordonsflottan för Region Jönköpings län genomfördes under T2: **Personbilar** (exkl. ambulanser och utryckningsfordon): 47 % gas, 22 % hybrid bensin, 11 % etanol, 11 % diesel, 4 % el, 4 % laddhybrid/bensin, 2 % bensin. **Ambulanser och utryckningsfordon:** 97 % diesel, 3 % bensin. **Lätta lastbilar:** 82 % diesel, 15 % gas, 2 % el, 2 % bensin. **Övriga fordon** (Lastmaskiner, terränghjulingar, traktorer, transporterande motorredskap och skogsfordon, tung lastbil): 83 % diesel, 11 % bensin, 5 % el, 2 % hybrid bensin. En omfattande utbyggnad av laddinfrastruktur för elfordon pågår inom Region Jönköpings län och utbyggnaden beräknas vara klar under hösten 2021. Genom nya och planerade biogastankstationer i Eksjö, Gislaved och Tranås ökar tillgängligheten för att tanka biogas. Detta kommer att underlätta efterlevnaden av drivmedelsstrategin som anger att biogas eller el ska väljas i första hand vid nyanskaffning av fordon.
Utrusta allmänna konferensrum och övriga möteslokaler med lämplig teknik för resfria möten.	Planering för att utrusta en tredjedel av konferensrummen med lämplig teknik för resfria möten under hösten 2021 pågår.
Tillgängliggöra bokningsbara poolcyklar på våra tre sjukhus och främja användningen av tjänstecyklar.	En förstudie har genomförts för att ta fram vad som krävs vid ett införande.
Utveckla bilbokningssystemet så att det i större utsträckning underlättar samåkning.	Aktivitet hänger samman med behovsanalys och utveckling av bilbokningssystem. Målet är införa ett nytt system under kvartal 1 2022.
Ta fram en strategi för resfria möten.	Pandemin har inneburit att princip alla möten är resfria.
Erbjuda företagslösning för köp av biljetter som passar både regelbundna resenärer och sällanresenärer.	En temporär lösning för företagskunder har tagits fram så länge till det finns en permanent lösning på plats.
Förlänga busslinjen mellan Jönköping och Värnamo så att den även inkluderar hållplatser vid Länssjukhuset Ryhov och Värnamo sjukhus. Efter utvärdering av denna busslinje utreds möjligheten att etablera busslinje mellan Länssjukhuset Ryhov, Höglandssjukhuset Eksjö och Värnamo sjukhus.	Förlängning av linje 500 genomfördes vid tidtabellsskiftet i mitten av juni. Utredning av den felande länken mellan Eksjö sjukhus och Värnamo sjukhus genomförs under hösten 2021 (finns med som en separat aktivitet).

Uppdrag/mål: Vi ska stimulera våra medarbetare till att välja mer hållbara resealternativ för arbetspendling, med en målsättning att minska klimatpåverkan per anställd med 30 procent under programperioden, jämfört med 2019.

Aktiviteter	Analys
Utreda vilka delar i organisationen som skulle ha möjlighet att minska arbetspendlingen eller resa mer hållbart genom flexibla arbetsformer.	En ny riktlinje för distansarbete där Region Jönköpings län har öppnat upp för en flexibel arbetsplats finns beslutad. Det är verksamhetens behov och arbetsuppgifternas karaktär som avgör om det är lämpligt att arbeta på distans och i vilken omfattning. Förutom den ökade flexibiliteten som kan underlätta ett hållbart arbetsliv är distansarbete även ett led i att stimulera våra medarbetare till att välja mer hållbara resealternativ. Möten ska, där det är ändamålsenligt, genomföras digitalt.
Medverka till att erbjuda medarbetare årlig cykelservice vid våra tre sjukhus samt rabatter på service och tillbehör till cykel via personalförmånerna.	Frågan är flyttad till arbetet som pågår gällande personalförmåner.
Uppmuntra medarbetare att resa hållbart genom att erbjuda förmånscyklar.	Tidigare avtal med leverantör av förmånscyklar gick ut i våras. Nya förmåner, däribland förmånscyklar, kommer att hanteras inom ramen för utveckling av förmånspaket som en helhet. Oklart i nuläget när upphandling är genomförd.

Strategiska mål: Våra inom- och utomhusmiljöer ska vara hälsofrämjande och hållbara.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - inom- och utomhusmiljöer

Uppdrag/mål: Utomhusmiljön kring våra fastigheter ska vara hälsofrämjande och den biologiska mångfalden ska öka.

Aktiviteter	Analys
Genomföra så kallade I-tree-beräkningar för våra utomhusmiljöer vid sjukhusen.	En förstudierapport är upprättad och det finns ett formulerat beslutsärende.
Utöka totala ytan av ängsmark med 20 000 m2 kring våra sjukhus samt uppföra insektshotell.	En förstudierapport är upprättad och det finns ett formulerat beslutsärende.
Utvärdera möjligheten till synligt vatten inom våra fastigheter, vid byggnationer och markprojekt samt gröna tak i våra ny- och ombyggnationsprojekt.	**Grönt tak:** På hus 21 (nybyggnation) i Värnamo planeras för grönt tak. På bårhuset Ryhov planeras ett biotoptak (mer biodiversitet än ett vanligt sedumtak). Vid Värnamo folkhögskola ska en slänt med kullersten ersättas med en torrängsmatta. Dessa projekt ska sedan utvärderas innan tillämpning i ytterligare projekt. **Synligt vatten:** Inga projekt pågår för närvarande. Husen D1 Ryhov och hus 37 Eksjö har fått små dammar på innergårdarna vilket är väldigt positivt ur ett hälsoperspektiv. I samband med att amfiteatern ska renoveras på Värnamo sjukhus diskuteras om den gamla dammen ska sättas i bruk. Någon typ av synligt vatten kan förhoppningsvis även skapas vid kommande hus 21 i Värnamo.
Möjliggöra att delar av bevattningen av vår utemiljö ska ske med dagvatten.	En förstudierapport är upprättad och det finns ett formulerat beslutsärende.

Uppdrag/mål: År 2025 ska de byggmaterial vi använder uppgå till minst 80 procent A- och B-klassade byggmaterial enligt SundaHus.

Mätetal	Målvärde	Resultat tertial	Analys
Hållbarhet Andel A- och B-klassade byggmaterial vid om- och nybyggnation.	80 %	70 % 	Exempel på projekt som haft ett bra utfall är Bussdepån i Ljungarum, Råslätts VC och om- och tillbyggnad av bårhuset Ryhov. Totalt sett är detta det bästa resultatet på två år.

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - upphandling

Uppdrag/mål: Under programperioden ska sociala hållbarhetskrav och mer långtgående miljökrav ställas i prioriterade upphandlingar. Livscykelperspektivet ska guida oss i val av produkter.

Aktiviteter	Analys
Kartlägga miljö- och hälsoskadliga ämnen i förbrukningsmateriel, elektronik, inredning, textilier och leksaker utifrån vår kemikaliestrategi med syfte att minska negativ påverkan.	Miljökrav ställs och följs upp i prioriterade upphandlingar för att kartlägga och minska miljö- och hälsoskadliga ämnen i produkter.

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - läkemedel

Uppdrag/mål: Under programperioden ska förskrivningen av prioriterade miljöbelastande läkemedel minska.

Aktiviteter	Analys
Utöka användningen av icke-farmakologiska behandlingar och stöd till livsstilsförändringar.	Uppföljning kommer enligt plan att ske en gång per år i november.
Förskriva startförpackningar där så är möjligt och arbeta med tidsbegränsade ordinationer.	Uppföljning kommer enligt plan att ske en gång per år i november.
Verka för att läkemedel med samma effekt och med mindre miljöpåverkan prioriteras vid förskrivning och rekommendation.	Stöd för verksamheterna har tagits fram av område miljö i samarbete med Läkemedelskommittén. Uppföljning av aktiviteten kommer enligt plan att ske en gång per år i november.

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar livsmedelsproduktion, hälsosamma matvanor och en ökad självförsörjningsgrad.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - livsmedel

Uppdrag/mål: Av våra livsmedelsinköp ska år 2025 minst 95 procent av kött, mejeriprodukter och ägg vara producerade i enlighet med krav motsvarande svensk lagstiftning inom djuromsorg.

Mätetal	Målvärde	Resultat tertial	Analys
Hållbarhet Andel svenskproducerat kött, mejeriprodukter och ägg	87 %	76 % ◆	Inom område måltid är utfallet 78 %, vilket är en bit ifrån årets målsättning på 87 %. Enheterna arbetar med att köpa in svenska produkter men det finns en viss problematik hos leverantören att alltid kunna leverera det som beställs. Den största utmaningen av mätetalets olika kategorier är svenska mejeriprodukter. Hälften av skolorna har uppfyllt målet, även genomsnittet för alla skolor uppfyller målet. Ibland ställs verksamheterna inför valet mellan svenskt eller ekologiskt när det inte finns svenska ekologiska produkter att tillgå.

Uppdrag/mål: Av våra livsmedelsinköp ska år 2025 minst 50 procent av frukt, bär, grönsaker och potatis vara producerade i enlighet med krav motsvarande svensk lagstiftning inom livsmedelsproduktion.

Mätetal	Målvärde	Resultat tertial	Analys
Hållbarhet Andel svenskproducerad frukt, bär, grönsaker och potatis	38 %	34 % ◆	Inom område måltid är utfallet 35 %, vilket är i närheten av målsättningen för året på 38 %. Enheten i Jönköping har strävat extra nogsamt mot inköp enligt livsmedelstrappan och har lyckats komma upp i en nivå på 41 %. Övriga orter uppnår inte målsättningen. Bl.a. har man haft en problematik med potatisleveransen och ett antal andra svenskproducerade grönsaker/frukter. Genomsnittligt utfall för skolorna är 31 % och ingen skola når målet. Problematik kring att hitta svenskproducerade produkter som även är ekologiska kvarstår.

Uppdrag/mål: Av våra livsmedelsinköp ska år 2025 minst 95 procent av fisk och skaldjur vara märkt med MSC eller motsvarande för hållbart fiske/fiskodling.

Mätetal	Målvärde	Resultat tertial	Analys
Hållbarhet Andelen MSC-märkt fisk och skaldjur	87 %	89 % ●	Inom område måltid var utfallet 90 %, vilket överstiger målnivån (87 %). Det är en marginell ökning med 1 %-enhet sedan tertial ett och man har bl.a. justerat laxinköpen som ofta är ASC-märkta istället för MSC-märkta. För skolorna är det genomsnittliga utfallet 73 % och endast Värnamo folkhögskola uppfyller målet. Möte angående livsmedelsmålen har genomförts med berörda verksamheter och utvecklingen går i genomsnitt åt rätt håll.

Uppdrag/mål: Av våra livsmedelsinköp ska år 2025 minst 65 procent av de totala livsmedelsinköpen vara ekologiskt producerade.

Mätetal	Målvärde	Resultat tertial	Analys
Hållbarhet Andel ekologiska livsmedel	60 %	57 % ◆	Inom område måltid var utfallet 55 % vilket är en bit kvar till målet 60 %. Coronapandemin har gjort det extra problematiskt att nå målet med t.ex. begränsningar i leverantörernas sortiment och utbytesprodukter som inte är ekologiska. Det har även funnits kvalitetsproblematik kring grönsaker. Lagertömning i Eksjö under sommaren kan ha påverkat nyckeltalet negativt då färre varor har köpts in. Måltid i Värnamo gjorde en stor analysinsats under sommaren och lyckades öka sin andel. Enheten i Värnamo har även utformat patienternas specerilista med så hög ekoandel som möjligt. Under hösten tittar område måltid på om övriga enheter kan göra samma förändring. Enheten i Jönköping hoppas under hösten kunna gå tillbaka till den ekologiska potatisen (kvalitetsfråga) vilket i så fall påverkar nyckeltalet positivt. Den regionala EKO-gruppen som syftar till förbättrad måluppfyllelse träffas månadsvis. Utfallet bland skolorna är i genomsnitt 51 % och 3 av 4 skolor når inte målet (endast Värnamo folkhögskola) men utvecklingen går åt rätt håll. Problematiken kring att det saknas svenska ekologiska alternativ på en del produkter kvarstår.

Uppdrag/mål: Av våra livsmedelsinköp ska år 2025 100 procent av kaffe, te, drickchoklad och bananer vara producerade med sociala och etiska krav motsvarande Fairtrade och vara ekologiskt producerade.

Mätetal	Målvärde	Resultat tertial	Analys
Hållbarhet Andel Fairtrademärkt och ekologiskt producerat kaffe, te, drickchoklad och banan	96 %	96 % ●	Inom område måltid var utfallet 95 % (mål 96 %). Arbete pågår för att förbättra måluppfyllelsen, bl.a. har en ny drickchoklad som uppfyller kraven tagits in som avtalsprodukt. Viss problematik har funnits med att få bananer som uppfyller ställda krav. Det genomsnittliga utfallet för skolorna var 84 %. Endast Segerstad naturbruksgymnasium uppnår målet (utfall 96 %). Flera verksamheter har sett över sina inköp och utvecklingen går åt rätt håll. Problematiken kring drickchoklad kvarstår.

Uppdrag/mål: Vi ska servera måltider som främjar hälsosamma matvanor och minskar klimatpåverkan.

Mätetal	Målvärde	Resultat tertial	Analys
Hållbarhet Genomsnittlig klimatpåverkan, kg CO2-ekv/kg livsmedel		1,87 kg CO2-ekv/kg livsmedel ●	För område måltid visar utfallet på en minskning från 1,96 (bas år 2019) till 1,84 kg CO2-ekv/kg livsmedel för T2. Arbete med livsmedelsmål i hållbarhetsprogrammet bidrar till en lägre siffra, samt mindre andel rött kött, mer fisk, kyckling samt grönsaker. Vegetariska måltider lyfts i Region Jönköpings läns kostpolicy och restaurangerna arbetar med att dessa rätter ska vara attraktiva för att kunderna ska vilja välja dem. Att värdet är lägre för T2 än T1 kan delvis bero

Mätetal	Målvärde	Resultat tertial	Analys
			på att sommarhalvåret möjliggör mer lokalt producerade grönsaker och att ätmönstret till viss del ser något annorlunda ut då. Eksjös övergång till den nya á la carte menyn för patienter kan också ha påverkat värdet positivt. För skolorna har mätetalet istället ökat från 1,83 till 1,94 kg CO2-ekv/kg livsmedel. Någon djupare analys av utfallet har inte gjorts.

Aktiviteter	Analys
Kostpolicyn med tillhörande tillämpningsanvisningar ska implementeras och följas upp.	Den tillsatta regionala arbetsgruppen har fått mandat från ledning att ta fram en handlings- och implementeringsplan av kostpolicyn. Arbetsgruppen arbetar aktivt och har kontinuerliga möten varje månad.
Inköp av buteljerat vatten ska så långt som möjligt minimeras. Pilotförsök med syfte att utreda lämplig utrustning och hantering av eget kolsyrat vatten ska göras 2021.	Pilottestet genomförs 1-30 september och kommer därefter att utvärderas av deltagande enheter.

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka.

Framgångsfaktorer: Vi använder våra resurser klokt - cirkulära materialflöden

Uppdrag/mål: Hållbar användning av förbrukningsmaterial: År 2025 ska klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsartiklar minska med minst 15 procent jämfört med 2019.

Aktiviteter	Analys
Främja användning av förbrukningsmaterial som går att materialåtervinna och består av återvunnen och/eller förnybar råvara. D.v.s. minska användningen av engångsprodukter och när engångsprodukter måste användas; Välj produkter som rekommenderas från miljösynpunkt.	Arbetet har hittills kommit igång i begränsad utsträckning. Exempel på arbete som pågår är minskad användning av brittspapper. Ett samverkansprojekt inom Sydöstra sjukvårdsregionen med fokus på hållbar användning av förbrukningsmaterial pågår 2020-april 2022. Inom Region Jönköpings län pågår arbete med att skapa en metod för beräkning klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsmaterial. En prioriteringstrappa för val av produkter har tagits fram för att ge stöd och vägledning vid upphandling och inköp.

Uppdrag/mål: Vårt matsvinn ska minska med minst 30 procent till 2025 jämfört med 2020.

Mätetal	Målvärde	Resultat tertial	Analys
Hållbarhet Matsvinn per restaurangportion	-10 %	-16 %	Område måltid i Eksjö och Värnamo har lyckats minska sitt restaurangsvinn genom att arbeta med att återvinna råvaror och överbliven mat samt att laga till under öppettiden istället för att överproducera. Jönköping har andra förutsättningar rent lokalmässigt och har därför istället arbetat med

Mätetal	Målvärde	Resultat tertial	Analys
			förbättrad prognos och kommunikation vilket resulterat i viss förbättring. Under T2 har ingen mätning av matsvinn genomförts på skolorna.
Hållbarhet Matsvinn per patientportion	-10 %	-6	En problematik finns med överbeställningar. Köken erbjuder egenproducerade matlådor som komplement till överbeställningar, dessutom har en av orterna senarelagt stopptiden för att underlätta för vården att göra avbeställningar. Man kan också se att åtgången på råkost, kokta grönsaker och potatis är något lägre än den beräknade mängden. Det nya menyupplägget som är implementerat i Eksjö visar en tendens till minskat tallrikssvinn. Resultatet speglar utfall från område måltid då ingen avdelningsvis uppföljning har gjorts under T2. Den avdelningsvisa uppföljningen är under uppbyggnad. Antalet uppföljningsveckor per år kommer från och med T3 2021 att öka från två till sex.

Strategiska mål: Vår kapitalförvaltning ska vara socialt hållbar och bidra till minskat fossilberoende.

Framgångsfaktorer: Vi använder våra resurser klokt - kapitalförvaltning

Uppdrag/mål: Den relativa klimatbelastningen från vår kapitalförvaltning ska minska jämfört med år 2019 och klimatbelastningen ska vara lägre än för jämförbara index.

Aktiviteter	Analys
År 2021 ska vi utreda hur avvägningen mellan hållbarhetskrav, risk och avkastning kan hanteras i syfte att ställa mer långtgående krav avseende social hållbarhet och miljö i vår kapitalförvaltning.	Arbete pågår och beräknas vara klart 2021-12-31.

Strategiska mål: Vår verksamhet styrs av värden kring jämlikhet, jämställdhet och ett normmedvetet förhållningssätt och bemötande.

Framgångsfaktorer: Vi är till för alla - ett normmedvetet förhållningssätt och bemötande

Uppdrag/mål: Ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv ska ingå i analyser, resursfördelning och beslutsfattande i organisationens verksamheter och projekt.

Aktiviteter	Analys
Genomföra särskilda kompetensutvecklingsinsatser inom jämlikhets- och jämställdhetsintegrering för politiker, chefer, HR-partners, verksamhetsutvecklare,	En särskild kompetensutvecklingsinsats startar i oktober 2021 och fortsätter till juni 2022, för målgrupperna HR-partners, verksamhetsutvecklare, utvecklingsledare, miljösamordnare m fl. Tyvärr har inte verksamheterna anmält deltagare i den utsträckning som förväntades när utbildningen planerades och beställdes.

Aktiviteter	Analys
utvecklingsledare och andra strategiskt viktiga funktioner	
Se över, och vid behov komplettera, befintligt beslutsstöd och utbildningsutbud.	Arbetet påbörjas senare, i samband med utbildningen om rättighetsbaserade arbetssätt som startar under hösten.
Följa upp jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv när vi utvecklar och förbättrar våra verksamheter, samt när vi beviljar finansiellt stöd och projektmedel.	Aktiviteten kräver ökad kompetens. Under hösten 2021 startar en utbildning i rättighetsbaserade arbetssätt, där bl a jämlikhets- och jämställdhetsintegrering ingår. Tyvärr har berörda verksamheter inte anmält deltagare till utbildningen i den utsträckning som var förväntad och som behövs för att få verklig kraft i arbetet.

Uppdrag/mål: Samtliga medarbetare ska ha kunskap om vad normmedvetenhet och icke-diskriminering innebär i praktiken.

Aktiviteter	Analys
Målgruppsanpassa stöd för att ge medarbetarna de verktyg de behöver.	Gäller stöd för att arbeta med tillgänglighet.
Anpassa befintligt stöd för förbättrings- och kvalitetsarbete till att omfatta normmedvetenhet.	Normmedvetenhet är integrerat i Qulturums utbildningar för jämlik verksamhet. I det fortsatta arbetet behöver det även integreras i ordinarie kvalitetsprogram och förbättringsutbildningar, bl a i ledarprogrammen.
Erbjuda coaching i normmedvetenhet och icke-diskriminering för verksamheter.	Normmedvetenhet och icke-diskriminering ingår i Qulturums utbildningar för jämlik verksamhet. Planering pågår för spridning av coaching och integrering av områdena i andra coaching- och utbildningssammanhang. Utmaning att hitta utbildare. Områdena ingår även i Folkhälsas hbtqi-diplomering och hbtqi-utbildningar samt HR:s arbete med Aktiva åtgärder.

Strategiska mål: Vi är en del av en samhällsutveckling som bygger på tillit, förtroende, delaktighet och ansvar.

Framgångsfaktorer: Vi är till för alla - samhällsutveckling

Uppdrag/mål: Tillgänglighet ska vara ett prioriterat utvecklingsområde utifrån flera perspektiv – information och kommunikation, verksamhet och lokaler.

Aktiviteter	Analys
Målgruppsanpassa stöd för att ge medarbetarna de verktyg de behöver.	Gäller stöd för normmedvetenhet och icke-diskriminering. En webbsida på intranätet har planerats för att erbjuda stöd och verktyg. Förfrågan till intranätsgruppen har skickat, men ingen respons ännu.
Utöka användningen av universell utformning.	Region Jönköpings län anordnar i samarbete med Länsstyrelsen och Jönköpings kommun en konferens om universell utformning 16/9 2021. Detta kommer att leda till utökad användning av universell utformning. Fortsatt arbete med spridning och kompetensutveckling behövs.
Sprida kunskap om hälsolitteracitet och	Ingår i Qulturums utbildningar i jämlik verksamhet. Kommer att vara en viktig del i de planerade utbildningarna i kulturmedvetenhet.

Aktiviteter	Analys
användningen av verktyg som stödjer hälsolitteracitet.	
Genomföra särskilda kompetensutvecklingsinsatser inom området funktionsnedsättningar och tillgänglighet för vårdpersonal, transportpersonal, politiker, verksamhetsutvecklare och andra strategiskt viktiga funktioner.	En konferens på temat Tillgänglighet och universell utformning ska hållas i samarbete med Jönköpings kommun och länsstyrelsen den 16 september. I planering och genomförande ingår medarbetare från Folkhälsa och Qulturum. Se beskrivning av innehåll och målgrupper: Den första delen av förmiddagen vänder sig till dig som är tjänsteperson eller politiker som vill veta mer om universell utformning och hur vi inom våra organisationer kan arbeta med det kopplat till social hållbarhet: • Det funktionshinderspolitiska målet (Jessica Dahlbäck, Myndigheten för delaktighet) • Universell utformning (Per-Olof Hedvall, Certec) Andra delen kommer att bestå av två separata workshops där den ena vänder sig till arbetsgivare och HR-personal och den andra till personer som arbetar med upphandlingar. Föreläsning och workshop i valbara spår (begränsat antal platser): • Universell utformning och upphandling (Ellionor Triay Strömvall och Lena Ceesay, Upphandlingsmyndigheten) • Universell utformning av arbetsplatser (Daniel Hjalmarsson, Universellt utformade arbetsplatser, SSR)

Uppdrag/mål: Konferenser, utbildningsdagar och evenemang som vi anordnar ska vara hållbara och tillgängliga.

Aktiviteter	Analys
Ta fram beslutsstöd i form av checklistor och mallar.	Gäller målet Konferenser, utbildningsdagar och evenemang som vi anordnar ska vara hållbara och tillgängliga. Qulturum arbetar kontinuerligt med att anpassa sin konferensverksamhet till att vara hållbar. Däremot finns ännu inte något framtaget beslutsstöd. Ska tas fram i samarbete med miljöenheten. Checklista för tillgänglighetsperspektiv för hållbara konferenser håller på att utarbetas av Maria List Slotte, folkhälsa.

Uppdrag/mål: Genomförandet och utvecklingen av våra tjänster och verksamheter ska ske i samverkan med våra kunder/dem vi är till för, med hänsyn till deras erfarenheter och upplevelser.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta utveckla arbetet med olika former av aktivt samskapande.	Länsövergripande utbildning i medskapande ledarskap har genomförts i april-maj 2021. Hösten 2021 startas ett nätverk för att utveckla kunskapen och hålla den levande i länet. Qulturum arbetar aktivt med att utveckla nya former av aktivt samskapande. Hälsocafé-arbetet och Tillsammans-arbetet. Medskapande-processer utforskas genom workshops hösten-21. Folkhälsa - Medborgardialoger.
Fortsätta utveckla mötesplatser för inflytande, delaktighet och medskapande.	Arbetet pågår fortlöpande inom Qulturums och Folkhälsas verksamheter.
Ge stöd genom coaching och verktyg åt verksamheter.	Ingår i Qulturums och Folkhälsas verksamheter.

Aktiviteter	Analys
Utveckla uppdraget som finskt förvaltningsområde genom ökad samverkan med den finska minoriteten i länet.	Arbete planeras under planperioden

Uppdrag/mål: Verksamheter och arbetsplatser främjar aktivt integration, inom ramen för strategier, planer och program.

Aktiviteter	Analys
Utveckla arbetet med de nationella minoriteternas rättigheter.	Arbete planeras under planperioden.
Genomföra utbildningsinsatser för att öka kulturmedvetenhet	Planering av utbildningsinsatser pågår enligt plan i samarbete mellan Qulturum och hälsokommunikatörerna. Upplägg och erbjudande om utbildningsinsatser presenteras på Utvecklingskraft i september. Tre st utbildningsinsatser är bokade under hösten 2021.
Utveckla insatser för stöttning i språkutvecklingen i svenska språket på arbetstid hos medarbetare med utländsk bakgrund med önskemål och behov av detta.	Planeras någon gång under planperioden.

BILAGOR

Resultaträkning fullfond	Tertialutfall 2021T2	Prognosutfall 2021	Diff mot budget	Tertialutfall 2020T2	Utfall 2020
Verksamhetens intäkter	2 279,8	3 283,6		1 659,9	3 051,3
Verksamhetens kostnader	-9 968,0	-14 974,2		-8 831,1	-13 639,0
Avskrivningar	-295,8	-452,6		-255,4	-405,6
VERKSAMHETENS NETTOKOSTNAD	**-7 984,0**	**-12 143,2**	**-148,2**	**-7 426,5**	**-10 993,3**
Skatteintäkter	6 373,5	9 560,2	237,2	6 140,6	9 144,2
Generella statsbidrag o utjämningssystem	2 100,1	3 150,2	38,2	2 040,3	3 053,5
VERKSAMHETENS RESULTAT	**489,6**	**567,2**	**127,2**	**754,4**	**1 204,4**
Finansnetto tillgångar	619,4	645,2	301,2	13,5	205,6
Finansnetto skulder (värdesäkring pensioner)	-263,6	-312,4	-158,4	-196,2	-297,9
RESULTAT EFTER FINANSIELLA POSTER	**845,4**	**900,0**	**270,0**	**571,7**	**1 112,1**
Extraordinära poster	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ÅRETS RESULTAT	**845,4**	**900,0**	**270,0**	**571,7**	**1 112,1**

Finansiella nyckeltal fullfond	Tertialutfall 2021T2	Prognosutfall 2021		Tertialutfall 2020T2	Utfall 2020
Likviditet	4,14			3,40	3,37
Soliditet fullfondering	25,9%	26,0%		19,9%	22,3%
Nettokostnad/skatt och generella statsbidrag	94,2%	95,5%		90,8%	90,1%
Resultat efter finansiella poster/skatter och generella statsbidrag	10,0%	7,1%		7,0%	9,1%
Nettkostnadsökning mot föregående år	7,5%	10,5%			3,2%
Nettkostnadsökning mot föregående år jämförbar	3,3%	7,6%			3,2%
Skatte- och generella statsbidragsökning mot fgår	3,6%	4,2%			6,1%
Egenfinansieringsgrad investeringar (verksamhetens res)		151,3%			165,3%
Rörelsekapital miljoner kronor	7 879			5 501	6 601
Rörelsekapital exkl pensionsplaceringar miljoner kronor	1 657			293	970

Definitioner:

Likviditet: Visar regionens betalningsförmåga på kort sikt. Omsättningstillgångar / Kortfristiga skulder

Soliditet: Visar regionens betalningsförmåga på lång sikt. Eget kapital / Totala tillgångar

Egenfinansieringsgrad investeringar: Verksamhetens resultat exkl avskrivningar / nettoinvestering

Rörelsekapital: Avspeglar regionens finansiella styrka. Omsättningstillgångar - Kortfristiga skulder

BALANSRÄKNING FULLFOND (miljoner kronor)		Tertialbokslut 2021-08-31	Bokslut 2020
Tillgångar			
Anläggningstillgångar			
Immateriella anläggningstillgångar	10xx	35,9	31,1
Materiella anläggningstillgångar			
1. Mark och byggnader	11xx	4 573,1	4 523,4
2. Maskiner och inventarier	12xx	1 122,4	1 115,6
Finansiella anläggningstillgångar	13xx	388,6	365,7
Summa Anläggningstillgångar		**6 120,1**	**6 035,7**
Omsättningstillgångar			
Förråd	14xx	120,1	108,3
Fordringar	15xx-17xx	976,9	1 018,0
Kortfristiga placeringar	18xx	8 557,4	7 389,5
Kassa och bank	19xx	733,9	869,1
Summa Omsättningstillgångar		**10 388,3**	**9 384,9**
Summa Tillgångar		**16 508,4**	**15 420,6**
Eget kapital, avsättningar och skulder			
Eget kapital			
Regionkapital		3 437,4	2 306,9
Händelser direkt mot egna kapitalet		0,0	18,3
Årets resultat	3xxx-8xxx	845,4	1 112,1
Summa Eget kapital		**4 282,8**	**3 437,4**
Avsättningar			
Avsättningar för pensioner	221x-222x	9 672,0	9 153,9
Övriga avsättningar	223x	0,0	0,0
Summa Avsättningar		**9 672,0**	**9 153,9**
Skulder			
Långfristiga skulder	23xx	44,1	45,5
Kortfristiga skulder	24xx-29xx	2 509,5	2 783,8
Summa Skulder		**2 553,6**	**2 829,3**
Summa Eget kapital, avsättningar och skulder		**16 508,4**	**15 420,6**
Panter och Ansvarsförbindelser			
Panter och därmed jämförliga säkerheter		738,7	738,7
Pensionsförpliktelse som inte har tagits upp bland skulderna eller avsättningarna		26,7	26,0
Övriga ansvarsförbindelser		100,0	100,0

DRIFTREDOVISNING (mnkr)	Utfall 2021	Prognos 2021	Budget 2021	Avvikelse mot budget	Bokslut 2020	Nettokostnads-förändring
Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet						
05 Utbildning	33,4	52,5	53,79	1,3	49,2	6,7%
06 Kultur	98,0	165,5	169,42	3,9	156,9	5,4%
08 Allmän regional utveckling	35,0	53,3	53,83	0,5	39,9	33,7%
91 Politisk verksamhet	0,7	1,2	1,30	0,1	1,0	18,9%
Summa	**167,0**	**272,5**	**278,33**	**5,8**	**247,1**	**10,3%**
Nämnden för folkhälsa och sjukvård						
00 Primärvård	1 348,4	2 094,1	2 185,7	91,6	2 058,1	1,8%
01 Specialiserad somatisk vård	4 145,1	6 320,6	6 245,3	-75,3	5 985,3	5,6%
02 Specialiserad psykiatrisk vård	672,3	1 012,9	958,8	-54,1	929,1	9,0%
03 Tandvård	184,7	285,2	291,8	6,6	282,8	0,8%
04 Övrig hälso- och sjukvård	277,7	439,6	443,7	4,1	407,0	8,0%
91 Politisk verksamhet	0,8	1,3	1,3	0,0	1,2	11,5%
94 Medicinsk service	25,3	30,7	30,8	0,0	29,8	3,0%
Summa	**6 654,3**	**10 184,4**	**10 157,3**	**-27,1**	**9 693,3**	**5,1%**
Nämnden för trafik, infrastruktur och miljö						
04 Övrig hälso- och sjukvård	68,9	93,9	86,1	-7,8	89,3	5,1%
07 Trafik och infrastruktur	589,7	900,7	936,0	35,3	918,2	-1,9%
91 Politisk verksamhet	0,9	1,8	1,9	0,1	1,5	17,1%
Summa	**659,5**	**996,4**	**1 023,9**	**27,5**	**1 009,0**	**-1,3%**
Regionstyrelsen						
00 Primärvård	34,6	54,1	59,4	5,3	50,8	6,5%
01 Specialiserad somatisk vård	27,3	44,0	45,2	1,2	40,8	7,8%
02 Specialiserad psykiatrisk vård	6,7	10,0	11,0	1,0	10,0	-0,1%
04 Övrig hälso- och sjukvård	248,4	385,6	418,7	33,1	197,9	94,8%
08 Allmän regional utveckling	14,6	21,7	21,9	0,2	17,5	24,0%
91 Politisk verksamhet	28,7	44,8	47,3	2,5	41,7	7,4%
96 Allmän service	346,0	537,2	549,2	12,1	203,7	163,7%
98 Fastighetsförvaltning	-9,7	8,8	-22,3	-31,1	8,9	-1,7%
Summa	**696,5**	**1 106,09**	**1 130,3**	**24,2**	**571,4**	**93,6%**
Regionstyrelsen övergripande						
Internränta	-64,8	-99,1	-101,1	-2,0	-92,5	7,2%
Pensioner mm	255,7	229,4	-62,8	-292,2	-150,1	-252,8%
Inkassoåterbäring mm	-0,9	-1,3	0,0	1,3	-0,5	136,8%
Avskrivningsbudget mm	0,6	-0,9	-10,9	-10,0	0,0	
Statsbidrag hälso- och sjukvård	-393,7	-559,9	-438,0	121,9	-298,3	87,7%
Summa	**-203,0**	**-431,8**	**-612,8**	**-181,0**	**-541,5**	**-20,2%**
RF och övrigt utanför nämnder						
Patientnämnden (Politisk verksamhet)	0,9	1,4	1,2	-0,1	1,2	10,6%
Parlamentariska nämnden (Politisk verksamhet)	0,2	0,3	0,2	-0,1	0,2	11,1%
Regionfullmäktige och revision	8,6	14,2	16,7	2,5	12,5	13,6%
Summa	**9,7**	**15,8**	**18,1**	**2,2**	**14,0**	**13,3%**
Verksamhetens nettokostnad	7 984,0	12 143,3	11 995,0	-148,2	10 993,3	10,5%

Resultaträkning blandmodell	Tertialutfall 2021T2	Prognosutfall 2021	Diff mot budget	Utfall 2020
Verksamhetens intäkter	2 279,8	3 283,6		3 051,3
Verksamhetens kostnader	-10 156,1	-15 256,4		-13 917,5
Avskrivningar	-295,8	-452,6		-405,6
VERKSAMHETENS NETTOKOSTNAD	**-8 172,2**	**-12 425,4**	**-155,1**	**-11 271,8**
Skatteintäkter	6 373,5	9 560,2	237,2	9 144,2
Generella statsbidrag o utjämningssystem	2 100,1	3 150,2	38,2	3 053,5
VERKSAMHETENS RESULTAT	**301,4**	**285,0**	**120,3**	**926,0**
Finansnetto tillgångar	619,4	645,2	301,2	205,6
Finansnetto skulder (värdesäkring pensioner)	-53,0	-79,5	-2,9	-121,6
RESULTAT EFTER FINANSIELLA POSTER	**867,8**	**850,7**	**418,7**	**1 009,9**
Extraordinära poster	0,0	0,0	0,0	0,0
ÅRETS RESULTAT	**867,8**	**850,7**	**418,7**	**1 009,9**

Finansiella nyckeltal blandmodell	Tertialutfall 2021T2	Prognosutfall 2021		Utfall 2020
Likviditet	4,14			3,37
Soliditet blandmodell	0,5	0,5		0,5
Nettokostnad/skatt o bidrag	96,4%	97,8%		92,4%
Resultat efter finansiella poster/skatter och generella statsbidrag	10,2%	6,7%		8,3%
Nettkostnadsökning mot föregående år		10,2%		3,2%
Nettkostnadsökning mot föregående år jämförbar		7,5%		
Skatte-och statsbidragsökning mot fgår		4,2%		6,1%
Rörelsekapital miljoner kronor	7 879			6 601

BALANSRÄKNING BLANDMODELL (miljoner kronor)		Tertialbokslut 2021-08-31	Bokslut 2020
Tillgångar			
Anläggningstillgångar			
Immateriella anläggningstillgångar	10xx	35,9	31,1
Materiella anläggningstillgångar			
1. Mark och byggnader	11xx	4 573,1	4 523,4
2. Maskiner och inventarier	12xx	1 122,4	1 115,6
Finansiella anläggningstillgångar	13xx	388,6	365,7
Summa Anläggningstillgångar		**6 120,1**	**6 035,7**
Omsättningstillgångar			
Förråd	14xx	120,1	108,3
Fordringar	15xx-17xx	976,9	1 018,0
Kortfristiga placeringar	18xx	8 557,4	7 389,5
Kassa och bank	19xx	733,9	869,1
Summa Omsättningstillgångar		**10 388,3**	**9 384,9**
Summa Tillgångar		**16 508,4**	**15 420,6**
Eget kapital, avsättningar och skulder			
Eget kapital			
Regionkapital		7 929,4	6 901,1
Händelser direkt mot egna kapitalet		0,0	18,3
Årets resultat	3xxx-8xxx	867,8	1 009,9
Summa Eget kapital		**8 797,2**	**7 929,4**
Avsättningar			
Avsättningar för pensioner	221x-222x	5 157,6	4 661,9
Övriga avsättningar	223x	0,0	0,0
Summa Avsättningar		**5 157,6**	**4 661,9**
Skulder			
Långfristiga skulder	23xx	44,1	45,5
Kortfristiga skulder	24xx-29xx	2 509,5	2 783,8
Summa Skulder		**2 553,6**	**2 829,3**
Summa Eget kapital, avsättningar och skulder		**16 508,4**	**15 420,6**
Panter och Ansvarsförbindelser			
Panter och därmed jämförliga säkerheter		738,7	738,7
Pensionsansvarsförbindelse (förmåner intjänade före 1998)		4 514,4	4 492,0
Pensionsförpliktelse som inte har tagits upp bland skulderna eller avsättningarna		26,7	26,0
Övriga ansvarsförbindelser		100,0	100,0

Regionfullmäktige

Delårsrapport per augusti 2021 Region Jönköpings län

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

- godkänna delårsrapport per augusti 2021

Nämnden för folkhälsa sjukvård, nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet samt nämnden för trafik, infrastruktur och miljö

- godkänner delårsrapport per augusti 2021 för de delar som avser nämndens ansvarsområde

Sammanfattning

Enligt regionfullmäktiges direktiv ska regionstyrelsen redovisa en delårsrapport efter augusti. I delårsrapporten redovisas måluppfyllelse för regionfullmäktiges fastställda systemmätetal, status på de aktiviteter som ska stödja måluppfyllelse, bokslut per augusti samt ekonomisk helårsprognos.

Information i ärendet

Region Jönköpings läns utgångspunkt för styrning är Kommunallagens krav på god hushållning, både ur ett verksamhetsperspektiv och ur ett finansiellt perspektiv. God hushållning skapas genom att verksamheten är ändamålsenlig och kostnadseffektiv med en finansiering som långsiktigt garanterar verksamheten. En viktig del i detta är att löpande följa måluppfyllelsen för de systemmätetal som regionfullmäktige i budgeten fastställt för verksamheten. Regionstyrelsen och nämnderna följer varje månad verksamheten genom månadsrapporter där såväl fullmäktiges mål som inom vissa områden ytterligare mätetal redovisas.

Efter andra tertialet ska styrelsen till fullmäktige redovisa en delårsrapport med sammanfattning av hur verksamheten utvecklas mot de mål som anges i budgeten, status på de aktiviteter som ska stödja måluppfyllelse, bokslut samt ekonomisk helårsprognos. Föreliggande rapport följer den styrmodell och struktur som beslutad budget bygger på.

Av de 28 mål för en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet som fullmäktige angivit och som mäts efter andra tertialet har 17 mål (61 procent) helt eller delvis uppnåtts, vilket är en förbättring med 9 procent jämfört motsvarande period föregående år.

Efter andra tertialet visar utfallet ett överskott på 845 miljoner kronor, vilket är 305 miljoner kronor bättre än periodbudget. Här ingår engångsökning av pensionsskulderna till följd av höjda livslängdsantaganden på 477 miljoner kronor. Verksamheten har kompenserats för merkostnader motsvarande 450 miljoner kronor vilka till stor del finansierats genom ökade intäkter och genom sänkt budgeterat resultat med 80 miljoner.

Den sedan 2019 ändrade redovisningsprincipen, där finansiella placeringars marknadsvärde (verkligt värde) påverkar resultatet. Finansnettot för tillgångar visar för andra tertialet ett överskott med 619 miljoner kronor vilket är 378 miljoner kronor bättre än budget.

Det prognostiserade årsresultatet visar ett överskott på 900 miljoner kronor vilket är 270 miljoner kronor bättre än budgeten på 630 miljoner kronor.
Det råder fortfarande osäkerhet kring hur resterande del av året kommer påverkas av coronapandemin. Prognosen baseras på att den återhämtning som påbörjats det tredje kvartalet fortsätter och att en anpassning av kostnaderna utifrån att trycket minskar i covid-19 vården kommer ske.

Egenfinansieringsmålet, baserat på verksamhetens resultat exklusive avskrivningar, beräknas kunna nås. Totalt för åren 2015-2021 beräknas investeringarna fullt ut ha finansierats med egna medel. Egenfinansieringsgraden är 117 procent, och det motsvarar egenfinansiering med 933 miljoner kronors marginal.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-09-29
- Delårsrapport augusti 2021

Beslut skickas till

Regionledningskontoret ekonomi

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Region direktör

Maria Berghem
Ekonomidirektör

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 115

Remiss - Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Diarienummer: RJL 2021/1247

Beslut

Presidiet noterar att

- Ärendet hanteras vid nämndsammanträdet den 12 oktober 2021.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34).*

Region Jönköpings län ställer sig positiv till utredningen och ser att det är värdefullt och angeläget att man gör denna genomgång med fokus på barnen. Region Jönköpings län instämmer i att den övergripande ambitionen bör vara som man i direktivet ger uttryck för; en jämlik vård med god kvalitet och hänsyn tagen till medicinsk prioritering som tar hänsyn till vad som bör ligga inom en specialiserad vårdverksamhet och vad som bör vara en del i den nära vården.

Beslutsunderlag

- Missiv daterad 2021-09-09
- Yttrande daterad 2021-09-09

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Socialdepartementet

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34)

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34).*

Region Jönköpings län ställer sig positiv till utredningen och ser att det är värdefullt och angeläget att man gör denna genomgång med fokus på barnen. Region Jönköpings län instämmer i att den övergripande ambitionen bör vara som man i direktivet ger uttryck för; en jämlik vård med god kvalitet och hänsyn tagen till medicinsk prioritering som tar hänsyn till vad som bör ligga inom en specialiserad vårdverksamhet och vad som bör vara en del i den nära vården.

Information i ärendet

Utredningen *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* lämnar förslag på en hälsoreform för barn och unga i Sverige som ska bidra till att minska fragmentiseringen och glappen i hälso- och sjukvården och bryta trenden med ökad psykisk ohälsa hos barn och unga. Utredningen föreslår att det hälsofrämjande arbetet ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga tas fram och implementeras i hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår även att hälso- och sjukvårdens ansvar att utse fast vårdkontakt till barn och unga skärps, samt att ett tydligt krav på samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet införs.

Utredningen lägger också fram sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa:

1. Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa. Utgångspunkter för vårdens arbete. Insats före diagnos.

2. En sammanhållen barn-och ungdomshälsovård och ett nationellt hälsovårdsprogram med skärpt fokus på psykisk hälsa.
3. Primvårdens ansvar för psykiska vårdbehov hos barn och unga
4. Primärvården behöver stärkas med resurser, kompetenser för ansvaret psykiska vårdbehov.
5. Den specialiserade vården behöver stärka sin konsultativa roll och bli mer nära och tillgänglig för primärvården och elevhälsan.
6. Den specialiserade vården, socialtjänsten och skola behöver samordna sig kring barn med stora och långvariga behov.

Beslutsunderlag

- Missiv daterad 2021-09-09
- Yttrande daterad 2021-09-09

Beslut skickas till

Socialdepartementet

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Socialdepartementet

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34)

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över delbetänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34)*

Sammanfattning

Region Jönköpings län ställer sig positiv till utredningen och ser att det är värdefullt och angeläget att man gör denna genomgång med fokus på barnen. Region Jönköpings län instämmer i att den övergripande ambitionen bör vara som man i direktivet ger uttryck för; en jämlik vård med god kvalitet och hänsyn tagen till medicinsk prioritering som tar hänsyn till vad som bör ligga inom en specialiserad vårdverksamhet och vad som bör vara en del i den nära vården.

Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län ser positivt på att man nu vill se över organisation och författningar inom detta område. Det är värdefullt och angeläget att man gjort denna genomgång med fokus på barnen. Den övergripande ambitionen bör vara som man i direktivet ger uttryck för; en jämlik vård med god kvalitet och hänsyn tagen till medicinsk prioritering som tar hänsyn till vad som bör ligga inom en specialiserad vårdverksamhet och vad som bör vara en del i den nära vården.

Avgränsningsfrågor

Många av de tillstånd som tidigare krävde specialiserade insatser är idag så kända och diagnosticeras i så hög grad att de kan sägas höra till våra vanligare tillstånd. Hit hör relativt okomplicerade ångesttillstånd, depressioner, ADHD och autism. Detsamma gäller för depression och sömnstörningar, även om de behandlas med läkemedel. Region Jönköpings län skulle gärna se att man här åstadkommer en förskjutning till första linjen. Det är då viktigt att man inom första linjen säkerställer en medicinsk kompetens.

Specialiserad vård och första linjen

Utifrån den specialiserade vårdens perspektiv ses en möjlighet i att man har en större beredskap för att ta hand om den initiala bedömningen/behandlingsinsatsen

Regionledningskontoret
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

för att därefter lämna över till första linjen och därefter framför allt vara ett konsultativt stöd till första linjen. Som exempel kunde ADHD-diagnostik, psykopedagogisk insats och läkemedelsinställning ligga på den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin medan underhållsbehandling och enklare samsjuklighet kunde skötas inom första linjen.

Gemensamma vägar in till vård

Barn och föräldrar har idag ofta svårt att veta vart de ska vända sig för att få råd, stöd och vid behov vård för psykisk ohälsa. Man har i några regioner en gemensam ingång för specialistvården och första linjen och fördelning av vårdbegäran sker mer eller mindre strukturerat. En sådan gemensam ingång (”En väg in”) ser Region Jönköpings län som en möjlighet att göra fördelning och prioritering på ett mer jämlikt sätt. Om första linjen och den specialiserade vården har samma ingång kan fördelning och triagering ske på ett säkrare sätt. Här finns även utvecklingsmöjligheter att socialtjänst och elevhälsa skulle kunna vara en del av det utvecklingsarbetet på sikt.

Nationellt hälsovårdsprogram

Region Jönköpings län välkomnar initiativet med ett nationellt hälsovårdsprogram för barn. Detta är något som ur ett folkhälsoperspektiv är positivt eftersom det skapar bättre förutsättningar till en jämlik hälsa och vård för alla barn och bättre garanterar tidiga insatser. Det är en intressant utgångspunkt att nära vård ska utgå från hälsans bestämningsfaktorer och kompensera för skillnader.

Huvudmannaskapet för barnhälsovård/elevhälsa

Region Jönköpings län hade önskat mer konkreta förslag på förändring i huvudmannaskapet för barnhälsovård och elevhälsa för att underlätta för verksamheterna i arbetet med att åstadkomma en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård.

Det är mycket fokus på skolbarnen i rapporten. Region Jönköpings län skulle önska mer om förskole-perspektivet och de små barnen då tidig upptäckt är A och O.

Elevhälsan

Region Jönköpings län anser att en närmare koppling mellan elevhälsa och övrig hälso- och sjukvård skulle borga för ett närmare samarbete. Det skulle också kunna underlätta arbetet med en hög lägstanivå för bedömning och åtgärder inom elevhälsan innan man skickar barn vidare i sjukvården. Detta förutsätter sannolikt förändringar i lag och organisation. Ett alternativ är att arbeta med en övergripande elevhälsovård för att ge en jämlik elevhälsa. Ett sätt att börja är att fokusera på förbättrat stöd till barn och unga genom en samordnad barn och ungdomshälsa, det vill säga att de verksamheter som finns redan idag knyts tätare ihop och har sin bas i elevhälsan.

Att ge lättillgängliga insatser i barnets närmiljö är helt i linje med barnkonventionen. Alla barn ska ges samma möjlighet till att utvecklas oavsett diagnos och sociala sammanhang. Första linjen ska finnas i barnets närmiljö och

vara en del av de andra aktörerna som har ett förebyggande uppdrag, t.ex. elevhälsa och socialtjänst.

Ungdomsmottagningar

Region Jönköpings län vill lyfta fram några av de fördelar som skulle finnas med regioner som huvudman för ungdomsmottagningar. Det skulle underlätta remissförfarandet och remissflödet. Det skulle öka rättssäkerhet, genom HSL dokumentationskrav, samt att alla anställda har tillgång till samma information, direktiv och datasystem.

Det gör det dessutom lättare att erbjuda jämlik vård. Ungdomsmottagningar saknas eller är mycket små verksamheter i många mindre kommuner. Den medicinska insatsen kan ofta erbjudas alla ungdomar i länet. De ungdomar som bor i kommuner där ungdomsmottagning saknas, står utan rätt till det psykosociala stödet som ges på existerande ungdomsmottagningar. Delat huvudmannaskap är emellertid inget hinder för god verksamhet där resurser finns.

Region Jönköpings län instämmer med utredningens redovisning om tillgänglighet i att det finns behov av ett strategiskt utåtriktat arbete för att nå ut bredare, och visa en positiv bild av verksamheten, för de unga som inte känner att ungdomsmottagningarna riktar sig till dem.

Tandvården

Region Jönköpings län anser att det är viktigt att även tandvården harmoniseras och inkluderas i det nationella hälsovårdsprogrammet. Förtydligandet kan göras på fler ställe där hälso- och sjukvården nämns.

Varje region ska även erbjuda en fullständig tandvård åt dem som omfattas av 15 a § och som utan att vara bosatt befinner sig i regionen, med stöd av beslut eller dom, bosättningsregionen svarar för kostnaderna för den tandvård som ges patienten”.

Samverkan

Idag finns lagkrav på samverkansöverenskommelser och sådana finns upprättade. Parter i dessa överenskommelser innefattar dock inte alltid första linjen. Arbetet kring samverkan behöver förändras eftersom patienter idag är mer rörliga och friare i vårdsökandet. Det kommer sannolikt att bli viktigare att samverkan är individualiserad utifrån patientens behov.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Rachel De Basso
Ordförande i Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Börja med barnen!

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga



DELBETÄNKANDE AV UTREDNINGEN OM EN SAMMANHÅLLEN GOD OCH NÄRA VÅRD FÖR BARN OCH UNGA

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:34

Börja med barnen!

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Delbetänkande av Utredningen om
en sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:34

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0092-7 (tryck)
ISBN 978-91-525-0093-4 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till Statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 28 november 2019 att uppdra åt en särskild utredare att se över förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir 2019:93). I utredningens uppdrag har ingått att föreslå insatser som ska bidra till en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. I uppdraget har även ingått att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa. Ett slutbetänkande ska lämnas senast den 1 oktober 2021.

Barnläkaren Peter Almgren förordnades den 1 december 2019 som särskild utredare. Utredningen har antagit namnet en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Den 19 mars 2020 förordnades följande personer som sakkunniga att bistå utredningen: departementssekreteraren Christopher Carlson, kanslirådet Hedvig Feltelius, departementssekretaren Linda Hindberg, departementssekreteraren Malin Nylén Bolinder och departementssekretaren Jessika Yin.

Samma dag förordnades som sakkunniga: utredaren Rosita Claesson Wigand enhetschefen Anders Feijer, generalsekretaren Magnus Jägerskog, undervisningsrådet Timmy Larsson, och handläggaren Tyra Warfvinge.

Den 14 april 2020 förordnades kommundirektören Camilla Holmqvist att vara expert i utredningen. Den 6 juli 2020 förordnades direktören Charlotta Larsdotter som expert i utredningen.

Den 7 september 2020 entledigades kanslirådet Hedvig Feltelius som sakkunnig i utredningen och ersattes av kanslirådet Marie Törn. Den 1 oktober 2020 entledigades departementssekreteraren Linda Hindberg som sakkunnig i utredningen och ersattes av departementssekretaren Andrea Larsson. Den 20 oktober 2020 entledigades departementssekreteraren Jessika Yin som sakkunnig i utredningen.

Den 14 november 2020 entledigades departementssekreteraren Andrea Larsson som sakkunnig i utredningen och ersättes av departementssekreteraren Kalle Brandstedt. Den 22 januari 2021 entledigades departementssekreteraren Malin Nylén Bolinder som sakkunnig i utredningen och ersattes den 1 mars 2021 av departementssekreteraren Nela Lalouni och ämnesrådet Tom Nilstierna.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 1 februari 2020 kanslirådet Klara Granat. Som sekreterare i utredningen anställdes den 10 februari 2020 utredaren Sandra Creutz. Sandra Creutz anställning som sekreterare i utredningen upphörde den 20 januari 2021. Som sekreterare i utredningen anställdes den 19 februari 2020 juristen Caroline-Olivia Elgán. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 april 2020 den digitala strategen Niklas Eklöf. Niklas Eklöfs anställning som sekreterare i utredningen upphörde den 29 januari 2021. Som senior rådgivare i utredningen anställdes den 1 april 2020 läkaren Göran Stiernstedt. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 december 2020 utredaren Ylva Malmquist och psykologen Antonia Reuter på deltid. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 januari 2021 strategen Frida Bjurström. Som sekreterare på deltid i utredningen anställdes den 11 januari 2020 juristen Nadja Zandpour.

Utredningen vill rikta ett särskilt tack till alla barn och unga som deltagit i utredningens arbete. Utredningen vill även tacka journalisten Ylva Mårtens för lån av frasen vi måste börja med barnen.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (2021:34).

Göteborg i maj 2021

/Peter Almgren

Klara Granat
Caroline-Olivia Elgán
Ylva Malmquist
Frida Bjurström
Nadja Zandpour
Antonia Reuter
Göran Stiernstedt

Innehåll

Sammanfattning **15**

God och nära vård för barn och unga – enkel sammanfattning **33**

1 Författningsförslag **39**

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 39

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 41

1.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 42

2 Utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande **43**

2.1 Utredningens uppdrag 43
2.1.1 Avgränsningar 44
2.1.2 Tidigare utredningar ligger till grund för utredningens uppdrag 47
2.1.3 Utgångspunkter 50
2.1.4 Betänkandets disposition 55

2.2 Utredningens genomförande 56
2.2.1 Expert- och referensgrupper 57
2.2.2 Dialoguppdraget 58
2.2.3 Särskilt om genomförandet av uppdraget om psykiska hälsa 59
2.2.4 Barns och ungas delaktighet och bidrag till utredningen 60

2.2.5 Samarbete med Tilia 61
2.2.6 Samverkan med berörda statliga utredningar 61

3 Gällande rätt 63

3.1 Allmänt om kapitlet 63

3.2 Allmänt om hälso- och sjukvårdslagen 63

3.3 Särskilda skyldigheter i fråga om barn 64

3.4 Kort om regionens ansvar som huvudman 65

3.5 Kort om kommunens ansvar som huvudman 66

3.6 Samverkan mellan region och kommun 66

3.7 Övergripande om vissa bestämmelser i patientlagen 67

3.8 Övergripande om vissa bestämmelser i patientsäkerhetslagen 68

3.9 Övergripande om vissa bestämmelser i skollagen 69

3.10 Barnkonventionen 70
3.10.1 Kort historik 70
3.10.2 De grundläggande principerna i barnkonventionen 71
3.10.3 Särskilt om barns rätt till hälsa och sjukvård 75
3.10.4 Några andra relevanta artiklar 81

3.11 Övergripande om skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet 82

4 Bakgrund och nuläge 85

4.1 Inledning 85
4.1.1 Pandemins effekter på barn och unga 85

4.2 Barns hälsoutveckling 88
4.2.1 Hälsans bestämningsfaktorer 89
4.2.2 Barns och ungas hälsa i olika åldrar och olika grupper 108
4.2.3 Begrepp kring psykisk hälsa 120

4.3 Hälsofrämjande och förebyggande arbete 123
4.3.1 Föräldraskapsstöd och vårdnadshavares delaktighet 127
4.3.2 De folkhälsopolitiska målen 129
4.3.3 Agenda 2030 130
4.3.4 Vägledningar och kunskapsstöd 131
4.3.5 Organisation och styrning av hälsofrämjande och förebyggande insatser i de nordiska grannländerna 132

4.4 Barn- och ungdomshälsovården 133
4.4.1 Övergripande styrning av barn- och ungdomshälsovården 135
4.4.2 Beskrivning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och uppdrag 139

4.5 Andra verksamheter som möter barn och unga 161
4.5.1 Vårdcentral 161
4.5.2 Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa 163

4.6 Den specialiserade vården för barn och unga 166
4.6.1 Barn- och ungdomspsykiatrin 166
4.6.2 Barn- och ungdomsmedicin 168
4.6.3 Barn- och ungdomshabilitering 171

4.7 Ytterligare verksamheter med hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga 172
4.7.1 Tandvården 172
4.7.2 Socialtjänsten 173

4.8 Samlokalisering av verksamheter för barn och unga 174

4.9 Myndigheternas roller 175
4.9.1 Folkhälsomyndighetens roll och uppdrag 176
4.9.2 Inspektionen för vård och omsorgs roll och uppdrag 177
4.9.3 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys roll och uppdrag 178
4.9.4 Socialstyrelsens roll och uppdrag 178

4.9.5 Specialpedagogiska skolmyndighetens roll och uppdrag ... 180
4.9.6 Statens skolinspektions roll och uppdrag ... 180
4.9.7 Statens skolverks roll och uppdrag ... 180
4.9.8 Ytterligare några myndigheter med särskilda uppdrag kring barn och unga ... 182

4.10 Sveriges Kommuner och Regioner ... 184

4.11 Kunskapsstyrning ... 187
4.11.1 Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård ... 187
4.11.2 Professionsorganisationer ... 189

4.12 Civila samhället ... 190

4.13 Några pågående nationella utvecklingsarbeten ... 190
4.13.1 Tidiga samordnade insatser – TSI ... 191
4.13.2 Barn som anhöriga ... 191

5 Problembild ... 193

5.1 Ökande barnpopulation, ökad psykisk ohälsa och nya överlevare ... 193

5.2 Samhällstrender, skola, arbetsmarknad och utsatta grupper barn och unga ... 196

5.3 Reaktiv och sjukhustung vård med otillräckligt utbyggd primärvård ... 198

5.4 Ojämlikt vård- och omsorgsutbud ... 201

5.5 Fragmentiserad hälso- och sjukvård med oklara uppdrag, ansvar och roller ... 202
5.5.1 Glapp i övergången till hälso- och sjukvård för vuxna ... 204

5.6 Koordinering och samordning av vård brister ... 204

5.7 Informationsdelning inom vård och omsorg brister ... 206

5.8 Barn och unga med vissa diagnoser eller problem får en sämre vård ... 209

5.9 Bristande stöd, delaktighet och inflytande på vården 210

5.10 Brister i kontinuitet och kompetens 211

5.11 Utmaningar i barn – och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatrin 213
5.11.1 Tillgång till och kvalitet i mödrahälsovården 213
5.11.2 Tillgång till och kvalitet i barnhälsovården 216
5.11.3 Tillgång till och kvalitet i elevhälsan 220
5.11.4 Tillgång till och kvalitet i ungdomsmottagningar 226
5.11.5 Tillgång till och kvalitet i barn- och ungdomspsykiatri 230
5.11.6 Brister i samverkan mellan samtliga vårdverksamheter 233

5.12 Sammanfattande analys 242
5.12.1 Reglering av barn-och ungdomshälsovård saknas 242
5.12.2 Alla barn och unga får inte del av hälsofrämjande och förebyggande stöd och insatser under hela sin uppväxt 244
5.12.3 Samordningen mellan verksamheter brister 248
5.12.4 Ökat ansvar, resurser och kompetenser till primärvården i omställningen till en god och nära vård 249
5.12.5 Psykisk ohälsa leder till allvarliga konsekvenser 250
5.12.6 Kunskapsstyrning för barn- och ungdomshälsovård är av varierande kvalitet och inte samordnad 251
5.12.7 Hälso- och sjukvården kan anpassas mer utifrån barns och ungas rättigheter och behov 252
5.12.8 I ett komplext system finns inga enkla lösningar på sammanhållen vård 253

6 Förslag och bedömningar 255

6.1 Sammanhållen god och nära vård för barn och unga 255

6.2 Förtydligande av skyldigheten att arbeta för att främja hälsa 257
6.2.1 Det behöver förtydligas att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa 257
6.2.2 Förslaget ska bidra till att det hälsofrämjande arbetet ökar 262
6.2.3 Bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga 264

6.3 Nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga 271
6.3.1 Inriktningen på det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga 273
6.3.2 Uppdrag att sammanställa evidens för hälsofrämjande insatser 289

6.4 Organisation, planering och samverkan i hälso- och sjukvården som riktar sig till barn och unga 290
6.4.1 Förstärkt samverkan mellan region och skolhuvudmän 291
6.4.2 Hälso- och sjukvårdens samverkan och samordning med socialtjänst och tandvård behöver stärkas 296
6.4.3 Systematiskt arbetssätt med barns och ungas rättigheter och behov 303
6.4.4 Omställningen till en god och nära vård behöver stärkas med ett barnrättsperspektiv 307
6.4.5 Tryggare övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna 309

6.5 Fast vårdkontakt för barn och unga 310
6.5.1 Fast vårdkontakt är en lagreglerad funktion 310
6.5.2 Flera uppföljningar av fast vårdkontakt har gjorts 312
6.5.3 Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt 317

6.6 Vägledning för rektorer och skolhuvudmän 330

6.7 Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa 334
6.7.1 Steg 1 – Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa 336
6.7.2 Steg 2 – Ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård 342
6.7.3 Steg 3 – Ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga 344
6.7.4 Steg 4 – Stärkta kompetenser och resurser i primärvården för att möta barn och unga med psykisk ohälsa 352
6.7.5 Steg 5 – En nära och tillgänglig specialiserad vård 355
6.7.6 Steg 6 – Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola/skola och elevhälsa behöver samordna sig kring barn och unga med stora och långvariga behov 359

6.8 Förutsättningar för ett samlat huvudmannaskap för barn- och ungdomshälsovården 362
6.8.1 Primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser bör inte samlas under ett regionalt huvudmannaskap 363
6.8.2 Olika huvudmannaskap för ungdomsmottagningarna har prövats 371

6.9 Bör regionen ansvara för sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga? 375
6.9.1 Vissa barn och unga får inte hälsofrämjande och förebyggande insatser 376
6.9.2 Bör regionen ansvara för hälsouppföljningen av barn och unga? 380
6.9.3 Vad skulle en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman innebära? 382

6.9.4 Konsekvensbeskrivningar av sammanhållen hälsouppföljning ... 402

7 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser ... 411

8 Konsekvensanalyser av utredningens förslag ... 413

8.1 Utredningens uppdrag och problembeskrivning ... 413

8.2 Konsekvenser för barn och unga ... 416
8.2.1 Barnkonsekvensanalys ... 416
8.2.2 Konsekvenser för unga personer över 18 år ... 420

8.3 Samhällsekonomiska konsekvenser ... 421
8.3.1 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ... 423
8.3.2 Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner ... 424
8.3.3 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna ... 425

8.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 426

8.5 Konsekvenser för vårdens professioner ... 427

8.6 Konsekvenser för företagen ... 429

8.7 Konsekvenser för sysselsättningen ... 431

8.8 Konsekvenser för jämlikhet och jämställdhet mellan könen och de integrationspolitiska målen ... 431

8.9 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet ... 433

8.10 Konsekvenser för miljön ... 434

8.11 Konsekvenser för EU-rätten ... 434

8.12 Konsekvenser för den personliga integriteten ... 435

8.13 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag ... 437
8.13.1 Inledning ... 437
8.13.2 Metodfrågor ... 438
8.13.3 Utgångsläget ... 443

8.13.4 Förslagens kostnader ... 448
8.13.5 Förslagens kostnader och intäkter till följd av ökad inriktningseffektivitet ... 452
8.13.6 Utförarnivån ... 457
8.13.7 En kvantitativ sammanställning ... 460
8.13.8 En sammanfattande kvalitativ bedömning av förslagen ... 464
8.13.9 Avslutande diskussion ... 466

9 Författningskommentarer ... 467

9.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ... 467

9.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821) ... 470

Referenser ... 473

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2019:93 ... 501

Bilaga 2 Sammanställning av barns förslag till utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (SOU 2019:05) ... 519

Bilaga 3 Rapport God och nära vård ... 543

Bilaga 4 Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden ... 569

Bilaga 5 Underlag till överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri BUP ... 663

Bilaga 6 Sammanställning dialogmöten ... 675

Sammanfattning

Sverige behöver en hälsoreform som börjar med barnen!

Just nu pågår en av de största omställningarna av hälso- och sjukvården på många decennier med syfte att skapa en god och nära vård. Denna process behöver systematiskt beakta barns rättigheter enligt Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnskonventionen). Som ett led i detta tillsattes utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Utredningen lämnar förslag som ger regeringen möjlighet att bana väg för en hälsoreform för barn och unga i Sverige som ska bidra till att minska fragmentiseringen och glappen i hälso- och sjukvården och bryta trenden med ökad psykisk ohälsa hos barn och unga. Utredningen föreslår att det hälsofrämjande arbetet ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga tas fram och implementeras i hälso- och sjukvården. Programmet ska bidra till att barns och ungas hälsa och utveckling kontinuerligt följs upp och stöttas på ett likvärdigt sätt och med kvalitet under hela uppväxten, från graviditet till vuxen ålder. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska vara i fokus och utgöra en plattform för tidiga samordnade insatser med möjlighet till fördjupade insatser inom övrig vård och omsorg vid behov. Utredningen föreslår vidare att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga skärps samt att ett tydligt krav på samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet införs. Sex steg beskriver också hur barn och unga med psykisk ohälsa kan få ett mer ändamålsenligt och samordnat stöd i vården. Sammantaget bildar detta ett mer ändamålsenligt och resurseffektivt system som främjar hälsan hos barn och unga och frigör resurser till de som har störst behov. Ett fortsatt och mångårigt arbete på alla nivåer kommer dock att krävas i vård och omsorg om detta ska kunna bli den vändpunkt

och den nationella samling som behövs. Pandemins effekter på barn och unga har ökat angelägenheten i att detta arbete påbörjas nu.

Uppdrag och genomförande

Utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga har haft i uppdrag att se över förutsättningarna för en mer sammanhållen vård för barn och unga. Syftet är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). I enlighet med direktivet har utredningen prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat huvudmannaskap för vissa primärvårdsaktörer och elevhälsans medicinska insatser (dir 2019:93).

Utredningsarbetet har huvudsakligen bedrivits i dialog med företrädare för berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), huvudmän, professioner och barn och unga.

Utredningen har genomfört särskilda insatser för att göra barn och unga delaktiga i utredningsprocessen. I samarbete med Bris och Tilia har över 800 barn och unga bidragit till utredningens arbete. Med stöd av Bris egen metod Expertgrupp barn genomfördes fyra expertgrupper på olika högstadieskolor i Göteborg, Umeå och Linköping i årskurs 7–9. Samtalet med barn och unga byggde på ett strukturerat arbetssätt och ett antal frågeställningar om hälsa och vilket stöd som barn och unga efterfrågar från skolan, elevhälsan och hälso- och sjukvården i övrigt. För att utredningen skulle få en fördjupad insikt och kunskap om barns och ungas psykiska hälsa har utredningen dessutom genomfört ett samarbete med Tilia, en ideell organisation som arbetar för ungas psykiska hälsa.

Utredningsarbetet har till övervägande del genomförts under en pågående pandemi. Detta har medfört vissa begränsningar i utredningens arbete och olika möten har genomgående hållits i digital form.

Börja med barnen!

Barndomen är en unik period i livet, präglad av anknytning, beroende, tillväxt, utveckling och varierande autonomi. Tidsperspektivet är långt och händelser i barndomen kan ge livslånga konsekvenser. Barn är mer sårbara och systemberoende än vuxna och därför behöver hälso- och sjukvården arbeta familjecentrerat utifrån ett helhetsperspektiv med kunskap om barnets närmiljö. Vårdnadshavare och nära viktiga vuxna har en central roll i barns och ungas liv. Att få en bra start i livet främjar en allsidig utveckling, stärker färdigheter och ger förutsättningar för en god hälsa och välbefinnande under hela livet. Att barn ges förutsättningar för en hälsosam utveckling ger vinster för individ, familj och hela samhället. Om barns problem hanteras rätt i ett tidigt skede bidrar det till goda förutsättningar för hälsa, utveckling och lärande under uppväxtåren, men också för livskvalitet, mående, autonomi, föräldraskap och arbetsliv i vuxen ålder. *Därför måste vi börja från början, med barnen.*

Barns och ungas hälsa

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. De flesta barn och unga uppger själva att de har en bra eller mycket bra hälsa. Andelen minskar dock med stigande ålder och en lägre andel flickor i åldrarna 13 och 15 rapporterar att de har en mycket bra hälsa jämfört med pojkarna i samma ålder. Ojämlikheter i hälsa hos barn och unga rapporteras också på grund av olika livsvillkor och skilda möjligheter.

Hälsan hos barn och unga liksom hos befolkningen kan ses som ett samspel mellan individ och samhälle. En individs hälsa är beroende av faktorer hos individen, till exempel kön, ålder, ärftlighet med mera, men också av andra faktorer som relationer, uppväxt- och levnadsförhållanden, levnadsvanor, utbildning, samt samhällets stödsystem.

För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor ges likvärdiga villkor och förutsättningar. Risk- och skyddsfaktorer är centrala begrepp för att beskriva vad som påverkar utvecklingen av ohälsa hos barn och unga. Riskfaktorer är sådana förhållanden som ökar sannolikheten för att ett barn eller ung person ska utveckla problem. Skyddsfaktorerna är motsatsen och är de förhållanden som ökar barnets eller den unges motståndskraft mot belastningar eller

dämpar effekten av riskfaktorer. För att minska skillnader i uppväxtvillkor är tidiga insatser i hem-, förskole- och skolmiljön av stor vikt.

Omkring 2 miljoner individer är mellan 0 och 17 år i Sverige och utgör cirka 20 procent av befolkningen. Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov utgör ungefär en femtedel av barnpopulationen. Skillnaderna inom gruppen är stora när det gäller medicinsk komplexitet, funktionsnedsättning och resursbehov. Av barn med långvariga och stora behov har ungefär en femtedel tre eller fler kroniska diagnoser. Andelen barn och unga med psykiatriska tillstånd såsom depression, ångest och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har ökat över tid och därmed också antalet barn och unga som behandlas med psykofarmaka.

Psykiska besvär hos barn och unga ökar också, framför allt i skolåldern. Fler yngre barn än tidigare rapporterar psykiska besvär som nedstämdhet och sömnsvårigheter. Flickor i alla åldersgrupper och pojkar i 15-årsåldern uppger att de upplever en ökad skolstress som relaterar till psykiska och somatiska symtom. Unga hbtq-personer har en ökad risk för psykisk ohälsa, särskilt depression, ångest och självmordsbeteende jämfört med unga heterosexuella och cispersoner[1].

För närvarande pågår en pandemi som kommer att få långtgående effekter på barns och ungas hälsa under många år framåt i tiden. Även om pandemin vanligen inte drabbar barn och unga genom egen sjuklighet, har barn och unga på flera sätt påverkats av de samhällsförändringar som följt. I Sverige har många barn och unga fått en förstärkt utsatthet i hemmet och en försämring av den psykiska hälsan under krisen. Det har blivit tydligt att pandemin slår hårdast mot barn och unga som redan innan krisen befann sig i en utsatt situation eller hade psykisk ohälsa.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Med *hälsofrämjande insatser* avses åtgärder för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser och mål för att främja sin

[1] Cispersoner = personer vars kön som tilldelats vid födseln överensstämmer med det juridiska, sociala och upplevda könet

hälsa och förebygga och hantera sjukdom. Det innebär också ett salutogent perspektiv som ökar individens delaktighet och tilltro till den egna förmågan. Förhållningssättet ska genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet med individen.

Med *förebyggande insatser* avses åtgärder för att förhindra uppkomsten sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minska risken för ohälsa. Målet är att stärka skyddsfaktorernas och minska riskfaktorernas inverkan på hälsan.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan ges på universell, selektiv och indikerad nivå. På universell nivå avses insatser som riktas till alla i en population. På selektiv nivå riktas insatser till riskgrupper. Insatser på indikerad nivå riktas till individer som behöver fördjupade insatser.

Med *hälsouppföljning* avses insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa, identifiera vårdbehov och att initiera insatser.

Hälso- och sjukvård för barn och unga – ett komplext system

Mödrahälsovård och *barnhälsovård* utgör en del av primärvården. Regionerna är huvudmän och beslutar om mål, prioriteringar, uppdrag, budget och driftsramar för verksamheten. Mödrahälsovården och barnhälsovården arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande och med hälsouppföljning och föräldraskapsstöd. Mödrahälsovården svarar för uppföljning av barns hälsa från tillblivande till födsel. Barnhälsovården svarar för sådan uppföljning vanligtvis under barnets första fem år.

Från det år barnet börjar förskoleklass vilar ansvaret för hälsouppföljning på *elevhälsans medicinska insatser*. Elevhälsan och dess medicinska insatser regleras i skollagen (2010:800). Av skollagen framgår att eleverna i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska ha tillgång till elevhälsan och att elevhälsa bland annat omfattar medicinska insatser. För de medicinska insatserna ska det finnas tillgång till skolläkare och skolsköterska. Elevhälsan ska främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser definieras i regel som hälso- och sjukvård. Den som bedriver hälso-

och sjukvård inom elevhälsa är vårdgivare, ofta är det skolhuvudmannen. Elevhälsans medicinska insatser omfattas därmed av de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller vårdgivare.

Ungdomsmottagningarna organiseras på flera sätt och huvudmannaskapet för ungdomsmottagningar skiljer sig åt över landet. Det är vanligast att regionen är huvudman, då en stor del av verksamheten innehåller medicinska insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det förekommer även att kommuner driver ungdomsmottagning och levererar då insatser enligt socialtjänstlagen.

Primärvården ansvarar för att tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. I primärvårdens grunduppdrag ingår förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens som patientens individuella behov och förutsättningar. Primärvården har också, från den 1 juli 2021, ett skärpt samordningsansvar för olika insatser. Vård- eller hälsocentralen utgör i dag primärvårdens kärnverksamhet och ansvarar för grundläggande behandling i alla åldrar inklusive barn och unga. Många kommuner och regioner har under de senaste åren arbetat med att bygga upp en *första linje* som ansvarar för barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa oavsett orsak.

Den specialiserade vården för barn och unga består av en mängd specialistverksamheter och specialistkompetenser, som varierar i utformning över landet. Utredningen ser barn- och ungdomspsykiatrin, barn- och ungdomsmedicin och barn och ungdomshabiliteringen som de mest relevanta aktörerna för utredningens systemöversyn.

Barn- och ungdomspsykiatrin riktar sig till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd där funktionsnivån i vardagen är påverkad. Barn- och ungdomspsykiatrin ska erbjuda god tvärprofessionell kompetens för utredning, differentialdiagnostik och behandling av barn och ungdomar utifrån symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosocial situation.

Barn- och ungdomsmedicin tillhandahåller planerad och akut specialiserad barn- och ungdomssjukvård. Specialiteten består av många olika grenspecialiteter. Barn- och ungdomsmedicinsk vård är tvärprofessionell och präglas av en helhetssyn på barn och unga vars hälsa och utveckling som är beroende av många kringliggande faktorer. Den medicintekniska utvecklingen har också skapat nya vårdbehov och möjligheter att utreda och behandla olika kroniska sjukdomar. Sjukdoms-

tillstånden är i dag alltmer komplexa och kroniska tillstånd blir allt vanligare.

Barn- och ungdomshabiliteringen arbetar med prevention, utredning, diagnostik, behandling, habilitering och rehabilitering vid medfödda och förvärvade sjukdomar och skador i nervsystemet. I uppdraget ingår att stärka patientens förmåga att hantera sin situation, och ge verktyg och strategier som kompenserar patientens funktionsnedsättning. En ny målgrupp som vuxit till antalet är barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

I ett komplext system finns inga enkla lösningar för en sammanhållen vård

Enligt direktivet ska utredningen se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet.

Bakgrunden till uppdraget är problem med en fragmentiserade hälso- och sjukvården utan tillräcklig koordinering på nationell, regional och lokala nivå. Detta leder till att barn och unga inte alltid får sina behov av vård tillgodosedda. Fragmentiseringen är särskilt tydlig på primärvårdsnivå där det förekommer en rad olika huvudmän och vårdverksamheter som ansvarar för hälsouppföljning och vårdinsatser för barn och unga under olika delar av uppväxttiden. Till dessa verksamheter hör ett antal primärvårdsaktörer med regionen som huvudman, mödrahälsovården, barnhälsovården och ungdomsmottagningarna samt elevhälsans medicinska insatser som tillhandahålls i skolor ofta i skolhuvudmännens regi. Ungdomsmottagningarna arbetar ofta utifrån otydliga uppdragsbeskrivningar från respektive huvudman och tillgängligheten till ungdomsmottagningarnas verksamhet varierar över landet. För barn och unga med psykisk ohälsa tillkommer dessutom ett antal första linjeverksamheter som är organiserade på olika sätt i landet. Det finns stora brister i likvärdigheten, inte minst gäller det förutsättningarna för elevhälsans medicinska insatser att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet.

Hälsouppföljningen av barn och unga är inte heller sammanhållen och insatser skiljer sig åt både mellan vårdverksamheter och över tid

under barns och ungas uppväxt. Det finns brister när det gäller tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser, särskilt för barn och unga i skolåldern. Skolans elevhälsa har alltmer utvecklats mot att hantera skolsvårigheter och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Barn och unga kan dock behöva hälsofrämjande och förebyggande insatser oavsett sina skolresultat. Inte heller barn och unga som vare sig arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt tas om hand naturligt i systemet. Det finns också brister i samverkan mellan vårdverksamheterna, både inom de verksamheter som i första hand tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser, dvs. primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser och mellan dessa aktörer och den övriga hälso- och sjukvården som huvudsakligen bistår med vård och behandling. Bristande samverkan leder till att barns och ungas vårdinsatser inte samordnas i tillräckligt hög grad och att barn bollas mellan olika vårdverksamheter.

För att komma tillrätta med problemen med fragmentisering och tillgången till jämlik vård har utredningen utrett flera alternativa möjligheter. I enlighet med direktivet har lämpligheten och möjligheten med ett samlat huvudmannaskap för de aktuella vårdverksamheterna prövats. Utredningen har dock bedömt att det inte finns tillräckliga förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap. Utredningen har även prövat förutsättningarna för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman men även när det gäller detta bedömt att tiden inte är mogen för en sådan förändring.

För att öka förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård och likvärdig tillgång till de verksamheter som erbjuder hälsofrämjande och förebyggande insatser har utredningen även övervägt möjligheten att lagreglera vissa eller samtliga av de berörda primärvårdsverksamheterna. Utredningen har dock gjort bedömningen att en sådan lagreglering skulle innebära en inskränkning i regioners och kommuners möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att det i stället är centralt att säkra tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga under hela uppväxttiden samt samordning och koordinering av det sådana insatser på nationell nivå. Dessutom bedömer utredningen att det behövs ytterligare åtgärder för att stärka samverkan mellan de aktuella vårdverksamheterna och samordning av vårdinsatser för barn och unga.

Utredningens bedömningar och förslag

Hälsofrämjande arbete befästs i lag

Utredningen bedömer att det behövs en tydligare och mer enhetlig styrning av hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga. Utgångspunkten ska vara att ett helhetsperspektiv på hälsa där alla barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser ska säkras under hela uppväxttiden oavsett bostadsort, sysselsättning, val av skola eller vårdenhet. Utredningen föreslår därför ett förtydligande i lag av att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete med att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. På så sätt kan en mer sammanhållen och likvärdig vård i ett fragmentiserat och komplicerat system komma till stånd.

Nationellt hälsovårdprogram från 0–20 års ålder

Utredningen föreslår dessutom att ett nationellt hälsovårdsprogram som tar ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden, ska tas fram. Samtliga berörda myndigheter, huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, professions-, patient- och närståendeorganisationer bör vara delaktiga i detta arbete. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska vara vägledande för verksamheterna och tydliggöra vad barn och unga och deras vårdnadshavare kan förvänta sig av barn- och ungdomshälsovården i form av hälsofrämjande och förebyggande insatser. I detta ska hälsouppföljning, hälsobesök och föräldraskapsstöd vara centrala beståndsdelar som bör erbjudas under hela uppväxttiden, från graviditet till vuxen ålder. Syftet med hälsovårdsprogrammet är också att vara det sammanhållande kitt som binder samman de verksamheter inom primärvården och elevhälsans medicinska insatser som i dag utgör barn- och ungdomshälsovården, och bidra till att verksamheterna arbetar utifrån samma mål och uppdrag.

En nationell samling kring ett hälsovårdsprogram statuerar att samhället börjar med barnen och tydliggör den grundläggande plattformen i hälso- och sjukvården som behövs för att barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser ska kunna

tillgodoses. Det lägger också grunden för att barn och unga med mer omfattande behov ska kunna uppmärksammas och insatser sättas in i ett tidigt skede. Det stärker därmed även primärvårdens uppdrag som bas i hälso- och sjukvården och elevhälsans centrala uppdrag när det gäller hälsa, utveckling och välmående. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolhuvudmännen behöver skapa förutsättningar för att ett partnerskap kan utvecklas mellan primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Dessutom behövs förutsättningar för att den specialiserade vården kan utgöra ett konsultativt stöd för primärvården och elevhälsan.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa.

Ansvar för skolhuvudmän och rektorer behöver tydliggöras

Utredningen konstaterar att det förekommer brister när det gäller vårdgivaransvaret i skolverksamheten avseende till exempel det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Kunskapen om hälso- och sjukvårdslagstiftningen är i vissa fall otillräcklig och skolhuvudmän som är vårdgivare utför inte alltid sina skyldigheter i enlighet med gällande regelverk.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utforma en vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar när det gäller hälso- och sjukvård. Vägledningen ska sammanställa de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamheten inom elevhälsan och ge vägledning om hur dessa bestämmelser ska tolkas. I vägledningen bör även ingå tydlig information om vad bestämmelsen om fast vårdkontakt innebär för skolverksamheterna.

Hälso- och sjukvården behöver stärka sin samverkan med andra aktörer för barns och ungas hälsa

Myndighetsrapporter visar att det på många håll brister när det gäller samverkan och samordningen av vårdinsatser för barn och unga. Detta är särskilt tydligt när det gäller samverkan mellan primärvården, barn- och ungdomspsykiatrin och elevhälsan. När samverkan brister mellan vårdens aktörer lämnas familjer och barn och unga att själva samordna vårdinsatserna och att fungera som informationsbärare.

Samverkan med skolhuvudmän behöver utvecklas

Utredningen ser behov av en mer strukturerad samverkan mellan de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolhuvudmännen. Utredningen föreslår därför ett förtydligande i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården för barn och unga ska samverka med huvudmän för skolväsendet. En mer strukturerad samverkan på huvudmannanivå ska skapa förutsättningar för samordning av vårdinsatser mellan de aktuella vårdverksamheterna.

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver stärkas

Utredningen ser behov av att samverkan mellan hälso- och sjukvården för barn och unga och socialtjänsten stärks. Utredningen konstaterar att det finns juridiska förutsättningar för samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men att huvudmännen behöver se till att samverkan utvecklas på alla nivåer i systemet i syfte att ändamålsenligt samordna vård- och omsorgsinsatser för barn och unga.

Hälso- och sjukvården och tandvården behöver samordna sina insatser

Regionen bör i sitt arbete med att planera hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga utgå från en bred ansats för barns och ungas hälsa. Utredningen ser därför behov av att regionen skapar

förutsättningar för att hälso- och sjukvården och tandvården samordnar sina vårdinsatser som riktas till barn och unga. Samordning behöver ske på alla nivåer i systemet för att barns och ungas vårdbehov ska kunna tillgodoses. Utredningen bedömer att det finns goda förutsättningar att stärka utvecklingen mot en mer samordnad hälso- och sjukvård och tandvård, eftersom regionen är huvudman för både hälso- och sjukvården och tandvården.

Patientkontrakt behöver utvecklas för att anpassas till barns och ungas behov

Regeringen har tagit initiativ till ett utvecklingsarbete med patientkontrakt. Patientkontrakt ska på sikt utgöra en sammanhållen överenskommelse över patientens samtliga vård- och omsorgsinsatser och visualiseras via 1177 Vårdguiden. Utredningen anser att patientkontrakt kan vara ett värdefullt verktyg för att underlätta samordningen av barns och ungas vårdinsatser. Utredningen bedömer dock att arbetet med patientkontrakt behöver utvecklas för att i högre grad anpassas till barn och ungas behov. I detta bör ingå att pröva hur elevhälsan kan medverka som en aktiv part i arbetet.

Barns rättigheter och behov behöver beaktas systematiskt när regionen planerar och organiserar hälso- och sjukvården

Utredningen konstaterar att hälso- och sjukvården inte alltid möter barns och ungas behov. Vid planering och utformning av hälso- och sjukvården som helhet utgör vanligen vuxna norm, vilket riskerar att bli alltför begränsat för att tillgodose barns och ungas rättigheter och behov. Personcentreringen behöver öka i hälso- och sjukvården för barn och unga, för att skapa förutsättningar för delaktighet vid beslut om vård och behandling. Barn och unga upplever i ofta att de inte får förutsättningar att vara delaktiga på sina egna villkor.

Systematiskt arbetssätt för att tillgodose barns och ungas rättigheter och behov av delaktighet

Utredningen bedömer att regionen på ett tydligare och mer systematiskt sätt behöver integrera barns och ungas rättigheter och behov i planeringen av hälso- och sjukvården, för att i sin organisation göra de anpassningar som krävs.

Barns och ungas och deras närståendes delaktighet vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården behöver säkerställas på alla nivåer i enlighet med barnkonventionens bestämmelser. Det handlar om delaktighet när hälso- och sjukvården organiseras och planeras. Det kan till exempel ske genom dialoger eller referensgrupper. Det handlar också om att skapa förutsättningar för att barn och unga ska kunna vara delaktiga i sin egen vård och behandling.

Omställningen till en god och nära vård behöver stärkas med ett barnrättsperspektiv

Utredningen bedömer att den pågående omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård behöver kompletteras och förstärkas utifrån barnets rättigheter enligt barnkonventionen. Det gäller såväl på nationell som regional och lokal nivå.

Omställningen till en god och nära vård är en omfattande reform som kommer att få stor betydelse för befolkningens tillgång till vård. Det är därför mycket angeläget att alla aspekter av omställningsarbetet analyseras ur ett barnrättsperspektiv. Utredningen bedömer att barnrättsperspektivet behöver synliggöras i överenskommelser med SKR och i uppdrag till myndigheterna som har en roll i omställningen. Dessutom bedömer utredningen att huvudmännens handlingsplaner för omställningen bör analyseras och kompletteras ur ett barnrättsperspektiv.

Tryggare övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna

Utredningen bedömer att ett nationellt kunskapsstöd som stödjer en trygg övergång från barn- till vuxensjukvård behöver tas fram och att det lämpligen genomförs inom ramen för regionernas organisation för kunskapsstyrning.

Hälso- och sjukvårdens ansvar att utse fast vårdkontakt skärps

Utredningen ser behov av att skärpa kraven på att utse en fast vårdkontakt för barn och unga inom den regionfinansierade hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår därför att det ska framgå av patientlagen att det ska utses en fast vårdkontakt för en patient som inte har fyllt 21 år, om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

Utredningen presenterar sex steg som behöver vidtas för att utveckla hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Målet är att alla barn och unga ska få insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa. Insatserna ska ges på universell nivå och riktade insatser ska ges till de som behöver få mer fördjupade insatser. Målet är också att utveckla den nära vården, där de olika vårdnivåerna samspelar med varandra i vård, stöd och behandling.

Steg 1 handlar om ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa. Hela samhället har ett ansvar för hur den psykiska hälsan i befolkningen utvecklas. Hälso- och sjukvården behöver ha ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa samt initiera och aktivt delta i breda hälsofrämjande insatser och tvärsektoriell samverkan för att främja psykisk hälsa. Hälso- och sjukvården behöver ha en beredskap för att möta barn och unga tidigt, på deras villkor och utifrån deras behov. Även förskolan och skolan har viktiga roller för barns och ungas förutsättningar att utveckla god hälsa. Det finns ett starkt dubbelriktat samband mellan studieresultat och hälsa.

Steg 2 handlar om utredningens förslag som syftar till en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Det är av central betydelse för en likvärdig vård och likvärdiga förutsättningar för hälsa och utveckling. En mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård som arbetar strukturerat med utgångspunkt från det tidigare beskrivna nationella hälsovårdsprogrammet skapar förutsättningar att fånga upp barn och unga med psykisk ohälsa i ett tidigt skede och förebygga en allvarlig utveckling som kan kräva mer insatser vård i ett senare skede.

Steg 3 handlar om ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller hälso- och sjukvården avseende psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att förslaget från utredningen En samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) som innebär ett förtydligande av primärvårdens ansvar för vård och behandling för psykiska vårdbehov bör genomföras. Huvudmännen behöver komma överens om vilka psykiska vårdbehov som ska mötas i primärvården och vilka kompetenser som behövs för uppdraget. Utredningen bedömer dessutom att pågående och utbyggda projekt kring första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver integreras i primärvårdsuppdraget. Det är en förutsättning för att skapa en mer enhetlig, likvärdig och tillgänglig vård för barn och unga enligt principen en väg in.

Steg 4 handlar om stärkt kompetens och stärkta resurser i primärvården för att möta barn och unga med psykisk ohälsa. En stark primärvård med tillräcklig barnkompetens gör det möjligt att möta barns och ungas psykiska vårdbehov utifrån individuella förutsättningar och behov och att utveckla ett familjecentrerat arbetssätt som bygger på ett psykosocialt omhändertagande av hela familjen. En systematisk kompetens- och kunskapsöverföring mellan specialiserad vård och primärvård skapar förutsättningar för en alltmer ändamålsenlig barnkompetens i primärvården.

Steg 5 handlar om en nära och tillgänglig specialiserad vård. Utredningen bedömer att den specialiserade vården behöver ha en tydligare konsultativ och stöttande roll i primärvården och elevhälsan, i enlighet med inriktningen mot en nära och tillgänglig vård. Det ger en effektivare triagering av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån. Utvecklingen mot en mer nära speciali-

serad vård av barn och unga med psykisk ohälsa, bidrar också till att höja primärvårdens kompetens att möta psykisk ohälsa.

Steg 6 handlar om att den specialiserade vården för barn och unga, socialtjänsten, förskolan/skolan och elevhälsan i högre utsträckning än i dag behöver samordna sig runt barn och unga med långvariga och stora behov.

Ett samlat huvudmannaskap för vårdverksamheterna bör inte införas

I enlighet med direktivet har utredningen prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat regionalt huvudmannaskap för mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna, vårdcentralen och elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har bedömt att det inte finns förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap och att skolhuvudmännen fortsatt ska vara huvudman för elevhälsans medicinska insatser. Bedömningen bygger på flera skäl. Ett helt avgörande skäl är att det innebär ett delat huvudmannaskap för elevhälsans olika verksamhetsgrenar där ett regionalt huvudmannaskap riskerar att skapa en ny gräns mellan elevhälsans medicinska insatser, de övriga verksamhetsgrenarna inom elevhälsan och den elevvårdande verksamheten i övrigt. Utredningen bedömer att en sådan förändring av huvudmannaskapet skulle innebära inskränkningar i de enskilda, kommunala och de statliga skolhuvudmännens möjlighet att organisera, planera, styra och följa upp delar av skolverksamheten. En annan avgörande nackdel är de försvårande omständigheter som vård- och skolvalet innebär för regionens möjlighet att tillhandahålla de medicinska insatserna på ett samordnat sätt i skolans lokaler.

Utredningen har också prövat ett samlat huvudmannaskap för ungdomsmottagningar och funnit att den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar endast kan ha regionen som huvudman och att socialtjänst endast kan bedrivas med kommunen som huvudman. I de fall verksamheten erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst, behöver huvudmännen samverka utifrån respektive ansvar. Utredningen bedömer att ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst har bättre förutsättningar att ge den unge ett ändamålsenligt och brett stöd.

Regional huvudman för hälsouppföljning kan vara ett möjligt framtida vägval

Utredningen har även utrett möjligheten att införa en sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga med regionen som huvudman. Med hälsouppföljning avses de hälsobesök som i sker i mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser. Det skulle innebära att den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen ansvarar för hälsouppföljning under barns och ungas hela uppväxttid från tillblivande till vuxen ålder. Utredningen bedömer att förslaget skulle skapa bättre förutsättningar för en mer sammanhållen och kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare, vilket skulle gynna utvecklingen av barns och ungas hälsa och välmående. Regionerna skulle också få en överblick över barns och ungas hälsoutveckling under hela uppväxttiden och kunna planera och samordna hälsouppföljningen med vård- och behandlingsinsatser med utgångspunkt från barns och ungas behov på ett mer effektivt sätt. Det skulle skapa bättre förutsättningar för att samordna barns vårdprocesser när vårdbehov uppmärksammas vid hälsouppföljningen. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle dessutom underlätta uppföljningen av hälsan på såväl individuell som aggregerad nivå på ett systematiskt sätt. Skolan skulle i högre grad kunna fokusera på elevernas utveckling mot utbildningens mål, att skapa goda lärandemiljöer och andra förutsättningar för lärande.

Utredningen bedömer dock att tiden inte är mogen för att genomföra en sådan förändring. Det beror bland annat på att primärvården ännu inte är tillräckligt resurssatt för ett sådant uppdrag. En viktig förutsättning för att en sådan sammanhållen hälsouppföljning ska kunna genomföras är regionens möjligheter att tillhandahålla hälsobesök och vaccinationer i skolan. Detta gäller särskilt för vaccinationer. Det finns hinder för en sådan utveckling till följd av skol- och vårdval. En annan viktig förutsättning är en resursstark elevhälsa med ett tydligare uppdrag att arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att främja barns och ungas hälsa och förebygga ohälsa både på grupp- och individnivå.

Utredningen bedömer att lagförslagen ovan som syftar till att skapa en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga och

det nationella hälsovårdsprogrammet ska ha högsta prioritet. Men om arbetet med det nationella hälsovårdsprogrammet inte skulle ge önskat resultat i form av effektiva samverkansstrukturer och likvärdig tillgång till programmets insatser oavsett huvudman eller vårdverksamhet bedömer utredningen att regeringen kan överväga möjligheten att införa en samlad hälsouppföljning med regionen som huvudman. Det i kräver dock att omställningen har kommit längre och att primärvården stärkts med resurser och kompetenser. Även elevhälsans resurser behöver säkras och de medicinska insatsernas roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet stärkas för att kunna stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål.

Utredningen återkommer om uppföljning

I slutbetänkandet kommer utredningen i enlighet med direktivet att återkomma till frågan om uppföljning. Det handlar både om förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa och att följa upp hur huvudmännen arbetar med att genomföra det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga och utredningens förslag i övrigt.

God och nära vård för barn och unga – enkel sammanfattning

Alla barn och unga har rätt att få stöd för att må bra och få hjälp när de inte mår bra. Men i dag arbetar många olika verksamheter med barns och ungas hälsa. Därför kan det vara svårt att veta vart man ska vända sig. Stödet kan också skilja sig beroende på var man bor eller söker vård. Den här utredningen ger förslag på hur vården för barn och unga kan bli mer sammanhållen och lika för alla.

När vården görs om behövs ett barnperspektiv

Vården i Sverige håller på att göras om. Det ska vara lätt att söka och få vård. Vården ska finnas nära patienterna och vara lika i hela landet. De som ger vård ska också samarbeta mer om patienterna och utgå från det som är viktigt för patienterna. Det här kallas en god och nära vård.

När vården görs om behöver man undersöka hur den kan bli så bra som möjligt för barn och unga. Därför har regeringen bett oss göra den här utredningen. Syftet är att ta fram förslag på hur vården för barn och unga kan bli mer sammanhållen, och hur den psykiska ohälsan bland barn och unga kan minska.

Barn och unga har hjälpt oss med utredningen

Vi som jobbar med utredningen har besökt skolor tillsammans med Bris för att prata med elever. Vi har också samarbetat med organisationen Tilia för att få veta mer om psykisk ohälsa bland barn och unga. På så sätt har vi fått veta vad mer än 800 barn och unga säger om sin hälsa och hur de tycker att vården borde fungera.

Vi har också pratat med myndigheter och personer som arbetar med barn och unga. De har berättat hur de tycker att vården fungerar nu och hur den skulle kunna fungera bättre.

Alla ska få goda möjligheter att må bra

Att barn och unga mår bra är förstås viktigt för dem själva och deras familjer, men också för hela samhället. Om barn mår bra är det större chans att de mår bra även senare i livet. Därför behöver alla få goda möjligheter att må bra redan som barn. Till exempel behöver de ha bra vuxna nära sig som kan lyssna och hjälpa till. Barn som mår dåligt behöver få hjälp tidigt, innan problemen blir ännu större.

Barnkonventionen ger också alla barn upp till 18 år en rad rättigheter som påverkar hälsan och vården. Till exempel ska det som är bäst för barnet påverka allt arbete och alla beslut som rör barnet, och barnet har rätt att uttrycka sin åsikt och bli lyssnad på.

Pandemin visar att det behövs ett bättre stöd

Coronapandemin har gjort att många barn och unga mår sämre psykiskt. Det gäller särskilt dem som mådde dåligt redan före pandemin. Det har blivit tydligt att Sverige behöver ett bättre stöd för barns och ungas hälsa – och att vi behöver börja nu.

De flesta mår bra – men psykisk ohälsa ökar

De flesta barn och unga i Sverige mår bra. Men bland äldre ungdomar är det fler som mår dåligt. Det är också fler tjejer än killar som mår dåligt. Var man bor och går i skolan påverkar också hur man mår – i utsatta områden har barn och unga större risk att må dåligt.

Allt fler barn och unga mår psykiskt dåligt. Många känner sig till exempel stressade över skolan, särskilt tjejer. Fler yngre barn än tidigare säger också att de känner sig ledsna och sover dåligt.

Fler barn och unga överlever svåra sjukdomar i dag, men behöver sedan ändå mycket hjälp under lång tid. Det gäller också de barn och unga som har kroniska sjukdomar.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete för bättre hälsa

Man kan arbeta för en bättre hälsa på olika sätt, till exempel hälsofrämjande och förebyggande. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för att alla ska må bra.

Hälsofrämjande arbete är sådant som stärker människors egna resurser för att må bra. Det kan till exempel vara att få kunskap om hur man håller sig frisk och hur man kan undvika stress.

Förebyggande arbete är sådant som hindrar att någon drabbas av sjukdomar och andra hälsoproblem, eller som lindrar sjukdomar och hälsoproblem. Det är till exempel vaccinationer och råd om hur man kan hålla en hälsosam vikt.

Uppdelad vård skapar problem

Många verksamheter arbetar i dag hälsofrämjande och förebyggande och ger vård till barn och unga, exempelvis:

- mödrahälsovården och barnhälsovården
- elevhälsan med skolsköterskor och skolläkare
- ungdomsmottagningarna
- primärvården, oftast vårdcentralen
- specialiserad vård, till exempel barn- och ungdomspsykiatrin, bup.

Verksamheterna har olika uppdrag och styrs av olika lagar. Det här ökar bland annat risken för att barn och unga faller mellan stolarna, alltså att ingen tar fullt ansvar för den som mår dåligt. Det här kan vara särskilt jobbigt för den som mår psykiskt dåligt eller har flera problem och sjukdomar samtidigt.

Det kan också vara olika vad till exempel ungdomsmottagningarna och elevhälsan erbjuder, beroende på var man bor eller går i skolan. Det innebär att alla inte har samma förutsättningar för att ha en god hälsa.

Våra förslag och rekommendationer

Här sammanfattar vi utredningens huvudförslag och räknar kort upp några av våra andra förslag och rekommendationer. Vi presenterar också sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa.

Förtydliga vad som gäller om hälsofrämjande och förebyggande arbete

Barn och unga behöver få hälsofrämjande och förebyggande vård. Vi föreslår därför regler som gör att vårdens ansvar för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot barn och unga blir mer lika över landet och i olika skolor. Då kan vården bli mer sammanhållen och lika för alla, även om den är uppdelad på flera verksamheter.

Ta fram ett hälsovårdsprogram som säger vad alla bör få

Vi föreslår ett hälsovårdsprogram som gör det tydligt vad barn och unga och deras föräldrar bör erbjudas, exempelvis vilka hälsobesök och vilket stöd de bör få under hela uppväxten.

Programmet gör det också tydligt för vården och elevhälsan vad de bör göra och hur de kan hjälpas åt för att ge barnen och föräldrarna så bra stöd som möjligt.

Det här gör att vården för barn och unga blir mer lika, oavsett var i landet de bor eller vilken skola de går i. Det blir också lättare att tidigt hitta och hjälpa de barn och unga som mår dåligt.

Fler förslag och rekommendationer i korthet

- Gör det enklare för barn och unga att få en fast vårdkontakt, alltså en person som hjälper till att samordna vården.
- Stärk samverkan mellan vården och skolan.
- Stärk samverkan mellan vården, socialtjänsten och tandvården.
- Gör barn och unga mer delaktiga i att planera och utforma vården.
- Skapa en tryggare övergång från vård för barn till vård för vuxna.

Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

Vi föreslår att vården för barn och unga som mår psykiskt dåligt utvecklas i sex steg:

1. Hela samhället har ett ansvar för den psykiska hälsan. Exempelvis är förskolan och skolan viktiga för att minska risken att barn och unga börjar må dåligt.
2. En sammanhållen vård som arbetar utifrån hälsovårdsprogrammet kan tidigt hitta och hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa.
3. Primärvården får ett tydligare ansvar. De som mår psykiskt dåligt ska kunna vända sig dit i första hand.
4. Primärvården får bättre kunskap och resurser för att möta barn och unga med psykisk ohälsa och deras familjer.
5. Den specialiserade vården bör stötta primärvården och elevhälsan, och hjälpa till att avgöra vilka som kan få hjälp av primärvården och vilka som behöver specialiserad vård.
6. Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskolan och skolan behöver samarbeta kring barn och unga som behöver mycket hjälp under lång tid.

Förslagen lämnas till regeringen

Våra förslag innebär att lagar behöver skrivas om. Förslagen lämnas nu till regeringen. Regeringen väljer om de vill lämna förslag om ändrade lagar till riksdagen. Om riksdagen godkänner ändringarna i lagarna blir våra förslag verklighet.

Verksamheter som arbetar med barn och unga runt om i landet får också tycka till om förslagen och rekommendationerna. Vi hoppas att de tycker som vi och att alla kan börja jobba mot samma mål.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) att 3 kap. 2 §, 6 kap. 2 § och 7 kap. 7 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 kap.	
2 §[1]	
Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.	Hälso- och sjukvården ska arbeta för att *främja hälsa och* förebygga ohälsa.
6 kap.	
2 §[2]	
Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om	
1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,	
2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,	
3. hälso- och sjukvården i freds¬tid om det ur ett nationellt per¬spektiv finns	3. hälso- och sjukvården i freds¬tid om det ur ett nationellt per¬spektiv finns

[1] Senaste lydelse 2017:30.
[2] Senaste lydelse 2017:30.

behov av katastrofmedicinska insatser, *och*	behov av katastrofmedicinska insatser,
4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.	4. hälso- och sjukvård som be¬hövs till skydd för enskilda, *och*
	5. hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

7 kap.

7 §[3]

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga ska regionen särskilt samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

[3] Senaste lydelse 2019:973.

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821) att 1 kap. 2 § och 6 kap. 2 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 kap.	
2 §[1]	
Bestämmelserna i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman.	
Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.	Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, *6 kap. 2 § andra stycket,* 6 kap.. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.
6 kap.	
2 §[2]	
En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.	
	Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det, eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

[1] Senaste lydelse 2019:964.
[2] Senaste lydelse 2014:821.

1.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) att det ska införas en ny paragraf, 8 kap. 3 §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	8 kap.
	3 §
	Socialstyrelsen får meddela före¬skrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2022.

2 Utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande

2.1 Utredningens uppdrag

Regeringen tog den 28 november 2019 beslut om direktiv om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir 2019:93).

Enligt direktiven ska utredningen se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, BUP.

I detta ingår bland annat att:

- utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, till exempel genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll,

– i dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå,
– ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri, med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), och
– lämna nödvändiga författningsförslag och säkerställa att de förslag som ämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Barnrätts- och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och konsekvenser för barn och unga ska belysas. Utredaren ska särskilt belysa hur eventuella organisatoriska förändringar påverkar elevhälsan och ungdomsmottagningarna och förutsättningarna att stödja barn och unga. Utredaren ska även belysa och analysera konsekvenserna av förslagen för barn och unga, med särskilt fokus på grupper som i dagens system inte får sina behov av sjukvårdande och hälsofrämjande insatser tillräckligt tillgodosedda, bland andra späda barn, barn och unga med psykisk ohälsa och barn och unga med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet som har behov av samordnande insatser från olika aktörer.

2.1.1 Avgränsningar

Utredningens uppdrag är brett och rör flera huvudmän och ett stort antal vårdverksamheter inom hälso- och sjukvårdens och skolans område. Det har därför varit nödvändigt att avgränsa dess innehåll och omfattning.

Uppdraget tar i första hand sikte på verksamheter som tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga, det vill säga mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna, nedan benämnd barn- och ungdomshälsovården. Särskilt fokus läggs också på primärvården medan den övriga hälso- och sjukvården inte fått samma utrymme i utredningen. Utredningen beaktar dock den specialiserade vården och synliggör den i flera bedömningar. Det beror på att den specialiserade vården är en stor del av vårdsystemet och den

nära vården i enlighet med den omställningsprocess som nu pågår i hälso- och sjukvården. När det gäller uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bland annat psykisk ohälsa, ingår dessutom uttryckligen insatser som ska bidra till att korta köerna till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). Utredningen menar att psykisk hälsa kan vara ett strategiskt område för insatser eftersom det rör hela hälso- och sjukvårdssystemet, hälsovården i primärvården, den specialiserade sjukvården, elevhälsans medicinska insatser i skolan och socialtjänsten. Det är också ett område där det finns stora problem framför allt när det gäller samordning av vårdinsatser och ansvarsfördelning mellan de berörda vårdverksamheterna. Dessutom finns anledning att särskilt titta på detta område mot bakgrund av att barn och unga med psykisk ohälsa är en ökande grupp i samhället. Tandvården och socialtjänsten ingår inte i utredningens huvudsakliga uppdrag.

Med barn avses i Sverige varje människa under 18 år, enligt barnkonventionens artikel 1 jämfört med 9 kap. 1 § föräldrabalken och det är i denna mening som begreppet barn används av utredningen genomgående i betänkandet. Begreppet unga har inte en lika självklar innebörd. Utredningen använder begreppet både för lite äldre barn, det vill säga personer som ännu inte fyllt 18 år, men framförallt för att beskriva unga vuxna som fyllt 18 år, ibland utan någon skarp övre åldersgräns. Utredningen är dock tydlig med att det med barn och unga i utredningens författningsförslag avses personer som ännu inte fyllt 21 år. Syftet med att inte begränsa förslagen till 18 år är att utredningen anser det motiverat att värna unga vuxna från 18 år till 21 år, liksom barn som är särskilt skyddsvärda och att gränsen vid 18 års ålder i hälso- och sjukvårdsammanhang ofta blir för tidig och skarp. I skälen till författningsförslagen motiverar utredningen varför åldersgräns vid 21 år bedömts som lämplig i de förslagen.

Förslag och bedömningar som gäller sammanhållen och samordnad vård har prioriterats eftersom det ligger i linje med utredningens uppdrag, framför till exempel förslag som leder till ökad tillgänglighet och kvalitet.

Frågor som rör specifika former av vård, omsorg och myndighetsutövning såsom tvångsvård, behandlingshem, hemsjukvård, korttidsboende och liknande ingår inte i utredningens uppdrag. I uppdraget ingår inte heller att föreslå vårdinsatser för barn och unga med specifika diagnoser, funktionsnedsättningar eller långvariga

sjukdomar. I övrigt ingår inte frågor som gäller breda samhällsområden med bäring på barns och ungas livssituation som skola, förskola, familjeförhållanden, kriminalitet, utanförskap, integration, fritidssysselsättning med mera.

Utredningen har också funnit det lämpligt att avgränsa uppdraget i förhållande till andra pågående eller nyss avslutade utredningar.

Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) fick den 15 augusti 2019 i uppdrag att utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården för personer mer lättare psykisk ohälsa (dir. 2019:49). Detta uppdrag tangerar utredningens uppdrag att bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag. De båda utredningarna har kommit överens om att gränsdragningen mellan utredningarnas uppdrag i första hand handlar om gränsen mellan barn-och vuxensjukvården och att denna gräns bör gå vid 18 års ålder.

Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) har vissa uppdrag som gäller elevhälsan. I uppdraget ingår bland annat att analysera regleringen av tillgång till elevhälsa och föreslå en ändring så att det förtydligas vad som är en acceptabel lägstanivå. Utredningen ska även föreslå hur det kan göras obligatoriskt att till en myndighet redovisa uppgifter om hur många skolläkare, skolsköterskor, psykologer och kuratorer det finns i förhållande till antalet elever och föreslå hur denna redovisning ska gå till. Utredningarna har kommit överens om att frågor som rör elevhälsans medicinska insatsers ansvar för hälso- och sjukvård i första hand hanteras inom ramen för den här utredningen.

Den 13 augusti 2020 beslutade regeringen om en delegation för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. I delegationens uppdrag ingår bland annat att utreda om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti samt hur målet om en köfri BUP ska uppnås (dir 2020:81). I förhållande till delegationens uppdrag kommer denna utredning att föreslå insatser som ska bidra till en köfri BUP på en mer övergripande systemnivå och som ska ligga till grund för en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKR). I detta ingår inte att ta fram författningsförslag.

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har bland annat i uppdrag att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. I sitt delbetänkande Informationsöverföring inom vård och omsorg (SOU 2021:04) föreslår utredningen en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning dit bestämmelserna i patientdatalagen om sammanhållen journalföring och kvalitetsregister överförs. Utredningen lämnar även flera andra förslag, bland annat i fråga om sekretessbrytande bestämmelser. Utredningen fortsätter sitt arbete enligt direktiven (dir. 2019:37 och dir. 2020:112) och ska slutredovisa uppdraget den 31 maj 2021. Mot bakgrund av det nyligen redovisade och det pågående arbetet på området har denna utredning valt att inte fokusera på frågor om informationsdelning, personuppgiftsbehandling och sekretess i detta betänkande.

2.1.2 Tidigare utredningar ligger till grund för utredningens uppdrag

Mot bakgrund av en alltmer fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård har flera tidigare utredningar sett behov av att förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga utreds. Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar konstaterade i delbetänkandet Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar (SOU 2017:9) att hälsa har stor betydelse för ungas etablering i samhället och att många unga som varken arbetar eller studerar har haft hälsoproblem från tidig ålder. Samordnaren konstaterade också att samhället inte har kunnat möta de behov av tidiga och samordnade insatser som dessa barn och unga har, vilket har resulterat i skolmisslyckanden och svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden. Samordnaren bedömde att det fanns behov av ett förstärkt stöd och ett systemsynsätt på hälsa och vård för barn och unga. Samordnaren lyfte fram att både de generella förebyggande insatserna till alla barn och unga och de individuellt riktade insatserna behövde stärkas. Stödet borde vara likvärdigt och kompensatoriskt och systemen behövde hänga ihop från tidig ålder fram till vuxen ålder.

Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar föreslog att en statlig utredning skulle få i uppdrag att lämna förslag om hur

en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård från 0 till 25 års ålder borde utformas som inkluderar främjande och förebyggande arbete för alla barn och unga. Samordnaren såg främst behov av att se över organiseringen av dagens stödsystem, aktörers uppdrag och mandat samt att lämna förslag om hur samhällets samlade stöd kunde organiseras för att bättre möta behov av främjande, förebyggande och åtgärdande insatser.

Kommissionen för jämlik hälsa föreslog i slutbetänkandet Nästa steg på väg mot en mer jämlik hälsa – förslag för ett långsiktigt arbete för en god jämlik hälsa (SOU 2017:47) att en utredning borde tillsätts för att utreda hur en sammanhängande barn-, elev- och ungdomshälsovård skulle kunna utformas. Kommissionen menade att syftet med en sådan utredning borde vara att skapa förutsättningar för en jämlik vård genom att elevhälsans resurser samlas centralt och inte avgörs av varje skola. I den samlade barn- och ungdomsvården borde även ungdomsmottagningarna ingå. Utredningen borde utgå från befintliga aktörers organisering, deras uppdrag och mandat, samt undersöka hur ett geografiskt områdesansvar skulle kunna kombineras med befintliga vård- och skolvalssystem. Kommissionen konstaterade att mängden aktörer inom barn- och ungdomshälsovården ökar risken för fragmentisering av vårdkedjan och att det förebyggande arbetet förbises. Det offentliga systemet borde se till helheten med barnet i centrum och en samlad organisation för hälsoarbetet är nödvändig. Syftet med en samlad barn-, elev- och ungdomshälsovård borde enligt kommissionen, vara att säkerställa en jämlik tillgång till och ett sammanhållet ansvar för hälsofrämjande insatser, både generella och riktade, under hela uppväxttiden och att underlätta för vårdnadshavare att stödja barns hälsoutveckling. Vidare borde syftet vara att möjliggöra för barn att söka hjälp för sin hälsa oavsett vårdnadshavarnas resurser genom en tillgänglig form av hälsostöd i barns närhet, att minska antalet övergångar mellan olika verksamheter samt att samla kunskap, kompetens och metoder för att kunna möta barnets behov av hälsoinsatser.

SKR framhöll i rapporten Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar från 2017 att det fanns anledning att se över om vissa förändringar i organisering och arbetssätt skulle kunna bidra till att barn- och ungdomshälsovården på ett ännu mer träffsäkert sätt än i dag kan tillgodose alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa oavsett bakgrund. SKR ansåg vidare att det borde utredas om

elevhälsan även borde omfatta barn i förskoleålder eftersom kunskapen om barnets hälsa går hand i hand med det stöd barnet får i förskolan. SKR menade också att inrättande av en ungdomshälsa för barn och unga i åldern 13–24 år behöver ses över eftersom hälsovården (via ungdomsmottagningar) för denna grupp är ojämlikt fördelat i landet och för att alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa, oavsett bakgrund skulle kunna tillgodoses.

Den nationella samordnaren för den sociala barn och ungdomsvården föreslog en barn- och ungdomsreform för en hållbar framtid, i sitt slutbetänkande. Reformen skulle bidra till att stärka barns och ungas ställning i förhållande till välfärdssektorns utbud och tillgänglighet. I reformen ingick bland annat alla barns och ungas rätt till delaktighet och medskapande i frågor som rör dem och alla barns och ungas rätt till jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård. Reformen skulle möta barns, ungas och deras familjers behov och bidra till att förstärka ordinarie strukturer i samhället. Det handlade till exempel om att minska mellanrum mellan olika lagstiftningar, aktörer och samhällsnivåer.

Den nationella samordnaren för statens insatser på området psykisk hälsa föreslog i rapporten Ungas beställning till samhället (dnr. 2018/04669/FS), att frågan om en modell för en samlad barn- och ungdomshälsovård för barn och unga i åldern 0–25 år skulle utredas. Enligt samordnaren upplevde barn och unga med psykisk ohälsa svårigheter i kontakten med vården, det handlade både om mångfalden aktörer och bristen på samordning mellan dessa aktörer. Samordnaren lyfte fram att barn och unga efterfrågade en ingång till all barn- och ungdomshälsa och en sammanhållen vårdkedja som har barns och ungas behov i centrum. Den nationella samordnaren ansåg att det borde utredas om i första hand elevhälsan och i andra hand primärvården borde ha ansvar för att samordna barns och ungas hälsovård.

Hjälpmedelsutredningen uttryckte behov av en mer sammanhållen vård för barn och unga i betänkandet På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen (SOU 2017:43).

Även utredningar inom det utbildningspolitiska området har sett behov av insatser för att främja en mer sammanhållen vård och omsorg för barn och unga. Redan i början av 1980-talet lyfte skolförfattningsutredningen (U 1979:12) fram behovet av en mer sam-

manhållen barn- och ungdomshälsovård och föreslog att de dåvarande landstingskommunerna skulle ta över huvudmannaskapet för den dåvarande skolhälsovården i grund- och gymnasieskolan. Utredningen föreslog vidare att ”vården skulle ombesörjas av landstingskommunerna med egen personal men bedrivas i skolans lokaler och i nära samarbete med skolan, dess personal, elever och elevernas föräldrar”. Ett tiotal år senare lyfte elevvårdsutredningen fram behovet av en försöksverksamhet med sådan sammanhållen barn- och ungdomshälsovård i betänkandet Från dubbla spår till elevhälsan (SOU 2000:19). Även 2015 års skolkommission pekade på behovet av en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Skolkommissionen konstaterade i sitt slutbetänkande, Samling för skolan Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35) att frågor som har bäring på barns och ungas hälsa och samhällets förutsättningar att förebygga och möta barns och ungas behov hade aktualiserats i flera statliga utredningar. Flertalet av dessa utredningar hade särskilt beaktat elevhälsans uppdrag och funktion. Skolkommissionen bedömde i likhet med dessa utredningar att det fanns ett behov av att utreda hur ett långsiktigt hållbart system som tog sin utgångspunkt i alla barns och ungas behov av stöd skulle kunna utformas.

2.1.3 Utgångspunkter

Förutom vad som framgår av direktiv och avgränsningar, har utredningen identifierat några väsentliga förhållanden och perspektiv som utgör kompletterande utgångpunkter för utredningens arbete.

Barn och unga har specifika behov och förutsättningar

Barndomen präglas av anknytning, beroende, tillväxt, utveckling och varierande autonomi. Tidsperspektivet är långt, händelser i barndomen kan ge livslånga konsekvenser. Barn och unga har olika behov i olika utvecklingsstadier. Behoven varierar också utifrån andra aspekter, som till exempel socioekonomiska förhållanden. Barns uttryck för svårigheter, nedsatt hälsa eller sjukdom skiljer sig från vuxnas, men skiljer sig också mellan olika åldrar. Det är till exempel

stor skillnad mellan ett spädbarns uttryck vid ohälsa jämfört med en fjortonårings.

Barn är mer sårbara och beroende av det system och sammanhang som de lever i, det vill säga familj och närmiljö, än vuxna.

Även i barns behov av stöd och deras begränsning i rättslig handlingsförmåga skiljer de sig från vuxna.[1] I samhället har barn vanligtvis ingen egen röst eller eget mandat utan är beroende av goda och lyssnande vuxna talespersoner. Vårdnadshavare och nära viktiga vuxna har en central roll i barns liv.

Barn kan inte vänta, tidiga insatser ger stora vinster

Det finns åtskilligt med evidens för att tidiga insatser i livet ger vinster för individen, för familjen och för samhället. Ju tidigare man upptäcker och agerar desto större är det hälsoekonomiska utfallet.[2] Detta gäller för tvärsektoriella insatser mellan olika arenor i samhället som ansvarar för insatser till barn och unga och deras familjer. Hälso- och sjukvården är en sådan central arena.

Hälsofrämjande insatser tidigt i livet har historiskt sett gjort stor nytta, till exempel genom barnhälsovårdens vaccinationsprogram och fokus på näringsintag hos de små.

De allra flesta sjukdomstillstånd är också enklare att behandla tidigt i förloppet. Obehandlade kroniska sjukdomar leder ofta till förvärrade besvär, och skador som inte får läka kan ge nedsatta funktionsförmåga och långvariga besvär.

Levnadsvanor etableras ofta i tidig ålder och många risker för hälsan som beror på ohälsosamma levnadsvanor kan undvikas. En stor del av sjukvårdens samlade resurser går till behandling av olika undvikbara sjukdomstillstånd (ohälsosam vikt, cancer, hjärt-kärlsjukdomar, typ 2 diabetes).

[1] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*
[2] Heckman, J. J. (2000) 'Policies to foster human capital', *Research in Economics*, 54(1), s. 3–56.

Personcentrering och delaktighet ska gälla för barn och unga

Barn och unga ska betraktas som individer med kompetens och resurser, snarare än utifrån deras ohälsa, risk för ohälsa eller funktionsnedsättning. Barn och unga är inte heller en homogen grupp med samma behov utan insatser behöver adresseras universellt, selektivt och indikerat, det vill säga både genom breda insatser till många och mer riktat efter behov till de som behöver mer.[3] Delaktighet är en grundläggande aspekt i personcentrerad vård.[4] Det som skiljer barn från vuxna i detta hänseende är det faktum att delaktighet och stöd samt erbjudandet om vård måste anpassas efter ålder, mognad och allvarlighetsgrad.

En annan väsentlig del av personcentrerad vård är att involvera närstående.[5] Det är särskilt angeläget när det handlar om barn och unga. Familjens hälsa, trygghet och välbefinnande är central. Vårdnadshavare är enlig föräldrabalken ansvariga för barnets hälsa fram till 18 årsdagen men under uppväxten finns också lagstadgad rätt att själv söka vård och få tillgång till sina hälsodata. Många barn lever också i utsatta förhållanden eller med bristande omsorg från vårdnadshavare, vilket gör att integritets- och skyddsaspekter blir särskilt viktiga i allt arbete som rör barn.

Arbetet med barns och ungas delaktighet i vård och behandling kräver särskild kompetens, metodik och hänsyn samt ofta mer tid. Lyssnande närvaro med tillitsfullt bemötande i mötet med barn och unga är nödvändigt för att uppnå en god delaktighet.

Holistiskt synsätt ska prägla vården

Barnet eller den unge ska ses som en hel människa – inte uppdelad i ett psyke och en kropp. Psykisk ohälsa kan ge fysisk ohälsa och tvärtom. Ett holistiskt synsätt behöver integreras i ett sammanhållet system i alla led.

[3] Folkhälsomyndigheten (2019): *preventionstriangeln.*
[4] Vårdhandboken (2021) (Hämtad 2021-02-05).
[5] Vårdhandboken (2021) (Hämtad 2021-02-05).

Barnperspektivet före verksamhetsperspektivet

Att tillgodose barns och ungas behov av en god hälso- och sjukvård med goda resultat, är utgångspunkten. Hälso- och sjukvården som system, organisation och enskilda verksamheter finns inte till för sin egen skull utan tjänar endast syftet att möta invånarnas och patienternas behov. Systemet behöver formas i långsiktigt hållbara strukturer så att det möter behoven och skapar en jämlik vård. Då krävs att hälso- och sjukvården inte uppfattas som uppdelad i olika rum och nivåer, med gränser som utgör hinder.

Det innebär till exempel att utredningen väljer att fokusera på hur barns och ungas psykiska välbefinnande kan främjas och hur barn och unga bättre kan tas omhand vid psykisk ohälsa, snarare än hur barn- och ungdomspsykiatrin kan avlastas eller bli köfri.

Barnrättsperspektivet är centralt

Barn är rättighetsbärare enligt lag. Barnets fulla människovärde och integritet ska respekteras. Barnet ska inte diskrimineras på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Barnets bästa, både på lång och kort sikt ska uppmärksammas, utredas och övervägas i alla åtgärder och beslut som berör barn. Barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling ska också beaktas. Barns röster ska höras och ges inflytande i frågor som rör dem. Information om och delaktighet i vården ska erbjudas och anpassas efter ålder och mognad. Mer om barnets rättigheter enligt barnkonventionen utvecklas i Gällande rätt, kap. 3.

Barnets perspektiv ska beaktas

Enligt barnkonventionen artikel 12 har barn har rätt att höras och att uttrycka sin åsikt i alla frågor som rör barnet. Det är inte bara en rättighet för det enskilda barnet i egna ärenden, utan även för gruppen av barn, i frågor som berör dem. Barns perspektiv är deras

egna berättelser och tolkningar av sin situation, och kan därmed bidra med unik och värdefull kunskap.[6]

En sammanhållen vård är samordnad och har kontinuitet

Med sammanhållen vård avser utredningen en integrerad, effektiv och väl fungerande vård som tar ett samlat grepp om barns och ungas hälsa och utveckling under hela uppväxttiden. I en sammanhållen vård ingår att koordinera och samordna vårdinsatser från olika aktörer. En sammanhållen vård innebär att berörda vårdverksamheter samverkar för att få till stånd en samordnad vårdprocess med sömlösa övergångar där barnet eller den unge är i centrum. Samverkan i sig har inget egenvärde om det inte leder till samordning.

I en sammanhållen vård kan barnets och den unges hälsa och utveckling följas. Kontinuitet är en kvalitetsfaktor för en effektiv god och nära vård. Regeringens och den nationella inriktningen mot En nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, baseras på en stark primärvård med kontinuitet och personcentrering.[7] I dagens situation med allt mer specialiserad vård, stor personalomsättning och svårigheter med kompetensförsörjning kan personkontinuitet också i viss mån ersättas och stöttas av data- och systemkontinuitet. Barn och unga betonar dock att det är viktigt med tillit till de vuxna som ska hjälpa, varför även personkontinuitet alltid är att eftersträva.

Omställningen till en god och nära vård – behöver anpassas för barn och unga

Samma principer som gäller för den pågående omställningen till en god och nära vård ska gälla även för hälso- och sjukvården till barn och unga. En stärkt primärvård ska vara navet i hälso- och sjukvården och samspela med den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten med patienten i centrum. Ett särskilt fokus ska ligga på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Denna utredning kan ses som en förstärkning av barnperspektiven i omställningen till den nära vården. Det är utredningens

[6] Socialstyrelsen (2020): *Barns medverkan i Socialstyrelsens arbeten. Ett stödmaterial för att inhämta barns kunskaper och erfarenheter.*
[7] Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

bedömning att omställningens vägval och strategier också gynnar barns och ungas hälsa. Primärvården är den verksamhet som möter flest barn, eftersom den är hemvist för både mödrahälsovård, barnhälsovård och de flesta ungdomsmottagningar. Elevhälsans medicinska insatser möter alla barn och unga under skolåldrarna och utgör bredvid primärvården en viktig del av den nära vården för barn och unga. Den specialiserade öppenvården (barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri) har sedan decennier tillbaka varit en föregångare för en utbyggd nära vård.

2.1.4 Betänkandets disposition

Betänkandet består av några centrala delar, uppdrag och genomförande, bakgrund och nuläge, problembild och problemanalys samt förslag och bedömningar.

I kapitel 1 redogörs för författningsförslag.

I kapitel 2 redogörs för utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande.

I kapitel 3 redogör utredningen för gällande rätt.

I kapitel 4 redogör utredningen för utvecklingen av barns och ungas hälsa, grunderna för det hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvården samt barn- och ungdomshälsovårdens organisation, relevanta myndigheter och nationellt system för kunskapsstyrning.

I kapitel 5 redogör utredningen för den problembild och den problemanalys som ligger till grund för utredningens förslag.

I kapitel 6 redogör utredningen för förslag och bedömningar som ska leda till en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv god och nära vård för barn och unga. Särskild fokus har lagts på det hälsofrämjande och förebyggande arbete och ett antal bedömningar om hur vården för barn och unga med psykisk ohälsa bör utvecklas.

I kapitel 7 redogör utredningen för ikraftträdande och övergångsbestämmelser.

I kapitel 8 redogör utredningen för konsekvensanalyser av utredningens förslag.

Slutligen i kapitel 9 redogör utredningen för författningskommentarer.

Till betänkandet har lagts ett antal bilagor.

Bilaga 1 är utredningens direktiv, kommittédirektiv 2019:93.

Bilaga 2 är en rapport sammanställd av Bris som summerar barns förslag till utredningen och samarbetet kring expertgrupp barn.

Bilaga 3 är en rapport sammanställd av Tilia som summerar resultatet av ungas röster om vården och psykisk hälsa i samarbete med utredningen.

Bilaga 4 är en rapport från Uppsala universitet, som gjorts på beställning av utredningen, om hälsoekonomisk evidens för tidiga och samordnade insatser med särskilt fokus på hälso- och sjukvård och psykisk hälsa och en omvärldsanalys av samverkansmodeller för barn och unga.

Bilaga 5 är en redovisning av utredningens uppdrag att lämna underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri.

Bilaga 6 är en kortfattad sammanställning av svaren på de fyra öppna frågor som ställts i alla dialogmöten som utredningen genomfört (se nedan 2.2.2).

2.2 Utredningens genomförande

Utredningsarbetet har huvudsakligen bedrivits i dialog med företrädare för berörda myndigheter, SKR, huvudmän, professioner och barn och unga. Utredningen har bedömt att problembilden som ligger till grund för utredningens uppdrag är väl etablerad och beskriven i tidigare utredningar och myndighetsrapporter. Utredningen har därför inte genomfört några egna kartläggningar av barn- och ungdomshälsovården. Stort fokus har i stället lagts vid att gå igenom myndighetsrapporter och annan litteratur. Därutöver har utredningen tagit hjälp av forskare vid Uppsala universitet för att sammanställa information om hälsoekonomiska analyser och evidens gällande tidiga samordnade insatser kopplade till fysisk och psykisk hälsa och samverkansmodeller kring barn och unga (bilaga 4).

2.2.1 Expert- och referensgrupper

Till utredningen har en expertgrupp knutits med företrädare för berörda myndigheter, SKR, huvudmän och Bris. Utredningen har hållit sex möten med expertgruppen med anledning av det utredningsuppdrag som ska redovisas i delbetänkandet. Syftet med dessa möten har varit att diskutera väsentliga teman för utredningen och redovisa och få synpunkter på utredningens förslag och bedömningar.

Därutöver har utredningen knutit tre referensgrupper till utredningsarbetet, en med professionsföreträdare, en med patientföreträdare och en med personer med juridisk kompetens. Referensgruppen för professionsföreträdare har bestått av representanter för Akademikerförbundet SSR, Svenska Barnläkarföreningen, Svenska Barnmorskeförbundet, Dietisternas riksförbund, Distriktssköterskeföreningen, eHälsoläkarföreningen, Fysioterapeuterna, Riksföreningen för Barnsjuksköterskor, Riksföreningen för Skolsköterskor, Svenska skolläkarföreningen, Svensk sjuksköterskeförening, Svensk förening för allmänmedicin, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svenska Logopedförbundet, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Vårdförbundet, NPO Barn och ungas hälsa, NPO Tandvård, NPO Psykisk hälsa och Sveriges Farmaceuter.

Referensgruppen för patientföreträdare har bestått av representanter från Autism- och Aspergerförbundet, Förbundet Unga Rörelsehindrade, Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, Föreningen Tilia, Maskrosbarn, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, Unga reumatiker, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Svenska prematurförbundet, Attention, Unga allergiker, Unga med synnedsättning, Unga med hörselnedsättning och Synskadades riksförbund.

Utredningen har träffat referensgrupperna för professions- och patientföreträdare vid fyra tillfällen med anledning av delbetänkandets uppdrag. Vid dessa tillfällen har relevanta teman för utredningen diskuterats och synpunkter inhämtats på utredningens förslag och bedömningar.

Utredningen har också inrättat en juridisk referensgrupp som har lämnat synpunkter på utvecklingen av utredningens författningsförslag.

Dessutom har utredningen genomfört ett stort antal bilaterala möten med berörda intressenter inom olika delar av hälso- och sjukvården inklusive elevhälsans medicinska insatser för att få en ökad inblick och kunskap om förutsättningarna inom barn- och ungdomshälsovården.

Samtliga grupperingar har haft stor betydelse för utvecklingen av utredningens förslag och bedömningar.

2.2.2 Dialoguppdraget

Utredningen har i enlighet med direktivet fört dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän för att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå. Dessutom har utredningen fört dialog med flera företrädare för civila samhället, SKR, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter liksom den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård. Syftet med dialogen var att fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer samt att diskutera alternativa vägar framåt för att få till stånd en mer sammanhållen god och nära vård.

Utredningen har sammantaget genomfört ett 50-tal dialogmöten. Mot bakgrund av de särskilda förhållanden som pandemin inneburit för alla verksamheter och medborgare i Sverige har dialogmötena uteslutande genomförts digitalt. För att skapa struktur och systematik har dialogmötena utformats med utgångspunkt från följande fyra frågeställningar:

- Om din organisation skulle prioritera barns och ungas hälso- och sjukvård extra mycket under ett års tid – vilka aktiviteter/insatser skulle ni satsa på?
- För att börja med barnen måste olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet samverka. Hur samverkar ni i dag och med vilka aktörer?
- För att börja med barnen måste uppdrag och ansvar i hälso- och sjukvården hänga ihop med barnet i centrum – hur fungerar samverkan mellan aktörer och ansvarsfördelning hos er?

- För att börja med barnen måste vi veta mer om deras hälsa. Därför behövs statistik över barns mående och hälsa på nationell nivå. Hur mäter ni barns hälsa i dag?

En sammanställning över de inspel som lämnats under dialogmötena finns i bilaga 6.

2.2.3 Särskilt om genomförandet av uppdraget om psykiska hälsa

När det gäller utredningens uppdrag att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bland annat psykisk ohälsa har utredningen särskilt samrått med olika myndigheter såsom Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering och Inspektionen för vård och omsorg. Utredningen har flera gånger träffat en så kallad basgrupp som samlar alla berörda aktörer på nationell nivå inom psykisk ohälsa, samma gruppering leder regeringsuppdraget att ta fram en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.[8] Utredningen har också samrått med flera avdelningar och berörda nätverk inom SKR bland annat SKR:s psykiatrisamordnare och projektchef för uppdrag psykisk hälsa, avdelningarna för vård och omsorg och för utbildning och arbetsmarknad, nätverket för ledning och styrning av psykiatrin och de nationella programområdesgrupperingarna för psykisk hälsa och primärvård. Utredningen har även fört täta samtal med regeringens tidigare samordnare för psykisk hälsa och den tidigare psykiatrisamordnaren.[9] Dessutom har utredningen fört en dialog med Svensk Förening för Barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) och det nationella chefsnätverket för BUP. Därutöver har utredningen deltagit i flera olika bilaterala möten och mindre grupperingar med stark koppling till aktuell forskning på området och med särskilt fokus på små barns psykiska hälsa, anknytning, utvecklingspsykologi och föräldraskap.

[8] Regeringen (2020): *Uppdrag till Socialstyrelsen att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention* (dnr S2020/06171/FS).
[9] Regeringen (2012): *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016 (*dnr: S2012.006).

2.2.4 Barns och ungas delaktighet och bidrag till utredningen

Samarbete med Bris

Barn och unga är experter på sina egna liv. I barnkonventionen artikel 12 fastlås att barn och unga har rätt till delaktighet och inflytande i frågor som rör dem. Att göra barn och unga delaktiga, att få komma till tals, berätta om sina egna erfarenheter samt idéer och förbättringsförslag har varit en central och viktig del för utredningen. I samarbete med Bris har nära 700 barn och unga bidragit till utredningens arbete. Frågeställningarna till de unga togs fram av utredningens och Bris medarbetare med utgångspunkt från direktivet och uppdraget och anpassades för att skapa öppenhet och delaktighet.

Underlaget till utredningen har samlats in på olika sätt, dels enligt Bris egen metod *Expertgrupp barn* med fyra workshops på högstadieskolor i Göteborg, Umeå och Linköping i årskurs 7–9, dels genom klassrumsinterventioner och en enkät via Bris webbplats.[10] Expertgrupperna bestod av 10–12 elever per skola och eleverna hade olika erfarenhet och förförståelse för hälso- och sjukvården och de vårdverksamheter som ingår i utredningens uppdrag. Samtalet med barn och unga byggde på ett strukturerat arbetssätt och ett antal frågeställningar om hälsa och vilket stöd som barn och unga efterfrågar från skolan, elevhälsan och hälso- och sjukvården i övrigt. Därutöver fick alla skolklasser i de aktuella skolorna möjlighet att diskutera frågorna tillsammans med sin lärare och lämna ytterligare inspel och bidrag till utredningen.

Under två veckor kunde barn och unga dessutom svara på en enkät med motsvarande frågor som ställdes i skolklasserna om hälsa på Bris webbplats. Nära 400 barn och unga i åldrarna 8–18 svarade på enkäten. Syftet med enkäten var få ett bredare svarsunderlag från barn och unga. Bris har sammanställt resultaten från expertgrupper och enkäten på Bris webbplats har i rapporten Ta psykisk hälsa på lika stort allvar som fysisk hälsa. För att läsa rapporten i sin helhet se bilaga 2.

[10] Bris (2019): *Expertgrupp barn – metodhandbok.*

2.2.5 Samarbete med Tilia

För att utredningen skulle få en fördjupad insikt och kunskap om barns och ungas psykiska hälsa har utredningen också genomfört ett samarbete med Tilia, en ideell organisation som arbetar för barns och ungas psykiska hälsa.[11] Med hjälp av Tilia samlades barns och ungas synpunkter in på flera sätt, bland annat genomfördes en 60 minuter lång live-sändning via det sociala mediet Instagrams funktion instagram stories med 95 anonyma unga deltagare. Dessutom genomfördes två workshops med barn och unga i åldrarna 16–20 år om barns och ungas erfarenheter av psykisk ohälsa och möten med hälso- och sjukvården via e-mötestjänsten Zoom. Utredningen fick bland annat återkoppling på förslag och bedömningar med särskild fokus på bedömningar inom området psykisk hälsa. Mer information om detta samarbete finns i bilaga 3.

2.2.6 Samverkan med berörda statliga utredningar

Utredningen har samverkat med flera pågående och avslutade statliga utredningar, till dessa hör:

- Utredningen om samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01) med anledning av utredningens uppdrag att utreda införandet av en ny form av insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa (dir. 2019:49),
- Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03) med anledning av uppdraget att göra en översyn av socialtjänstlagen (dir 2017:39).
- Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) med anledning av uppdraget att analysera regleringen av tillgång till elevhälsa och föreslå en ändring så att det förtydligas vad som är en acceptabel lägstanivå. (dir. 2020:18).
- Barnkonventionsutredningen (S 2018:03) med anledning av uppdraget att kartlägga hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med barnkonventionen (dir. 2018:20).

[11] Tilia (2020): https://teamtilia.se/ (Hämtad 20-12-21).

- Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (S 2018:12) med anledning av uppdraget analysera och lämna förslag på en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen den befintliga myndighetsstrukturen (tilläggsdir. 2019:78).
- Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) med anledning av uppdraget att göra en översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (dir. 2019:37).
- Utredningen om fler barn i förskolan för bättre språkutveckling i svenska (U 20019:01) med anledning av uppdraget att lämna förslag som syftar till att öka deltagandet i förskolan bland barn i 3–5 års ålder och föreslå hur förskolans arbete med barnens språkutveckling i svenska kan stärkas, bl.a. när det gäller nyanlända barn (dir 2019:71).
- Utredningen om ett statligt huvudmannaskap för skolan (U 2020:07) med anledning av uppdraget att se över och lämna ett beslutsunderlag som kan ligga grund för fortsatt beredning av frågan (dir. 2020:140).
- Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08) med anledning av uppdraget att samordna insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd (dir. 2020:68).
- Delegationen för en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12) med anledning av uppdraget att utreda bedöma om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti samt hur målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska nås (dir 2020:81).
- Den nationella samordnaren för Agenda 2030 med anledning av uppdraget att ska stödja regeringen i arbetet med att genomföra Agenda 2030 och FN:s globala mål för hållbar utveckling nationellt (dir 2020:17).

3 Gällande rätt

3.1 Allmänt om kapitlet

I detta kapitel redogörs för några av de bestämmelser som varit relevanta att beakta i utredningens arbete. Kapitlet utgör inte en uttömmande beskrivning av regelverket på hälso- och sjukvårdens område eller av de bestämmelser som gäller hälso- och sjukvård för barn och unga. I samband med att vissa frågor behandlas i övriga delar av betänkandet finns vissa ytterligare beskrivningar av bestämmelser och andra rättskällor som är relevanta för just de frågorna.

3.2 Allmänt om hälso- och sjukvårdslagen

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas.

Med hälso- och sjukvård avses, enligt 2 kap. 1 § HSL, p. 1 åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, p. 2 sjuktransporter, och p. 3 omhändertagande av avlidna. I förarbetena till bestämmelsen utvecklas vad som ingår i definitionen av hälso- och sjukvård. Enligt dessa ingår bland annat sjukdomsförebyggande åtgärder av både miljöinriktad och individinriktad karaktär. Detta innefattar dels insatser för att fastställa hur kemiska, biologiska, fysiska, sociala och psykologiska faktorer inverkar på befolkningens hälsotillstånd, dels allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsoupplysning samt mödra- och barnhälsovård.[1]

Enligt 3 kap. 1 § HSL är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda män-

[1] Se prop. 1981/82:97 s. 110–112.

niskans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska, enligt 3 kap. 2 § HSL, arbeta för att förebygga ohälsa.

I 5 kap. 1 § HSL regleras att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Med god vård avses att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, att den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och att den ska vara lätt tillgänglig. Av 5 kap. 2 § HSL framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvård, ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Kvaliteten i verksamheten ska, enligt 5 kap. 4 § HSL, systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

3.3 Särskilda skyldigheter i fråga om barn

I 5 kap. 6–8 §§ HSL regleras särskilda skyldigheter när det gäller hälso- och sjukvård som avser barn. Dessa bestämmelser gör ingen åtskillnad på vilken vårdform, verksamhet eller huvudman som tillhandahåller vården utan omfattar all hälso- och sjukvårdsverksamhet.

I 5 kap. 6 § HSL regleras den grundläggande principen att barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn.[2]

I 5 kap. 7 § HSL regleras att ett barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med, enligt p. 1 har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, p. 2 har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller p. 3 har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar, eller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

I 5 kap. 8 § HSL regleras att hälso- och sjukvården, på socialnämndens initiativ ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs i frågor som rör barn som far illa eller som riskerar att fara illa. Skyldigheter för anmälan till socialnämnden att

[2] En likalydande bestämmelse finns också i 1 kap. 8 § patientlagen.

ett barn kan behöva nämndens skydd regleras i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

3.4 Kort om regionens ansvar som huvudman

I 8 kap. HSL regleras regionens ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Regionen ska erbjuda god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen, enligt 8 kap. 1 § HSL. Därutöver har regionen även en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård åt andra personer under vissa förutsättningar enligt 8 kap. 2–4 §§ HSL. Regionen ansvarar inte för sådan hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar för enligt 12 kap. 1 § eller 14 kap. 1 § HSL, vilket anges i 8 kap. 6 § HSL.

I 7 kap. HSL finns bestämmelser om organisation och planering av den hälso- och sjukvård som regionen är huvudman för. Där anges bland annat, i 7 kap. 2 § HSL, att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar och beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Vidare stadgas bland annat, i 7 kap. 2 a § HSL, att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt.

I 7 kap. 3 § HSL regleras grunderna för vårdvalssystemet vilket bland annat innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

I 7 kap. HSL finns också bestämmelser om regionens skyldighet att samverka. Regionen ska bland annat samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården enligt 7 kap. 7 § HSL. Regionerna ska också, enligt 7 kap. 8 § HSL, samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner.

3.5 Kort om kommunens ansvar som huvudman

Kommunen ansvarar enligt 12 kap. 1–2 §§ HSL för att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bostäder och verksamheter och, om det överenskommits med regionen, hemsjukvård. Undantag gäller för sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare, enligt 12 kap. 3 § HSL. Kommunen har också ansvar för att erbjuda viss annan hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 4–6 §§ HSL.

I 11 kap. 3 § HSL regleras skyldigheten för kommunen att samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Av 11 kap. 2 § HSL framgår att kommunen har en skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård och ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

3.6 Samverkan mellan region och kommun

Bestämmelser om samverkan mellan huvudmännen finns i 16 kap. HSL. Av 16 kap. 1 och 2 §§ HSL framgår bland annat vad som gäller i fråga om samverkan rörande sådan hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder enligt 12 kap. 1 och 2 §§ HSL. Bland annat anges i 16 kap. 1 § att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård inom ramen för det kommunala ansvaret.

När den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska regionen, enligt 16 kap. 4 § HSL, tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan (en så kallad samordnad individuell planering, förkortad SIP). Motsvarande ansvar för SIP för socialtjänsten finns i 2 kap. 7 § SoL. Enligt ovan nämnda bestämmelser ska en SIP upprättas om regionen eller kommunen bedömer att det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Vidare regleras i bestämmelserna att när det är möjligt ska planen upprättas tillsammans med den enskilde och om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig detta, ska närstående till den enskilde också ges möjlighet att delta i arbetet med planen. Av planen ska det särskilt framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller

kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

3.7 Övergripande om vissa bestämmelser i patientlagen

Enligt 1 kap. 1 § patientlagen (2014:821) syftar lagen till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Flera av bestämmelserna i patientlagen återspeglar sådan reglering som finns i annan hälso- och sjukvårdslagstiftning, t.ex. i HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Det gäller t.ex. beskrivningen av målet med hälso- och sjukvården i 1 kap. 6 § patientlagen, bestämmelsen i 1 kap. 7 § patientlagen om att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och bestämmelsen i 1 kap. 8 § patientlagen om att barnets bästa ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn.

I patientlagens tredje kapitel finns bestämmelser om information. I 3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen anges vilken information patienten ska få. Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället, såvitt det är möjligt, lämnas till en närstående till denne i enlighet med 3 kap. 4 § patientlagen. Av 3 kap. 3 § patientlagen framgår att när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få motsvarande information som patienten ska få enligt 3 kap. 1 och 2 §§. Enligt 3 kap. 5 § patientlagen får information däremot inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns sekretesshinder eller råder tystnadsplikt.

Enligt 3 kap. 6 § patientlagen ska informationen anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Det finns också en skyldighet i 3 kap. 7 § patientlagen för den som ger informationen att så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen kan lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om patienten ber om det.

I patientlagens fjärde kapitel finns bestämmelser om samtycke. I 4 kap. 1 § patientlagen anges att patientens integritet och självbestämmelse ska respekteras. Av 4 kap. 2 § framgår att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information. När patienten är ett barn, ska barnets inställning till aktuell vård och behandling så långt som möjligt kartläggas och tillmätas betydelse i förhållande till dennes ålder och mognad. Detta framgår av 4 kap. 3 § patientlagen.

I patientlagens femte kapitel finns bestämmelser om delaktighet. Hälso- och sjukvården enligt 5 kap. 1 § patientlagen så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Av 5 kap. 2 § patientlagen framgår att patientens medverkan ska utgå ifrån patientens önskemål och individuella förutsättningar. Närstående till patienten ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården om det är lämpligt och om inte bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta. Detta regleras i 5 kap. 3 § patientlagen.

I patientlagens sjätte kapitel finns bestämmelser om fast vårdkontakt och individuell planering. Där anges bland annat, i 6 kap. 1 § patientlagen, att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses samt att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Av 6 kap. 2 § patientlagen framgår att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om denne begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet kontinuitet och säkerhet.

3.8 Övergripande om vissa bestämmelser i patientsäkerhetslagen

Av 1 kap. 1 § PSL, framgår att lagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. Vad som avses med hälso- och sjukvård i lagen regleras i 1 kap. 2 § PSL.

I 3 kap. PSL regleras vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Där anges bland annat att vårdgivaren, enligt 3 kap. 1 § PSL, ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL

respektive tandvårdslagen upprätthålls. I 3 kap. 4 § PSL regleras att vårdgivaren också ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

I kap. 6 kap. PSL regleras skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. Där anges bland annat, i 6 kap. 1 § PSL, att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

3.9 Övergripande om vissa bestämmelser i skollagen

Skollagen (2010:800) innehåller bestämmelser om skolväsendet. Av 2 kap. 2–5 §§ skollagen framgår vem som är huvudman inom skolväsendet. Av 2 kap. 8 a § skollagen framgår att huvudmannen ska utse en skolchef som ska biträda huvudmannen med att tillse att de föreskrifter som gäller för utbildningen följs. Det pedagogiska arbetet vid en förskole- eller skolenhet ska ledas och samordnas av en rektor enligt 2 kap. 9 § skollagen.

I 2 kap. 25 § regleras att det för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska finnas elevhälsa. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas mål mot utveckling ska stödjas. För alla dessa insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator.

Varje elev ska under sin skoltid erbjudas ett visst specificerat antal hälsokontroller genom hälsobesök. Av 2 kap. 27 § skollagen framgår att även syn, hörsel och andra begränsade hälsokontroller ska erbjudas eleven mellan hälsobesöken. Eleverna får enligt 2 kap. 28 § skollagen också anlita elevhälsan vid behov för enkla sjukvårdsinsatser.

Även HSL, PSL och patientlagen är relevanta när det gäller elevhälsans medicinska insatser, eftersom vårdgivare inom elevhälsan omfattas av flera av bestämmelserna i de lagarna.

3.10 Barnkonventionen

3.10.1 Kort historik

Förenta nationernas (FN:s) generalförsamling antog den 20 november 1989 konventionen om barnets rättigheter (barnkonventionen). Denna trädde i kraft den 2 september 1990 och genom dess ratificering skapades ett internationellt regelverk som anger de rättigheter som barn har och de skyldigheter som det allmänna har gentemot personer som är under 18 år. Genom barnkonventionen ges barn ett fullständigt erkännande som rättighetsbärare. Rättigheterna som barn tillförsäkras bygger på allmänna mänskliga rättigheter som fastställts genom flera internationella överenskommelser.

Till barnkonventionen tillkommer också tre fakultativa protokoll med fördjupade åtaganden. De två första avser indragning av barn i väpnade konflikter och försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi. Dessa protokoll antogs av FN:s generalförsamling den 25 maj 2000 och trädde i kraft i Sverige den 20 mars 2003 respektive den 19 februari 2007. Det tredje protokollet om ett individuellt klagomålsförfarande har ännu inte ratificerats av Sverige.

Barnkonventionen och de fakultativa protokollen är en del av den internationella folkrätten vilket innebär att alla stater som har ratificerat dem är skyldiga att uppfylla dem. I Sverige är såväl riksdag, regering, regioner, kommuner som andra myndigheter ansvariga för att inom ramen för sina verksamhetsområden säkerställa att barns rättigheter enligt konventionen respekteras.[3]

FN har också inrättat en särskild kommitté, FN:s kommitté för barnets rättigheter (Barnrättskommittén) för att kunna granska konventionsstaternas uppfyllande av barnkonventionen och de därtill hörande fakultativa protokollen. Till Barnrättskommitténs uppgifter hör bland annat att ge stöd till konventionsstaterna i form av vägledning om tolkning av regelverken genom exempelvis juridiskt icke-bindande allmänna kommentarer som ger uttryck för kommitténs samlade syn på konventionen, genom periodiska uppföljningar av respektive stats förverkligande av konventionen samt genom rekommendationer och sammanfattande slutsatser (utifrån

[3] Se artikel 4 barnkonventionen vari anges att staten ska vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. Däremot är det upp till varje stat som har ratificerat konventionen att bedöma på vilket sätt dessa åtgärder ska genomföras och säkerställas.

uppföljningarna) i form av s.k. Concluding Observations, utifrån var respektive stat bör uppmärksamma och prioritera i fortsatt arbete med genomförandet av barnkonventionen.

Regeringen har sedan ratificeringen av konventionen genomfört såväl lagstiftningsåtgärder som andra åtgärder för att främja och stärka barns rättigheter inom olika områden, inte minst utifrån den av riksdagen antagna Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (2010). Bland annat innebär strategin att all lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen.

År 2016 överlämnade Barnrättighetsutredningen betänkandet Barnkonventionen blir svensk lag (SOU 2016:19) till regeringen. I mars 2018 överlämnade regeringen en proposition[4] om inkorporering av barnkonventionen till riksdagen och från och med 1 januari 2020 utgör barnkonventionen svensk lag genom lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

3.10.2 De grundläggande principerna i barnkonventionen

Barnkonventionen består av 54 artiklar, varav 41 är s.k. sakartiklar som fastslår barnets rätt att få sina grundläggande rättigheter och behov tillgodosedda, medan övriga artiklar fastslår hur konventionsstaterna ska arbeta med konventionen. Sakartiklarna ska läsas i sin helhet och inte som separata delar.[5]

Barnrättskommittén har lyft fram fyra grundläggande rättigheter i barnkonventionen som utgör konventionens grundprinciper, artiklarna 2, 3, 6 och 12. Även om ingen av konventionens rättigheter är över- eller underordnad andra rättigheter, beaktas dessa som konventionens ”fyra pelare” som ska genomsyra övriga rättigheter och alltid beaktas i fråga om barn.

[4] Se prop. 2017/18:186, Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.
[5] Se exempelvis www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/barnkonventionen där barnkonventionen beskrivs som ”hel och odelbar”.

Artikel 2, Lika rättigheter och icke-diskriminering

1. Konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt.
2. Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att säkerställa att barnet skyddas mot alla former av diskriminering eller bestraffning på grund av föräldrars, vårdnadshavares eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro.

Den första punkten i artikel 2 innebär att alla barn som befinner sig i Sverige ska få sina rättigheter tillgodosedda, oavsett var barnet bor eller vilken skola barnet går på. Barnet får inte utsättas för diskriminering på grund av omständigheter som rör barnet eller dess föräldrar, såsom exempelvis religion, ursprung eller politiska åsikter.

I den andra punkten skyddas barn mot alla former av diskriminering[6], dvs. barn får inte diskrimineras på de grunder som anges i barnkonventionen.[7]

Artikel 3, Barnets bästa

1. Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.
2. Konventionsstaterna åtar sig att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess

[6] Diskrimineringsgrunderna i barnkonventionen är: ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt. Jfr diskrimineringsgrunderna i diskrimineringslagen (2008:567) som är *sju* till antalet och utgörs av: kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning samt ålder.

[7] I Sverige gäller även förbud mot diskriminering på de grunder som anges i diskrimineringslagen (2008:567).

föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har juridiskt ansvar för barnet, och ska för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder och administrativa åtgärder.

3. Konventionsstaterna ska säkerställa att institutioner, tjänster och inrättningar som ansvarar för omvårdnad eller skydd av barn uppfyller av behöriga myndigheter fastställda normer, särskilt vad gäller säkerhet, hälsa, personalens antal och lämplighet samt behörig tillsyn.

Artikeln innebär att vid alla åtgärder som rör barn, ska det beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Enligt Barnrättskommittén finns det tre dimensioner på barnets bästa; en rättighet för barnet att få sina intressen (barnets bästa) bedömda och beaktade, en rättslig tolkningsprincip om en rättsregel är öppen för flera tolkningar samt ett tillvägagångssätt för att konstatera och redogöra för vilka konsekvenser ett beslut som rör barn kan få och hur barnets bästa har beaktats i beslut om en åtgärd.

Vad som utgör barnets bästa i tidig ålder och under ungdomsåren skiljer sig åt. Barnrättskommittén har därvid skrivit två kommentarer till genomförandet av artikel 3. När det gäller den tidiga barndomen[8] har kommittén betonat att barn är rättighetsbärare och sociala aktörer från livets början och att små barn har en särskild sårbarhet men också egna intressen och förmågor. De har rätt till skydd, vägledning och stöd i deras utövande av sina rättigheter och det är viktigt att det skapas förutsättningar för att de små barnen ska kunna uttrycka sina åsikter, att de tillfrågas i frågor som berör dem med utgångspunkt i deras förmågor, deras bästa och deras rätt till skydd mot skadliga upplevelser. Ungdomstiden[9] är däremot ett stadium i livet som kännetecknas av ökade möjligheter, förmågor, strävanden, energi och kreativitet, men också av en betydande utsatthet. Ungdomar upplever större förväntningar kring sin roll i samhället och mer betydelsefulla vänskapsrelationer när de övergår från en beroendesituation till att vara mer självständiga. Det är därför

[8] FN:s barnrättskommitté har definierat den tidiga barndomen såsom tiden från 0 till 8 år. Se GENERAL COMMENT No. 7 (2005), *Implementing child rights in early childhood.* CRC/C/GC/7/Rev.1 20 september 2006, s. 2.

[9] FN:s barnrättskommitté har inte formellt definierat ungdomstiden (adolescence) på samma sätt som den ”tidiga barndomen” men fokus läggs på perioden mellan 10 och 18 års ålder för att underlätta enhetlighet vid insamling av data. Se GENERAL COMMENT No. 20 (2016), Implementing childs right in adolescence.

viktigt att tänka på att när barnets ålder och mognad ökar, utvecklas också dess kompetens, insikter och förmåga att agera. Vuxna ska stödja ungdomar så att de kan ta större ansvar för sina egna liv.

Artikel 6, Rätt till liv, överlevnad och utveckling

1. Konventionsstaterna erkänner varje barns inneboende rätt till livet.
2. Konventionsstaterna ska till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling.

Varje barn har alltså rätt till liv, överlevnad och utveckling. Rätten till utveckling omfattar en helhetssyn på barnet där såväl fysisk, psykologisk som social utveckling ingår.

Artikel 12, Rätt att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande

1. Konventionsstaterna ska tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.
2. För detta ändamål ska barnet, i alla domstolsförfaranden och administrativa förfaranden som rör barnet, särskilt beredas möjlighet att höras, antingen direkt eller genom en företrädare eller ett lämpligt organ och på ett sätt som är förenligt med nationella procedurregler.

Enligt denna artikel har varje barn som kan bilda egna åsikter rätt att uttrycka dessa åsikter i alla frågor som rör barnet. Åsikterna ska få betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Den vuxne har därmed ett ansvar att göra barnet delaktigt och anpassa sättet att lyssna utifrån barnets ålder, mognad och funktionsförmåga.

Barnet ska vidare, enligt andra punkten, i domstols- och myndighetsärenden ha möjlighet att höras på ett sätt som är lämpligt för barnet vilket kan innebära att barnet hörs direkt, exempelvis genom en företrädare eller på annat sätt.

Barnrättskommittén har utifrån artikel 12 förtydligat att barnets rätt att göra sin röst hörd innebär en rättighet till både delaktighet och inflytande. Rätten att komma till tals är en rättighet och inte en skyldighet vilket innebär att barnet måste få välja, utan påtryckningar, om det önskar delta eller inte. Rätten att komma till tals är också absolut för alla barn, vilket innebär att den inte får begränsas utifrån landets resurser. Det måste också finnas förutsättningar för att barn ska kunna komma till tals, och för detta behövs strukturer och trygga miljöer som möjliggör detta.

3.10.3 Särskilt om barns rätt till hälsa och sjukvård

I artikel 24 barnkonventionen behandlas barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering, främst genom att exemplifiera på vilket sätt en stat ska sträva efter att förverkliga denna rätt. Artikeln stadgar därutöver en skyldighet för staten att vidta åtgärder för att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa. Genom artikeln åtar sig en stat också att främja och uppmuntra ett internationellt samarbete i syfte att förverkliga rätten till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering.

När primärvård uttrycks i artikel 24 är utgångspunkten det synsätt på primärvården som formulerades under Alma-Ata-deklarationen[10] som sedan förstärktes av Världshälsoförsamlingen (WHA)[11]. Detta synsätt betonar behovet av att avskaffa utanförskap och minska sociala skillnader i hälsa, att organisera hälso- och sjukvård utifrån människors behov och förväntningar, att införliva hälsa i andra samhällssektorer, att föra policydialoger enligt samarbetsmodell samt att utöka intressenternas deltagande, även när det gäller efterfrågan och hur hälso- och sjukvård lämpligen bör utnyttjas.

Genomförandet av artikel 24 måste alltid ta hänsyn till samtliga människorättsprinciper, i synnerhet konventionens vägledande principer, och styras av evidensbaserade folkhälsonormer och bästa praxis.[12]

[10] Alma-Ata-deklarationen vid den Internationella konferensen om primärvård, Alma-Ata (Kazakstan), 6–12 september 1978.
[11] Världshälsoförsamlingen, Primary health care, including health systems strengthening, document A62/8.
[12] Se Barnrättskommitténs allmänna kommentarnr. 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24), vidare refererad till som *CRC/C/GC/15*.

Artikel 24

1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.
2. Konventionsstaterna ska sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att:
   a) minska spädbarns- och barnadödligheten,
   b) säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig hälso- och sjukvård med tonvikt på utveckling av primärvården,
   c) bekämpa sjukdom och undernäring, bland annat inom ramen för primärvården, genom utnyttjande av lättillgänglig teknik och tillhandahållande av lämpliga och näringsrika livsmedel och rent dricksvatten, med beaktande av de faror och risker som miljöförstöring innebär,
   d) säkerställa tillfredsställande hälso- och sjukvård för mödrar före och efter förlossningen,
   e) säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall och får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper,
   f) utveckla förebyggande hälso- och sjukvård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp i familjeplaneringsfrågor.
3. Konventionsstaterna ska vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa.
4. Konventionsstaterna åtar sig att främja och uppmuntra internationellt samarbete i syfte att gradvis uppnå det fulla förverkligandet av den rätt som erkänns i denna artikel. Särskild hänsyn ska härvid tas till utvecklingsländernas behov.

Barns rätt till hälsa omfattar alltså en uppsättning av fri- och rättigheter. De omfattar rätten att bestämma över den egna hälsan och

kroppen, inklusive den sexuella och reproduktiva friheten att göra ansvarsfulla val. I rättigheterna ingår också tillgång till olika inrättningar, varor, tjänster och villkor som ger alla barn samma möjligheter till bästa uppnåeliga hälsa. I begreppet bästa uppnåeliga hälsa ingår barnets biologiska, sociala, kulturella och ekonomiska förutsättningar, men även statliga resurser och resurser från andra håll, såsom exempelvis icke-statliga organisationer, det internationella samfundet och den privata sektorn.[13]

I barns rätt till god hälso- och sjukvård ingår förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, behandling, rehabilitering och palliativ vård. På primärvårdsnivå måste dessa tjänster vara tillgängliga med tillräcklig omfattning och kvalitet. De ska vara fungerande samt fysiskt och ekonomiskt tillgängliga för alla grupper av barn, och godtagbara för alla. Hälso- och sjukvårdsystemet bör inte endast erbjuda vård, utan även rapportera rättighetskränkningar och orättvisor till berörda myndigheter. I den utsträckning det är möjligt bör också sekundär- och tertiärvård göras tillgänglig med fungerande remissystem som kopplar samman lokalsamhällen och familjer på alla nivåer i vården.[14]

Vidare bör heltäckande primärvårdsprogram erbjudas tillsammans med beprövade lokalt förankrade insatser, till exempel förebyggande vård, behandling av specifika sjukdomar, och kostrelaterade åtgärder. Insatserna på lokalsamhällesnivå bör omfatta information, tjänster och varor, samt förebyggande av sjukdomar och skador, exempelvis genom investeringar i trygg offentlig miljö, trafiksäkerhet och utbildningar i att förhindra skador, olyckor och våld.[15] Staterna bör vidare säkerställa att det finns personal i tillräckligt antal och med rätt utbildning för att alla barn ska ha tillgång till barnhälsovård. Det krävs också reglering och tillsyn samt rimlig ersättning och rimliga tjänstevillkor även för vårdpersonal på lokalsamhällesnivå. Kapacitetsutveckling ska utformas så att hälso- och sjukvårdsleverantörer arbetar på ett barnanpassat sätt och inte förvägrar barn några tjänster de har laglig rätt till. Mekanismer för ansvarskontroll bör införlivas i verksamheten så att kvalitetssäkringsnormer upprätthålls.[16]

[13] Se CRC/C/GC/15 punkt 23.
[14] Se CRC/C/GC/15 punkt 25.
[15] Se CRC/C/GC/15 punkt 26.
[16] Se CRC/C/GC/15 punkt 27.

Artikel 24.1 innebär att konventionsstaterna har en strikt skyldighet att säkerställa att alla barn har tillgång till hälso- och sjukvård samt andra relevanta tjänster. Denna skyldighet gäller särskilt i missgynnade områden och befolkningar. Artikeln ställer krav på att det ska finnas ett heltäckande primärvårdssystem med fullgoda rättsliga ramar och att kontinuerlig uppmärksamhet riktas på de underliggande faktorer som påverkar barns hälsa.[17]

I enlighet med artikel 24.2 bör staterna införa en process för att identifiera och hantera andra frågor som är relevanta för barns rätt till hälsa. Detta kräver bland annat en fördjupad analys av den nuvarande situationen vad gäller prioriterade hälsoproblem och insatser samt att man identifierar och genomför evidensbaserade åtgärder och policyer som svarar mot nyckelfaktorer och hälsoproblem. När det är lämpligt ska barn konsulteras i arbetet.[18] Arbetet för barns rätt till hälsa bör särskilt fokusera på missgynnade barn, och barn i områden med dålig tillgång till tjänster. Staterna bör identifiera de faktorer på nationell och regional nivå som skapar utsatthet för barn eller missgynnar vissa grupper av barn. Dessa faktorer bör finnas med när man tar fram lagar, regleringar, policyer, program och tjänster som rör barns hälsa, och arbetar med att främja rättvisa.[19]

I enlighet med 24.2. [b] bör staterna bör prioritera allmän tillgång till primärhälsovård för barn, i så nära anslutning som möjligt till barnens och deras familjers hem, främst inom lokalsamhällen. Det krävs effektiva hälsovårdssystem med en robust finansieringsmekanism, en välutbildad och skäligt avlönad arbetsstyrka, tillförlitlig information att grunda beslut och policyer på, välskötta anläggningar och logistiksystem som levererar mediciner och teknik av god kvalitet, samt starkt ledarskap och styrning. Att tillhandahålla hälso- och sjukvård i skolor skapar en viktig möjlighet för hälsofrämjande arbete och screening för sjukdomar och ökar tillgängligheten till hälsovård för barn som går i skolan.[20]

Barnrättskommittén har uttryckt bekymmer över den ökande psykiska ohälsan bland ungdomar, inklusive utvecklings- och beteendestörningar, depression, ätstörningar, ångest, psykologiska trauman efter övergrepp, vanvård, våld eller utnyttjande, bruk av alkohol, tobak och droger, tvångsbeteenden som till exempel överdrivet

[17] Se CRC/C/GC/15 punkt 28.
[18] Se CRC/C/GC/15 punkt 32.
[19] Se CRC/C/GC/15 punkt 11.
[20] Se CRC/C/GC/15 punkt 36.

bruk och beroende av internet och annan teknik, samt självskador och självmord.

> Det finns en växande insikt om behovet av ökad uppmärksamhet kring beteendemässiga och sociala problem som undergräver barns psykiska hälsa, psykosociala välmående och emotionella utveckling. Kommittén varnar för övermedicinering och institutionalisering, och uppmanar staterna att tillämpa ett synsätt som utgår från folkhälsa och psykosocialt stöd för att möta psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, och att investera i primärvårdsmetoder som underlättar tidig upptäckt och behandling av barns psykosociala, emotionella och psykiska problem.[21]

Staterna är därvid skyldiga att tillhandahålla lämplig behandling och rehabilitering åt barn med psykiska och psykosociala störningar, och samtidigt undvika onödig medicinering. WHO:s resolution från 2012 om den globala bördan av psykiska störningar och behovet av en övergripande och samordnad respons från hälsosektorer och sociala sektorer på nationell nivå konstaterar att det finns allt fler belägg för att insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykiska störningar, i synnerhet hos barn, är verkningsfulla och kostnadseffektiva. Kommittén uppmanar staterna att öka omfattningen av sådana insatser genom att inlemma dem i policyer och program i olika sektorer, till exempel hälsa, utbildning och skydd (straffrätt), och att engagera familjer och lokalsamhällen i processen. Barn som på grund av sina familjer och sociala miljöer tillhör riskgrupper kräver särskild uppmärksamhet för att de ska ges bättre förutsättningar att hantera svårigheter och klara av vardagslivet och för att man ska främja skyddande och stödjande miljöer.[22]

När det gäller 24.2. [d] anför kommittén bland annat att ett hälsoperspektiv bör anläggas av staterna som tar hänsyn till barns förutsättningar under olika perioder,

> … till exempel a) amningsvänliga sjukhus där spädbarn får vara hos sina mammor dygnet runt, b) barnanpassade hälsopolicyer med fokus på att utbilda vårdpersonal i att ge god vård på ett sätt som minskar risken för rädsla, oro och lidande för barn och deras familjer och c) ungdomsanpassad hälsovård, som kräver att vårdpersonal och mottagningar är välkomnande och lyhörda för ungdomar, respekterar sekretessen och levererar tjänster som ungdomar kan acceptera.[23]

[21] Se CRC/C/GC/15 punkt 38.
[22] Se CRC/C/GC/15 punkt 39.
[23] Se CRC/C/GC/15 punkt 52.

Barn behöver vidare information och undervisning om alla aspekter av hälsa för att kunna göra informerade val angående livsstil och tillgång till hälsovård.[24]

I enlighet med 24.2. [e] bör exempelvis undervisning om sexuell och reproduktiv hälsa handla om självmedvetenhet och kunskap om kroppen och innehålla både anatomiska, fysiologiska och känslomässiga aspekter. Den ska också vara tillgänglig för alla barn, flickor som pojkar. Den bör vidare innehålla fakta kring sexuell hälsa och välbefinnande, till exempel om kroppsförändringar och mognadsprocesser och bör vara utformad på ett sådant sätt att barn kan få kunskap om reproduktiv hälsa och förebyggandet av könsrelaterat våld, och anta ett ansvarsfullt sexuellt beteende.[25] Information om barns hälsa bör vidare ges till alla föräldrar, individuellt eller i grupp, samt till släktingar och andra omvårdare, genom olika metoder såsom hälsokliniker, föräldraundervisning, informationsblad, yrkessamfund, föreningar och medier.[26]

När det gäller 24.2. [f] har kommittén bland annat anfört att förebyggande och hälsofrämjande åtgärder bör inriktas på de huvudsakliga hälsorisker barn utsätts för i sina lokalsamhällen och landet som helhet. I detta ingår sjukdomar och andra hälsorisker som olyckor, våld, drogmissbruk, samt psykosociala och psykiska hälsoproblem. I förebyggande hälsovård bör det ingå hantering av smittsamma och icke smittsamma sjukdomar och en kombination av biomedicinska, beteendemässiga och strukturella åtgärder. Arbetet med att förebygga icke smittsamma sjukdomar bör inledas tidigt i livet genom att man främjar och stöder en sund livsstil och en våldsfri miljö för gravida kvinnor, deras makar/partner, och för små barn.[27] Föräldrar bedöms vidare vara den viktigaste källan till tidig diagnostisering och primär omsorg av små barn. De är också den viktigaste skyddande faktorn mot högriskbeteenden hos ungdomar, till exempel drogbruk och oskyddat sex. Föräldrar spelar även en central roll i att främja en sund utveckling hos barn, skydda barn från faror i form av olyckor, skador och våld, samt lindra de negativa effekterna av riskbeteenden. Barns socialiseringsprocesser, som är avgörande för att de ska förstå och anpassa sig till den värld de växer upp i, påverkas starkt av deras föräldrar, släkt och andra omvårdare.

[24] Se CRC/C/GC/15 punkt 59.
[25] Se CRC/C/GC/15 punkt 60.
[26] Se CRC/C/GC/15 punkt 61.
[27] Se CRC/C/GC/15 punkt 62.

Staterna bör använda evidensbaserade insatser för att stödja ett gott föräldraskap, till exempel föräldrautbildning, stödgrupper och familjerådgivning. Det gäller i synnerhet familjer som ställts inför utmaningar vad gäller barnens hälsa, och andra sociala förhållanden.[28]

Utöver detta bör familjeplanering ingå i heltäckande paket med vård av sexuell och reproduktiv hälsa, och bör omfatta sexualundervisning, inklusive rådgivning. Detta kan betraktas som en del av den fortlöpande hälsovård som beskrivs i artikel 24.2 [d], och bör vara utformade så att alla par och individer får information och förutsättningar för att fritt och ansvarsfullt kunna fatta sexuella och reproduktiva beslut, inklusive hur många barn de vill ha, när och med vilka tidsintervall. Både gifta och ogifta ungdomar, såväl pojkar som flickor, ska ha allmän och konfidentiell tillgång till varor och tjänster. Staterna bör säkerställa att ungdomar inte undanhålls någon sexuell eller reproduktiv information eller tjänst på grund av samvetsbetänkligheter hos dem som tillhandahåller dessa tjänster.[29]

3.10.4 Några andra relevanta artiklar

Av artikel 1 framgår att ett barn är varje människa upp till 18 år om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet. Artikeln skapar därmed ramen för tillämpligheten av konventionen. I artikel 41 regleras att barnkonventionen är en miniminivå och inte ett tak. Inget i konvention ska därför inverka på bestämmelser som är mer långtgående vad gäller barnets rättigheter och som kan finnas i (a) en konventionsstats lagstiftning, eller (b) för den staten gällande internationell rätt.

I enlighet med artikel 4 ska alla stater vidta alla lämpliga lagstiftnings, administrativa och andra åtgärder för att genomföra rättigheterna. Artikeln omfattar på så sätt samtliga rättigheter i konventionen och har en övergripande karaktär. Medborgerliga och politiska rättigheter ska genomföras fullt ut oavsett tillgängliga resurser. Ekonomiska sociala och kulturella rättigheter ska staten genomföra så långt det är möjligt utifrån tillgängliga resurser. Detta innebär att länder som har stora resurser har högre krav än länder med mindre resurser. I Barnrättskommitténs allmänna kommentar

[28] Se CRC/C/GC/15 punkt 67.
[29] Se CRC/C/GC/15 punkt 69.

nr. 5 anges att statens ansvar för genomförandet av barns rättigheter delegeras vid decentraliserat styre vilket innebär att kommuner, regioner och statliga myndigheter har samma ansvar för genomförandet som staten.

Enligt artikel 5 ska en stat ska respektera det ansvar, rättigheter och skyldigheter som tillkommer föräldrar och andra att, på ett sätt som står i överensstämmelse med den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga, ge lämplig ledning och råd då barnet utövar de rättigheter som erkänns i konventionen. Att familjen är den grundläggande enheten framgår även av konventionens preambel.

Utöver de ovan redovisade artiklarna finns ett antal ytterligare sakartiklar av relevans för utredningens arbete. Ett exempel är artikel 16 varav framgår att barn har rätt till lagens skydd mot godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt mot olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende. Ett annat exempel är artikel 23, som anger att ett barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv.

3.11 Övergripande om skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet

Skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet skyddas både av internationella regelverk och av nationell rätt. På internationell nivå kan bland annat FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna nämnas. Den är inte formellt bindande, men ger till stora delar uttryck för gällande sedvanerätt. Enligt förklaringens artikel 12 får ingen utsättas för godtyckligt ingripande i fråga om privatliv, familj, hem eller korrespondens och inte heller för angrepp på sin heder eller sitt anseende, och var och en har rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden och angrepp. Inskränkningar är endast möjliga under vissa förutsättningar, enligt artikel 29. Som nämnts ovan framgår också av artikel 16 i barnkonventionen att barn har rätt till lagens skydd mot godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt mot olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende.

Även artikel 8 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europa-

konventionen) skyddar rätten till privat- och familjeliv. Europakonvention gäller som lag i Sverige enligt lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Ingen lag eller föreskrift får meddelas i strid med Sveriges åtaganden enligt Europakonventionen (2 kap. 19 § regeringsformen (1974:152)). Europarådets ministerkommitté har också antagit en konvention (nr 108) till skydd för enskilda vid automatisk databehandling av personuppgifter (dataskyddskonventionen), som syftar till att skydda den enskildes rätt till integritet och privatliv vid behandling av personuppgifter.

Vidare skyddar den Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (EU-stadgan) bl.a. individers rätt till personlig integritet, främst genom artiklarna 3, 7 och 8. Ett centralt regelverk om behandling av personuppgifter är också Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (dataskyddsförordning). Dataskyddsförordningen syftar till att skydda fysiska personerna grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd för personuppgifter.

På nationell nivå är skyddet för den personliga integriteten reglerad i grundlag. Enligt målsättningsstadgandet i 1 kap. 2 § första stycket regeringsformen ska den offentliga makten utövas med respekt för bland annat den enskilda människans frihet. I fjärde stycket samma paragraf anges att det allmänna ska värna om den enskildes privat- och familjeliv. I 2 kap. 6 § regeringsformen finns en grundlagsstadgad rätt till skydd mot bland annat påtvingat kroppsligt ingrepp och skydd för den personliga integriteten.

Det finns också andra författningar på nationell nivå som syftar till att skydda den personliga integriteten. Relevanta författningar när det gäller behandling av personuppgifter är exempelvis lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen), som kompletterar dataskyddsförordningen, och patientdatalagen (2008:355), som bland annat reglerar vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Skyddet för den personliga integriteten upprätthålls även av bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt, till exempel i offentlig-

hets- och sekretesslagen (2009:400) och PSL som bland annat innehåller bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt för uppgifter om enskilds hälsotillstånd och andra personliga förhållanden inom hälso- och sjukvården.

Även i hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns bestämmelser som rör den personliga integriteten. Kraven på god vård innebär, enligt 5 kap. 1 § HSL, bland annat att vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Patientlagen syftar, enligt 1 kap. 1 §, bland annat till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. I lagen anges bland annat i 4 kap. 1 § att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och i 10 kap. 1 § att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras. Enligt 6 kap. 1 § PSL, som handlar om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter, ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, och patienten ska visas omtanke och respekt.

4 Bakgrund och nuläge

4.1 Inledning

I detta avsnitt beskrivs barns och ungas hälsoutveckling i Sverige i förhållande till olika åldrar och grupper och faktorer som påverkar barns och ungas hälsa och mående. Dessutom redogörs för centrala utgångspunkter och begrepp för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Avsnittet inleds med en kort redogörelse för covid-19-pandemins effekter på barn och unga och barn- och ungdomshälsovårdens centrala roll i arbetet med att motverka negativa effekter av pandemin. Avsnittet innehåller också beskrivningar av de verksamheter som möter barn och unga, med särskilt fokus på barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter. Därefter beskrivs flera aktörer som utredningen bedömer har centrala roller för utvecklingen av hälso- och sjukvården för barn och unga såsom statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner och civila samhället. Avsnittet avslutas med beskrivningar av några pågående nationella utvecklingsarbeten.

4.1.1 Pandemins effekter på barn och unga

Strax efter utredningens start drabbades Sverige och världen av covid-19-pandemin. Utbrottet har lett till ett svårhanterligt läge i Sveriges hälso- och sjukvårdssystem. Akut- och intensivvårdskapaciteten har behövt utökas och annan vård har fått stå åt sidan för vård av covid-19-patienter. Även om barn och unga generellt löper mindre risk att själva drabbas av covid-19, kan pandemin komma att få många och allvarliga konsekvenser för barns och ungas hälsa och utveckling. Barn- och ungdomshälsovården har en central roll för att uppmärksamma behov hos barn och unga och tillhandahålla insatser för att förebygga de långsiktiga effekterna.

Bris med flera barnrättsorganisationer har flaggat för att barn och unga som lever i social utsatthet riskerar att fara illa vid minskad eller förlorad kontakt med viktiga och trygga vuxna utanför hemmet till följd av pandemin.[1] Under 2020 har Bris haft över 30 000 kurativa kontakter med barn och unga upp till 18 år vilket är fler än någonsin tidigare. Särskilt stora ökningar noteras när det gäller barns och ungas samtal om ångest (+61 procent), nedstämdhet (+55 procent) och familjekonflikter (+43 procent). Det har även skett en stor ökning av samtal om samhällets stödinsatser och om psykiskt och fysiskt våld. Bris bedömer att de stora samtalsökningarna inom ovan nämnda kategorier har en koppling till de förändringar som skett i omvärlden och i många barns liv under året. Barn och unga har beskrivit hur avsaknaden av distraktioner och social samvaro lett till att deras dåliga mående tagit större plats i vardagen och att tidigare psykisk ohälsa gjort sig påmind. Den sociala distanseringen som pågått under lång tid har inneburit påfrestningar för många familjer.[2] Det har också skett en ökning av antalet anmälningar till socialtjänsten när det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa, med cirka 5 procent 2020 jämfört med 2019.[3]

Restriktioner till följd av pandemin påverkar barns och ungas hälsa och utveckling. Gymnasieelever har fått ta ett stort eget ansvar för att strukturera sin vardag och bedriva sina studier när fjärr- och distansundervisning har införts. Tänkbara negativa effekter såsom lärandeförlust och påverkan på den psykiska och fysiska hälsan har lyfts fram. Även här riskerar de negativa konsekvenserna att slå hårdast mot de barn som redan är utsatta, såsom barn med funktionsnedsättning, underliggande sjukdomar, eller barn som lever i social och ekonomisk utsatthet.[4] Fritiden har också förändrats för barn och unga på grund av pandemins restriktioner, bland annat genom inställda aktiviteter och minskade sociala kontakter. Dessa restriktioner drabbar inte minst tonåringar som befinner sig i en period i livet där social interaktion är avgörande för utveckling och välmående.[5] I en studie från Uppsala universitet framkommer också att

[1] Bris (2020): *Pandemin är en barnrättskris*.
[2] Bris (2021): *Första året med pandemin – om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020.*
[3] Socialstyrelsen (2021): *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten.*
[4] Folkhälsomyndigheten (2020): *Covid-19 hos barn och unga – En kunskapssammanställning Version 2.*
[7] Sveriges Barnläkarförening (2021): *Nedstängningar slår hårt mot barn och unga.*

barn och unga känner oro för både egen eller någon närståendes sjukdom och död.[6]

En mycket liten andel fall av covid-19 har diagnostiserats bland barn upp till sex år både i Sverige och globalt, men små barn har inte heller testats i någon större utsträckning. I takt med stigande ålder ses ett ökat antal fall bland tonåringar, men inte lika många som bland personer över 19 år. Barn får generellt sett mildare symtom än vuxna och en stor andel visar milda eller inga symtom. Mycket få barn och unga mellan 0–19 år har behövt intensivvård och ännu färre har avlidit, både i Sverige och internationellt. Ett ovanligt men allvarligt hyperinflammatoriskt tillstånd, som med stor sannolikhet har koppling till covid-19, förekommer i åldrarna 0–19 år. Sjukdomsgraden varierar och en del barn har blivit svårt sjuka och krävt intensivvård, men behandling finns att tillgå.[7] Det har också rapporterats om fall av långvariga symtom efter covid-19 hos barn och unga, där trötthet är det vanligaste. Kunskapsläget inom området utvecklas ständigt.[8]

Barns och ungas tillgång till hälso- och sjukvård har påverkats av pandemin. Enligt sammanställning från nationellt programområde (NPO) barn och ungdomars hälsa framgår att det inom både barnhälsovården och barnsjukvården funnits sämre tillgång till personal bland annat till följd ökad sjukfrånvaro och omplacering till annan verksamhet, framför allt till vuxensjukvården. Tillgången till anestesikompetens har varit särskilt påverkad. Den minskade personaltillgången har krävt prioriteringar i verksamheterna. Inom barnsjukvården har telefonbesök och digitala besök till stor del ersatt fysiska besök och icke akuta undersökningar och vård har skjutits upp. Detta medför en risk för försämrad diagnostik, uppföljning och behandling. Antalet barn och unga som söker akutsjukvården har minskat påtagligt, vilket lett till att en del barn fått vård sent med allvarliga konsekvenser. Tillgänglighet för patienter med kroniska sjukdomar varierar, men flera regioner beskriver undanträngning av dessa patientgrupper. Generellt har stora undanträngningseffekter drabbat barn i behov av kirurgi. Inom flera regioner har en omställning skett från sjukhusvård till mer hemsjukvård. Det är viktigt att fortsatt utvärdera vilka konsekvenser undanträngningen av icke

[6] Sarkadi, A (2020): *Barn och ungas röster om Corona.*
[7] Folkhälsomyndigheten (2020): *Covid-19 hos barn och unga – En kunskapssammanställning Version 2.*
[8] Sveriges Barnläkarförening (2021): *Nedstängningar slår hårt mot barn och unga.*

covid-19 patienter har på långsiktig sjuklighet och livskvalitet samt ökad risk för komplikationer i samband med uppskjutna utredningar, behandlingar och operationer.

4.2 Barns hälsoutveckling

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. De flesta barn och unga uppger också själva att de har en bra eller mycket bra hälsa. Det visar till exempel Folkhälsomyndighetens enkätstudie som genomförs vart fjärde år sedan 1985/1986, bland 11-, 13- och 15-åringar. En lägre andel flickor i åldrarna 13 och 15 rapporterade att de hade en mycket bra hälsa jämfört med pojkarna i samma ålder. Bland 11-åringarna uppgav de flesta att de kände sig friska.[9]

Samtidigt rapporteras även om ojämlikheter i hälsa hos barn och unga, på grund av olika livsvillkor och skilda möjligheter. Förutsättningarna för att främja barns hälsa, förebygga ohälsa och insatser vid tecken på ohälsa förbättras genom ökad kunskap om och förståelse för symtom på ohälsa, skydds- och riskfaktorer hos barnet eller den unge, dess familj och närmiljö.

Barnpopulationen i Sverige

Omkring 2 miljoner individer i Sverige är mellan 0–17 år och utgör cirka 20 procent av befolkningen.[10] Under de senaste sex åren har det fötts cirka 115 000 barn årligen, vilket är knappt 25 000 fler barn per år än under början av 2000-talet.[11] Antalet födda barn i landet förväntas också öka de kommande åren. Det beror stor del på att de personer som föddes under babyboomen kring 1990-talet kommer att vara i barnafödande åldrar.[12] Invandringen av ensamkommande unga har också påverkat och kommer att påverka barnpopulationen.

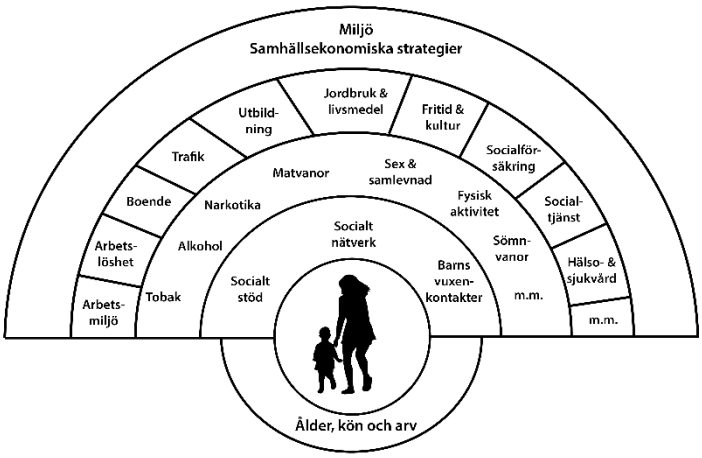
Mot slutet av 2020-talet och början av 2030-talet väntas barnafödandet gå ner då ålderskullarna i barnafödande ålder är mindre, för att sedan återigen öka från mitten av 2030-talet.[13]

[9] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[10] SCB (2020): *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2019.* (Hämtad 2020-04-01).
[11] SCB (2021): *Födda i Sverige.* / (Hämtad 2021-02-09).
[12] SCB (2020): *Fler barn bor i storstäder i framtiden*. (Hämtad 2020-04-01).
[13] Ibid.

4.2.1 Hälsans bestämningsfaktorer

Hälsan hos barn och unga liksom hos befolkningen i stort beror på många olika faktorer och kan ses som ett samspel mellan individ och samhälle. För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor ges likvärdiga villkor och förutsättningar. Dessa villkor och förutsättningar benämns ofta som hälsans bestämningsfaktorer.[14]

Figur 4.1 Hälsans bestämningsfaktorer



Källa: Dahlgren G, Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equtiy in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Sambanden mellan bestämningsfaktorerna och hälsan är komplexa och samma bestämningsfaktorer ligger ofta till grund för flera olika hälsoutfall. Olika levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som utgör den största sjukdomsbördan i Sverige i dag. Livsvillkoren påverkar i sin tur möjligheten till hälsosamma levnadsvanor. Politiska beslut, som fördelnings-, utbildnings- och arbetsmarknadspolitik, påverkar vidare livsvillkoren för invånarna.[15]

Ojämlikhet i hälsa skapas av att olika grupper i samhället har systematiskt olika livsvillkor och levnadsvanor, som till exempel

[14] Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020.*
[15] Ibid.

olika socioekonomiska grupper. Ojämlikheten i hälsa kan också ses ur ett livsförloppsperspektiv. Det innebär att hälsan är ett resultat av processer som pågått under hela livet, där faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boende format förutsättningarna för ett hälsosamt liv. En individs hälsa vid en tidpunkt beror på både dagens situation och hur individen haft det som barn och under livet. Olika individer är olika sårbara för hälsans olika bestämningsfaktorer. En bestämningsfaktor, som till exempel ekonomisk utsatthet eller rökning, påverkar risken för ohälsa, men hur stark effekten av faktorn är beror på om en person också är exponerad för andra faktorer. Eftersom personer med lägre social position oftare utsätts för många olika faktorer som kan inverka negativt på hälsan – sociala, fysiska, levnadsvanor – blir effekten av en faktor ofta starkare bland personer med låg social position än bland personer med hög.[16]

Risk- och skyddsfaktorer är centrala begrepp för att beskriva vad som påverkar utvecklingen av ohälsa hos barn och unga. Riskfaktorer är sådana förhållanden som ökar sannolikheten för att ett barn eller ung person ska utveckla problem. En riskfaktor kan vara både orsaken till ett specifikt problem, något som ökar risken för en negativ utveckling och som bidrar till problemets uppkomst eller att problemet permanentas. Skyddsfaktorerna är motsatsen och är de förhållanden som ökar barnets eller den unges motståndskraft mot belastningar eller dämpar effekten av riskfaktorer. Flera faktorer har visat sig betydelsefulla för att hindra att barn och unga utvecklar psykisk ohälsa. För växande barn är skyddsfaktorer goda fysiska, kognitiva och sociala egenskaper som till exempel kreativitet och impulskontroll, att vara populär bland kompisar och att ha en trygg känslomässig anknytning till sina vårdnadshavare.[17]

Inom folkhälsopolitiken är barn och unga en prioriterad grupp. De förhållanden som barn och unga växer upp i har stor betydelse för deras fysiska och psykiska hälsa under hela livet. Det finns studier som visar att det redan i tidig ålder finns en ojämn fördelning av både god psykisk hälsa och psykisk ohälsa, beroende på familjens socioekonomiska status.[18] Utsatthet i barndomen, till exempel ekonomisk utsatthet, psykisk sjukdom eller suicid hos vårdnadshavare

[16] Ibid.
[17] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården; Rikshandbok för barnhälsovård (2020)*.
[18] Folkhälsomyndigheten (2020): *Att främja psykisk hälsa bland barn och unga*. (Hämtad 2020-03-30).

eller erfarenhet av att flytta ofta, ökar risken för psykisk sjukdom senare i livet. Hemmet, förskolan och skolan är viktiga arenor för det hälsofrämjande arbetet, eftersom barn tillbringar en stor del av sin tid där. För att minska skillnader i uppväxtvillkor är tidiga insatser i hem-, förskole- och skolmiljön därför av stor vikt.[19]

Exempel på faktorer som påverkar barns och ungas hälsa

Här följer några exempel på faktorer som påverkar barns och ungas hälsa och mående. Det är en översiktlig beskrivning och inte en fullständig bild.

Barns och ungas uppväxtvillkor

En viktig förutsättning för ett hållbart samhälle är hållbara uppväxtvillkor för barn och unga.

Familjens ekonomiska och sociala status utgör grundläggande förutsättningar för barns och ungas uppväxtvillkor. Barn och unga som växer upp i socioekonomisk utsatthet riskerar i högre grad att bli inskrivna på sjukhus. Barn och unga i familjer som tar emot ekonomiskt bistånd eller har psykisk ohälsa är särskilt utsatta. Det har också visat sig att dessa barn senare i livet exempelvis får sämre betyg, högre sannolikhet att som unga vuxna ta emot ekonomiskt bistånd och överlag får sämre hälsa.[20]

Förekomst av ohälsa i barn- och ungdomsåren tenderar att ge konsekvenser längre fram i livet. Personer som under sin barndom skrivs in på sjukhus har lägre sannolikhet att avsluta gymnasieskolan, högre sannolikhet att som unga vuxna sakna inkomst från studier eller arbete och att ta emot ekonomiskt bistånd. Att fullfölja gymnasiestudierna har avgörande betydelse för ungas möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden. En viktig främjande åtgärd är att tidigt upptäcka och erbjuda insatser för elevers eventuella behov av särskilt stöd eller extraanpassningar för att på lång sikt förebygga skolmisslyckanden. Oberoende av sociala och ekonomiska förhållanden, könstillhörighet, funktionsnedsättning och ålder ska alla

[19] Folkhälsomyndigheten (2020): *Utveckling av barns och ungas hälsa*. (Hämtad 2020-03-30).
[20] Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*

barn, unga och vuxna ha möjlighet att utveckla kunskaper, kompetenser och tillgodogöra sig en utbildning.

Skolan är en arena där i princip alla barn och unga tillbringar en stor del av sin tid. Skolan är därför viktig för elevernas sociala, emotionella och kognitiva utveckling och utgör en viktig resurs för att främja en god fysisk och psykisk hälsa. Skolan har därför en grundläggande och central roll i barns hälsoutveckling.[21]

Bris konstaterar i sin rapport Hållbara liv, som baseras på data från hundratusentals stödkontakter med barn och aktuell forskning, att Sverige är ett bra land för många barn och unga att växa upp i, men att uppväxtvillkoren inte är hållbara för alla. I samtalen till Bris framkommer tydligt att barn och unga upplever kraven i samhället som ouppnåeliga och att kraven påverkar deras psykiska hälsa negativt. Barn och unga som söker stöd hos Bris är mellan 7 och 18 år, med en genomsnittsålder på 14 år under 2019. Den största andelen är barn och unga i åldrarna 13–15 år och den åldersgrupp som ökar mest är 16-åringar. I 8 av 10 samtal identifierade sig barnet som tjej.[22]

Det vanligaste samtalsämnet när barn och unga söker stöd hos Bris är psykisk ohälsa. Alltmer handlar samtalen om allvarlig psykisk ohälsa. Under de senaste fyra åren har samtalen om suicid ökat med 88 procent, självskadebeteende med 55 procent och ätstörningar med 48 procent. De har sällan berättat för en närstående om sitt dåliga mående.[23]

I samtalen beskriver barn och unga att det är svårt att få den hjälp och stöd som de behöver och har rätt till. De slussas mellan olika aktörer, får vänta i vårdköer och olika vårdgivare förmår inte att se helheten kring barnet eller den unge. De berättar att det är svårt att få hjälp om hälso-och sjukvården bedömer att de inte mår ”tillräckligt dåligt”. En annan upplevelse som barn och unga berättar om är att den information som de får inte är tillräcklig eller att de inte görs delaktiga i sin situation.[24]

Ett annat ämne som barn och unga lyfter i samtalen till Bris är stressen och pressen att lyckas inom livets alla områden som skolan, fritiden och i sociala medier. Många uppger att de känner sig ensamma på olika sätt. En del saknar vänner och andra känner sig ensamma trots att de har vänner och familj omkring sig. Känslan av menings-

[21] Ibid.
[22] Bris (2020): *Hållbara liv – om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*.
[23] Ibid.
[24] Ibid.

fullhet och tillhörighet är viktig för alla människor. Avsaknaden av ett sammanhang, att känna sig utanför eller att inte känna sig viktig för någon annan kan vara oerhört smärtsam för ett barn eller en ung person.[25]

Varför många barn och unga mår dåligt är en komplex fråga. En rad olika faktorer påverkar barns och ungas mående, till exempel livssituation, individuella förutsättningar, händelser de varit med om och hur händelserna har hanterats. Vilka stödnätverk som finns kring barn och unga påverkar också deras motståndskraft för att klara olika påfrestningar. För att en människa ska må bra och utvecklas behöver hen känna sig rustad för de krav och förväntningar som finns och att livet går att hantera.[26]

Vaccinationer av barn och unga

Vaccination är den mest effektiva förbyggande insatsen för att skydda barn och unga från allvarliga smittsamma sjukdomar. Alla vacciner som erbjuds till barn och unga är gratis och frivilliga i Sverige. Vaccinationstäckningen bland barn är god i landet och som en följd har vi få fall av allvarliga smittsamma barnsjukdomar.[27]

I det svenska barnvaccinationsprogrammet erbjuds alla barn och unga inom barnhälsovården och elevhälsan skydd mot elva sjukdomar: rotavirusinfektion, polio, difteri, stelkramp, kikhosta, infektioner orsakade av Haemophilus influenzae typ b (Hib), mässling, påssjuka och röda hund (MPR) och allvarlig sjukdom orsakad av pneumokocker.[28] Vaccin mot Humant papillomvirus (HPV) erbjuds sedan 2010 till flickor i årskurs 5 eller 6 och från och med höstterminen 2020 erbjuds vaccinet även till pojkar i samma årskurs.[29] Folkhälsomyndigheten rekommenderar vaccin mot hepatit B till alla spädbarn och sedan 2016 erbjuds vaccinet inom regionala vaccinationsprogram i hela landet. Barn vars familj kommer från ett land med ökad eller hög förekomst av tuberkulos rekommenderas även vaccination mot tuberkulos. Från 2020 gäller rekommendationen

[25] Ibid.
[26] Ibid.
[27] Folkhälsomyndigheten (2020): *Bra att veta om vaccinationer*.
[28] Folkhälsomyndigheten (2020): *Barnvaccinationsprogram – Allmänt program för barn.*
[29] Folkhälsomyndigheten (2020): *Vaccin mot Humant papillomvirus (HPV)*.
(Hämtad 2020-03-27).

endast barn till och med 6 års ålder och så länge barnet är inskrivet i barnhälsovården.[30]

I Folkhälsomyndighetens rapport Barnvaccinationsprogrammet 2019 sammanställdes uppgifter om vaccinationer för barn födda 2016. Sammanlagt var 116 838 barn inskrivna på barnavårdscentraler och jämfört med befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån (SCB) var rapporttäckningen 94,6 procent. Av de inskrivna barnen hade över 97 procent fått minst tre vacciner mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib och pneumokocker och en dos av MPR-vaccin. En fjärdedel av barnen var vaccinerade mot tuberkulos (Tabell 1).[31]

Tabell 4.1 Vaccinationstäckning (%) bland 2-åringar 2015–2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Difteri	98,1	97,5	97,3	97,4	97,5
Stelkramp	98,1	97,5	97,4	97,4	97,5
Kikhosta	98,1	97,5	97,3	97,4	97,5
Polio	98,1	97,5	97,3	97,3	97,5
Hib	98,0	97,4	97,2	97,3	97,5
Pneumokocker	97,4	96,6	96,5	96,8	97,1
MPR	97,5	96,7	96,7	97,0	97,2
Hepatit B*	52,9	67,4	75,8	91,5	97,3
Tuberkulos*	23,6	26,4	24,8	26,0	24,6

*Rekommenderade till vissa grupper.
Källa: Folkhälsomyndighetens rapport Barnvaccinationsprogrammet 2019.

2014 var andelen elever i årskurs 6 som var fullständigt vaccinerade mot difteri, stelkramp, polio och kikhosta över 95 procent och 95,5 procent av eleverna var vaccinerade med 2 doser vaccin mot mässling, påssjuka, röda hund.[32]

Enligt uppgifter från det nationella vaccinationsregistret (NVR) 2019 var vaccinationstäckningen för minst en dos av HPV-vaccin 81–83 procent bland flickor födda 2002–2005 och för två doser 75–78 procent. Bland flickor födda 2007 var nära 86 procent vaccinerade med en dos.[33]

[30] Folkhälsomyndigheten (2020): *Barnvaccinationsprogram – Allmänt program för barn.* (Hämtad 2020-03-27).
[31] Folkhälsomyndigheten (2019): *Barnvaccinationsprogrammet 2019 – Årsrapport*.
[32] Folkhälsomyndigheten (2014): *Vaccinationsstatistik från skolhälsovården Elever i årskurs 6, läsåret 2013/14.*
[33] Folkhälsomyndigheten (2019): *Barnvaccinationsprogrammet 2019.*

Levnadsvanor

Levnadsvanor är individens egna vanor som har stor betydelse för hälsan. Det handlar bland annat om vad vi äter och dricker, hur vi rör på oss och vanornas påverkan på hälsan på kort och lång sikt. Hälsosamma levnadsvanor främjar hälsan, medan ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för negativ påverkan på hälsan och kan leda till sjukdom. Ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelade i befolkningen och samvarierar med ett antal socioekonomiska faktorer. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är en del av hälso- och sjukvårdens uppgifter.

Barn och unga är i hög grad beroende av sin omgivning och etablerar ofta samma levnadsvanor som finns i miljön de växer upp i. Levnadsvanorna spelar en stor roll också för barns och ungas hälsa.

Det finns nationella riktlinjer för metoder inom området med syfte att förebygga sjukdomar som relateras till levnadsvanor, även anpassade till barns och ungas förutsättningar och behov. De nationella riktlinjerna avser tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor, som är de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsbördan i Sverige.[34]

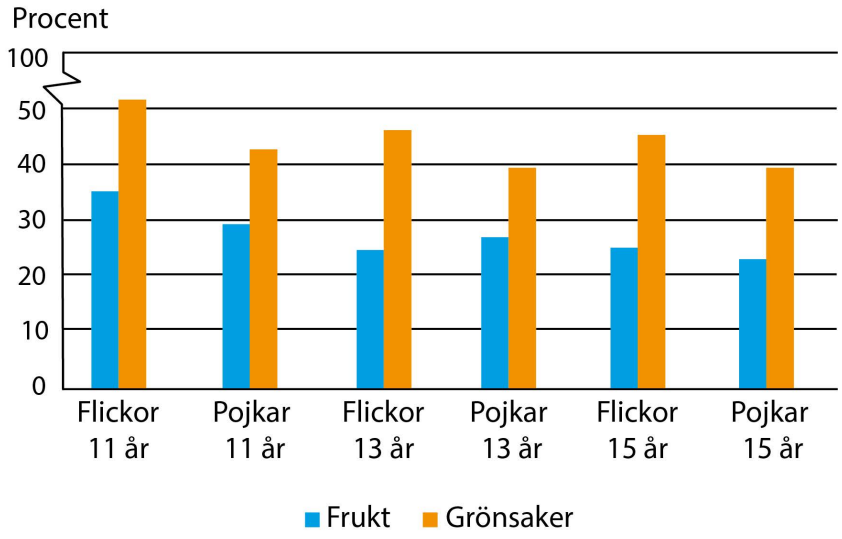
Matvanor

Goda matvanor grundläggs tidigt i livet. De matvanor man får under barn- och ungdomsåren följer ofta med in i vuxen ålder. Socioekonomiska faktorer har betydelse för vad och hur barn och unga äter.[35] Det finns ett samband mellan socioekonomisk ställning och matvanor, det vill säga ju högre socioekonomisk ställning desto hälsosammare matvanor och tvärtom.[36] När det gäller dagligt intag av grönsaker, läsk och godis har matvanorna förbättrats sedan 2001/2002 bland såväl flickor som pojkar. Mindre än 10 procent uppger att de äter sötsaker och dricker läsk varje dag. Bland 11-åriga flickor äter 52 procent grönsaker varje dag och bland 11-åriga pojkar är det 43 procent. Däremot är det dagliga intaget av frukt oförändrat och det är få som äter frukt varje dag. Till exempel anger 35 procent av

[34] Socialstyrelsen (2015): *Nationella riktlinjer-Utvärdering-Sjukdomsförebyggande metoder 2014 – Indikatorer och underlag för bedömningar.*
[35] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[36] Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.*

11-åriga flickor och 29 procent av 11-åriga pojkar att de äter frukt varje dag. Andelen som äter frukt och grönsaker dagligen minskar sedan för 13 och 15-åringar.[37]

Figur 4.2 **Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de dagligen äter frukt respektive grönsaker, 2017/2018**



Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

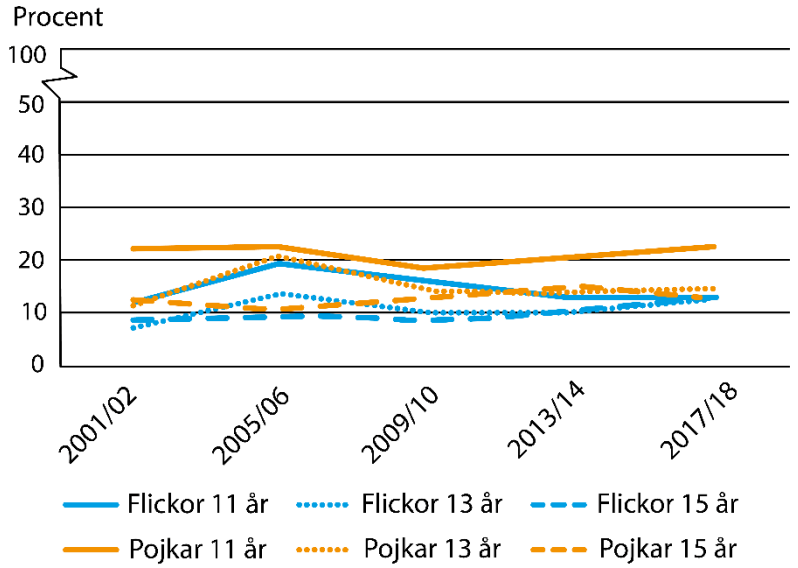
Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har positiva hälsoeffekter för barn och unga, till exempel på kondition, muskelstyrka, blodtryck, blodfetter, bentäthet och BMI. Effekterna kan ses både på kort sikt och upp i vuxen ålder. Fysisk aktivitet har troligen positiva effekter även för utvecklingen av kognitiva funktioner och bidrar till livskvalitet och psykisk hälsa. Enligt rekommendationer från Världshälsoorganisationen (WHO) bör barn under 5 år vara fysiskt aktiva minst tre timmar varje dag, spritt över dagen och utifrån sina förutsättningar.[38] Barn och unga mellan 5–17 år bör vara fysiskt aktiva minst en timme om dagen. Den fysiska aktiviteten minskar med åldern och det rapporteras vanligen en lägre aktivitetsnivå hos flickor än pojkar.

[37] Folkhälsomyndigheten, (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[38] WHO (2019): Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age (Hämtad 2021-02-19).

Barn i familjer med högre socioekonomiska resurser deltar i högre grad i någon form av organiserad träning på fritiden. Därför blir det extra viktigt att förskolan och skolan arbetar för att främja fysisk aktivitet.[39] Till exempel är skolgården en viktig miljö där barn är fysiskt aktiva, men undersökningar visar att skolgårdarna krymper till ytan och den kreativa leken begränsas.[40] Andelen barn och unga som når WHO:s rekommendation varierar mellan 9–23 procent och utvecklingen har praktiskt taget varit oförändrad under perioden 2001/2002 till 2017/2018.[41] Barn och unga uppger att det egna måendet, orken och bristen på tid kan stå i vägen för träning och rörelse, trots att de ofta är medvetna om de positiva hälsoeffekterna med fysisk aktivitet.[42]

Figur 4.3 **Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de varit fysiskt aktiva i sammanlagt minst en timme om dagen under de senaste sju dagarna, 2001/2002–2017/2018**



Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

[39] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[40] Bris (2020): *De säger att vi inte rör på oss.*
[41] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[42] Bris (2020): *De säger att vi inte rör på oss.*

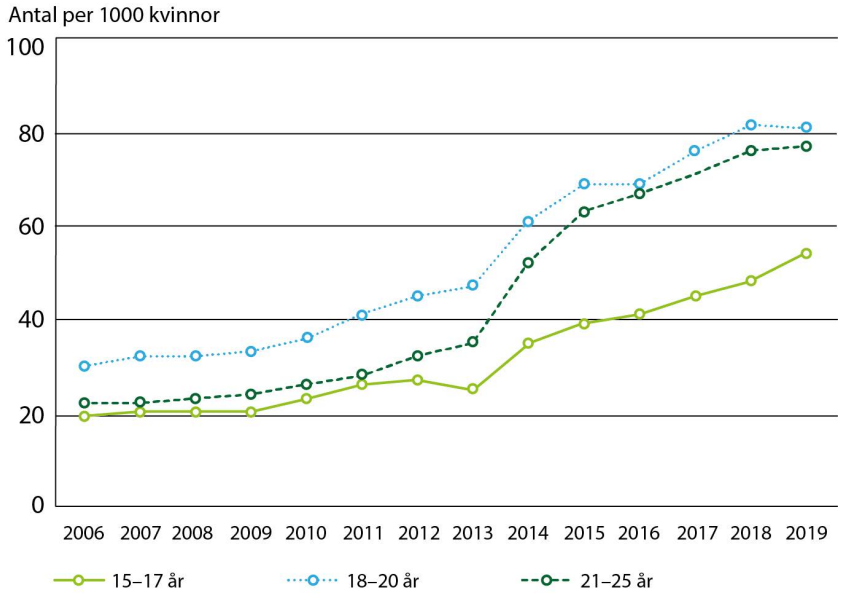
Sexuell hälsa

Sexuell hälsa är en del av unga människors utveckling, välbefinnande och hälsa, och sexualiteten är en viktig faktor för lust och livsglädje. Sexdebuten och vid vilken ålder den sker har betydelse för självuppfattning, välbefinnande, relationer och senare sexuell och reproduktiv hälsa. Det finns samband mellan att sexdebuten sker tidigt, det vill säga före 15 års ålder, och att den sker oönskat och utan preventivmedel. Tidig sexdebut är även associerad med sexuellt risktagande och andra riskbeteenden såsom alkohol- och droganvändning. Andelen 15-åringar som uppger att de haft samlag har minskat över tid och är nu strax över 20 procent. Oskyddat sex kan leda till sexuellt överförda infektioner och komplikationer till följd av exempelvis en klamydiainfektion kan orsaka försämrad fertilitet hos både kvinnor och män. I åldersgruppen 16–24 år i Sverige har det under 2000-talet blivit vanligare att samlag med en ny eller tillfällig partner sker utan kondom. Oskyddat sex kan också leda till oönskad graviditet, vilket bland annat kan få konsekvenser såsom abort eller tidigt föräldraskap.[43]

2017 infördes kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år. Syftet med kostnadsfria preventivmedel är att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter. Andelen kvinnor mellan 15–20 år som hämtat ut preventivmedel har ökat sedan 2017.[44]

[43] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[44] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga – En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa.*

Figur 4.4 Antalet kvinnor som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel per 1 000 kvinnor i befolkningen



Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, data från Socialstyrelsen.

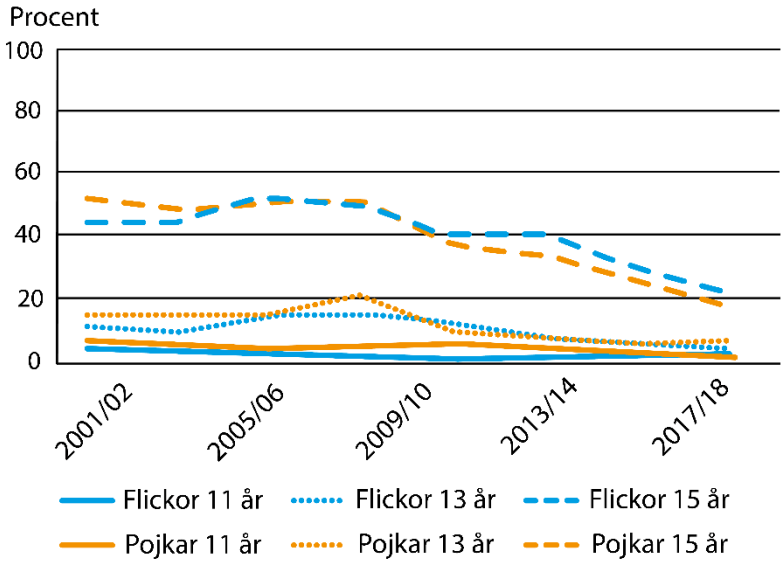
Alkoholkonsumtion

Barn och unga är särskilt sårbara för alkoholens effekter. Ett högt eller frekvent alkoholbruk har samband med negativa konsekvenser som sämre impulskontroll, sämre skolprestation och hög konsumtion av alkohol i vuxen ålder. Andelen elever som uppgett att de druckit sig berusade har minskat över tid. Bland 11-åringarna är andelen 1 procent 2017/2018, en minskning med 6 procent bland pojkarna och 4 procent bland flickorna sedan 1985/1986. Andelen 13-åriga flickor som uppgett att de varit berusade har minskat från 11 till 4 procent och från 13 till 6 procent bland pojkarna. Bland 15-åringarna fortsätter andelen också att minska, från 44 till 22 procent bland flickorna och 52 till 17 procent bland pojkarna.[45] Även bland flickor och pojkar i årskurs 9 hade andelen som druckit alkohol det senaste året minskat från cirka 64 procent 2007 till cirka 42 procent 2019. Samma tendens återfanns bland flickor och pojkar i gymnasiets

[45] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*

år 2, där andelen minskade från cirka 87 procent till cirka 69 procent under samma tidsperiod.[46]

Figur 4.5 **Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de har varit berusade, 1985/1986–2017/2018. Observera att uppgifter för 1993/94 saknas**



Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

Tobaksanvändning

Tobaksrökning ökar risken för flertalet sjukdomar som diabetes, cancer, hjärt- och kärlsjukdom och sjukdomar och infektioner i andningsorganen. Många av de som börjar röka gör det innan 18 års ålder. Rökning kan upplevas hjälpa till att fylla en social funktion för ungdomar genom att till exempel skapa tillhörighet eller kontakt, kontrollera negativa känslor eller depression. Det är viktigt att arbeta förbyggande mot att unga börjar röka, eftersom tröskeln för att bli beroende av nikotin i vuxen ålder blir lägre och det är svårt att bryta beroendet.[47] Enligt data som baseras på Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN) årliga drogvaneundersök-

[46] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Alkoholkonsumtion (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).
[47] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*

ning bland skolelever i årskurs 9 och år 2 på gymnasiet (Skolelevers drogvanor) har tobakskonsumtionen minskat över tid. Från år 2012 har andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de rökt under de senaste 12 månaderna och som fortfarande röker minskat från cirka 16 procent till 10 procent år 2019. I gymnasiets år 2 har motsvarande andel minskat från cirka 30 procent till ungefär 20 procent under samma period.[48]

Snusning kan orsaka ett nikotinberoende och är förknippat med vissa hälsorisker.[49] Sedan år 2012 har andelen flickor och pojkar i årskurs 9 och gymnasiets år 2 som uppgett att de snusat de senaste 12 månaderna och fortfarande snusar ökat i båda årskurserna. I årskurs 9 var andelen ungefär 7 procent år 2012 och cirka 9 procent år 2019, motsvarande andelar för gymnasiets år 2 var ungefär 13 procent respektive cirka 17 procent.[50]

Cannabisanvändning i skolåldern kan resultera i beroendeutveckling, försämrade kognitiva funktioner och ökad risk för psykotiska symtom. Ett regelbundet bruk av cannabis som påbörjats i tidig ålder har även ett samband med högre skolfrånvaro, lägre utbildningsnivå, högre arbetslöshet, lägre inkomst, större behov av ekonomiskt stöd och bruk av andra droger. 6 procent av 15-åriga flickor och 8 procent av pojkarna uppger att de att de har provat hasch, cannabis eller marijuana.[51] Bruk av narkotika orsakar ökade risker för skador både ur ett socialt och ett medicinskt perspektiv. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de använt narkotika det senaste året har ökat från 4,4 procent 2007 till 5,8 procent 2019 och motsvarande för gymnasiets år 2 var 10,7 procent till 12,5 procent under samma period.[52]

Tandhälsa

Redan i förskoleåldern grundläggs goda tandvårdsvanor. Tandhälsan hos barn och unga är generellt sett god, dock förekommer skillnader mellan regioner, åldersgrupper och socioekonomiska grupper. Bland

[48] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion, cigaretter (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).
[49] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[50] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion snus (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).
[51] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[52] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Narkotikaanvändning (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).

barn som har vårdnadshavare med dålig tandhälsa och karies är förekomsten av karies hos barnen vanligare. Barn med karies i mjölktänderna riskerar sämre munhälsa senare i barn- och ungdomsåren.[53] Det finns även socioekonomiska skillnader bland barn och unga i hur regelbundet man besöker tandvården och dessa går att upptäcka tidigt under barndomen.[54] Vid 6-års ålder har mer än vart fjärde barn karies i tänderna och tandhälsan bland 12- och 19-åringar riskerar att försämras på sikt.

Förekomsten av karies bland 3-åringar var 5 procent och är oförändrad under perioden 2011–2018. Bland 6-åringarna hade karies ökat från 21 procent 2011 till 27 procent 2018. Ungefär 33 procent av 12-åringarna hade karies 2018 och resultaten har varit relativt oförändrade sedan 2011. Andelen 19-åringar med karies har var 40 procent 2019, vilket är innebär en förbättring över tid.[55]

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma ökar risken för skador och sjukdomar i rörelseorganen, hjärt- och kärlsjukdom, diabetes typ 2, vissa cancerformer, psykisk ohälsa och förtida död. Övervikt i sig ökar risken för fetma. För barn och unga som har övervikt eller fetma i ung ålder är risken stor att den kvarstår i vuxen ålder. Förekomsten ökar i stort sett i alla åldrar och det finns tydliga skillnader i olika grupper och var i Sverige man bor. Förekomsten ökar också med åldern. Bland 9-åringarna var det dubbelt så stor andel med övervikt och fetma jämfört med 6-åringarna. Dessutom har andelen barn med övervikt eller fetma ökat över tid. Andelen 11-åringar och 15-åringar med övervikt eller fetma har mer än dubblerats under de senaste 30 åren.

När det gäller 4-åringar hade cirka 11 procent övervikt eller fetma år 2018. Det var vanligare bland flickorna (13 procent) än bland pojkarna (10 procent). Då det endast finns nationella data för åren 2017 och 2018 bland barn i 4-årsåldern är det svårt att säga något om utvecklingen.[56]

[53] Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2020.*
[54] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[55] Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2020.*
[56] Folkhälsomyndigheten (2021): *Förekomst av övervikt och fetma* (Hämtad 2021-01-27).

Cirka 21 procent av 6–9-åringar hade läsåret 2017/2018 övervikt eller fetma. Andelen med övervikt var 15 procent och andelen med fetma 12 procent. Under samma period var andelen 11-åriga pojkar med övervikt eller fetma 19 procent och för flickor 12 procent. För 13-åriga pojkar var andelen 16 procent och för flickor 12 procent. Andelen 15-åriga pojkar var 20 procent och flickor 12 procent.[57]

Kroppsuppfattning

Under puberteten blir både flickor och pojkar mer medvetna om sin kropp och börjar jämföra sig med andra. Generellt sett brukar ungas syn på sin kropp bli mer negativ ju äldre de blir, jämfört med de personer som befinner sig i början av tonåren som har en mer positiv bild av sina kroppar. Flickor anser i högre utsträckning att de är för tjocka jämfört med pojkarna, där en större andel anser att de väger lagom mycket i alla ålderskategorier. En negativ kroppsuppfattning är relaterad till högt BMI senare i livet, psykisk ohälsa, bantning, hetsätning, låg grad av fysisk aktivitet och lågt intag av frukt och grönt. Det finns ett samband mellan att anse att man är för tjock och psykosomatiska besvär. Hos flickor som försöker gå ner i vikt förekommer psykosomatiska besvär i högre grad. Det finns även ett samband mellan psykosomatiska besvär och uppfattningen om att man är lite eller alldeles för smal.[58]

Familjerelationer och andra sociala relationer

Sociala relationer har stor betydelse för hälsan i olika faser i livet. Socialt stöd från andra människor bedöms vara en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa. Familjen är barns omedelbara sociala nätverk och har ett livsnödvändigt och avgörande inflytande på hälsans och välbefinnandets utveckling. De tidiga relationerna, ett positivt samspel mellan barnet och dess vårdnadshavare och en lyhörd omvårdnad lägger grunden för barnets utveckling av en trygg anknytning, vilken i sin tur har positiv inverkan på barnets utveckling och hälsa. Spädbarnet är aktivt i skapandet av sina sociala relationer och eftersträvar sin vårdnadshavares uppmärksamhet. Spädbarnet behöver de vuxnas

[57] Folkhälsomyndigheten (2021): *Förekomst av övervikt och fetma*. (Hämtad 2021-01-27).
[58] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*

stöd för att kunna utnyttja sina egna resurser till utveckling. De tidiga relationerna och sociala samspelet till andra, speciellt relationerna till vårdnadshavare, är den primära miljön för lärande under barnets tidiga levnadsår.[59] Brister i tillgång på främjande och stödjande relationer kan få negativa konsekvenser för barnets utveckling och hälsa. Relationssvårigheter och problem mellan barnet och dess vårdnadshavare, vårdnadshavares psykiska ohälsa och bristande omsorgsförmåga, konflikter i familjen och bristande socialt nätverk att få stöd genom medför ökad risk för ohälsa bland barn under uppväxtåren och senare i livet.[60]

Tillgång till socialt stöd ses som ett brett mått på välbefinnande hos unga. Det finns samband mellan socialt stöd och minskad risk för depression, gott självförtroende, psykiskt välbefinnande och hög tilltro till den egna förmågan. Bristfälliga sociala relationer kan på motsatt vis utgöra en riskfaktor som kan skapa ohälsa.[61]

Enligt tidigare analyser av Skolbarns hälsovanor finns ett tydligt samband mellan förekomsten av psykosomatiska besvär och elevernas relation med sina föräldrar. Elever som svarat att de har svårt att prata med en eller båda sina föräldrar har uppgett en högre förekomst av psykosomatiska besvär jämfört med elever som inte upplever samma problem i sina relationer till föräldrarna. Både flickor och pojkar upplever att de får socialt stöd av familjen, men upplevelsen av stöd minskar med åldern. De flesta flickor och pojkar har lätt att prata med sin mamma om det som bekymrar dem, andelen som uppgett att de har lätt att prata med sin pappa är något lägre särskilt bland 13- och 15-åriga flickor.[62]

Flickor uppger i högre grad än pojkar att de får socialt stöd av sina vänner. Andelen som har daglig eller nästan daglig kontakt med vänner, syskon, föräldrar eller lärare på nätet är högre bland flickor än pojkar.[63]

En betydande del av kommunikationen mellan människor sker i dag via digitala kanaler som till exempel sociala medier så som Instagram, Facebook och Snapchat. 95 procent av unga i åldrarna 13–16 och 97 procent av unga 17–18 år använder sociala medier.[64]

[59] Sarkadi, A. et al. (2018): *Spädbarnets utveckling och behov av en trygg bas*.
[60] Rikshandboken för barnhälsovård (2021): *Identifiera skydds- och riskfaktorer* och Bergum Hansen, M. och Jacobsen, H. (2008): *Sped- och småbarn i risiko- en kunskapsstatus*.
[61] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[62] Ibid.
[63] Ibid.
[64] Statens Medieråd (2019): *Ungar & medier 2019*.

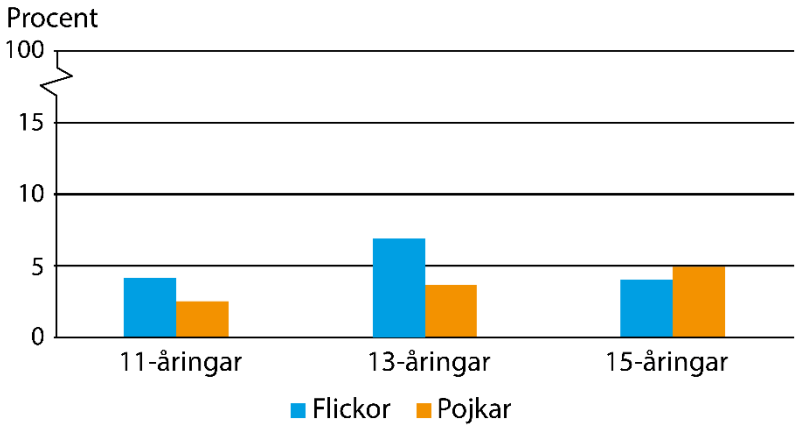
Det finns flera samband mellan sämre psykiskt välbefinnande och mer omfattande medieanvändning, men sambanden är ofta svaga och det finns ännu inget klart svar om vad som är orsak och verkan, eller vilka andra mekanismer som är inblandade.[65] En del forskning pekar på att användning av sociala medier kan öka risken för depressiva besvär samtidigt som annan forskning menar att relationen mellan sociala medier och depressiva besvär är komplex.[66]

Mobbning

Enligt analyser av data från Skolbarns hälsovanor finns det ett starkt samband mellan att vara mobbad och att ha psykosomatiska symtom. Inblandning i mobbning både som förövare och offer är förknippat med en mer negativ framtidssyn och olika former av utåtagerande eller inåtvända psykiska problem. Mellan 6–10 procent av flickorna i alla åldrar uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling eller mobbning i skolan 2–3 gånger i månaden eller oftare, motsvarande siffra för pojkarna är cirka 8 procent. Förutom att kränkande behandling eller mobbning förekommer i skolmiljön kan det äga rum på internet, så kallad nätmobbning där kommunikationen sker via en dator, mobiltelefon eller annan digital produkt. 3–7 procent av flickor och pojkar i alla åldrar uppger att de har utsatts för nätmobbning mellan 2–3 gånger i månaden eller oftare.[67]

[65] Statens Medieråd (2020): *Unga medier och psykisk ohälsa*.
[66] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[67] Ibid.

Figur 4.6 **Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de har blivit nätmobbade* 2–3 gånger i månaden eller oftare, under de senaste månaderna, 2017/2018**



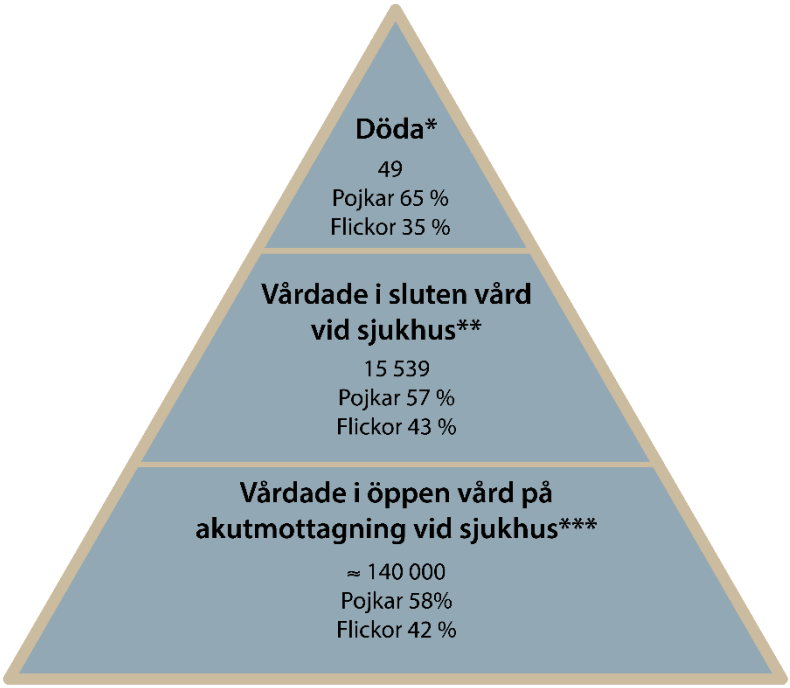
* Till exempel att någon skickat elaka chattmeddelanden eller sms till dem, gjort elaka inlägg, skapat en webbsida som förlöjligar dem, lagt upp pinsamma eller olämpliga bilder på dem på nätet eller skickat sådana bilder till andra utan deras tillåtelse.
Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

Olycksfall

Den vanligaste orsaken till att barn vårdas på sjukhus är skadehändelser. Närmare en fjärdedel av barn i åldrarna 1–17 år som vårdas inskrivna på sjukhus, vårdas till följd av en skadehändelse. Skador är även den vanligaste dödsorsaken bland barn i åldrarna 1–17 år. Trots att skador är en vanlig orsak till att barn avlider har trendkurvan för skador hos barn under lång tid varit avtagande. De senaste 40 åren har antalet barn som avlidit minskat från fler än 400 per år i början på 1970-talet till under 100 de senaste åren.[68] 2016 avled 49 barn i åldrarna 0–17 år till följd av skadehändelse, varav olycksfall utgjorde hälften.[69]

[68] Socialstyrelsen (2015): *Skador bland barn i Sverige 2015*.
[69] Socialstyrelsen (2017): *Statistik om skador bland barn 2016*.

Figur 4.7 Skadepyramid för barn 0–17 år. Antalet avlidna, vårdade i sluten vård samt vårdade i öppen vård till följd av skadehändelse 2016



Källa: Socialstyrelsen (Dödsorsaksregistret, Patientregistret, IDB (Injury Database)).

Barn som far illa eller riskerar att fara illa

Alla barn och unga har rätt till att få växa upp under trygga förhållanden. Barn som far illa eller riskerar att fara illa är ett gemensamt samhällsansvar, men många barn som far illa kommer inte till socialtjänstens kännedom och kan därmed inte alltid få det stöd och skydd som de behöver från samhället. Personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården som i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa ska genast göra en anmälan till socialnämnden. Det följer av 14 kap. 1 § socialtjänstlagen. Ett barn kan fara illa när det till exempel i hemmet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försummelse, har allvarliga relationsproblem i förhållande till sin familj eller ett självdestruktivt beteende. Barn och unga med stora problem i

skolsituationen som är kopplat till en social problematik, kan också fara illa.[70]

Anmälningar till socialtjänsten som rör relationsproblem i familjen, omsorgssvikt, övergrepp och våld i familjen omfattar till största del de yngre barnen (0–12 år). Bland de yngsta barnen (0–6 år) är omsorgssvikt och våld i familjen de vanligaste anmälningsorsakerna. Anmälningarna är fler i socioekonomiskt utsatta områden, men det är inte klarlagt varför det är så. Tidigare forskning har pekat på orsaker som familjesituation, nära omgivning och omgivande samhälleliga strukturer när det gäller risken att barn far illa. Sociala omständigheter som fattigdom och arbetslöshet är riskfaktorer som kan påverka föräldraförmågan negativt. Det är dock viktigt att påpeka att bristande omsorg om barn förekommer i alla samhällsskikt.[71]

Antalet orosanmälningar har ökat över tid. Det finns flera möjliga orsaker som sannolikt samspelar som förklaring till ökningen. En bidragande orsak är att fler anmälningsskyldiga i dagsläget har kunskap om sin anmälningsskyldighet. Andra bidragande orsaker är nationella satsningar med utvecklingsmedel i arbete mot våld i nära relationer, att socialtjänsten har förbättrat sitt arbetssätt och en förändrad lagstiftning. Många regioner har även startat barnskyddsteam i syfte att bland annat utbilda och vara stöd till annan vårdpersonal i frågor som rör våld och vanvård mot barn, bland annat i samband med en anmälan om barn till socialtjänsten.[72]

4.2.2 Barns och ungas hälsa i olika åldrar och olika grupper

Det ofödda barnets hälsa

Blivande föräldrars levnadsvanor har betydelse för fostrets utveckling och framtida hälsa. Ohälsosamma levnadsvanor hos gravida som till exempel otillräcklig fysisk aktivitet, alkoholkonsumtion, rökning, snusning och ohälsosamma matvanor, innebär risker för både kvinnan och fostret. De allra flesta gravida träffar mödrahälsovården

[70] Socialstyrelsen (2014): *Barn som far illa eller riskerar att fara illa.*
[71] Socialstyrelsen (2019): *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa – Nationell kartläggning 2018.*
[72] Ibid.

och har därigenom goda möjligheter att få stöd med en beteendeförändring.[73]

Övervikt och fetma i samband med graviditet kan utgöra en hälsorisk för den gravida, fostret och det nyfödda barnet. Ett högt BMI är kopplat till en ökad risk för graviditetskomplikationer som högt blodtryck, havandeskapsförgiftning och graviditetsdiabetes. Det föreligger även en ökad risk för missbildningar hos fostret, missfall och fosterdöd. Det finns ett starkt samband mellan övervikt och fetma hos mamman och att barnet föds stort för tiden. Ett högt BMI innebär också en ökad risk för prematur förlossning och kejsarsnitt. Förekomsten av övervikt (BMI 25–29,9 kg/m^2) hos gravida vid inskrivning hos mödrahälsovården har ökat från cirka 20 procent 1992 till 26,7 procent 2018, motsvarande siffror för förekomsten av fetma (BMI på minst 30 kg/m^2) var cirka 6 procent till 15,4 procent under samma tidsperiod.[74]

Alkoholkonsumtion under graviditeten riskerar att störa fostrets utveckling och kan leda till fysiska, kognitiva och beteendemässiga effekter.[75] Andelen gravida med riskbruk av alkohol har minskat från 6,2 procent 2012 till 3,6 procent 2019.[76]

Att röka eller snusa under graviditeten är förenat med ökad risk för låg födelsevikt hos barnet och för tidig födsel som i sin tur ökar risken för perinatal sjuklighet och dödlighet.[77] Vid inskrivning på mödrahälsovården tillfrågas den gravida om sina tobaksvanor. Andelen gravida som rökte cigaretter vid tidpunkten för inskrivningen hade minskat från 12,3 procent 2000 till 4,2 procent 2018. Andelen gravida som snusade var omkring 1,2 procent under samma tidsperiod.[78]

Sverige har en relativt låg andel dödfödda barn, 3,7 per 1 000 födda barn, men andelen har inte minskat i samma utsträckning som i andra jämförbara länder under de senaste tio åren. Tillväxthämning hos fostret är den komplikation som bidrar mest till dödföddhet, speciellt dödföddhet före fullgången tid. Riskfaktorer

[73] Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.
[74] Socialstyrelsen (2020): *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2018.*
[75] Folkhälsomyndigheten (2018): *Rapport över utvecklingen i förhållande till ANDT-strategins mål 2018.*
[76] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk alkohol* (Hämtad 2021-03-18).
[77] Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.
[78] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk tobak* (Hämtad 2021-03-18).

är till exempel hög ålder hos modern, låg utbildning, övervikt/fetma, upprepade tidigare missfall, tidigare förlossning med ett dödfött barn, rökning och att kvinnan var född i Afrika söder om Sahara, eller i Mellanöstern.[79]

Spädbarns och småbarns hälsa

Spädbarnsdödlighet är en viktig välfärdsindikator och avser de spädbarn som avlider innan de fyllt ett år. Dödsfall under neonatalperioden, de första 28 levnadsdagarna, orsakas framför allt av förlossningskomplikationer, andningsstörningar och infektioner samt medfödda missbildningar. Under den resterande delen av det första levnadsåret orsakas spädbarnsdödlighet vanligen av plötslig spädbarnsdöd, infektioner, tumörer och olycksfall. Spädbarnsdödligheten minskar med förbättrade socioekonomiska och sanitära förhållanden, med medicinska framsteg och mer utvecklad hälso- och sjukvård. I Sverige avled 2,1 per 1 000 levande födda spädbarn under det första levnadsåret 2019, varav hälften skedde under den första levnadsveckan. Sverige är ett av de länder som har lägst spädbarnsdödlighet.[80]

Under de första åren i barnens liv utvecklas hjärnan som mest. Då grundläggs den fysiska, psykiska, sociala och kognitiva utvecklingen. Olika faktorer påverkar barns utveckling och framtida hälsa både under fosterperioden och i den tidiga barndomen. Den första tiden i livet har därför stor betydelse för barns hälsa och utveckling och omgivningens bemötande är centralt. Det är viktigt att de biologiska, psykologiska och sociala faktorerna samspelar på ett sätt som främjar barnets utveckling och hälsa på sikt.[81]

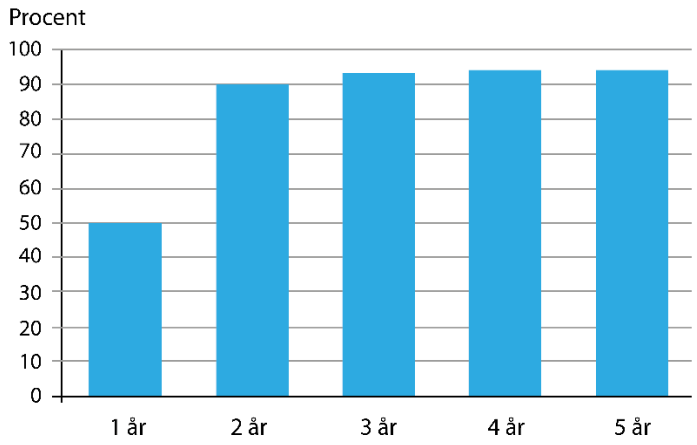
De första åren i ett barns liv har avgörande betydelse för livslång psykisk hälsa och välbefinnande.[82]Hos yngre barn är psykisk och somatisk hälsa väl förbundna med varandra och inte enkla att skilja åt. Psykisk ohälsa hos barn under de första levnadsåren tar sig andra uttryck än hos äldre barn eller vuxna. Tecken på psykisk ohälsa hos spädbarnen och de små barnen visar sig bland annat genom svårig-

[79] Socialstyrelsen (2018): *Dödfödda barn.*
[80] Folkhälsomyndigheten (2020): *Spädbarnsdödlighet* (Hämtad 2021-03-19).
[81] Sarkadi, A. et al. (2018): Spädbarns utveckling och behov av en trygg anknytning.
[82] Britto, P.R. et al. (2017): *Nuturing care:promoting early childhood developement* och Stewart-Brown, S.L. och McMillian, A.S. (2010): *Home and communiting based parenting support programmes and interventions:report of Worpackage 2 of the DataPrev project.*

heter i relation och samspel mellan barnet och dess vårdnadshavare, dålig tillväxt, problem relaterade till barnets sömn, ätsvårigheter, skrikighet, svårigheter att lugna och trösta, brister i kommunikation, tillbakadragenhet och att barnet inte följer förväntad utveckling. Det skapar lidande hos barnet och dess omgivning och kan utmana föräldraskapet. Familjen kan behöva söka stöd i situationen, vilket kan uppmärksammas inom barnhälsovården eller inom förskolan. Det krävs ett nära samarbete med barnets vårdnadshavare för att kunna identifiera bakomliggande orsaker, planera för rätt insatser och följa upp. En bred kartläggning av skydds- och riskfaktorer runt och i familjen blir viktig, eftersom barnet är helt beroende av den omsorg och omvårdnad det får och familjens förutsättningar för att ge den.[83]

De flesta barn mellan 1–5 år är inskrivna i förskola. Förskolan blev en egen skolform 1998. Sedan dess har antalet inskrivna barn ökat från strax under 20 000 barn till omkring 513 000 barn 2019. På hösten det år barnet fyller ett år är knappt hälften av barnen inskrivna. Bland tvååringar är andelen 89 procent och bland tre- till femåringar är 94 procent inskrivna i förskolan. Det finns ingen skillnad mellan flickor och pojkar. [84]

Figur 4.8 Andel barn inskrivna i förskola efter ålder. Procent



Källa: Skolverkets förskoleregister och SCB:s barn och familjestatistik.

[83] Rikshandboken för barnhälsovård *(2020): Identifiering skydds- och riskfaktorer*. (Hämtad 2020-11-25).
[84] SCB (2021): *23 000 barn går inte i förskola* (Hämtad 2021-02-01).

En viktig del av förskolans arbete är att stödja barnens förmågor till att uppleva, reglera och uttrycka känslor, bilda nära och trygga relationer och att utforska sin omvärld. Det är viktiga aspekter för barns psykiska hälsa och utveckling.[85]

Förskolan har positiva effekter både på barns psykiska hälsa och på deras senare studieresultat i både språk och matematik. I vuxen ålder har de som gick i förskola högre utbildningsnivå och högre inkomst. Förskolepersonalens utbildning och kompetensutveckling, samt rutiner för övergång från förskola till skola, har gynnsam effekt på barns kognitiva och sociala utveckling och psykiska hälsa.[86]

När barn själva får svara på frågan om de trivs i förskolan framkommer bilden av att trivseln är mycket hög. 71 procent svarar att de trivs och 21 procent att de trivs ganska bra. 4 procent anger att de inte trivs.[87]

Barn som är födda utomlands går i förskolan i lägre grad än barn som är födda i Sverige. Av de 23 000 3–5-åringar som inte går i förskola är 20 procent födda utomlands. 40 procent av dessa har varit folkbokförda i Sverige i mindre än ett år. De barn som inte går i förskola har oftare föräldrar med högst förgymnasial utbildning, lägre inkomstnivå och bor i hyresrätt.[88]

När det gäller små barns hälsa i allmänhet finns begränsad information, eftersom det inte finns några fullt utvecklade datakällor.[89]

Skolbarns och ungdomars hälsa

Tillfredsställelse med livet har ett samband med goda familjerelationer och skolfaktorer. Generellt uppger 11-, 13- och 15-åringar att de är tillfreds med livet, dock sjunker andelen något mellan 11 och 15 års ålder. En större andel pojkar än flickor anser att de är tillfreds med livet. Bland 15-åriga flickor uppger 66 procent att de har ett högt eller mycket högt välbefinnande, motsvarande siffra för pojkarna är 85 procent.[90]

[85] Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa.*
[86] Ibid.
[87] Barnombudsmannen (2019): *Barns röster från förskolan.*
[88] Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa.*
[89] Folkhälsomyndigheten (2020): *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård.*
[90] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*

Genomgående skattar flickor sin självkänsla lägre jämfört med pojkar och en mindre andel 15-åriga flickor än pojkar tycker om sig själva och anser att de är tillräckligt bra som de är. Andelen flickor som anser att ”jag tycker om mig själv” är 61 procent jämfört med 84 procent bland pojkarna. Andelen flickor som håller med om att ”jag är tillräckligt bra som jag är” är 60 procent medan motsvarande andel för pojkarna är 80 procent. Pojkar skattar även sin självförmåga högre än flickor i 15-årsåldern och en större andel uppger att de alltid eller vanligtvis klarar av saker de bestämt sig för att göra.[91]

Flickor i alla åldersgrupper och pojkar i 15-årsåldern uppger att de upplever en ökad skolstress som relaterar till psykiska och somatiska symtom. En högre andel flickor i 13-årsåldern uppger att de känner sig stressade jämfört med pojkar i samma ålder, 48 procent respektive 24 procent. För flickor och pojkar i 15-årsåldern uppger 73 procent respektive 49 procent att de känner skolstress.[92]

Barn och unga som känner sig stressade över skolarbetet beskriver att de saknar strategier och att skolarbetets påfrestningar aldrig tar en paus. För en del barn skapar arbetsbelastningen i skolan en ohållbar situation. En del upplever att skolarbetet tar upp så mycket tid och ork att de känner sig tvungna att prioritera bort vänner och fritidsaktiviteter.[93]

De vanligaste psykiska besvären bland flickor och pojkar i skolåldern är irritation, dåligt humör, nervositet och sömnsvårigheter. Alla besvär är vanligare bland flickorna i 13- och 15-årsåldern jämfört med pojkarna. Utvecklingen av de psykiska besvären har ökat bland 13- och 15-åringarna och de 11-åriga flickorna sedan mätningarnas start 1985/1986.[94] Fler yngre barn rapporterar psykosomatiska besvär som nedstämdhet och sömnsvårigheter än tidigare.[95] De vanligaste somatiska besvären bland flickor i alla åldrar är huvudvärk och magont och besvären förekommer i högre utsträckning hos flickor jämfört med pojkar. Huvudvärk och ryggont är vanligast hos pojkar. Det är vanligare att flickor har minst två somatiska besvär mer än en gång i veckan jämfört med pojkar. Andelen elever med minst två besvär har varierat under åren och andelarna i alla åldrarna har ökat

[91] Ibid.
[92] Ibid.
[93] Bris (2020): *Hållbara liv – om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*.
[94] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[95] Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga – Öppna jämförelser 2019*.

till de högsta nivåerna sedan studiens start. Flickor i alla åldrar tar i högre utsträckning än pojkar medicin mot huvudvärk och magont.[96] Självrapporterade psykosomatiska besvär i ung ålder ökar risken för senare psykiatrisk sjukdom eller självmord.[97]

Omkring 10 procent av barn i åldrarna 13–17 år vårdades för psykiatrisk diagnos eller behandlades med psykofarmaka inom öppen- eller slutenvården år 2017. I gruppen unga mellan 18–24 år var motsvarande andel cirka 12 procent, med en fördelning på 15 procent för unga kvinnor och 10 procent för unga män. Antalet som vårdades för psykiatrisk diagnos eller behandlades med psykofarmaka har ökat över tid för barn och unga sedan år 2006 till 2017.[98] De diagnoser som främst bidrar till ökningen är depressioner och ångestsyndrom, vilket resulterar i en ökad förskrivning av läkemedel. 5 procent av barn och unga i åldrarna 13–19 år har haft depression. Depressionsförekomsten bland barn innan puberteten är lägre och drabbar omkring 1 procent varje år. Varje år drabbas cirka 10 procent av alla barn och unga av ångestsyndrom.[99]

Antal barn och unga under 18 år som tagit sitt liv varierade mellan 20–29 fall under tidsperioden 2012–2017, vilket motsvarar omkring ett självmordsfall per 100 000 invånare i åldersgruppen. När det gäller unga mellan 18–24 år, varierar antalet personer som avlider till följd av självmord från år till år. Under 2017 avled 128 unga i åldersgruppen. Det är betydligt vanligare att både pojkar och unga män tar sina liv än flickor och unga kvinnor.[100]

Drygt 5 procent av barn i skolåldern uppskattas ha ADHD.[101] Antalet barn i åldern 5–17 år som använder läkemedel vid ADHD har ökat över tid och medicineringen med ADHD-läkemedel är dubbelt så hög bland pojkar som bland flickor. Det är inte ovanligt att personer med ADHD har flera samtida psykiatriska diagnoser. Bland barn och unga är ångesttillstånd, depression och utagerande beteende vanligt. Det finns även en ökad risk för att utveckla missbruk.[102]

---

[96] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[97] Socialstyrelsen (2013): *Psykisk ohälsa bland unga.* Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.
[98] Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga – Öppna jämförelser 2019*.
[99] Ibid.
[100] Ibid.
[101] Socialstyrelsen (2014): *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd.*
[102] Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga – Öppna jämförelser 2019*.

Barn och unga med långvariga och vårdbehov

Demografiska diskussioner i Sverige i dag fokuserar främst på multisjuka äldre och sjuka vuxna, trots att även barnpopulationen är i stadig ökning och att det finns ett stort antal barn och unga med långvariga och stora behov av vård och omsorg. Några av dem är så kallade nya överlevare, som till exempel för tidigt födda barn, barn födda med allvarliga missbildningar och barn och unga som överlevt cancer, andra är barn och unga med neurologiska och metabola sjukdomar. Psykiatriska tillstånd ökar, inte minst andelen som får diagnoser inom neuropsykiatriska funktionshinder. Trots detta saknas tillgängliga fakta om barn och ungas övergripande sjuklighet och vårdbehov.

Gruppen barn och unga med långvariga och stora vårdbehov innefattar personer med kroniska tillstånd av olika slag, vilket innebär att de har likartade behov under en längre tid. Tillstånden spänner över många olika diagnosfält. Det saknas dock en vedertagen definition för denna grupp.

Det saknas också data på hur många barn och unga som gruppen omfattar, men data från Västra Götalandsregionen visar att cirka 20 procent av alla barn och unga från 0 till och med 17 år, har större och återkommande behov av hälso- och sjukvård och konsumerar en majoritet av vårdresurserna (cirka 80 procent).[103] Myndighetsrapporter liksom en del internationella studier pekar på en ungefärlig förekomst av kroniska sjukdomar hos barn och unga på 20 procent.[104]

Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov är en heterogen grupp. Den omfattar till exempel personer med funktionsnedsättningar som får stöd inom habiliteringsverksamhet, personer med olika socialpsykiatriska behov, likväl som personer med väl kontrollerad astma eller diabetes. Skillnaderna inom gruppen är därför stora när det gäller medicinsk komplexitet, grad av funktionsnedsättning och resursbehov. För olika individer varierar också vårdbehovet över tid, eftersom många går in och ut ur stora behov, medan en del är livslångt sjuka från starten av livet. Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov söker vård i både primärvård och specialistvård, men för olika saker.

[103] Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.*
[104] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, rapport 2014:2.*

Samsjuklighet är vanligt hos barn med vissa kroniska tillstånd, till exempel hos barn med fetma, barn med syndrom, hos svårt sjuka nyfödda barn, vid neurologisk sjukdom och vid psykiatriska tillstånd och neuropsykiatriska funktionshinder. Av barn med långvariga och stora behov har ungefär en femtedel av individerna tre eller fler kroniska diagnoser. Det innebär en utmaning för vården som ofta är segmenterad och diagnosspecifik.[105]

Barn och unga som har kroniska sjukdomar och många vårdkontakter lyfter själva vikten av vårdnadshavares roll som trygghetsskapande och stödjande i informationsinhämtning, i mötet med vården, i planering och behandling. Det är tydligt att sjukdomen påverkar vardagen och barnets eller den unges syn på livet och sin utveckling. Flera barn och unga vittnar om att de tvingas mogna in i vuxenlivet tidigare än kompisar utan kronisk sjukdom. De måste också utstå många prövningar och förväntas klara av påfrestande och stressiga moment i hälso- och sjukvården. Unga ser också föräldrarnas stress och vårdpersonalens pressade vardag och tidsbrist.[106]

Skolarbetet påverkas i hög grad av sjukligheten och behandlingen, men stöd och kompensation från skolan för barnets ofrivilliga frånvaro uteblir ofta. Unga med kroniska sjukdomar vill vara som alla andra och det uppstår ofta inre konflikter kring vem man vill dela sin hälsoinformation med, som till exempel kompisar, lärare och elevhälsans personal.[107] Barn och unga med funktionsnedsättning uppger att de trivs mindre bra i skolan och utsätts för mobbning i högre grad än andra barn. Det är särskilt förekommande bland barn med måttliga eller svåra funktionsnedsättningar och neuropsykiatriska diagnoser. Mellan 60–67 procent av eleverna med en funktionsnedsättning, långvarig sjukdom eller annat långvarigt hälsoproblem tar medicin.[108]

För barn och unga med kroniska tillstånd är det extra viktigt att hälso- och sjukvården tillhandahåller en trygg fast kontakt som ger kontinuitet och tillräckligt med tid när besvären kvarstår och inte ger med sig vid de första insatserna. Delaktighet och stöd, samordning och informationsdelning brister ofta i vården.

[105] Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.*
[106] Västra Götalandsregionen (2019): *Intervjustudie med barn och unga med kronisk sjukdom och många vårdkontakter i Västra Götalandsregionen – hur de uppfattar kontakten med vården och hur de beskriver sin vardag, Regional handlingsplan för barn och ungas hälsa och sjukvård.*
[107] Ibid.
[108] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*

Hälsa bland placerade barn och unga

De flesta barn och unga som placerats i familjehem anser att de har det bra i sina familjehem. De känner sig trygga och får stöd och hjälp av familjehemsföräldrarna, både känslomässigt och praktiskt.[109] Samtidigt visar undersökningar att barn och unga som är placerade i familjehem och hem för vård eller boende (HVB), som grupp betraktat, har sämre fysisk och psykisk hälsa än andra barn.[110] Placerade barn har också en sämre munhälsa än barn som inte är placerade. De besöker tandvården något mer sällan än andra barn och kontakten med tandvården verkar inte etableras i direkt anslutning till placeringstillfället.[111]

Barn och unga som vårdas i HVB med stöd av lagen för vård av unga (LVU) har mycket ofta psykiatriska tillstånd och vårdbehov som behöver tillgodoses samtidigt som de sociala vårdbehoven. En undersökning som Socialstyrelsen har genomfört vid Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem visar bland annat att 71 procent av barnen och de unga hade minst en fastställd psykiatrisk diagnos, 45 procent av barnen och de unga hade minst två dokumenterade diagnoser och 20 procent hade minst tre samtidiga diagnoser. Det fanns en stor överlappning mellan olika psykiatriska tillstånd. Den vanligaste diagnosen hos både pojkar och flickor var ADHD. Hos pojkar var den näst vanligaste diagnosen missbruk, följt av uppförandestörning och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Den näst vanligaste diagnosen bland flickor var PTSD, följt av autismspektrumtillstånd och missbruk. 40 procent av barnen och de unga hade varit i något akut psykiatriskt tillstånd de senaste sex månaderna. Vanligast var självmords- respektive självskadebeteende följt av panikattacker. Självmordsbeteende var tre gånger vanligare bland flickor och självskadebeteende var mer än fyra gånger så vanligt bland flickor jämfört med bland pojkar.[112]

[109] Socialstyrelsen (2021) *Att lyssna på barn i familjehem. En nationell brukarundersökning om familjehemsplacerade barns upplevelser av vården.*
[110] SKR (2020): *Hälsoundersökningar för placerade barn.*
[111] Socialstyrelsen (2020): *Munhälsa och tandvård för placerade barn.*
[112] Socialstyrelsen (2019): *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov.*

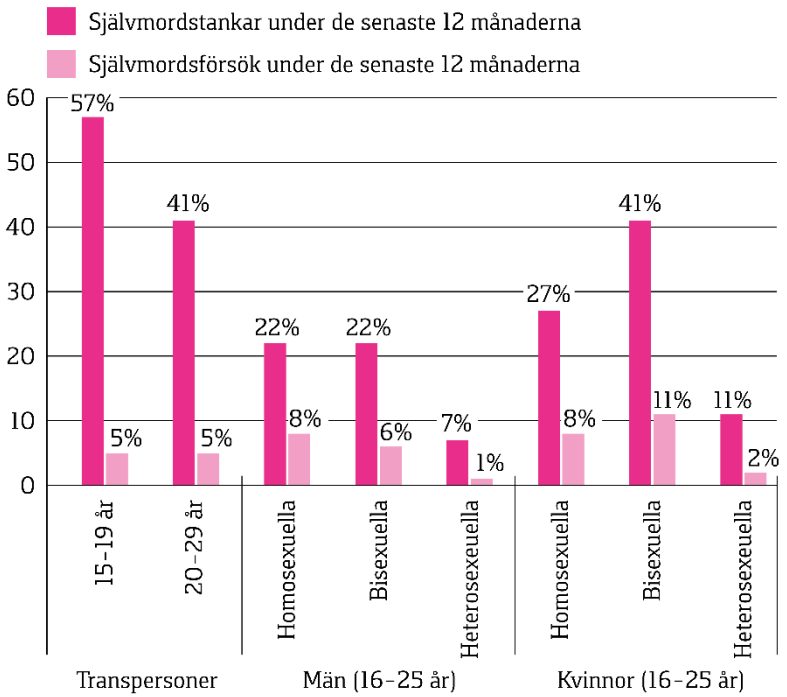
Hälsa bland unga hbtq-personer

En mängd olika internationella studier visar att unga hbtq-personer har en ökad risk för psykisk ohälsa, särskilt depression, ångest och självmordsbeteende jämfört med unga heterosexuella och cispersoner.[113]

Redan tidigt i livet ökar risken för nedsatt fysisk och psykisk hälsa och självmord bland hbtq-personer jämfört med heterosexuella. Unga hbtq-personer löper ungefär dubbelt så stor risk att drabbas av depression, ångestproblematik och missbruksproblematik jämfört med unga heterosexuella. De transpersoner som sökt vård och fått diagnosen könsdysfori hade fem till sex gånger så hög sannolikhet att vårdas för depression och ångestproblematik. Det förekommer en ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende hos unga hbtq-personer.[114]

[113] Cispersoner = personer vars kön som tilldelats vid födseln överensstämmer med det juridiska, sociala och upplevda könet.
[114] Forte (2020): *Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer – Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?*

Figur 4.9 Andel hbt-personer som rapporterar självmordstankar och självmordsförsök under de senaste 12 månaderna



Källa: Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät (2010–2015) och rapporten ”Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner”. Not: Uppgiften kring självmordsförsök under de senaste 12 månaderna bland transpersoner är ett genomsnitt för samtliga åldrar 15–94 år.

En gemensam orsak till dessa skillnader kan ligga i den specifika utsatthet för stress, som är kopplad till det stigma som hbtq-personer exponeras för, även kallad minoritetsstress. Denna typ av stress innebär till exempel utsatthet för diskriminering, ökad risk för våld, stress kring att hålla sin sexuella identitet eller könsidentitet hemlig. Det handlar också om förväntningar att bli avvisad på grund av sin sexuella identitet eller könsidentitet och social isolering. Forskningen visar att utsatthet för minoritetsstress orsakar både psykologiska och fysiologiska stressreaktioner.[115]

Forskningen visar även att unga hbtq-personer har en sämre allmän hälsa och nedsatt funktionsförmåga jämfört med unga hetero-

[115] Forte (2020): *Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer – Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?*

sexuella och cispersoner. Vissa specifika hälsoproblem och stressrelaterade symtom som sömnsvårigheter, huvudvärk och migrän samt mag- och tarmbesvär är också mer vanligt förekommande. Bland homo- och bisexuella män förekommer en kraftigt ökad risk för hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar än bland heterosexuella män. En del studier har funnit indikationer på ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom kopplad till användning av alkohol, tobak, droger, psykisk ohälsa och övervikt bland homo- och bisexuella kvinnor.[116]

Enligt forskningen är en del hälsorelaterade riskbeteenden vanligare bland unga hbtq-personer jämfört med heterosexuella och cispersoner, till exempel ökad risk för användning av alkohol, droger och tobaksrökning.[117]

4.2.3 Begrepp kring psykisk hälsa

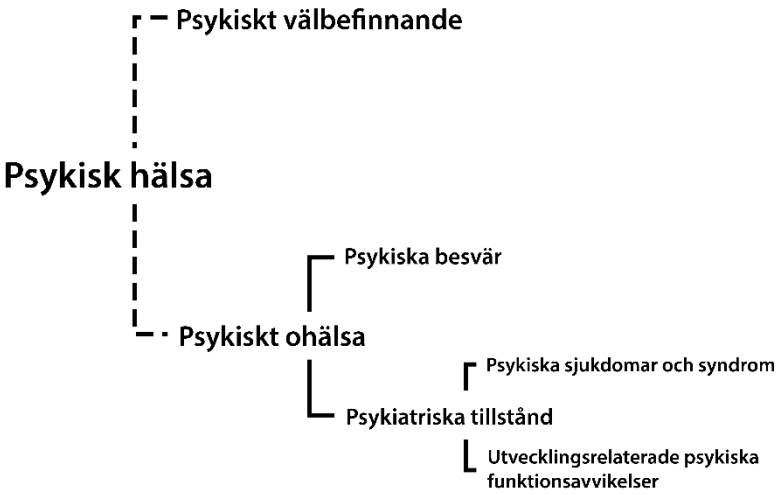
Psykisk hälsa definieras av WHO (World Health Organisation) som ”ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle hen lever i”.

Nationellt PM med begrepp om psykisk hälsa

Det råder ofta förvirring kring vilka begrepp och definitioner som ska användas när det gäller psykisk ohälsa. Det gäller även vårdnivåer och allvarlighetsgrad. Sveriges kommuner och regioner, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har tagit fram ett PM om begrepp inom psykisk hälsa, för att bidra till en enhetlig nationell användning av begreppen, baserad på en gemensam grund. Enligt detta PM är begreppet *psykisk hälsa* ett paraplybegrepp som inbegriper både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Begreppet psykisk hälsa används när diskussioner förs kring området på en övergripande nivå som omfattar hela samhället.[118]

[116] Ibid.
[117] Ibid.
[118] Uppdrag psykisk hälsa (2020): *PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0.*

Figur 4.10 Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra



Källa: Uppdrag psykisk hälsa (2020), PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0 2020.

Psykiskt välbefinnande omfattar både välbefinnande och funktionsförmåga. Psykiskt välbefinnande är en grundläggande resurs för att man ska kunna bemästra livets olika svårigheter men det är också en tillgång för samhället ur en social och ekonomisk synvinkel.[119]

Begreppet god psykisk hälsa bör enligt det framtagna PM:et ersättas med begreppet psykiskt välbefinnande. Utredningen använder ofta begreppet god hälsa som mål för barnets mående och försöker ha en helhetssyn där även social, sexuell, fysisk, oral hälsa med mera kan ingå, liksom utveckling och livsvillkor. Barn och unga som befinner sig i utveckling behöver rustas med färdigheter och motståndskraft inför vuxenlivet. Psykiskt välbefinnande är ett centralt mål i det hälsofrämjande arbetet.

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Gemensamt är att båda orsakar lidande, antingen för individen själv eller för omgivningen. Psykisk ohälsa är ofta förenat med svårigheter att fungera i vardagslivet, till exempel i

[119] Ibid.

relation till andra människor eller att arbeta eller studera. Psykisk ohälsa inkluderar såväl psykiska besvär som psykiatriska tillstånd där det finns fastställda diagnoskriterier.[120]

Psykiska besvär är vanligt förekommande i befolkningen och är något vi alla kan drabbas av. Ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Besvären kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder. Psykiska besvär är mindre komplexa än psykiatriska tillstånd. Ibland kan psykiska besvär ge psykosomatiska besvär. Exempel på psykiska besvär är koncentrationssvårigheter, oro och ångest, nedstämdhet, psykisk trötthet, självhat och destruktivitet, självmordstankar och sömnsvårigheter.[121] I begreppsmodellen används begreppet psykiska besvär för psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos inte är uppfyllda. Det ofta omnämnda begreppet lättare psykisk ohälsa skulle schematiskt kunna översättas med psykiska besvär.

Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos är uppfyllda. Till skillnad från psykiska besvär måste flera kriterier föreligga för att en diagnos ska kunna ställas. Psykiatriska tillstånd kan vara av bestående eller av övergående natur. Psykiatriska tillstånd kan delas in i psykiska sjukdomar och syndrom respektive utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser.[122]

Psykiska sjukdomar och syndrom kan debutera när som helst under livet. Exempel på psykiska sjukdomar och syndrom är depressiva syndrom, ångestsyndrom, tvångssyndrom och skadligt bruk och beroende.[123]

Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser är psykiska funktionsavvikelser som debuterar i barndomen. De kvarstår oftast i vuxen ålder. I vardagligt tal kallas de även neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF). Exempel på utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser är ADHD, autismspektrumsyndrom inklusive autism och Aspergers syndrom, intellektuell funktionsnedsättning, specifika inlärningssvårigheter (dyslexi, dyskalkyli) och tics/Tourettes syndrom.

[120] Uppdrag psykisk hälsa (2020): *PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0.*
[121] Ibid.
[122] Ibid.
[123] Ibid.

Fler begrepp om psykisk hälsa

Infant mental health, späda och små barns psykiska hälsa, är ett aktivt och aktuellt kunskaps- och forskningsfält inom vetenskap och klinisk verksamhet som belyser späda och små barns psykiska hälsa, utveckling och unika behov.

Kunskapsområdet tydliggör det lilla barnets förmåga att uppleva, reglera och uttrycka känslor, skapa nära och trygga relationer samt utforska omgivning och lära sig. Förmågor uppnås bäst i en omvårdande miljö som innefattar familjen, samhället och kulturella förväntningar på små barn.[124]

När det handlar om psykisk ohälsa hos yngre barn, under förskoleåren, används ofta begreppen socioemotionella svårigheter och beteendeproblem. Socioemotionell förmåga avser exempelvis förmågan till samspel med vuxna och jämnåriga samt förmågan att reglera egna känslor. Beteendeproblem kan beskrivas som dels inåtvänt beteende som nedstämdhet och oro dels utåtagerande beteende som trots som inte är övergående eller att agera aggressivt mot andra vuxna och i kamratrelationer. Det är inte alltid kliniskt relevant att göra denna skillnad då det ofta handlar om sammansatta problem. Inga entydiga kriterier finns för vad som kan ses som normalt eller som adekvata reaktioner på en belastning. Det handlar snarare om ett kontinuum mellan det normala och det avvikande.[125]

4.3 Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Världshälsoorganisationen (WHO) har haft en ledande roll i framväxten av det hälsofrämjande arbetet, bland annat har WHO tagit flera initiativ och strategiska beslut som bidragit till arbetets rådande värdegrund och paradigm. WHO samlade till globala konferenser, som Hälsa för alla 2000 1977, Declaration of Alma Alta 1978 och Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Ottowa Charter har följts upp av ytterligare konferenser, vilka har resulterat i slutrapporter som fått stor betydelse för utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet och dess innehåll. Konferensen 2016 Promotion health

[124] Zero to Three (2012): *Making it happen* (Hämtad 2021-02-19) och Risholm Mothander, P. och Broberg, A. (2018): *Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning utveckling och samspel.*
[125] Socialstyrelsen (2013): *Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska översikter.*

in the Sustainable Developement Goals: Health for all and for health lyfte fram kopplingen mellan de globala målen för hållbar utveckling, hälsofrämjande arbete och Agenda 2030.

WHO har definierat hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom. Det innebär att hälsa betraktas som ett multidimensionellt begrepp. I denna syn på hälsa ingår såväl symtom och fysisk funktionsförmåga som känslomässigt och socialt välbefinnande. Begreppet inkluderar även tandhälsa som en betydelsefull komponent i en individs allmänna hälsotillstånd.

Hälsofrämjande arbete bygger på ett antal principer som ska vara vägledande i policy- och programarbete och andra aktiviteter. Principerna handlar om individens förmåga (empowerment) och delaktighet, ett holistiskt perspektiv på hälsa, jämlikhet, intersektoriell samverkan, hållbarhet över tid och att det hälsofrämjande arbetet kräver flera olika strategier för att det ska leda till avsedd effekt.[126] Begreppet hälsolitteracitet är ytterligare en betydelsefull faktor i det hälsofrämjande arbetet.[127] Med hälsolitteracitet avses individers förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor.[128]

Hälsofrämjande och förebyggande arbete bygger vidare på kunskap om villkor och förutsättningar, ofta benämnda som hälsans bestämningsfaktorer. Dessa faktorer påverkar hälsan på individ- och befolkningsnivå. Centrala faktorer är bland annat individens genetik, livsvillkor och levnadsvanor. Levnadsvanor påverkar risken för sjukdom och livsvillkor påverkar i sin tur möjlighet till hälsosamma levnadsvanor. Faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boende formar förutsättningar för ett hälsosamt liv. Sårbarhet för hälsans bestämningsfaktorer ser olika ut för olika individer.[129]

Hälsofrämjande arbete handlar i hög grad om insatser på populations- och gruppnivå men även om att stödja individen att ta eget ansvar för hälsa och att förbättra individens självupplevda hälsa.[130] Med *hälsofrämjande insatser* avses åtgärder för att stärka eller

[126] Rootman, I. (2001): *Evaluation in Health Promotion. Principels and Perspektives.*
[127] Ringsberg, K. C. et al. (2020): *Health literacy Teori och praktik i det hälsofrämjande arbetet.*
[128] Karolinska institutet (2020): *Health Literacy – Hälsolitteracitet.* (Hämtad 2020-12-06).
[129] Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020.*
[130] Medin, J. och Alexandersson, K. (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie.*

bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser för att främja sin hälsa och förebygga och hanteras sjukdom. Det innebär också att ha ett salutogent perspektiv och att öka individens delaktighet och tilltro till den egna förmågan. Förhållningssättet ska genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet med individen.[131]

Med *förebyggande insatser* avses åtgärder för att förhindra uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minska risken för ohälsa.[132] Målet är att stärka skyddsfaktorernas och minska riskfaktorernas inverkan på hälsan. Hälsofrämjande insatser utgår från kunskapen om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra medan förebyggande insatser utgår från kunskapen om vad som orsakar upplevd ohälsa och sjukdom hos individen.[133]

Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan ges på universell, selektiv och indikerad nivå.[134] På universell nivå avses insatser som riktas till alla i en population för att förhindra uppkomsten av sjukdomar och skador, fysiska och psykiska och sociala. På selektiv nivå riktas åtgärder till riskgrupper för att i ett tidigt skede förhindra en negativ utveckling av fysisk, psykisk och sociala problem. På indikerad nivå riktas åtgärder till individer som behöver fördjupade insatser.[135]

Två begrepp som har betydelse för det förebyggande arbetets förhållningssätt och pedagogik är proportionell universalism och den epidemiologiska paradoxen. Det finns en social gradient i hälsa som innebär att ju lägre social position en person har desto sämre hälsa. I Marmot-kommissionens rapport Closing the Gap konstateras att det inte räcker att bara rikta insatser till de mest utsatta för att kunna reducera ojämlikheten i hälsa. Det krävs universella insatser för att kunna reducera den sociala gradienten, insatserna måste vara av en sådan omfattning och intensitet att de är proportionella i förhållande

[131] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovård*.
[132] Bloom, M. och Gullotta, T. (2003): *Evolving definitions of primary prevention. Encyclopaedia of primary prevention and health promotion*.
[133] Whitehead, D. (2006): *Health promotion in practice settings: findings from a review of clinical issues*.
[134] Gordon, RS. (1983): A*n operational classification of disease prevention*. Public Health Reports. 1983;98.
[135] Skolverket (2019): *Hälsa för lärande– lärande för hälsa.*

till graden av utsatthet. Detta kallas för proportionell universalism.[136] För flertal hälsoproblem och sjukdomar finns en kontinuerlig skala av svårighetsgrad, snarare än en absolut skiljelinje mellan de som är sjuka och de som är friska. Det finns inte heller någon klar skiljelinje mellan ”riskutsatta” individer och ”icke-riskutsatta” individer, utan risken är kontinuerligt fördelad genom hela befolkningen, från låg till hög risk för sjukdom eller ohälsa. I många situationer är det möjligt att uppnå en större minskning av sjuklighet genom att inkludera hela befolkningen, snarare än att försöka påverka enbart de i den övre ändan av riskfördelningen – den epidemiologiska paradoxen.[137]

Utredningen har valt hälsouppföljning som övergripande begrepp för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riktat till barn och unga. Tidigare fokus på sjukdomsprevention och hälsoövervakning, inom exempelvis barnhälsovård och elevhälsa, har i ett historiskt perspektiv successivt kompletterats med ett allt tydligare hälsofrämjande innehåll. Det har skett en rörelse från ett i huvudsak hälsoövervakande arbetssätt med hälsokontroller till ett mer hälsofrämjande förhållningssätt där barns, ungas och vårdnadshavares delaktighet, insatser för att stärka barns och ungas hälsa samt föräldraskapsstöd betonas. Begreppet hälsouppföljning har målsättningen att omfatta det uppdraget.

Hälsouppföljning innebär att följa barns hälsa och utveckling och uppväxtmiljö över tid, främja hälsa och förebygga ohälsa samt uppmärksamma barn i behov av någon form av insats och att initiera insatser i ett tidigt skede. Hälsouppföljningen innehåller olika aktiviteter som hälsosamtal, kartläggning av hälsotillstånd och utveckling, observationer och undersökningar, uppmärksamhet på skydds- och riskfaktorer samt moment som screening. I hälsouppföljningen ingår att väga samman vad barnet förmedlar och den beskrivning vårdnadshavare ger av barnet, samt frågor och eventuell oro som de har. För att kunna värdera betydelsen av avvikelser från förväntad utveckling eller någon form av ohälsa, och effekt av insatser som initierats, behöver de följas upp och utvärderas tillsammans med barn och familj. Det ligger till grund för planering av fortsatt hälso-

[136] WHO (2008): *Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health.*
[137] Rose, G. et al. (2009): *Rose's Strategy of Preventive Medicine*.

uppföljning och behovet av kompletterande bedömning och insatser.[138]

Med *screening* avses en systematisk undersökning av en population för att identifiera personer med ett tillstånd som innebär en hög risk för framtida ohälsa. Syftet är att upptäcka hälsotillstånd som får allvarliga eller omfattande konsekvenser för den enskilda individen eller för vård i stort i form av kostnader. Målet är att åtgärda tillståndet tidigt och på sätt minska konsekvenserna.[139] Två olika angreppssätt för att uppmärksamma barn med avvikelser i sin utveckling kan beskrivas med begreppen generell screening och selektiv screening eller riktad undersökning. Det senare genomförs på barn på riskgrupper, exempelvis screening för ROP (en näthinnesjukdom) hos för tidigt födda barn.[140]

Hälsosamtal innefattar vanligen information, rådgivning och lärande utifrån individens egna behov och resurser. Hälsosamtal med ungdomar i 14–15 års åldern inom primärvården har visat sig ge möjlighet till att identifiera och diskutera olika faktorer som påverkade tonåringarnas hälsa samt att uppmuntra en hälsosam livsstil.[141] Samtalet ger underlag för vägledning kring barnets och den unges utveckling och hälsa utifrån ålder och behov.

Hälsobesöken i traditionell mening syftar till att identifiera oupptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem, men de kan också ta sikte på dels hälsouppföljande dels hälsofrämjande och förebyggande funktioner.

4.3.1 Föräldraskapsstöd och vårdnadshavares delaktighet

Föräldraskapsstöd och vårdnadshavares delaktighet är centrala delar i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Inom ramen för barn- och ungdomshälsovård tillhandahålls sådant stöd huvudsakligen av mödrahälsovården och barnhälsovården. Visst föräldrastöd tillhandahålls också av elevhälsans medicinska insatser. Därutöver finns möjlighet till föräldrastöd inom ramen för socialtjänsten.

[138] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården;* och *Rikshandboken i barnhälsovård* (2021) (Hämtad 2021-02-19).
[139] Socialstyrelsen (2013): *Nationella screeningprogram – en modell för bedömning, införande och uppföljning.*
[140] Socialstyrelsen (2013): *Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar -En sammanställning av systematiska översikter*.
[141] Golsäter, M. (2012): *Hälsosamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa – en utmanande uppgift*.

Mödrahälsovården och barnhälsovården har en viktig uppgift att uppmärksamma barnets och familjens levnadsvanor och livsvillkor, våld i nära relationer och närvaro av belastande faktorer. Mödrahälsovården och barnhälsovården möter i stort sett alla blivande och nyblivna föräldrar och kan därmed tidigt uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa, brister i omsorgsförmåga och andra riskfaktorer i barnets närmiljö. Det ingår i programmen för hälsouppföljning, hälsosamtal och hälsoundersökningar.

Mödrahälsovården erbjuder generellt föräldrastöd och initierar vid behov riktat föräldrastöd till framför allt den gravida kvinnan. På senare år har uppmärksamheten ökat även på den icke födande förälderns välbefinnande och förväntningar på föräldraskap och att även den icke födande föräldern kan ha behov av stöd och insatser. Mödrahälsovården uppmärksammar eventuell psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor till exempel genom screening om alkoholvanor. [142]

Depression hos en nybliven mamma, särskilt om den blir långvarig, kan få negativa effekter för barnets kognitiva, sociala och emotionella utveckling under de första levnadsåren. Barnhälsovården erbjuder då barnet är 6–8 veckor alla nyblivna mödrar screening för depression med hjälp av en självskattningsskala, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Vid behov av extra stöd erbjuds uppföljande stödjsamtal hos barnhälsovårdens sjuksköterska. Vid behov av ytterligare insats skickas remiss till psykolog, familjeläkare eller psykiatrin. Kontakt med spädbarnsverksamhet eller socialtjänst tas också vid behov.[143]

Barnhälsovården erbjuder enskilt samtal till barnets vårdnadshavare, generellt och riktat föräldrastöd enskilt och i grupp. Former och innehåll för föräldrastödet kan se olika ut och det är ett pågående utvecklingsområde inom barnhälsovården i samverkan med exempelvis socialtjänst och tandvård. Ett sådant utvecklingsarbete, med stöd av Folkhälsomyndigheten, är utökat hembesöksprogram. Modellen för hembesöksprogrammet utvecklades 2013–2014 i samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten i Rinkeby.

Förebyggande insatser till barnets vårdnadshavare (främst mödrar) med depression kan minska risken för att barnet ska drabbas av

[142] Rikshandboken för barnhälsovård (2021): *Enskilda föräldrasamtal*. (Hämtad 2021-04-09).
[143] Rikshandboken i barnhälsovård (2021): *Screening med EPDS för depression hos nyblivna mammor* (Hämtad 2021-02-09).

depressiva symtom eller depression. Förebyggande insatser tycks även kunna påverka skyddsfaktorer som att förbättra samspelet mellan barn och föräldrar. Ytterligare studier behövs för att visa vilken effekt olika typer av förebyggande insatser har. Kunskaperna är otillräckliga för barn i familjer med problematiskt alkohol- och drogbruk.[144]

Föräldraskapsstödet behöver ta bättre hänsyn till individuella behov och vara mer ändamålsenligt. Stöd till familjer med svårigheter är ett forskningsområde som behöver stärkas. De ofödda och allra yngsta barnen är särskilt utsatta och sårbara när vuxna i familjen har allvarliga svårigheter, då de är helt beroende av de vuxna för sin utveckling och sitt välbefinnande. Det är därför av betydelse att svårigheter hos barnets vårdnadshavare och svårigheter i relationen mellan barn och vårdnadshavare tidigt upptäcks, att individuellt stöd i föräldraskapet erbjuds samt att barn som anhörig uppmärksammas och att stödet till dem stärks.[145]

Det finns i dag en ökad kunskap om det kompetenta spädbarnet, behovet av en trygg anknytning, omgivningens avgörande betydelse för barnets växande hjärna och om vikten av ett lyhört föräldraskap. Denna kunskap har betydelse för tillgång på olika former av tidigt föräldraskapsstöd och behovet av fortsatt utveckling av hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser på området.[146]

Föräldraskapsstöd om levnadsvanor och utvecklingen av en god hälsa hos barn i skolåldern, ges inte i hälsofrämjande och förebyggande syfte i lika stor omfattning som till vårdnadshavare med yngre barn. Elevhälsans medicinska insatser fokuserar i första hand på hälsosamtal med barnet eller den unge. Vårdnadshavare involveras huvudsakligen inför hälsosamtalet med frågeställningar om barnets hälsa och när ett problem identifierats och insatser behöver sättas in.

4.3.2 De folkhälsopolitiska målen

År 2018 beslutade riksdagen om en utvecklad folkhälsopolitisk med nya folkhälsopolitiska mål. Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en

[144] Folkhälsomyndigheten (2016*): Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld.*
[145] Ibid.
[146] Sarkadi, A. et al. (2018): *Spädbarns utveckling och behov av en trygg anknytning.*

god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Åtta målområden som har bäring på jämlik hälsa har också fastställts av riksdagen. För det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvården kan särskilt tre målområden lyftas fram, det tidiga livets villkor, levnadsvanor och en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. I regeringens proposition God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik anges att målet om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård markerar att hälso- och sjukvården har en särställning när det gäller att påverka människors hälsa. Det handlar om att hälso- och sjukvården har en direkt påverkan på människors hälsa genom hälsofrämjande och förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. I propositionen bedömer regeringen att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver utvecklas och att hälso- och sjukvårdens verksamhet bör bli bättre på att möta de skillnader som finns mellan sociala grupper när det gäller insjuknande, behandling och konsekvenser av sjukdom och ohälsa.[147] (Se även Förslag och bedömningar, kap. 6).

4.3.3 Agenda 2030

År 2015 antog FN:s medlemsländer Agenda 2030, en universell agenda som innehåller de 17 Globala målen för en ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbar utveckling. Agenda 2030 ska minska fattigdom, orättvisor och ojämlikheter, samt lösa klimatkrisen innan år 2030. Uppföljning och översyn av målen ska ske på nationell, regional och global nivå i enlighet med Agenda 2030 och Addis Ababa Action Agenda. Globala indikatorer håller på att utarbetas för att understödja detta arbete. Den svenska regeringen har ambitionen att Sverige ska vara ledande i genomförandet av Agenda 2030 och vara en internationell förebild när det gäller ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet. Detta innebär att alla delar av samhället behöver vara delaktiga i genomförandet av målen. Ett av de 17 målen gäller att säkerställa god hälsa och att främja välbefinnande i alla åldrar. I målet ingår bland annat att minska mödradödligheten och förhindra dödsfall som hade kunnat förebyggas bland barn under fem års ålder samt att tillgängliggöra reproduktiv hälsovård och familje-

[147] Prop. 2017/18:249, *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (*s.33*)*.

planering för alla. I målet ingår också att minska antalet dödsfall till följd av icke-smittsamma sjukdomar och att främja mental hälsa.[148]

4.3.4 Vägledningar och kunskapsstöd

Det finns flera kunskapsstöd och vägledningar och i vissa fall nationella hälsovårdsprogram för de olika vårdverksamheterna med rekommendationer om hur det hälsofrämjande och förebyggande arbetet bör bedrivas. Det huvudsakliga syftet med vägledningarna och vårdprogrammen är att bidra till jämlik och likvärdig vård i landet. För barnhälsovården finns Vägledning för barnhälsovården från Socialstyrelsen, som tagits fram i nära samverkan med professionen och Rikshandboken för barnhälsovård. Vägledningen anger ramverk för barnhälsovårdens mål, uppdrag och innehåll. Barnhälsovårdsprogrammet tydliggörs i Rikshandboken för barnhälsovård, som är ett webbaserat metod- och kunskapsstöd, framtaget av professionen och publicerat av Inera på uppdrag av SKR. Vägledningen och Rikshandboken ger en gemensam bas för verksamheterna.[149]

För elevhälsan finns en vägledning som utformats av Socialstyrelsen och Statens skolverk som innehåller rekommendationer om det hälsofrämjande arbetet och hälsobesökens innehåll. Därutöver finns ett flertal stödmaterial för verksamheten som Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten tillhandahåller.

För mödrahälsovården och ungdomsmottagningarna finns inte någon nationell vägledning eller ett nationellt hälsovårdsprogram. Däremot har professionsföreträdare inom mödrahälsovården utformat en rapport som vägleder om mödrahälsovårdens verksamhet, Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. I denna rapport ingår vägledning om det hälsofrämjande arbetet och rekommendationer om ett medicinskt och psykosocialt basprogram för hälsofrämjande och förebyggande hälsovård under graviditet och blivande föräldraskap, föräldrastöd och folkhälsoarbete.[150] Dessutom har riksgruppen för mödrahälsovårdsläkare och samordningsbarnmorskor i Sverige med stöd av SFOG och Svenska barnmorskeförbundet

[148] Globalportalen (2021).(Hämtad 2021-04-09).
[149] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården* och Rikshandboken i barnhälsovård (2021) (Hämtad 2021-03-30).
[150] Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG och samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening: (2008, uppdaterad webbversion 2016): *Mödrahälsovård, Sexuells och Reproduktiv Hälsa*. ARG rapport nr 76.

tagit initiativ till att en rikshandbok för mödrahälsovård i likhet med den som finns för barnhälsovården ska utvecklas med syftet att skapa en mer jämlik och rättvis mödrahälsovård. En ansökan om detta har getts in till Sveriges Kommuner och Regioner och Inera. I dagsläget har inget arbete påbörjats med att utforma ett sådan rikshandbok för mödrahälsovården. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar har utformat en handbok och riktlinjer för ungdomsmottagningarnas verksamhet.

Dessutom finns vägledningar inom specifika områden som även tar sikte på dessa verksamheter, till exempel Socialstyrelsens vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet, där det rekommenderas att mödrahälsovården ska ta upp frågor om våld i nära relationer.

Därutöver finns rekommendationer om hälsofrämjande och förebyggande insatser i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen har också haft regeringens uppdrag att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna sedan 2011. (S2017/07515/FS). Arbetet sker i nära samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och relevanta professionsorganisationer. Inom ramen för regeringens överenskommelser med SKR har även arbetet med hälsofrämjande insatser lyfts fram på olika sätt. Det gäller främst överenskommelser om god och nära vård, psykisk hälsa, förlossningsvård och kvinnors hälsa och barnhälsovården.

4.3.5 Organisation och styrning av hälsofrämjande och förebyggande insatser i de nordiska grannländerna

En utblick över de nordiska länderna visar sammanfattningsvis att barn- och ungdomshälsovården i huvudsak är samlad under ett kommunalt huvudmannaskap. I Danmark är barnhälsovård och skolhälsovård ett kommunalt ansvar. Den danska Sundhedsstyrelsen har utfärdat föreskrifter och rekommendationer och sedan 1966 är alla förordningar som rör barn och unga samlade i en barnlag. Det finns en nationell vägledning för den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten. Vägledningen har ett familjeorienterat perspektiv på hälso- och sjukvården med fokus på särskilda behov. Vägledningen lyfter bland annat fram behovet av tvärprofessionellt samarbete på lokal nivå. Kommunerna har enligt lag en skyldighet att inrätta sam-

arbetsgrupper för de yrkesgrupperna som är involverade i barns och ungas hälsa. Det ska också finnas hälsovårdsavtal för samarbete mellan mödrahälsovården, förlossningsvården, barnavdelningar, allmänmedicin, hälsovården, pediatriska avdelningar och barnavårdscentraler om förlossningsvård, förskolebarn, skolbarn, funktionshindrade, kroniskt sjuka, överviktiga, sårbara och utsatta barn samt andra lokalt prioriterade områden.

Även i Finland har kommunen ansvar för barnhälsovård och skolhälsovård. Social- och hälsoministeriet har utfärdat förordningar som ska gälla för verksamheterna. Förordningar för verksamheterna förordar samarbete mellan kommunens olika aktörer och andra instanser för barns, ungas och familjens bästa. Social- och hälsoministeriet har också tagit fram detaljerade anvisningar om hälsoundersökningar och hälsorådgivning som stöd för personalen. Vägledningen tar upp vikten av multiprofessionellt samarbete inom den förebyggande verksamheten. Samarbetet kan ske i ett familjeservicenätverk som bör innehålla läkare, hälsovårdare, familjearbetare, psykologer, talterapeuter och vid behov andra specialister.

I Norge är hälsostations- och skolhälsotjänsten en lagstadgad kommunal verksamhet som inkluderar mödrahälsovård, barnhälsovård och skolhälsovård för barn och unga. Verksamheten ska främja den fysiska och psykiska hälsan hos barn, unga och deras familjer samt övervaka barnets hälsosituation. På uppdrag av Social- og helsedirektoratet har nationella riktlinjer för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälsostations- och skolhälsotjänsten utarbetats.[151]

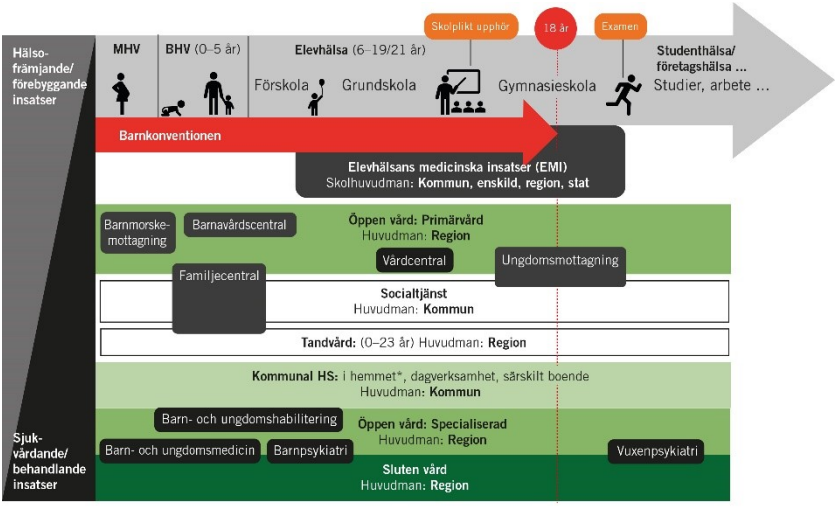
4.4 Barn- och ungdomshälsovården

Barn- och ungdomshälsovård är inte definierat i lagstiftningen. Det saknas också samsyn på nationell nivå om vad uppdraget för barn- och ungdomshälsovård omfattar. I utredningens direktiv lyfts mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningar fram som de centrala verksamheter som i huvudsak erbjuder hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga. Mödrahälsovården och barnhälsovården ansvarar för hälsouppföljning och insatser under det tidiga livet fram

[151] Socialstyrelsen (2012): *Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige.*

till vanligtvis fem års ålder. Därefter ansvarar elevhälsans medicinska insatser för sådana insatser under skolåren upp till vuxen ålder. Dessutom erbjuder ungdomsmottagningarna hälsofrämjande och förebyggande insatser till ungdomar och unga vuxna, vanligen under åldrarna 13–25 år.

Figur 4.11 Barnets väg genom vården



Ansvaret för att organisera, planera och finansiera dessa verksamheter vilar på flera olika huvudmän; regionen, kommunen och de kommunala, enskilda, statliga och regionala skolhuvudmännen.

Varken mödrahälsovårdens, barnhälsovårdens eller ungdomsmottagningarnas verksamhetsform eller innehåll är reglerade i lag. Detta innebär i praktiken att det finns variationer över landet både när det gäller verksamhetsform, uppdrag och övriga förutsättningar. Sammantaget är barn- och ungdomshälsovården en fragmentiserad verksamhet som omfattar flera huvudmän och verksamheter. Nedan följer en mer detaljerad sammanställning av de olika verksamheternas ansvar och roller.

4.4.1 Övergripande styrning av barn- och ungdomshälsovården

Mödrahälsovård och barnhälsovård utgör en del av primärvården och omfattas av all hälso- och sjukvårdslagstiftning. Regionerna är huvudmän för verksamheten och beslutar årligen om en regionplan som anger mål, prioriteringar, uppdrag, budget och driftsramar för verksamheten. De politiska nämnderna och förvaltningen omsätter regionplanen.

Regionen ska, enligt 7 kap. 3 § HSL, organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen. Regionen ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionerna styr primärvården genom det uppdrag som specificeras i förfrågningsunderlagen där krav och villkor för uppdraget och kontrakten med utförare av hälso- och sjukvårdstjänster anges. Oavsett om verksamheten drivs i offentlig eller enskild regi har regionen huvudmannaskap för hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för enligt 8 kap. HSL. Vårdvalssystemen inom primärvården skiljer sig åt i omfattning i de olika regionerna, allt från smala avgränsade uppdrag inom flera delområden till ett enda sammanhängande uppdrag som spänner över hela primärvårdens verksamhetsområde. 2020 fanns totalt 40 valfrihetssystem inom primärvården, olika definierade i olika regioner. Mödrahälsovård och barnhälsovård bedrivs vanligtvis inte som egna vårdval. Två regioner har dock egna vårdval för barnhälsovård och tre regioner har egna vårdval för mödrahälsovård.[152]

[152] SKR (2020): *Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020.*

Figur 4.12 Förekommande tjänster inom regionernas valfrihetssystem, juni 2020

TJÄNSTER/VERKSAMHETSOMRÅDEN	ANTAL	REGIONER
Primärvård		
Vårdcentral/husläkarmottagning	21	Obligatorisk verksamhet
Barnhälsovård (BVC)	2	Sthlm, Skåne
Fotsjukvård, medicinsk fotvård	5	Sthlm, Upps, Hall, Västm, Jämt-H
Läkarinsatser i särskilda boenden för äldre	1	Sthlm
Mödrahälsovård (MVC), obstretrik och sexuell hälsa	5	Sthlm (3), Uppsala, Skåne
Psykisk hälsa på primärvårdsnivå	1	Kalmar
Rehabilitering på primärvårdsnivå	3	Sthlm, VGR, Värmland
Vaccination	2	Sthlm, Uppsala

Källa: SKR (2020): Valfrihetssystem i regioner, beslutsläge juni 2020.

Elevhälsans medicinska insatser regleras i skollagen (2010:800). Av 2 kap. 25 § skollagen framgår att eleverna i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska ha tillgång till elevhälsan och att elevhälsa bland annat omfattar medicinska insatser. För de medicinska insatserna ska det finnas tillgång till skolläkare och skolsköterska. De kommunala, enskilda, statliga och regionala skolhuvudmännen ansvarar för att organisera, planera och finansiera elevhälsan och dess personal. Den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser definieras i regel som hälso- och sjukvård och i förhållande till detta har skolhuvudmannen ett vårdgivaransvar och rektorn ett ansvar som verksamhetschef.

Elevhälsans medicinska insatser omfattas därmed av de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller vårdgivare. Elevhälsans medicinska insatser är däremot inte detsamma som den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt 12 kap. HSL. I hälso- och sjukvårdslagen anges vad kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård ansvarar för och i detta ingår inte elevhälsa, se Gällande rätt, kap. 3 för mer information om vad som ingår i kommunal hälso- och sjukvård.

Ungdomsmottagningarna organiseras på flera sätt och huvudmannaskapet för ungdomsmottagningar skiljer sig åt över landet. Det är vanligast att regionen är huvudman, då en stor del av verksamheten innehåller medicinska insatser enligt HSL. Det förekommer även att kommuner driver ungdomsmottagning och levererar då insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453). Många ungdomsmottagningar har etablerat en samverkan mellan regionen och kommunen,

för att kunna ge de unga stöd med både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser.[153]

Mer om primärvården

Som nämnts ovan utgör mödrahälsovården och barnhälsovården en del av primärvården. Primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet och svara för grundläggande medicinsk behandling av alla typer av sjukdomar. Den är inte begränsad när det gäller patientgrupper eller ålder på patienten. Primärvården ska därför erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster, där olika yrkeskategorier samverkar för att ge den enskilde god vård.[154] Begreppet primärvård omfattar inte bara regionens vårdvalssystem utan även annan primärvård med regionen som huvudman och primärvård som utförs av kommuner och privata vårdgivare, oavsett om verksamheten finansieras med offentliga eller privata medel.[155]

I Sverige pågår en omställning av hälso-och sjukvården till en god och nära vård. Omställningen innebär att primärvården ska utgöra navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. En utveckling mot en mer nära vård med fokus på primärvården syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför med bland annat ett förändrat hälso- och sjukdomspanorama och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt. Hälsofrämjande och förebyggande insatser är centralt för en hållbar utveckling av hälso- och sjukvården. En reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet för patienterna och kontinuitet. Från och med den 1 juli 2021 ändras definitionen av primärvård på så sätt att primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Vidare införs en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagens 1 kap. 13 a § om vad som ska ingå i primärvårdens

[153] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[154] Prop. 1994/95:195: *Primärvård, privata vårdgivare m.m.* (s. 44–47) och Prop. 1999/2000:149: *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling* (s. 27).
[155] SOU 2018:93: *God och nära vård – en primärvårdsreform* (s. 57).

grunduppdrag. I denna anges att primärvården ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Vården ska vara lätt tillgänglig och tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar. Primärvården ska också samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. Slutligen anges att primärvården ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.[156]

Det kommunala självstyret innebär att regionerna har stor frihet att själva besluta hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Innehållet i primärvården kan därför variera och påverkas till exempel av regionernas bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I en region kan en verksamhet ingå i uppdraget till primärvården medan samma verksamhet i en annan region ingår i hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras på annat sätt.[157] Enligt SKR hänförs följande delområden till primärvård i den nationella statistiken:

- Allmänläkarvård (inklusive jour)
- Sjuksköterskevård (inklusive jour)
- Mödrahälsovård
- Barnhälsovård
- Fysioterapi och arbetsterapi
- Primärvårdsansluten hemsjukvård
- Sluten primärvård
- Övrig primärvård.[158]

[156] Prop. 2019/20:164: *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 8).
[157] Socialstyrelsen (2016): *Primärvårdens uppdrag En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*
[158] SKR (2021): *Vad är definitionen av primärvård?* (Hämtad 2021-02-19).

4.4.2 Beskrivning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och uppdrag

Mödrahälsovårdens roll och ansvar

Mödrahälsovården ansvarar för att följa hälsoutvecklingen hos kvinnan och det blivande barnet inför, under och efter graviditeten. Nästan 98–99 procent av alla blivande föräldrar tar del av mödrahälsovårdens verksamhet. Vården inriktas i hög grad mot graviditetsövervakning och förberedelse inför förlossningen. Mödrahälsovård har funnits i Sverige sedan 1930-talet då riksdagen fattade beslut om att införa frivillig, kostnadsfri och generell mödra- och barnhälsovård med syfte att minska ohälsa i befolkningen. Mödrahälsovårdens verksamhet har sedan dess utvecklats från några få besök under graviditeten till ett mer omfattande förebyggande arbete och föräldraskapsstöd. Under 1970-talet började verksamheten i högre grad att fokusera på det blivande barnet och dess tillväxt.

Graviditetshälsovård ingår i en vårdkedja med förlossningsenheter, BB och barnhälsovård där nära samverkan mellan dessa aktörer är nödvändig.

Kontaktvägarna mellan de olika verksamheterna varierar mellan regionerna, vanligen sker kontakten mellan professionella, genom informationsöverföring eller ett remissförfarande.

Organisering och finansiering

Mödrahälsovården organiseras vanligen i barnmorskemottagningar. Den största andelen mottagningar, cirka 60 procent finns i primärvården, varav hälften ingår i en vårdcentral, cirka 25 procent bedrivs i privat regi. Övriga mottagningar ligger under länssjukvården, oftast under en kvinnoklinik. Som tidigare nämnts bedrivs mödrahälsovården i eget vårdval i tre regioner. Under senare år har andelen privata vårdgivare ökat. De olika sätten att organisera vården kan innebära stora samordningsvinster med olika delar av vården och närliggande aktörer. När barnmorskemottagningar är integrerade i en vårdcentral innebär det ofta bättre samverkan med barnhälsovården, förskolan och andra aktörer som är relevanta för barn.

Det finns cirka 560 barnmorskemottagningar i Sverige. Enligt en tidigare studie från 2013 är de flesta barnmorskemottagningar relativt små med cirka 200 inskrivna gravida kvinnor.

Utöver barnmorskemottagningar finns även specialistmödrahälsovård som ansvarar för ultraljud i tidig graviditet, rutinultraljud, fosterdiagnostik och indicerade undersökningar senare under graviditeten. Den specialiserade mödrahälsovården organiseras inom kvinnosjukvården.[159]

Mödrahälsovården finansieras av regionerna, vilket medför att principerna för ersättningssystemen och finansieringen av verksamheten varierar över landet. Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner uppgick de samlade kostnaderna för mödravården 2019 till 2 4232 miljoner kronor.[160].

Mödrahälsovårdens uppdrag

Det finns rekommendationer och övergripande författningar som berör och reglerar mödrahälsovårdens verksamhet, men nationella styrdokument saknas. Varje region utarbetar lokalt anpassade program och riktlinjer som i hög grad baseras på en rapport med vägledning om mödrahälsovård, Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa som tagits fram av professionella inom mödrahälsovården och på underlag från Socialstyrelsen och internationella studier.

Enligt rapporten med vägledning om mödrahälsovård är det övergripande målet för mödrahälsovården att bidra till en god sexuell och reproduktiv hälsa hos hela befolkningen. I verksamheten ingår vanligen rådgivningsinsatser samt att identifiera risker för ohälsa och att bidra till sexuell och reproduktiv hälsa. Mödrahälsovården ska minimera risker för sjuklighet hos kvinnor och barn under graviditet, förlossning och den tidiga spädbarnstiden. I verksamheten ingår även hälsofrämjande och förebyggande insatser i samband med graviditet, stöd i föräldraskapet, familjeplanering på individnivå och samtal om levnadsvanor.[161]

[159] Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård (2008, reviderad 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa.* Nr 76.
[160] SKR (2021): *Ekonomistatistik 2010–2019.* (Hämtad 2021-02-19).
[161] Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård (2008, uppdaterad webbversion 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa.* ARG rapport nr 76.

Basprogram utgör grund för detaljerade besöksprogram

I varje region finns ett detaljerat besöksprogram med medicinska och psykosociala och psykologiska insatser som grundar sig på nationella rekommendationer. Det medicinska basprogrammet och övriga vårdprogram utarbetas av mödrahälsovårdsöverläkare och sambandsbarnmorska i samverkan med kvinnosjukvården.[162]

Det medicinska basprogrammet syftar till att upptäcka komplikationer under graviditeten och identifiera riskfaktorer som kan leda till komplikationer för kvinna och barn. Vid inskrivning i mödrahälsovården görs en bedömning och vårdplanering baserat på kvinnans sjukdomshistoria, ärftlighet, levnadsvanor och sociala situation. Kvinnan uppmuntras att ta aktivt ansvar för sin egen och det väntade barnets hälsa och att själv fortlöpande ta del i vårdplaneringen. Det psykosociala och psykologiska basprogrammet syftar till att följa den psykologiska omställningen, stödja familjens anpassning till den nya situationen och identifiera eventuellt behov av stöd.[163]

Hälsofrämjande och förebyggande insatser genomsyrar verksamheten

Mödrahälsovården har en central roll i landets folkhälsoarbete och en unik möjlighet att verka för minskad ohälsa och jämlik vård eftersom verksamheten når ut till nästan alla blivande föräldrar och.

I mödrahälsovårdens arbete ingår att främja barnets hälsa, inte minst när det gäller god och tidig anknytning till föräldrar eller vårdnadshavare. Nästan hälften av all ohälsa hos barn kan härledas till omständigheter som rör familjens levnadsvillkor.[164] Enligt rapporten med vägledning om mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa finns en stark koppling mellan barns hälsa och uppväxtvillkor och mödrars sociala trygghet, delaktighet och inflytande. Mödrahälsovården ska därför tillhandahålla stöd till alla blivande föräldrar, identifiera behov och initiera fördjupade insatser i samverkan med relevanta aktörer. Tvärprofessionell samverkan kring blivande och nyblivna barnfamiljer är central, särskilt för utsatta grupper.

[162] Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård (2008, reviderad 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Nr 76*
[163] Ibid.
[164] Ibid.

Grunden i mödrahälsovårdens arbete ska vara ett förhållningssätt som främjar utveckling av barns och föräldrars egen förmåga och en strävan efter att utjämna skillnader i hälsa, särskilt för människor i socialt utsatta situationer och med annan kulturell identitet än majoriteten, språksvårigheter eller utanförskap. Inom ramen för detta har verksamheten en viktig roll att uppmärksamma sexualitet och relationer, våldsutsatthet, smittskydd, alkoholbruk, tobaksbruk och drogmissbruk samt betydelsen av fysisk aktivitet, välbefinnande och hälsa.[165]

Barnmorskemottagningars bemanning

Vid barnmorskemottagning arbetar vanligen barnmorskor tillsammans med, eller med möjlighet att konsultera obstetriker, allmänläkare, psykolog och socionom. Vissa barnmorskemottagningar har också tillgång till undersköterska och sekreterare. Barnmorskorna och läkarna har delvis överlappande uppdrag. Barnmorskornas uppdrag fokuserar på reproduktiv hälsa och perinatal omvårdnad medan läkarnas uppdrag fokuserar på medicinska frågeställningar inom prevention, diagnostisk och behandlade verksamhet inklusive alla tillstånd som uppfattas som avvikande.[166]

Flertalet barnmorskemottagningar har tillgång till psykologer för mödrahälsovård vilka har uppdrag riktat dels till professionen så som fortbildning, konsultation och teamarbete dels till blivande föräldrar genom kontakter individuellt och i grupp med fokus på psykisk hälsa och föräldrastöd. Psykologer för mödrahälsovård har i flertalet fall ett fortsatt uppdrag inom barnhälsovården och kan därmed fungera som en brygga mellan verksamheterna och kan erbjuda fortsatt kontakt utifrån behov.[167]

Kvalitetsarbete inom mödrahälsovården

I regionerna finns centrala mödrahälsovårdsenheter där mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorska ingår. Dessa ska utveckla mödrahälsovårdens verksamhetsområden, utarbeta vårdpro-

[165] Ibid.
[166] Ibid.
[167] Psykologförbundet (2021): *Nationell målbeskrivning för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård*.

gram, genomföra fortbildningsinsatser och förankra ny kunskap i verksamheten. Till uppdraget hör även kvalitetsuppföljning inom upptagningsområdet. De regionala mödrahälsovårdsenheterna har varit viktiga för utvecklingen av och förvaltandet av mödrahälsovårdens uppdrag liksom för implementering av mödrahälsovårdens hälsovårdsprogram. Många centrala mödrahälsovårdsenheter har psykolog eller socionom knuten till verksamheten som utvecklings- och fortbildningsresurs. I vissa fall finns också en referensgrupp med representanter för primärvård, kvinnoklinik och andra instanser, beroende på den lokala organisationen, där vårdutveckling diskuteras.[168] Det nationella kvalitetsregistret Graviditetsregistret, samlar och behandlar information hela vägen från tidig graviditet till och med ett par månader efter förlossningen, exempelvis ultraljud, sjukdomshistoria och information om barnets hälsa.[169]

På nationell nivå har regeringen tagit initiativ till en satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa. Satsningen fokuserar främst på kvinnans hälsa, med det ingår också insatser för att utveckla neontalvården och vårdkedjan för sjuka nyfödda och för tidigt födda barn, från mödrahälsovården till och med barnhälsovården. Insatser för att förbättra kvinnans hälsa, inte minst den psykiska hälsan, har också inverkan på barnets hälsa under det mycket tidiga livet. I regeringens satsning ingår överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner för att stärka vården och uppdrag till olika myndigheter att följa upp och utvärdera vården samt att bistå med kunskapsstöd.[170]

Barnhälsovårdens roll och ansvar

Barnhälsovårdens verksamhet syftar till att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa och tidigt identifiera behov av insatser hos barn och deras vårdnadshavare.[171] Barnhälsovården erbjuder hälsovägledning, föräldraskapsstöd och hälsouppföljning till alla anslutna familjer och barn. I stort sett alla barn och familjer följs upp inom det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Vissa grupper nås

[168] Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård (2008, reviderad 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Nr 76.*
[169] Graviditetsregistret (2021): *Detta är graviditetsregistret* (Hämtad 2021-04-06).
[170] SKR (2021): *Förlossningsvård och kvinnors hälsa.*
[171] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården*.

dock i lägre grad, det gäller särskilt familjer där vårdnadshavare är utrikesfödda, familjer med låginkomst och unga eller ensamstående vårdnadshavare.

Barnhälsovården har funnits i Sverige sedan 1937 då riksdagen beslutade om frivillig, kostnadsfri och generell mödrahälsovård och barnhälsovård. Barnhälsovården har sedan dess utvecklats från att arbeta kontrollerande och övervakande till att följa barns hälsoutveckling och genomföra hälsofrämjande och föräldraskapsstödjande insatser. Relationen mellan professionella och vårdnadshavare har skiftat fokus från kontroll eller övervakning till partnerskap och att öka vårdnadshavares delaktighet och tilltro till sin egen förmåga. Detta följer en internationell trend där hälsoövervakande och förebyggande insatser har kompletterats med ett hälsofrämjande perspektiv.[172]

Samverkan med relevanta aktörer är central för verksamheten. Till samarbetspartnerna hör bland annat mödrahälsovården, förskolan, skolans elevhälsa, specialistvården inklusive barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) och vuxenpsykiatrin, vårdcentralen, socialtjänsten och tandvården. Den närmaste samverkanspartnern i föräldrastödet är mödrahälsovården, men även kommunala verksamheter som socialtjänstens förebyggande verksamheter och familjerådgivningen är centrala aktörer.[173] Kontaktvägarna mellan de olika verksamheterna varierar mellan regionerna, vanligen sker kontakten mellan professionella, genom informationsöverföring eller ett remissförfarande.

Organisering och finansiering

Barnhälsovården organiseras ofta i form av barnavårdscentraler (BVC). BVC kan vara integrerad i övrig primärvård eller en självständig verksamhet. I tre regioner bedrivs barnhälsovården i egen regi utanför vårdvalet, i två regioner bedrivs barnhälsovården som egna vårdval. I resterande 16 regioner är barnhälsovården del i vårdvalet för vårdcentral/husläkarmottagning. I hela Sverige finns cirka

[172] Ibid.
[173] Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen (2007): *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.*

950 BVC (exklusive filialer), ungefär var tredje BVC (34 procent) drivs i privat regi.[174]

En BVC kan vara en del av en familjecentral där olika verksamheter samlas för att stödja familjer med barn (se även avsnitt 4.8 nedan). Förutom barnhälsovård ingår ofta mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete i familjecentralerna. 21 procent av BVC tillhör en familjecentral och är samlokaliserad med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola medan 18 procent tillhör en familjecentral och är samlokaliserad med minst en av verksamheterna mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst eller öppen förskola.[175]

Barnhälsovården finanserias av regionerna vilket medför att principerna för finansieringen av verksamheten ser olika ut i landet. Det är komplicerat att fastställa ersättningen till BVC då regionerna har olika sammansättning av fast och rörlig ersättning och att ersättningen utbetalas på olika sätt. Några regioner, bland annat Uppsala och Örebro, fördelar resurser till barnhälsovården med utgångspunkt från särskilda beräkningar av BVC-områdenas vårdtyngd. I beräkningarna av vårdtyngd tas hänsyn till faktorer som till exempel antalet förstabarnsföräldrar och antalet föräldrar med utländsk härkomst. Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner uppgick de samlade kostnaderna för barnhälsovården 2019 till 2 992 miljoner kronor.[176]

Uppdrag

Det finns rekommendationer och övergripande författningar som berör och reglerar barnhälsovårdens verksamhet, men det finns ingen särskild reglering av barnhälsovården i lag eller annan författning. Detta innebär i praktiken att det finns variationer över landet när det gäller tillgång till barnhälsovård, barnhälsovårdens innehåll och övriga förutsättningar för verksamheten. För att stödja utvecklingen av en mer likvärdig barnhälsovård i landet har Socialstyrelsen i nära samarbete med företrädare för professionen inom barnhälsovården tagit fram en vägledning för barnhälsovården samt ett natio-

[174] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård*.
[175] Ibid.
[176] SKR (2020): *Ekonomistatistik 2010–2019.* (Hämtad 2021-02-19).

nellt program för barnhälsovård. Vägledningen ska ge kunskaps- och handledningsstöd för yrkesverksamma inom barnhälsovården och vara ett beslutsstöd i arbetet med att utveckla och genomföra hälsovårdsprogram för barn. Därutöver finns Rikshandbok i barnhälsovård, ett av professionen initierat och framtaget nationellt webbaserat metod- och kunskapsstöd för barnhälsovården som tillhandahålls av Sveriges regioner.[177] Socialstyrelsens vägledning anger mål, övergripande beskrivning och ramar för verksamheten, medan Rikshandboken mer konkret beskriver innehåll och metoder genom det nationella barnhälsovårdsprogrammet för barn och familjer. I samtliga regioner är Rikshandboken och Vägledning för barnhälsovården centrala styrdokument för barnhälsovården. Några regioner har dessutom regionala riktlinjer för barnhälsovården och förfrågningsunderlag för vård- eller hälsoval där uppdraget för barnhälsovården preciseras. Uppföljningen av barnhälsovården varierar mellan regionerna.[178]

Det nationella barnhälsovårdsprogrammet

Barnhälsovårdens arbete med hälsouppföljning bygger på det nationella barnhälsovårdsprogrammet.

Barnhälsovårdsprogrammet är tredelat och innefattar insatser på olika fördjupningsnivåer. En viktig utgångspunkt för programmet är begreppet proportionell universalism som innebär att insatser ges efter behov. Alla barn och deras vårdnadshavare ska nås av insatser på universell nivå och vissa barn och familjer ska ges ökade och mer fördjupade insatser.[179] Målsättningen är att parallellt med ett folkhälsoperspektiv också inta ett individperspektiv. De tre delarna omfattar:

- *Universell prevention*: hälsofrämjande insatser, hälsouppföljning och andra insatser som riktas till alla barn och deras vårdnadshavare. Insatserna syftar till att främja goda levnadsvanor och uppväxtvillkor, främja och stödja samspel och relationer mellan barn och vårdnadshavare och barnets och vårdnadshavarens psy-

[177] Rikshandbok i barnhälsovård (2020). (Hämtad 2020-03-30).
[178] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård*.
[179] The Marmot review (2010): *Fair society, healthy lives*.

kiska hälsa samt erbjuda stöd i föräldraskapet och information om lokala barn- och föräldraverksamheter.

- *Selektiv prevention*: insatser som samtal, vägledning och insatser genom bland annat tätare kontakt med barnhälsovården, riktade till grupper av barn och vårdnadshavare med ökad risk för ohälsa. Det kan vara behov som identifierats vid de allmänna hälsobesöken, barnets nuvarande eller tidigare hälsotillstånd eller villkor i barnets omgivning. Fördjupade kartläggningar av skydds- och riskfaktorer, barnets hälsoutveckling och hälsovägledning samt tvärprofessionell konsultation och samverkan kring barn och familjer med utökade behov kan vara aktuellt.
- *Indikerad prevention*: insatser riktade till barn och familjer som på grund av risk för ökade hälso- och sociala problem, bör få ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med förebyggande socialtjänst, psykolog eller andra vårdgivare. Insatserna tillhandahålls efter individuella bedömningar av barnets och familjens behov. Det kan till exempel handla om riktade insatser som upprepade hembesök, insatser i samverkan med andra vårdgivare och socialtjänst eller remiss till annan vårdgivare.[180]

Enligt barnhälsovårdsprogrammet ska kontakten mellan familjerna och barnhälsovården vara som tätast under barnets första levnadsår. Därefter sker kontakterna när barnet är 18 månader, vid 2,5 eller 3 år samt när barnet är 4 år respektive 5 år. Totalt omfattar barnhälsovårdsprogrammet 13 olika besök under barnets första fem år. För barn och familjer med behov av fördjupade insatser rekommenderas tätare hälsobesök. Uppföljningar visar dock att dessa familjer inte alltid får det extra stöd och den information som de behöver. Det gäller till exempel barn i immigrant- och låginkomstfamiljer.[181]

Barnhälsovården har en viktig roll i det långsiktiga och systematiska folkhälsoarbetet. Hälsouppföljningen ska bidra till att öka kunskapen hos vårdnadshavare om barnets hälsoutveckling och att motivera familjer till en hälsosam livsstil som ska bidra till god hälsa och gynnsamma uppväxtvillkor för barnet.[182] Hälsobesöken är en central del i hälsouppföljningen och omfattar en mer systematisk be-

[180] Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Barnhälsovårdens nationella program.* (Hämtad 2021-04-09).
[181] Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (*s. 52*)*.
[182] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården*.

dömning av barnets hälsa och utveckling, bland annat när det gäller barnets tillväxt, sömn och matvanor, aktivitetsnivå, förmåga att kommunicera, rörelser, nöjdhet och ömsesidig kontakt med föräldrar. Barnhälsovårdens insatser bygger på en förtroendefull kommunikation och en nära allians med vårdnadshavare om barnets hälsa och utveckling. Insatser kan ges direkt till barnet utifrån dess symtom eller till vårdnadshavare genom föräldrastöd med fokus på relationen till och samspelet med barnet.

För att nå ut till alla familjer har barnhälsovården utvecklat ett system för hembesök. Hembesöken syftar främst till att nå alla barn och nyblivna föräldrar tidigt för att informera om barnhälsovård, lägga grunden till en fortsatt tillitsfull kontakt och för att få kunskap om barnets och familjens hemmiljö och livssituation.[183]

Bemanningen på BVC

Bemanningen på BVC består av legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen som distriktsköterska eller med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Tillgång finns vanligen till legitimerade läkare med specialistkompetens i allmänmedicin, pediatrik eller barnpsykiatri samt psykolog för barnhälsovården. Barnhälsovårdssjuksköterskan organiserar det lokala arbetet på BVC och har en central uppgift att självständigt utföra stora delar av barnhälsovårdsprogrammet samt att se till att alla barn som är inskrivna på BVC får tillgång till programmet. Barnhälsovårdssjuksköterskan står för kontinuitet i kontakterna och för samordning av insatser för barn och vårdnadshavare, tillsammans med andra professioner och verksamheter. Läkaren är sjuksköterskans främsta samarbetspartner och ansvarar för hälsoundersökningar som fodrar högre medicinsk kompetens och för bedömningar av barnets hälsa och utveckling. Tillsammans utgör de barnhälsovårdsteamet på BVC. I teamarbetet finns tillgång till psykolog för barnhälsovården. Psykologerna stödjer den övriga professionen med fortbildning och konsultation och deltar i teamarbete. De har även kontakt med barn och vårdnadshavare både individuellt och genom generellt och riktat föräldrastöd i grupp. Fokus för uppdraget är förebyggande insatser och föräldrastöd. Inom vissa regioner kan även andra yrkeskate-

[183] Ibid.

gorier ingå i teamet, till exempel socionomer, dietister och logopeder. De olika kompetenserna kompletterar varandra och utgör grunden i teamarbetet.[184]

Kvalitetsarbete inom barnhälsovården

I alla regioner finns en barnhälsovårdsöverläkare och sjuksköterska som arbetar som vårdutvecklare. Ofta tillhör de en central barnhälsovårdsenhet, som ansvarar för att följa upp och utveckla barnhälsovårdens verksamhet. Många centrala barnhälsovårdsenheter har psykolog och andra professioner inom barnhälsovården knutna till verksamheten som utvecklings- och fortbildningsresurs. De regionala utvecklingsenheterna för barnhälsovård har varit viktiga för utvecklingen av och förvaltandet av barnhälsovårdens uppdrag liksom för utveckling och implementering av det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Förbättringsarbetet baseras på insamlad kunskap om verksamheten inom svensk barnhälsovård och drivs sedan länge av de regionala utvecklingsenheterna för barnhälsovård runt om i landet. Därutöver finns det nationella kvalitetsregistret Svenska Barnhälsovårdsregistret, BHVQ, som följer kvalitetsvariabler i den svenska barnhälsovården och utgör en grund för kontinuerlig kvalitetsförbättring. Anslutningsgraden i BHVQ ökar årligen.[185]

På nationell nivå har regeringen tagit initiativ till en treårig satsning för att öka tillgängligheten till barnhälsovården särskilt i områden med socioekonomisk problematik. Inom ramen för satsningen har regionerna bland annat genomfört personalförstärkningar, kompetensutvecklingsinsatser och insatser för att stärka samverkan mellan barnhälsovården, socialtjänsten, tandvården och förskolan i syfte att tidigt upptäcka barn med behov av fördjupade insatser.[186]

[184] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovård* och Rikshandbok i barnhälsovård *(2021): Teamarbete i barnhälsovården. (*Hämtad 2021-04-09*).*
[185] Svenska Barnhälsovårdsregistret (2021): *Svenska Barnhälsovårdsregistret*. (Hämtad 2021-04-09).
[186] Staten och SKL (2017): *Överenskommelse om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020.*

Elevhälsans roll och ansvar

Enligt 2 kap. 25–28 §§ skollagen (2010:800) ska det finnas elevhälsa för elever i förskoleklassen, de obligatoriska skolformerna, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsa infördes som juridiskt begrepp i skollagen 2010 och avser medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling mot målen. Elevhälsan ska också se till att skolan bidrar till att skapa god och trygga uppväxtvillkor för eleverna. Elevhälsans arbete förutsätter en hög grad av samverkan både mellan elevhälsans personal och övriga personalgrupper i skolan och med övriga hälso- och sjukvård samt socialtjänsten.[187] Intentionerna med elevhälsans hälsofrämjande och förebyggande arbete beskrivs kortfattat i förarbetena till skollagen. Som komplement till lagen har Socialstyrelsen och Statens skolverk utformat en vägledning för elevhälsans verksamhet.[188]

Elevhälsans medicinska insatser

Elevhälsans medicinska insatser, tidigare benämnt skolhälsovård, består av skolläkare och skolsköterska och utgör en självständig verksamhetsgren inom elevhälsan. De medicinska insatserna i elevhälsan avser hälsobesök för eleverna, vaccinationer enligt nationellt fastställda program och enklare sjukvårdsinsatser.[189] Med enklare sjukvårdsinsatser avses omplåstring eller preliminära bedömningar av smärre olyckor under utbildningsmomenten.[190]

Det finns en lång tradition av skolhälsovård i Sverige. De första skolläkarna anställdes vid läroverk och folkskolor redan på 1830-talet. I början på 1900-talet fanns det skolhälsovård vid skolorna i de större städerna och några decennier senare började skolsköterskeverksamheten utvecklas. Skolhälsovård infördes i läroplanerna under 1960-talet (Lgr 1962 och Lgr 1969) som en del av elevvården. Skolhälsovården skulle bland annat kartlägga elevernas fysiska och psykiska tillstånd genom återkommande klassundersökningar. Regleringen av skolhälsovården och hälsobesöken infördes i lag samband med 1985 års skollag (1985:11100). Enligt 14 kap. 2 § 1985 års skol-

[187] Prop. 2009/2010:165: *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 274–277).
[188] Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan*.
[189] Prop. 2009/10:165: *Den nya skollagen – För kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 277).
[190] Ibid.

lag skulle skolhälsovården ansvara för att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem.

Skolhälsovårdens uppdrag har under åren återspeglat hälsoutvecklingen i landet. I takt med förbättringen av folkhälsan och en förändrad syn på sjukdomsbilden och hälsoutvecklingen hos barn och unga har hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kommit att betonas i allt högre grad i skolhälsovårdens uppdrag. Skolläkarens roll har också förskjutits från infektionssjukdomar till psykosociala hälsotillstånd samt från ett individperspektiv till ett mer gruppinriktat perspektiv med fokus på arbetsmiljöfrågor för eleverna. En stor del av skolläkarens roll sker i dag genom medicinsk rådgivning till skolsköterskan. Skolsköterskan ansvarar för att genomföra elevernas hälsobesök och samarbetar med övrig elevstödjande verksamhet i skolan i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.[191]

Skolhuvudmännens vårdgivaransvar

Den verksamhet som utförs av skolläkare och skolsköterskor definieras i regel som hälso- och sjukvård. Det gäller till exempel syn- och hörselundersökningar, vaccinationer, hälsosamtal med enskilda elever, visst utredningsarbete och remittering av elever till den övriga hälso- och sjukvården. I förhållande till denna verksamhet har skolhuvudmän ett vårdgivaransvar och rektorer ett ansvar som verksamhetschef.

Med vårdgivaransvaret följer vissa skyldigheter. Det gäller till exempel hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om målen med hälso- och sjukvården, enligt 3 kap 1 och 2 §§ HSL. Det gäller också kraven på verksamheten att erbjuda god, säker och trygg vård och kraven på systematisk utveckling och säkring av vårdens kvalitet, enligt 5 kap 1, 2 och 4 §§. Dessutom gäller de särskilda skyldigheterna i fråga om barn. Barnets bästa ska särskilt beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn, enligt 5 kap 6 § HSL. Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor med har en psykisk funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller

[191] Milerad, J. och Lindgren, C. (2015): *Evidensbaserad elevhälsa.*

spel om pengar, enligt 5 kap. 7 § HSL. Det finns också krav på samverkan i fråga om barn som far eller riskerar att fara illa, enligt 5 kap. 8 § HSL. Vidare gäller patientsäkerhetslagens (PSL) bestämmelser, inte minst kraven på hälso- och sjukvårdens personal att tillhandahålla god och patientsäker vård och därvid utföra sitt arbete i överenstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket framgår av 6 kap. 1 § PSL. Enligt patientsäkerhetslagen har vårdgivaren också en skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen kan upprätthållas, enligt 3 kap 1 § PSL. Vårdgivaren ska dessutom vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och bland annat utreda händelser i verksamheten som hade kunnat leda till vårdskada samt ge patienter och deras närståendes möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet, enligt 3 kap. 2–4 §§ PSL. Samtliga bestämmelser i patientlagen som inte särskilt är avgränsade till att gälla för vårdgivare med endast regionen, alternativt regionen och kommunen som huvudman, eller som i övrigt hänför sig till annan specialreglering, gäller för alla vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Bland annat ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses och olika insatser ska vara samordnade på ett ändamålsenligt sätt, enligt 6 kap. 1 § PL. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygget, kontinuitet, samordning och säkerhet, enligt 6 kap 2 § PL. Även detta krav gäller alltså för samtliga vårdgivare, oavsett vilken huvudman de har, och därmed för även för de verksamhetsgrenar i skolan som utgörs av elevhälsans medicinska insatser.

Organisering och finansiering

Skolhuvudmännen har möjlighet att organisera elevhälsan utifrån lokala behov och förhållanden. Elevhälsan kan bedrivas i egen regi, det vill säga med personal anställd direkt på skolan, eller organiseras centralt. Av 23 kap. 25 § skollagen framgår att en kommun, enskild eller staten som huvudman får överlåta ansvaret för medicinska insatser till en region om båda parter är överens om det. Vidare får en region, enskilda eller staten som huvudman överlåta ansvaret för elevhälsans medicinska insatser till en kommun om båda parter är

överens om det. Huvudmannen har dock det yttersta ansvaret för att de medicinska insatserna kommer till stånd.

Elevhälsans insatser finansieras genom den så kallade skolpengen. Skolpengen är det grundbelopp som kommunen avsätter per elev för skolverksamheten. Ersättningen för elevhälsan avser medicinska, psykologiska eller psykosociala insatser. Skolverkets statistik visar att den genomsnittliga skolpengen för elevhälsan i grundskolan uppgick till 3 400 kronor per elev år 2018.

Elevhälsans hälsofrämjande och förebyggande arbete

Socialstyrelsens och statens Skolverks vägledning lyfter fram att det hälsofrämjande och förebyggande bör genomsyra hela skolans verksamhet och att det är ett ansvar för alla yrkesgrupper som arbetar i förskola och skola. I det främjande och förebyggande arbetet ingår att skapa samsyn om barnets lärande och utveckling samt en trygg lärandemiljö för eleverna. En central utgångspunkt är att hälsa är en förutsättning för lärande men också att lärande leder till hälsa.[192]

Det förebyggande arbetet handlar om att minska risken för ohälsa. Det kan till exempel finnas förhållanden i skolan som gör att elever och lärare inte kan fullfölja skolans uppdrag. Det kan handla om kränkningar, skadegörelse och bristande studiero eller liknande.

Elevhälsan ska bistå med insatser på individuell och generell nivå. I elevhälsans mer individuellt inriktade insatser ingår att undanröja hinder för varje enskild elevs lärande och utveckling. Elevhälsan och dess medicinska insatser kan även uppmärksamma grupper med särskilt behov av stöd till exempel elever med funktionsnedsättning, kroniska eller andra långvariga sjukdomar, elever som har upplevt traumatiska situationer och upprepade uppbrott som asylsökande eller placerade barn och unga. Den mer generellt inriktade verksamheten rör elevernas arbetsmiljö, skolans värdegrund, arbetet mot kränkande behandling och undervisning som rör tobak, alkohol andra droger och övrig livsstilsrelaterad ohälsa, jämställdhet och sex- och samlevnadsundervisning med mera.

I det förebyggande arbetet kan elevhälsan hjälpa till med att kartlägga verksamheten och identifiera riskområden, till exempel uppgifter om elevernas matvanor, fysiska aktivitet, andelen bland elever

[192] Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan.*

som röker, upplever stress eller är utsatta för kränkande behandling. De medicinska insatserna kan bidra med avidentifierad information från hälsosamtalen på aggregerad nivå som underlag för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Uppgifter om hur eleverna upplever skolsituationen kan användas för att skapa bättre lärandemiljöer. Elevhälsan har också en viktig roll i att utbilda och handleda lärare i ett arbetslag för att stärka lärarnas förmåga att reflektera om och agera kring elevgrupper eller enskilda elever. Ett hälsofrämjande arbetssätt som tar sikte på både lärande och hälsa ställer krav på ett tvärprofessionellt arbetssätt som omfattar både elevhälsans och lärarnas professioner. Elevhälsan bör i detta arbete samarbeta med rektor och lärare vid utbildningsinsatser, organisationsplanering och organisationsutredningar för att belysa hälsorisker i verksamheten och i barns och ungas livssituation. Närsamhället och den lokala kontext som förskola och skola befinner sig i bör påverka inriktningen på de insatser som genomförs.[193]

Elevhälsans fokus ska inte vara hälso- och sjukvårdsinsatser i snäv bemärkelse utan förebyggande och hälsofrämjande insatser i ett bredare perspektiv. I detta arbete har de medicinska insatserna en central roll.

Enligt Socialstyrelsens och Statens skolverks vägledning kan elevhälsan även erbjuda åtgärdande insatser när problem uppstår, det gäller till exempel arbetet med stöd- och åtgärdsprogram för elever med skolsvårigheter. Enligt vägledningen kan skolsköterskan, skolkurator och skolpsykolog också genomföra olika typer av stödjande samtal med enskilda elever under en begränsad period. Det kan vara motivations- och krissamtal eller utredande, rådgivande och bearbetande samtal. Elevhälsan har även ett särskilt ansvar när det gäller att utreda och kartlägga elevers svårigheter att nå målen för utbildningen.[194]

Hälsouppföljning i elevhälsan

Hälsobesök under skoltiden regleras i skollagen. Av 2 kap. 27 § skollagen framgår att varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan ska erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar all-

[193] Socialstyrelsens och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan*.
[194] Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan.*

männa hälsokontroller. Vidare ska varje elev i sameskolan erbjudas minst två hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller. Hälsobesöken ska vara jämnt fördelade under skoltiden. Eleven ska också erbjudas undersökning av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller mellan hälsobesöken. Dessutom ska varje elev i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan erbjudas minst ett hälsobesök som innefattar en allmän hälsokontroll under skoltiden.

Hälsobesöken är en central uppgift för de medicinska delarna av elevhälsan. Termen hälsobesök infördes i skollagen 2010 och understryker hälsofrämjande arbetssätt som stämmer överens med elevhälsans uppdrag. Det finns dock ingen närmare reglering av hälsobesökens innehåll än det som framgår av enligt 2 kap. 27 § skollagen. Däremot behandlar Socialstyrelsens och Statens skolverks vägledning för elevhälsan bland annat hälsobesökens innehåll och utformning. Av vägledningen framgår att hälsobesöken syftar till att bedöma barnets eller den unges hälsotillstånd, tillväxt, utveckling och inlärning med målet att tidig upptäcka elever i behov av stöd eller andra insatser. Vid hälsobesöken ska alla barn och unga undersökas för att upptäcka tillväxtavvikelser, syn- eller hörselnedsättningar och ryggdeformiteter. Därutöver ingår ett hälsosamtal där barnet eller den unge har möjlighet prata om sin hälsa och skolsituation med skolsköterskan. Hälsosamtalet är en del av elevhälsans hälsofrämjande och förebyggande arbete. Syftet med hälsosamtalet är att stärka barnets eller den unges möjlighet till ett hälsosamt liv. I hälsosamtalet kan till exempel matvanor, fysisk aktivitet och alkohol och tobaksanvändning samt signaler på psykisk ohälsa tas upp. De återkommande besöken ska ge skolsköterskan en möjlighet att bygga upp en relation till varje enskild elev samt ge mer individuellt inriktad hälsovägledning.[195]

Elevhälsans bemanning

Av 2 kap 25 § skollagen framgår att det inom elevhälsan ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator samt personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses. Den personal som finns för elevhälsans insatser ska ha adekvat utbildning, som svarar mot elevernas

[195] Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning om elevhälsan.*

behov av insatser.[196] Det finns dock ingen närmare beskrivning i lagen om vad tillgång till olika personalkategorier innebär. En utgångspunkt är att det ska finnas tillgång till den personal och de resurser som krävs för att elevhälsan ska kunna utföra sin verksamhet i enlighet med befintlig lagstiftning. Det finns ingen nationell statistik över yrkesverksamma inom elevhälsan eller fördelning per elev. Sverige Kommuner och Regioner (SKR) tar fram statistik över det samlade antalet yrkesverksamma personer inom de kommunala skolornas elevhälsa. Denna statistik visar att det 2018 fanns cirka 106 skolläkare och cirka 2 800 skolsköterskor i Sverige vid de kommunala skolorna. Av SKR:s uppföljningar framgår att det finns behov av att rekrytera personal inom elevhälsan när det gäller skolläkare, psykologer, kuratorer och skolsköterskor. Av dessa yrkesgrupper var vakanserna flest bland psykologerna men vakanserna bland skolsköterskorna har också ökat över tid. Behovet är störst inom de små kommunerna men också socioekonomiskt utsatta områden. Enligt kommunerna är orsaken till vakanserna att det finns för få personer i dessa yrkesgrupper men också att konkurrensen om yrkesgrupperna är stor och att de kommunala huvudmännen inte kan erbjuda de löner som krävs.[197]

SKR:s uppföljningar av hur elevhälsan är organiserad i de kommunala skolorna visar att det är vanligt med centralt anställd personal inom elevhälsan. 74 procent av kommunerna uppger att skolsköterskorna är anställd centralt, 71 procent uppger att detsamma gäller psykolog och 62 procent att det gäller kuratorer. Skolläkare och skolpsykologer finns inte alltid anställda inom elevhälsan, i stället köper de kommunala skolhuvudmännen in sådana tjänster. 56 procent av skolorna uppger att det köper in tjänstetimmar när det gäller skolläkare. I SKR:s kartläggning uppger de kommunala skolhuvudmännen att även andra yrkesgrupper ingår i elevhälsan, till exempel förekommer logopeder, talpedagoger, socialpedagoger och arbetsterapeuter och fysioterapeuter.[198]

[196] Prop. 2009/10:165 *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 657).
[197] SKL (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018.*
[198] SKL (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018*.

Ungdomsmottagningar

Sveriges ungdomsmottagningar har en lång erfarenhet av att möta unga i syfte att främja fysisk och psykisk hälsa, med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Ungdomsmottagningarna riktar sig vanligen till ungdomar i åldrarna 13–25 år och ses som ett komplement till övrig hälso- och sjukvård.[199]

Utredningen erfar från dialogmöte med verksamhetsföreträdare att ungdomsmottagningarna har gedigen kunskap och helhetssyn kring ungdomsfrågor och vad som tillhör ungdomen. Ungdomsmottagningen har även en unik roll i att vara en neutral part och ingång för ungdomar då de i vissa frågor kanske inte vill söka stöd hos till exempel elevhälsan eller vårdcentralen av olika skäl.

Den första ungdomsmottagningen startade i Borlänge på 1970-talet. En central tanke vid starten av de första ungdomsmottagningarna var att verksamheten skulle präglas av en helhetssyn på ungdomar och att kropp och själ hör ihop.[200]

Organisering och finansiering

Hälsovård för unga kring den sexuella och reproduktiva hälsan och den psykiska hälsan organiseras ofta på ungdomsmottagning. I vissa län finns en övergripande struktur för ungdomsmottagningarnas verksamhet och organisation men även inom länen kan ungdomsmottagningarnas organisation variera. Det finns mottagningar som enbart vänder sig till barn och unga eller mottagningar som är en del av en större verksamhet med fler målgrupper än barn och unga, till exempel en barnmorskemottagning som har särskilda öppettider för unga några timmar i veckan. Det finns också filialer eller mobila enheter kopplade till en större mottagning med syftet att nå unga som inte kan ta sig till en ungdomsmottagning.[201]

Enligt SKR är det svårt att få fram tydlig information om vilka resurser som avsätts för ungdomsmottagningarnas verksamhet. Ungdomsmottagningarna saknar ofta en överblick över sin egen budget och vad verksamheten kostar. Ofta saknas också en över-

[199] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[200] Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar.*
[201] SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*.

gripande behovsanalys av vilka resurser som bör avsättas för verksamheten och en analys av kopplingen mellan resurser och verksamhetens uppdrag. Det finns inte heller någon tydlig struktur för hur resurser fördelas mellan ungdomsmottagarnas olika uppdrag, till exempel mellan medicinska och sociala insatser och mellan det främjande, förebyggande och behandlade arbetet. Regionerna står dock för en majoritet av kostnaderna för ungdomsmottagningarna. Det är vanligt att regioner bidrar både med en fast summa per invånare i målgruppen och ersättning per besök. Kommuner bidrar också ofta med en fast summa, men det är även vanligt att kommunerna bidrar med personal i stället för att tillföra medel. Det kan till exempel handla om en kurator som i vanliga fall arbetar inom skolan eller socialtjänsten och som även avsätter ett antal timmar i veckan på en ungdomsmottagning.[202]

Uppdrag

Det finns ingen särskild reglering av ungdomshälsovård i författning, utan den hälso- och sjukvård som ges vid ungdomsmottagningar eller till ungdomar i övrigt omfattas i princip av den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Detta innebär i praktiken att det finns variationer över landet när det gäller tillgång till ungdomshälsovård, innehåll och övriga förutsättningar för verksamheten. Uppdragen ser olika ut beroende på huvudmannens inriktning och prioritering.

De flesta av landets ungdomsmottagningar är anslutna till organisationen Sveriges förenade ungdomsmottagningar (FSUM). Den är en intresseorganisation för ungdomsmottagningarna som arbetar med att stimulera utveckling av verksamheten och att underlätta erfarenhetsutbyte mellan mottagningarna. FSUM har utarbetat handbok och riktlinjer för ungdomsmottagningarnas verksamhet. Riktlinjerna framhåller att mottagningarna ska arbeta med utgångspunkt från barnkonventionen och utifrån ett psykologiskt, psykosocialt och medicinskt helhetsperspektiv. De ska också ha ett rättighetsperspektiv på ungas rätt till information, kunskap och behandling.[203]

[202] Ibid.
[203] Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2021): *Om FSUM.* (Hämtad 2021-04-09).

Enligt FSUM är det övergripande målet för ungdomsmottagningar att främja fysisk och psykisk hälsa, med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa, samt rättigheter hos unga. Arbetet ska ske utifrån en helhetssyn i medicinskt, psykologiskt och psykosocialt perspektiv. Varje person har rätt till kunskap, information, stöd och behandling.[204]

Ungdomsmottagningarnas hälsofrämjande och förebyggande arbete

Verksamheten är en så kallad lågtröskelverksamhet, vilket innebär att den ska vara lättillgänglig och anpassad efter ungdomars behov. Ungdomsmottagningen kräver inte särskild sökorsak för ett besök och bemötandet utgår från hur personen mår och den situation hen befinner sig i. Stödet har ett salutogent perspektiv, vilket betyder att det utgår från hälsan och vad som fungerar väl, snarare än från ett sjukdomsperspektiv. Detta förhållningssätt syftar till att stärka individers egenmakt och tilltro till sin egen förmåga samt att själv ta kontroll över sina liv.[205]

På senare år har arbete med psykisk hälsa fått allt större utrymme och ungdomsmottagningar i tre län/regioner har ett uttalat uppdrag att vara första linjen verksamhet för unga med lättare psykisk ohälsa.[206]

Till skillnad från mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser erbjuder inte ungdomsmottagningar hälsoundersökningar till alla unga och ungdomsmottagningarna genomför inte heller andra specifika insatser utifrån ett nationellt program som riktar sig till alla unga.

Även om uppdraget kan variera, så är dock arbetet med att stödja unga kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) en central del på de flesta ungdomsmottagningar. I det ingår att ge förebyggande insatser som bidrar till att sexuella aktiviteter sker på ett säkert sätt, till exempel att förhindra oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar. I arbetet ingår även att stödja med ökad kunskap om sexualitet och sexuell hälsa till de unga och att stärka dem i deras rättigheter. Detta handlar till exempel om frihet att själv

[204] Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*.
[205] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[206] Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2018): *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar.*

fatta beslut om den egna kroppen, förtroende och kommunikation kring sex samt möjlighet att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser.[207]

Ungdomsmottagningarna ger ett individinriktat stöd till de unga som sökt sig till mottagningen. Det kan handla om att svara på frågor, ge information, undersöka och behandla. Ungdomsmottagningarna bedriver även ett utåtriktat arbete, för att i högre utsträckning nå även de unga som inte söker upp mottagningen på eget initiativ. Flera regioner har också satsat på digitala besök, som kan motsvara en del av det stöd som en fysisk mottagning kan ge. Det är ett sätt att stärka ungdomars tillgång till ungdomsmottagningarnas tjänster och kan vara särskilt viktigt för unga som bor i glesbygd, hemmasittande ungdomar och för dem som inte vill besöka en fysisk mottagning.[208]

Tillsammans med bland annat elevhälsan och socialtjänstens förebyggande verksamhet utgör ungdomsmottagningarna en basnivå för ungdomar när det gäller hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser.[209]

Sedan 2008 finns även den webbaserade ungdomsmottagningen UMO.se för alla unga mellan 13–25 år, med kunskap om kroppen, sex, relationer, psykisk hälsa, alkohol och droger, självkänsla och mycket annat. Där finns också kontaktuppgifter till alla ungdomsmottagningar i landet. UMO.se erbjuder även viss möjlighet att ställa personliga frågor. På UMO.se finns också en särskild webbplats, Youmo.se, med delar av UMO:s innehåll presenterat på olika språk. UMO.se finansieras av alla regioner.[210]

Bemanning av ungdomsmottagningarna

Bemanningen på ungdomsmottagningarna varierar men många mottagningar strävar efter att arbeta tvärprofessionellt för att kunna tillgodose de ungas behov av insatser när det gäller fysisk och psykisk

[207] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa och* Folkhälsomyndigheten (2019): *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017*. Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017.
[208] SKR (2020) *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[209] SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*.
[210] UMO.se (2020).

hälsa.[211] Vid de flesta ungdomsmottagarna finns barnmorska och kurator. Det är också vanligt att gynekolog och allmänläkare finns knutna till mottagningen. [212]

FSUM anger i sina riktlinjer att ungdomsmottagningar bör ha tillgång till personal, som utöver grundkompetensen i sin profession, har utbildning i andrologi, gynekologi, psykoterapi och sexologi. Vidare anger de att personalen behöver ha ett ungdomsperspektiv med specifik kompetens gällande biologiska, psykologiska och sociala aspekter på tonårsutveckling, genus, könsidentitet, könsuttryck, sexualitet och sexuell identitet.[213]

4.5 Andra verksamheter som möter barn och unga

Utöver de verksamheter som framgår av utredningens direktiv finns det ett antal ytterligare vårdverksamheter som möter barn och unga, till exempel vård- eller hälsocentraler, första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa och verksamheter som tidigt möter späda och små barn. Nedan lämnas övergripande beskrivningar av dessa verksamheter.

4.5.1 Vårdcentral

Vårdcentralen utgör primärvårdens kärnverksamhet och ansvarar för grundläggande medicinsk behandling av alla typer av sjukdomar i alla åldrar. Vårdcentralen utgör också en mycket central samverkanspart med de tidigare nämnda vårdverksamheterna inom barn- och ungdomshälsovården eftersom den ansvarar för vårdande och behandlande insatser. I Socialstyrelsens kartläggning från 2016 beskrivs att den gemensamma kärnan som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga regioner omfattar:

- Mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensom-

[211] SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*.
[212] Ibid.
[213] Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar*.

rådet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser,

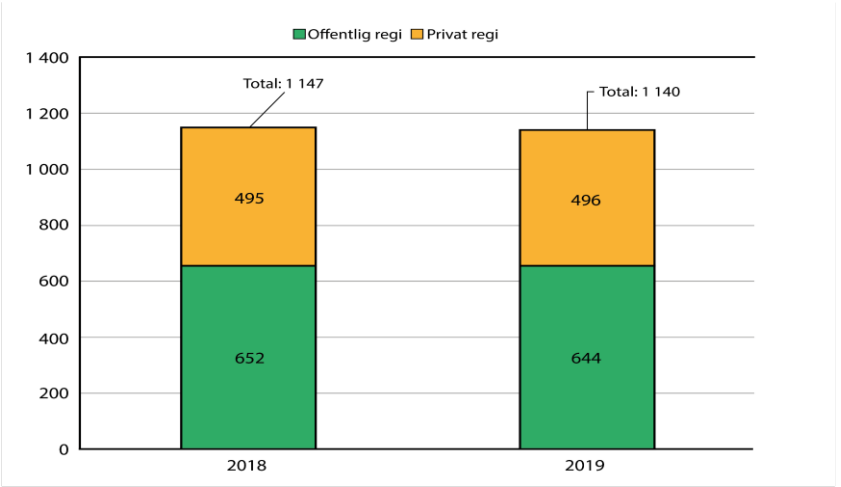
- jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter,
- läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård,
- medverkan i regionens smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.[214]

Vårdcentralens roll i primärvårdens omfattande uppdrag att utgöra den tydliga basen i svensk hälso- och sjukvård beskrivs närmare i Problembild, kap. 4.

Vårdcentraler organiseras i form av vårdvalssystem och styrs och genom uppdraget som anges i det tidigare nämnda förfrågningsunderlaget. Oavsett om verksamheten drivs i offentlig eller privat regi har regionen alltid huvudmannaskap för verksamheten. År 2017 drev 225 olika privata vårdgivare vårdcentraler. Av dessa drev 171 en enda vårdcentral.[215] Störst var Capio och Praktikertjänst med drygt 80 vårdcentraler vardera.[216] Vid utgången av 2019 fanns det 1 140 vårdcentraler i Sverige, varav 56 procent drevs i offentlig regi och 44 procent i privat regi. De regionala skillnaderna är stora när det gäller offentlig eller privat regi. I Region Stockholm drivs 68 procent av alla vårdcentraler i privat regi jämfört med Region Västerbotten där 13 procent av vårdcentralerna drivs i privat regi.[217]

[214] Socialstyrelsen (2016): *Primärvårdens uppdrag En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*.
[215] Vårdföretagarna Almega (2019): *Privat vårdfakta 2019* (Hämtad 2021-02-19).
[216] Konkurrensverket (2014): *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*. Rapport 2014:2.
[217] SKR (2021): Verksamhetsstatistik 2010–2019 (Hämtad 2021-02-19).

Figur 4.13 Vårdcentraler i offentlig/privat regi 2019



Källa: SKR (2019).

På vårdcentral arbetar specialistläkare i allmänmedicin och distriktssjuksköterskor, dessa innehar en bred generalistkompetens med förmåga att möta olika typer av behov och även att arbeta förebyggande. Vidare har alltfler legitimerade yrkeskategorier successivt tillkommit, till exempel arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, psykologer, hälso- och sjukvårdskuratorer och i viss mån även farmaceuter.

4.5.2 Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa

Många kommuner och regioner har under de senaste åren arbetat med att bygga upp en första linje som ansvarar för barn och unga med psykisk ohälsa oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker. Verksamheterna riktar sig till barn och unga och har skapats för att överbrygga glappet mellan den hjälp som erbjuds alla och den hjälp som erbjuds dem med svårast problematik.[218]

I första linjeuppdraget ingår vanligen att identifiera olika former av problematik, göra enklare utredningar och att ge stöd vid lindrigare och ibland måttliga former av besvär och tillstånd. Vanliga sök-

[218] Uppdrag Psykisk Hälsa (2015): *Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa – framväxt, beskrivning av nuläget och vägen framåt*.

orsaker är oro, nedstämdhet, stress och kriser samt familjeproblem. Flera verksamheter kan ha en första linjefunktion, till exempel verksamheter inom skolväsendet, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Första linjen ska vara den verksamhet som barn och unga i första hand vänder sig till med av lindrig till måttlig psykisk ohälsa. I den senaste utvärderingsrapporten från SKR framhåller man att första linjen för barns och ungas psykiska hälsa motsvarar primärvårdsuppdraget, men att det när projekten startade saknades kompetenser och beredskap i primärvården för uppdraget.[219]

I vissa kommuner och regioner har man byggt upp nya verksamheter med ett specifikt uppdrag att ansvara för första linjen, medan andra har utökat uppdraget för befintliga verksamheter att även inkludera ansvaret för första linjen. En majoritet av första linjeverksamheterna i landet drivs inom ramen för primärvården och når totalt sett cirka 2 procent av Sveriges barn och unga.[220]

Arbetet med att utveckla första linjeverksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa har pågått sedan drygt 12 år tillbaka. Regeringen har under det senaste decenniet genomfört ett flertal satsningar för att stödja arbetet med att bygga upp en första linje i kommuner och regioner, bland annat genom överenskommelser med SKR. Med stöd av dessa överenskommelser har SKR har sedan år 2007 drivit ett flertal utvecklingsprojekt tillsammans med kommuner och regioner med syfte att förbättra kvaliteten och tillgängligheten till första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa. Det finns i dagsläget stor variation i hur långt huvudmännen kommit i arbetet med att utveckla första linjeverksamheterna för barn och unga.[221]

Verksamheter som tidigt möter späda och små barn

Utöver ovan nämnda första linjeverksamheter, som i första hand vänder sig till barn och unga med psykisk ohälsa i åldrarna 6–18 år, finns det andra verksamheter med motsvarande uppdrag att tidigt möta barn i åldrarna 0–5 år. Insatser inom dessa verksamheter riktar sig till barnets vårdnadshavare i form av riktat föräldrastöd, då barnet

[219] SKL (2015): *Slutrapport Psynk 2011–2014.*
[220] SKR (2020): *Första linjen 2020 – Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*
[221] SKL (2015): *Slutrapport Psynk 2011–2014.*

är helt beroende av vårdnadshavarens omsorg och omvårdnad och familjens förutsättningar.

Bland dessa verksamheter finns *psykologverksamhet för mödrahälsovård och barnhälsovård* som har ett hälsofrämjande och förebyggande uppdrag. Uppdraget innefattar bland annat bedömning och stöd vid identifierade och upplevda problem runt barnet och i föräldraskapet. Verksamheten ska bedrivas i linje med mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens grunduppdrag. Arbetet sker i tvärprofessionella team där psykologen kan ha en konsultativ roll. Insatser till barn och familj omfattar vanligen föräldravägledning, psykologisk behandling relaterat till föräldraskap, interventioner med fokus på relationen mellan barnet och dess vårdnadshavare, uppföljning och bedömning av barnets utveckling och hälsa samt samverkan med andra berörda verksamheter för barn och familj.[222] Parallellt med utvecklingen av generellt och riktat föräldrastöd och ökat fokus på den psykiska hälsan hos blivande föräldrar, barn och deras vårdnadshavare har psykologverksamheten fått en allt större betydelse inom mödrahälsovården och barnhälsovården till följd av ett allt mer omfattande uppdrag att förebygga psykisk ohälsa.[223]

Späd- och småbarnsverksamheter har ett förebyggande uppdrag och erbjuder tidiga riktade insatser för späda och små barn (0–5 år) och deras familjer. Arbetet utgår dels ifrån uppmärksammade riskfaktorer för att förhindra utveckling av svårigheter hos barnet och i föräldraskapet dels utifrån identifierade problem hos vårdnadshavaren i samspel med barnet. Verksamheten riktar sig vanligtvis enbart till familjer med späda och små barn och erbjuder dels förebyggande insatser med fokus på relation och samspel mellan vårdnadshavaren och barnet dels samspelsbehandling i någon form. Verksamheten kan finnas inom barn- och ungdomspsykiatrin, primärvård, socialtjänsten eller drivas i samverkan mellan flera huvudmän. Kartläggning av späd- och småbarnsverksamheter visar att det 2018 fanns 34 identifierade verksamheter/team i Sverige. Variationen är stor när det kommer till organisationsform, antal ärenden per år och tillgång till barnpsykologisk och barnpsykiatrisk bedömning. Tillgången är

[222] Psykologförbundet (2021): *Nationell målbeskrivning för Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård* (Hämtad 2021-04-09).
[223] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovård* och Rikshandboken i barnhälsovård (2020).

också ojämnt fördelad över landet.[224] Verksamhet organiserad inom primärvård finns exempelvis i Västra Götalandsregionen där en samspelsmottagning är nära kopplad till och sker i samverkan med en av psykologenheterna för mödra- och barnhälsovård.[225] Verksamheten kan också vara organiserad inom barn- och ungdomspsykiatrin som exempelvis teamen för späda och små barn 0–4 år i Skåne.[226]

4.6 Den specialiserade vården för barn och unga

Nedan följer en beskrivning av barn- och ungdomspsykiatrin, barn- och ungdomsmedicin och barn och ungdomshabiliteringen. Det finns naturligtvis en mängd specialistverksamheter och specialistkompetenser och en variation i utformning, uppdrag och organisation över landet, men ovanstående täcker in de största och mest relevanta aktörerna för utredningens systemöversyn och bedömningar när det gäller psykisk ohälsa. De principer utredningen lyfter kan gälla för alla specialistverksamheter.

4.6.1 Barn- och ungdomspsykiatrin

Barn- och ungdomspsykiatrin riktar sig till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd och där funktionsnivån i vardagen är påverkad. 2018 antog samtliga regioner en gemensam beskrivning av barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag: […]

– Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag är att erbjuda insatser på specialistnivå.
– Insatser ges till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd och där funktionsnivån i vardagen är påverkad
– Insatserna utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet och bygger på barnpsykiatrisk diagnostik. Insatserna består av be-

[224] Furmark, C. och Neander K. (2018): *Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning.*
[225] Västra Götalandsregionen (2021): *Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård Borås, Regionhälsan*.(Hämtad 2021-04-06).
[226] 1177 Vårdgivarguiden (2021): *Barn- och ungdomspsykiatrins spädbarnsverksamhet i Skåne*. (Hämtad 2021-04-06).

dömning, utredning och/eller behandling av såväl akuta som icke akuta tillstånd

– Verksamheten samverkar med vårdgrannar gällande barnpsykiatriska frågeställningar. […]

Barn och ungdomspsykiatrin ska erbjuda god tvärprofessionell kompetens för utredning, differential-diagnostik och behandling av barn och ungdomar utifrån symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation. En viktig del i barn- och ungdomspsykiatrins arbete är ett familjecentrerat arbetssätt och att ge stöd och insatser till vårdnadshavare och anhöriga. En barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning ska ha god kompetens inom områdena barn- och ungdomspsykiatri, utvecklingspsykologi och neuropsykologisk testning. Utredning och differentialdiagnostiska överväganden utifrån barnets symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation ska hålla god kvalitet och det är viktigt för att inte missa eller missbedöma psykiatrisk samsjuklighet. Huvudsakliga diagnosområden är psykossjukdomar, svår depression och ångest med suicidrisk, personlighetsstörningar, vårdkrävande anorexi och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Historiskt sett har barn- och ungdomspsykiatrin varit den verksamhet som i första hand har mött barn och unga med psykisk ohälsa i vården, oavsett svårighetsgrad. Samtidigt har man varit och är fortfarande, sista vårdnivå för många barn och unga med svår och komplex problematik.

Psykiatrin, både på vuxen- och barnsidan, har utvecklat sin diagnostik och behandling samt sina arbetssätt de senaste 20 åren. Även organisationen har påverkats, inte minst har den specialiserade öppenvården utvecklats och tidigare institutionalisering avskaffats. Vårdens fokus har förskjutits till en mer läkarbaserad diagnostik och arbete med nationella vårdprogram. Det tvärprofessionella och familjecentrerade arbetssättet genomsyrar förstås fortfarande verksamheten, liksom de breda kontaktytorna mot skolan och socialtjänsten.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin finns grundläggande kompetens i form av barn- och ungdomspsykiater, psykologer, sjuksköterskor, socionomer och sekreterare. Vidare behöver det finnas tillgång till andra professioner såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister och logopeder.

4.6.2 Barn- och ungdomsmedicin

Hälso- och sjukvård inom den barn- och ungdomsmedicinska specialiteten tillhandahålls vanligtvis som planerad och akut specialiserad barn- och ungdomssjukvård för barn och unga under 24 timmar per dygn och över hela året. Den övre åldersgränsen varierar mellan 15 och 20 år beroende på verksamhetsområde. Specialiteten barn- och ungdomsmedicin karaktäriseras av kunskaper om och förståelse för hälsa och ohälsa hos barn och ungdomar, kunskap om barnets normala tillväxt och utveckling samt kunskap om prevention, utredning, diagnostik, behandling, uppföljning och kunskapsutveckling rörande sjukdomar, störningar och skador relaterade till olika stadier av barnets tillväxt och utveckling.[227] I Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring ingår enligt 5 kap. 1 § följande grenspecialiteter i barn- och ungdomsmedicin:

- barn- och ungdomsallergologi
- barn- och ungdomshematologi och onkologi
- barn- och ungdomskardiologi
- barn- och ungdomsneurologi med habilitering
- neonatologi.

Utöver ovan nämnda specialiteter, finns det inom barnläkarföreningen och i klinisk verksamhet fler subspecialistområden såsom: lungmedicin, ungdomsmedicin, akutsjukvård, infektionsmedicin och global hälsa, diabetes och endokrinologi, njurmedicin, barn- och ungdoms reumatologi och immunologi, transplantationsmedicin, barnhälsovård, smärta, barn och läkemedel samt barn som far illa.

En stor del av barn- och ungdomsmedicinsk vård är tvärprofessionell och präglas av en helhetssyn på barn och unga vars hälsa och utveckling är beroende av många kringliggande faktorer. Psykiska vårdbehov samvarierar ofta med fysiska vårdbehov i den barn- och ungdomsmedicinska kontexten. Barns sjukdomar spänner också över många fält. Samsjuklighet är vanligt och därför samlas specia-

[227] Socialstyrelsen (2015): *Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar* 2015.

lister under samma tak och samarbetar.[228] Det finns inte heller tillräckligt många individer med specifika sjukdomstillstånd inom ett område för att kunna bygga upp stora kliniker kring exempelvis diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar eller infektionssjukdomar, på liknande sätt som inom vuxensjukvården. Personella och ekonomiska resurser räcker heller inte till detta. Tillgången till specialiserad och tvärprofessionell kompetens blir därför skör.

Den medicintekniska utvecklingen har lett till kortare vårdtider och öppnare vårdformer men också skapat nya vårdbehov

Barnsjukvården har en historia av kraftfull medicinteknisk utveckling precis som övrig hälso- och sjukvård. För några decennier sedan var långa vårdtider vanliga även efter enklare operationer. Astma och svårare akuta infektioner var vanliga inläggningsorsaker. Utvecklingen har gått mot nya och effektivare läkemedel som botar cancer och allvarliga infektionssjukdomar. Mässling, polio och smittkoppor har vaccinerats bort. Vidare har samhällsförbättringar och ökad levnadsstandard minskat förekomst av till exempel tuberkulos och vitaminbrister som tidigare hade skelett- och hjärnskador som följd. Extremt för tidigt födda barn fick inga återupplivningsinsatser så sent som på 1960-talet. I dag finns en avancerad neonatal intensivvård som räddar liv från vecka 21.

Vårdtiderna är i dag överlag betydligt kortare och en stor del av vården sker i hemmet eller i dagsjukvård, till exempel återkommande injektioner med cellgifter mot cancer eller potenta läkemedel mot reumatiska sjukdomar. Precis som med den barn- och ungdomspsykiatriska vården har det skett en betydande utveckling av olika öppenvårdsformer, både på och utanför sjukhuset, till exempel mobila team, med målet att ha så lite påverkan som möjligt på barnets och familjens vardag, tid och resurser. Olika former av hemsjukvård har utvecklats där den specialiserade vården ofta uppbär ett stort ansvar.

Som nämnts ovan har barnsjukvården effektiviserats men den medicintekniska utvecklingen har också skapat nya vårdbehov och möjligheter att utreda och behandla olika kroniska sjukdomar. Sjukdomstillstånden är alltmer komplexa och kroniska tillstånd blir allt

[228] Almgren P. (2020): Många barn har långvariga och stora behov av hälso- och sjukvård. *Läkartidningen*.

vanligare. Astma, allergier och fetma är numera stora kroniska sjukdomar i barnpopulationen. Psykiska och psykiatriska funktionsnedsättningar är ofta en del av en komplexare samsjuklighet.

Specialiserad öppenvård, det vill säga barn- och ungdomsmedicinsk eller barnpsykiatrisk vård, har under perioder förlagts utanför sjukhusen. Utredningen bedömer dock att trenden de senaste 10–15 åren har varit att allt fler öppenvårdsmottagningar stänger ner till förmån för en koncentration av personal och resurser till den akuta vården och slutenvården. Samtidigt har utredningen tagit del av ett pågående uppdrag i Västra Götalandsregionen där den barnmedicinska öppenvården snarare ska utvecklas och stärkas inom ramen för omställningen till en nära vård. I Region Stockholm har den barnmedicinska öppenvården ett eget vårdval medan det i exempelvis Region Skåne nästan inte finns någon specialiserad medicinsk öppenvård för barn.

Öppenvård när det gäller barn- och ungdomsmedicin karakteriseras av tvärprofessionell bemanning med planerad verksamhet, men inga vårdplatser. Uppdraget har ofta varit baserat på områdesansvar och nära omkringliggande vårdcentraler och skolor. När dessa mottagningar en gång byggdes upp var det mer av karaktären distriktsbarnläkare dit barnfamiljer vände sig med enklare åkommor och infektioner. Numera omfattar dock verksamheten allt mer avancerad vård, uppföljning av kroniska sjukdomar och ibland ett koordinations- och samordningsansvar för dessa barn. Detta kan jämföras med öppenvårdsmottagningar som i stället utvecklades från sjukhusen och som kunde ha karaktären av subspecialiserad mottagningsverksamhet och dagsjukvård och vara nära knuten till barnkliniken och slutenvården.

Professioner som arbetar inom barn- och ungdomsmedicin är vanligen specialister och subspecialister i barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykologer, barnsjuksköterskor med olika specialistkompetenser, dietister, logopeder, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, specialpedagoger, lekterapeuter och socionomer.

4.6.3 Barn- och ungdomshabilitering

Barn- och ungdomshabiliteringens åtagande varierar över landet men generellt erbjuds specialiserade habiliterande insatser till patienter upp till 18 år med medfödda eller tidigt uppkomna, varaktiga funktionsnedsättningar som ger stora svårigheter i vardagen avseende motorik, inlärningsförmåga, perception och beteende och som fordrar tvärprofessionella insatser. Barn- och ungdomshabiliteringens uppdrag är att stärka patienten och möjliggöra patientens förmåga att hantera sin situation, ge verktyg och strategier som kompenserar patientens funktionsnedsättning. Vidare ska habiliteringen möjliggöra aktivitet och ge förutsättningar för delaktighet, utreda patientens funktionsförmåga och klargöra behov av habiliterande åtgärder, ge planerade specialiserade åtgärder från flera kompetensområden och upptäcka risk för ohälsa och funktionsnedsättningar samt aktualisera behov av åtgärder.

Ofta ställs det inom regionerna krav på att patienter som remitteras till habiliteringen ska vara utredda och ha en fastställd diagnos inom habiliteringens målgrupper. Habiliteringens målgrupper är huvudsakligen (viss variation finns i landet) patienter med motoriska rörelsehinder orsakade av skada i nerv-, muskel- eller skelettsystemet som till exempel ryggmärgsbråck, neuromuskulära sjukdomar eller syndrom, patienter med intellektuell funktionsnedsättning, patienter under 6 år med autismspektrumstörning och patienter med förvärvad hjärnskada/ryggmärgsskada. En ny målgrupp som vuxit till antalet är barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Vid de habiliteringsverksamheter i Sverige som erbjuder insatser för målgruppen så är detta i dag den allra största gruppen.

Barn- och ungdomshabilitering är i högsta grad en specialiserad tvärprofessionellt bemannad verksamhet som ofta organiseras i samlad förvaltning regionvis men med utbudspunkter och centra som kan ligga utanför sjukhuset i öppenvårdsform. Vissa delar av habiliteringen som rör mycket svårt sjuka barn med sällsynta diagnoser knyts närmare universitetssjukhusen.

4.7 Ytterligare verksamheter med hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga

Utöver tidigare nämnda verksamheter har både tandvården och socialtjänsten hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga. Nedan lämnas övergripande beskrivningar av de båda verksamheterna.

4.7.1 Tandvården

Inom tandvården bedrivs ett omfattande hälsofrämjande och förebyggande arbete för barn och unga. Tandvården är en därför en viktig samverkanspart för barn- och ungdomshälsovården.

Regionen har ett särskilt ansvar för att tillhandahålla tandvård för alla barn och unga och en majoritet av alla barn och unga får också sin tandvård genom regionens folktandvård. Skyldigheten att erbjuda tandvård regleras i tandvårdslagen (1985:125). Av 5 § tandvårdslagen framgår att varje region ska erbjuda en god tandvård till alla som är bosatta i regionen. Regionen ska också verka för en god tandhälsa i befolkningen. Målet för tandvården är enligt 1 § tandvårdslagen en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det har varit en ambition i Sverige att tandvården ska hålla god kvalitet och lägga vikt vid förebyggande åtgärder. Sedan den 1 januari 2019 gäller kostnadsfri tandvård för barn och unga upp till och med 23 års ålder, enligt 7 § punkt 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen. Syftet med den höjda åldern är att säkerställa att unga vuxna fortsätter att gå i förebyggande tandvård för att minska risken för framtida tandvårdsproblem.[229]

Tandhälsan i Sverige är relativt god i befolkningen. Det är en långsiktig effekt av förebyggande tandvård, bland annat genom en ökning av fluoranvändning, utbyggd avgiftsfri barn- och ungdomstandvård samt satsning på information om munhygien i skolan. Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår emellertid skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper, både bland barn och vuxna. Skillnader i tandhälsa syns redan i förskoleåldern och barn med större behov kommer inte alltid till de kontroller i tandvården som

[229] Prop. *2016/17:1. Budgetproposition för 2017* (s. 64).

de kallas till. Därför arbetar tandvården i stor utsträckning med utökade insatser i socioekonomiskt utsatta områden, exempelvis deltar tandhygienister i aktiviteter i öppna förskolan och föräldragrupper. Tandvården deltar också i gemensamma utbildningsdagar med barnhälsovården och förebyggande socialtjänst.[230]

Under åren 2018–2020 genomförde regeringen en satsning på ökad tillgänglighet i barnhälsovården för grupper som har eller riskerar att få sämre hälsa och tandhälsa. Satsningen omfattade bland annat utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet samt ökad samverkan mellan barnhälsovården och andra aktörer, såsom förebyggande socialtjänst, mödrahälsovård och vårdgivare inom tandvården.

4.7.2 Socialtjänsten

Vid sidan av hälso- och sjukvården och tandvården har också socialtjänsten ett hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga. Socialtjänsten har dock inte något ansvar för hälso- och sjukvård.

Enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, har socialtjänsten det yttersta ansvaret för att alla barn och unga som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I socialtjänstens uppdrag ingår enligt 1 kap. 1§ SoL att främja människors ekonomiska och social trygghet, jämlika och jämställda levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Vidare ska socialnämnden enligt 5 kap. 1 § SoL verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. I uppdraget ingår dessutom att i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och unga med särskild fokus på barn och unga som riskerar en ogynnsam utveckling. När det gäller barn och unga som riskerar en ogynnsam utveckling ska socialtjänsten se till att de får det skydd och stöd som de behöver och om det bedöms motiverat, även vård och fostran utanför det egna hemmet. Socialnämnden ska också arbeta aktivt för att förebygga och motverka missbruk av alkoholhaltiga drycker, andra beroendeframkallande medel samt dopningsmedel hos barn och unga. Barns

[230] Socialstyrelsen (2019): *Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för en jämlik hälsa bland barn.*

skydd och stöd i utsatta situationer har reglerats i socialtjänstlagen sedan lagen tillkom.

Socialtjänstens roll i det förebyggande arbetet bör bland annat inriktas på riskmiljöer och riskgrupper och att så tidigt som möjligt får kännedom om barn och ungdomar som kan behöva individuellt anpassat stöd.[231] Den del av socialtjänsten som främst arbetar med stöd till familjer är individ- och familjeomsorg, där ingår bland annat ekonomiskt bistånd, missbruks- och beroendevård, familjerätt, familjerådgivning och barn- och ungdomsvård.

4.8 Samlokalisering av verksamheter för barn och unga

På flera håll i landet förekommer samlokalisering av verksamheter som tillhandahåller service, främst hälsofrämjande och förebyggande verksamhet, till vårdnadshavare och deras barn. Det finns ingen enhetlig benämning för sådan samlokalisering men vanligen kallas de för familjecentral, familjecentrum, familjens hus eller liknande. Samlokalisering av mödrahälsovård och barnhälsovården samt socialtjänstens individ och familjecentraler som idé uppkom redan på 1960- och 1970-talen i olika offentliga utredningar. På Socialstyrelsens initiativ startades sedan en rad familjecentraler runt om i landet på 1970-talet.[232]

Verksamheten kännetecknas av att huvudmännen, till exempel kommun och region, samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärprofessionell och tvärsektoriell samverkan. Syftet med verksamheten är att erbjuda en mötesplats för blivande vårdnadshavare och vårdnadshavare och barn i ett bostadsområde och verksamhetens omfattning beror till stor del på vårdnadshavarnas och barnens önskemål och behov. Vanligen ingår mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och förebyggande socialtjänst. Verksamheten ska främja god hälsa hos barn och vårdnadshavare genom att tillhandahålla tidiga, samordnande och förebyggande insatser. Vidare ska verksamheten vara en tillgänglig och nära mötesplats, stärka sociala nätverk runt barn och föräldrar, skapa arbetsformer där vårdnadshavare och barn är delaktiga, erbjuda lättillgängligt stöd, vara ett

[231] Prop. 2012/13:10: *Stärkt stöd och skydd för barn och unga* (s. 96).
[232] Socialstyrelsen (2008): *Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt.*

kunskaps- och informationscentrum och utveckla god service. En sådan verksamhet kan ge goda förutsättningar för samverkan mellan vårdverksamheterna och för att upptäcka och tillgodose behov av stöd bland barnfamiljer, men det finns i dag inget vetenskapligt stöd för vilka effekter verksamheten har för barn och föräldrar.[233]

I dag finns det cirka 200 familjecentraler eller liknande verksamheter i landet.[234] Barnhälsovård och mödrahälsovård har regionala huvudmän medan socialtjänst och öppen förskola har kommunala. Inom en region kan familjecentralernas sammansättning därför variera mellan olika kommuner. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socionomer kan det även finnas andra yrkesgrupper representerade, såsom familjerådgivare, tandvårdspersonal och psykolog. Samverkan mellan de olika yrkesgrupperna är en förutsättning för en välfungerande familjecentral och ska öka förmågan att upptäcka och tillgodose barns och barnfamiljers individuella behov. Familjecentralen ger socialtjänsten en bred area att möta blivande och nyblivna föräldrar i enlighet med socialtjänstlagens uppsökande och servicebaserade arbete.[235]

Ytterligare exempel på samlokaliserad verksamhet är de ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser till unga. På motsvarande sätt som för familjecentral samordnar huvudmännen sig för att möjliggöra en tvärprofessionell samverkan.

4.9 Myndigheternas roller

På nationell nivå har de statliga myndigheterna en central roll för att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården och inom det sociala området för att följa upp, utvärdera och genomföra tillsynsinsatser. I detta avsnitt lyfts några myndigheter fram som utredningen bedömer har centrala roller för utvecklingen av hälso- och sjukvården för barn och unga, när det gäller förebyggande, hälsofrämjande och behandlande insatser.

[233] U*nderlagsrapport för den statliga utredningen "Sammanhållen god och nära vård för barn och unga"* S 2019:05 (bilaga 4).
[234] Föreningen för familjecentralers främjande (2021): https://familjecentraler.se/vad-ar-en-familjecentral1/ (Hämtad 2021-04-09).
[235] Ibid.

4.9.1 Folkhälsomyndighetens roll och uppdrag

Folkhälsomyndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor och ska bland annat verka för god och jämlik hälsa i hela befolkningen, följa folkhälsan och de faktorer som påverkar hälsan i befolkningen samt bygga upp och sprida kunskap som främjar hälsa och förebygger sjukdomar. Enligt förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten ska myndigheten fästa särskild vikt vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa. I Folkhälsomyndighetens uppdrag ingår att följa upp och utvärdera olika metoder och insatser för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Folkhälsomyndigheten ansvarar för kunskapsuppbyggnad inom sitt verksamhetsområde och ska förse regeringen och statliga myndigheter med kunskaps- och beslutsunderlag inom sitt ansvarsområde samt identifiera, analysera och förmedla relevant kunskap inom sitt ansvarsområde till berörda i kommuner, regioner och andra samhällssektorer. Dessutom ska Folkhälsomyndigheten bidra till att de folkhälsopolitiska målen uppnås och skapa förutsättningar i samhället för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och har också en samordnande roll för folkhälsoarbetet i samhället.

Det finns inga särskilda bestämmelser som gäller barn och unga i Folkhälsomyndighetens instruktion, men myndigheten ska följa folkhälsan i hela befolkningen vilket förstås också inkluderar barn och unga. Folkhälsomyndigheten följer sedan 1985/1986 skolbarns hälsovanor för att se hur barns och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa ser ut och utvecklas över tid. Skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children) är ett internationellt forsknings- och samarbetsprojekt, där Folkhälsomyndigheten ansvarar för den svenska delen av projektet. När det gäller barnhälsovården har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att följa och stödja regionernas arbete i enlighet med regeringens överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet i barnhälsovården som pågår under åren 2018–2021. Det ingår också i Folkhälsomyndighetens uppdrag att förbättra barns skydd mot smittsamma sjukdomar.

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten flera uppdrag inom området psykisk hälsa och suicidprevention, bland annat att stödja nationell samordning och styrning med kunskap inom dessa om-

råden. I detta ingår att utveckla samordning och samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer, utveckla kunskapssammanställningar, genomföra utvecklingsarbete samt utveckla uppföljningen inom psykisk hälsa- och suicidpreventionsområdet. Vidare har Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att förbereda och genomföra en informations- och kunskapshöjande insats inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdragen pågår till och med år 2021.

Därutöver har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att fördela medel till ideella organisationer som bedriver förebyggande och främjande verksamhet i syfte att motverka psykisk ohälsa hos barn och unga som är asylsökande eller nyanlända.

4.9.2 Inspektionen för vård och omsorgs roll och uppdrag

Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Enligt förordning (2013:176) med instruktion för IVO ska ett patient- och brukarperspektiv genomsyra tillsynen och villkor och förhållanden för kvinnor och män, flickor och pojkar belysas Den lagstiftning som styr verksamheten är i huvudsak patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Av IVO:s instruktion framgår vidare att myndigheten ska samverka med andra berörda myndigheter i syfte att uppnå ett effektivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetet med tillsyn, styrning med kunskap och regelgivning. IVO är en av myndigheterna som utsetts av regeringen att medverka i utvecklandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.

4.9.3 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys roll och uppdrag

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har enligt sin instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg, (förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys). I detta ingår bland annat att följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter, samt inom sitt verksamhetsområde bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning.

Enligt instruktionen har myndigheten även till uppgift att kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde, i fråga om informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet. Dessutom ska myndigheten, på regeringens uppdrag, bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ, samt inom sitt verksamhetsområde bedriva omvärldsbevakning och genomföra internationella jämförelser.

4.9.4 Socialstyrelsens roll och uppdrag

Socialstyrelsen är en förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsens ansvar gäller i den utsträckning sådana frågor inte handläggs av någon annan myndighet. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen har också ett brett uppdrag när det gäller kunskapsstyrning. Myndigheten ska bland annat bidra med underlag och analyser av hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten utvecklas samt utveckla och tillhandahålla nationella kunskapsstöd i form av riktlinjer och vägledningar för beslutsfattare och profession. Socialstyrelsen är också statistikansvarig myndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Av Socialstyrelsens instruktion framgår också att myndigheten har ett särskilt ansvar för att samordna stat-

liga insatserna inom socialtjänst och hälso- och sjukvård när det gäller barn och unga samt inför beslut eller andra åtgärder som rör barn analysera konsekvenserna för barn och då ta särskild hänsyn till barns bästa (förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen).

I enlighet med förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst ingår Socialstyrelsen i rådet för styrning med kunskap tillsammans med åtta andra statliga myndigheter. Rådet behandlar strategiskt viktiga frågor och samordnar det statliga arbetet med kunskapsstyrning. Rådets verksamhet ska bidra till att rätt kunskapsunderlag når fram till huvudmän samt profession inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. För att stärka den nationella kunskapsstyrningen har ett antal myndigheter i rådet för styrning med kunskap ingått partnerskap med kommuner och regioner. Verksamheten ska bidra till en behovsanpassad kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvården och ge stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Regeringen har gett Socialstyrelsen flera uppdrag som särskilt ska stödja och följa upp utvecklingen av vård och omsorg för barn och unga. Socialstyrelsen ska bland annat tillsammans med Statens skolverk stödja utvecklingen av tidiga och samordnade insatser till barn och unga som riskerar ogynnsam utveckling. I uppdraget ingår att öka samverkan mellan elevhälsa, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att följa, analysera och stödja överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020 och stödja pilotverksamhet med barnhälsovården, uppdragen pågår även under 2021. Därutöver har Socialstyrelsen uppdrag kopplade till regeringens satsning på psykisk hälsa, bland annat ett uppdrag om barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården inkl. psykiatriska tvångsvården. Socialstyrelsen har också fått ett omfattande regeringsuppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården. I uppdraget ingår bland annat att utreda förutsättningar för insamling av registeruppgifter från primärvården inklusive uppgifter om barn och unga.

4.9.5 Specialpedagogiska skolmyndighetens roll och uppdrag

Specialpedagogiska skolmyndigheten ska enligt sin instruktion verka för att alla barn, elever och vuxenstuderande med funktionsnedsättning får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö (förordningen (2011:130) med instruktion för Specialpedagogiska skolmyndigheten). Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barnens utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna och de vuxenstuderande. Myndigheten ansvarar vidare för specialpedagogiskt stöd samt för utbildning i specialskolan och i förskoleklass och fritidshem vid en skolenhet med specialskola.

4.9.6 Statens skolinspektions roll och uppdrag

Statens skolinspektion ska genom granskning av huvudmän och verksamheter verka för att alla barn och elever får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barnens utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna. Inom ramen för detta ska myndigheten främja en stärkt likvärdighet mellan skolor och mellan förskolor. Myndighetens uppdrag är att genom inspektion och tillståndsprövning se till att skolhuvudmän, det vill säga kommunen eller den som driver en fristående skola, sköter sina verksamheter enligt lagar och förordningar. Myndigheten ska enligt sin instruktion samverka med Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten och Skolforskningsinstitutet i syfte att nå de utbildnings- och funktionshinderspolitiska målen inom skolområdet (förordning (2011:556) med instruktion för Statens skolinspektion).

4.9.7 Statens skolverks roll och uppdrag

Statens skolverk (Skolverket) är förvaltningsmyndighet för verksamheter inom skolväsendet. I Skolverkets uppdrag ingår att främja att alla barn och elever får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Skolverket ska

även bidra till goda förutsättningar för barns utveckling och lärande och till förbättrade kunskapsresultat för elever. Dessutom ska Skolverket följa utvecklingen inom sitt verksamhetsområde, analysera behov åtgärder och genomföra insatser som tillgodoser dessa behov. Skolverket fick 2015 i uppdrag av regeringen att ta fram och genomföra nationella skolutvecklingsprogram. I dag finns nationella skolutvecklingsprogram inom åtta områden och med hjälp av insatserna i programmen kan huvudmän, förskolor och skolor utveckla undervisningen och den pedagogiska verksamheten. Insatserna ska bidra till att skapa förutsättningar för barns utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna.

Skolverket är också statistikansvarig myndighet inom sitt verksamhetsområde. Av Skolverkets instruktion framgår även att myndigheten i sin verksamhet ska beakta vad som bedöms vara barnets bästa i enlighet med barnkonventionen (förordning (2015:1047) med instruktion för Statens skolverk).

Inom ramen för Skolverkets uppdrag ingår att stödja utvecklingen av elevhälsan genom fördjupade analyser, kunskapsunderlag och vägledningar. Regeringen har också gett Skolverket i uppdrag att fördela och följa utvecklingen av statsbidrag till personalförstärkningar inom elevhälsan och för specialpedagogiska insatser samt för fortbildning när det gäller sådana insatser. Bidraget ska användas till att anställa eller ge uppdrag till personal inom elevhälsan eller för specialpedagogiska insatser.

Därutöver samverkar Skolverket med andra myndigheter och organisationer för att bidra till bättre förutsättningar för barn och elever. Skolverket har bland annat i uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen stödja tidiga och samordnade insatser för barn med skolsvårigheter och annan social problematik. Skolverket har också ett uppdrag att tillsammans med Specialpedagogiska skolmyndigheten genomföra kompetensutvecklings- och implementeringsinsatser avseende en garanti för tidiga stödinsatser i förskoleklassen, grundskolan, specialskolan och sameskolan.

Slutligen är Skolverket en av flera myndigheter som utsetts av regeringen att medverka i utvecklandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ansvarar för och håller samman arbetet.

4.9.8 Ytterligare några myndigheter med särskilda uppdrag kring barn och unga

Barnombudsmannens roll och uppdrag

Barnombudsmannens uppdrag är att företräda barns och ungas rättigheter och intressen utifrån FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen. Myndigheten bevakar hur barnkonventionen efterlevs i samhället och driver på genomförandet i kommuner, landsting/regioner och myndigheter. Myndigheten ska också uppmärksamma brister i tillämpningen av barnkonventionen och föreslå förändringar i lagar och förordningar. Varje år lämnar myndigheten en rapport till regeringen med analyser och rekommendationer till förbättringar för barn och unga (förordning (2007:1021) med instruktion för Barnombudsmannen).

I uppdraget ingår att informera och bilda opinion i angelägna frågor som rör barns och ungas rättigheter och intressen. Vidare har myndigheten regelbunden dialog med barn och unga, särskilt i utsatta situationer, för att få kunskap om deras villkor och vad de tycker i aktuella frågor. Barnombudsmannen har rättsliga befogenheter att begära information och att kalla in kommuner, regioner och myndigheter till överläggning men utövar ingen tillsyn. Barnombudsmannen är skyldig att genast anmäla till socialnämnden om ombudsmannen i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöds roll och uppdrag

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd är en kunskapsmyndighet med ansvar för familjerätt, föräldraskapsstöd och familjerådgivning (förordning (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd). Myndigheten arbetar också för att internationella adoptioner till Sverige ska ske på ett lagligt och etiskt godtagbart sätt. I uppdraget ingår att samla och tillgängliggöra den senaste kunskapen för beslutsfattare och yrkes-

verksamma som arbetar med föräldraskapsstöd, familjerådgivning och familjerätt.[236]

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågors roll och uppdrag

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) är förvaltningsmyndighet för frågor som rör ungdomspolitiken och politiken för det civila samhället. Enligt förordningen (2018:1425) med instruktionen för Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor ska myndigheten bland annat verka för att målen inom ungdomspolitiken och politiken för det civila samhället uppnås. I arbetet ska myndigheten utifrån ungdomars olika förutsättningar och levnadsvillkor bidra till att ungdomar etablerar sig i arbets- och samhällslivet och verka för att ungdomar har meningsfulla och utvecklande fritidsaktiviteter. Myndigheten ska vidare verka för att ungdomsperspektivet integreras i statliga myndigheters verksamhet och stödja utvecklingen av kunskapsbaserad ungdomspolitik i kommuner och landsting och följa upp och analysera ungdomars levnadsvillkor, attityder och värderingar. MUCF är en av myndigheterna som utsetts av regeringen att medverka i utvecklandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har enligt sin instruktion i uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder och insatser inom hälso- och sjukvård, tandvård, samt för metoder och insatser inom socialtjänsten och området funktionshinder (förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering). Utvärderingarna ska spridas så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheten ska också systematiskt identifiera och aktivt informera om sådana metoder i hälso- och sjukvården och socialtjänsten vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om. Myndighetens arbete med att

[236] Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd: www.mfof.se/om-mfof.html (Hämtad 2021-04-12).

styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.

4.10 Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en medlems- och arbetsgivarorganisation där alla Sveriges kommuner och regioner är medlemmar. SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet och fungera som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. SKR ger service och professionell rådgivning till tjänstepersoner och förtroendevalda i kommuner och regioner inom alla de frågor som kommuner och regioner är verksamma inom och arbetar för att påverka beslutsfattare såväl nationellt som internationellt. Under 2018 utarbetade SKR en Strategi för hälsa som syftar till att viktiga välfärdsverksamheter, såsom skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård ska styras och samordnas för att främja hälsa och förebygga ohälsa genom att huvudmännen arbetar mot gemensamma mål, oavsett verksamhet. För att genomföra strategin krävs sedan beslut i enlighet med strategin i de politiska ledningarna i respektive kommuner och regioner. Strategin innehåller en rad olika målindikatorer varav flera rör barn och unga, bland annat att färre små barn ska utsättas för tobaksrök i hemmet, färre 3-åriga barn ska ha karies och att fler elever ska känna sig trygga i skolan.

Utöver SKR:s övergripande strategi finns en mängd andra grupperingar som arbetar med frågor som rör barn och unga. Många av dom är dock knutna till socialtjänstutövande. Här återfinns bland annat initiativ om systematisk uppföljning barn och unga och barns brukarmedverkan. SKR har också särskilda initiativ kring barns och ungas psykiska hälsa. Arbetet utgår ifrån de återkommande överenskommelserna inom området mellan regeringen och SKR som beskrivs nedan.

Överenskommelser mellan regeringen och SKR med riktade medel till barn och unga

Överenskommelser mellan regeringen och SKR används inom områden där regeringen och SKR gemensamt identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en utveckling i önskad riktning. Genom överenskommelser ges förutsättningar för att insatser kan ske samordnat på lokal, regional och nationell nivå.

Inom området psykisk hälsa har regeringen och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sedan 2008 ingått överenskommelser om stöd till riktade insatser för att förbättra kommuners och regioners arbete för att minska psykisk ohälsa och främja god psykisk hälsa. 2016 års överenskommelse innebar startskottet för arbetet utifrån den då nya nationella strategin inom området psykisk hälsa. Socialstyrelsens uppföljning av 2016–2018 års överenskommelser mellan staten och dåvarande SKL, visar att överenskommelserna möjliggjort positiva förflyttningar i arbetet med olika frågor inom området psykisk hälsa på lokal och regional nivå. De positiva effekterna var bland annat ökad medvetenhet om problematiken kring psykisk hälsa och ohälsa, stärkta förutsättningar för bättre vård och omsorg och stärkt samverkan mellan kommuner och regioner. Samtidigt identifierades vissa hinder, dels avsaknaden av ett uppföljningssystem, dels svårigheter att avgränsa och följa upp det arbete som gjorts inom ramen för satsningen.

De senaste åren har överenskommelsen inom området psykisk hälsa innehållit en särskild post om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin. Överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention omfattar för 2021 totalt 1 680 miljoner kronor, där den stora merparten av medlen fördelas till kommuner och regioner. Insatserna som avses i överenskommelsen riktar sig till all offentligt finansierad vård och omsorg. 370 miljoner kronor av de fördelade medlen är öronmärkta för regionernas insatser till barn och unga, inklusive barn- och ungdomspsykiatrin. Medlen ska gå till insatser i vårdkedjan som syftar till att korta köerna i barn- och ungdomspsykiatrin och att stärka första linjens vård vid psykisk ohälsa. Ett syfte med att stärka första linjens vård, är att möjliggöra att köerna till barn- och ungdomspsykiatrin kortas och genom att tidigt möta den psykiska ohälsan bland barn och unga och därmed minska behovet av insatser via barn- och ungdomspsykiatrin. Utöver detta är

150 miljoner kronor öronmärkta till länens arbete med ungdomsmottagningarna för att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga.

Överenskommelsen Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården innehåller också riktade medel till barn och unga. I 2021 års överenskommelse omfattas bland annat särskilda prestationsbaserade medel på 380 miljoner kronor riktade mot att korta köerna i barn- och ungdomspsykiatrin. Målsättningen för tillgängligheten är, enligt överenskommelsen, 30 dagar för en första bedömning och ytterligare 30 dagar för fördjupade utredningar och behandlingar.

I överenskommelsen mellan regeringen och SKR om God och nära vård 2020 fanns öronmärkta medel för arbete med barn och unga. 114,5 miljoner kronor avsattes då till regionerna för arbete med insatser som syftar till att öka tillgängligheten inom barnhälsovården, med särskilt fokus på att öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har högre risk för sämre hälsa och tandhälsa och grupper med lägre vaccinationstäckning. 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.

SKR som part i arbetet med kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården

Sedan 2018 har Sveriges regioner ett gemensamt system för kunskapsstyrning som är ett gemensamt arbete mellan Sveriges regioner och SKR. Vid SKR finns en nationell stödfunktion för kunskapsstyrningen. Stödfunktionen ska bidra i arbetet med att skapa förutsättningar för enhetlighet, effektiva och långsiktiga lösningar samt att samordna utvecklingsinsatser med andra pågående utvecklingsarbeten. En närmare beskrivning av kunskapsstyrningssystemet i sin helhet lämnas nedan.

4.11 Kunskapsstyrning

4.11.1 Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård

Sveriges regioner har sedan 2018 ett gemensamt system för kunskapsstyrning, som syftar till att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården.[237]

Organisation

Kunskapsstyrning är ett gemensamt arbete mellan Sveriges regioner och arbetsgivar- och intresseorganisationen Sveriges Kommuner och Regioner.

Styrgruppens uppdrag är att verka för att kunskapsstyrningen blir ett stöd för huvudmännen och vårdprofessioner. Styrgruppen består av två representanter från regiondirektörsnätverket, fyra representanter från hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket, en representant från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Samtliga sex sjukvårdsregioner ska vara representerade.

Beredningsgruppen stödjer styrgruppen. Beredningsgruppen består av en ordinarie ledamot och en ersättare från respektive sjukvårdsregion samt stödfunktionen vid SKR.

En sjukvårdsregional samordnare finns i varje sjukvårdsregion, för etableringen av kunskapsstyrningsarbetet.

NSK-Regiongrupp är ett nätverk för utbyte av erfarenheter och lärande mellan regioner. Gruppen bidrar till att arbetet på nationell nivå tar in flera olika perspektiv, samt förankrar pågående arbete ut i respektive region.

[237] Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021). (Hämtad 2021-04-09).

Nationella samverkansgrupper (NSG) leder och samordnar regionernas nationella, gemensamma arbete i olika områden med utgångspunkt i befintliga nationellt gemensamma strukturer och arbeten.

Nationella programområden (NPO) leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Ett NPO består av experter med bred kompetens inom fältet och representation från samtliga sjukvårdsregioner. Det finns 26 nationella programområden och ett nationellt primärvårdsråd. Några av deras uppgifter är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält, följa upp och analysera, göra behovsanalyser, arbeta med kunskapsstöd av olika slag och bidra i arbetet med kvalitetsregister.

För barn och unga finns NPO barns och ungdomars hälsa. Deras strategi är att samarbeta brett och prioritera egna insatser som är specifika för barn och unga, samt att ständigt bevaka barnperspektivet.

Nationella arbetsgrupper (NAG), tillsätts av NPO och NSG, för att arbeta med olika områden och specifika frågor. NAG bistår NPO i att utföra uppdraget. I de nationella arbetsgrupperna finns respektive sjukvårdsregion representerad av experter inom primär- och specialistvård. Jämn könsfördelning ska eftersträvas och grupperna ska ha en multiprofessionell sammansättning med representation från både primärvård och specialistvård. Även representanter för kvalitetsregister och vårdprogram, patientföreträdare och eventuell kommunrepresentant ska finnas med. NPO barn och ungdomars hälsa har hittills tillsatt tre NAG, NAG barnhälsovård, NAG behandling av fetma hos barn och ungdomar och NAG migrän.

Regionala programområden ska initiera frågor för den nationella samverkan, anpassa och omsätta den kunskap som tas fram nationellt, och säkra att den når hela vägen ut till patientmötet. Några av deras uppgifter är att bidra till det nationella programområdets behovsanalys och omvärldsbevakning, skapa regionala tillämpningar av nationella kunskapsunderlag och beslutsstöd, stödja spridning och implementering av bästa möjliga tillgängliga kunskap.

Nationell stödfunktion finns vid SKR. Några av stödfunktionens uppdrag är att bidra till ett likartat arbetssätt inom strukturen, stödja samverkansgrupperna och beredningsgruppen, skapa mötesplatser och tillhandhålla plattform för informationsspridning.

Partnerskap med myndigheter har etablerats med syfte att skapa förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap används och kom-

mer till nytta för vårdens medarbetare och för patienter. Utifrån myndigheternas och regionernas uppdrag säkerställs också ett effektivt samarbete och en tydlighet i vem som gör vad.

I partnerskapet ingår styrgruppen och myndigheter i Rådet för styrning med kunskap (rådet). Rådet består av nio myndigheter varav sex är aktiva i partnerskapet. Dessa är eHälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Samverkan leds och samordnas av en nationell strategisk styrgrupp och en taktisk samordningsgrupp.

Patient- och närståendemedverkan är rutin i kunskapsstyrningssystemet. Syftet är att tillvarata patienters, brukares och närståendes erfarenheter och kunskap för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården.[238]

4.11.2 Professionsorganisationer

Det finns i dag en mängd olika intresseorganisationer som företräder yrkesgrupper som bidrar till att utveckla en bättre hälso- och sjukvård för barn och unga. Organisationerna arbetar för att främja professionens utveckling, verka för kunskapsutveckling, forskning, utbildning, etik och kvalitet. Detta görs till exempel genom att initiera och delta i samhällsdebatten, sprida kunskap, utarbeta riktlinjer och policydokument, ha kontakt med beslutsfattare, ingå i statliga utredningar, besvara remisser och samarbeta med myndigheter och andra organisationer.

Professionsorganisationerna arbetar i olika hög grad med att ta fram kunskapsstöd. Tidigare nämnda Rikshandbok för barnhälsovård och rapport med vägledning om mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa, är tydliga exempel på kunskapsstöd som har initierats och arbetats fram av professionerna. Ett annat exempel är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, där Barnmorskeförbundet, Dietisternas Riksförbund, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade sjukgymnasters Riksförbund, Svensk Sjuksköterskeföre-

[238] Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021). (Hämtad 2021-04-09).

ning, Svenska Läkarsällskapet och Sveriges Psykologförbund har medverkat i framtagandet. Svenska Läkarsällskapets Kraftsamling för ungas psykiska hälsa är ytterligare ett exempel på underlag som tagits fram av professionsföreträdare.

4.12 Civila samhället

Det civila samhället spelar en viktig roll i den demokratiska processen genom att kanalisera medborgarnas synpunkter och intressen i den politiska processen. Det civila samhället utgörs av människor, grupper och organisationer som agerar tillsammans för gemensamma intressen. Organisationerna har ofta ideella syften och vill bidra till samhällsutvecklingen, lösa utmaningar eller svara mot ett behov i samhället. Inom det civila samhället verkar bland annat ideella föreningar, stiftelser och registrerade trossamfund, men även nätverk, upprop och andra aktörer.[239] Dessa aktörer tillhandahåller tillsammans en stor bredd av olika tjänster. Utredningen vill betona civila samhällets oberoende roll, organisationer och föreningar är självständiga aktörer och har inget formellt ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster eller andra insatser för människors hälsa. Civilsamhället kan utgöra ett komplement och stöd till hälso- och sjukvården även om det alltid är hälso- och sjukvården som bär det fulla ansvaret för insatser till barn och unga.

Det civila samhället spelar en stor roll för barns och ungas välbefinnande. Ideella organisationer, föreningslivet, idrottsrörelsen och patientföreningar är alla aktörer som hjälper och stöttar många barn och unga på deras egna villkor. Patient- och brukarföreningarnas roll har genom åren blivit allt starkare och är i dag en självklar och avgörande del av hälso- och sjukvårdens utveckling.[240]

4.13 Några pågående nationella utvecklingsarbeten

Det pågår många olika projekt runt om i landet med syfte att utveckla en mer sammanhållen vård för barn och unga. Utredningen har ingen ambition att redogöra för alla dessa projekt men vill ändå nämna några som har särskild relevans för utredningens betänkande.

[239] Prop. 2009/10:55: *En politik för det civila samhället* (s. 1).
[240] SOU 2021:6 *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (s. 128).

4.13.1 Tidiga samordnade insatser – TSI

Tidiga samordnade insatser – TSI är nationell satsning som Socialstyrelsen och Skolverket arbetar med gemensamt.

Tidiga samordnade insatser betyder att personal från skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst arbetar tillsammans. Syftet att skapa en helhet kring insatser för barn och unga som är i behov av stöd från flera aktörer. Det ställer krav på att aktörer utvecklar kunskap och kompetens om långsiktig samverkan och samordning. TSI är inte en viss metod, utan bygger på att verksamheterna har en gemensam struktur. På så vis ska alla barn och unga få stöd tidigt i en ogynnsam utveckling.

En viktig del i satsningen är att Socialstyrelsen och Skolverket stödjer lokala utvecklingsarbeten. Syftet är att identifiera hinder och framgångsfaktorer för TSI och att sprida kunskap som kan vara till nytta för alla. Cirka 90 kommuner och 16 regioner ingår i den nationella satsningen.[241]

Folkhälsomyndigheten har haft ett delvis överlappande uppdrag i att följa och utvärdera projekt i tio kommuner och anslutande regioner som tagit fram och infört ett arbetssätt där skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkade på skolan för barns och ungas psykiska hälsa.[242]

4.13.2 Barn som anhöriga

Barn som anhöriga är ett nationellt utvecklingsarbete av stöd till barn och unga i familjer där föräldrar eller annan vuxen i barnets direkta närhet har missbruksproblem, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller som oväntat avlider.[243]

Socialstyrelsen, Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka), Folkhälsomyndigheten, Skolverket och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samarbetar för att utveckla stöd för arbete med barn

[241] Socialstyrelsen (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)* (Hämtad 2021-04-09) och Skolverket (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI).* (Hämtad 2021-04-09).
[242] Folkhälsomyndigheten (2021): *En skolbaserad samverkansmodell för första linjen med syfte att förebygga barns och ungas psykiska ohälsa i Sverige. Utvärdering av ett pilotprojekt initierat av Sveriges Kommuner och Regioner.*
[243] Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga*. (Hämtad 2021-04-09).

som anhöriga. Organisationerna har var för sig och gemensamt tagit fram och sammanställt stöd för arbete med barn som anhöriga.[244]

Späda barns rätt till hälsa och utveckling

Inom ramen för Barn som anhöriga, har Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Nationellt kompetenscentrum anhörig och Linnéuniversitetet särskilt lyft späda barns rätt till hälsa och utveckling, bland annat genom nationella konferenser, som benämnts Värna våra yngsta – spädbarns rätt till hälsa och utveckling. Syftet är sätta fokus på de yngsta barnens och deras vårdnadshavares behov genom att redovisa forskning, kartläggningar och erfarenheter, såväl nationella som internationella. Samarbetet syftar till att öka kunskapen om de yngsta barnens psykiska hälsa och utveckling, om riktat föräldraskapsstöd och om insatser i övrigt för barn och familjer när det finns behov av utökat stöd.[245]

De nordiska länderna har genom Nordiska rådet ett pågående utvecklingsarbete, De första 1 000 dagarna i de nordiska länderna, där Folkhälsomyndigheten är Sveriges samordnare.[246]

[244] Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Publikationer barn som anhöriga* (Hämtad 2021-04-09), Socialstyrelsen (2021): *Stöd till barn som är anhöriga,* (Hämtad 2021-04-09), Folkhälsomyndigheten (2021), *Barn och unga* (Hämtad 2021-04-09), Skolverket (2021): *Elever som har det svårt hemma* och (Hämtad 2021-04-09), SKR (2021): *Metoder och verktyg vid samtal med barn inom socialtjänsten*. (Hämtad 2021-04-09).
[245] Socialstyrelsen (2021): *Stöd till barn som är anhöriga* och Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga* (Hämtad 2021-04-09).
[246] Folkhälsomyndigheten (2021): *De första 1000 dagarna i de nordiska länderna* (Hämtad 2021-04-09) och Danielsdottir, S. och Ingudottir, J. (2020): *The First 1 000 Days in The Nordic Countries. A Situation Analysis.*

5 Problembild

Utredningen redogör inledningsvis för en övergripande bild av systembrister i hälso- och sjukvård för barn och unga. Därefter följer en problembeskrivning och analys av barn- och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatrin. Utredningen har inte gjort några egna kartläggningar av systembrister utan baserar problembilden i hög grad på ett flertal föreliggande statliga utredningar inom området, rapporter från olika myndigheter och Sveriges Kommuner och Regioner, forskning och dialog med företrädare för berörda vårdverksamheter, professionen och barn och unga. I enlighet med utredningens direktiv lyfts området psykisk hälsa särskilt fram i problembilden.

5.1 Ökande barnpopulation, ökad psykisk ohälsa och nya överlevare

Demografiska diskussioner i Sverige och vården har nästan uteslutande fokuserat på en allt ökande andel äldre i befolkningen. De senaste 10 åren har dock barnpopulationen ökat med cirka 10 procent och i prognoser fram till 2035, kommer den fortsatt att öka.[1] Enligt internationella data beräknas medellivslängden för barn som föds i dag bli 110 år, vilket gör att insatserna under barndomen som har bäring på hälsan under hela livet, får en än större betydelse och påverkan på samhället.[2] Barns och ungas hälsa, liksom hela befolkningens, är överlag god, levnadsvillkoren har förbättrats och de allra flesta upplever välbefinnande. Däremot har det under de senaste 20 åren skett en ökning av psykisk ohälsa hos barn och unga, en

[1] Statistikdatabasen (scb.se) (2021): *Folkmängd 0–19 år riket jämförelse år 2000 och år 2020 samt befolkningsprognos* och Sveriges officiella statistik (2020): *Statistiska meddelanden BM 18 SM 2001 Sveriges framtida befolkning 2020–2070* (s. 8–11).
[2] UNHCR (2019): *Rapport baserad på FN:s World Population Prospect 2019.*

trend som skiljer sig från vuxna.[3] Varannan flicka och var tredje pojke upplever återkommande psykosomatiska symtom kopplade till stress, till exempel huvudvärk, trötthet, sömnproblem och magsmärtor.[4] Dessa symtom kan ibland vara ett uttryck för djupare problem och tidiga signaler på utveckling av psykiatrisk sjukdom. Flera studier visar på samband mellan tidiga psykiska besvär och senare ökad risk för psykiatrisk sjuklighet och suicid. Det finns också en tydlig trend att barn och unga i högre utsträckning får psykiatriska diagnoser i dag jämfört med för 10 år sedan.[5] Depression, ångest och neuropsykiatriska diagnoser står för huvuddelen av dessa tillstånd.[6] Barn och unga med depression och ångest riskerar i högre grad långvariga behov av behandling och kontakt med vården, sämre möjligheter att fullfölja sina studier samt högre risk för framtida suicid. Den kraftfulla ökningen av diagnoser inom neuropsykiatriska fältet tenderar i dag på vissa håll i landet att skapa köer och undanträngningseffekter.[7] Läkemedelsbehandling till barn och unga med psykiatriska tillstånd har också ökat kraftigt, vilket troligtvis är en effekt av den ökande diagnostiseringen.[8] Orsaker till detta kan vara att klinisk praxis har ändrats, stigmatiseringen har minskat för att söka vård, särskilt för psykisk ohälsa, och en alltmer utbyggd hälso- och sjukvård med fokus på diagnostik och behandling. Den ökade förekomsten av psykiska besvär kan också kopplas till oro för familjens ekonomi, ökad stress i skolan och på arbetsmarknaden.[9] Jakten på en diagnos för att få rätt hjälp och stöd för sitt barn är en nutida företeelse som utredningen erfar kan drivas på både av vårdnadshavare, vården och skolan och som inte alltid är fullt ändamålsenlig. Det debatteras ibland om ökningen av psykisk ohälsa hos barn och unga är överdriven och vår tids trend och att det egentligen handlar om livets naturliga inslag av lidande och smärta som inte ska betraktas som sjuklighet.[10] Till detta hör också vittnesmål och rappor-

[3] SOU 2018:90 *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*
[4] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor.*
[5] Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019*.
[6] Socialstyrelsen (2017): *Utvecklingen av psykisk ohälsa. Till och med 2016*.
[7] Västra Götalandsregionen (2017): *Regional utvecklingsplan för BUP 2017–2020*.
[8] Socialstyrelsen (2018): Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018.
[9] Hagquist, C. (2020): *Final Scientific Report. Research programme 2013–2020. The impacts of changed living conditions on child and adolescent mental health. Karlstad University.*
[10] Rück, C. (2020): *Olyckliga i paradiset* och Mind (2018): *Unga mår allt sämre – eller?*

ter om medikalisering och överdiagnostik.[11] Detta står i kontrast till, men behöver inte alls motsäga, alla vittnesmål och rapporter om barn och unga som mår dåligt och inte får rätt hjälp och stöd i dag. Båda dessa problem finns sannolikt samtidigt.

För många decennier sedan var undernäring, graviditets- och förlossningskomplikationer, olycksfall och smittsamma sjukdomar vanliga orsaker till sjukdom och död i barndomen. Detta har förändrats genom bättre levnadsstandard, vaccinationsprogram, förebyggande arbete, medicinteknisk utveckling och en mer tillgänglig hälso- och sjukvård. Det som nu sker är en annan utveckling av vårdbehoven.[12]

Antalet barn som överlever svåra sjukdomar har ökat avsevärt tack vare till exempel hjärtkirurgi, avancerad nyföddhetsvård, nya behandlingar för cancer och andra svåra sjukdomstillstånd. Dock medföljer ofta ett långvarigt behov av behandling, stöd och uppföljning, inte bara i vården utan även i skola och vardag. Ett exempel på hur vården försöker hantera detta är det svenska neonatala uppföljningsprogrammet, som strukturerat och med helhetssyn på barnet och dess familj följer svårt sjuka nyfödda efter avslutad intensivvård ända upp till skolåldern.[13]

I en bred studie baserad på vårddataregister och besöksorsaker i all hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen 2018, visade det sig att cirka 20 procent av barn och unga hade en eller flera kroniska tillstånd och många vårdkontakter.[14] Myndighetsrapporter och internationella data pekar på ungefär samma prevalens.[15] Trenden är ökande, framför allt när det gäller psykiatriska diagnoser. En femtedel av dessa barn och unga beräknas ha tre eller flera kroniska diagnoser samtidigt. Samsjuklighet är vanligt hos barn och unga med kroniska medicinska och psykiatriska tillstånd. Beräkningar i Västra Götalandsregionen visar att 20 procent av barn och unga efterfrågar 80 procent av den specialiserade vårdens resurser, ungefär på samma sätt som för vuxna. Det rör sig alltså om en stor mängd barn och unga med långvariga och stora behov av vård och omsorg. Individerna i denna grupp varierar över tid, det vill säga många har under

[11] Socialstyrelsen (2019): *Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn.*
[12] Blair M, et al. (2013): *Barnhälsovetenskap.*
[13] Svenska neonatalföreningen, (2015): *Nationella riktlinjer för uppföljning av neonatala riskbarn.*
[14] Almgren, P. (2020): Många barn har långvariga och stora behov av hälso- och sjukvård.
[15] Myndigheten för vårdanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.* Rapport 2014:2.

en period större behov men inte nödvändigtvis under hela uppväxten. Dagens hälso- och sjukvård är uppbyggd efter diagnosområden men en enskild profession, ett team eller ens en hel verksamhet kan sällan fullt ut möta dessa familjers behov av vård och stöd.[16]

5.2 Samhällstrender, skola, arbetsmarknad och utsatta grupper barn och unga

Samhället förändras i snabb takt och en del av dessa trender påverkar barn och unga mer påtagligt. Den pågående pandemin är ett tydligt exempel på direkta och indirekta effekter på barn och unga, som kommer att påverka hälsa, utveckling och uppväxtvillkor för många under lång tid framåt. Även om pandemin inte primärt drabbar barn och unga genom egen sjuklighet, har barn och unga på flera sätt påverkats av de samhällsförändringar som följt. I Sverige har många barn och unga fått en förstärkt utsatthet i hemmet och en försämring av den psykiska hälsan under krisen och det är tydligt att pandemin slår hårdast mot barn och unga som redan innan krisen befann sig i en utsatt situation eller hade psykisk ohälsa.[17] Trots en bättre generell välfärd ökar samhällsklyftorna och många barn och unga växer upp i socioekonomiskt utsatta områden. Dessa barn och unga riskerar sämre hälsa, svårigheter i skolan och att nå ut på arbetsmarknaden.[18] Exempel på barn och unga i utsatthet är de som växer upp i områden där närstående har låg tilltro till samhället och vården, far illa till följd av våld i nära relationer, sviktande omsorg eller föräldrar med psykiatrisk sjukdom. För barn och unga i utsatthet är det allmänna hälsoutfallet sämre och vården misslyckas ofta med att möta deras familjers behov av riktat och ändamålsenligt stöd.[19] I utredningens dialogmöten har vikten av ändamålsenliga insatser när det gäller placerade barn och unga särskilt poängterats. Berörda myndigheters tillsyn visar att dessa barn och unga är en särskilt eftersatt målgrupp.[20]

[16] Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.*
[17] Bris (2021): *Första året med pandemin – om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020.*
[18] Folkhälsomyndigheten (2019): *Ojämlikheter i psykisk hälsa – Kunskapssammanställning* och Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020*.
[19] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) *om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende.*
[20] SKR (2020): *Nationell kartläggning om hälsoundersökningar för placerade barn.*

Skolan uppfattas som stressande av barn och unga i alla samhällsskikt och cirka 17 procent av alla barn och unga uppnår inte behörighet till gymnasieskolan. Det är stor spridning med kraftigt ökad andel utan behörighet hos utlandsfödda eller där vårdnadshavare inte har eftergymnasial utbildning.[21] Det föreligger också stor variation mellan olika skolor. Fullföljda studier är en stark hälsoindikator.[22] Under de senaste decennierna har ungdomars situation på arbetsmarknaden förändrats. Ungdomars etableringsålder har ökat, arbetslösheten är högre och arbetsmarknaden är mer instabil. Det är inte ovanligt att ungas anställningar är kortvariga och tillfälliga. Dessutom har kraven på utbildning ökat. Unga har därmed svårare att ta sig in på arbetsmarknaden i dag, jämför med till exempel före den ekonomiska krisen på 1990-talet. Unga som varken arbetar eller studerar är en grupp som har särskilt stora svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden.[23]

Ungdomsbrottsligheten har gått ner de senaste tio åren men det är inte ovanligt att unga begår brott.[24] Det är dock mycket få som fortsätter in i vuxen ålder och det finns kända risk- och skyddsfaktorer för en sådan utveckling. Ökad risk finns hos de individer som har svagt stöd hemma eller om våld och bestraffning förekommer i hemmet. Misslyckande i skolan och umgänge med andra unga som begår brott är andra riskfaktorer, liksom den egna sårbarheten i form av nedsatt impulskontroll, aggressivitet eller svårigheter i socialt samspel.[25] Narkotikarelaterad brottslighet är en av de vanligaste brottstyperna bland ungdomar och eget missbruk är en känd riskfaktor för att tidigt utveckla kriminalitet. Samhällets förebyggande insatser inom skola, vård- och omsorg och föräldrars roller och stöd är centrala faktorer i det brottsförebyggande arbetet. Inte minst för att förhindra tidig rekrytering av barn och unga in i kriminella gäng, en ökande trend i vissa regioner.

Olika globala trender som ökad digitalisering och den explosionsartade utvecklingen av sociala medier debatteras utifrån både positiv och negativ inverkan på barns och ungas hälsa.[26] Fysisk inaktivitet utgör ett stort hot mot folkhälsan och barn och unga rör

[21] Skolverket (2020): *Andelen med behörighet till gymnasiet.*
[22] SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa* (s. 99).
[23] SOU 2013:74 *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan.*
[24] Brottsförebyggande rådet (2019): *Unga misstänkta för brott.*
[25] Brottsförebyggande rådet (2009): *Orsaker till brott bland unga och metoder att motverka kriminell utveckling – En kunskapsinventering.*
[26] Statens Medieråd (2020): *Unga medier och psykisk ohälsa*.

sig allt mindre.[27] Sverige är ett av världens mest individualiserade länder vilket innebär att stöd från familjemedlemmar såsom mor- och farföräldrar tenderar att vara svagt. Ungas framtidstro rubbas av pågående hot mot demokratiska värden i både Sverige och världen samt av den accelererande klimatkrisen.

5.3 Reaktiv och sjukhustung vård med otillräckligt utbyggd primärvård

I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) från den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården drogs slutsatsen att strukturen i hälso- och sjukvården i Sverige är för akut- och sjukhustung. I Sverige är primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader 17–18 procent, vilket är betydligt lägre än i jämförbara länder, där motsvarande andel genomgående är 20–30 procent. Förutsättningarna varierar över landet, men primärvården har inte sällan problem med rekrytering och hög andel hyrläkare, vilket riskerar att medföra sämre kontinuitet, kvalitet och tillgänglighet.[28] Primärvården har som en följd av detta på många ställen begränsade möjligheter att fullt ut ta behandlings- och samordningsansvar för vanligt förekommande vårdbehov, till exempel kroniska sjukdomar:

> […] Primärvården i Sverige är alltför svag med en alltför begränsad funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst. Resultatet av detta är väsentligen väl känt: ett på många olika sätt fragmenterat system för vård och omsorg. Enskilda insatser fungerar bra för sig och levereras ofta med hög kvalitet men när det kommer till informationsutbyte, samordning och kontinuitet kring individens vård och omsorg finns stora brister. Detta blir i sin tur ett stort problem för vårdens (och omsorgens) effektivitet eftersom det i synnerhet är informationsutbyte, samordning och kontinuitet som behövs för de som konsumerar den absoluta merparten av all vård och omsorg. Det handlar ofta om äldre med omfattande behov men kan också vara till exempel yngre med kroniska sjukdomar. […][29]

[27] Folkhälsomyndigheten (2019): *Barns och ungas rörelsemönster*.
[28] Myndigheten för vårdanalys (2018): *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård* och IVO (2020): *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019.*
[29] SOU 2016:2 *Effektiv vård* (s. 239).

Primärvården har alltså inte alltid resurser att i tillräcklig utsträckning ta ansvar för patienter med stora vårdbehov. I internationella jämförelser har Sveriges hälso- och sjukvård goda medicinska resultat men förhållandevis låga betyg gällande tillgänglighet, patientdelaktighet och kontinuitet. Detta skapar ineffektivitet och kan medföra onödig ohälsa och sjukdom eftersom förebyggande och behandlande insatser som kunde getts tidigt och ändamålsenligt i primärvården uteblir. I stället skapas onödig ohälsa och sjukdom som hanteras på akutmottagningar och i sluten vård. Även bristande förtroende för primärvården kan få som konsekvens att många söker sig till akutmottagningar och specialiserad vård med besvär som mer ändamålsenligt och effektivt kunnat avhjälpas i primärvården.

Som nämnts föreligger alltjämt stundtals svårigheter att möta behoven hos sköra grupper med kroniska och stora behov. Detta gäller även barn och unga.[30] För patienter med stora vårdbehov saknas ibland en funktion med samordningsansvar, som kan vara länk till socialtjänst och kommunal vård och omsorg. Rollen som fast vårdkontakt, med uppgift att koordinera och hålla ihop vården riskerar att utebli och patienten själv eller anhöriga tvingas i stället ta ansvar för att koordinera vårdinsatserna. Tidigare hade primärvården ett tydligt områdesansvar som innefattade ett ansvar för befolkningens hälsa. Införande av vårdvalssystem har påverkat denna roll, vilket riskerar att drabba samverkan med andra aktörer i lokalsamhället, till exempel skolan, där det fria skolvalet gör förutsättningarna än svårare. Bland annat varierar möjligheterna till tvärprofessionella och psykosociala insatser i primärvården för patienter med psykiska vårdbehov.[31]

Det omfattande arbetet med omställningen har lett till vissa förbättringar när det gäller utbyggnad och utveckling av den nära vården och det finns en positiv trend. Till exempel har förtroendet för primärvården och vården i stort ökat de senaste åren.[32] Arbetet med patientkontrakt har satt fokus på de grupper i samhället som har behov av samordning av vårdinsatser. Socialstyrelsen menar i sin senaste utvärdering av omställningen att arbetet i riktning mot en mer nära vård med fokus på primärvården pågår i samtliga regioner.

[30] Socialstyrelsen (2012): *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser*.
[31] SOU 2021:6 *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa*.
[32] SKR (2020): *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020 – befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

Såväl regioner som kommuner uttrycker att en mer nära vård är nödvändig för att hantera framtida demografiska och ekonomiska utmaningar för hälso- och sjukvården. Myndigheten menar vidare att de flesta strategier, målbilder eller handlingsplaner innehåller förebyggande eller hälsofrämjande insatser som ett uttalat fokusområde.[33]

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riskerar ändå ofta att komma till korta även om mödrahälsovård och barnhälsovård är exempel på motsatsen. I utredningens dialoger med företrädare för primärvård, upplevs ett tydligt glapp när barnet lämnar barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser tar över hälsouppföljningen. Först i vuxen ålder återknyts kontakten med patienterna och primärvården har då missat väsentliga delar av hälsoutvecklingen under barn- och ungdomsåren. Det systematiska hälsofrämjande och förebyggande arbetet i primärvården liksom i all hälso- och sjukvård är överlag nedprioriterat till förmån för de akuta vårdbehoven.

Bilden för barn och unga skiljer sig inte på ett avgörande sätt från den som gäller för vuxna, speciellt inte från skolåldern och uppåt. Primärvården har inte sällan svårigheter att axla huvudrollen för patienter med kroniska sjukdomar. Det gäller inte minst barn och unga med psykisk ohälsa av skiftande svårighetsgrad där barn- och ungdomspsykiatrin, såväl historiskt sett som i dag, har behandlingsansvar för många vanligt förekommande kroniska vårdbehov. Barn- och ungdomsmedicin, såväl avseende den planerade som den akuta vården, är generös med att ta emot och ge vårdinsatser när primärvården inte har förutsättningar att göra det. Även om primärvården utför fler barnbesök än den specialiserade vården, har den alltså alltjämt svårt att fullt ut ta rollen som första linjens vård för barn och unga. På så sätt riskerar även barns och ungas hälso- och sjukvård att bli specialistfokuserad. Det finns inom flera regioner i Sverige, till exempel region Uppsala, Västra Götalandsregionen och region Stockholm, en förhållandevis väl utvecklad specialiserad öppenvård inklusive olika konsultationsmodeller som kan tjäna som goda exempel på en omställning till god och nära vård. Utredningen har inte haft möjlighet att i detalj kartlägga hur utbyggnaden och uppdragen varierar mellan de regionerna.

[33] Socialstyrelsen (2020): *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

5.4 Ojämlikt vård- och omsorgsutbud

Utbudet av vård, stöd och insatser är ojämlikt i landet, både inom och mellan regioner och kommuner och andra huvudmän. Faktorer som spelar in är bland annat kompetenstillgång, lokala strukturer, styrning och ledning, ekonomiska förutsättningar och demografi. Utöver detta finns också skillnader i hur verksamheten och professionerna som möter patienten tolkar sitt uppdrag och ansvar och kvaliteten i vårdmötet med patienten. Som ett resultat av ovanstående uppstår skillnader avseende kvalitet i själva mötet med patienten. Ett vittnesmål om detta är det stora antalet barn och unga som i utredningens samarbete med Bris (bilaga 2) och i Bris egen statistik uttrycker sin frustration och besvikelse över att inte blivit hjälpta trots många vård- och behandlingsinsatser. Målsättningen i hälso- och sjukvårdslagen, att vård ska ges på lika villkor efter behov med hänsyn taget till lagstadgade diskrimeringsgrunder samt var man bor i landet, är en utmaning.[34] Samtidigt är det oetiskt att barn och unga som inte följer förväntad hälsoutveckling, har olika förutsättningar att uppmärksammas och erbjudas förebyggande och behandlande insatser beroende på var man bor eller vilken inkomst- och utbildningsnivå deras vårdnadshavare har. Demografiska faktorer påverkar genom att det är längre till vården och svårare att rekrytera specialistkompetenser på landsbygden jämfört med i storstaden medan det på landsbygden ofta finns en starkare samverkan och något som skulle kunna liknas vid det som tidigare kallades ett områdesansvar.

I utredningens verksamhetsdialoger blir det tydligt hur olika förutsättningarna ser ut i landet och hur vårderbjudandet och verksamheternas innehåll varierar stort. Det gäller både primärvård, och specialiserad vård samt elevhälsans medicinska insatser. Det åskådliggörs också i den stora variation som redovisas när det gäller de nationellt utbyggda första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska ohälsa.[35] Även för de yngsta barnen i åldrarna 0–5 år finns stora skillnader över landet när det gäller tillgång till späd- och småbarnsverksamheter.[36]

[34] Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag, m.m., (s. 112 f.).
[35] Uppdrag Psykisk Hälsa (2020): *Psykiatrin i siffror Barn- och ungdomspsykiatri – kartläggning 2019.*
[36] Furmark, C. och Neander, K. (2018): *Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning.*

I kommunal omsorg och särskilt i skola och elevhälsa ser vi stora variationer i utbudet, beroende på storlek och ekonomi. Vilka kompetenser som anställs i elevhälsan och i vilken omfattning beror på skolpeng och elevunderlag. För ett barn kan detta vara avgörande för att få rätt stöd och hjälp, hälsoutvecklingen och möjligheterna att lyckas i skolan. Se vidare under den fördjupade problembeskrivningen om elevhälsan.

5.5 Fragmentiserad hälso- och sjukvård med oklara uppdrag, ansvar och roller

Ett genomgående problem är den alltmer fragmentiserade hälso- och sjukvården. Det splittrade vårdlandskapet har varit i fokus för en mängd statliga utredningar och inte minst har problematiken utvecklats av utredningen samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01). Fragmentiseringen är extra tydlig när det gäller barn- och ungdomshälsovården där flera huvudmän och vårdverksamheter styrs av olika lagrum, uppdrag och förutsättningar i övrigt. Detta utvecklas ytterligare i problembeskrivningen och analysen av barn- och ungdomshälsovården och i utredningens olika förslag som rör en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Den ökade privatiseringen och mångfalden av aktörer i vården, tillsammans med det fria vård- och skolvalet, har bidragit till fragmentiseringen och i det här sammanhanget påtagligt försämrade möjligheter att utöva lokalt befolknings- och områdesansvar. Barn och unga rör sig under uppväxten genom olika utvecklingsstadier från tillblivande till vuxen ålder med olika behov, hälsoproblem och sjukdomsuttryck. Under denna period ansvarar olika aktörer för barns och ungas hälso- och sjukvård, inte minst den centrala skolarenan som står för elevhälsa och dess medicinska insatser och olika verksamheter inom primärvården för barn och unga under uppväxttiden.

Unga rapporterar att det är svårt att veta när man ska söka hjälp och vart man ska vända sig, framför allt vid psykisk ohälsa.[37] Samma bild lämnar utredningens egen fokusgrupp och patient- och föräldraföreträdare i dialoger med patientföreningar och civilsamhällets aktörer. Brister i vårdkedjor för barn och unga till följd av en frag-

[37] Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (2018): *Ungas beställning till samhället* (S2018/04669/FS).

mentiserad hälso- och sjukvård är ett centralt problem som beskrivs i många rapporter och i våra dialoger. Detta riskerar leda till att man inte söker hjälp enligt utredningens expertgrupp unga med erfarenhet av psykisk ohälsa. Det kan också leda till att upptäckt, utredning, insatser och uppföljning brister, vilket kan drabba barns eller ungas hälsa och därmed belasta hela familjen.

För barn och unga och familjer med behov av ökade insatser, där fler professioner och verksamheter är berörda, blir det ofta otydligt vem som har det samordnade ansvaret och var de kan få hjälp. Det uppstår glapp i olika överlämningar eller mellan verksamheterna vilket kan leda till att barn och unga faller mellan stolarna. Det gäller till exempel barn och unga med insatser från barnhälsovård, vårdcentralen, BUP eller annan specialiserad vård, ungdomsmottagningar, elevhälsans medicinska insatser, socialtjänsten och folktandvården.[38] Primärvården och elevhälsans medicinska insatser har mycket centrala uppdrag för barn och unga men samverkan mellan dessa verksamheter brister och de saknar i dag förutsättningar för att utveckla det starka partnerskap de borde ha kring förebyggande arbete, att uppmärksamma tidiga symptom och vanligt förekommande psykisk ohälsa. Samverkan brister dock mellan alla aktörer när det gäller vården av psykisk ohälsa och ansvarsfördelningen är otydlig.[39]

Förutsättningarna för att bedriva olika verksamheter inom vård och omsorg varierar också mellan regioner och kommuner. Verksamhetsföreträdare och chefer lyfter otydliga ansvarsförhållanden och uppdrag som ett av de allra mest frekventa och största problemen. Utredningen erfar att företrädare för verksamheterna ofta efterfrågar skärpt och förtydligat ansvar, liksom tydliga uppdrag. Ansvaret för att förtydliga verksamheternas uppdrag vilar i första hand på huvudmännen. Ansvarsfördelningar och gränssnitt tas också fram lokalt, men inte alltid utifrån ett patient- och helhetsperspektiv. I de fall de inte är framtagna i konsensus mellan berörda verksamheter, är de inte heller till gagn för barn och unga, som riskerar att hamna i vårdens mellanrum.

[38] Socialstyrelsen (2011): *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?*, IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan* och Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården, slutrapport 2019.*

[39] IVO (2015): *Elevhälsan – Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län.*

5.5.1 Glapp i övergången till hälso- och sjukvård för vuxna

Ett mycket vanligt och ofta beskrivet fenomen är brister i övergången från hälso- och sjukvård för barn och unga till hälso- och sjukvård för vuxna. Problemen rör huvudsakligen barn och unga med funktionsnedsättning, psykiatriska tillstånd och andra kroniska sjukdomar och uppstår i övergångar mellan den specialiserade vården, till exempel barn- och ungdomsmedicin, psykiatri eller habilitering och vuxensjukvård eller primärvård.[40] Det kan gälla vilken kontinuerlig vårdkontakt som helst som tvingas brytas när den unge fyller 18 år. Bristerna handlar om delaktighet och stöd samt information och trygga överlämningar. Dessutom saknas ofta rätt resurser och kompetens i hälso- och sjukvården för vuxna, särskilt i primärvården, om den unga personen haft insatser i den specialiserade vården fram till 18-årsdagen. Ser man till den ökande andelen nya överlevare har hälso- och sjukvården för vuxna alltjämt helt nya och okända patientgrupper att möta. I dialoger med utredningens unga expertgrupp kring psykisk ohälsa lyfts särskilt ungdomsmottagningar som goda förebilder i det hänseendet att de kan fortsätta kontakten in i det unga vuxenlivet. På många andra håll i landet finns olika unga vuxna-verksamheter som komplement till övriga vården, till exempel inom området psykisk hälsa och inom cancervården.

5.6 Koordinering och samordning av vård brister

Ett centralt och växande problem i den moderna hälso- och sjukvården, både hos vuxna och barn och unga, är bristen på koordinering och samordning av vård och stödinsatser. Detta är beskrivet och utvecklat både i statliga utredningar och en mängd rapporter.[41] I en alltmer fragmentiserad och specialiserad mångfald av vårdutbud kommer verksamheterna längre ifrån varandra vilket försvårar god kommunikation mellan de olika delarna i systemet. För barn och unga och deras familjer är bristande koordination och samordning

[40] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård, rapport 2019:6.*
[41] SOU 2019:29 *God och nära vård - Vård i samverkan*, Socialstyrelsen (2017): *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning* och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015): *Samordna vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, PM 2016:1.

inom och mellan den specialiserade vården, socialtjänsten, elevhälsan och primärvården mycket vanligt.[42]

Vart femte barn eller ung person under 18 år har en diagnostiserad kronisk sjukdom och utöver det finns barn och unga med andra tillstånd, till exempel smärta, ångest och trötthet, som kan vara långvariga och ge upphov till upprepade kontakter med hälso- och sjukvården. Deras behov möts sällan fullt ut av en verksamhet som kännetecknas av det enkla trygga omhändertagandet med ändamålsenligt samordnade insatser. Hjälp med samordning och planering av barnets vårdinsatser och en fast vårdkontakt eller en väg in i vården är det som vårdnadshavare till ett barn eller ung person med kronisk sjukdom oftast efterfrågar. Som vårdnadshavare till ett långvarigt sjukt barn eller ung person är det viktigt att veta vad som ska göras i olika situationer och skeenden i sjukdomen och i vardagen, vart vårdnadshavaren ska vända sig med sina frågor och vem som är ansvarig inom hälso- och sjukvården. En familj som har flera sjuka barn eller unga personer med ett antal vård- skola- och myndighetskontakter för varje enskilt barn, upplever ofta svår stress och svårigheter att få ihop vardagen och planeringen. Ibland med sjukskrivningar, utbrändhet, nedsatt arbetstid, försämrad ekonomi och begränsat socialt liv som följd.[43] Detta slår ännu hårdare mot resurssvaga eller sjuka föräldrar med barn och unga med sammansatta behov. Rapporter och utredningens dialoger med berörda parter gör gällande att vårdens brister när det gäller koordinering och samordning särskilt drabbar barn och unga med samsjuklighet, olika psykiatriska tillstånd och stora sociala behov.[44] Regeringens och regionernas gemensamma arbete för att införa patientkontrakt, samt nu föreliggande förslag från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (2017:01) om en författningsreglering avseende patientkontrakt, som bland annat föreslås innehålla uppgifter om individuell plan, adresserar dessa problem och det finns goda exempel på utvecklingsarbete runt om i landet. I den senaste rapporten

[42] IVO (2019): *Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja, förstudie.*
[43] IVO (2020): *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*och Västra Götalandsregionen (2018*): Intervjustudie närstående till barn med kronisk sjukdom och många vårdkontakter, bilaga till Barn och unga – komplexa behov och vägar framå*t.
[44] Broberg, M. et al. (2014): *En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning* och Västra Götalandsregionen (2018): *Intervjustudie närstående till barn med kronisk sjukdom och många vårdkontakter, bilaga 2.*

återfinns dock få projekt som rör barn och unga och utredningen noterar att det finns svårigheter med den föreslagna regleringen om patientkontrakt utifrån ett barnrättperspektiv, eftersom skolhuvudmännen och därmed elevhälsan inte omfattas av den föreslagna bestämmelsen om individuell plan fullt ut.[45]

5.7 Informationsdelning inom vård och omsorg brister

Frågan om hur vård och omsorg på ett patientcentrerat sätt kan nå målet om rätt information på rätt plats i rätt tid, har varit föremål för omfattande utvecklingsarbete under många år. Bristerna är fortsatt stora, vilket rapporteras om återkommande. Bristande dokumentation eller tillgång till rätt information i vården är en av de vanligaste orsakerna till lex Maria anmälningar. Tillsyn inom området visar att patienter med många vårdkontakter löper stor risk att drabbas av en bruten informationskedja och att viktiga hälsodata såsom aktuella läkemedel eller underliggande sjukdomar saknas i vårdmötet eller för den som ska samordna vården och omsorgen.[46] Patientens möjlighet till delaktighet i sin egen vård minskar, liksom vårdnadshavares möjlighet att ta ansvar och vara delaktiga i beslut om barnets eller den unges vård och behandling. Informationsbrist är särskilt vanlig på akutmottagningar och i primärvård men även i vården av patienter med komplexa behov och många kontakter i specialistvård och omsorg. Det leder också till ökad risk för patientsäkerheten. Vårdnadshavare blir bärare av barnets sjukdomshistoria och tvingas upprepa denna gång på gång i mötet med vården. Många vårdnadshavare vittnar om att detta är en av de största stressfaktorerna när man har ett barn med långvarig sjukdom. Det kan vara en bidragande orsak till nedsatt arbetstid eller sjukskrivning.

Dessa brister får effekter på vårdens kvalitet. Det blir svårt att följa patientens resa genom vården och därmed skapa effektiva vårdflöden. Ett barn eller ung person som ofta söker för magsmärtor på olika vårdcentraler eller på akuten och som samtidigt har insatser från socialtjänsten och elevhälsan på grund av omsorgssvikt och skolfrånvaro, riskerar att avfärdas som ett lindrigt fall då läkaren inte

[45] SKR (2018): *Slutrapport januari 2018 Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner.*
[46] IVO (2020): *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019.*

har tillgång till all information om barnets eller den unges vårdkontakter. Den låga personkontinuiteten i dagens hälso- och sjukvård ställer än högre krav på informationssystemet. Kvalitetsbristerna gäller också de begränsade möjligheterna att använda informationen i kvalitetsregister, i öppna jämförelser, och när det gäller att utforma och tillgängliggöra beslutstöd i vårdmötet. Kvalitetsbrister finns också när det gäller möjligheten att använda informationen i verksamhetsutveckling och att mäta medicinska effekter eller patientens upplevelse av vården. En gemensam journalföring eller gemensamt delad information mellan vårdgivare där också patienten är delaktig, är av de mest efterfrågade önskemålen hos både profession och patienter. I utredningens dialoger med de unga i fokusgruppen psykisk ohälsa framkommer att informationsdelning mellan olika vårdaktörer brister och även deras egen tillgång till sin vårdplan och möjlighet till delaktighet vid utformningen av vårdplanen. Inte desto mindre finns många hinder för en sådan utveckling.

Hinder för en gynnsam utveckling av informationsdelning

Lagstiftningen möjliggör i dag sammanhållen journalföring och direktåtkomst till journal när det gäller verksamheter inom hälso- och sjukvården, men hinder kvarstår fortfarande, framför allt mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Lagförslag på det här området har nyligen presenterats av utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) vilket kan utgöra en möjlig öppning för ytterligare förbättringar för barn och unga med funktionsnedsättningar.[47] För barn och unga finns också särskilda hänsynstaganden utifrån ett integritets- och barnrättsperspektiv, till exempel när det gäller reglering av ombud och vårdnadshavares ansvar och roll i vården. När det gäller kommunala och regionala vårdgivare finns i dag lagliga möjligheter till sammanhållen journalföring och genom aktivt samtycke även direktåtkomst till journal.

Barns och ungas egen tillgång till sina hälsodata är mer komplicerad och varierar utifrån både tekniska och rättsliga hinder. Organisatoriska hinder föreligger, inte minst genom ökad privatisering och mångfald av vårdgivare, införande av vårdvalssystem och olika huvudmän för vård och omsorg. En stor region som Stockholm eller

[47] SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg.*

Skåne kan ha över 1 000 olika journalsystem som på grund av bristande interoperabilitet inte kommunicerar med varandra. Digitala vårdplaner eller hälsoinformationsplattformar som också kan delas med patienten är därför mer av en framtida vision och i den mån det utvecklas byggs ofta ytterligare ett gränssnitt upp. På det sättet behöver en genomsnittlig vårdutövare logga in i och använda minst ett dussintal olika system en vanlig arbetsdag, en verksamhetschef säkerligen det dubbla. Nationella och regionala projekt har försökt komma till rätta med detta genom att samla alla vårdgivares vårdinformation i en gemensam databas med en mer ändamålsenlig informatik och fastställd nomenklatur. Den resan är dock snårig och har inverkan på vårdens arbetskultur med krav på förändring. Vårdinformationssystem som tillåter gränsöverskridande utbyte av information är alltjämt avlägset.

Icke användarvänliga it-system är också en vanligt förekommande brist och patientsäkerhetsrisk.[48] It-systemen i vården upplevs ofta ligga långt efter samhällets övriga digitaliseringsutveckling och är sällan kompatibel med medborgarnas, inte minst barns och ungas digitala plattformar och höga digitala kompetens. Behovet av ökad kunskap, ledning och styrning ifråga om möjligheterna att hantera och utbyta information är därför fortsatt centralt för en framtida sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Det saknas sammanhållen information om barns fysiska och psykiska hälsa och utveckling på nationell nivå men också mellan aktörerna inom barn- och ungdomshälsovården. Det saknas också en sammanhållen journalföring med relevanta indikatorer från graviditetsövervakningen till 18-årsdagen. Därmed finns svårigheter att bedöma barns och ungas långsiktiga hälsoutveckling och det finns risk för att barns och ungas behov missas när de faller ur ramarna och signalerar ohälsa på olika sätt. Behovet av samlad nationell uppföljning som är tillgänglig för alla och uppdateras löpande har tydligt bekräftats under utredningens dialogmöten. Det finns vidare en samsyn i att det i dag är svårt att följa upp barns och ungas hälsa, då man tenderar att mäta sjukdom i stället för hälsa. Utredningen kommer att utveckla frågan om informationsdelning och uppföljning i slutbetänkandet.

[48] Myndighetens för vårdanalys (2013): *Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*.

5.8 Barn och unga med vissa diagnoser eller problem får en sämre vård

Hälso- och sjukvården har en stark tradition av att diagnostisera och hantera kroppsliga åkommor. Detta gäller även för primärvården. Vårdprocesser för höftproteser, stroke, hjärtinfarkt och cancer med mera har ofta varit föregångare i både medicinteknisk utveckling och nationellt prioriterade och resurssatta vårdflöden.[49] Utredningen erfar att hälso- och sjukvård för vuxna ofta gått före, till exempel när det gäller stora folksjukdomar med mycket resurser kopplade till vård och behandling, inte minst läkemedel och medicinteknik. Barncancervården är dock ett exempel på när vården, trots en svår och långvarig sjukdom med krävande behandling, ändå kan upplevas som trygg, tydlig och stödjande för barn och unga och deras vårdnadshavare. Erfarenheter visar däremot att barn och unga med vissa psykiatriska sjukdomar, fetma, samsjuklighet, funktionsnedsättning, oklara besvär som långdragen smärta, trötthet, yrsel, undervikt eller sömnbesvär riskerar att få ett sämre omhändertagande och sällan är föremål för standardiserade vårdförlopp. En stor del av dessa barn och unga söker vård och hjälp i primärvården och uppmärksammas säkerligen både i barnhälsovården och elevhälsan men överlag saknas tydliga effektiva vårdflöden från tidiga symtom till utredning och behandling. Barn och unga har i större utsträckning än vuxna kroppsliga uttryck för psykosociala eller psykiatriska problem, detta gäller särskilt de allra minsta barnen. I och med den ökade satsningen på nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården noterar utredningen att fokus ändå har skiftat mot dessa grupper, och nationella arbetsgrupper har bildats kring diagnoser som fetma och långvarig smärta hos barn.

Utredningen menar att vissa systembrister i vården, såsom fragmentisering och glapp särskilt drabbar barn och unga med psykisk ohälsa eftersom de har skilda behov och befinner sig på olika arenor under olika utvecklingsstadier under uppväxten. Barn och unga med psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd tenderar att få ett sämre omhändertagande i vården jämfört med barn och unga som har medicinska sjukdomar och fysiska problem.[50] Unga med egen vårderfarenhet som utredningen pratat med beskriver hur samverkan och

[49] Regeringen och SKR (2020): *Överenskommelse sammanhållen, jämlik och säker vård* 2021.
[50] Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga med komplexa behov.*

samordning fallerar, hur information fastnar och hur svårt det är att veta vart man ska vända sig för att få ett tryggt och kontinuerligt professionellt omhändertagande hela vägen. Det finns flera rapporter om bristande stöd, vård och behandling i primärvården när det gäller psykisk ohälsa hos barn och unga.[51] Bilden stärks av många inspel i utredningens dialoger med verksamheter och barn och unga.

5.9 Bristande stöd, delaktighet och inflytande på vården

I återkommande rapporter och vittnesmål redovisas att vården inte är tillräckligt personcentrerad. Ett flertal nationella och regionala projekt pågår för att förbättra personcentreringen i vården särskilt för vuxna patienter. Utredningen kan konstatera att behovet av ökad personcentrering är särskilt viktig för barn och unga, för att skapa förutsättningar för delaktighet i vårdmötet och beslut om vård och behandling. Att på riktigt göra barnet delaktigt med inflytande på sin egen vård kräver tid, kompetens, metod och systematik. I utredningens dialoger med verksamhetsföreträdare, professionella och patientföreträdare har behovet av att utveckla arbetssätt och metoder som sätter barnet i centrum särskilt lyfts fram. Det handlar till stor del om att skapa delaktighet och inkluderande förhållningssätt och att ha en samlad plan för barnet.

Eftersom nästan all information om vård och behandling går genom vårdnadshavarna blir deras delaktighet i vården också viktig för barnet. Ett familjecentrerat arbetssätt är basen i all vård och omsorg som riktar sig till barn. Vårdnadshavare till barn med kroniska sjukdomar upplever ofta frustration över att inte bli behandlade som experter på sitt barns sjukdom. De vill, precis som barn och unga, vara delaktiga och få stöd i den praktiska hanteringen av sjukdomen. För professionen som möter barnet blir det ofta en balansgång mellan autonomi och integritet kopplat till allvarlighetsgraden av problemen. I utredningens samtal med unga själva framkommer ett tydligt efterfrågat behov av att bli sedd, hörd, tagen på allvar och att få vara delaktig i sin egen vård och behandling. Många unga, även under 18 år, lyfter också fram behovet av att kunna söka vård själva,

[51] SKL (2012): *Slutrapport från Modellområdesprojektet 2009–2011* och SKR (2020): *Första linjen 2020. Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*

på sina villkor och ofta anonymt till en början. Unga vill att vården anpassas efter ungas livsvillkor och utvecklas för att passa dem, till exempel genom anpassade öppettider eller digital tillgänglighet.

5.10 Brister i kontinuitet och kompetens

Som beskrivits ovan i avsnittet om den sjukhustunga och reaktiva vården, får svensk sjukvård och särskilt primärvården kritik för bristande kontinuitet. Kontinuitet är en av de allra mest avgörande faktorerna för en trygg och effektiv vård, vilket framhållits i flera tidigare statliga utredningar och myndighetsrapporter.[52] Primärvården, som möter flest barn och unga och barn- och ungdomspsykiatrin som är sista utpost för barn med psykiatriska tillstånd, har haft problem med stor personalomsättning och därmed bristande kontinuitet de senaste åren. Den tillitsfulla relationen med barnet och familjen som behövs för en god vård, skadas av detta. Utan kontinuitet i systemet riskerar också kunskapsöverföring och samverkan att drabbas negativt. Föräldrar och barn efterfrågar personkontinuitet så långt det är möjligt, särskilt när det gäller långvariga och stora behov. I dagens hälso- och sjukvård, med mångfald, vårdval och begränsat närområdesansvar, behöver hälso- och sjukvårdssystemet vara mer robust och sammanhållet, och strukturerad uppföljning behöver allt mer väga upp för en bristande personkontinuitet.

Allmän och specifik barn- och ungdomskompetens brister

Vid sidan av elevhälsans medicinska insatser har primärvården flest besök när det gäller barn och unga. Barnhälsovården träffar i princip alla barn under 6 år. Akutsjukvården träffar också en stor andel barn och unga och deras familjer när de söker för akuta och enklare åkommor som drabbar många barn och unga i alla åldrar. Psykosomatiska besvär och vanligt förekommande kroniska sjukdomar såsom astma och fetma är andra vanliga sökorsaker. Primärvårdens företrädare menar att de också träffar barn och unga med mer omfattande behov som redan har kontakt med den specialiserade vården, när de har

[52] SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården, En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler.*

akuta och enklare vårdbehov. Trots detta utses sällan en fast vårdkontakt eller ansvarig person för vården för barn och unga med kroniska sjukdomar i primärvården och få vårdcentraler har medarbetare med specifik barn- och ungdomskompetens.

Vård vid de allra flesta kroniska sjukdomar och utredningar av oklara fall sker i specialiserad vård, både barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomsmedicin. Den kompetensen finns inte uppbyggd i primärvården i dag. I de flesta regionala riktlinjer ska barn under ett års ålder söka direkt eller frikostigt remitteras till specialiserad vård för bedömning vid oklara tillstånd. Primärvården har behov av att träffa och hantera barn i olika åldrar för att erhålla vana och bygga upp en allmän barnkompetens om bemötande, bedömning och behandling av barn och unga. Rapporter som utredningen tagit del av, liksom även primärvårdens egna utsagor, menar att barnkompetensen brister i primärvården, särskilt under skolåren och i omhändertagandet av barn och unga med psykiska vårdbehov. Elevhälsas medicinska insatser och ungdomsmottagningarna, som beskrivs utförligt i andra delar av detta betänkande, utgör en primärvårdsnivå som utvecklat en miljö- och målgruppsanpassad barn- och ungdomskompetens. Utredningen menar att dessa arenor kompletterar primärvården och den nära vården med kompetens och viktiga kontaktytor och därmed stärker underlaget till en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

I den specialiserade vården finns huvuddelen av och ansvaret för specifik och tvärprofessionell barn- och ungdomskompetens. Data från Västra Götalandsregionen visar att ungefär hälften av alla barn och unga har kontakt med den specialiserade vården under ett år och andelen planerade besök är lika stora som primärvårdens. I den specialiserade vården har dock utvecklingen gått mot en ökad subspecialisering. Även i den öppna specialiserade vården som tidigare hade mer generalistperspektiv, har mer avancerad och specialiserad vård och behandling tagit över. Antalet medarbetare inom varje subspecialistområde är dock färre jämfört med den specialiserade vården för vuxna. Detta medför att tillgången till kompetens är skörare än på vuxensidan. Tillgången i den nära vården räcker inte till fast bemanning på till exempel varje hälsocentral. Utredningen menar att den specialiserade vården måste ta ökat ansvar för barnkompetensen i hela systemet.

5.11 Utmaningar i barn – och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatrin

Det kan konstateras att barn och unga i Sverige generellt har en mycket god hälsa och att de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården på många sätt har varit och är en bidragande orsak till att hälsan hos barn och unga är så god.[53] Det pågår ett arbete med att utveckla vården för barn och unga i regioner, kommuner och hos skolhuvudmän. Det finns flera goda exempel och initiativ på insatser som syftar till att få till stånd en mer sammanhållen vård och samordnade vårdinsatser för barn och unga. Med det sagt finns det fortsatt ett antal problem och hinder för att barn och unga ska kunna få hälsofrämjande och förebyggande insatser på lika villkor i landet oavsett huvudman eller vårdverksamhet.[54] Nedan följer en fördjupad beskrivning av de svårigheter och hinder som finns för verksamheterna inom barn- och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) för att åstadkomma en mer sammanhållen vård.

5.11.1 Tillgång till och kvalitet i mödrahälsovården

De flesta tar del av mödrahälsovårdens verksamhet

De flesta kvinnor och blivande föräldrar tar del av mödrahälsovårdens verksamhet. Den höga täckningsgraden beror sannolikt på den relativt långa svenska traditionen med starkt decentraliserad, lätt tillgänglig, kostnadsfri och sjuksköterskebaserad mödrahälsovård och barnhälsovård som har etablerat en hög grad av förtroende i befolkningen. Det finns dock studier som visar att föräldrastöd i form av gruppverksamhet inom mödrahälsovården och framför allt barnhälsovården, inte i lika stor utsträckning lyckas få med lågutbildade, utlandsfödda och ensamstående vårdnadshavare. Kommissionen för jämlik hälsa föreslog därför i sitt betänkande att regeringen bör utveckla den nationella strategin för föräldrastöd med särskild inriktning mot riskgrupper och familjer med behov av fördjupade in-

[53] Karlsson M. och Nilsson T. (2018): *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster*.
[54] Wallby, T. (2012) *Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC*.

satser.[55] Vidare visar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljning av graviditetsvårdkedjan att det finns skillnader i vilken vård kvinnor får och vårdens resultat. Till exempel finns stora skillnader mellan regionerna i andelen allvarliga bristningar, deltagande i föräldrastöd, andelen kvinnor som går på eftervårdsbesök och andelen kvinnor som får extrastöd på grund av förlossningsrädsla. Utöver regionala skillnader nämns skillnader mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda utanför Europa. Detta gäller både den vård som kvinnorna får, till exempel i form av extrastöd på grund av förlossningsrädsla, behandling för psykisk ohälsa under graviditeten och deltagande i eftervårdsbesök men även vårdens resultat. Det finns också skillnader mellan kvinnor med olika utbildningsnivå, till exempel i extrastöd på grund av förlossningsrädsla och deltagande i eftervårdsbesök. [56]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har också funnit att det finns omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan, till exempel i AUDIT-screening, andelen som tillfrågats om våldsutsatthet och andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök. Svenskfödda kvinnor och kvinnor med hög utbildning kommer på eftervårdsbesöket i högre utsträckning än lågutbildade kvinnor och kvinnor födda utanför Sverige. Ingenting talar för att utrikes födda kvinnor eller kvinnor med lägre utbildning skulle ha ett mindre behov av eftervårdsbesöket. Mer sannolikt är att vården i nuläget inte fullt ut kompenserar för olika gruppers förutsättningar.[57]

Förutsättningar för att bedriva mödrahälsovård varierar

I mödrahälsovården finns uppbyggda system för omhändertagande under graviditet, för blivande föräldraskap och uppföljande kontakt efter barnets födelse. Förutsättningarna för att bedriva mödrahälsovård varierar dock mellan regionerna.[58] Det finns också brister i mödrahälsovården när det gäller till exempel kontinuitet i vårdkedjan, och att i tid upptäcka psykisk ohälsa och amningsproblem. Det är otydligt för kvinnor vart de ska vända sig efter förlossning om de

[55] SOU 2017:47 *Nästa steg mot en jämlik hälsa.*
[56] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:11.
[57] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Olik eller jämlik – En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan* Rapport 2019:4.
[58] Socialstyrelsen (2019): *Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa.*

upplever problem. De flesta brister i vården är strukturella, och det behövs organisatoriska förändringar i regionerna för att uppnå en mer patientcentrerad, tillgänglig, säker och jämlik mödrahälsovård i hela landet.[59]

De riktlinjer och underlag som finns att tillgå för mödrahälsovården tolkas olika utifrån verksamheternas olika organisationsform och lokala förutsättningar. Detta bidrar till en ojämlik mödrahälsovård i landet. På nationell nivå har riksgruppen för mödrahälsovårdsläkare och samordningsbarnmorskor i Sverige med stöd av svensk förening för obstetrik och gynekologi och Svenska barnmorskeförbundet tagit initiativ till att en rikshandbok för mödrahälsovård i likhet med den som finns för barnhälsovården ska utvecklas med syfte att skapa en mer jämlik och rättvis mödrahälsovård.

Det pågår ett arbete på Socialstyrelsen med att ta fram ett kunskapsstöd, för hela vårdkedjan från graviditet till förlossning och eftervård. Särskilt behövs bättre stöd efter förlossningen till dem som fött barn. Det behövs både generella insatser för en bättre graviditets- och förlossningsvård, och riktade insatser till utsatta grupper, till exempel personer med bristande svenskkunskaper, psykisk ohälsa eller fetma. Alla oavsett socioekonomi eller bostadsort behöver få tillgång till råd och stöd. Som exempel kan nämnas att övervikt och fetma har blivit vanligare hos gravida i Sverige. Omkring en fjärdedel hade övervikt 2015, och drygt en tiondel hade fetma. På grund av riskerna kopplat till övervikt och fetma behövs metoder för att ge olika typer av stöd för livsstilsförändringar som fungerar både före, under och efter graviditeten. Riktade insatser borde vara motiverade för att förebygga övervikt och fetma också hos det växande barnet.[60]

På nationell nivå har regeringen tagit initiativ till en satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa. Satsningen fokuserar främst på kvinnans hälsa, med det ingår också insatser för att utveckla neonatalvården och vårdkedjan för tidigt födda och sjuka nyfödda barn, från förlossningen till och med barnhälsovården. Insatser för att förbättra kvinnas hälsa, inte minst den psykiska hälsan, har också inverkan på barnets hälsa under det mycket tidiga livet. I regeringens satsning ingår överenskommelser med Sveriges Kommuner och

[59] Socialstyrelsen (2017): *Vård efter förlossning*.
[60] Socialstyrelsen (2019): *Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa.*

Regioner för att stärka vården och uppdrag till olika myndigheter att följa upp och utvärdera vården samt att bistå med kunskapsstöd.

5.11.2 Tillgång till och kvalitet i barnhälsovården

Tillgången till barnhälsovården beror på flera aspekter

Tillgängligheten i barnhälsovården kan beskrivas med utgångspunkt från ett antal aspekter som belyser hur barnhälsovården bevakar att nyinflyttade familjer listar sig på en barnavårdscentral, möjligheten för familjer att få kontakt med mottagningen, och i vilken mån de kommer till barnhälsovårdens besök och hur barn och vårdnadshavare görs delaktig i besöket.

Socialstyrelsen har under 2020 genomfört en nationell kartläggning av barnhälsovården.[61] Kartläggningen visar bland annat att 16 av 21 regioner har system för att bevaka nya listningar. Det innebär att familjer och barn som inte gjort ett aktivt val av barnavårdscentral listas på en av regionen vald mottagning. I andra regioner ansvarar barnavårdscentralen enbart för de barn och familjer som har gjort ett aktivt val att lista sig på en mottagning. I dessa regioner finns en risk för att barn till vårdnadshavare som inte gjort ett aktivt val kan missas.

En annan aspekt av tillgänglighet gäller möjligheten att få kontakt med barnavårdscentralen. Socialstyrelsens kartläggning visar att 8 av 21 regioner ställer krav på att barnavårdscentralen ska vara tillgänglig på telefon och 11 regioner att barnavårdscentralen ska finnas tillgänglig via en e-tjänst. Barnavårdscentralernas arbete med att säkerställa kontakt med familjer varierar. Det vanligaste sättet att säkerställa kontakt är via familjernas och barnens listning på mottagningarna. Några barnavårdscentraler tar även kontakt med olistade barn och familjer. Det förekommer att barnavårdscentraler inte gör något särskilt för att säkerställa kontakt med familjer och barn. Flera barnavårdscentraler upplever också att det är svårt att säkerställa att mottagningen har kontakt med alla barn och deras familjer.[62]

Tillgängligheten kan vidare beskrivas utifrån antalet barn och familjer som kommer till besöken på barnavårdscentralen. De allra

[61] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*
[62] Ibid.

flesta kommer till besöken. Data från regionerna indikerar dock att 1–6 procent inte deltar i fyraårsbesöket. Det kan bero på försenade besök eller uteblivet besök eller problem med journalföring. Barnavårdscentralerna arbetar i varierande grad med uppsökande verksamhet när familjer och barn inte kommer till besöken. Det kan handla om rutiner för upprepade kallelser eller oanmälda hembesök eller vid behov en orosanmälan till socialtjänsten.[63]

Dessutom är delaktighet en viktig aspekt av tillgänglighet. Socialstyrelsens kartläggning visar att barnavårdscentralerna i första hand främjar delaktighet genom information om barnhälsovårdens verksamhet till familjer och barn. Nära hälften av barnavårdscentralerna främjar också barnets delaktighet genom att barnet får vara i centrum under besöket och att personalen kommunicerar direkt med barnet. Även vårdnadshavare görs delaktig genom möjligheten att ställa frågor och berätta vad de vill med besöket. Dessutom säkerställs delaktighet genom att tolk används vid samtliga besökstillfällen med vårdnadshavare som inte talar svenska.[64]

Barnhälsovården har högt förtroende hos familjer

Inom barnhälsovården finns uppbyggda system för omhändertagande av vårdnadshavare och barn. Barnhälsovården har också en hög täckningsgrad i Sverige och ett högt förtroende i befolkningen. Det är sannolikt resultatet av den relativt långa svenska traditionen med starkt decentraliserad, lätt tillgänglig, kostnadsfri och sjuksköterskebaserad barnhälsovård. Förutsättningarna för att bedriva barnhälsovård varierar dock mellan regionerna.

Socialstyrelsens kartläggning av barnhälsovårdens verksamhet visar att barnhälsovården i huvudsak erbjuder insatser i enlighet med barnhälsovårdsprogrammet, men att det finns utrymme för förbättringar inom vissa områden. Barnavårdscentralerna genomför i mycket hög grad insatser för hälsouppföljning av barns hälsa, utveckling och livsvillkor och vid behov ger cirka 70 procent riktade insatser av annan vårdnivå för språkutveckling, syn, hörsel och beteende. Alla barnavårdscentraler ger vaccinationer i enlighet med det nationella vaccinationsprogrammet. Barnavårdscentralerna erbjuder också ett varie-

[63] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*
[64] Ibid.

rat utbud av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det handlar främst om insatser för att främja barnsäkerhet, hälsosamma levnadsvanor, god tandhälsa, rörelse och fysisk aktivitet, sömn, och amning. Det handlar också om insatser till vårdnadshavare när det gäller alkoholvanor och rökning. Cirka 92–96 procent av barnavårdscentralerna anger att de erbjuder sådana insatser på universell nivå och 75–80 procent anger att de ger riktade insatser vid behov. Barnavårdscentralerna uppger också att de tillhandahåller universella och riktade insatser mot våld i nära relationer och insatser mot vårdnadshavares droganvändning. Några barnavårdscentraler uppger att det krävs mer riktade insatser när det gäller barns levnadsvanor i socioekonomiskt utsatta områden. Det finns material på andra språk och lättläst svenska.

Föräldrastöd och insatser för att stärka vårdnadshavarna i deras föräldraskap sker kontinuerligt. Många barnavårdscentraler erbjuder samtal för att stärka vårdnadshavare både i grupp och individuellt. Barnavårdscentralerna anger också att de främjar anknytning och samspel mellan barn och förälder, och olika insatser för att främja barns rättigheter. Barnavårdscentralerna erbjuder också i hög grad universella insatser för att främja vårdnadshavares psykiska hälsa (92 procent).[65]

Genomförande av det nationella barnhälsovårdsprogrammet behöver förbättras

Uppföljningar visar att regionerna har kommit olika långt i implementeringen av barnhälsovårdsprogrammet.[66] Delar av den barnhälsovård som erbjuds i regionerna är universella och likvärdiga, men det förekommer även skillnader i omfattning, metoder och uppföljning av interventioner. Barnhälsovårdens sjuksköterskor och barnhälsovårdssamordnare betonar betydelsen av ett nationellt barnhälsovårdsprogram och gemensamma riktlinjer för att nå en jämlik barnhälsovård. Det finns dock utmaningar med att implementera de nationella styrdokumenten i regionerna.[67] Särskilda utmaningar gäller barnhälsovårdens möjligheter att tillhandahålla av fördjupade

[65] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*
[66] SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*
[67] Tell, J. (2019): *Implementation and use of web-based national guidelines in child healthcare.*

och riktade insatser till familjer och barn med stora behov av stöd. Studier visar att grupper som behöver särskilt stöd inte har mer kontakt med barnhälsovården i förhållande till andra familjer. Det gäller till exempel invandrarfamiljer, familjer med låga inkomster, unga och ensamstående mödrar. Mödrar med utländsk bakgrund, framförallt de med utlandsfödd partner, mödrar med låga inkomster samt unga och ensamstående mödrar deltar också i lägre utsträckning i föräldragrupp. Detta förhållande antyder brister i fördelningen av barnhälsovård till nackdel för de grupper som på olika grunder kan anses ha ett större behov och en ur jämlikhetsperspektiv. Dessutom visar svenska studier att barnavårdscentralernas sjuksköterskor upplever svårigheter i kontakten med vårdnadshavare med utländskt ursprung och att de saknar stöd i denna uppgift. Utlandsfödda vårdnadshavare kan känna sig utlämnade och ängsliga inför risken att bli missförstådda och betraktade som dåliga föräldrar till följd av att de inte talar samma språk som vårdpersonalen.[68]

En studie av familjehemsplacerade barn från 2017 visar att det också finns brister i barnhälsovården rörande dessa barn och deras familjer. Enligt studien deltog barn i familjehem i lägre utsträckning vid nyckelbesök till sjuksköterska eller läkare och var även vaccinerade i lägre grad än andra barn. De uteblev oftare från hälsobesöken och bytte även barnavårdscentral oftare än andra familjer och barn. Barn i samhällsvård hade högre hälsorisker och lägre deltagande i barnhälsovården än andra barn. Personalens journaldokumentation rörande dessa barn var omfattande, med probleminriktat innehåll som dominerades av föräldrarnas ohälsa och sociala problem medan barnets egna erfarenheter, liksom sociala strukturer, saknades. Få anmälningar gjordes till socialtjänsten.[69]

[68] Wallby, T. (2012): *Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC*.
[69] Köhler, M. (2017): *Vulnerable children. A social perspective on health and healthcare*.

5.11.3 Tillgång till och kvalitet i elevhälsan

Tillgången till elevhälsans medicinska insatser varierar

Tillgången till elevhälsa och dess medicinska insatser är inte likvärdig. Uppföljningar visar på stora variationer både inom och mellan skolhuvudmän och olika skolor. Många gånger är dessutom tillgången till elevhälsan otillräcklig i förhållande till elevernas behov av stöd.[70] Det är skolhuvudmannens och rektorns ansvar att besluta om tillgången till elevhälsans kompetenser med utgångspunkt från elevernas behov och förutsättningar. I praktiken innebär detta både tillgången till de aktuella yrkesgrupperna och i vilken omfattning de är på plats i skolan varierar.[71] Skolinspektionen konstaterar att var tredje skola har svårigheter med att tillhandahålla samtliga kompetenser i elevhälsan.[72] Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) har vid flera tillfällen påpekat att förekomsten av skolsköterskor, skolläkare och skolpsykologer i Sverige är oroväckande låg. OECD bedömer att det kan påverka förutsättningarna för skolan att bedriva hälsofrämjande och förebyggande insatser på universell nivå.[73]

Sveriges Kommuner och Regioners uppföljningar av de kommunala skolorna visar att tillgången till elevhälsopersonalen för elever och lärare är särskilt problematisk på mindre skolor och i kommuner med stora geografiska avstånd mellan skolorna. På en del små skolor finns elevhälsans yrkesgrupper fysiskt på plats endast vissa dagar i veckan och ibland ännu mer sällan.[74] Sambandet mellan omfattning av elevhälsans yrkeskategorier och elevernas behov av insatser är inte alltid tydligt. När det gäller yrkeskategorier inom elevhälsans medicinska insatser har skolsköterskor dock vanligen schemalagd arbetstid inom skolan och det finns oftare arbets- eller mottagningsrum

[70] SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet*, SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*, och SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning.*
[71] SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi ör kunskap och likvärdighet*, och SKR (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*
[72] Skolinspektionen (2018): *Årsrapport 2017 Skillnader i skolors arbetssätt och huvudmännens ansvarstagande*.
[73] SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*, SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi ör kunskap och likvärdighet*, och SKR (2018) *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*
[74] SKR (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*

för skolsköterskans verksamhet i skolans lokaler. Den yrkeskategori som har minst schemalagd tid är skolpsykologen och det är inte ovanligt att skolpsykologer endast anlitas vid behov.[75]

Skolinspektionen har i sin tillsyn kritiserat skolor som har köpt in elevhälsans kompetenser vid behov eftersom skolorna då inte har kunnat leva upp till skollagens intentioner att elevhälsans verksamhet ska vara hälsofrämjande och förebyggande. Skolinspektionen konstaterar att den närhet till eleverna och den förankring och långsiktighet som behövs för ett väl utvecklat hälsofrämjande och förebyggande arbete som tar sin utgångspunkt i elevernas behov saknas när elevhälsans kompetenser köps in vid behov.[76] I SKR:s uppföljningar framkommer att rektorer för de kommunala skolorna upplever liknande svårigheter med att fullfölja elevhälsans uppdrag i skolan när elevhälsan är centralt organiserad i kommunen. Det kan då också uppstå otydlighet i ansvarsfördelningen mellan rektorer och den centrala elevhälsochefen. Det ska dock framhållas att skolhuvudmännen även ser stora fördelar med en centralt organiserad elevhälsa, till exempel skapar det bättre förutsättningar för en mer likvärdig elevhälsa i kommunen när det gäller att fördela resurser utifrån behov. Det ökar också möjligheterna till kollegial handledning och tvärprofessionella samtal, riktade insatser, mindre utredningar, handledning, konsultation och gemensamma utbildningsinsatser. Andra skolhuvudmän framhåller styrkan i en kombination av ett centralt övergripande team och ett elevhälsoteam ute på skolorna.[77]

Kvaliteten på elevhälsans verksamhet varierar

Kvaliteten på elevhälsans verksamhet varierar mellan skolhuvudmän och skolor. Enligt SKR uppger cirka en tredjedel av kommunerna att det finns relativt stora kvalitetsskillnader mellan grundskolorna i kommunen. Utmaningarna i elevhälsan handlar i första hand om den ökande psykiska ohälsan hos eleverna, möjligheten att tillhandahålla goda lärandemiljöer som stödjer elevernas utveckling mot målen och utvecklingen av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på skolan. Dessutom har det blivit vanligare med utmaningar som rör

[75] Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*. Kvalitetsgranskning Rapport 2015:05.
[76] Ibid.
[77] SKR (2018) *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*

rektors ledarskap över elevhälsan och möjligheten att rekrytera elevhälsopersonal. Flera kommuner uppger att elevhälsoarbetet varierar mellan skolorna i kommunerna till exempel när gäller rektors engagemang och ledarskap över elevhälsoarbetet och samarbetskulturen dels inom elevhälsoteamet dels med lärarna. Det framgår att rektorerna ibland har dåliga förutsättningar för att hinna med att leda elevhälsoarbetet. Möjligheterna till kompetensutveckling för elevhälsans yrkesgrupper skiljer sig också till viss del mellan skolor i kommunerna.[78] I utredningens dialoger har det också framkommit att elevhälsans kvalitet och verksamhet kan vara personberoende. Det innebär att kvaliteten på verksamheten och hur elevhälsans verksamhet prioriteras kan förändras när personal slutar eller rektorer byts ut.

Det förekommer också brister i det systematiska elevhälsoarbetet. Skolinspektionens granskningar visar att elevhälsoarbetet inte alltid styrs med utgångspunkt från en tydlig strategi eller ingår i ett systematiskt utvecklingsarbete. Det saknas i vissa fall elevhälsoplaner eller annan dokumentation över elevhälsans verksamhet. Dessutom saknas nyckel- och processtal som kan ligga till grund för uppföljning av verksamhetens kvalitet. Skolor samlar vanligen in information om elevernas hälsotillstånd genom enkäter och hälsosamtal men informationen ligger inte alltid till grund för planeringen av hälsofrämjande insatser på generell eller individuell nivå.[79]

Skolinspektionen lyfter fram att det är viktigt att följa upp de hälsofrämjande och förebyggande insatserna i skolan och utvärdera insatsernas effekter för elevernas hälsa och välmående. Eftersom elevernas utbildning även omfattar deras personliga utveckling, hälsa och välmående behöver elevernas hälsa, på samma sätt som deras kunskapsresultat, få påverka skolans utvecklingsarbete. Skolinspektionen påpekar att det finns risk för att skolan inte uppmärksammar elever med eventuell tendens till att utveckla psykisk ohälsa i de fall där kunskapsresultaten är goda om skolan bara följer skolresultat och inte inkluderar hälsa. Om skolan och elevhälsan däremot har en systematiskt utformad plan för sina hälsofrämjande och förebyggande insatser, som omfattas av ett psykologiskt perspektiv, finns

[78] SKR (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*
[79] Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, kvalitetsgranskning rapport 2015:5.

större förutsättningar att i tid få syn på, och kunna initiera insatser till elever med eventuell psykisk ohälsa, oavsett kunskapsresultat.[80]

Eleverna har olika kunskap om elevhälsans uppdrag

Skolinspektionens uppföljningar visar att elevernas kännedom om elevhälsans verksamhet och funktion varierar. Eleverna vet inte alltid vad elevhälsan kan hjälpa dem med, eller om de själva kan söka upp elevhälsans olika personalgrupper för att få stöd. Det förekommer också att eleverna inte träffar eller söker upp elevhälsans personal trots att de har olika svårigheter. Elever uppger att det finns vuxna i skolan som de kan prata med men det kan lika gärna vara en lärare som någon av elevhälsans personalkategorier. Det förekommer att elever som talat med elevhälsan inte känner förtroende för att elevhälsans personal lever upp till sekretessbestämmelser och tystnadsplikten och det uppges också som ett skäl för att inte söka sig till elevhälsans personal.[81] Skolinspektionens uppföljningar understryks av de barn och unga som utredningen fört dialog med. Även i dessa dialoger framkommer att barn och unga inte alltid har förtroende för vuxna i skola eller att de kan lita på att elevhälsans personal följer bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

Enligt Skolinspektionens skolenkät anser eleverna att tillgången till elevhälsans medicinska insatser är relativt god, det gäller särskilt tillgången till skolsköterskan. 35 procent uppger också att de har tillgång till skolläkare. I årskurs 9 instämmer cirka 65–75 procent av eleverna i påståendet att de kan gå och prata med skolsköterskan om vad de vill och utan att det har hänt något allvarligt. Ungefär hälften av eleverna uppger också att de har uppsökt skolsköterskan vid något tillfälle.[82]

Det hälsofrämjande arbetet i elevhälsan kan förbättras

Enligt skollagen ska elevhälsan främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Utgångspunkten för ett sådant arbetssätt är att det finns ett etablerat samband mellan hälsa och lärande. God hälsa leder

[80] Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, kvalitetsgranskning rapport 2015:5.
[81] Ibid.
[82] Skolinspektionen (2020): *Skolenkäten*.

till ökat välbefinnande, och därmed även till bättre förutsättningar för lärande hos den enskilda eleven. Omvänt ökar ett lågt självförtroende eller psykisk eller fysisk ohälsa risken för att barn och unga inte når målen för utbildningen.[83]

Skolor genomför vanligen olika förebyggande respektive hälsofrämjande insatser men omfattningen och inriktningen på dessa insatser är inte alltid tillräcklig i förhållande till elevernas behov. Skolinspektionens och Inspektionen för vård och omsorgs granskningar visar att det sällan är elevhälsans personal som initierar eller bedriver det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i skolan. Denna verksamhet genomförs i stället i huvudsak av lärare och handlar ofta om skolövergripande aktiviteter såsom arbete för trygghet och mot mobbning och kränkande behandling eller arbetet kring jämställdhet, demokrati och hälsa och livsstil med utgångspunkt från kursplanerna. Kuratorer, skolsköterskor och specialpedagoger ingår i högre grad i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet än skolpsykologer och skolläkare. Skolläkare och skolpsykologer uppger att de har en konsultativ roll och att det därför inte alltid finns förutsättningar för att arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Skolsköterskor behöver prioritera hälsobesöken, kontroller och vaccinationer framför det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i bred bemärkelse.[84] Hälsobesöken är visserligen en viktig del i det hälsofrämjande arbetet som ska ta sikte på enskilda elevers hälsa och att främja sunda levnadsvanor. Det finns dock ingen nationell uppföljning av verksamheten med hälsobesöken i skolan som visar om besöken bidrar till att utveckla barns och ungas hälsa och i vilken grad insatser initieras för att stärka enskilda barns hälsa med utgångspunkt från den information som samlas in vid hälsobesöket. SKR:s uppföljningar skolorna efterfrågar stöd och vägledning när det gäller hälsofrämjande och förebyggande arbetet i skolan.[85]

Vårdgivaransvaret för elevhälsan brister

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under många år sett att det finns kunskapsbrister hos skolhuvudmännen och rektorerna när det gäller de krav som hälso- och sjukvårdslagstiftningen ställer

[83] Skolverket (2019): *Hälsa för lärande – Lärande för hälsa.*
[84] IVO (2015): *Tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.
[85] SKL (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*

på vårdgivare.[86] I tillsynen har det till exempel framkommit att skolhuvudmännen inte alltid har ett kvalitets- och ledningssystem som är anpassat för elevhälsans medicinska insatser. Elevhälsans personal arbetar inte heller alltid i enlighet med rutiner och processer som är fastställda av huvudmannen. Ett otillräckligt kvalitets- och ledningssystem kan, enligt IVO, i kombination med oerfaren personal bli kännbart och en reell patientsäkerhetsrisk för eleverna. Konsekvenserna kan till exempel bli bristfälliga hälsobesök och felaktiga vaccinationer.

Det förekommer att skolhuvudmännen inte har utsett en verksamhetschef som har det samlade ledningsansvaret för de medicinska insatserna eller att ansvarig person inte har den medicinska utbildning som krävs för de medicinska uppgifterna.[87] IVO konstaterar att skolhuvudmännen i vissa fall köper in konsulttjänster för att driva elevhälsan. Det kan vara positivt för eleverna eftersom en sådan lösning kan vara ett sätt att överbrygga kompetensbrister i organisationen, men detta förutsätter att huvudmännen har tillräcklig kompetens för att kvalitetssäkra den tjänst de köper in, så att de vet vilka krav de ska ställa på den externa vårdgivaren.

Det förekommer också brister i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Det gäller till exempel brister i dokumentationen, både av den organisatoriska ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbetet och rutiner för att utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vidare förekommer brister i avvikelserapporteringen, egenkontrollen och i upprättandet av en patientsäkerhetsberättelse. IVO anser att sådana brister medför svårigheter för vårdgivaren att uppfylla utredningsskyldigheten, vidta åtgärder och att förbättra verksamhetens patientsäkerhet. Lärande och förändring riskerar därmed att utebli.[88]

IVO:s tillsyn visar också att dokumentationen inom elevhälsan inte alltid är enhetlig. Anteckningar som görs av läkare, skolsköterska skiljs från anteckningar som psykolog gör. Dokumentationen är avgörande för uppföljning och utvärdering av insatser riktade till

[86] IVO (2016*): Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del.*
[87] IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län* och IVO (2016*): Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del och* SKR (2019): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan* (s. 27–28).
[88] IVO (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del* (s. 10.)

enskilda elever.[89] Det förekommer också brister när det gäller skolhuvudmännens kännedom om Socialstyrelsens föreskrifter för ledning och kvalitetssystem, remisshantering med mera.

Brister när det gäller vårdgivaransvaret förekommer både hos stora och små skolhuvudmän, men IVO bedömer att huvudmannens storlek kan ha betydelse och att vårdgivarkompetensen är mer sårbar hos mindre kommunala och enskilda skolhuvudmän. IVO pekar också på att vårdgivaransvaret och de skyldigheter som följer med vårdgivaransvaret inte framgår tillräckligt tydligt vid ansökningsprocessen om att driva en fristående skola. Enligt IVO är det möjligt för en enskild aktör att starta en skolverksamhet utan att fullt ut förstå sina skyldigheter som vårdgivare.[90] Svårigheter med att leva upp till de krav som ställs på skolhuvudmannen som vårdgivare understryks av företrädare för skolan inom ramen för utredningens dialoguppdrag, detta gäller främst företrädare för små skolhuvudmän.

5.11.4 Tillgång till och kvalitet i ungdomsmottagningar

Tillgången till ungdomsmottagningarnas verksamhet varierar

Enligt SKR är det svårt att bedöma tillgängligheten till ungdomsmottagningarnas verksamhet. Det saknas beräkningar i regioner och kommuner om hur många unga per tjänst som medför en god tillgänglighet. Det finns inte heller någon nationell mätning av väntetider till ungdomsmottagningarna. Dessutom varierar öppettiderna kraftigt. I SKR:s kartläggning från 2016 framkom att drygt en tredjedel av mottagningarna hade öppet fem dagar i veckan medan knappt 20 procent hade öppet en dag i veckan eller mindre.[91]

Även kunskapen om vilka ungdomar som söker sig till ungdomsmottagningarna är begränsad. Bristen på kunskap gör det svårt att bedöma om ungdomsmottagarna når ut till relevanta grupper med sin verksamhet. Det är dock relativt välbelagt att tonårspojkar och unga män inte besöker ungdomsmottagningarna i lika hög grad som tonårsflickor och unga kvinnor. År 2013 genomförde Föreningen

[89] IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län* (s. 11).
[90] IVO (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del*.
[91] SKL (2016): P*sykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar* (s 50–53).

för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) en undersökning av antalet besök vid 33 ungdomsmottagningar som visade att 89 procent av besöken gällde unga kvinnor och 11 procent unga män. Det är inte klarlagt varför unga män inte söker sig till ungdomsmottagningarna, men enligt SKR skulle det kunna handla om att de unga männen inte söker hjälp i samma utsträckning vid psykisk ohälsa, att ungdomsmottagningarna inte är en naturlig verksamhet att vända sig till för unga män och att de unga männen inte har tillräcklig information om vad mottagningarna kan hjälpa till med.[92] Stöd och rådgivning behöver därför även utformas utifrån mäns behov och villkor, utifrån mäns rätt till reproduktiv hälsa, vägen till barn, preventivmedelsanvändning och sexuellt överförbara infektioner samt generell sexuell hälsa.[93] Signifikant fler kvinnor (25 procent) än män (15 procent) har testat sig för HIV på ungdomsmottagningar.[94]

En annan grupp som i lägre utsträckning kommer till ungdomsmottagningarna är unga som lever i social utsatthet. Många ungdomsmottagningar samarbetar med socialtjänsten för att öka tillgängligheten för denna grupp. Det saknas också en överblick över hur tillgängliga ungdomsmottagningarna är för unga hbtq-personer, unga med funktionsnedsättning, unga med en kulturell bakgrund där frågor om sex och preventivmedel är tabu, unga nyanlända och asylsökande.[95]

Rättigheter kring den sexuella och reproduktiva hälsan når inte alla grupper. Ett exempel på det är att hos kvinnor som omfattas av kostnadsfria läkemedel (15–20 år), syns under de senaste åren en ökning för varje år av andelen kvinnor som hämtar ut preventivmedel. Det gäller för alla grupper utom för dem som bor i de områden där i genomsnitt 61 procent har utländsk bakgrund. Unga kvinnor med utländsk bakgrund hämtar ut minst preventivmedel av alla och andelen har inte ökat sedan preventivmedlen blev gratis. Parallellt med detta faktum har tonårsfödslarna i landet minskat sedan 2010 generellt, men det är fortfarande fler unga kvinnor i områden där många har utländsk bakgrund som fött barn. Även antalet

[92] SKL (2016): P*sykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar (*s. 50–53).
[93] Folkhälsomyndigheten (2017): *SRHR i Sverige.*
[94] Folkhälsomyndigheten (2017): *Hiv i Sverige 2016*.
[95] SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar* (s. 55–58).

aborter är ojämnt fördelat mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden.[96]

Folkhälsomyndigheten menar att skolan, elevhälsan, ungdomsmottagningarna med flera i större utsträckning måste ha ett normkritiskt och intersektoriellt perspektiv på arbetet. Alla unga behöver information, kunskap och vägledande samtal oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.[97]

För de ungdomar som inte besökte ungdomsmottagningarna varierade hindren. Det framkommer i SKR:s kartläggning från 2020. Strukturella förutsättningar som åldersgränser, geografiskt avstånd, bristande förtroende och legitimitet hos vissa grupper av ungdomar samt normer och tabun begränsade sökbenägenheten. För att kunna nå de ungdomar som är i behov av mottagningarnas stöd behövs ett strategiskt arbete som utgår från den lokala kontexten.[98]

Flera ungdomsmottagningar har identifierat prioriterade målgrupper som de strävar efter att nå via sitt utåtriktade arbete. De har sedan kopplat riktade insatser till varje målgrupp. Ett strategiskt utåtriktat arbete kan vara ett viktigt sätt att nå ut bredare och visa en positiv bild av verksamheten för de unga som inte känner att ungdomsmottagningarna riktar sig till dem.[99]

Kvaliteten på ungdomsmottagningarna kan förbättras

På ungdomsmottagningarna saknas, enligt SKR, överlag systematik i kvalitetsarbetet och det genomförs få uppföljningar och utvärderingar av verksamheternas arbete. Arbetet bedrivs delvis utan vetenskaplig förankring och beprövad erfarenhet. Kvalitetsarbetet begränsas också av en varierande tillgång till kunskapscentrum och stödmaterial. Genom att ta fram kunskap kring effekter av olika arbetssätt och insatser och förbättra möjligheten att dela kunskap mellan mottagningar finns en stor potential att kunna göra verk-

[96] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa.*
[97] Folkhälsomyndigheten (2017): *SRHR i Sverige*.
[98] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[99] Ibid.

samheterna mer ändamålsenliga. Tillgången till kunskapsstöd behöver öka liksom kunskapsutbytet mellan ungdomsmottagningar.[100]

Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ser behov av gemensamma kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet och menar att regionerna bör överväga att ta fram kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet, inom ramen för den nationella strukturen för kunskapsstyrning och tillsammans med kommunerna.[101]

Ungdomarnas upplevelse av ungdomsmottagningarna är god

Det finns få utvärderingar av ungdomsmottagningarnas verksamhet, utifrån besökarnas perspektiv, men en utvärdering som har genomförts visar att verksamheten är mycket uppskattad av sina besökare. Av dem som besöker ungdomsmottagningen är de allra flesta nöjda med tillgänglighet och bemötande. Det framkommer att ungdomarna som besöker ungdomsmottagning tycker att det är lätt att få en besökstid och att de kan ta upp de frågor de vill och få hjälp med dem.[102] Detta bekräftas också av unga i utredningens dialoger. Samtidigt nås inte alla målgrupper av ungdomsmottagningarnas verksamhet, som tidigare nämnts.

Ungdomsmottagningarnas uppdrag varierar

Viktiga delar av ungdomsmottagningarnas verksamhet är insatser och stöd för ökad kunskap om sexualitet och stärkt egenmakt. I dag arbetar många av verksamheterna utifrån otydliga uppdragsbeskrivningar från respektive huvudman. Det blir därmed otydligt för verksamhetsnivån hur stort utrymme arbetet med sexualitet och egenmakt bör ges och på vilket sätt det ska bedrivas. SKR:s kartläggning av ungdomsmottagningar visar att en del huvudmän prioriterar tydligt mellan inriktningar och insatser, men det förekommer även att enskilda mottagningar förväntas göra prioriteringar. Vissa mottagningar prioriterar i större utsträckning strategier för att nå ut brett, vilket resulterat i att ungdomar i Sverige inte har samma tillgång till

[100] SKR (2020*): Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.
[101] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa.*
[102] FSUM (2013): *Ni är grymma, keep up the good work*.

ungdomsmottagningarnas stöd. De lokala uppdragsbeskrivningarna från huvudmännen skiljer sig avsevärt över landet. Några fokuserar på information om bemanning, målgrupp och dokumentation. Medan andra är betydligt mer utförliga och beskriver specifikt hur mottagningen ska arbeta för att öka tillgänglighet, syfte med det utåtriktade arbetet, hur uppföljning ska genomföras och hur samverkan med andra aktörer kan gå till.[103]

För många ungdomsmottagningar är rollen gentemot skolans sex- och samlevnadsundervisning otydlig när det kommer till frågor kring sexualitet och egenmakt.[104]

Enligt kartläggningen finns en oro för att det utökade ansvaret inom psykisk hälsa skulle kunna leda till en nedprioritering av arbetet med sexuell hälsa. Dock lyftes detta av mottagningar som inte hade ett tydligt första linjen-uppdrag. De ungdomsmottagningar med ett formellt första linjen-uppdrag lyfte snarare fördelarna med kombinationen av uppdrag som möjliggörare för ett mer integrerat förhållningssätt. Förtydligade mål och uppdragsbeskrivningar kan säkerställa en utveckling mot ett bredare uppdrag och skapa mer tydlighet när det gäller verksamheternas prioriteringar. Tydliga nationella målsättningar kan stärka riktningen i arbetet och säkerställa likvärdighet i landet och främja en jämlik sexuell hälsa bland ungdomar.[105]

5.11.5 Tillgång till och kvalitet i barn- och ungdomspsykiatri

Tillgången till BUP är fortsatt en utmaning

Som tidigare nämnts har det under de senaste 20 åren skett en ökning av psykisk ohälsa hos barn och unga.[106] I takt med detta har antalet sökande till BUP ökat kraftigt liksom antalet besök. 6,1 procent av Sveriges barn och unga hade BUP kontakt 2019. Antalet besök i öppenvård ökade med 33 procent mellan 2016 och 2019, antalet unika patienter med 10 procent. Samtidigt har antalet som står i kö också fortsatt att öka, i maj 2020 fick endast 65 procent av sökande hjälp inom vårdgarantin. Antalet medarbetare inom barn-

[103] SKR (2020) *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[104] Ibid.
[105] Ibid.
[106] SOU 2018:90 *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*.

och ungdomspsykiatrin (BUP) har också ökat. Sverige har flest medarbetare inom psykiatrisk vård per barn i en jämförelse med 12 europeiska länder.[107] I samma undersökning noteras att Sverige har flest barn och unga som har kontakt med BUP per invånare. Verksamhetsföreträdare och företrädare för professionen som utredningen har fört dialog med har upplevt de senaste åren som krisartade för barn- och ungdomspsykiatrin. Det har varit en stor personalomsättning, till exempel när det gäller psykologer och svårigheter med kompetensförsörjning till exempel när det gäller läkare. Det har lett till svårigheter med att fullfölja uppdraget inom vårdgarantin. Historiskt sett har barn- och ungdomspsykiatrin varit den verksamhet som i första hand har mött barn och unga med psykisk ohälsa i vården, oavsett svårighetsgrad, vilket förmodas ligga bakom att så många fortsatt vänder sig direkt till den specialiserade nivån när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga. Den ofullständigt uppbyggda kompetensen när det gäller barn och unga och psykisk ohälsa inom primärvårdsuppdraget som redovisas ovan är också en del av denna utveckling.

BUP har de senaste 20 åren varit föremål för en mängd nationella satsningar, utvecklingsprojekt men också ökade krav. I huvudsak har det rört sig om insatser för att korta köerna till verksamheten, resursförstärkning men också strategier för hur primärvården och elevhälsan bättre ska kunna möta och hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa. Syftet har varit att lämna plats för de svårast sjuka inom BUP, och att skapa förutsättningar för att ohälsa och sjukdom ska hanteras på rätt vårdnivå. Målsättningen om en förstärkt vårdgaranti som infördes 2015 har på senare år utgjort underlag för prestationsbaserad ersättning i överenskommelser mellan staten och SKR.[108]

Enligt en tidigare uppföljning av dåvarande SKL (2008) utgjorde cirka 25 procent av de barn och unga som stod i kö till BUP eller som redan befann sig inom BUP av patienter på fel vårdnivå. På senare år och efter en utbyggnad av första linje verksamheter för psykisk ohälsa antas denna procentsats ha minskat något. Vid en jämförelse i Stockholms läns landsting av de barn och unga som togs emot i första linjen och de barn och unga som fick insatser av BUP, kunde det konstateras att BUP tog emot sex procent medan första

[107] SKR (2019): *BUP i siffror, öppna jämförelser.*
[108] Socialstyrelsen (2019): *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018.*

linjen endast tog emot två procent av barn och unga med psykisk ohälsa.[109] I en behovspyramid där de flesta barn och unga får insatser av första linjen borde förhållandet vara det omvända. Uppskattningar som gjorts av experter utredningen talat med, pekar mot att cirka fem procent av barn och unga har psykiska vårdbehov som borde kunna mötas på primärvårdsnivån. Mer kartläggningar och analyser av detta behöver dock göras.

Produktiviteten inom BUP har också varit föremål för olika analyser. Öppna jämförelser inom barn- och ungdomspsykiatrin visar att det nationella medeltalet för antal patienter per medarbetare och dag inom BUP var 1,4 patienter 2019 vilket ska jämföras med ett internt framtaget måltal på fyra patienter per dag.[110] I detta ingår också administrativ personal och ledning. SKR lyfter i sina analyser fram att fokus på vårdens kvalitet och innehåll, den stora efterfrågan på tidskrävande samverkan med socialtjänst och skola, och verksamhetens teambaserade arbetssätt bidrar till de låga medeltalen. Även den stora personalomsättningen och bristen på olika professioner och erfaren personal påverkar förstås effektiviteten. Produktionstalen har många bottnar och mäter egentligen inte kvalitet som sådan. Den låga effektiviteten påverkar dock tillgängligheten och skapar köer till vården. 2020 tillsattes en delegation för ökad tillgänglighet i vården med uppdrag att bland annat se över om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti.[111] Enligt SKR har de digitala besöken inom BUP ökat kraftigt under 2020 på grund av pandemin. Erfarenheten visar att ett antal digitala besök kan ge ett likvärdigt eller högre värde för patienten jämfört med ett fysiskt besök.

Utvecklingsområden inom barn- och ungdomspsykiatrin rör dess konsultativa roll och hur specialistverksamheten tillsammans med primärvårdsnivån kan fungera triagerande för en gemensam väg in. Detta finns på plats och utvecklas i flera regioner i dag. Det finns en tydlig önskan från BUP:s verksamhetschefer i Sverige att den konsultativa och stöttande rollen utvecklas nationellt.[112]

---

[109] Dalman, C. (2018): *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga.*
[110] SKR (2019): *BUP i siffror, öppna jämförelser.*
[111] Dir 2020:81 *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*
[112] Verksamhetschefsnätverket för BUP Sverige (2020): Skrivelse daterad 2020-05-28 om regeringsdirektivet.

Samtidigt med detta pågår initiativ för att skapa resurseffektiva och ändamålsenliga vårdflöden när det gäller till exempel barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som engagerar primärvård och elevhälsa på ett tydligare sätt vid tidiga symtom, i syfte att kunna förebygga ohälsa och psykiatriska tillstånd som kräver specialistbedömning och behandling.[113] Utredningen noterar två vanliga företeelser i vårdkedjan som påverkar köerna till BUP. Det handlar dels om att skolor i ökad utsträckning kräver diagnos som en förutsättning för särskilt stöd och för att göra anpassningar i skolmiljön, dels att BUP kräver basutredning av skolpsykolog innan remisser tas emot. Detta ökar risken för medikalisering, långa väntetider, försämring av psykiska besvär och misslyckande i skolan. Utredningen anser att det i stället krävs tidiga och samordnade insatser och effektiv triagering där en stärkt primärvård och elevhälsa samarbetar i högre grad än i dag och att den specialiserade vården finns tillgänglig för konsultativa insatser.

5.11.6 Brister i samverkan mellan samtliga vårdverksamheter

Samverkan mellan berörda vårdverksamheter brister

Enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska huvudmän och vårdverksamheter samverka för att bidra till en mer samordnad och kontinuerlig vård för alla patienter inklusive barn och unga. Dessa bestämmelser gäller för samtliga vårdgivare oavsett huvudman inklusive elevhälsans medicinska insatser. Flera statliga utredningar och myndighetsrapporter visar dock att samverkan inte alltid fungerar i enlighet med lagstiftarens intentioner.[114] Det förekommer brister i samverkan och i samordningen av barns och ungas vårdinsatser i alla led mellan de olika vårdverksamheterna under barnets och den unges hela uppväxt. Särskilt bristfällig är samverkan mellan elevhälsan, primärvård och barn- och ungdomspsykiatrin. Denna bild bekräftats vid utredningens dialoger med företrädare för verksamheter, professioner och barn och unga. Otydlighet i ansvarsfördelning men även i roller och uppdrag samt behov av förbättrad kännedom om

[113] Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.*
[114] SKR (2019): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan (*s. 27–28), SOU 2010:95 *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet* och SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*.

verksamheternas uppdrag lyfts särskilt fram som orsaker till samverkansbristerna. Samlad styrning, bättre samordning av processer mellan huvudmän nämndes som utvecklingsområden av flera parter vid dialogmötena. Dessutom konstaterades från flera håll att det saknas tydliga ekonomiska incitament för att samverka, och att samverkan kräver nya arbetssätt och strukturer, med barnet eller den unga och familjen i centrum.

Samverkan inom mödrahälsovården och barnhälsovården

Inom ramen för utredningen har professionsföreningar lyft fram att det förekommer brister i samverkan och vid informationsöverföring i hela vårdkedjan från graviditet till förlossning, eftervård och överlämningar till barnhälsovården. Professionsföreningarna uppger att det ofta saknas styrdokument med gemensamma mål och strategier för kontinuitet i vårdkedjan. Kvinnan får oftast träffa flera olika barnmorskor både under och efter förlossning. Även efter förlossningen kan det saknas alternativa vårdmodeller som stödjer kontinuitet och relationen till en barnmorska eller ett team av barnmorskor, vilket gör det svårare för mödrahälsovården att identifiera kvinnor med psykisk och fysisk ohälsa. Professionsföreningarna lyfter också fram problem med informationsöverföring vid överlämning efter förlossningen. En majoritet av regionerna i Sverige har ingen aktiv överrapportering från förlossning/BB till mödrahälsovården eller barnhälsovården, utan rapporteringen sker genom journalutdrag. Informationshantering utgår inte alltid från vårdkedjor och barnmorskan lämnas i hög grad att själv navigera i olika situationer och hantera patientinformation utifrån de lokala förutsättningarna och rutinerna och det enskilda ansvaret. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bekräftar i sin tillsyn bilden av att det förekommer brister när det gäller samverkan inom förlossningsvården och att det finns utrymme för förbättringar, särskilt när gäller informationsöverföringen om avvikelser eller komplikationer under förlossningen och riskbedömning av patienten vid inskrivningen. Dessa brister kan enligt IVO i förlängningen leda till försenad eller missad diagnos och skador hos den blivande mamman och barnet.[115]

[115] IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan*.

När det gäller barnhälsovården visar Socialstyrelsens nationella kartläggning från 2020 att företrädare för barnavårdscentralerna (BVC) själva bedömer att samverkan med andra vårdverksamheter i huvudsak fungerar väl.[116] Av rapporten framgår 8 av 10 BVC anger att samverkan med mödrahälsovården fungerar bra eller mycket bra särskilt där verksamheterna är samlokaliserade till exempel i en familjecentral. Det finns dock vissa variationer mellan regionerna när det gäller synen på hur samverkan fungerar mellan mödrahälsovården och barnhälsovården. I 8 av 21 regioner upplever samtliga BVC att samverkan fungerar bra mellan mödra- och barnhälsovården. Det finns också indikationer på att mödrahälsovården i allt högre grad organiserar sig i större enheter som inte ingår i familjecentraler. Detta kan försvåra förutsättningarna för samverkan med BVC.[117]

Det fria vårdvalet med ett utökat antal aktörer har medfört utmaningar för samverkan mellan mödrahälsovården och barnhälsovården. Det ställer höga krav på verksamheternas samverkansstrukturer.

En central del i samverkan handlar om informationsöverföringen mellan verksamheterna. 8 av 10 barnavårdscentraler anger att informationsöverföringen fungerar väl, med det förekommer regionala skillnader. Bland de BVC som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården fungerar informationsöverföringen sämre. I storstadsregionerna anger 22 procent av de BCV som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården att informationsöverföringen fungerar dåligt eller mycket dåligt. Motsvarande andel är 7 procent i landsbygdskommuner och 13 procent i större och näraliggande kommuner. Brister i informationsöverföringen leder till att BVC saknar viktig information om familjen vid den första kontakten eller att den första kontakten med familjen försenas. De förekommer också brister när det gäller informationsöverföringen om familjer i behov av särskilt stöd. Informationsöverföringen kan försvåras när verksamheterna har olika journalsystem eller när information inte kan överföras digitalt.[118]

Av kartläggningen framgår vidare att samverkan med förskolan respektive elevhälsan i huvudsak fungerar väl enligt barnavårds-

[116] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*
[117] Ibid. (s. 29–31).
[118] Ibid. (s. 29–31).

centralerna. 7 av 10 BVC uppger att samverkan med förskolan fungerar bra eller mycket bra och 8 av 10 anger att samverkan fungerar bra eller mycket bra med elevhälsan. När det gäller samverkan med förskolan finns det dock en annan kartläggning av Svenska OMEP i samarbete med Barn- och ungdomsvetenskapliga institutionen vid Stockholms universitet och Barnhälsovården i Region Stockholm som visar att systematisk och strukturerad samverkan är mycket ovanlig och att det inte förekommer i de flesta kommuner. I rapporten anges att mångfalden av verksamhetsamordnare samt stora enheter har försvårat samverkan, även om det finns goda erfarenheter från Gotland och Region Jönköping. Däremot anges i rapporten att kontakt tas vid behov kring enskilda barn.[119]

När det gäller samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten anger ungefär hälften av barnavårdscentralerna att samverkan fungerar bra eller mycket bra. Bristerna rör i hög grad återkoppling och informationsöverföring. Det förekommer också att samverkan med socialtjänsten inte fungerar alls och företrädare för barnavårdscentralerna anser att detta påverkar förutsättningarna för att tillhandahålla tidiga insatser. Ungefär hälften av barnavårdscentralerna uppger att samverkan med tandvården fungerar bra eller mycket bra. Kartläggningen visar dock att företrädare för barnavårdscentralerna är mer nöjda med samverkan vid samlokalisering med de andra vårdverksamheter, så som mödrahälsovården, socialtjänst och tandvården. Sämst fungerar samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). Drygt 4 av 10 barnavårdscentraler anser att samverkan med BUP fungerar dåligt eller mycket dåligt och endast drygt 2 av 10 anser att samverkan med BUP fungerar bra eller mycket bra. Det handlar bland annat om långa väntetider. I vissa fall är samverkan med BUP inte aktuell eftersom de inte tar emot barn under sex år. Samverkan med barnhälsovårdspsykologen fungerar bättre, 84 uppger att sådan samverkan fungerar bra eller mycket bra.[120]

[119] Svenska OMEP (2019): *Samarbete förskola – barnavårdscentral En nationell enkätundersökning 2019*.
[120] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård*.

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska insatser

Elevhälsans arbete förutsätter samverkan med andra vårdverksamheter bland annat inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Sådan samverkan är en betydelsefull förutsättning för att barn och unga vid behov ska kunna erbjudas adekvata vårdinsatser. Uppföljningar från myndigheter och statliga utredningar visar dock att det förekommer brister i samverkan mellan elevhälsan och andra vårdverksamheter. Det gäller särskilt samverkan med primärvården och barn- och ungdomspsykiatrin, men även samverkan med tandvården behöver utvecklas.[121] Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sin tillsyn sett att förutsättningar för samverkan varierar i de olika länen.[122] Endast en tredjedel av regionerna har till exempel upprättat länstäckande styrdokument för samverkan mellan regionens hälso- och sjukvård och elevhälsan i länet.[123] I de län där sådana överenskommelser förekommer fungerar samverkan bättre.[124] Sveriges Tandläkarförbund genomförde år 2019 en undersökning i samarbete med Dietisternas Riksförbund och Sveriges läkarförbund som visade att ungefär en tredjedel av skolläkarna och skolsköterskorna samverkade med primärvården och endast cirka en av tio angav att de samverkade med tandvården.[125] IVO har också uppmärksammat frågeställningar i tillsynen som rör otydligheter om elevhälsans ansvar i förhållande till primärvården.[126]

IVO lyfter fram att samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) är särskilt problematisk. Det handlar bland annat om att BUP ställer krav på elevhälsan som inte alltid är förenliga med elevhälsans uppdrag och förutsättningar. Det gäller till exempel krav på att elevhälsan genomför olika former av basutredningar eller att elevhälsan ska ansvara för att följa upp läkemedelsbehandling som ordinerats av BUP. BUP:s krav på elevhälsan att genomföra basutredningar kan också innebära ytterligare en fördröjning innan barnet eller den unge kan få kontakt

[121] SOU 2010:95 *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet* och SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*.
[122] IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län.*
[123] Ibid.
[124] IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan.*
[125] Sveriges Tandläkarförbund et.al. (2019): *Förutsättningar för god mun- och allmänhälsa hos barn och ungdomar – Enkät till skolpersonal.*
[126] IVO (2018): *Remissvar på SOU 2018:39 God och nära vård en primärvårdsreform*.

med BUP. Det har också framkommit samverkansproblem med psykiatrin i övergången mellan hälso- och sjukvård för barn och unga respektive vuxna. Det har i första hand handlat om oklarheter kring vilken verksamhet som har huvudansvar för den unge.[127]

Samverkansproblem uppstår inte sällan på grund av att de involverade parterna upplever att ansvarsförhållandena mellan olika vårdverksamheter är otydlig. Detta problem har belysts i flera offentliga utredningar och i myndighetsrapporter av olika slag.[128] Oklarheter i ansvarsfördelningen leder till att barn och unga bollas mellan de olika vårdverksamheterna och att de inte alltid får sina behov av vård och insatser tillgodosedda. Ansvarsfördelningen är särskilt oklar mellan elevhälsan och barn- och ungdomspsykiatrin.[129] Barn- och ungdomspsykiatrin ställer ofta krav på att elevhälsan ska genomföra olika former av basutredningar mm. Skollagen bidrar med vissa förtydliganden när det gäller elevhälsans utredande och övriga ansvar i denna del. Av skollagen framgår att elevhälsans medicinska insatser främst ska vara hälsofrämjande och förebyggande och bidra till elevernas utveckling mot målen (2 kap 25 § skollagen). Elevhälsan ska också erbjuda ett antal hälsobesök under skolåren (2 kap. 27 § skollagen). I övrigt kan elevhälsan bistå med enklare sjukvårdsinsatser (2 kap 28 § skollagen). Med detta avses i första hand omplåstring och bedömning av en olyckshändelse.[130] Skollagens förarbeten anger att elevhälsans fokus inte ska vara hälso- och sjukvård i snäv bemärkelse utan förebyggande och hälsofrämjande insatser i ett bredare perspektiv. Enligt skolförfattningarna har skolan även ett utredande ansvar. Detta ansvar är dock huvudsakligen kopplat till skolprocesser av olika slag, så som till exempel ansvaret att utreda om en elev är i behov av särskilt stöd för att nå kunskapskraven eller det utredningsansvar som föregår mottagande i grund- eller gymnasiesärskola (3 kap 7 § och 7 kap 5 § skollagen). Av skollagen framgår även att behovet av särskilt stöd ska utredas om eleven uppvisar andra svårigheter i sin skolsituation (3 kap 8 § skollagen). Med andra svårigheter i sin skolsituation avses enligt förarbetena situationer där en elev behöver särskilt stöd även om det just då inte finns anledning

[127] IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län* (s. 15).
[128] SOU 2010: 95 *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning* (s. 206).
[129] SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning* och IVO (2015): *Elevhälsan – Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.
[130] Prop. 2009/2010:165 *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 658).

att befara att han eller hon inte ska nå kunskapskraven som minst ska uppnås.[131] Det kan handla om elever som behöver betydande anpassningar som inte kan hanteras i den ordinarie undervisningen.[132]

Ungdomsmottagningarnas samverkan med andra

Av SKR:s kartläggning framkommer att en återkommande utmaning är att ungdomsmottagningarnas resurser inte planeras effektivt, vilket gäller både hos huvudmän som har en enskild mottagning och huvudmän som har flera. Ungdomsmottagningarna utarbetar på olika håll metoder, insatser och kompetensförsörjning. Det finns exempel på mottagningar som samplanerar sina verksamheter för att till exempel kunna erbjuda gruppstöd, vilket kan vara svårare för mindre mottagningar att erbjuda. Andra ungdomsmottagningar tar ett helhetsgrepp kring planeringen av personal och vikarier för alla sina verksamheter. En mer samordnad resursplanering skulle kunna öka resurseffektiviteten och möjliggöra insatser som enskilda ungdomsmottagningar inte kan tillhandahålla på egen hand. Det är även viktigt att huvudmän som ansvarar för enskilda mottagningar ser över samarbetet med andra huvudmän. Samverkan sker även på nationell nivå, via Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningars nätverk för verksamhetsutvecklare och chefer för ungdomsmottagningar, och konferenser.[133]

Andra aktörer som ungdomsmottagningarna vanligen samverkar med är skolan, socialtjänsten, polisen, och övrig hälso- och sjukvård som BUP, vårdcentraler och abortmottagningar samt det lokala civilsamhället.[134]

Förutsättningarna för att samverka med skolan varierar, geografin kan spela roll samt den lokala skolstrukturen. I glesbygden verkar det ofta finnas upparbetade kontaktvägar mellan skolan, elevhälsan och ungdomsmottagningarna. I SKR:s kartläggning lyfts att ungdomsmottagningarnas kompetens kan komma till nytta i skolans sex- och samlevnadsundervisning, eftersom ungdomsmottagningarna har lång erfarenhet och stor kunskap om ungdomars sexualitet

[131] Prop. 2009/10:165 *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet (*s. 664).
[132] Prop. 2013/14:160 T*id för undervisning – lärares arbete med stöd, särskilt stöd och åtgärdsprogram (*s. 37).
[133] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[134] Ibid.

och egenmakt. Detta skulle med fördel kunna ingå i tydliggjorda uppdrag med rutiner och riktlinjer för ungdomsmottagningarna.[135]

En tydligare utvecklad samordning av aktörernas individriktade insatser kan säkerställa att den enskilda ungdomen får ett ändamålsenligt stöd. Förtydligandet kan exempelvis innefatta rutiner för när en ungdomsmottagning ska kontakta elevhälsan, när ungdomen bör gå i stödbehandling hos en ungdomsmottagning och när remiss behövs till annan vårdnivå. Det skulle även kunna innebära rutiner som beskriver när och hur vårdnadshavare eller socialtjänst ska kontaktas.[136]

Hälso- och sjukvårdens samverkan med socialtjänsten

I hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen finns krav på samordning och samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En individuell plan (så kallad SIP, samordnad individuell plan) ska upprättas mellan kommunen och regionen när en person har behov av stödinsatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Vissa uppföljningar av gruppen barn och unga visar att utvecklingsarbetet med SIP har gett resultat och att antalet upprättade individuella planer har ökat över tid, men arbetet har kommit olika långt i olika delar av landet.[137]

Det finns också mycket som pekar på att det är svårt att få den samordnade planen att verkligen bli en fungerande plan för samordning. En rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys om samordnad vård och omsorg från 2016 visar att det saknas tillräckliga förutsättningar för personalen inom vården och omsorgen att arbeta mer samordnat. Det saknas också en gemensam syn om vad samordnad vård och omsorg innebär för patienter och brukare vilket bidrar till svårigheter att samverka. Det utgör också ett hinder för att utvärdera samordningen, både lokalt och nationellt. Vidare kan sekretesslagstiftningen i vissa fall försvåra arbetet över myndighets- och institutionsgränser.[138]

---

[135] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.
[136] Ibid.
[137] Socialutskottet (2017): *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering.*
[138] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem (2016:1)*.

Skolverkets och Socialstyrelsens uppföljning av TSI-projekten som beskrivs i bakgrund och nuläge, kap. 4, visar att ansvarsgränser tenderar att snävas åt när verksamheterna är ekonomiskt pressade. Det tidiga och förebyggande arbetet riskerar att prioriteras bort i besparingstider till fördel för den lagstyrda verksamheten. Personalomsättning påverkar också utvecklingsarbetet, särskilt när strukturerna inte är stabila. Inom flera utvecklingsarbeten rapporteras om svårigheter att få den regionala hälso- och sjukvården att delta aktivt i utvecklingsarbetet och få tillgång till primärvårdens resurser. Det kan exempelvis bero på att varje region har många kommuner att samverka med och prioriterar hårt vilka utvecklingsarbeten de går in i utanför sitt grunduppdrag. Andra svårigheter som rapporteras är dels att involvera barn, unga och föräldrar i utvecklingsarbetet, dels att komma i gång med systematisk uppföljning. Det finns också, enligt Socialstyrelsens och Skolverkets bedömning, juridiska hinder som innebär att gemensam personuppgiftbehandling inte får ske i utvecklingsarbetet. Det berör såväl frågan om barn, unga och föräldrars delaktighet som systematisk uppföljning.

Samverkan hälso- och sjukvården och tandvården

Socialstyrelsen gjorde 2019 en kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård. Kartläggningen visar att det finns brister i samverkan och att dessa brister bland annat leder till ojämlikheter i vården och en risk för att patienter faller mellan stolarna. De stora hindren för samverkan bottnar i en lång tradition av två separata system med olika kulturer, finansiering, ledning och styrning. Systemskillnaderna avspeglas bland annat i hur vården organiseras, liksom i olika finansieringsmodeller, där tandvårdens insatser till stor del betalas av patienten själv. Dessa system- och kulturskillnader gör att samverkan inte faller sig naturligt mellan hälso- och sjukvården och tandvården. Socialstyrelsen gör samtidigt bedömningen att kunskaperna om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa har ökat på senare tid och att ett ökat fokus på gemensamma riskfaktorer för allmän hälsa och munhälsa har medfört att flera initiativ har tagits för en bättre samverkan.[139]

[139] Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård – Slutrapport 2019.*

5.12 Sammanfattande analys

Utredningens sammanfattande bedömning är att ovan beskrivna systembrister får konsekvenser för barn och unga. Bristerna leder till sämre möjligheter att främja hälsa, stärka motståndskraft och förebygga fysisk och psykisk ohälsa och långvariga eller kroniska sjukdomar. Om inte hälsouppföljningen och uppföljningen vid ohälsa eller olika sjukdomstillstånd fungerar fullt ut, leder det till försenad upptäckt och fördröjda insatser som till exempel utredning och behandling. Skadeeffekterna blir mer kännbara för barn och unga än för vuxna, eftersom de befinner sig i en utvecklingsfas som lägger grund för hela deras fortsatta liv. Bland barn och unga i Sverige finns i dag exempel på onödig försämring av hälsan, misslyckanden i skolan eller i nära relationer, samt stress och otrygghet i vardagen som påverkar hela familjen. På längre sikt kan bristande hälsofrämjande arbete, långvariga hälsoproblem och eftersatta behov också påverka hälsan som vuxen, samt möjligheter till ett gott arbetsliv och föräldraskap.

5.12.1 Reglering av barn-och ungdomshälsovård saknas

Utredningen konstaterar att barn- och ungdomshälsovården är fragmentiserad med många huvudmän och vårdverksamheter och att det saknas en tydlig nationell styrning av verksamheterna. Det gäller såväl mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens som ungdomsmottagningarnas verksamhetsformer och dess innehåll. I praktiken innebär det att det finns variationer över landet när det gäller verksamhetsformer, uppdrag och övriga förutsättningar. Det finns en risk att den långsiktiga hållbarheten och stabiliteten för dessa verksamheter påverkas när övergripande reglering av verksamheterna och dess innehåll saknas.

Socialstyrelsens allmänna råd 1991:8 Hälsoundersökningar inom barnhälsovården, upphörde att gälla 2009 med motiveringen att skriftens innehåll var föråldrad. Barnhälsovårdens professioner påtalade därefter behovet av reglering av verksamheten för att stödja utvecklingen av en jämlik och rättvis barnhälsovård. Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag och vägledning för barnhälsovården. Arbetet genomfördes av Socialstyrelsen i samarbete med professionsföreträdare och ledde till Vägledning

för barnhälsovård 2014, med kunskaps- och handläggningsstöd för yrkesverksamma och beslutsfattare. De centrala barnhälsovårdsenheterna och företrädare för professionen har drivit och samordnat frågor inom barnhälsovårdens område, och tagit fram Rikshandboken för barnhälsovård, som omnämnts tidigare. Detta arbete har resulterat i en relativt stabil nationell samsyn kring barnhälsovårdens innehåll och även en relativt jämlik vård, även om det fortfarande finns variation. Professionsföreträdare vittnar dock om att det förekommer avsteg från genomförandet av barnhälsovårdens program, framförallt på grund av ekonomiska skäl och att hälsofrämjande och förebyggande arbete får stå tillbaka för mer sjukdomsinriktade insatser. De uttrycker en oro för en ökande ojämlik vård på grund av att reglering saknas.

För mödrahälsovårdens verksamhet finns ingen vägledning eller motsvarande styrdokument från nationell nivå. Det finns dock ett kunskapsstöd som stödjer mödrahälsovården i sitt arbete, i form av en rapport framtagen av professionerna. De riktlinjer och underlag som finns att tillgå för mödrahälsovårdens verksamhet tolkas olika utifrån de förutsättningar som finns på förlossningskliniker, regioner och barnmorskemottagningar. Det bidrar till en ojämlik vård i landet. På nationell nivå har riksgruppen för mödrahälsovårdsläkare och samordningsbarnmorskor i Sverige med stöd av Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) och Svenska barnmorskeförbundet tagit initiativ till att en rikshandbok för mödrahälsovård, i likhet med den som finns för barnhälsovården, ska utvecklas med syftet att skapa en mer jämlik och rättvis mödrahälsovård. En ansökan om detta har lämnats in till Sveriges Kommuner och Regioner och Inera.

Ungdomsmottagningar benämns ibland som en frivillig verksamhet för regionen, men ungdomsmottagningarnas verksamhet står på samma juridiska grund som både mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens verksamheter. Alla uppdragen grundar sig i det lagstadgade ansvaret att arbeta med att förebygga ohälsa. Hur arbetet ska organiseras finns inte reglerat. Utredningen bedömer att det finns ett behov av ett juridiskt förtydligande av hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga.

Elevhälsans medicinska insats är till skillnad från de övriga verksamheterna i barn- och ungdomshälsovården, reglerad i lag. 2010 infördes elevhälsa som begrepp i skollagen och sedan dess har elev-

hälsans verksamhet huvudsakligen utvecklats mot att stödja elevernas utveckling mot målen. En viktig utgångspunkt för förändringen var det ömsesidiga beroendet mellan hälsa och lärande och behovet av ett tvärprofessionellt arbetssätt i elevhälsan för att skapa goda förutsättningar för lärande, hälsa och utveckling. Samtidigt fasades skolhälsovård som begrepp ut ur skollagen och därmed skolhälsovårdens uppdrag att ”följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem”, enligt 14 kap 2 § 1985-års skollag. I samband med förändringen genomfördes ingen analys av vad det skulle få för konsekvenser för arbetet med elevers hälsa, som inte är en direkt följd av utbildningssituationen eller påverkar lärandet. Enligt nuvarande skollagen ska elevhälsan visserligen fortsatt främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande och hälsobesöken i skolan ska innefatta allmänna hälsokontroller och ha ett hälsofrämjande och förebyggande syfte, men det är inte längre lika tydligt i lagen att dessa insatser ska ta sikte på elevernas fysiska och psykiska hälsa och hälsosamma levnadsvanor.

Den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser definieras i regel som hälso- och sjukvård och i förhållande till detta har skolhuvudmannen ett vårdgivaransvar och rektorn ett ansvar som verksamhetschef. Elevhälsans medicinska insatser omfattas därmed av de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller vårdgivare. Elevhälsans medicinska insatser kan däremot inte definieras som kommunal hälso- och sjukvård i enlighet med de avgränsningar som finns för kommunal hälso- och sjukvård i hälso-och sjukvårdslagen. Detta medföra vissa svårigheter vid en mer sammanhållen reglering av de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovård.

5.12.2 Alla barn och unga får inte del av hälsofrämjande och förebyggande stöd och insatser under hela sin uppväxt

Utredningen konstaterar att utformningen av arbetet med hälsouppföljning, hälsofrämjande och förebyggande stöd och åtgärder ser helt olika ut för olika åldrar och är beroende av vilket verksamhetsområde som har ansvaret. Även metodstöd och kunskapsstöd för genomförandet skiljer sig mycket åt, både avseende utformning och

omfattning, men även kvalitet. För barnhälsovården finns ett bearbetat och aktuellt metod- och kunskapsstöd i form av Rikshandboken, medan övriga verksamhetsområden inte har metod- och kunskapsstöd i motsvarande omfattning. De metod- och kunskapsstöd som finns tar sikte på de enskilda verksamheterna och det saknas ett gemensamt syfte, mål, metodik och struktur för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med barn och unga, och deras familjer. Utredningen bedömer att en sådan gemensam modell eller program för barn och unga genom uppväxtåren, skulle leda till ökad kvalitet och bättre förutsättningar till jämlik och likvärdig hälsovård.

Det är angeläget att regelbundet övervaka och följa barns och ungas utveckling, för att tidigt upptäcka avvikelser och behov av åtgärder och stöd. Ett bra föräldraskapsstöd är avgörande för att främja barnets och familjens hälsa, och att förebygga ohälsa.

Barns och ungas utveckling, problem och uttryck ser olika ut i olika åldrar. Varje ålder har sina viktiga utvecklingssteg som behöver följas och stödjas, för att främja en god hälsoutveckling och förebygga ohälsa. Det kräver olika strategier och kompetenser av hälso- och sjukvården. Under det tidiga livet är till exempel tillväxt, motorisk utveckling psykomotorisk utveckling och psykosocial utveckling viktiga att följa, med syfte att finna utvecklingsavvikelser och att stödja vårdnadshavarna. Det ställer krav på särskild kompetens inom till exempel anknytningsteori, utvecklingspsykologi och utvecklingsneurologi. Vårdnadshavare kan behöva stöd kring till exempel matvanor, sömnsvårigheter och samspelet med sitt barn.

Det är också viktigt att följa skolbarns och ungdomars tillväxt, utveckling och mående, för att identifiera funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem, inte minst psykisk ohälsa. Hälsouppföljningen ska ligga till grund för att barnet eller den unga personen ska kunna få det stöd som de behöver. Även när barn befinner sig i skolåldern kan vårdnadshavare ha behov av stöd för att kunna bidra till en god hälsoutveckling hos barnet. Ett sådant föräldraskapsstöd erbjuds dock inte på samma sätt i elevhälsans medicinska insats som det görs inom barnhälsovården.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbete som genomförs i elevhälsans medicinska insats tar, som tidigare nämnts, alltmer sikte på att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. En konsekvens av detta blir att elevhälsans medicinska insats inte alltid tillhandahåller insatser när det har identifierats att en elev har ohälsa

eller kan komma att utveckla ohälsa som inte beror på skolsituationen och inte heller synbart påverkar elevens förmåga att nå utbildningens mål. Samtidigt finns ingen annan tydligt utpekad aktör som har detta uppdrag. Det leder till ett glapp mellan barns och ungas behov och det stöd de får. Skolinspektionens och Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn bekräftar detta, då det visat sig att den information som samlas in vid hälsobesöken inte alltid följs upp eller leder till insatser. Det betyder att hälsobesöken riskerar att inte ha tillräcklig effekt på barns och ungas hälsa. Det finns inte heller någon systematisk överföring av hälsoinformationen till regionen så att den kan ligga till grund för hälsofrämjande insatser på grupp- eller individnivå med regionen som huvudman.

Utredningen bedömer att elevhälsans insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa inte är tillräckliga. Det finns visserligen goda exempel på hur skolhuvudmän och skolor arbetar med att utveckla det hälsofrämjande arbetet men på många skolor bedrivs inte det hälsofrämjande arbetet systematiskt och arbetets kvalitet och omfattning är i hög grad personberoende. För att kunna följa och stödja barns och ungas hälsoutveckling krävs ett väl utvecklat systematiskt hälsofrämjande och förebyggande arbete med långsiktighet. Ur ett hälsoperspektiv är det problematiskt om det hälsofrämjande arbetet inte prioriteras eller hinns med. Om insatser som främjar barns och ungas fysiska och psykiska hälsa och en hälsosam livsstil uteblir, kan det få konsekvenser för barnets eller den unges hälsa, utveckling och välmående. Utgångspunkten behöver vara elevernas behov och ta sikte på att både undanröja hinder för lärandet och barns och ungas hälsoutveckling och välmående som sådant. Att eleverna klarar skolan är en avgörande skyddsfaktor och förutsättning för hälsa men på motsvarande sätt är hälsa och välbefinnande också en förutsättning för att elever ska kunna lära och utvecklas i skolan.

Utredningen vill i likhet med Skolinspektionen lyfta fram att det är av stor betydelse att elevhälsopersonalen dels befinner sig i skolan, dels är aktivt synliga för eleverna. Det är relativt vanligt att elever inte har tillgång till samtliga yrkeskategorier inom elevhälsan och att elevhälsans personal bara är tillgänglig på skolan vissa dagar i veckan och även mer sällan än så. Den viktiga principen om närheten till barn och unga som så ofta lyfts fram till elevhälsans fördel upprätthålls då inte för alla barn och unga. När tillgängligheten till elevhälsans personal brister finns det risk för att barn och unga att inte

få sina behov tillgodosedda och att de kan gå miste om den specifika kompetens som elevhälsopersonalen besitter och som kan behövas för att identifiera behov av vård och stöd. Det gäller inte minst barn och unga från socioekonomiskt utsatta grupper. Utredningen bedömer att det är viktigt att insatser görs för att öka tillgängligheten till elevhälsans personalgrupper. Utredningen stödjer därför förslag från Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) i som innebär att en acceptabel lägstanivå för tillgången till de professioner som anges i lagen och hur tillgången till personalen kan följas upp i förhållande till antalet elever (SOU 2021:11 Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning).

Barn och unga som inte studerar får inte del av det hälsofrämjande och förebyggande erbjudandet. Det handlar framförallt om unga personer som inte fortsätter till gymnasieskolan och då inte erbjuds det hälsobesök som enligt lag ska ske minst en gång under gymnasietiden. Det betyder att dessa unga personer inte per automatik får ett hälsobesök med hälsosamtal och de stöd och insatser de behöver. Utredningen bedömer att det hälsofrämjande och förebyggande erbjudandet ska nå fram till alla barn och unga, oavsett deras livssituation.

Rättigheter kring den sexuella och reproduktiva hälsan når inte heller alla grupper. Till viss del ingår området i elevhälsans uppdrag, men i relativt begränsad omfattning. Ungdomsmottagningar existerar i olika utsträckning parallellt med elevhälsan och annan hälso- och sjukvård. Alla unga är välkomna att söka, men det är på den unges initiativ och alla gör inte det. Ungdomsmottagningarnas förhållningssätt att finnas för ungdomarna på deras villkor och initiativ är mycket bra och bidrar till goda förutsättningar för förtroende. De unga personer som har behov av stöd kring frågor som rör den sexuella hälsan, men inte själv av olika skäl söker sig till ungdomsmottagningen, får dock inte stödet. Dessa unga personer riskerar att få en försämrad hälsoutveckling. Till exempel handlar det om tonårspojkar och unga män, unga som lever i social utsatthet, unga med funktionsnedsättning och unga med en kulturell bakgrund där frågor om sex och preventivmedel är tabu. Många ungdomsmottagningar arbetar dock aktivt för att nå dessa grupper.

Utredningen bedömer att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter tydligare behöver ingå i det hälsofrämjande och förebyggande erbjudandet till alla och som en naturlig del i ett kommande gemensamt hälsovårdprogram för barn och unga.

Skolhuvudmännens och rektorernas kunskap om vilka krav hälso- och sjukvårdslagen ställer på elevhälsans medicinska insatser behöver stärkas. De kunskapsbrister som framkommit i tillsynens granskningar och utredningens dialoger riskerar att få konsekvenser på genomförande, kvalitet och patientsäkerhet.

Utredningen konstaterar att det är en utmaning för skolhuvudmännen att styra, leda och tillhandahålla elevhälsans medicinska insatser av hög kvalitet som motsvarar elevernas behov. Variationerna inom och mellan skolhuvudmän och skolenheter är stora. Skolinspektionens regelbundna tillsyn visar på återkommande brister, som kan bero på till exempel elevhälsans arbetssätt, hur mycket resurser rektorn avsätter, kompetensutveckling och stöd till rektorer, svårigheter att rekrytera särskilt i glesbygden samt kombinationen av små skolenheter och stora geografiska avstånd.

5.12.3 Samordningen mellan verksamheter brister

Utredningen konstaterar att samordning mellan vårdverksamheter och nivåer brister på flera sätt.

Informationsöverföring och överlämning mellan verksamheterna i barn- och ungdomshälsovården fungerar inte alltid, vilket leder till att viktig information om barnet eller den unge inte kommer fram. Det innebär en risk för att fortsatt vård och stöd inte genomförs på ett ändamålsenligt sätt och att barnets eller den unges hälsa försämras.

Det är angeläget att elevhälsans medicinska insats agerar i sin roll som första ledet i en vårdprocess, där fler vårdverksamheter har ansvar för att barnet eller den unge ska få de insatser som de behöver. Elevhälsan har en central roll när det gäller att uppmärksamma behov av insatser, inte minst vid hälsobesöken. Elevhälsans medicinska insats behöver också ta ansvar för att vid behov leda barnet eller den unge vidare till en annan vårdverksamhet eller vårdnivå. Barn och unga som utredningen träffat uttrycker att det är viktigt att elevhälsan lotsar dem till vården och att elevhälsan sedan följer upp att

insatser genomförts. När samverkan mellan elevhälsan och övrig hälso- och sjukvård brister, kan det få konsekvenser för barn och unga som har behov av mer fördjupade insatser av fler vårdverksamheter, särskilt för elever som inte har ett tillräckligt socialt stöd i hemmet. Utredningen bedömer att ansvaret för samverkan mellan region och skolhuvudmän behöver förtydligas och förstärkas.

Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov och deras närstående möter ibland ett dysfunktionellt system när det gäller samordning och planering av till exempel besök och insatser, när de i stället behöver en koordinerad och samordnad vård och omsorg. Dessa barn hamnar också ofta utanför de breda hälsofrämjande och förebyggande insatserna eftersom fokus läggs på sjukdomen, vård och behandling. Barn och unga med komplexa behov behöver ofta breda och långvariga insatser där varje enskild profession, team eller verksamhet inte kan bidra isolerat med sina insatser var för sig, utan det behövs helhetssyn och koordination. Komplexa vårdbehov eller kroniska tillstånd innebär ofta risk för samsjuklighet, skolmisslyckanden och försämrad hälsa. I utredningens dialogmöten med verksamhetsföreträdare i Sverige, lyftes återkommande gruppen barn med långvariga och större vård- och omsorgsbehov samt från flera även behovet av en koordinator för att hålla samman vård och insatser för barnet. Utredningen bedömer att barns och ungas rätt till fast vårdkontakt behöver förstärkas.

5.12.4 Ökat ansvar, resurser och kompetenser till primärvården i omställningen till en god och nära vård

I omställningen till en nära vård ska primärvården vara navet i hälso- och sjukvården och samspela med övriga vårdverksamheter. För att det ska vara möjligt behöver primärvården stärkas med tillgänglig tvärprofessionell barn- och ungdomskompetens och med kompetensöverföring från den specialiserade vården för att i framtiden kunna ansvara för fler barn och unga med olika kroniska sjukdomar eller psykisk ohälsa. Det är avgörande för ett framtida gott omhändertagande av barn och ungas behov. Det finns olika modeller för att tillgängliggöra den specialiserade vårdens kompetens i primärvården, till exempel kan primärvården använda moderna it-lösningar för att

konsultera den specialiserade vården. Det kan också bidra till ökad kunskapsöverföring.

Primärvårdens roll som första ingång vid ohälsa behöver också stärkas, det har framkommit vid utredningens dialogmöten. I de fokus- och expertgrupper som utredningen har genomfört med unga personer har det till exempel lyfts fram att primärvården borde vara den självklara vägen in i vården för unga personer med psykisk ohälsa, på samma sätt som vid fysisk ohälsa.

5.12.5 Psykisk ohälsa leder till allvarliga konsekvenser

De allra flesta barn och unga känner ett psykiskt välbefinnande och signalerar inga psykiska besvär eller psykiatrisk sjuklighet. Utvecklingen av barns och ungas psykiska hälsa i Sverige skiljer sig inte nämnvärt från den övriga västvärlden även om barn- och ungdomspsykiatrin i Sverige har det högsta antalet medarbetare per capita och högst andel barn som har kontakt med specialistnivån.

När det gäller psykisk ohälsa är det ibland oklart vilket ansvar respektive aktör har för att identifiera, utreda och behandla psykisk ohälsa av olika slag och det förekommer att barn och unga bollas mellan verksamheter. Det finns brister i den somatiska vården kring hantering av psykisk ohälsa och på motsvarande sätt finns brister i den psykiatriska vården att hantera kroppslig ohälsa. Utredningen bedömer att det ibland är problematiskt att barns och ungas psykiska och fysiska hälsa hanteras av olika vårdverksamheter. Det är ofta svårt att skilja den fysiska och psykiska hälsan åt eftersom den psykiska ohälsan hos barn ofta tar sig uttryck i fysiska besvär, det gäller inte minst de små och späda barnen. Kroniska sjukdomar påverkar i stor utsträckning även individens psykiska hälsa. Psykisk ohälsa medför ofta problem med dålig sömn, övervikt och fetma, missbruk, stressrelaterad ohälsa och enligt vissa studier finns en översjuklighet i astma och diabetes. Psykisk sjukdom leder lätt vidare till annan samsjuklighet, som till exempel riskbruk som i sin förlängning kan vara lika livshotande som kroppslig svår sjukdom. Psykiska problem medför en ökad risk för kortare livslängd. Dessutom är insatser som främjar den fysiska hälsan ofta viktiga insatser som främjar den psykisk hälsan, det gäller till exempel insatser som handlar om fysisk aktivitet, kosthållning och sömn.

Skolhuvudmännen upplever den psykiska ohälsan hos barn och unga som en av skolans och elevhälsans största utmaningar. Trots det är skolans elevhälsa och tillgången till elevhälsan kompetenser inte alltid anpassad efter elevernas behov. Skolpsykologer köps in per timme och har i huvudsak en konsultativ funktion. Även i detta sammanhang bedömer utredningen att förslag från Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) kan komma att bidra till en mer likvärdig tillgång till elevhälsa. Utredningen bedömer också att insatser för att främja elevernas psykiska hälsa och förebygga ohälsa behöver utvecklas i skolan.

5.12.6 Kunskapsstyrning för barn- och ungdomshälsovård är av varierande kvalitet och inte samordnad

Tillgången till nationella kunskapsstöd baserade på evidens och beprövad erfarenhet varierar i de olika verksamheterna som utgör barn- och ungdomshälsovården, det vill säga mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningar. De nationella kunskapsstöd som finns är implementerade i varierande grad och inte samordnade med varandra. Utredningen bedömer att tillgången till kunskapsstöd behöver öka generellt, liksom kunskapsutbytet mellan verksamheterna.

Kvalitetsarbete behöver ske med systematik, med uppföljningar och utvärderingar av verksamheternas arbete och ständiga förbättringar. Genom att ta fram kunskap kring effekter av olika arbetssätt och metoder, och förbättra möjligheten att dela kunskap mellan verksamheter kan kvaliteten öka, liksom förutsättningarna för en mer jämlik vård.

Utredningen vill betona vikten av kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och att organisationen för kunskapsstyrning som drivs av regionerna gemensamt, är en central del av detta. En effektiv och sammanhållen vård med god kvalitet ger professionerna och forskningen mer resurser och utrymme för en fortsatt medicinteknisk utveckling som i sin förlängning kan stärka patienters egenkraft, förhindra sjukdomar och minska behovet av hälso- och sjukvård i framtiden.

Det nationella programområdet för barn och ungdomars hälsa i regionernas kunskapsstyrningsorganisation, har integrerat barnhälsovårdens struktur som en nationell arbetsgrupp (NAG) inom

ramen för kunskapsstyrningen. Motsvarande struktur för övriga åldrar och verksamheter inom barn- och ungdomshälsovården saknas. Utredningen bedömer att det skulle vara fördelaktigt med en struktur för barn och unga som har i uppdrag att hålla samman arbetet med kunskapsstyrning för barn- och ungdomshälsovård som helhet. Det ger förutsättningar för samordning och kvalitetsutveckling.

5.12.7 Hälso- och sjukvården kan anpassas mer utifrån barns och ungas rättigheter och behov

Utredningen bedömer att hälso- och sjukvården behöver utveckla sin förmåga att möta barns och ungas rättigheter och behov. Det gäller både på en övergripande nivå av systemet, och i det enskilda vårdmötet.

Hälso- och sjukvårdsystemet med uppdelade verksamheter och olika kompetensområden har svårt att möta barns och ungas behov, som ofta är sammansatta och kräver en samling av kompetenser och funktioner, för att ge ett ändamålsenligt stöd. När ansvar och uppdrag är otydliga, eller inte utgår från ett patient- och helhetsperspektiv, riskerar det att leda till att barn och unga och deras familjer hamnar i vårdens mellanrum. Där får de inte den vård och behandling och det stöd som de behöver och har rätt till.

Det kräver tid, kompetens, metod och systematik för att göra barn och unga delaktiga med inflytande på sin egen vård. Det handlar till stor del om att skapa delaktighet och inkluderande förhållningssätt och att ha en samlad plan för barnet eller den unge. Det är också viktigt att göra vårdnadshavarna delaktiga, eftersom nästan all information om vård och behandling som gäller barnet går genom dem. Ett familjecentrerat arbetssätt är basen i all vård och omsorg som riktar sig till barn.

Hälso- och sjukvård för vuxna har ofta gått före med utveckling av vården kring stora folksjukdomar och resurser kopplade till vård och behandling. Utredningen menar att det är angeläget att även integrera hälso- och sjukvården för barn och unga i de utvecklingsarbeten där det är relevant och att prioritera utvecklingsarbeten där barn och unga är målgrupp.

För barn och unga som inte har en kontinuerlig vårdkontakt uppstår ofta svårigheter i övergången från hälso- och sjukvård för barn och ungdomar till hälso- och sjukvård för vuxna. Bristerna handlar

om delaktighet och stöd samt information och trygga överlämningar. För barn och unga med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar blir det extra påtagligt, eftersom kontinuitet är viktig för att kunna ge dem det stöd de behöver. Övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna behöver utvecklas så att den unge görs delaktig och förbereds på hur övergången går till, när och hur ansvar kommer att fördelas. För detta krävs både en systematisk och tydlig process för övergången och anpassningar utifrån individens behov.

Negativa upplevelser kan sätta svåra spår i minnet hos ett barn eller en ung person och skada förtroende och tillit för lång tid framöver. En trygg och säker miljö och ett gott bemötande är viktig för att nå resultat i pågående vårdsituationer, men även för kommande situationer i livet. Hälso- och sjukvården som har barn och unga som uttalad målgrupp är i relativt hög utsträckning anpassad avseende till exempel miljö, bemötande, kommunikation, och personalen har ofta kompetens för att möta barn och unga. Samtidigt finns även i dessa verksamheter utrymme för förbättringar. Barn vårdas ibland i verksamheter som även vårdar vuxna patienter, till exempel vid undersökningar av olika slag eller behandlingar där det inte finns särskild barnkompetens. Det kan gälla både i primärvården och i den specialiserade vården. Det ställer krav på anpassningar och barnkompetens även i dessa delar av hälso- och sjukvården.

5.12.8 I ett komplext system finns inga enkla lösningar på sammanhållen vård

Utredningen har i problembilden ovan konstaterat att barn- och ungdomshälsovården består av ett komplext och fragmentiserat system av flera huvudmän och vårdverksamheter som alla arbetar utifrån olika lagstöd, uppdrag och förutsättningar. Det saknas en tydlig nationell styrning som kan hålla samman verksamheterna och de hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga under hela uppväxten.

Komplexiteten och fragmentiseringen i systemet har byggts upp under lång tid och beror på flera olika faktorer. Det är delvis en naturlig konsekvens av det decentraliserade ansvaret att organisera, planera och finansiera hälso- och sjukvård inklusive elevhälsans medicinska insatser och delvis en konsekvens införandet av vård- och skolval och mängden aktörer som detta har medfört.

Bara inom skolområdet finns i dag 1 100 skolhuvudmän för de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan som sammantaget ansvarar för landets 6 000 skolenheter. Varje enskild huvudman har ansvar för att organisera och planera elevhälsan och dess medicinska insatser med utgångspunkt från elevernas behov. En klar majoritet av huvudmän ansvarar bara för en enda skola och det finns svårigheter med att leverera elevhälsa som motsvarar elevernas behov.

Inom primärvården organiseras insatser till barn och unga och deras familjer i mödrahälsovård och barnhälsovård och ungdomshälsovård. Regionen är huvudman för denna verksamhet men vården tillhandahålls av en mängd aktörer, både offentliga och enskilda. Tidigare hade primärvården ett tydligt geografiskt områdesansvar som innebar att vårdverksamheterna ansvarade för befolkningens hälsa i bestämda upptagningsområden. Det underlättade samverkan mellan olika aktörer i lokalsamhället såsom förskola och skola och förutsättningarna att samarbeta kring familjens samlade hälsosituation. Det fria skolvalet har på motsvarande sätt förändrat förutsättningarna för skolornas upptagningsområde.

Utredningen konstaterar att den komplexitet och fragmentisering som är inbyggd i det nuvarande systemet inte låter sig lösas på ett enkelt sätt och att det krävs flera olika insatser för att komma tillrätta med problem. I följande kapitel föreslår utredningen några olika insatser som vi bedömer leder till en mer sammanhållen och likvärdig vård för barn och unga i det befintliga systemet. Förslagen tar i huvudsak sikte på att barn och unga ska få rätt insatser och att skapa samordning mellan vårdverksamheterna med stöd av ett gemensamt hälsofrämjande och förebyggande uppdrag och förstärkt samverkan på olika nivåer i systemet.

Utredningen bedömer dock att insatser för att stödja samordning inte är tillräckliga för att till fullo komma tillrätta med fragmentiseringen i systemet. Utredningen bedömer att det också kan behövas en mer omfattande översyn av systemets inneboende logik med vård- och skolval. Detta är dock en mycket stor fråga som får implikationer i hela hälso- och sjukvården och skolväsendet och ligger utanför utredningens uppdrag.

6 Förslag och bedömningar

6.1 Sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Utredningen har i uppdrag att se hur barn och unga kan få en god och nära vård som är mer sammanhållen, likvärdig och effektiv. Särskilt fokus ska läggas på primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Grundproblemet är fragmentiseringen i barn- och ungdomshälsovården, med flera huvudmän och vårdverksamheter som alla arbetar utifrån olika lagstöd, uppdrag och förutsättningar i övrigt. Det fragmentiserade systemet har byggts upp under många år och har flera dimensioner med både ett decentraliserat beslutsfattande och ett valfrihetssystem som har bidragit till utvecklingen av mångfalden aktörer på området. För att få till stånd en mer sammanhållen och likvärdig vård i ett sådant fragmentiserat och komplicerat system bedömer utredningen att det behövs en tydligare och mer enhetlig styrning av de verksamheter som tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga. Utgångspunkten ska vara att ett helhetsperspektiv på hälsa, där alla barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser, ska säkras under hela uppväxttiden oavsett bostadsort, val av skola eller vårdenhet.

I följande avsnitt föreslår utredningen ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Utredningen föreslår dessutom att ett nationellt hälsovårdsprogram tas fram för hälsofrämjande och förebyggande insatser som tar ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden. Utredningen bedömer att det behövs en nationell samling kring

utvecklingen och implementeringen av programmet som inkluderar alla berörda aktörer. Det nationella hälsoprogrammet ska tydliggöra vad barn och unga samt barns vårdnadshavare kan förvänta sig av barn- och ungdomshälsovården i form av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Hälsovårdsprogrammet ska också vara det sammanhållande kitt som binder samman de verksamheter inom primärvården och elevhälsans medicinska insatser som i dag utgör barn- och ungdomshälsovården och bidra till att verksamheterna arbetar utifrån samma mål och uppdrag.

En sådan nationell samling kring ett hälsovårdsprogram statuerar att samhället börja med barnen och tydliggör den grundläggande plattformen i hälso- och sjukvården som behövs för att barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser ska kunna tillgodoses. Det lägger också grunden för att barn och unga med mer omfattande behov ska kunna uppmärksammas och insatser sättas in i ett tidigt skede. Det stärker därmed även primärvårdens uppdrag som bas i hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska insatsers centrala uppdrag när det gäller barns och ungas hälsa, utveckling och välmående. Det stärker också det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet i bred bemärkelse. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolhuvudmännen behöver skapa förutsättningar för att ett partnerskap kan utvecklas mellan primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser så att barns och ungas behov av samordnad och kontinuerlig vård tillgodoses. Dessutom behöver det finnas förutsättningar för att den specialiserade vården ska kunna utgöra ett konsultativt stöd för primärvården och elevhälsans medicinska insatser. Detta är förenligt med den omställning som nu pågår i hälso- och sjukvården till en god och nära vård och lägger grunden för en vidare påbyggnad av mer fördjupade insatser och samverkan inom och mellan olika vårdnivåer. Utredningen föreslår vidare att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga skärps samt att ett tydligt krav på samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet införs. Sammantaget bildar detta ett mer ändamålsenligt och resurseffektivt system som främjar hälsan hos barn och unga och frigör resurser till dem som har störst behov.

6.2 Förtydligande av skyldigheten att arbeta för att främja hälsa

Förslag: Det ska uttryckligen anges i 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa.

Skälen för utredningens förslag: Det behöver förtydligas i lag att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa. Fokus på hur hälsan kan stärkas är avgörande för att samhället och hälso- och sjukvården ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. En god hälsa är central för den enskilda individen och för välbefinnandet. En befolkning som är frisk och mår bra skapar också bättre förutsättningar för välstånd och ökad tillväxt genom minskad sjukfrånvaro, ökad sysselsättning, högre produktivitet och minskade behov av vård och omsorg.[1]

Hälsofrämjande arbete bygger på att skapa stödjande miljöer för hälsa, stärka insatser på lokal nivå och utveckla personliga färdigheter. Detta arbete behöver involvera många olika samhällsaktörer. Hälso- och sjukvården är en av de mest centrala aktörerna, där mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och elevhälsans medicinska insatser är centrala verksamheter för det hälsofrämjande arbetet som riktas till barn och unga. Hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande arbete är dock inte tillräckligt tydligt i lagstiftningen i dag.

6.2.1 Det behöver förtydligas att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa

Hälso- och sjukvården har i dag ett lagstadgat ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa, enligt 3 kap. 2 § HSL. Att medicinskt förebygga sjukdomar och skador ingår dessutom i definitionen av hälso- och sjukvård, enligt 2 kap. 1 § HSL.

Begreppet *främja hälsa* uttrycks inte i HSL i dag, men utredningen bedömer att det av förarbetena kan utläsas att det som i dag brukar kallas för hälsofrämjande arbete var avsett att ingå i hälso-

[1] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 39).

och sjukvårdens ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa. I förarbetena till det som i dag är 3 kap. 2 § HSL anges bland annat följande:

> Det förebyggande arbetet är såväl individ- som samhällsinriktat. Utgångspunkter bör vara å ena sidan olika befolkningsgruppers livsvillkor och livsstil samt å den andra deras hälsotillstånd. Perspektivet omfattar såväl kemiska, fysikaliska och biologiska som ekonomiska och sociala riskfaktorers betydelse för folkhälsan. Det ankommer på de verksamma inom hälso- och sjukvården att aktivt medverka till att uppspåra sådana hälsorisker samt att informera såväl patienter, allmänhet som ansvariga inom andra samhällssektorer om de samhälls- och miljöförhållanden som orsakar hälsoproblem. [2]

I samma proposition nämns hälsoupplysning, som bland annat inkluderar att öka befolkningens kunskaper om kostvanor som befrämjar en god hälsa, som en viktig del att det förebyggande arbete som hälso- och sjukvården ansvarar för. Hälsokontroller, vaccinationer, mödrahälsovård och barnhälsovård är ytterligare exempel på sådant förebyggande arbete som nämns i propositionen.

Hälso- och sjukvården har utvecklats i stor utsträckning sedan dessa förarbeten skrevs och sedan ikraftträdandet av det som i dag är 3 kap. 2 § HSL. Det finns därför behov av modernisering när det gäller de begrepp som används i bestämmelsen, så att de anpassas till den utveckling som skett i hälso- och sjukvården, forskningen och samhället i övrigt.

I dag skiljs begreppen hälsofrämjande och förebyggande mer åt, på så sätt att de har olika betydelser, men de är samtidigt fortfarande mycket nära sammanlänkande med varandra. Det finns också exempel i gällande lagstiftning som skiljer på förebyggande och hälsofrämjande arbete. I 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) anges att elevhälsan främst ska vara förebyggande och hälsofrämjande. Utredningen menar att denna skillnad i begreppsanvändning mellan skollagen och HSL riskerar leda till otydlighet kring vad som gäller i fråga om hälsofrämjande arbete enligt HSL. Med utredningens förslag åtgärdas denna problematik.

Hälsofrämjande åtgärder utgår från kunskapen om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra, medan förebyggande åtgärder utgår från kunskapen om vad som orsakar ohälsa och sjukdom.[3] Syftet med hälsofrämjande åtgärder är alltså inte begränsat till att

[2] Prop. 1984/85:181, *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.* (s. 29).
[3] Whitehead, D. (2006): *Health promotion in practice settings: findings from a review of clinical issues.*

enbart förebygga ohälsa, utan syftar även till att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser för att främja sin hälsa och förebygga och hantera sjukdom. Det innebär också att ha ett salutogent perspektiv och att öka individens delaktighet och tilltro till den egna förmågan.[4] Ett hälsofrämjande, holistiskt och salutogent perspektiv är värdefullt och nödvändigt, för att stödja individen att hantera sin situation och främja sin hälsa. Det finns en stor förbättringspotential i hälso- och sjukvården för att öka individens möjligheter att påverka sin egen hälsosituation.[5]

Förebyggande åtgärder är sådana som förhindrar uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minskar risken för ohälsa.[6]

Hälsofrämjande och förebyggande arbete förutsätter kunskap om de faktorer som påverkar hälsan, hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga de skydds- och riskfaktorer som främjar hälsa och som ökar risk för ohälsa. Målet är att stärka skyddsfaktorers och minska riskfaktorers inverkan på hälsan. Det är ett kunskapsområde som är i ständig utveckling utifrån ökad kunskap om människans biologi, miljömässiga faktorer, livsstil, sociala och ekonomiska faktorer av betydelse för hälsa och betydelsen av samhällets föränderliga krav och förväntningar på individen. Områden som levnadsvanor, vad som påverkar psykisk hälsa samt sociala och ekonomiska faktorers relevans har kommit allt mer i fokus för hälsofrämjande och förebyggande insatser.

I dag används i praktiken ofta begreppet *hälsovård* som ett samlat begrepp för *hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.* Begreppet hälsovård förekommer också i flera förarbeten till hälso- och sjukvårdslagstiftningen.[7] Mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarnas och elevhälsans medicinska insatser kan sägas huvudsakligen arbeta med det hälsovårdande uppdraget. Det har i en tidigare proposition uttalats att typen av hälsovård som till exempel

[4] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården.*
[5] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.*
[6] Bloom, M., Gullotta, T. (2003): *Evolving definitions of primary prevention. Encyclopaedia of primary prevention and health promotion*.
[7] Se t.ex. prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag m.m*. och prop. 1984/85:181 *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvård*. Begreppet förekommer även i barnkonventionen, t.ex. art 23 och 24.

bedrivs i mödrahälsovården och barnhälsovården har en viktig roll för kvinnors och barns hälsa, och att det är angeläget att den bedrivs i oförminskad omfattning.[8] Utredningen menar att förslaget lyfter fram och än mer stärker det viktiga arbete som bedrivs inom ramen för hälsovårdsverksamheterna.

Utredningen bedömer att det hälsofrämjande arbetet är en grundläggande förutsättning för att åstadkomma en bättre hälso- och sjukvård för barn och unga. Hälsofrämjande åtgärder tidigt i livet lägger grunden för en god hälsa och välmående för barn och unga och är också en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och social hälsa och välbefinnande för den enskilde. Det lägger också grunden för en långsiktigt socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård.

Många insatser är mer effektiva vid tidigare ålder. Det handlar dels om att problemen är mindre och att barn är mer formbara. Deras närmaste miljö och relationen till vårdnadshavare är också mer formbar i tidigt skede, innan eventuella negativa föreställningar och förväntningar har hunnit byggas upp om varandra och relationen. Det handlar också om att onödiga kostnader kan undvikas, eftersom problemen riskerar att bli större och mer kostsamma när barnen blir äldre.[9]

Det finns också allt fler belägg för att insatser som främjar psykisk hälsa, i synnerhet hos barn, är verkningsfulla och kostnadseffektiva. Det konstaterar WHO:s resolution från 2012 om den globala bördan av psykiska störningar och behovet av en övergripande och samordnad respons från hälsosektorer och sociala sektorer på nationell nivå. FN:s barnrättskommitté uppmanar staterna att öka omfattningen av sådana insatser genom att inlemma dem i policyer och program i olika sektorer, till exempel hälsa. Barn som på grund av sina familjer och sociala miljöer tillhör riskgrupper kräver särskild uppmärksamhet för att de ska ges bättre förutsättningar att hantera svårigheter och klara av vardagslivet och för att man ska främja skyddande och stödjande miljöer.[10]

Utredningen har, mot bakgrund av dessa särskilda fördelar som ett hälsofrämjande arbete innebär för barn och unga, övervägt en

[8] Prop. 1984/85:181, *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvård* (s. 99).
[9] *Underlagsrapport för den statliga utredningen 'Sammanhållen god och nära vård för barn och unga'* S 2019:05. *(*Bilaga 4).
[10] Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om *Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art 24)* CRC/C/GC/15 punkt 39.

reglering som tar sikte på hälsofrämjande arbete enbart till barn och unga. Det bedöms dock inte som ändamålsenligt, bland annat utifrån risken för att en sådan bestämmelse skulle kunna tolkas som att hälsofrämjande åtgärder inte ska erbjudas andra än barn och unga. Även om förslaget alltså tagits fram utifrån vad som är nödvändigt för att förbättra hälso- och sjukvården för barn och unga bedömer utredningen att det finns flera fördelar med att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa hos hela befolkningen. Därför föreslås att förtydligandet placeras i 3 kap. 2 § HSL. På så sätt träffar den också en bredare krets än exempelvis den skyldighet som åligger regionen som huvudman att verka för en god hälsa hos befolkningen, enligt 8 kap. 1 § HSL, eller bestämmelsen om att elevhälsan främst ska vara förebyggande och hälsofrämjande, enligt 2 kap. 25 § skollagen. Den föreslagna bestämmelsen ska alltså tillämpas av alla vårdgivare och av alla regioner och kommuner som huvudmän för hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att det i hög utsträckning kan bidra till en ökad sammanhållning i det fragmentiserade systemet av hälso- och sjukvård och därmed gynna hälso- och sjukvården för barn och unga.

Förslaget innebär inte en förändring av hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden. Inga nya uppgifter läggs alltså varken på huvudmännen eller vårdgivarna genom förslaget. Förslaget utgör ett nödvändigt förtydligande av vad som redan gäller i fråga om hälso- och sjukvårdens skyldighet att arbeta för att förebygga ohälsa, det vill säga att även arbete för att främja hälsa ingår i det. Betydelsen av att det hälsofrämjande perspektivet framgår tydligare i HSL lyftes fram redan i remissvaren inför införandet av lagen. Dåvarande Folkhälsoinstitutet ansåg att ett tillägg i lagen om hälsofrämjande hälso- och sjukvård gav ett starkare incitament till hälsofrämjande insatser, förebyggande hälso- och sjukvård samt förebyggande åtgärder även i ett befolkningsperspektiv. [11]

I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform anförde regeringen, med hänvisning till bestämmelsen i 3 kap. 2 § HSL, bland annat att ett hälsofrämjande och preventivt fokus i hälso- och sjukvården är nödvändigt för att på sikt förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt minska belastningen

[11] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag* (s. 93).

på hälso- och sjukvårdssystemet.[12] När befolkningen lever både ett längre och friskare liv, kan vinsterna för samhället bli stora.

Förslaget ligger i linje med barnkonventionens artikel 24 enligt vilken barn har rätt till hälsa och sjukvård. I detta ingår både hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, men även behandling, rehabilitering och palliativ vård. FN:s barnrättskommitté har uttalat att dessa tjänster måste vara tillgängliga med tillräcklig omfattning och kvalitet på primärvårdsnivån, men även andra vårdnivåer nämns som viktiga i den mån det är möjligt.[13]

Utredningen bedömer också att förslaget är i överensstämmelse med regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, genom att primärvårdens aktörer fortsatt kan ha ett stort ansvar för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

6.2.2 Förslaget ska bidra till att det hälsofrämjande arbetet ökar

Utredningen bedömer att förtydligandet också kan bidra till en tydligare styrning och prioritering av det hälsofrämjande arbetet. Det finns skillnader i hur hälso- och sjukvården arbetar med att minska hälsoklyftorna, både när det gäller hur regionen styr arbetet och hur hälso- och sjukvården prioriterar frågan. Förtydligandet syftar till att stärka det proaktiva arbetet, eftersom vardagen i hälso- och sjukvården av tradition och nödvändighet är präglad av att prioritera behandling av akut sjukdom och skada. Samtidigt behöver det proaktiva arbetet med att främja hälsa och att förebygga ohälsa öka, eftersom det bidrar till att befolkningen blir mer välmående och behovet av sjukvård på sikt kan minska.

Behovet av en tydligare proaktiv ansats i form av starkare förebyggande åtgärder för patienter och befolkning lyfts även i propositionen En god och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Där framgår också att en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av åtta särskilda målområden.[14]

[12] Prop.2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 11).
[13] Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om *Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art 24)* CRC/C/GC/15 punkt 25.
[14] Prop. 2017/18:249, *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (*s. 30 f.*)*.

Målområde 8 anger att hälso- och sjukvården bör erbjuda vård som ger bästa hälsoresultat med befintliga resurser. Vården bör vara tillgänglig efter behov, patienter erbjudas hälsofrämjande och förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser av god kvalitet samt delaktighet och kontinuitet. Målområdets inriktning är bland annat att det förekommer omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat och att vården bör verka hälsofrämjande och förebyggande samt baseras på systematiskt jämlikhetsfokus. Åtgärder som främjar en jämlik hälsa handlar bland annat om tillgänglighet som motsvarar olika behov i befolkningen, om vårdmöten som är hälsofrämjande och som skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat, samt om hälsofrämjande arbete utanför själva vårdmötet med patienten.

Hälsofrämjande arbete handlar alltså i hög grad om åtgärder på populations- och gruppnivå men även om att stödja individen så att denne kan ta eget ansvar för sin hälsa och förbättra sin självupplevda hälsa.[15] Hälsofrämjande arbete bygger på ett antal principer som är vägledande i policy- och programarbete och andra aktiviteter. Principerna är baserade på grundläggande värderingar om hälsa och förhållningssätt för området hälsofrämjande arbete och skapar en tillämpning i folkhälsopolitiken och det praktiska folkhälsoarbetet. Dessa principer handlar om individens förmåga och delaktighet och innefattar ett holistiskt perspektiv på hälsa, jämlikhet, intersektoriell samverkan och hållbarhet över tid.[16]

[15] Medin, J & Alexandersson, K (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*.
[16] Rootman, I. (2001): *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives. Copenhagen*: WHO Regional Publications, European Series, No.92 och Medin, J. Alexandersson K. (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*.

6.2.3 Bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga

Förslag: Det ska införas en ny punkt i 6 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) av vilken det framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Förslag: Det ska införas en paragraf, 8 kap. 3 §, i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) av vilken det framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Förslag: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att meddela föreskrifter i enlighet med det föreslagna bemyndigandet.

Skälen för utredningens förslag: Det behövs en mer detaljerad reglering av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete till barn och unga.

Utredningen bedömer att alla barn och unga ska få insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Genom utredningens förslag till förändring av 3 kap. 2 § HSL förtydligas hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa. För att ytterligare precisera hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete för barn och unga behövs också en mer detaljerad reglering. Det är en förutsättning för en mer likvärdig vård och hälsa för barn och unga oavsett var i landet de bor, val av skola eller vårdgivare.

Regleringen behöver tydliggöra vad som ska ingå i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och rikta bindande krav till huvudmän, vårdgivare och personal. Avsikten är att regleringen ska lägga grunden för det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga. Programmet är tänkt att utgöra ett viktigt komplement till de bindande regler och ger ytterligare vägledning om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med utgångspunkt från dessa regler.

Regleringen bör bland annat innehålla bestämmelser om breda insatser som ges till alla barn och unga för att främja goda levnadsvanor, tillgodose säkerhet och skydd inklusive skydd mot våld i nära

relationer och tillhandahålla föräldraskapsstöd. Den bör också innehålla bestämmelser om insatser som är riktade mot vissa åldersgrupper, till exempel insatser som främjar sexuell och reproduktiv hälsa. Insatserna som regleras bör gälla alla barn och unga från tillblivande till vuxen ålder och vara anpassade efter behov och förutsättningar och ta hänsyn till olika utvecklingsstadier under uppväxten. Insatserna bör kunna ges på universell, selektiv och indikerad nivå för att säkerställa att alla barn får insatser och att de som behöver, får mer fördjupade insatser.

En kontinuerlig hälsouppföljning av barn och unga under hela uppväxttiden behöver vara en central del av regleringen. Uppföljningen bör syfta till att främja fysisk och psykisk hälsa och förebygga ohälsa samt att identifiera behov av fördjupade insatser och att initiera sådana insatser i ett tidigt skede på ett samordnat sätt. Hälsouppföljningen bör innefatta hälsoundersökningar och hälsosamtal. Det kan till exempel handla om att följa tillväxt, somatiska undersökningar av olika slag, insatser för att bedöma barns och ungas allmänna utveckling och psykiska och kognitiva funktioner. Det kan vidare handla om tidig identifikation av fysisk eller psykisk ohälsa, språkutveckling, kontakt och kommunikation. Dessutom kan det handla om inlärning, beteendebedömning, sociala relationer, familjeförhållanden, kränkande behandling, missbruk och stress.

Regleringen bör tydliggöra att barn och unga ska få insatser på ett samordnat sätt och i ett tidigt skede för att förebygga ohälsa och förhindra en allvarligare utveckling och behov av mer omfattande insatser i ett senare skede. Tvärprofessionell och tvärsektoriell samverkan är en grundläggande förutsättning för att barns och ungas behov ska kunna tillgodoses på ett samordnat sätt. Regleringen bör tydliggöra att tvärprofessionell kompetens behövs för att allsidiga bedömningar ska kunna göras av barn och ungas vårdbehov.

Regleringen bör vidare förtydliga behovet av föräldraskapsstöd i olika former, både generellt och riktat, för vårdnadshavare till barn i alla åldrar under hela uppväxttiden. Det föräldraskapsstöd som utredningen här avser är sådant stöd som ingår i hälso- och sjukvårdens uppdrag och innefattar insatser som stödjer vårdnadshavare att främja sina barns hälsa och utveckling. Det kan till exempel handla om hembesök, individuella samtal, föräldragrupper och att följa och uppmärksamma föräldrars psykiska hälsa.

Regleringen bör ställa krav på arbetssätt och metoder som säkerställer att barnets rättigheter enligt barnkonventionen beaktas. Barnets bästa och barnets rätt att få göra sin röst hörd, och till delaktighet och inflytande i sin vård är exempelvis viktiga i sammanhanget.

Regleringen bör dessutom hänvisa till centrala bestämmelser om systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete och reglera uppföljningen av insatser som ges till barn och unga, på individuell och aggregerad nivå. Uppföljningen av barns och ungas hälsa kommer även att behandlas i utredningens slutbetänkande och bestämmelser i föreskriften behöver anpassas till eventuella nya förslag från utredningen i denna del.

Förslaget bidrar till en jämlik vård och minskad fragmentisering

Flera statliga utredningar har pekat på behovet av en mer sammanhållen vård. Barn- och ungdomshälsovården är i dag fragmentiserad och består av flera huvudmän och vårdverksamheter som arbetar utifrån olika uppdrag och förutsättningar. Det finns stora brister när det gäller likvärdighet, samordning och informationsöverföring mellan berörda aktörer. Behovet av ytterligare bindande regler på området har även lyfts i utredningens dialoger med företrädare för olika berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter inklusive elevhälsans medicinska insatser, professionen, barn och unga och berörda myndigheter. Barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter har uttryckt en oro för en ökande ojämlikhet i vården och en otydlighet om vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska innehålla på grund av att reglering saknas. De riktlinjer och underlag som finns att tillgå för mödrahälsovården tillämpas olika utifrån verksamheternas olika organisationsform och lokala förutsättningar. Det kan bidra till en ojämlik mödrahälsovård i landet. Barnhälsovårdens sjuksköterskor och barnhälsovårdssamordnare betonar betydelsen av nationellt bindande regler för att nå en mer jämlik barnhälsovård i landet.

För att komma tillrätta med dessa problem bedömer utredningen att det behövs en mer enhetlig styrning på nationell nivå, vilket saknas i dag. På nationell nivå finns vägledningar och riktlinjer kopplade specifikt till mödrahälsovårdens, barnhälsovårdens och elevhälsans insatser. Dessa är dock inte rättsligt bindande och professionsföre-

trädare vittnar också om att det förekommer avsteg från genomförandet av barnhälsovårdens program, framför allt på grund av ekonomiska skäl och att hälsofrämjande och förebyggande arbete får stå tillbaka för mer sjukdomsinriktade insatser. Särskilda utmaningar gäller barnhälsovårdens förutsättningar att tillhandahålla fördjupade och riktade insatser till familjer och barn med stora behov av stöd Förutsättningarna för att bedriva elevhälsans medicinska insatser varierar mellan skolhuvudmännen i landet och det efterfrågas ett tydligare stöd för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Vägledningarna tar inte heller ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa och välmående under hela uppväxttiden utan riktar sig till enskilda verksamheter och understryker ett verksamhetsinriktat arbete. Detta innebär att verksamheterna inte arbetar mot helheten utan utifrån sina specifika uppdrag, målgrupper och medicinska program. Det försvårar förutsättningarna för att samlat följa barn och ungas hälsoutveckling under hela uppväxttiden.

Förslaget leder till ett mer samlat grepp kring de hälsofrämjande och förebyggande insatserna till barn och unga, och preciserar det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Tillgången till och kvaliteten på insatserna ska inte bero på var i landet man bor eller vilken skola eller vårdgivare man har valt. Ett samlat grepp är förenligt med rättigheter som följer av barnkonventionen, främst barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering enligt barnkonventionens artikel 24. Utredningen bedömer att även unga personer upp till 21 års ålder bör gynnas väsentligt av ett sådant samlat grepp. Det täcker in de åldersgrupper som kan vara föremål för elevhälsans medicinska insatser och skapar vid behov förutsättningar för en mjukare övergång till hälso- och sjukvård för vuxna.

Mer detaljerade bestämmelser bör finnas i föreskrifter

Utredningen har övervägt lämplig författningsnivå för att möta det behov av bindande reglering om hälsofrämjande och förebyggande arbete som redovisats ovan. Utredningen bedömer att bestämmelser inom detta område bör hanteras i föreskrifter som meddelas av en myndighet. Det baseras dels på att bestämmelser om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn

och unga skulle behöva vara på en sådan detaljerad nivå som inte lämpar sig i vare sig lag eller förordning, dels på att bestämmelserna behöver bygga på var tids bästa tillgängliga kunskap. Det senare förutsätter att kunskapsläget följs noggrant och att det finns en möjlighet att relativt snabbt göra förändringar i regleringen. Utredningen bedömer att det finns större förutsättningar för en myndighet att göra sådana förändringar i takt med att kunskapsläget utvecklas, än för regering och riksdag att göra det i förordning respektive lag. Kunskapsläget förändras snabbt på området, bland annat när det gäller de minsta barnens hälsa och utveckling.

För att möjliggöra föreskrifter om hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete till barn och unga föreslår utredningen att ett bemyndigande placeras i en ny punkt i 6 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Bemyndigandet bör ge regeringen möjlighet att besluta om en myndighet som får meddela föreskrifter, men också att själv meddela föreskrifter i frågan om regeringen skulle se det som mer lämpligt.

Utredningen bedömer att Socialstyrelsen är den myndighet som är bäst lämpad att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Socialstyrelsen är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg. Socialstyrelsen ska enligt sin instruktion bland annat ”genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet” (4 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen). Mot bakgrund av detta föreslår utredningen att ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter i frågan placeras i en ny paragraf, 8 kap. 3 §, i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

Utredningen ser att de föreslagna bemyndigandena har en tydlig koppling till 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen, särskilt genom den förändring som utredningen föreslår av den paragrafen.

Socialstyrelsen bör även ges ett uppdrag att meddela föreskrifter

Ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter skulle innebära att myndigheten *får* meddela föreskrifter i frågan, men inte en skyldighet för myndigheten att göra det. Utredningen bedömer, av de skäl som presenterats ovan, att det är mycket angeläget att föreskrifter meddelas i fråga om hälso- och sjukvårdens arbete med att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. För att säkerställa att så blir fallet föreslår utredningen att regeringen ger Socialstyrelsen ett uppdrag att meddela sådana föreskrifter.

Vad avses med barn och unga?

Som framgår ovan bedömer utredningen att föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga bör omfatta hälso- och sjukvårdens arbete riktat till personer upp till 21 års ålder, för att på ett ändamålsenligt sätt tillmötesgå de behov som finns i den åldersgruppen. Enligt artikel 1 i barnkonventionen är varje människa under 18 år ett barn om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet. Eftersom en person blir myndig vid 18 års ålder i Sverige, enligt 9 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381), definieras personer som är yngre än 18 år som barn i Sverige enligt barnkonventionen.

Begreppet unga är mer svårdefinierat då detta kan omfatta både unga under tiden då personen är ett barn i rättslig bemärkelse och unga vuxna personer. Utredningen bedömer att det inte räcker att det föreslagna bemyndigandet avser hälso- och sjukvården till barn, då det även under de första åren som ung vuxen kan finnas särskilda behov i en hälso- och sjukvårdskontext. Eftersom olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet tillhandahåller insatser till barn och unga i olika åldersgrupper (se Problembild, kap. 5) händer det inte sällan att unga personer riskerar att hamna mellan stolarna, exempelvis i övergångar mellan barn- och vuxensjukvården. Utöver den problematik som föreligger vid övergången från barn- till vuxensjukvård ser barns och ungas möjligheter att få hjälp av elevhälsans medicinska del olika ut beroende på hur länge personen genomgår utbildning. Inom elevhälsan ska insatserna tillhandahållas så länge eleven är i skolan och de flesta elever är över 18 år när de avslutar gymnasieskolan. Insatser som regleras i skollagen styrs inte av den

unges ålder, utan utifrån om personen är i utbildning eller inte. Barn och unga som av olika anledningar inte är i skolan eller som avslutar skolan i förtid, får inte tillgång till de hälsofrämjande och förebyggande insatserna som ges i skolan.

Sammantaget innebär ovanstående omständigheter att en hälso- och sjukvårdsreglering som är knuten till ett brytdatum vid 18 års ålder inte är optimalt ur ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsoutveckling. Det gäller särskilt i fråga om en reglering av arbetet för att främja hälsa och förebygga ohälsa, eftersom utredningen konstaterat att sådant arbete är av särskild vikt att erbjuda alla på ett likvärdigt sätt under hela uppväxttiden.

I 16 kap. 3 § HSL används uttrycket barn och unga när det gäller samarbete mellan region och kommun i fråga om barn och unga utanför det egna hemmet. Av relevanta förarbeten framgår följande:

> I socialtjänstlagen finns inte någon definition av vad som avses med unga. I förarbetena anges att socialnämndens ansvar när det gäller omsorger om barn och ungdom sträcker sig från insatser för de minsta barnen till insatser för ungdomar upp till 20-årsåldern. När det gäller allmänt förebyggande och stödjande arbete så har man inte velat lägga fast någon åldersgräns uppåt (se prop. 1979/80:1 s. 254). Vård som har beslutats med stöd av LVU ska upphöra senast när den unge fyller 21 år. Regeringen anser att det är lämpligt att sätta gränsen när det gäller erbjudandet om hälsoundersökningar till samma åldersgräns som gäller för vård enligt LVU. Regeringen föreslår därför att erbjudandet, förutom att gälla barn, även ska gälla unga personer i åldern 18–20 år.[17]

I ljuset av resonemangen ovan om vilka behov som finns i olika åldersgrupper och om hur begreppen barn och unga bör förstås i HSL, socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, har utredningen landat i att begreppet unga på ett ändamålsenligt sätt inramar såväl barn i ungdomsåren som unga vuxna upp till 21 års ålder. Utredningen bedömer att ”barn och unga” fångar en större grupp av de personer som är i behov av den ovan beskrivna föreskriftsregleringen än enbart barn, exempelvis unga personer som är i gymnasieutbildning efter att de fyllt 18 år. På så sätt omfattas även exempelvis unga personer med vårdinsatser som har beslutats med stöd av LVU samt personer som befinner sig i övergången mellan barn- och vuxensjukvården.

[17] Prop. 2016/17:59, *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet* (s. 33 ff.).

I sammanhanget kan det nämnas att förslag på förtydliganden av att unga inom socialtjänsten ska avse personer under 21 års ålder har lämnats av Barnskyddsutredningen och Utredningen om tvångsvård för barn och unga.[18]

I linje med den lagstiftningsteknik som valts i 16 kap. 3 § HSL föreslår utredningen dock inte att åldern skrivs ut direkt i lagparagrafen, utan att begreppet barn och unga används i betydelsen personer som inte fyllt 21 år.

6.3 Nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

För att ytterligare förstärka den nationella styrningen av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga föreslår utredningen i detta avsnitt att ett nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga ska utformas. Förslaget svarar mot direktivets uppdrag att föreslå hur vården kan bli mer sammanhållen och vad som ska ingå i uppgiften att erbjuda en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

I bakgrundsavsnittet konstateras att de verksamheter som tillhandahåller hälsovård till barn och unga, eller så kallad barn- och ungdomshälsovård, består av ett komplext system med flera huvudmän och vårdverksamheter. Uppdrag och ansvarsfördelning mellan de olika vårdverksamheterna upplevs som otydlig såväl för de professionella som för barn och unga och deras familjer. Det finns brister i samverkan mellan verksamheterna och i samordningen av vårdinsatser för barn och unga. Fragmentiseringen är delvis en naturlig konsekvens av det decentraliserade ansvaret att organisera, planera och finansiera hälso- och sjukvård till barn och unga och det kommunala självstyret. Mängden aktörer bidrar till fragmentisering av vården och i värsta fall till att barn och unga inte får de vårdinsatser som de behöver.

Under barns tidiga liv och utveckling är tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser god och tack vare det nationella barnhälsovårdsprogrammet tillhandahålls insatserna på förhållandevis likvärdiga grunder i landet. Mödrahälsovården och barnhälsovår-

[18] SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga* s. 41 och SOU 2014:3 *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga* (s. 144 f).

den lyfts ofta fram som strategiskt viktiga verksamheter ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. De har stor kontaktyta mot befolkningen, professionell kompetens och förutsättningar att tillhandahålla insatser i ett mycket tidigt skede vilket gagnar barns hälsa och utveckling. Förutsättningarna för att bedriva mödrahälsovård och barnhälsovård varierar dock i landet och det förekommer brister när det gäller tillgång på riktade insatser, samordningen av vårdinsatser och samverkan både inom och mellan verksamheterna. När barnen börjar skolan tar skolhuvudmannen och elevhälsan över ansvaret för att följa upp barns och ungas hälsa och utveckling. Tillgängligheten till och kvaliteten på elevhälsans insatser varierar stort inom och mellan skolhuvudmän och skolenheter.

Samtliga utpekade verksamheter tillhandahåller hälsovård till barn och unga. Trots detta saknas gemensam syn på barns och ungas hälsa och utveckling hos de berörda aktörerna inom vård och skola. Det finns inte heller någon gemensam nationell målbild eller gemensamt nationellt vårdprogram för de insatser som tillhandahålls. Verksamheterna arbetar i hög grad i stuprör utifrån egna mål, strategier och förutsättningar. Samordningen av vårdgivarnas verksamheter behöver förbättras även på regional och lokal nivå. Det gäller i synnerhet samordningen av de insatser som tillhandahålls av skolhuvudmännen och de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Sammantaget innebär detta att barn och unga inte har tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet.

Statens stöd till verksamheterna bygger på den befintliga verksamhetslogiken i kommuner och regioner och är ofta riktat till de enskilda verksamheterna. Det understryker fragmentiseringen av vården i stället för att stödja ett helhetsperspektiv och en mer sammanhållen vård. Som exempel kan nämnas arbetet med kunskapsstöd och vägledningar. I dag finns särskilda vägledningar för barnhälsovård och för elevhälsa i stället för en gemensam. Samarbetet mellan myndigheterna har dock utvecklats vilket har bidragit till ökad samsyn i frågor som rör hälsovård till barn och unga. Regeringen har bland annat gett Socialstyrelsen och Statens skolverk i uppdrag att tillsammans utforma vägledningen om elevhälsa. Regeringen har också gett ett stort antal myndigheter och Sveriges

Kommuner och Regioner i uppdrag att utveckla en gemensam strategi för psykisk hälsa.[19]

Utredningen bedömer att ovannämnt myndighetssamarbete och arbetet med framtagande av en gemensam strategi pekar i rätt riktning. Det finns fortsatt behov av en tydligare nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Utredningen bedömer att en nödvändig och rimlig ansats är att tydliggöra vad som ingår i hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete (hälsovård) som riktas till barn och unga under hela uppväxttiden.

6.3.1 Inriktningen på det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga

Förslag: Utredningen föreslår att ett nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga under hela uppväxttiden tas fram.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma programmet i nära samarbete med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, SKR, myndigheter och professions- och patient- och närståendeorganisationer ska vara delaktiga vid utformningen av programmet.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen föreslår en nationell samling med berörda aktörer kring utvecklingen och implementeringen av ett hälsovårdsprogram som tar ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden. Programmet ska lägga grunden för en mer sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga i bred bemärkelse och ge utförlig vägledning om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Hälsovårdsprogrammet ska omfatta alla barn och unga, från tillblivande till vuxen ålder. Insatser ska ges på lika villkor i landet oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare.

Programmet ska utvecklas med utgångspunkt från barns och ungas behov och vad de kan förvänta sig av det hälsofrämjande och

[19] Uppdrag till Socialstyrelsen att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention (dnr S2020/06171/FS).

förebyggande arbetet oavsett huvudman eller vårdverksamhet som tillhandahåller insatserna. I programmet ska ingå insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa och vid behov även fördjupade insatser. Insatserna ska ges nära barn och unga, i ett tidigt skede och vara ändamålsenligt samordnade. Målet är att alla barn och unga ska ha bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa och sociala välbefinnande.

Det nationella hälsovårdsprogrammet ska tydliggöra ramarna för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och utgöra ett stöd och ett sammanhållande kitt för professionella och beslutsfattare på alla nivåer inom de aktuella verksamheterna. Det ska också bidra till ökad förståelse om de olika vårdverksamheternas uppdrag och tydliggöra vilket ansvar vårdverksamheterna har enligt lag och annan författning.

Utredningen har i tidigare avsnitt föreslagit ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska utvecklas och anpassas till föreskrifterna och ge ytterligare vägledning om frågor som inte passar i föreskriftsform.

Hälsovårdsprogrammet ska bidra till en mer enhetlig nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga och utgöra basen i en god, nära, sammanhållen och likvärdig vård. Det ska också bidra till ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa och utveckling.

Det nationella hälsovårdsprogrammet förutsätter att berörda aktörer kan samverka så att vården blir med sammanhållen. Strukturer för samverkan behöver byggas upp till exempel mellan primärvården, BUP och elevhälsan för att överbrygga övergångarna mellan vårdverksamheterna och skapa mer sammanhållna vårdprocesser för barn och unga. Det förutsätter också att skolhuvudmännen ger elevhälsans medicinska insatser möjligheter att kunna arbeta i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet oavsett om huvudmannen är en kommunal, enskild, statlig eller regional aktör.

För barnhälsovården finns ett nationellt hälsovårdsprogram vilket har bidragit till att göra hälsovården för de små barnen mer likvärdig och samordnad. Utredningen bedömer att ett nationellt hälsovårdsprogram på motsvarande sätt bör utvecklas för barns och ungas hela uppväxttid. I utredningens dialog med företrädare för

verksamheter, professioner och barn och unga har behovet av ett sådant program som samordnar de hälsofrämjande och förebyggande insatserna för barn och unga under hela uppväxttiden lyfts fram på bred front. Utredningen konstaterar att det också ligger väl i linje med hur de övriga nordiska länderna har valt att styra barn- och ungdomshälsovården. I de övriga nordiska länderna finns nationella föreskrifter och vägledningar som omfattar barns och ungas hela uppväxttid.[20] Till exempel har Norge nationella riktlinjer för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälsostations- och skolhälsotjänsten.[21] Danmark har en sådan vägledning för förebyggande arbete för barn och unga.[22] Dessutom har England ett nationellt hälsoprogram för barn och unga som bygger på universella och fördjupade insatser.[23]

Utredningen bedömer att det befintliga programmet för barnhälsovården som regionerna ansvarar för bör utgöra en viktig grund och utgångspunkt för arbetet med hälsovårdsprogrammet och de insatser som riktas till barn och unga under hela uppväxten. Därutöver finns ett antal vägledningar och handböcker för de olika verksamheterna som också bör beaktas såsom exempelvis Socialstyrelsens och Statens skolverks Vägledning för elevhälsan och ARG-rapport för mödrahälsovården, sexuell och reproduktiv hälsa som utformats av företrädare för professionella inom mödrahälsovården. Det finns också riktlinjer och en handbok för ungdomsmottagningarnas verksamhet som Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar har utarbetat. Samtliga dessa styrdokument är viktiga utgångspunkter vid utformningen av hälsovårdsprogrammet. Syftet med programmet är dock att verksamheterna ska styras med utgångspunkt från ett gemensamt program och inte genom vägledningar eller andra styrdokument som riktar sig till de enskilda verksamheterna.

[20] Socialstyrelsen (2012): *Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige*.
[21] Helsedirektoratet (2017): *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdomen*.
[22] Sundhetsstyrelsen (2019): *VEJLEDNING om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge.*
[23] Public Health England (2016): *Best start in life and beyond: Improving public health outcomes for children, young people and families Guidance to support the commissioning of the Healthy Child Programme 0–19: Health visiting and school nursing services.*

Insatser på tre nivåer skapar förutsättningarna för att barn och unga får sina behov tillgodosedde

Hälsovårdsprogrammet ska i likhet med barnhälsovårdsprogrammet omfatta rekommendationer om hälsofrämjande och förebyggande insatser på tre nivåer, universell, selektiv och indikerad. Insatserna bör vara utformade efter barns och ungas olika utvecklingsstadier och anpassade till barn och ungas förutsättningar och behov oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning och sexuell läggning. De bör bidra till delaktighet för barnet eller den unge med utgångspunkt från ålder och mognad. Insatserna bör också vid behov vara samordnade och erbjudas i ett tidigt skede för att i möjligaste mån förebygga behovet av fördjupade insatser. Föräldraskapsstöd ska vara en viktig insats på alla nivåer och under hela uppväxttiden. Syftet med föräldraskapsstödet bör vara att stödja vårdnadshavare att ge sina barn en bra start i livet och en gynnsam utveckling med god hälsa.

Insatser på den *universella nivån* ska riktas till alla barn och unga och deras familjer och fortsatt utgöra en grund för det individinriktade förebyggande och hälsofrämjande arbetet. I detta arbete bör till exempel ingå att tillhandahålla hälsobesök till barn och unga under uppväxttiden, generella hälsoundersökningar, hälsosamtal och vaccinationsprogram samt stöd i föräldraskapet. I det universella arbetet ska det vidare ingå att identifiera generella riskfaktorer för ohälsa och stödja och främja friskfaktorer till exempel för barn och unga på gruppnivå. Det kan handla om barns och ungas och deras familjers utveckling av en hälsosam livsstil och frågor som kost, sömn och fysisk aktivitet med mera.

Insatser på den *selektiva nivån* ska riktas till barn och unga och deras familjer som har behov av ytterligare stöd, hjälp och vägledning. Det kan till exempel handla om fördjupade kartläggningar av risk- och friskfaktorer och hälsovägledning som ska motivera till förändrade levnadsvanor hos barn och unga och deras familjer samt utökat föräldrastöd och tvärprofessionell konsultation eller samverkan kring barn och unga och deras familjer med ökade behov. På den selektiva nivå ingår att ge insatser till identifierade grupper av barn och unga och deras familjer som är i riskzonen för att utveckla ohälsa. Det kan handla om barn och unga som växer upp under

ogynnsamma sociala villkor, med psykisk ohälsa i familjen eller med konsekvenser av funktionsnedsättningar. För barn i skolåldern kan det handla om den gruppen elever som lämnar grundskolan med ofullständiga betyg. Uppsökande verksamhet kan vara aktuellt inom ramen för den selektiva nivån. Detta ligger också i linje med riksdagens intentioner om att primärvården i högre grad bör få ansvar för uppsökande verksamhet.[24]

Insatser på den *indikerade nivån* ska riktas individuellt till barn och unga och i förekommande fall familjer med behov av fördjupade insatser. I detta ingår även att tidigt upptäcka barn och unga som har behov av förstärkta vårdinsatser och insatser som ska underlätta för vårdnadshavare att stödja barns hälsoutveckling. Med tidig upptäckt avses att i ett tidigt skede av en befarad problemutveckling identifiera tecken på ohälsa och utvecklingsavvikelser eller riskfaktorer av betydelse för barnets hälsa och utveckling. Det kan handla om ytterligare samtal och vägledning för det enskilda barnet eller den unge och dess familj. På den indikerade nivån ingår också att ta initiativ till fördjupad utredning och behandling i samverkan med andra vårdgivare och vårdnivåer, till exempel vård- och hälsocentraler eller remittering till specialistsjukvården, tandvården eller socialtjänsten. Insatser ska vidare ges i tid och vara ändamålsenligt samordnade. Det är viktigt att berörda huvudmän, både för hälso- och sjukvård och för skolverksamhet lyckas med ansatsen att både lyfta och stärka en sammanhållen hälsovård för barn och unga och samverkan med andra vårdgivare och samhällsaktörer såsom tandvård och socialtjänst, och att förbättra samordningen av vårdinsatser för barn och unga. Utifrån barnets perspektiv är det viktigt att det inte finns några trösklar, gränser, samverkansglapp i insatserna runt barnet eller den unge och dess familj.

Hälsouppföljning ska utgöra grunden för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Hälsouppföljning ska liksom i dag fortsatt utgöra en central del i hälsovården till barn och unga. I hälsouppföljningen bör ingå att främja barns och ungas fysiska och psykiska hälsa, förebygga ohälsa och tidigt identifiera behov och initiera fördjupade stöd och riktade

[24] Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

insatser samt föräldraskapsstöd. Utredningen bedömer att hälsouppföljningen ska ske under barns och ungas hela uppväxttid och utformas och anpassas efter barns och ungas utvecklingsnivåer. Grunden för hälsouppföljningen är de hälsobesök som genomförs under uppväxttiden. Hälsovårdsprogrammet bör ge vägledning om rekommenderat antal hälsobesök och vad hälsobesöken ska innefatta. Hälsouppföljningen ska bygga på kunskapen om dels vad som främjar folkhälsan, dels om rådande folkhälsoproblem. Insatserna bör vara proaktiva och uppsökande. Med det avses att alla ska erbjudas hälsobesök och att hälsobesök inte uteblir på grund av att ett barn eller unge person byter skola eller flyttar från kommunen och regionen. Insatser som bygger på kunskaper om bland annat hälsans bestämningsfaktorer ska prioriteras. Hälsouppföljningen ska ge betydelsefull information om barns och ungas hälsa på såväl populations- som individnivå och ska ligga till grund för hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Hälsouppföljning i de tidiga åldrarna ska liksom i dag utgå från de rekommendationer om hälsobesök som anges i det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Vid hälsobesöken bör barnets hälsa och tillväxt samt barnets och familjen livssituation följas upp. Dessutom bör hälsosamtal genomföras för att främja psykiskt välbefinnande och goda levnadsvanor. Åtgärder bör vidtas i ett så tidigt skede som möjligt.

Hälsouppföljning för barn i skolåldern ska liksom i dag bygga på de hälsobesök som regleras i skollagen för grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan samt för gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Hälsobesöken för barn i skolåldern ska syfta till att bedöma barnets eller den unges fysiska och psykiska hälsotillstånd, tillväxt, utveckling och inlärning med målet att tidig upptäcka barn och unga i behov av stöd eller andra insatser. Hälsobesöken ska innehålla undersökningar för att upptäcka till exempel tillväxt- och utvecklingsavvikelser och syn- eller hörselnedsättningar med flera relevanta undersökningar. I hälsobesöken ska även ingå ett hälsosamtal med syftet att stärka barnet eller den unges förutsättningar till ett hälsosamt liv. Under hälsosamtalet bör till exempel matvanor, fysisk aktivitet och alkohol och tobaksanvändning, sexuell och reproduktiv hälsa samt signaler på psykisk ohälsa, familjeförhållanden och sociala situation tas upp. När det gäller sexuell och repro-

duktiv hälsa kan det vara värdefullt att elevhälsan samverkar med ungdomsmottagningarna om informationsinsatser med mera.

Föräldraskapsstöd ska vara en central del av hälsovårdsprogrammet

Föräldraskapsstöd är en central del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och en av de viktigaste insatserna samhället kan göra för att undvika ojämlikhet och negativa utfall för barn och unga. Föräldraskapsstöd ska därför vara en kontinuerlig insats i det nationella hälsovårdsprogrammet under barns och ungas hela uppväxttid. Vårdnadshavare har en unik möjlighet att främja barns hälsa och utveckling och relationen mellan barn och vårdnadshavare och föräldraförmågan har stor betydelse för barnets utveckling.[25] När barnet har en trygg anknytning och god relation till sina vårdnadshavare, minskar risken för en rad olika hälsoproblem och riskbeteenden.[26]

Föräldraskapsstödet kan erbjudas i olika former, generellt och riktat, enskilt eller i grupp. Det kan vara av psykologiskt eller av mer utredande karaktär såsom insatser relaterat till föräldraskapet, samspel mellan vårdnadshavare och barnet, svårigheter hos barnet eller av mer allmän kunskapshöjande och förebyggande eller stödjande karaktär såsom föräldrastödsprogram.[27] Vårdnadshavares behov av stöd kan se olika ut och förändras under barnets uppväxt beroende på många olika faktorer, såsom var barnet är i sin utveckling, händelser i familjen, uppväxtmiljö och utvecklingen i samhället. Det finns en stabil forskningsgrund för den ekonomiska evidensen för föräldraskapsstödsprogram.

De ofödda och allra yngsta barnen är särskilt utsatta och sårbara när vuxna i familjen har allvarliga svårigheter, eftersom de är helt beroende av de vuxna för sin utveckling och sitt välbefinnande. Det är därför avgörande att svårigheter hos vårdnadshavare och svårigheter i relationen mellan barn och vårdnadshavare tidigt upptäcks och att individuellt stöd i föräldraskapet erbjuds. Stöd till familjer med svårigheter är ett forskningsområde som behöver stärkas.[28]

[25] Regeringskansliet Socialdepartementet (2018): *En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd.*
[26] Blair M. et al. (2013): *Barnhälsovetenskap.*
[27] SBU (2010): *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn.*
[28] Folkhälsomyndigheten (2016)*: Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld.*

Det är viktigt att tidigt uppmärksamma problem i familjer med svårigheter så att stöd och insatser kan sättas in så tidigt som möjligt i barnens liv. Exempel på sådana insatser är arbetet med förstärkta insatser och utökade hembesök till förstagångsföräldrar i socioekonomiskt utsatta områden som pågått med statligt stöd de senaste åren inom barnhälsovården, med goda resultat.[29] Ett annat exempel är samarbetet mellan Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Nationellt kunskapscentrum anhöriga som syftar till att öka kunskapen om de yngsta barnens psykiska hälsa och utveckling, om riktat föräldraskapsstöd och om insatser i övrigt för barn och familjer när det finns behov av utökat stöd.[30]

Delaktighet för barn och unga ska vara en central utgångspunkt

Barns och ungas delaktighet ska vara en central utgångspunkt för de insatser som ges inom ramen för det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga. Barn och ungas delaktighet ska anpassas efter ålder, mognad och andra förutsättningar och behov.

Bestämmelser om patienters delaktighet finns bland annat i 5 kap. patientlagen och, när det gäller barn, i artikel 12 barnkonventionen, se även bedömningar om organisering och planering (avsnitt 6.4.3) för mer information. När det gäller barn har de en rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör barnet och dessa ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad, enligt artikel 12 barnkonventionen.

En viktig förutsättning för delaktighet handlar om att göra hälso- och sjukvården mer personcentrerad. Personcentrering av hälso- och sjukvården innebär att vård och behandling utgår från patientens individuella behov och förutsättningar och resurser i alla delar av vårdprocessen, innan, under och efter ett vårdmöte eller vårdkontakt. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter fattar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters och

[29] Socialstyrelsen (2020): *Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården En andra delrapport från Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020.*
[30] Socialstyrelsen (2021): *Stöd till barn som är anhöriga* (Hämtad 2021-04-09) och Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga* (Hämtad 2021-04-09).

närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet, men även i utformningen av hälso- och sjukvården.[31] Utredningen bedömer att det är angeläget att utveckla personcentreringen av hälso- och sjukvården utifrån barns och ungas perspektiv. Det handlar huvudsakligen om att skapa vårdmöten som underlättar förutsättningen för barn och unga att vara delaktiga i beslut om vård och behandling utifrån sina förutsättningar, behov och resurser. Utredningen vill även lyfta fram behovet av att skapa vårdtjänster av olika slag inklusive digitala vårdtjänster och vårdmöten som är anpassade efter barns och ungas behov och förutsättningar. Det gäller särskilt unga personer som i dag inte alltid nås av de hälsovårdsinsatser som ges inom ungdomsmottagningarnas verksamhet, till exempel unga med funktionsnedsättning, unga hbtq-personer, unga nyanlända personer och unga personer från socioekonomiskt utsatta områden.

Barns och ungas rätt till information, enligt bland annat 3 kap. patientlagen och, när det gäller barn artikel 12 barnkonventionen, är centralt för möjligheten att vara delaktig. Det handlar bland annat om att barn och unga ska få information om föreslagen vård och behandling och dess effekter och resultat. FN:s barnrättskommitté har också pekat på vikten av att införa lagstiftning eller regler för att säkerställa att barn har tillgång till konfidentiell medicinsk rådgivning utan föräldrars tillstånd oavsett ålder om detta behövs för barnets säkerhet och välbefinnande.[32] Dessutom bedömer utredningen att det finns behov av att anpassa informationen om hälso- och sjukvårdens organisering regionalt och lokalt för barn och unga. Sådan information bör innehålla tydlig vägledning om vart barn och unga kan vända sig med sina vårdbehov.

Vidare finns det enligt utredningen behov av att skapa vårdprocesser som bidrar till kontinuitet och samordning av vårdinsatser för barn och unga inom och mellan vårdnivåer och vårdverksamheter och förenklade sätt för barn och unga att ta kontakt med vården. En väg in i vården är ett sådant exempel på förenklade kontaktvägar som förekommer i vissa regioner. I utredningens dialoguppdrag har företrädare för barn och unga i detta sammanhang lyft fram behovet av ett gott bemötande och att kompetens om barns och ungas levnadsvillkor och andra förutsättningar är en viktig grund för att kunna ge

[31] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, rapport 2018:08.
[32] Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12 (2009): *Barnets rätt att bli hörd*, CRC/C/GC/12 (p. 99–101).

ett gott bemötande. Det handlar bland annat om förståelsen för barns och ungas sociala, kulturella och övriga förhållanden.

Förståelsen för vårdverksamheternas uppdrag behöver öka

I enlighet med Problembilden, kap. 5, kan utredningen konstatera att det finns oklarheter hos professionella inom vård och omsorg om ansvarsfördelningen mellan de berörda verksamheterna. Utredningen bedömer att det i första hand handlar om att öka kunskapen hos berörda huvudmän och aktörer om de olika vårdverksamheternas uppdrag. Hälsovårdsprogrammet ska därför bidra till att öka förståelsen om de olika vårdverksamheternas uppdrag och tydliggöra vilket ansvar vårdverksamheterna har enligt lag och annan författning. Utredningen bedömer att det till exempel finns behov av att öka kunskapen om elevhälsans medicinska insatsers uppdrag och ansvar hos hälso- och sjukvården i övrigt och att tydliggöra primärvårdens ansvar för barn och unga i skolåldern. Vidare finns behov av att tydliggöra elevhälsans medicinska insatsers roll som det första ledet i en vårdprocess när behov av fördjupade vård- och behandlingsinsatser uppmärksammas. Utredningen bedömer att det inte är lämpligt att på en nationell nivå tydligt definiera ansvarsgränser mellan verksamheterna eftersom en viss överlappning av verksamheternas uppdrag och ansvar är nödvändigt för att barn inte ska falla mellan stolarna. Alltför skarpa ansvarsgränser kan få till följd att vissa individer hamnar utanför verksamheternas definierade ansvarsområden. Det måste också fortsatt finnas förutsättningar för de regionala och lokala huvudmännen att avtala om den mer exakta gränsdragningen mellan de berörda verksamheterna med utgångspunkt från regionala och lokala förutsättningar och behov. Den centrala utgångspunkten ska vara att vårdverksamheterna tar ansvar för att alla barn och unga får tillgång till stöd, vård och behandling efter behov anpassat efter ålder och mognad och andra förutsättningar.

Det är mycket angeläget att ansvarsfördelningen mellan berörda verksamheter stödjer överlämningar och övergångar och täpper till kända glapp till exempel mellan barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser och mellan elevhälsans medicinska insatser och övrig hälso- och sjukvård. Detsamma gäller överlämningar och övergångar från hälso- och sjukvård för barn- till hälso- och sjukvård för

vuxna. Ur ett ansvarsperspektiv är det också synnerligen viktigt att verksamheter med specialiserad kompetens kommer in tidigt i en vårdprocess och bidrar med konsultativt stöd till primärvården och de verksamheter som tillhandahåller hälsovård till barn och unga.

Barn och unga ska få en kontinuerlig vård och samordnade insatser

I hälsovårdsprogrammet ska det finnas vägledning om hur hälso- och sjukvård för barn och unga kan bli mer sammanhållen, samordnad och kontinuerlig. Det handlar om att få till stånd en mer ändamålsenlig samordning av vård för alla barn och unga som behöver insatser från flera vårdverksamheter. Utredningen vill understryka att det är särskilt viktigt att samordning sker när det gäller barn och unga. Barn är, bland annat utifrån barnkonventionen, särskilt skyddsvärda personer som ofta behöver hjälp och stöd av professionella eller andra vuxna för att kunna ta del av sina rättigheter. Men även unga personer som är över 18 år har ofta särskilda behov i detta avseende. Samordningen kan ske med hjälp av en fast vårdkontakt. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och samordning. Bestämmelsen gäller hos samtliga vårdgivare oavsett huvudman. För att ytterligare understryka behovet av att barn och unga får en fast vårdkontakt föreslår utredningen en bestämmelse som ska gälla i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. Den föreslagna bestämmelsen innebär att om en patient inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Samordningen bör ske när ett barn eller en ung person behöver få hjälp med att hitta rätt i vårdapparaten, till exempel när ett barn eller en ung person har behov av utredning, vård och behandling från annan vårdnivå eller vårdverksamhet än den verksamhet som har identifierat behovet. Den aktuella vårdverksamheten bör då lotsa barnet eller den unge till rätt vårdverksamhet och följa upp att vårdinsatser genomförs med beaktande av tillämpliga regler om sekretess och tystnadsplikt.

I enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska patienters olika vårdinsatser vara samordnade på ett ändamålsenligt sätt och

tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, enligt 5 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § patientlagen. I Problembilden, kap. 5 konstateras att samordning av patienters vårdinsatser är en av de största utmaningarna i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bristande samordning kan leda till en försämrad upplevelse för patienter, i vissa fall också till en kvalitativt sämre vård eller omsorg.[33] När vården och omsorgen inte samordnar insatser behöver patienten själv ta ansvar för samordningen. I relation till barn handlar det ofta om att vårdnadshavare behöver ta ansvara för samordningen och andra kontakter med samhället. I de fall vårdnadshavarna inte har förmågan att ta ett sådant ansvar kan det få allvarliga konsekvenser för barn och unga.

För att stödja samordningen av vårdinsatser har regeringen initierat ett arbete med så kallade patientkontrakt. Patientkontrakt ska vara en översikt över patientens samtliga vårdkontakter och stödja samordningen av vårdinsatserna både för patienten och vårdens personal. Regeringen har stimulerat utvecklingen av arbetet med patientkontrakt inom ramen för flera överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, bland annat överenskommelserna om Patientmiljarden – insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården – och om god och nära vård. Utredningen för en samordnad utveckling av god och nära vård (S 2017:01) har också på regeringens uppdrag utrett förutsättningarna för att lagstadga patientkontrakt i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Förslagen har remitterats och bereds för närvarande i Regeringskansliet. Vidare har regeringen gett Socialstyrelsen och Statens skolverk i uppdrag att stödja utvecklingen av tidiga och samordnade insatser för barn som riskerar en ogynnsam utveckling. Samordnade insatser ska ske mellan skolan, hälso-och sjukvården och socialtjänsten.[34] På flera håll i landet pågår nu utvecklingsinsatser som ska stödja samordning. Det gäller till exempel projektet Barnets bästa gäller, i Region Kronoberg, Backa barnet i Ystad, HLT-team i Region Västerbotten och Tillsammans för varje barn i Falun.

Inom ramen för regeringens överenskommelse om God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på

[33] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*.
[34] Uppdrag till Statens skolverk och Socialstyrelsen: *Ändring av uppdrag att utföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga samt förlängd tid för uppdraget*, dnr U2020/00363.

primärvården – stimulerar regeringen ökad tillgänglighet i barnhälsovården. Överenskommelsen innebär att regionerna ska stödja och utveckla en bättre samverkan mellan barnhälsovården och andra relevanta aktörer såsom mödrahälsovården, tandvården och socialtjänsten, för att uppmärksamma och förebygga skillnader i hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. På flera håll i landet samverkar vårdverksamheter i så kallade familjecentraler. Erfarenheter från dessa uppdrag och insatser har ännu inte utvärderats men kan komma utgöra värdefull information om hur arbetet med att samordna vårdinsatser kan utvecklas lokalt och regionalt.

Samverkan mellan berörda verksamheter behöver utvecklas

Att främja hälsa och förebygga ohälsa är inte endast hälso- och sjukvårdens ansvar. Hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga kan ske på flera arenor och samverkan blir därmed av avgörande betydelse för barns och ungas fortsatta hälsa. Hälsovårdsprogrammet bör bidra till att stödja samverkan mellan verksamheter som erbjuder hälso- och sjukvård till barn och unga samt samverkan med andra relevanta aktörer till exempel tandvården, socialtjänsten, förskolan och skolan. Samverkan behöver ske på huvudmannanivå, vårdgivarnivå och professionell nivå. Det övergripande syftet med samverkan bör vara att barn och unga får kontinuerlig och samordnad vård och behandling i ett tidigt skede. Utredningen bedömer att de samlade förslag som utredningen lägger fram kan underlätta förutsättningar för samverkan.

De centrala bestämmelserna för samverkan och vägledning om hur dessa bestämmelser bör implementeras på olika nivåer i hälso- och sjukvården bör framgå av hälsovårdsprogrammet. Det gäller till exempel bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen om att regioner och kommuner ska samverka med andra samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av vården och samverkan mellan region och kommun när en enskild patient har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten enligt 7 kap. 7 §, 11 kap. 3 § och 16 kap. 4 § HSL. Det gäller vidare nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som träder i kraft den 1 juli 2021 som anger att primärvård ska samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att sam-

ordningen sker inom primärvården.[35] Det gäller även bestämmelser i patientlagen som anger att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt samt rätten till fast vårdkontakt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet enligt 6 kap. 1 § och 2 § PL. Bestämmelsen i patientsäkerhetslagen som anger att hälso- och sjukvårdspersonal ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs när det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa bör också ingå enligt 6 kap 5 § PSL. Dessutom bör bestämmelser som gäller samverkan i Socialstyrelsen föreskrift 2011:09 om ledningssystem för systematiskt kvalitetledningsarbete. Det gäller bestämmelser om samverkan för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador inom den egna organisationen och samverkan med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter enligt 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9.

I detta bör dessutom ingå att redogöra för sekretess- och tystnadspliktsregler, enligt lagen om offentlighet och sekretess (2009:400) och PSL, samt relevanta bestämmelser om behandling av personuppgifter, enligt bland annat dataskyddsförordningen och patientdatalagen, när samverkan sker kring enskilda barn och unga. Det bör också redogöras för vad som gäller i fråga om barn och deras vårdnadshavare i det avseendet.

Vidare bör det ingå vägledning om grundläggande förutsättningar för samverkan samt hur samverkan bäst kan organiseras. Det handlar bland annat att om att samverkan behöver förankras på flera nivåer i förvaltningen. Det behövs också tydliga mål, tillräckliga resurser och en ändamålsenlig organisation för samverkan. Dessutom behöver de samverkande aktörerna ha ett gemensamt synsätt och god kunskap om varandras förutsättningar, uppdrag och regelverk. En viktig utgångspunkt för denna vägledning bör vara att verksamheter som tillhandahåller hälsovård till barn och unga delvis regleras av olika regelverk och har olika förutsättningar och ingångsvärden i samverkan.

[35] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Kompetensnivåer för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Hälsovårdsprogrammet ska även erbjuda vägledning om vilka kompetensnivåer som bör finnas tillgängliga i den hälso- och sjukvårdsverksamhet som huvudsakligen arbetar med ett förebyggande och hälsofrämjande uppdrag gentemot barn och unga. Utgångspunkten ska vara att det finns tillräckliga kompetenser för att möta barns och ungas behov utifrån rådande hälso- och sjukdomspanorama samt för att utföra hälsofrämjande, förebyggande och hälsouppföljande insatser. Bemanningen behöver också vara tillräcklig för att uppdraget ska kunna utföras både i förhållande till befolkningsmängden och socioekonomiska förutsättningar som kan påverka förekomsten av riskfaktorer hos befolkningen och i synnerhet hos barn och unga. Kompetens om hälsofrämjande och förebyggande arbete är en given förutsättning för att kunna verkställa det föreslagna hälsovårdsprogrammet. Mot bakgrund av att den psykiska ohälsan hos barn och unga ökar bör särskild vikt läggas vid kompetenser för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa.

Det bör finnas tillgång till tvärprofessionella team som kan göra breda bedömningar av barns och ungas behov av insatser, särskilt när det bedöms att barn eller unga har behov av fördjupade insatser på selektiv eller indikerad nivå. Tvärprofessionella team kan utifrån respektive kompetens och kunskapsområde bidra till en helhetssyn på barnets eller den unges behov och de åtgärder som bör vidtas. I teamen bör de yrkeskompetenser ingå som krävs för att barn och unga ska kunna erbjudas tidiga, samordnade, ändamålsenliga och hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det kan till exempel handla om läkare, sjuksköterskor, dietister, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopeder, specialpedagoger, psykologer, kuratorer och socionomer.

Därutöver är det centralt att det finns personal med barn- och ungdomskompetens som kan möta barn och unga utifrån deras behov och förutsättningar och göra barn och unga delaktiga i vård och behandling. Barn- och ungdomskompetensen behöver vara anpassad efter barns och ungas olika utvecklingsstadier och åldrar. I barn- och ungdomskompetensen ingår även kompetens om barns och ungas levnadsvillkor och förutsättningar, till exempel kulturell kompetens om förutsättningar för unga HBTQ-personer och unga med funktionsnedsättning, unga nyanlända och unga som är socialt

utsatta med mera. I detta arbete bör den barn- och ungdomskompetens som finns inom de medicinska insatserna av elevhälsan och ungdomsmottagningarna särskilt beaktas. I detta ingår även kompetens att kunna möta och inkludera vårdnadshavare i vård och behandling och att kunna erbjuda olika typer av föräldraskapsstöd.

Uppdrag att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram

Utredningen bedömer att det behövs en nationell samling kring utformningen av det nationella hälsovårdsprogrammet. Det är en förutsättning för att programmet ska kunna genomföras på ett effektivt sätt i berörda vårdverksamheter. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att i samråd med, Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten utforma det nationella hälsovårdsprogrammet. Företrädare för berörda huvudmän och den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård och SKR, professionen och patienter och närståendeorganisationer bör ingå i arbetet. Det ska säkra att programmet har ett tvärsektoriellt stöd. Regeringen bör överväga att lämna särskilda stimulansmedel till relevanta organisationer för att de ska kunna delta i arbetet med att utforma och bidra till att genomföra programmet. Uppdraget kommer att behöva pågå under flera år och i uppdraget bör ingå att göra en förstudie om hur arbetet med att ta fram programmet bäst kan utformas för att inkludera alla berörda parter.

Dessutom bör regeringen ingå en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner när det gäller de praktiska och organisatoriska förutsättningarna för verksamheterna att implementera det nationella hälsovårdsprogrammet. I detta bör även ingå en plan för långsiktig förvaltning och utveckling av kunskapsstöd eller en rikshandbok som stödjer användningen av hälsovårdsprogrammet för barn och unga i de aktuella verksamheterna.

Utredningen bedömer att en sådan samlad organisation för att utveckla hälsovårdsprogrammet borgar för kvalitet och ett gemensamt ansvar för att programmet implementeras i verksamheterna. Utredningen bedömer också att den organisation för kunskapsstyrning som regionerna i samverkan har utformat, kan underlätta samarbetet med regionerna i utformningen och genomförandet av hälso-

programmet. Det nationella barnhälsovårdsprogrammet har utarbetats på ett liknande sätt och det har visat sig vara en framgångsfaktor i implementeringen av programmet i berörda verksamheter. De kunskapsnoder som finns över landet i form av centrala mödrahälsovårdsenheter och centrala barnhälsovårdsenheter har haft en avgörande roll för utveckling och förvaltning av mödrahälsovårdens respektive barnhälsovårdens innehåll och utformning. Detta är något som bör beaktas när hälsovårdsprogrammet för barn och unga ska genomföras och förvaltas. Dessutom bör genomförandet av programmet och att huvudmännen arbetar i enlighet med programmet följas upp med utgångspunkt från lämpliga indikatorer. Även detta bör ingå i myndigheternas uppdrag. Till denna del återkommer utredningen i slutbetänkandet.

6.3.2 Uppdrag att sammanställa evidens för hälsofrämjande insatser

Förslag: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa.

Bedömning: Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att ta fram kunskaps- och metodstöd om hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga.

Skälen för utredningens bedömning: För att ytterligare stärka förutsättningarna för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård till barn och unga bör Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer identifiera inom vilka områden det kan vara relevant att genomföra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga för att främja fysisk och psykisk hälsa och förebygga ohälsa. Underlagen ska bidra till utvecklingen av det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga. Uppdraget bör ges under en period av flera år för

att underlätta samverkan och genomförande av projekt. SBU ska även identifiera kunskapsluckor inom området.

Utredningen bedömer också att Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att kartlägga behovet av ytterligare kunskapsstöd inom området för att stödja utvecklingen av en hälsofrämjande hälso- och sjukvård för barn och unga. Kartläggningen bör göras i samråd med huvudmännen och berörda professions- och patientföreträdare.

6.4 Organisation, planering och samverkan i hälso- och sjukvården som riktar sig till barn och unga

Utredningen konstaterar att hälso- och sjukvården kan utveckla sitt arbete med att möta barns och ungas rättigheter och behov. Vid planering och utformning av hälso- och sjukvården som helhet utgör vanligen vuxna norm. Införande av nya system, processer och lösningar genomförs ofta utifrån vuxenperspektiv, vilket riskerar att bli alltför begränsat för att på ett ändamålsenligt sätt kunna tillgodose barns och ungas rättigheter och behov.

Barn och unga är mer systemberoende än vuxna, eftersom de är i en beroendeställning till vuxna och påverkas mer av omgivande faktorer som familj och skola. Det är viktigt att relevanta verksamheter samverkar och samordnar sig på ett sätt som är ändamålsenligt för barn och unga. Arbetet med barn behöver bedrivas familjecentrerat och med helhetssyn, samt med kunskap om barnets närmiljö. Samtidigt ska barnets rätt till integritet och delaktighet tillgodoses. Arbetet med barn och unga och barns vårdnadshavare kräver också mer tid och särskild kompetens.

Utredningen ser behov av bättre styrning mot samverkan mellan huvudmän för verksamheter som barn och unga har särskilt mycket kontakt med, eftersom det kan bidra till bättre sammanhållning i dagens fragmentiserade hälso- och sjukvårdssystem. När det gäller planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården bedömer utredningen att det inom ramen för huvudmännens ansvar också behövs ett tydligare fokus på barns rättigheter enligt barnkonventionen.

En helhetssyn bör prägla såväl organisation, som vård och behandling.[36] Hälso- och sjukvårdens ansvar att erbjuda god vård till befolkningen ska redan i dag tillförsäkra barn och unga en likvärdig tillgång till såväl hälsofrämjande, förebyggande som sjukvårdande och rehabiliterande åtgärder.

6.4.1 Förstärkt samverkan mellan region och skolhuvudmän

Förslag: Det ska i ett andra stycke i 7 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) regleras att regionen, i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga, särskilt ska samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen bedömer att samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet utgör en viktig pusselbit som kan bidra till bättre sammanhållning i dagens fragmentiserade hälso- och sjukvårdssystem. Genom att huvudmännen samverkar med varandra skapas förutsättningar för samordning av insatser till barn och unga i sådana verksamheter som de olika huvudmännen ansvarar för. En bättre samverkan mellan regionen och huvudmännen för skolväsendet kan främja hälsa och förebygga ohälsa ur ett brett perspektiv, genom en bättre förståelse för varandras verksamhetsområden och utmaningar och genom en bred och gemensam bild av hälsoläget hos barn och unga. Det kan ge bättre möjligheter att planera och utveckla verksamheterna därefter, vilket gynnar barn och unga. Förslaget innebär ett förtydligande av regionens ansvar att samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Även om regionen och vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser ska samverka enligt befintliga regler, behöver huvudmännen för skolväsendet adresseras särskilt i regionens ansvar för samverkan för att kunna skapa det nödvändiga samhälleliga partnerskapet mellan hälso- och sjukvården – inte minst primärvården – och skolväsendet. Det är angeläget eftersom skolan är den arena där de flesta barn och unga finns. Ett sådant nära partnerskap är också avgörande för att de aktörer som har ansvar för att främja hälsa och förebygga

[36] Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* (s. 117).

ohälsa hos barn och unga, ska kunna möta barns och ungas behov ur ett helhetsperspektiv och för att tillgodose deras rättigheter under hela uppväxttiden. Utredningen menar att en bättre styrning av övergripande samverkan mellan huvudmännen kan bidra till förbättrad samordning av vårdinsatser på den individuella nivån.

I förarbetena till skollagens bestämmelser om den samlade elevhälsan, framhålls att det är angeläget att samverkan, från elevhälsans håll, sker med övrig hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.[37] Utredningen bedömer därför att detta samverkanskrav som regionen kan anses ha med dagens elevhälsa principiellt är mycket viktigt och att det behöver skapas förutsättningar för att på bästa sätt uppfylla detta genom samverkan på huvudmannanivån. Det kan nämnas att skolhuvudmannen ofta är vårdgivare för elevhälsans medicinska del, men inte alltid. Den föreslagna bestämmelsen kan därför bli särskilt viktig i de situationer när så inte är fallet.

Förslaget utgör ett komplement till det befintliga generella ansvaret för regionen, att i planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare, enligt 7 kap. 7 § HSL. Vårdgivare för elevhälsans medicinska insats är exempel på vårdgivare. Det finns dock i dag ingen tydlig uttrycklig bestämmelse om samverkan på den övergripande nivån mellan de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolväsendets huvudmän.

Vid införandet av samverkanskravet, avsågs med samhällsorgan, främst kommuner och statliga myndigheter, till exempel Socialstyrelsen, dåvarande Skolöverstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen på central nivå samt Länsskolnämnden, Yrkesinspektionen, Länsarbetarnämnden och de regionala stiftelserna för skyddat arbete på länsplanet.[38] Med hänsyn till skolväsendets organisation i början av 1980-talet, bedöms att i vart fall dåtidens huvudmän för skolväsendet bör ha omfattats av begreppet samhällsorgan. Utredningen bedömer dock att det inte tillräckligt tydligt framgår att regionen ska samverka med huvudmän för skolväsendet, eftersom skolhuvudmännen i dag är organiserade på annat sätt. Huvudmän inom skolväsendet utgörs i dag, enligt 2 kap. 2–5 §§ skollagen, av kommuner, regioner, staten och enskilda.

[37] Prop. 2009/10:165, *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 276).
[38] Prop. 1981/82:97, O*m hälso- och sjukvårdslag, m.m*. (s. 123 f).

Utredningen bedömer det relevant att samverkan med huvudmän inom samtliga skolformer ingår i det föreslagna samverkanskravet. Ett skäl till detta är att alla skolformer inte har elevhälsoverksamhet och omfattas därför inte i det befintliga samverkanskravet med vårdgivare. När det till exempel gäller förskola och kommunal vuxenutbildning finns inget krav på att anordna elevhälsa. Majoriteten av alla barn mellan 1–5 år är inskrivna i förskolan och samverkan mellan regionen och förskolor behöver generellt förbättras. I kommunal vuxenutbildning finns personer i olika åldrar, även unga personer, som tar del av utbildning på olika nivå.

Skolväsendet omfattar i sin helhet, enligt 1 kap. 1 § skollagen, följande skolformer: förskola, förskoleklass, grundskola, grundsärskola, specialskola, sameskola, gymnasieskola, gymnasiesärskola, och kommunal vuxenutbildning. I skolväsendet ingår också fritidshem som kompletterar utbildningen i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, specialskolan, sameskolan och vissa särskilda utbildningsformer.

Huvudmännen för skolväsendet bedöms, precis som anförts i tidigare förarbeten om samverkan med samhällsaktörer, organisationer och vårdgivare, att bidra till att utifrån sina befintliga verksamheter och ansvar, i största möjliga utsträckning aktivt delta i en sådan samverkan för att tillgodose främjandet av barns och ungas hälsa.[39]

Utredningen bedömer att det är relevant att regionen i första hand samverkar med samtliga huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen inom regionen. Det kan dock finnas situationer när det även är relevant att samverka med huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen utanför regionen.

Brister i samverkan leder till att barn och unga inte får de insatser de behöver, eller inte i rätt tid

Brister i samverkan och samordning i systemet lyfts i flera myndighetsrapporter, se även problembilden kap. 5. Samverkan mellan skolverksamheterna och primärvården brister särskilt. I exempelvis regeringsuppdraget Tidiga samordnade insatser, som följer ett 40-tal samverkansprojekt mellan socialtjänst, elevhälsa och sjukvård, be-

[39] Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* (s. 64).

skrivs regionen i allmänhet och primärvården i synnerhet som frånvarande i samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa.[40] När det gäller omhändertagande av psykisk ohälsa, brister samverkan och samordning mellan alla aktörer. Ansvarsfördelningen mellan aktörerna bedöms också vara otydlig.[41]

Stora brister har också rapporterats när det gäller samverkan och samordning mellan barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) och skolans elevhälsa. Utöver detta finns också brister i samverkan mellan elevhälsan, tandvård och socialtjänsten.[42]

I Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn från 2015 såg myndigheten att förutsättningar för samverkan varierar i de olika länen. Endast en tredjedel av regionerna hade till exempel upprättat länstäckande styrdokument för samverkan med elevhälsan i länet.[43] I de län där sådana överenskommelser förekommer fungerar samverkan bättre.[44] IVO lyfte också att bristande samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och BUP är särskilt problematisk av flera skäl. Det handlar bland annat om att BUP ofta kräver att elevhälsan genomför vissa utredningar innan BUP tar emot barn och unga. Det är inte förenligt med det uppdrag som elevhälsan och dess medicinska insatser har enligt skolförfattningarna. Elevhälsan kan dessutom ha svårt att bedöma i vilken omfattning utredningen förväntas vara och har sällan de resurser eller andra förutsättningar som krävs för att genomföra utredningarna. Detta innebär att barn och unga kan få vänta både på utredning från skolan och sedan i kön till BUP. De långa väntetiderna på BUP kan också innebära att elevhälsan behöver göra om vissa utredningar på grund av att de har blivit inaktuella under tiden som barnet eller den unge stått i kö till BUP. IVO har även lyft problem med ett otydligt vårdansvar inom psykiatrin för unga personer som har fyllt 18 år.[45]

Att samverkan och samordning brister har också bekräftats i utredningens dialoger. I flertalet dialogmöten efterfrågades ytterligare krav på samverkan som lösning på befintlig fragmentisering. Även

[40] Governo (2021): *Utvärdering av Skolverkets och Socialstyrelsens regeringsuppdrag om tidiga samordnade insatser för barn ordnade insatser för barn och unga* (2017/01236/GV).
[41] IVO (2015): *Elevhälsan – Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län.*
[42] SOU 2010:95, *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet och* SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*.
[43] IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län.*
[44]IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan.*
[45] Inspektionen för vård och omsorg (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län (*s. 15).

de ungas berättelser har tydligt visat att vården för barn och unga inte är sammanhållen, se även Problembilden, kap. 5.

Det råder alltså en stor samstämmighet kring behovet av samverkan och samordning och därvid behovet av tydligare – inte minst ekonomisk – styrning, samverkansstrukturer, rutiner och prioriteringar hos de verksamheter som tillhandahåller hälso- och sjukvård till barn och unga. Att huvudmännen har huvudansvaret för denna styrning stämmer också helt överens med regeringens bedömning avseende inriktningen för det pågående omställningsarbetet.[46]

Inriktning när det gäller samverkan i omställningen till en god och nära vård

Regeringen har bland annat anfört att bristen på samordning i dag är ett av hälso- och sjukvårdens stora problem och att många patienter och närstående vittnar om att de får lägga mycket tid och kraft på att koordinera vårdens olika insatser och att vårdens aktörer påfallande ofta är okunniga om patientens sjukdomshistoria. Regeringen anser därför att det är angeläget att huvudmännen skapar förutsättningar för samverkan och för att samordna olika delar av hälso- och sjukvården så att patientens hela hälsotillstånd kan bedömas och behandlas. I detta ligger både att skapa en ändamålsenlig organisation och att vårdens utförare har det verksamhetsstöd, ändamålsenliga it-stöd samt de ekonomiska resurser och kompetenser inom till exempel diagnostik, behandling och rehabilitering som behövs för att samordning ska vara möjlig på ett resurseffektivt sätt. För att möta personens hela behov krävs inte bara en samverkan mellan olika huvudmän och organisationer, det behövs också strukturer som uppmuntrar och underlättar samarbetet mellan vårdens olika professioner i det dagliga arbetet.[47]

[46] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*
[47] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s 38).

6.4.2 Hälso- och sjukvårdens samverkan och samordning med socialtjänst och tandvård behöver stärkas

Bedömning: Regionen bör i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga stärka sin samverkan med socialtjänsten.

Bedömning: Regionen bör i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården och tandvården till barn och unga stärka samordningen mellan verksamheterna.

Bedömning: Patientkontrakt bör utgöra ett verktyg för att underlätta samverkan mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer. Inom ramen för det pågående utvecklingsarbetet mellan staten och SKR bör patientkontrakt utvecklas och anpassas till barns och ungas behov och förutsättningar. I detta ingår bland annat att undersöka hur elevhälsan kan utgöra en part i arbetet.

Skälen för utredningens bedömning: I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården behöver det finnas förutsättningar för samverkan och samordning med alla relevanta aktörer, för att barn och unga ska kunna erbjudas en sammanhållen, god, nära, likvärdig hälso- och sjukvård där hälsofrämjande och förebyggande insatser ingår.

Flera av skälen som angetts ovan som motiv till att stärka samverkan mellan den regionala hälso- och sjukvården och huvudmän inom skolväsendet, motiverar även behovet av en stärkt samverkan och samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, respektive hälso- och sjukvården och tandvården. Behovet av att synliggöra den särskilda hänsyn som behöver tas till barn och unga i huvudmännens organisatoriska och planeringsmässiga perspektiv är ett sådant exempel.

Ett genomförande av det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga som utredningen föreslår förutsätter också att samtliga berörda parter tar ansvar för och skapar för förutsättningar för samverkan och samordning dem emellan.

Stärkt samverkan mellan hälso-och sjukvård och socialtjänst

Utredningen ser behov av att samverkan mellan hälso- och sjukvården för barn och unga och socialtjänsten stärks. Utredningen konstaterar att det finns flera krav på samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men att huvudmännen behöver skapa bättre förutsättningar på alla nivåer i systemet för att utveckla sådan samverkan i syfte att ändamålsenligt samordna vårdinsatser för barn och unga. En mer strukturerad samverkan på huvudmannanivå skapar förutsättningar för samordning av insatser mellan de olika verksamheterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Utredningen bedömer att de delar av socialtjänstens verksamhet som arbetar hälsofrämjande och förebyggande, till exempel med föräldrastöd, utgör önskvärda delar och samverkansparter i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Sådan samverkan bör utgå från barns och ungas hela hälsa, utveckling och livsvillkor i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet, som utredningen föreslår. Socialtjänsten behöver därför inkluderas på ett tydligare sätt i de processer och strukturer för samverkan som redan finns inom hälso- och sjukvården.

Utredningen konstaterar att krav på samordning och samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten bland annat finns i 5 kap. 8 § och 16 kap. 3 och 4 §§ HSL och i 5 kap. 1 d, 8 a och 9 a §§ SoL. Vidare är krav på samverkan reglerat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, 4 kap. 5 och 6 §§ (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Där anges att både vårdgivare och de som bedriver omsorgsverksamhet ska identifiera processer där det finns behov av samverkan och säkerställa att samverkan möjliggörs med bland annat vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten. Vikten av samverkan, samordning och samarbete inom och mellan vården och omsorgen framhålls också i olika förarbeten.[48]

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten sker bland annat inom ramen för individuell plan, i dagligt tal även kallad för samordnad individuell plan eller SIP. Användningen av SIP varierar över landet. Verksamheterna har kommit olika långt i implementeringen av verktyget och relaterade processer när det gäller

[48] Prop. 1981/82:97, Om hälso- och sjukvårdslag, m.m. (s. 123 ff.), Prop. 1979/80:1, Om socialtjänsten (s. 357 ff.) och Prop. 2000/01:80, Ny socialtjänstlag m.m. (s. 93).

arbetssätt och metoder.[49] Utvärderingar av SIP visar att det är svårt att få en sammantagen bild av lagens genomslag. I SKR:s utvärdering 2020 har framgångsfaktorer och hinder identifierats. Bland framgångsfaktorerna finns samsyn och samverkan mellan aktörer, användarvänligt och tillgängligt it-stöd, tydliga och individanpassade SIP-möten med rätt aktörer, tydlig roll- och ansvarsfördelning under hela SIP-processen och tillgång till kompetens och resurser för att genomföra SIP utifrån individens behov. De identifierade hindren handlar till stor del om aktörernas kunskap om och förutsättningar för att arbeta med SIP, däribland syfte, användande och process. Andra hinder är efterfrågan och möjlighet till delaktighet hos den enskilde, avsaknad av gemensamt it-stöd, otydlighet kring aktörers uppdrag, roll och ansvar och avsaknad av enhetligt system för uppföljning och tillsyn.[50]

Socialstyrelsen och Skolverket har i uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete som syftar till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården i övrigt och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser (TSI) som närmare beskrivs i Bakgrund och nuläge, kap. 4. Bakgrunden till regeringens satsning är bland annat brister och svagheter som påvisats i samverkan mellan elevhälsan och hälso-och sjukvården i övrigt samt socialtjänsten. I delrapport från 2020 från regeringsuppdraget framgår bland annat att det tidiga och förebyggande arbetet behöver en mer framträdande plats än hittills, till förmån för det reaktiva och insatser i ett senare skede. Att vända den utvecklingen är ett långsiktigt arbete. Inom de utvecklingsarbeten som kommit igång och börjat arbeta operativt med insatser till barn och unga rapporteras om svårigheter att upptäcka barn som riskerar ogynnsam utveckling. Arbetet tenderar att fokusera på de barn och unga som har stora behov eller far illa i stället för barn med tidiga tecken på ogynnsam utveckling. Skolverket och Socialstyrelsen konstaterar i delutvärderingen att många verksamheter är vana att samverka kring insatser i ett sent skede, de tidiga insatserna kräver nya sätt att tänka och involverar andra aktörer.[51] Utredningen instämmer i att arbete med

[49] SKR (2020): *Att stärka samverkan med hjälp av SIP – samverkan med hjälp av SIP – förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete.*
[50] Ibid.
[51] Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Skolverket *att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI) – Lägesbeskrivning 2019.*

tidiga insatser behöver prioriteras, så att inte de mer komplexa ärendena tar överhanden.

En mer samordnad hälso- och sjukvård och tandvård

Regionen bör i sitt arbete med att planera hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga utgå från en bred ansats för barns och ungas hälsa. Utredningen ser därför behov av att regionen skapar förutsättningar för att hälso- och sjukvården och tandvården samordnar sina vårdinsatser som riktas till barn och unga. Samordning behöver ske på alla nivåer i systemet för att barns och ungas vårdbehov ska kunna tillgodoses. Utredningen bedömer att det finns goda förutsättningar att stärka utvecklingen mot en mer samordnad hälso- och sjukvård och tandvård, eftersom regionen är huvudman för både hälso- och sjukvården och tandvården.

Tandvården utgör en önskvärd del och samverkanspart i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Samverkan med tandvården är en förutsättning för att följa upp barns och ungas hela hälsa, utveckling och livsvillkor i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet. Tandvården har ett omfattande hälsofrämjande och förebyggande uppdrag och träffar majoriteten av alla barn och unga genom regionens folktandvård. Utredningen anser att tandvården därmed har unika förutsättningar att, utöver tandhälsan, tidigt upptäcka även annan ohälsa hos barn och unga och slussa vidare till hälso- och sjukvården. Tandvården kan till exempel tidigt upptäcka att en patient har drabbats av ätstörningar, då många skador kan uppstå på tänderna. I Rikshandbok för barnhälsovården betonas vikten av samarbete mellan tandvården och barnhälsovården. Samma barn som löper ökad risk vad gäller den allmänna hälsan har oftast en ökad risk för karies. Ett bra samarbete är en viktig förutsättning för att förebygga och tidigt ta hand om de barn som är på väg att utveckla karies.[52]

Utredningen konstaterar att både hälso- och sjukvården och tandvården omfattas av samverkanskrav i lagstiftningen. Motsvarande bestämmelse om ansvar att samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda återfinns i 9 § tandvårdslagen (1985:125) och 7 kap. 7 § HSL. Det finns också krav på samverkan i Socialstyrelsens

[52] Rikshandbok för barnhälsovården (2019).

föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som bland annat omfattar både hälso- och sjukvården och tandvården. I föreskrifternas 4 kap. 6 § anges att vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Processerna och rutinerna ska även säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare. En väl fungerande samverkan kan bidra till att vård och behandling blir säkrare och mer effektiv, vilket är till ömsesidig nytta för verksamheterna och ändamålsenligt för patienten.[53]

När det gäller möjligheten att dela uppgifter om en patient med dennes samtycke är de juridiska förutsättningarna för samverkan goda eftersom vårdgivare för tandvården och hälso- och sjukvården enligt 6 kap. patientdatalagen (2008:355), kan dela uppgifter med varandra genom sammanhållen journalföring. Problemet är snarare praktiskt eftersom tandvård och hälso- och sjukvård i hög utsträckning använder journalsystem som inte är kompatibla i struktur och innehåll.[54]

Socialstyrelsen gjorde 2019 en kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård, se även Problembild, kap. 5. Kartläggningen visar att det finns brister i samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården som bland annat leder till ojämlikheter i vården och att patienter riskerar att falla mellan stolarna. Bristerna ligger bland annat i att tandvård och hälso- och sjukvård utgör två separata system med olika kultur, finansiering, ledning och styrning och strukturer för samverkan saknas i stor utsträckning. Dessutom är system för journalföring och e-tjänster åtskilda och det finns en bristande kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

Tandvården behöver inkluderas på ett tydligare sätt i de processer och strukturer för samverkan som redan finns inom hälso- och sjukvården. De befintliga processerna kan fungera bättre ur samverkanssynpunkt, vilket kan leda till en mer effektiv och ändamålsenlig vård för patienten.[55] Tandvården behöver också inkluderas i arbetet med den pågående omställningen av hälso- och sjukvården till en god och nära vård, där primärvården utgör basen och navet i vården. Primärvården behöver samspela med den specialiserade vården, den kom-

[53] Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård – Slutrapport 2019.*
[54] Ibid.
[55] Ibid.

munala omsorgen och socialtjänsten samt andra intressenter som behövs utifrån patientens perspektiv.[56] I delbetänkandet God och nära vård – Vård i samverkan (SOU 2019:29) konstateras att primärvården har en viktig roll att spela i det förebyggande och sjukdomsförebyggande arbetet. Primärvården har goda möjligheter att utveckla samarbeten lokalt för preventivt arbete för att främja folkhälsan.[57] Socialstyrelsen bedömer i sin kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård att en involvering av tandvården i detta omställningsarbete skulle kunna bidra till förbättrade förutsättningar för samverkan.[58] Utredningen delar denna bedömning.

Slutligen har Socialstyrelsen följt och analyserat genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården, vars syfte är att främja en jämlik hälsa genom stöd till barn med ökad risk för sämre hälsa och tandhälsa. Av den första delrapporten framgår att flera regioner har använt statsbidrag inom överenskommelsen för att utveckla samverkan mellan barnhälsovården och tandvården. Det handlar till exempel om att barnhälsovården på många håll infört ett gemensamt mottagningsbesök med tandvården eller utvecklat rutiner för att bättre integrera munhälsa i barnhälsovården. Det är för tidigt att bedöma om utvecklingen kan leda till en mer jämlik tandhälsa hos förskolebarn, men förutsättningarna för att göra insatser i samverkan mellan barnhälsovården och tandvården har sannolikt förbättrats.[59]

Arbetet med patientkontrakt behöver utvecklas och anpassas efter barns och ungas behov

Inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKR om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav pågår ett arbete med att införa patientkontrakt. Patientkontrakt är ett koncept för att skapa en mer personcentrerad vård som utgår från patientens behov av samordning.

[56] SKR (2021): *Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården* (Hämtat 2021-04-06).
[57] SOU 2019:29, *God och nära vård – Vård i samverkan (*s. 198).
[58] Socialstyrelsen (2019*): Kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård – Slutrapport.*
[59] Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020.*

Det är särskilt angeläget för patienter med omfattande vårdbehov. Patientkontraktet består av fyra delar, en överenskommelse mellan patient och vårdgivare, en fast vårdkontakt, en överenskommen tid och en sammanhållen plan. Införandet av patientkontrakt syftar till att bidra till en effektivare samordning av alla insatser och förebyggande åtgärder för patienter som har flera olika vårdkontakter. Patientkontrakt ska dessutom bidra till att göra varje patient mer delaktig i sin egen vård. Socialstyrelsens uppföljning visar att regionerna har kommit olika långt i implementeringen av patientkontrakt. Några regioner är i början av att introducera det, medan andra planerar för införande eller breddinförande. Det finns även exempel på pågående breddinförande inom vissa diagnosområden. Införandet av patientkontrakt ses som ett långsiktigt arbete.

Utredningen för en samordnad utveckling av god och nära vård (S 2017:01) har på regeringens uppdrag utrett förutsättningarna för att lagstadga patientkontrakt i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Förslagen har remitterats och bereds för närvarande i Regeringskansliet. I Problembilden, kap. 5 konstaterar utredningen att det finns svårigheter med den föreslagna regleringen om patientkontrakt utifrån ett barnrättperspektiv eftersom skolhuvudmännen och därmed elevhälsan inte omfattas av den föreslagna bestämmelsen om individuell plan fullt ut. Utredningen bedömer därför att det pågående arbetet med patientkontrakt behöver utvecklas så att det anpassas efter barns och ungas behov. I detta ingår bland annat att utveckla den digitala vårdplaneringen för barn och unga och att utveckla former för hur samtliga skolhuvudmän (kommunala, enskilda, regionala och statliga) kan inkluderas i patientkontrakten. Användande av patientkontrakt bör särskilt utökas och prövas för barn och unga med långvariga och stora behov.

Utredningen ser fördelar med att på sikt även inkludera tandvården i arbetet med patientkontrakt, för att ytterligare stärka samordningen av insatser och förebyggande åtgärder för barn och unga ur ett helhetsperspektiv.

6.4.3 Systematiskt arbetssätt med barns och ungas rättigheter och behov

Bedömning: Regionerna behöver systematiskt integrera barns och ungas rättigheter och behov i planeringen och organiseringen av hälso- och sjukvården.

Skälen för utredningens bedömning: Regionerna behöver på ett tydligare och mer systematiskt sätt integrera barns och ungas rättigheter och behov i planeringen av hälso- och sjukvården, för att i sin organisation göra de anpassningar som krävs. Det kan handla om att utveckla och använda strukturerade metoder och verktyg, som till exempel mallar eller checklistor där det framgår vad ledningen behöver tänka på och ta ställning till som rör barns rättigheter och behov, när de planerar och utformar hälso- och sjukvården. Det kan också handla om att skapa modeller för hur barn och unga ska involveras och göras delaktiga.

Utredningen bedömer att det är viktigt att huvudmännen utvecklar strategier och förutsättningar för att barns och ungas synpunkter och erfarenheter hörs och beaktas vid utformningen av hälso- och sjukvården. Barn och unga och deras närstående behöver vara delaktiga vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, i enlighet med bland annat barnkonventionens bestämmelser om barnet bästa (artikel 3) och barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör dem (artikel 12). Det handlar om delaktighet på en övergripande nivå när hälso- och sjukvården organiseras och planeras. Det kan till exempel ske genom dialoger med patient- och brukarråd med unga företrädare för patienter och brukare eller andra referensgrupper med barn och unga från olika livssituationer. Det kan också ske genom samverkan med civilsamhällesorganisationer.

En ökad delaktighet från barn och unga bidrar till en ökad barnkompetens i hälso- och sjukvården och ett mer ändamålsenligt hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga. Barns och ungas kunskaper och erfarenheter kan tillföra nya perspektiv och bidra till att hälso- och sjukvård i högre grad utformas med utgångspunkt från barns och ungas behov, förutsättningar och preferenser. Det handlar också om att skapa förutsättningar för att barn och unga ska kunna vara delaktiga i sin egen vård och behandling.

Hälso- och sjukvården är enligt lagen skyldig att göra patienten delaktig i hälso- och sjukvården. Bestämmelser om patienters delaktighet finns bland annat i patientlagen (2014:821). Hälso- och sjukvården ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, det framgår av 5 kap. 1–3 §§ patientlagen. Patientens egen medverkan i vård- och behandlingsinsatser ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Patientens närstående ska också få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförande av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inte hindrar detta. Informationen som ska lämnas till patienten ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar, enligt 3 kap. 6 § patientlagen. Dessutom ska den som ger information så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelse av den lämnade informationen, enligt 3 kap. 7 § patientlagen. Särskilda krav på barns delaktighet följer också av 5 kap. 6–7 §§ HSL, 1 kap. 8 § patientlagen och barnkonventionens artiklar 3, 12 och 24. Där anges bland annat att barnets bästa ska vara utgångspunkten när hälso- och sjukvård ges till barn och att barn har rätt till information i samband med hälso- och sjukvård. Dessutom framgår av bland annat barnkonventionens artikel 12 att barns åsikter ska tillmätas betydelse i förhållanden till barnets ålder och mognad.

Barns och ungas delaktighet i den egna vården och behandlingen behöver stärkas

Patienter görs inte i tillräckligt hög grad delaktiga i den egna vården och behandlingen.[60] Vid en internationell jämförelse visar svensk hälso- och sjukvård sämre resultat jämfört med andra länder när det gäller till exempel delaktighet, information och samordning.[61]

Uppföljningar visar att hälso- och sjukvården sällan använder de resurser som patienter och närstående utgör i tillräcklig utsträckning i utformningen av vården. Ett systematiskt arbete för att skapa en mer personcentrerad hälso- och sjukvård kan dock bidra till att både

[60] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, Rapport 2018:8.
[61] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*, Rapport 2018:12.

öka förtroendet för vården och till en mer patientsäker vård.[62] Patienternas bedömning av vårdens övergripande kvalitet har starka samband med patienternas erfarenheter från sina möten med vården.[63] Dessutom kan en ökad delaktighet för patienter bidra till förbättrade medicinska resultat.[64] Huvudmännen behöver därför utarbeta strategier och förutsättningar för barns och ungas delaktighet i vårdmötet så att det kan utformas med utgångspunkt från barns och ungas behov och förutsättningar. Barn och unga behöver också inkluderas i beslut om vård och behandling. För detta behövs bland annat anpassad information och att hälso- och sjukvården använder ett språkbruk som inkluderar barn och unga i samtalet.

För att delaktighet ska fungera i praktiken krävs tid, kompetens, metod och systematik, även detta måste alltså planeras in för vården av barn och unga. Det finns kunskap om strategier för delaktighet i vårdmötet mellan patienten och hälso- och sjukvårdens personal. Framgångsrika strategier är till exempel metoder för delat beslutsfattande såsom patientriktade beslutsstöd för val av behandlingsmetod och för personcentrerad vårdplanering. Dessa strategier är dock i hög grad utformade med utgångspunkt från vuxnas behov och förutsättningar. När det gäller personcentrerad hälso- och sjukvård på organisations- och systemnivå är kunskapen om framgångsrika strategier mer begränsad vilket bland annat beror på att området inte är tillräckligt beforskat.[65]

Särskilda uppföljningar om barns och ungas förutsättningar har gjorts när det gäller övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna. Dessa uppföljningar visar att barn och unga vill vara delaktiga men inte ges tillräckliga förutsättningar att vara det. Det finns brister när det gäller delaktighet, den unges ställning, och att barnets bästa alltid ska beaktas. Det finns också brister i informationen till barn och unga inte minst inför, under och efter övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna. Många barn och unga upplever också att sjukvårdens språk är svårt och att det kan utgöra ett hinder

[62] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, Rapport 2018:8.
[63] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*, Rapport 2018:12.
[64] Socialstyrelsen (2015): *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal.*
[65] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, Rapport 2018:8.

för att lära sig mer om den egna sjukdomen. Därför behövs en mer anpassad information.[66]

Planering och organisering för ökad samordning

Barn och unga har ofta sammansatta behov som kräver en samordning av flera verksamheter. Styrning från ledning på hög nivå i organisationen underlättar och är ofta helt avgörande för att möjliggöra det arbete som krävs för att ta fram och etablera processer och arbetsmetoder som sker över verksamhetsgränser.

Utredningen menar att hälso- och sjukvården måste organiseras så att inte någon patient hamnar i verksamheternas mellanrum. Strukturer, processer och arbetsmetoder som främjar helhetssyn och sammanhållning, och som är ändamålsenliga för barn och unga, har förutsättningar att fungera när hälso- och sjukvården som helhet utgår från barns och ungas rättigheter och behov. Med helhetssyn och sammanhållning blir det viktigare att ta ansvar för att hitta lösningar som blir bra för patienten, än att upprätthålla gränssnitt mellan verksamheter. Detta förhållningssätt förutsätter ett ökat samarbete mellan vårdverksamheter inom regionen och även en ökad samverkan med andra aktörer.

Dessutom finns behov av att anpassa informationen om hälso- och sjukvårdens organisering regionalt och lokalt för barn och unga. Sådan information bör innehålla tydlig vägledning om vart barn och unga kan vända sig med sina vårdbehov. Behovet av en mer personcentrerad vård utvecklas i nationellt hälsovårdsprogram, se avsnitt 6.3.1. ovan. En ökad samverkan kan främja samlokalisering i de fall det är lämpligt, vilket ger ett bredare och mer ändamålsenligt erbjudande och stöd, till exempel familjecentraler och ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Samlokalisering kan i sin tur främja ett gott samarbete mellan verksamheter. Redan av förarbetena till 1981 års hälso- och sjukvårdslag framgår att vården ska utformas under hänsynstagande även till andra faktorer än de rent medicinska behoven, såsom exempelvis den vårdsökandes allmänna sociala situation, arbetsförhållanden,

[66] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.

utbildning och kulturella bakgrund. En helhetssyn ska således prägla såväl organisation som vård och behandling.[67]

Vårdprocesser som utvecklas i hälso- och sjukvården behöver inkludera barns och ungas rättigheter och behov. Det gäller både vårdprocesser med barn och unga som uttalad målgrupp och andra processer och arbetsmetoder som är relevanta för barns och ungas hälso- och sjukdomspanorama. Det kan till exempel handla om tillgänglighetsfrågor, undersökningsmetoder och medicintekniska och digitala lösningar. Sådana arbeten genomförs ofta med vuxna som utgångspunkt, både i planering och genomförande. Lösningar för att tillgodose barns och ungas rätt till sina föräldrar och sin familj ska inkluderas i planering och utformning av vården av barnet, men även när barnet är anhörig till en vuxen som vårdas.

En viktig aspekt av bedömningen är att den kan leda till att perspektivet barn som anhöriga stärks. Barns och ungas rättigheter och behov som anhöriga ska beaktas både i de processer som är aktuella för barn och unga utifrån vård och behandling, och vårdprocesser som handlar om sjukdomar som enbart drabbar vuxna. När barns och ungas rättigheter och behov beaktas i all planering och utformning av hälso- och sjukvården, så ökar insikten om att barn och unga finns och påverkas i de vuxna patienternas närhet och omgivning, och har rättigheter och behov som måste mötas i samband med vård av vuxna. Det kan till exempel handla om närvaro, delaktighet, stöd av olika slag och ibland behov av skydd.

6.4.4 Omställningen till en god och nära vård behöver stärkas med ett barnrättsperspektiv

Bedömning: Regionerna behöver komplettera och förstärka den pågående omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård med ett barnrättsperspektiv. Det gäller såväl på nationell som regional och lokal nivå.

Skälen för utredningens bedömning: Det pågår en omställning till god och nära vård som innebär att hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården ska vara navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med om-

[67] Prop. 1981/82:97, *Om en hälso- och sjukvårdslag m.m.* (s. 117).

ställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Målet är också att patienter och närstående ska kunna vara delaktiga i vård och behandling utifrån deras förutsättningar och behov. Riksdagen har också antagit ett förslag till nytt grunduppdrag för primärvården som träder i kraft den 1 juli 2021.[68] Grunduppdraget innebär i huvudsak att primärvården ska vara tillgänglig, finnas nära befolkningen och svara för vård och behandling av vanligt förekommande vårdbehov. Primärvården ska även arbeta förebyggande och med samordnade vårdinsatser när det är ändamålsenligt. Utredningen bedömer att målet med den pågående omställningen är gynnsamt även för barn och unga. Det sätter fokus på tidiga och samordnade insatser. För att omställningen ska anpassas till barn och unga behöver dock även elevhälsan och tandvården inkluderas i omställningsarbetet. Utredningen anser att en framtida stark primärvård som arbetar mer hälsofrämjande, förebyggande och uppsökande för barn och unga, kan generera stora hälsoekonomiska vinster. Primärvården kan genom sitt breda uppdrag ta ett samlat grepp om barnets eller den unges och barns vårdnadshavares hälsoutveckling och förebygga uppkomsten av ohälsa och sjukdomar. En stor del av alla sjukdomar som behandlas i hälso- och sjukvården skulle kunna förebyggas eller lindras genom preventiva insatser, till exempel goda levnadsvanor, egenvård och tidiga behandlande insatser. Det gäller bland annat hjärt- och kärlsjukdom, ohälsosam vikt, psykisk ohälsa, åldersdiabetes och flertalet cancerdiagnoser. Många av orsakerna till dessa sjukdomar grundläggs under barn- och ungdomsåren.

Omställningen till en god och nära vård är en av de största reformerna i svensk hälso- och sjukvård på decennier och kommer att få stor betydelse för befolkningens tillgång till vård. Det är därför mycket angeläget att alla aspekter av omställningsarbetet analyseras även ur ett barnrättsperspektiv såväl på nationell som regional och lokal nivå. Det är en förutsättning för att barns och ungas behov och förutsättningar ska beaktas i omställningsarbetet. Utredningen bedömer att det nu finns en god möjlighet att ta ett samlat grepp kring det hälsofrämjande och förebyggande arbetet både i hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst. Flera andra utredningar har nyligen lagt förslag som pekar i den riktningen, bland annat socialtjänstut-

[68] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*. 2020/21:SoU2, rskr 2020/21:61.

redningen och utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven.[69]

I detta sammanhang vill utredningen även lyfta fram det arbete som redan pågår i regioner och kommuner både med omställningen i stort och de insatser som görs för att utveckla en mer sammanhållen och samordnad vård för barn och unga. Det finns en stor drivkraft som kan lägga grunden för en långsiktigt hållbar utveckling av hälso- och sjukvården även för barn och unga. Utredningen anser dock att de regionala och lokala handlingsplaner som finns bör kompletteras ur ett barnrättsperspektiv i den mån så inte redan är fallet. Utredningen bedömer också att indikatorer bör utvecklas för att särskilt följa upp att omställningen anpassas till barns och ungas behov. Utredningen återkommer till frågorna om uppföljning av omställningsarbetet till en god och nära vård för barn och unga i slutbetänkandet.

6.4.5 Tryggare övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna

Bedömning: Ett nationellt kunskapsstöd som stödjer en trygg övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna behöver tas fram och implementeras. Det genomförs lämpligen inom ramen för nationellt system för kunskapsstyrning.

Skälen för utredningens bedömning: Övergången från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna behöver planeras och utformas utifrån barnets rättigheter och behov. Utredningen bedömer att hälso- och sjukvården behöver ta fram en process för hur övergången ska gå till och hur ansvar kommer att fördelas, för att patienterna och deras anhöriga ska vara delaktiga, trygga och väl förberedda. I processen måste också finnas utrymme för anpassningar i planeringen utifrån individens behov.

Det krävs en samordning mellan verksamheter inom hälso- och sjukvården för att ta fram och implementera välfungerande processer som är anpassade för barn och unga. Det kräver i sin tur ett aktivt ledarskap som systematiskt arbetar med planering och organisering utifrån barns och ungas rättigheter och behov.

[69] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag* och U 2017:07 *Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven*.

För barn som har en kontinuerlig vårdkontakt i den specialiserade vården uppstår ofta svårigheter i övergången till den specialiserade vården för vuxna, eller i övergången till primärvården i de fall vården för vuxna handhas av primärvården. Bristerna handlar om delaktighet och stöd samt information och trygga överlämningar. För barn med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar blir det extra påtagligt, eftersom kontinuitet är viktig för att kunna ge dem det stöd de behöver.[70]

Övergången behöver bli mer personcentrerad och hälso- och sjukvården behöver skapa förutsättningar för barnen att vara medskapare snarare än mottagare i övergångsprocessen. Det handlar också om behovet av fungerande informationsöverföring och sammanhängande vårdplanering. Både hälso- och sjukvården för barn och hälso- och sjukvården för vuxna har ett gemensamt ansvar för att få till stånd en bättre övergång. I praktiken uppstår ofta en otydlighet kring vem som har och tar detta ansvar. Barn och unga känner sig ofta osäkra till följd av skillnaderna mellan barn- och vuxensjukvårdens vårdorganisationer. Det är därför angeläget att övergångsprocessen kommer igång i god tid och sker stegvis efter barnets behov.[71]

6.5 Fast vårdkontakt för barn och unga

6.5.1 Fast vårdkontakt är en lagreglerad funktion

Bestämmelser om fast vårdkontakt infördes den 1 juli 2010 i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), men finns numera i första hand i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) (HSF) och 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821). Bestämmelsen i patientlagen anger att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Enligt 4 kap. 1 § HSF ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Det är också verksamhetschefen som ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen. Patienten

[70] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd. Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.
[71] Ibid.

ska få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt, vilket anges i 3 kap. 2 § punkt 2 patientlagen.

Av regeringens proposition Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning framgår att bestämmelsen om fast vårdkontakt innebär att patienten får en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter. Regeringen bedömde inför införandet av bestämmelsen om fast vårdkontakt att en sådan funktion skulle kunna stärka patentens ställning.[72]

Vidare anges i förarbetena att en fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska, eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. En läkare kan vara aktuell som fast vårdkontakt för patienter med vissa sjukdomstillstånd, till exempel kroniska sjukdomar, för att följa sjukdomsförlopp under en längre tid. Verksamhetschefen ska så långt det är möjligt samråda med och respektera patientens önskemål om vem som ska utses till patientens fasta vårdkontakt.[73]

Patienter kan ha kontakter med flera olika delar av sjukvården, vilket innebär att dessa patienter kan få fler än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontakterna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient.[74]

Ytterligare bestämmelser om fast vårdkontakt finns i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården (2017:612), LUS. Av 5 kap. 2 § första stycket LUS framgår att en fast vårdkontakt ska utses vid en enhet i den regionfinansierade öppna vården när den har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient. Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården. Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt enligt 2 kap. 5 § andra stycket LUS.

[72] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* (s. 61).
[73] Ibid. (s. 61).
[74] Ibid. (s. 62).

6.5.2 Flera uppföljningar av fast vårdkontakt har gjorts

Flera uppföljningar har genomförts av bestämmelserna om fast vårdkontakt, både den bestämmelse som i dag finns i patientlagen (och tidigare fanns i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen) och den i LUS. Det finns ingen svensk studie som har haft särskilt fokus på barns tillgång till funktionen.

2012 genomförde Socialstyrelsen en uppföljning som visade att bestämmelsen om fast vårdkontakt, som då reglerades i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen, inte var särskilt känd bland hälso- och sjukvårdens verksamheter, professionen eller patienterna. Socialstyrelsen påpekade att det behövdes informations- och utbildningsinsatser från vårdgivarnas sida. Vidare ansåg Socialstyrelsen att det fanns anledning för vårdgivarna att se över och uppdatera rutiner och styrdokument för att tydliggöra vilka befogenheter en fast vårdkontakt har och hur samverkan ska gå till med andra verksamheter.[75]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys följde år 2020 upp tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården. Av myndighetens rapportering framgår sammanfattningsvis att:

– Ungefär hälften av befolkningen uppger att de har en fast vårdkontakt någonstans i vården. 26 procent av befolkningen uppger att de har en fast läkarkontakt och 15 procent har en annan fast vårdkontakt på vårdcentralen. Knappt 10 procent av befolkningen har både en fast läkarkontakt och en annan fast vårdkontakt vid sin vårdcentral.

– Många patienter som anser att det är viktigt att ha en fast vårdkontakt har det inte i dag.

– I primärvården är det vanligast med en fast läkarkontakt, följt av sjuksköterska som fast vårdkontakt. Även andra yrkeskategorier, som fysioterapeuter eller kuratorer, är fast vårdkontakt på vårdcentralen.

– Andelen med fast kontakt skiljer sig mellan olika grupper i befolkningen. Andelen personer som har en fast kontakt ökar också i förhållande till deras vårdkonsumtion och ålder. Personer med mer omfattande vårdbehov har oftare fast kontakt och har uppger också i högre grad att de kan välja vilken person de vill ha som

[75] Socialstyrelsen (2012): *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m.* Slutrapport.

fast vårdkontakt. Kvinnor har oftare en fast läkarkontakt vid en vårdcentral än män. Personer som bor i storstadskommuner har oftare en fast läkarkontakt vid en vårdcentral än de som bor i mindre kommuner.

– Befolkningen värderar personkontinuitet högt. Personer med fasta kontakter på vårdcentraler har bättre erfarenheter av vården. Det gäller särskilt personer som har både en fast läkarkontakt och annan fast vårdkontakt. Personer med fast läkarkontakt uppger i högre utsträckning att de får vara delaktiga i sin behandling jämfört med personer som inte har en fast läkarkontakt.
– Det finns inga tecken på förbättringar över tid i fråga om andelen personer med fast läkarkontakt på den vårdcentral där patienten är listad.[76]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljning från 2020 av tillämpningen av LUS visade att patienter som omfattades av LUS i högre grad fick en fast vårdkontakt jämfört med innan lagens införande. De fick dock inte alltid information om den fasta vårdkontakten innan de skrevs ut från slutenvården eller hur de kan komma i kontakt med den. Myndighetens uppföljning visade också att samverkan upplevdes ha förbättrats, i synnerhet mellan primärvården och kommuner till följd av bestämmelsen om fast vårdkontakt i LUS.[77] I LUS är bestämmelsen om fast vårdkontakt formulerad på ett annat sätt än i patientlagen. Till skillnad från bestämmelsen om fast vårdkontakt i patientlagen krävs inte att patienten begär en fast vårdkontakt eller att det bedömts nödvändigt för att tillgodose behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Den skillnaden tycks ha fått effekt.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys anser att regering och regionerna behöver göra mer för att tillgodose patienters behov av kontinuitet. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tyder flera studier på att personkontinuitet bidrar till högre kvalitet och patientsäkerhet samt patientnöjdhet, färre inläggningar och akutbesök på sjukhus, bättre hälsa och lägre kostnader och högre produktivitet. Dessutom bedömer myndigheten att det finns ett posi-

[76] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, rapport 2020:9.
[77] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, rapport 2020:4.

tivt samband mellan bestämmelsen om fast vårdkontakt och målen för omställningen till en god och nära vård, ökad delaktighet, tillgänglighet, kontinuitet och samordning. Sambandet är starkare för patienter med långvariga sjukdomar eller hälsotillstånd jämfört med övriga patienter.[78]

Generellt kan det också konstateras att befolkningen värderar samordning av vårdinsatser och personkontinuitet högt. Det visar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar. Personer med kroniska eller långvariga sjukdomar värderar det högre än andra men uppger i lägre grad än andra att de får hjälp med sådan samordning av vårdcentralen. Även personer som har sina huvudsakliga kontakter inom andra delar av vården och inte på vårdcentralen vill att deras vårdcentral ska hjälpa till med samordningen. Dessutom visar uppföljningen att personer med samordningsbehov kan tänka sig att vänta längre än vårdgarantins maxgräns till icke-akuta besök, om vårdcentraler tillgodoser de andra kvalitetsaspekterna i form av delaktighet, fast kontakt eller samordning. I personkontinuitet handlar också om att skapa en god relation med och ett bra bemötande av patienten. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar visar att patienter värderar att bli lyssnade på och att få tydlig information om sin sjukdom eller behandling. Personkontinuitet, samordning och bemötande handlar i hög grad om delaktighet och förutsättningar för patienten att bli involverad. De studier som refereras till här gäller vuxna.

Vidare finns uppföljningar som visar att patienter som får träffa en fast vårdkontakt eller läkarkontakt i hälso- och sjukvården i högre utsträckning upplever att kommunikationen med vården fungerar väl, att de är mer delaktiga i sin egen vård och att samordningen av vården mellan olika vårdinstanser fungerar bättre. Dessa patienter är också mer nöjda med sin medicinska vård och hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet än personer som inte får träffa samma personer i vården.[79] Välkända hinder för personkontinuitet är bland annat den demografiska och medicinska utvecklingen, och brist på personal vid

[78] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, Rapport 2020:9.
[79] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*, Rapport 2018:12.

vårdcentraler. Vårdens organisering, arbetssätt och ersättningssystem stödjer inte kontinuitet.[80]

Samordningen av vårdinsatser är fortsatt ett utvecklingsområde inom svensk hälso- och sjukvård och omsorgen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar visar att så många som en miljon vård- och omsorgstagare har behov av samordning och samtidigt bristande förmåga att själva samordna sina vårdinsatser. Bristande samordning i vården leder ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare, i vissa fall också till att kvaliteten i vården och omsorgen försämras. Därutöver finns också risk för ökade kostnader inom vård och omsorg, bland annat på grund av att behandlingar eller undersökningar behöver upprepas i onödan. När vården och omsorgen inte samordnar sina insatser behöver patienten, brukaren eller närstående ta på sig ansvaret för samordningen. Det kan leda till en ojämlik vård eftersom patienter och närstående har olika förmågor att samordna vårdinsatser.[81]

När det gäller vårdinsatser till barn och unga med funktionsnedsättning eller andra långvariga och stora behov finns några studier som tydligt pekar på behovet av ytterligare insatser för att stärka samordningen av vårdinsatserna. Barn och unga med funktionsnedsättningar och deras familjer har ofta ett långvarigt och sammansatt vård- och omsorgsbehov. Det är inte ovanligt att en familj har kontakt med 20–80 professionella ifrån olika verksamheter och huvudmän, såväl kommunala, regionala, statliga, idéburna som ideella i stödet kring sina barn. Barns vårdnadshavare är nöjda med enskilda professionella men upplever att det saknas ett helhetsperspektiv på vården. Ett stort ansvar för samordning läggs också över på vårdnadshavare. Riksrevisionen har påtalat det orimligt stora ansvar som hamnar på vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar, till exempel när det gäller att samordna barnets stöd. Många vårdnadshavare går ner i arbetstid för att klara av vardagen, ofta med såväl ekonomiska som sociala följder. En del blir deprimerade, utbrända och långtidssjukskrivna, och många kämpar

[80] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler,* Rapport 2020:9, och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021): *Fast kontakt i primärvården Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården,* PM 2021:1.
[81] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem,* PM 2016:1.

med att driva rättsliga processer för att få tillgång till rätt stöd.[82] Det pris som barn och unga med funktionsnedsättning och barns vårdnadshavare betalar när stödet från samhället och samverkan mellan olika aktörer brister är ofta högt både med mänskliga och samhällsekonomiska mått mätt. Studien stöds bland annat av uppföljningar inom ramen för projekt i Västragötalandsregionen som visade att det var svårt för både vårdnadshavare att få en överblick över stöd som finns för barn med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar. Både yrkesverksamma och vårdnadshavare i studien efterfrågade förebyggande psykologiskt stöd och olika former av föräldraskapsstöd. Få verksamheter hade rutiner för att arbeta proaktivt vid olika utvecklingsövergångar så som skolstart och övergång från barnverksamhet till vuxenlivet. Samtidigt gjordes äldre barn mer delaktiga i planering och uppföljning av stöd.[83]

Uppföljningar av övergångar mellan hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna visar också att barn och unga har behov av samordning och koordination vid sådana övergångar för att säkerställa kontinuitet och en helhetssyn på vårdprocessens olika delar. Unga personer önskar delaktighet i planeringen och en flexibilitet i tidpunkten för övergången för att den bättre ska kunna anpassas till ungas individuella behov och förutsättningar som till exempel mognad. Övergången från barn- till vuxensjukvården innebär att den unge personen förväntas ta över ansvaret för sin hälsa och att hantera kontakterna med hälso- och sjukvården. Ungas förutsättningar att göra det är dock inte alltid goda. Det kräver bland annat att unga personer har varit delaktiga i sin egen vård och har tillräckliga kunskaper om sin sjukdom och vård och behandling, vilket flera studier visar att de saknar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar visar att det finns brister när det gäller delaktighet, den unges ställning, och att barnets bästa alltid ska beaktas. Det finns också brister i informationen till barn och unga inför, under och efter övergången. Många unga upplever att sjukvårdens språk är svårt och att det kan utgöra ett hinder för att lära sig mer om den egna sjukdomen, och önskar anpassad information. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömer att övergången från

[82] Riksrevisionen (2011): *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning* (RiR 2011:17).
[83] FOU i väst VGR 2014 *Riktat föräldrastöd* RiFS-projektets slutrapport En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning.

barn till vuxen vård behöver bli mer personcentrerad och att det skapas förutsättningar för de unga att vara medskapare i sin vård snarare än mottagare i övergångsprocessen. Kontinuiteten i vård och behandlingsprocesser är särskilt viktig att beakta vid övergångar eftersom övergångar annars ofta medför att personkontinuiteten i vården bryts och behöver byggas upp på nytt. Det handlar också om behovet av fungerande informationsöverföring och sammanhängande vårdplanering för den unge. Barn- och vuxensjukvården har ett gemensamt ansvar för att till stånd en bättre övergång i praktiken uppstår ofta en otydlighet kring vem som har och tar detta ansvar. Litteraturgenomgångens och intervjuernas samlade bild är att unga känner sig osäkra till följd av skillnaderna mellan barn- och vuxensjukvårdens vårdorganisationer. Det är därför angeläget att övergångsprocessen kommer igång i tid och sker stegvis efter de ungas behov.[84]

6.5.3 Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt

Förslag: Det ska införas ett andra stycke i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) som anger att om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det, eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Förslag: I 1 kap. 2 § patientlagen ska det anges att 6 kap. 2 § andra stycket patientlagen endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Skälen för utredningens förslag: Förslaget syftar till att stärka barns och ungas ställning i hälso- och sjukvården

Förslaget syftar till att förenkla för barn och unga att få en fast vårdkontakt i ett tidigt skede när det kan behövas och därmed till att stärka barns och ungas ställning i hälso- och sjukvården. Förslaget syftar också till att skapa förutsättningar för en samordnad, god, nära och jämlik vård för barn och unga.

[84] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.

Inga av de studier och uppföljningar som gjorts avseende funktionen fast vårdkontakt har fokuserat på barns behov av funktionen. Utredningen bedömer dock att ovan presenterat kunskapsunderlag i stora delar är relevant även i förhållande till barn och unga. Mot bakgrund av vad som framkommer i kunskapsunderlaget ovan och i egna dialoger med verksamhetsföreträdare och barn och unga själva bedömer utredningen att det finns hög samstämmighet mellan vuxnas och barns och ungas behov i detta hänseende, men också att barns och ungas behov av en utpekad person som hjälper till att samordna vården är större för barn och unga som grupp än för befolkningen i stort. Barn och unga saknar i stor utsträckning tillräcklig delaktighet i sin egen vård och tillräckliga kunskaper om sin sjukdom, vård och behandling för att själva kunna hantera kontakterna med hälso- och sjukvården. Barn är i stället i stor utsträckning i beroende av vårdnadshavare och unga personer som inte är barn kan vara beroende av anhöriga för att hantera samordningen och kontakterna med hälso- och sjukvården. Eftersom vårdnadshavare och anhöriga har olika förutsättningar att sköta och bistå i samordningen innebär det risker för bristande samordning för vissa barn och unga, vilket ytterst kan påverka utfallet i vården för dessa. Utökade möjligheter att få en fast vårdkontakt bör delvis kunna hantera den problematiken.

Samtidigt som utredningen menar att det finns mycket som talar för att en fast vårdkontakt är positivt på flera sätt, står det klart att många patienter som anser att det är viktigt med fast vårdkontakt inte har det i dag. Detta trots att det finns ett krav på att utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Sammantaget ser utredningen att det finns skäl som talar för att det bör bli lättare för barn och unga att få en fast vårdkontakt. Det är inte är lämpligt att anta att barn och unga ska ta ett ansvar för samordningen själva eller för att själva begära en fast vårdkontakt och inte heller att de helt och hållet ska behöva förlita sig på att vårdnadshavare eller anhöriga tar ett sådant ansvar. Barn och unga har också behov av samordning och kontinuitet i ett så tidigt skede av vårdprocessen som möjligt, varför endast antagandet att en fast vårdkontakt är nödvändig bör aktualisera skyldigheten att utse en sådan.

Ingen förändring när det gäller den fasta vårdkontaktens roll och uppgifter

Den fasta vårdkontaktens roll och uppgifter ska i stort motsvaras av vad som framgår i tidigare förarbeten om fast vårdkontakt.[85] Den fasta vårdkontakten som utses för barn och unga enligt det föreslagna kravet ska alltså vara en tydligt utpekad person, som bistår och stödjer patienten i kontakterna med vården och hjälper till att samordna vårdens insatser. Den fasta vårdkontakten bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter.[86] När det gäller barn och unga kan det exempelvis vara särskilt relevant att bistå patienten i samordningen av insatser hos olika delar av den regionala hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska delar, när det är möjligt utifrån bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. En fast vårdkontakt i den regionala hälso- och sjukvården innebär att det finns en namngiven person i regionen som elevhälsans personal kan ha kontakt med, vilket är något som efterfrågats av verksamheterna.
Utredningen bedömer också att det i den fasta vårdkontakten bör kunna bistå i kontakterna med skolan när det är relevant och i den mån reglerna om sekretess och tystnadsplikt tillåter det.

När en fast vårdkontakt utses för ett barn blir en viktig del av den fasta vårdkontaktens roll i praktiken att bistå vårdnadshavare på olika sätt, eftersom vårdnadshavare har det primära juridiska ansvaret för barnet. Bestämmelser om vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn finns i föräldrabalken (1949:381).

[85] Främst prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*
[86] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* (s. 61).

Den föreslagna bestämmelsen bör gälla i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman

Skyldigheten att utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt enligt 6 kap. 2 § patientlagen gäller i hela hälso- och sjukvården, utan avgränsning när det gäller exempelvis typ av huvudman eller vårdgivare.

Utredningen bedömer däremot att det är lämpligt att det nu föreslagna förstärkta kravet på fast vårdkontakt endast gäller i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. Därför föreslår utredningen att en sådan avgränsning görs i 1 kap. 2 § patientlagen.

Utredningen har övervägt olika alternativ i detta avseende. Utifrån den pågående omställningen till en nära vård som innebär att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård har utredningen bland annat övervägt att avgränsa den föreslagna bestämmelsen om fast vårdkontakt för barn och unga till att endast gälla i primärvården. Utredningen bedömer dock att en sådan avgränsning skulle bli för snäv. Det kan finnas situationer då barn och ungas behov av samordning i första hand bör stödjas av en fast vårdkontakt i någon annan del av hälso- och sjukvården än primärvården. Det kan till exempel vara fallet i situationer när barn och unga får merparten av sin vård i den specialiserade vården.

I den bestämmelse om primärvårdens grunduppdrag som träder i kraft den 1 juli 2021, 13 a kap. 1 § HSL, anges bland annat att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. Bestämmelsen utesluter dock inte att det finns fall där det är mest ändamålsenligt att samordningen sker i någon annan del av vården. Regeringen har angett att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna men att det i vissa fall kan vara lämpligare att samordningsansvaret i stället fullgörs av en fast vårdkontakt. Denna fasta vårdkontakt kan finnas någon annanstans inom hälso- och sjukvården än i primärvården, oavsett om primärvården på ett eller annat sätt också är delaktig i patientens vård.[87]

[87] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 83).

Däremot bedömer utredningen att det finns fördelar med att det föreslagna förstärkta kravet på fast vårdkontakt endast gäller i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, eftersom den större delen av barn och ungas hälso- och sjukvård utgörs av sådan hälso- och sjukvård som regionen är ansvarig för. Enligt utredningen vore det exempelvis inte ändamålsenligt att införa det föreslagna förstärkta kravet på fast vårdkontakt inom elevhälsan eller den kommunala hälso- och sjukvården, främst eftersom den hälso- och sjukvård som bedrivs inom de verksamheterna oftast utgör en mindre del av patientens hela behov av hälso- och sjukvård. Om en patient begär det eller om det är nödvändigt gäller dock fortsatt skyldigheten att utse en fast vårdkontakt enligt 6 kap. 2 § patientlagen i andra delar av hälso- och sjukvården, exempelvis i den kommunala hälso- och sjukvården och elevhälsan.

Den föreslagna bestämmelsen bör gälla alla personer som inte har fyllt 21 år

Utredningen föreslår att det förstärkta kravet på fast vårdkontakt ska gälla alla personer som inte har fyllt 21 år, utan avgränsning när det gäller exempelvis sjukdomsbild eller funktionsförmåga. Utredningen har valt denna avgränsning eftersom utredningen bedömer att mycket talar för att personer under 21 år särskilt skulle kunna gynnas av att ha en fast vårdkontakt i flera situationer. Barn och unga saknar i stor utsträckning tillräcklig delaktighet i sin egen vård och tillräckliga kunskaper om sin sjukdom, vård och behandling för att själva kunna hantera kontakterna med hälso- och sjukvården. Barn är i stället i stor utsträckning beroende av vårdnadshavare och unga personer som inte är barn kan vara beroende av anhöriga för att hantera samordningen och kontakterna med hälso- och sjukvården. Eftersom vårdnadshavare och anhöriga har olika förutsättningar att sköta och bistå i samordningen innebär det risker för bristande samordning för vissa barn och unga, vilket ytterst kan påverka utfallet i vården för dessa barn och unga. Att samordningen för barns och ungas vård är avhängig vårdnadshavares och anhörigas förutsättningar att samordna vården eller stödja i samordningen innebär risker för likvärdigheten i barns och ungas samordning och ytterst i deras vård. Denna risk bedömer utredningen kan minskas genom att

samma förstärkta krav om fast vårdkontakt gäller för alla barn och unga.

När det gäller gränsen på 21 år resonerar utredningen i detta avseende på motsvarande sätt som när det gäller förslaget till bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga (se avsnitt 6.2.3). Barn är personer under 18 år som samhället har ett särskilt ansvar för, bland annat utifrån barnkonventionen. Men även unga personer under 21 år i övrigt omfattas av utredningens förslag i den delen, och det bedöms motiverat även när det gäller detta förslag. Dels omfattas på så sätt fler personer som genomgår gymnasieutbildning än barn genom den föreslagna åldersgränsen, vilket utredningen bedömer motiverat. Dels ligger en sådan åldersgräns i linje med hur begreppet unga ska förstås i HSL, SoL och LVU. Utredningen bedömer också att en sådan avgränsning är lämplig med tanke på den samordningsproblematik som finns vid övergången från hälso- och sjukvården för barn till hälso- och sjukvården för vuxna och den bild som framkommit från såväl sjukvårdspersonal som unga personer om att en koordinator eller samordnare skulle kunna bidra till en bättre övergång.[88]

Fast vårdkontakt bör utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov

Kravet på att utse en fast vårdkontakt för personer som inte har fyllt 21 år ska enligt förslaget gälla om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov. Det behöver alltså inte vara fastställt med säkerhet att det är nödvändigt med en fast vårdkontakt för patienten och patienten behöver inte själv ha begärt det, utan det räcker med att det kan antas att det är nödvändigt för att en fast vårdkontakt ska utses. Kravet skiljer sig alltså på det sättet från dagens 6 kap. 2 § patientlagen. Det beror på att utredningen, som nämnts ovan, bedömer att det behöver vara lätt för barn och unga att få en fast vårdkontakt så tidigt i vårdprocessen som möjligt när det kan antas finnas ett sådant behov.

På detta sätt fångas sådana barn och unga upp som har behov av en fast vårdkontakt, men vars behov av en fast vårdkontakt inte visar

[88] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.

sig med sådan tydlighet att det kan fastställas att det finns ett behov av en fast vårdkontakt. Det kan exempelvis vara fråga om sådana barn och unga som söker sig till vården många gånger för exempelvis psykosomatiska symtom eller som har oklara besvär under lång tid utan att få någon diagnos. Vid breda och diffusa symptom, exempelvis huvudvärk, ledvärk, trötthet, yrsel, viktnedgång, sömnproblem, magsmärtor, långvariga förstoppningsbesvär eller upprepade täta infektioner, kan det vara svårt att avgöra om det finns ett behov av samordning och stöd i kontakterna med vården. Det kan leda till att en fast vårdkontakt inte utses med stöd av den befintliga 6 kap. 2 § patientlagen. Men den föreslagna bestämmelsen bör skapa förutsättningar för att barn och unga med dessa typer av besvär och symptom får en fast vårdkontakt utsedd och därmed hjälp med samordningen av och kontakterna med vården.

Det behöver dock inte bara vara typen av besvär eller antalet vårdkontakter som avgör om en fast vårdkontakt ska utses med stöd av den föreslagna bestämmelsen eller inte. Det finns exempelvis barn och unga med begränsat antal kontakter som kan behöva stöd med att samordna olika vårdinsatser. Det kan till exempel handla om barn vars vårdnadshavare inte har förutsättningar att bidra med hjälp eller unga personer i övrigt som inte kan få nödvändig hjälp av anhöriga. Det viktiga är att det görs en bedömning i varje enskilt fall, utifrån barnets och den unga personens behov och andra förutsättningar, sett till syftet med den fasta vårdkontakten.

Det kan exempelvis beaktas om barnet eller den unga personen redan har en eller flera andra fasta vårdkontakter eller en fast läkarkontakt i primärvården som på ett fullgott sätt bedöms uppfylla behovet stöd och hjälp med samordningen. Det finns inget hinder för att flera fasta vårdkontakter utses i olika delar av hälso- och sjukvården, varken enligt dagens krav i 6 kap. 2 § patientlagen eller enligt utredningens förslag. Det kan i flera fall vara nödvändigt. Men i situationer när en ytterligare fast vårdkontakt inte skulle tillföra något mervärde bör det inte bli aktuellt att utse en fast vårdkontakt med stöd av den föreslagna bestämmelsen. För att göra denna bedömning kan det i vissa fall vara motiverat att verksamhetschefen eller annan lämplig person, med beaktande av reglerna om sekretess och tystnadsplikt, tar kontakt med den eller de fasta vårdkontakter som redan utsetts för patienten.

Vid en bedömning av om det kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt för ett barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa enligt artikel 3 barnkonventionen. Även 5 kap. 6 § HSL och 1 kap. 8 § patientlagen, enligt vilka barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn, bedömer utredningen vara relevanta i sammanhanget. Enligt förarbeten till 1 kap. 8 § patientlagen bör barnets bästa beaktas i den dagliga verksamheten när barn får vård, men också tjäna som en vägledning inom hälso- och sjukvårdsverksamheter i övrigt.[89] Utredningens bild är att det sistnämnda innebär att 5 kap. 6 § HSL och 1 kap. 8 § patientlagen ställer krav på att principen om barnets bästa bör vara vägledande i frågan om det kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt för barnet eller inte, även om uppgiften att utse en fast vårdkontakt i sig snarare är en administrativ åtgärd än en hälso- och sjukvårdsinsats. Vid bedömningen ska även barnets rätt, enligt artikel 12 barnkonventionen, att fritt uttrycka sina åsikter och skyldigheten för vården att tillmäta dessa betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad beaktas.

Även när det gäller personer som fyllt 18 år men inte 21 år, det vill säga personer som omfattas av förslaget men som inte är barn, bedömer utredningen att det är viktigt att göra patientens röst hörd och beakta den på ett ändamålsenligt sätt.[90]

Utredningen bedömer också att skyldigheten att utse en fast vårdkontakt när patienten begär det bör kvarstå för barn och unga i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, vilket bör synliggöras i det föreslagna nya stycket i 6 kap. 2 § patientlagen.

Ingen särskild reglering krävs rörande antalet vårdkontakter

Utredningen bedömer inte att det finns behov av någon särskild reglering som avgränsar hur många fasta vårdkontakter som kan eller bör utses för barn eller unga med anledning av det föreslagna kravet. Det kan i vissa sammanhang vara motiverat att ha fler fasta vårdkontakter, exempelvis om patienten har kontakt med flera delar av hälso- och sjukvården. Eftersom det är verksamhetschefen som har

[89] Prop. 2013/14:106, *Patientlag* (s. 63).
[90] Se även prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* s. 60 ff.

ansvaret för den fasta vårdkontakten, blir vårdkontaktens ansvarsområde begränsat av det ansvarsområde som verksamhetschefen har.

I dag är det möjligt att ha fler fasta vårdkontakter enligt 6 kap. 2 § patientlagen. De fasta vårdkontakterna ska då, med beaktande av reglerna om sekretess och tystnadsplikt, kunna samverka och samordna vårdens insatser för patienten.[91] Utredningen bedömer att detta bör gälla även fortsättningsvis.

Utredningen bedömer att det ur ett patientperspektiv ofta är relevant att den av de fasta vårdkontakterna som finns i den del av hälso- och sjukvården som patienten har mest kontakt med tar det huvudsakliga samordningsansvaret.

Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten

Utredningen bedömer mot bakgrund av verksamhetschefens roll och ansvarsområde enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen att det är lämpligt att verksamhetschefen är den som ska utse en fast vårdkontakt för barn och unga enligt det föreslagna kravet. Att verksamhetschefen redan har uppgiften att utse en sådan fast vårdkontakt som avses i 6 kap. 2 § patientlagen bör innebära att det finns god beredskap för verksamhetschefer att ta sig an denna uppgift. Samtidigt kan arbetssätt och rutiner som avser fast vårdkontakt behöva ses över i samband med en implementering av det föreslagna kravet, eftersom uppdaterade och väl kända rutiner bör vara en viktig faktor för att införandet av kravet ska kunna få den effekt som avses. Utredningen vill här understryka vikten av att bedömningen och utseendet av en fast vårdkontakt integreras på ett så effektivt sätt som möjligt i verksamhetens arbetssätt och rutiner. Att utse en fast vårdkontakt är inte en uppgift som avklaras genom att dokumentera vilken den fasta vårdkontakten är. Det är i stället en del av det bredare arbetet med att tillgodose trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Utredningen ser den fasta vårdkontakten som ett verktyg för att åstadkomma detta. Det handlar alltså till stor del om att arbeta med kulturen och arbetssätten så att den fasta vårdkontakten blir en naturlig del av att upprätthålla dessa värden.

[91] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* s. 62.

I sammanhanget kan det nämnas att det här finns ett ansvar på flera nivåer. Utöver verksamhetschefens ansvar att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen, har vårdgivaren det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och huvudmännen har ett ansvar för att skapa förutsättningar för samordning, kontinuitet och säkerhet. För att kunna göra den fasta vårdkontakten till en naturlig del av arbetet med trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet krävs alltså att samtliga aktörer prioriterar dessa frågor och ser till att skapa nödvändiga förutsättningar utifrån sitt ansvar.

Delaktighet och integritet är viktigt

Genom att barn och unga får information om vården och möjlighet till delaktighet och självbestämmande skapas förutsättningar för en god vård för barn och unga. Bestämmelser om integritet, självbestämmande, delaktighet och information finns bland annat i 5 kap. 1 § HSL och 3 kap. och 5 kap. patientlagen. Även barnkonventionen är relevant när det gäller barns rätt till integritet och delaktighet, bland annat artikel 12 och 16.[92] För barn är även vårdnadshavarens delaktighet i vården central och i föräldrabalken regleras vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn.

I dag tillgodoses patientens delaktighet när det gäller att utse en fast vårdkontakt enligt 6 kap. 2 § patientlagen dels genom att patienten själv kan begära och få en fast vårdkontakt utsedd, även när verksamhetschefen inte bedömer att det finns något behov av det, dels genom att verksamhetschefen så långt det är möjligt ska samråda med och respektera patientens önskemål när den person som ska vara patientens fasta vårdkontakt utses.[93]

Även när det gäller det nu föreslagna kravet ska en fast vårdkontakt alltid utses om patienten begär det.

När det gäller kravet att utse en fast vårdkontakt om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov har utred-

[92] Se mer om relevanta bestämmelser om integritet, självbestämmande, delaktighet och information i kap. 3 Gällande rätt.
[93] Se prop. 2009/10:67 (s. 61 f).

ningen övervägt om det ska krävas att patienten samtycker till detta för att det ska vara möjlig att utse den fasta vårdkontakten. Utredningen gör dock i detta avseende samma bedömning som regeringen gjorde i propositionen Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Där anges att uppgiften att utse en fast vårdkontakt för en enskild initialt bör få anses vara en rent administrativ åtgärd. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa patientens behov av trygghet och samordning etc. Det är först när insatser för den enskilde ska utföras som samtycke ska inhämtas.[94] Men förmedling av information med t.ex. andra myndigheter behöver naturligtvis ske i enlighet med reglerna om sekretess och tystnadsplikt, vilket i sin tur kan föranleda ett behov av samtycke från patienten för att lämna ut sekretessbelagda uppgifter.

Att införa ett krav på samtycke i det föreslagna kravet skulle alltså avvika från den nuvarande bestämmelsen om fast vårdkontakt i 6 kap. 2 § patientlagen och bestämmelsen om fast vårdkontakt i 2 kap. 5 § LUS, vilket utredningen inte bedömer vara motiverat eller lämpligt.

Utredningen bedömer också att det finns risker med att en fast vårdkontakt endast ska kunna utses för barn efter ett samtycke. I den mån vårdnadshavares samtycke skulle bli avgörande för om en fast vårdkontakt utses för ett barn finns risker för att vissa barn får mindre stöd och hjälp med samordningen än andra, vilket i sin tur kan påverka barnets vård på ett negativt sätt och jämlikheten i vården.

Oaktat detta anser utredningen att det är mycket viktigt att respektera den personliga integriteten och att så långt som möjligt göra barn och unga samt barns vårdnadshavare, delaktiga när det gäller att utse en fast vårdkontakt.

Inga förändringar vad gäller vem som ska kunna utses som fast vårdkontakt föreslås

Varken i 6 kap. 2 § patientlagen eller i 2 kap. 5 § LUS specificeras vilken kompetens den fasta vårdkontakten ska ha eller vilken yrkeskategori som ska kunna utses som fast vårdkontakt. Inte heller när det gäller det föreslagna kravet bedömer utredningen att det vore lämpligt att göra någon avgränsning i det avseendet. Det är naturligtvis viktigt att den fasta vårdkontakten har sådan kompetens som

[94] Prop. 2016/17:106 (s. 48).

krävs för att fullgöra de uppgifter som åligger honom eller henne. Men i likhet med vad som uttalats om fast vårdkontakt i tidigare förarbeten anser utredningen att en bedömning av vem som bör utgöra en patients fasta vårdkontakt ska avgöras i det enskilda fallet och grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose behovet. Därför skulle en fast vårdkontakt kunna vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det skulle också i vissa fall kunna vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.[95] I första hand ska det i fråga om vilken kompetens som behövs beaktas vad som bedöms vara barnets bästa i de fall det är fråga om fast vårdkontakt för barn, enligt artikel 3 barnkonventionen. Det kan exempelvis i många fall, särskilt då den fasta vårdkontakten ska ha kontakt direkt med barnet eller en ung vuxen person, vara nödvändigt att utse någon som har kunskap eller erfarenhet av att arbeta med barn och unga. När det gäller barn är det även i detta sammanhang viktigt att beakta barnets rätt till delaktighet och inflytande enligt artikel 12 barnkonventionen.

Utredningen vill i sammanhanget understryka vikten av att patienten får information om vem som är patientens fasta vårdkontakt. Ett av syftena med funktionen fast vårdkontakt är som nämnts ovan att patienten ska få en tydligt utpekad person, som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. För att kunna uppnå denna intention menar utredningen att det är viktigt att patienten får information om vem som är patientens fasta vårdkontakt.

Förhållandet till omställningen till en god och nära vård

Utredningen bedömer att införandet av det föreslagna kravet på fast vårdkontakt för barn och unga ligger väl i linje med den pågående omställningen till en god och nära vård. En central del i omställningen är en fungerande samordning av patientens olika vårdinsatser, vilket det föreliggande förslaget syftar till att åstadkomma.

Den fasta vårdkontaktens roll är central i det pågående arbetet med patientkontrakt. Utredningen Samordnad utveckling för god

[95] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* (s. 60 ff.).

och nära vård föreslår att det regleras i patientlagen att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade där det framgår vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt/er. Den utredningen bedömer också att en fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell.[96] Att lyfta fram den fasta vårdkontaktens roll när det gäller samordningen av barn och ungas hälso- och sjukvård bedömer utredningen i ljuset av detta vara ändamålsenligt. Regeringen har också beskrivit att fast vårdkontakt kan utgöra en av komponenterna för att uppnå kontinuitet i hälso- och sjukvården.[97]

Från och med den 1 juli 2021 förtydligas på ett sådant sätt att det framgår av ett nytt 13 a kap. 1 § HSL att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård bland annat särskilt ska samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. Regeringen anför i propositionen till 13 a kap. 1 § HSL att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna men att det i vissa fall kan vara lämpligare att samordningsansvaret i stället fullgörs av en fast vårdkontakt. Denna fasta vårdkontakt kan finnas någon annanstans inom hälso- och sjukvården än i primärvården, oavsett om primärvården på ett eller annat sätt också är delaktig i patientens vård. Det kan också vara så att en patient har flera vårdkontakter som tillsammans får ta ansvar för att vården samordnas på bästa sätt.[98] Utredningens förslag ligger på så sätt även i linje med intentionerna med 13 a kap. 1 § HSL. Om ett barn eller en ung har en fast läkarkontakt i primärvården eller en fast vårdkontakt i primärvården som på ett fullgott sätt kan uppfylla barnets eller den unges behov av samordning skulle det kunna vara en sådan faktor som gör att det inte kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt på en annan vårdnivå. Men i vissa fall kan det inte uteslutas att en fast vårdkontakt även behöver utses i den specialiserade

[96] SOU 2020:19, *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (s. 172 ff.).
[97] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 28).
[98] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 83).

vården. Med den föreslagna bestämmelsen blir det tydligt att en prövning av det behovet behöver göras i varje enskilt fall.

6.6 Vägledning för rektorer och skolhuvudmän

Bedömning: Socialstyrelsen bör i samråd med Statens skolverk få i uppdrag att utforma en särskild vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård. I vägledningen bör ingå tydlig information om vad bestämmelsen om fast vårdkontakt innebär för skolverksamheterna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utforma en vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård. Vägledningen ska sammanställa de centrala bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs inom elevhälsan på ett lättillgängligt sätt och ge vägledning om hur dessa bestämmelser ska tolkas. Vägledningen ska stödja skolhuvudmän och rektorer i det dagliga arbetet och öka kunskapen och förståelsen för hälso- och sjukvårdslagstiftningen i stort och vad den innebär för skolans verksamhet.

Utredningen bedömer att det finns behov av att stödja skolhuvudmän i deras vårdgivaransvar och rektorer i ansvaret som verksamhetschef. Det har framkommit i utredningens dialoger med myndighets-, verksamhets- och professionsföreträdare. Utredningen konstaterar också att det förekommer brister när det gäller vårdgivaransvaret i skolverksamheten när det gäller till exempel det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Det visar Inspektionens vård och omsorg i sin tillsyn. Kunskapen om hälso- och sjukvårdslagstiftningen är i vissa fall otillräcklig och skolhuvudmännens skyldigheter i egenskap av vårdgivare utförs inte alltid i enlighet med gällande regelverk. Brister i vårdgivaransvaret kan i värsta fall leda till en vårdskada eller andra allvarliga händelser.

Socialstyrelsen och Statens skolverk har tagit fram en vägledning för elevhälsan. Vägledningen vänder sig i huvudsak till elevhälsans olika professioner och syftar till att främja tvärprofessionellt arbete inom en samlad elevhälsa. Utredningen bedömer att vägledningen inte på ett tillräckligt tydligt sätt informerar om skolhuvudmäns och

rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård. Dessutom behövs en uppdatering av vägledningen med utgångspunkt från nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Socialstyrelsen och Statens skolverk behovsinventering från 2019 som ska ligga till grund för en uppdatering av vägledningen för elevhälsa visar att det finns ett behov av tydligare vägledning i dessa frågor. Behovsinventeringen visar bland annat att det finns behov av mer information om de bestämmelser som styr elevhälsans arbete, till exempel när det gäller hälso- och sjukvårdslagstiftningen, vårdgivaransvaret och sekretess och tystnadsplikten.

Utredningen bedömer att Vägledning om elevhälsa bör ersättas av ett gemensamt nationellt hälsoprogram för barn och unga, se även utredningens förslag avsnitt 6.3 och att en särskild vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård bör utformas. En noggrann rättsutredning av vilka bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som gäller för skolverksamhet bör ligga till grund för vägledningen om vårdgivaransvaret.

Tydlig information om fast vårdkontakt bör ingå i vägledningen

Utredningen ser ett behov av att alla delar av hälso- och sjukvården tar ett större ansvar för att åstadkomma ökad trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet för barns och ungas hälso- och sjukvård. Utredningens förslag att en fast vårdkontakt ska utses för barn och unga under 21 år i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt, syftar till detta. Men även elevhälsan har en viktig del.

När elevhälsan identifierar vårdbehov hos barn och unga som inte ska tillgodoses av elevhälsan är det viktigt att patienten, när det finns behov av det, får hjälp att ta kontakt med en vårdgivare som är relevant att kontakta för det identifierade vårdbehovet. Det gäller kanske främst när vårdbehov identifieras under de hälsobesök som elevhälsan ska erbjuda enligt 2 kap. 27 § skollagen. Men det kan även handla om behov som identifieras i elevhälsans verksamhet i övrigt, exempelvis när barn och unga själva söker hjälp av elevhälsan för psykiska eller somatiska besvär, om elevhälsan misstänker att patien-

ten har ett sådant behov som kan behöva hanteras i en annan del av hälso- och sjukvården.

Utredningen konstaterar att elevhälsan redan, genom kravet på fast vårdkontakt i 6 kap. 2 § patientlagen, har ett ansvar för att hjälpa barn och unga att ta kontakt med relevant del av hälso- och sjukvården för att hantera sådana vårdbehov som elevhälsan identifierar, om barnet eller den unga personen har behov av sådan hjälp.

Enligt 6 kap. 2 § patientlagen ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Av förarbetena framgår att en fast vårdkontakt bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter.[99] Detta bör alltså innebära att en fast vårdkontakt, även en fast vårdkontakt inom elevhälsan, ska kunna ge patienten information och hjälpa patienten ta kontakt med relevant vårdgivare när det behövs. Ansvaret är inte avgränsat till att remittera barn och unga till den specialiserade vården, utan det bör utifrån vad som anges i förarbetena också kunna vara fråga om att hjälpa patienten få kontakt med den regionala primärvården när det finns behov av det.

6 kap. 2 § patientlagen gäller i all hälso- och sjukvård, oavsett huvudman, verksamhetsform och liknande, eftersom det i författning inte finns någon begränsning av dess tillämpningsområde. Det innebär alltså exempelvis att en fast vårdkontakt ska utses av en verksamhetschef inom elevhälsan om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det är möjligt att ha flera fasta vårdkontakter enligt 6 kap. 2 § patientlagen. De fasta vårdkontakterna ska då, med beaktande av reglerna om sekretess och tystnadsplikt, kunna samverka och samordna vårdens insatser för patienten.[100]

Trots ovan beskrivna bestämmelser och förarbeten är utredningens bild att det förekommer att barn och unga inte får hjälp med sådana vårdbehov som identifieras inom elevhälsan. Det kan bero på

[99] Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* (s. 61).
[100] Ibid. (s. 62).

att barnen och deras vårdnadshavare och unga personer i övrigt inte har förutsättningar att söka vidare vård för behoven. Utredningens bild är också att elevhälsans kunskap om bestämmelsen om fast vårdkontakt och sin skyldighet att hjälpa patienten kan variera.

För att tillgodose barns och ungas behov av hjälp och stöd när det gäller samordningen och kontakter med hälso- och sjukvården efter att ett vårdbehov identifierats hos elevhälsan bedömer utredningen att elevhälsans kunskap om sina skyldigheter när det gäller att bidra till kontinuitet, och främst skyldigheten att utse en fast vårdkontakt, behöver öka. Utredningen föreslår därför att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att rikta tydlig information om bestämmelsen om fast vårdkontakt till skolverksamheterna i deras roll som vårdgivare.

Socialstyrelsen har tagit fram en nationell vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.[101] Där anges förvisso att en fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård, men elevhälsan adresseras inte specifikt. Socialstyrelsen har också tillsammans med Skolverket tagit fram en vägledning för elevhälsan.[102] Där ges bland annat exempel på vad som ingår i verksamhetschefens ansvar, men verksamhetschefens ansvar att utse en fast vårdkontakt enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen nämns inte. Utredningen ser alltså potential att förtydliga den vägledning som finns på området.

[101] Socialstyrelsen (2017): *Nationell vägledning, Om fast vårdkontakt och samordnad individuell planering.*
[102] Socialstyrelsen och Statens skolverk (2016): *Vägledning för elevhälsan.*

6.7 Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

Bedömning: Utredningen bedömer att följande sex steg systematiskt behöver vidtas för att till stånd en mer sammanhållen, likvärdig, ändamålsenlig och samordnad hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa:

1. Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa.
2. Ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård.
3. Ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga.
4. Primärvården och den nära vården behöver stärkas med resurser, kompetenser och metoder för att kunna möta barn och unga med psykiska vårdbehov.
5. Den specialiserade vården behöver stärka sin konsultativa roll och bli mer nära och tillgänglig för primärvården och elevhälsan.
6. Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola/skola och elevhälsan behöver samordna sig kring barn och unga med stora och långvariga behov.

Skälen till för utredningens bedömning: Stegen visar hur hälso- och sjukvården, inklusive den specialiserade vården, behöver utvecklas och samverka med andra aktörer som förskola, skola och socialtjänst för att samordna vårdinsatser för barn och unga och deras vårdnadshavare. Syftet med stegen är att skapa en hälso- och sjukvård som kan tillgodose behov av vård och omsorg hos barn och unga med psykisk ohälsa, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Målet är att alla barn och unga ska få insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa. Insatserna ska ges till alla på universell nivå och riktade insatser ska ges till dem som har mer fördjupade vårdbehov. Målet är också att utveckla den nära vården, där de olika vårdnivåerna samspelar med varandra, och att hela

vård- och omsorgssystemet tidigt och ändamålsenligt samordnar sina insatser runt barn och unga för att tillgodose deras behov.

Utredningen bedömer att problem med köer till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), i huvudsak beror på systembrister i vården och att problemen med köerna inte kan hanteras genom insatser som riktas enbart mot BUP. Utredningen ser i stället behov av långsiktiga systemförändringar som tar sikte på hur barn och unga kan få hjälp tidigt och samordnat enligt modellen stegvis vård. Utredningen bedömer också att det organisationsinriktade målet om en köfri BUP framöver behöver bytas ut mot ett tydligare barn- och ungaperspektiv som tar sin utgångspunkt i barns och ungas vårdbehov. I nuläget bedömer utredningen att målet i stället bör vara en nära och tillgänglig BUP, som mer visar vad som behöver ske inom ramen för den pågående omställningen till en god och nära vård.

Det finns flera synergier mellan utredningens bedömningar om psykisk hälsa och utredningens övriga förslag och bedömningar. Avsnittet kan betraktas som en generisk modell för att utveckla hälso- och sjukvården för barn och unga, eftersom det sträcker sig från det hälsofrämjande och universella till det specialiserade och komplexa.

Utredningen har valt att inte särskilja psykisk hälsa i ett eget kapitel utan har låtit utredningens arbete kring psykisk hälsa genomsyra hela betänkandet. På så sätt vill utredningen synliggöra sambandet mellan somatiska, psykosomatiska och psykiska tillstånd och att individens hälsa bör ses utifrån ett helhetsperspektiv. Utredningen vill dock understryka att det finns en ökande trend av psykisk ohälsa hos barn och unga och att dialogerna med både verksamhetsföreträdare och unga själva tydligt visar att just psykisk hälsa är det område i vården som är mest eftersatt.

En fragmentiserad vård, bristande samordning, ojämlik och för uppdraget ofta otillräcklig primärvård och elevhälsa samt icke-tillgänglig specialiserad vård är viktiga delar i den problembild som ligger till grund för utredningens uppdrag och förslag och bedömningar. Mer fördjupade beskrivningar finns i Problembilden, kap. 5.

Utredningen har samverkat med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) i uppdraget att bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd, till exempel genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården. Detta uppdrag tangerar det uppdrag som Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har

haft att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bland annat förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar. Det finns en samsyn mellan de båda utredningarna när det gäller problembilden och de förslag och bedömningar som krävs för att skapa en god och nära vård för personer med psykisk ohälsa.

Särskilt viktiga utgångspunkter för utredningens bedömningar om psykisk hälsa, har varit dels utvecklingsperspektivet på barns och ungas hälsa, dels föräldraperspektivet. Uttryck för psykiska besvär, sjukdom och behov samt insatser och nödvändiga kompetenser skiljer sig väsentligt mellan olika åldrar under barnets uppväxt och vårdnadshavare har en central betydelse för barns och ungas hälsa och utveckling. En annan central utgångspunkt har varit barns och ungas specifika behov och förutsättningar som beskrivs i Utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande, kap. 2, och barnets rättigheter enligt barnkonventionen.

Termer och begrepp inom området psykisk hälsa presenteras i avsnittet om barns hälsoutveckling. Utredningen noterar att det finns kunskapsluckor och behov av fortsatt forskning när det gäller uttryck och definitioner av psykisk ohälsa hos de allra minsta barnen.

Utredningen gör inte anspråk på att redovisa en heltäckande bild eller hitta lösningar på alla problem inom området psykisk hälsa, eftersom det är alltför omfattande och komplext. Det är många statliga utredningar, samordningsuppdrag, rapporter, granskningar, utvärderingar, sammanställningar, nationella strategier, regeringsuppdrag, regionala och kommunala projekt på nationell och lokal nivå som under lång tid arbetat systematiskt med dessa frågor.

6.7.1 Steg 1 – Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa

Bedömning: Hälso- och sjukvården behöver ha ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa samt initiera och aktivt delta i breda hälsofrämjande insatser och tvärsektoriell samverkan för att främja psykisk hälsa.

Huvudmän inom skolväsendet bör i större utsträckning än i dag genomföra universella och riktade insatser till barn och unga för att främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa. Insatserna bör bygga på evidens och beprövad erfarenhet.

Skälen för utredningens bedömning: Hela samhället har ett ansvar för hur den psykiska hälsan utvecklas i befolkningen. Det finns evidens för att tvärsektoriella insatser där olika aktörer bidrar för att skapa ett bra stöd runt barn och familjer har hälsoekonomisk nytta. Exempel på detta är att främja psykisk hälsa för att förbättra lärandet och att ge föräldraskapsstöd i syfte att stimulera barnets utveckling, se även bilaga 4. Alla sådana insatser behöver utgå från bestämningsfaktorerna för barns och ungas hälsa och utveckling såsom levnadsvanor, livsvillkor, utbildning och tillgång till socialt stöd. Dessa beskrivs mer ingående i avsnittet om barns hälsoutveckling, kap. 4. När samhällets aktörer tar ansvar för tidiga och ändamålsenligt samordnade insatser, sparas resurser och kompetenser inom hälso- och sjukvården till de barn och unga som behöver dem mest, till exempel de som står i väntan på en bedömning av eller insats från den specialiserade vården. Tidiga insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger ohälsa kan på så sätt bidra till att minska köerna till barn- och ungdomspsykiatrin.

En aktiv samhällsdebatt kring hälsans bestämningsfaktorer och att samhällets aktörer verkar för goda levnadsvanor, trygga relationer, uppväxtförhållanden och en genomförd skolgång för barn och unga är nycklar till psykiskt välbefinnande. Barn och unga behöver stärkas med färdigheter och motståndskraft under uppväxten för att uppnå bästa möjliga hälsa och välbefinnande under hela livet.

Hälso- och sjukvårdens roll

Hälso- och sjukvården har ett viktigt uppdrag och är en avgörande aktör när det gäller utredning, vård och behandling av barn och unga med psykisk ohälsa. Samtidigt är hälso- och sjukvården bara en av flera verksamheter som har betydelse för utvecklingen av barns och ungas hälsa. Hälso- och sjukvården kan inte heller åta sig att lösa alla problem som påverkar den psykisk hälsan. Samhället behöver få ökad förståelse för att det finns andra orsaker till psykisk hälsa än rent medicinska och vilket ansvar olika aktörer har för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Psykiska besvär av olika grad kan ofta hanteras på andra sätt än genom kontakt med hälso- och sjukvården, samtidigt som hälso- och sjukvården behöver ha en beredskap för att möta barn och unga tidigt, på deras villkor och utifrån deras behov.

Ett gott exempel på en sådan lågtröskelverksamhet som möter unga på deras villkor är ungdomsmottagningarna. Hälso- och sjukvården ska bidra med rätt insatser, finnas nära patienten, se till att god samverkan med andra aktörer uppnås och därmed även breda samordnade insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.

Hälso- och sjukvården och dess professioner har stor tyngd och möjlighet att påverka både debatten om och hanteringen av psykisk ohälsa i samhället och därmed antalet barn och unga som behöver söka hjälp i hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården behöver också beakta tendenser till överdiagnostik, ökande läkemedelsbehandling till barn och unga och risk för medikalisering av normala livstillstånd.[103] Insatser ska styras av hur barn och unga fungerar i sin vardag och skola och vilka behov som finns hos barn och unga och deras familjer, och inte enbart av diagnosen. Många gånger kan insatser i till exempel skolan, för att anpassa undervisningssituationen och skapa goda lärandemiljöer, minska effekterna av den psykiska ohälsan för barnet eller den unge.

På samma sätt behöver bedömningar av barns och ungas funktionsnivå och behov i högre grad komplettera de diagnosbaserade bedömningarna i hälso- och sjukvården. Till exempel finns systemet Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF), som i dag framför allt används inom äldrevården, men som även har evidens för barn och unga. Socialstyrelsen har föreslagit att ICF ska användas i större utsträckning i vården.[104]

Vidare bör kvalitetsdriven verksamhetsutveckling, kliniska vårdförlopp och klinisk praxis i större utsträckning framöver handla om tidiga förebyggande insatser och enkelt pragmatiskt stöd, utöver självklara frågor som utredning, diagnos och läkemedelsbehandling. Den medicintekniska utvecklingen och diagnostiken är i sig helt central, men utgör en mycket stark drivkraft i hälso- och sjukvården och behöver vägas upp med ett salutogent fokus för att uppnå en mer ändamålsenlig vård. Det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet behöver ytterligare stärkas i hela hälso- och sjukvården, och uppmuntras i takt med att omställningen till en god och nära vård framskrider. Detta utvecklas mer i steg två nedan.

---

[103] SOU 2021:6*: God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (s. 71).
[104] Socialstyrelsen (2020). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)* och Socialstyrelsen (2021): *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

Förskolans och skolans roll

Förskolans och skolans roll för barns och ungas förutsättningar att utveckla god hälsa kan inte underskattas. Det finns ett starkt dubbelriktat samband mellan studieresultat och hälsa. Det innebär att lärande kan leda till hälsa men också att hälsa är en förutsättning för lärande.[105] Hur förskolan utformas är betydelsefullt för barnens uppväxtvillkor. Deltagande i förskolan är mest gynnsamt för barn från socioekonomiskt svaga förhållanden och kan vara betydelsefullt för barns utveckling och lärande långt senare i livet. Barn som har gått i förskola har färre psykiska problem och infektioner, högre utbildningsnivå och högre inkomster i vuxen ålder.[106] Barn och unga som lämnar grundskolan med fullständiga betyg löper lägre risk att drabbas av psykisk ohälsa, alkohol- eller drogberoende, sjukskrivning eller arbetslöshet.

Förskolan och skolan har ett ansvar att identifiera sådant i deras verksamhet som kan leda till ohälsa, inte minst gäller det psykisk ohälsa. Skolan anges inte sällan som en orsak till psykiska besvär hos barn och unga. Kunskapssammanställningar visar att det finns generella faktorer i skolan som kan verka som skydds- eller friskfaktorer för psykisk hälsa, till exempel känslan av delaktighet i lärandet, tillfredsställelse, känslan av kompetens samt stödjande relationer med lärare och med kamrater. Riskfaktorer är negativa erfarenheter av provsituationer, prestationskrav och stress, negativa bedömningar, exkludering, trakasserier samt bristande relationer med lärare.[107] Skolans arbete med att skapa goda lärandemiljöer och andra förutsättningar för lärande har därför stor betydelse för barns och ungas hälsa och välbefinnande och är en viktig förutsättning för att barn och unga inte utvecklar psykisk ohälsa till följd av skolarbetet. Goda lärandemiljöer är också en förutsättning för att förebygga skolsvårigheter hos elever som har psykisk ohälsa. Insatser som stödjer lärande är självklara, men även enklare insatser som till exempel handlar om hur prov och inlämningsuppgifter fördelas över terminen, stöd till eleverna att prioritera bland skolans arbetsuppgifter och läxhjälp, har betydelse.

[105] Skolverket (2019): *Hälsa för lärande – lärande för hälsa*.
[106] Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa.*
[107] Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet (2010): *Barns och ungas psykiska hälsa i Sverige En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid.*

Därutöver har förskola och skola ett ansvar för insatser på universell nivå. I skolan är undervisningen i idrott och hälsa, hem- och konsumentkunskap, sex- och samlevnad samt ANDT exempel på sådana universella insatser. I denna undervisning ingår att barn och unga utvecklar kunskaper om och förståelse för hälsa och välbefinnande och den egna livsstilens betydelse för hälsa, samhälle och miljö.[108] Enligt förskolans läroplan ska utbildningen främja barnens utveckling, hälsa och välbefinnande. Fysisk aktivitet, näringsriktiga måltider och hälsosam livsstil ska vara en naturlig del av verksamheten och bidra till att barnen förstår hur detta kan påverka hälsa och välbefinnande. Barnen ska också få möjligheter att utforska, ställa frågor och samtala om företeelser och samband i omvärlden som påverkar hälsa och välbefinnande.

Utredningen anser att det i skolans uppdrag även bör ingå att informera eleverna om psykisk hälsa och hur psykiska besvär kan förebyggas på olika sätt. Skolan behöver också genomföra riktade insatser på universell nivå. Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan till exempel vara temaföreläsningar i skolan om ångest och depression, egenvård, var och hur man söker hjälp eller allmänt föräldraskapsstöd i grupp baserat på lokalt viktiga trender eller frågor som uppkommit i elevhälsoarbetet.

Svenska läkarsällskapet (SLS) har nyligen i rapporten Kraftsamling för ungas psykiska hälsa sammanfattat fem generella insatsområden där det finns en vetenskaplig grund för att kunna påverka ungas psykiska hälsa och skolresultat. Evidens finns för åldrarna 6 år och uppåt. Dessa fem områden beskrivs mer ingående i bilaga 4 och innefattar:

1. Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet.
2. Balans mellan tid på digitala medier, skola, fysisk aktivitet och sömn.
3. Socialt och emotionellt lärande för att stärka självkänsla, hantera stress och skapa positiva förändringar.
4. Anpassning av kunskaps- och betygskraven till elevers utveckling och förutsättningar.

[108] Läroplan för grundskolan, Lgr11, läroplanen för förskolan, Lpfö18.

5. Tidig upptäckt och stöd till unga med risk för sämre psykisk ohälsa.

Även om flera av dessa delar redan återfinns i läroplan och skolans arbete anser utredningen att huvudmännen för skolväsendet aktivt bör se över hur dessa interventionsområden kan stärkas och systematiskt integreras i skolans arbete, till exempel i planering, undervisning, kompetensutveckling för lärare och rektorer och i elevhälsoarbetet. Utredningen ser behov av att hälsofrämjande insatser med fokus även på små barns psykiska hälsa utvecklas och används i förskolan.

Folkhälsoarbetet och civilsamhällets roll

Utredningen bedömer vidare att det breda folkhälsoarbetet som har fokus på barns och ungas levnadsvanor och uppväxtvillkor, information och kunskapshöjning om psykisk ohälsa och suicidprevention samt föräldraskapets betydelse för utvecklingen av psykisk hälsa hos barn och unga fortsatt bör prioriteras. Allmän information och ökad kunskap om psykisk hälsa, efterfrågas av unga. Det handlar bland annat om att informera barn och unga om vad de kan göra själva, när de ska söka hjälp och vilken hjälp som kan erbjudas i skolan, i hälso- och sjukvården eller via digitala plattformar.[109] I dag finns sådan information till exempel på Umo.se, en webbplats med information om sexuell och psykisk hälsa för barn och unga. Webbplatsen finansieras av Sveriges Kommuner och Regioner och når 900 000 besökare varje månad.

Civilsamhället spelar också stor roll för barns och ungas välbefinnande. Med civilsamhället avses den arena skild från stat, kommun, region, marknad och det enskilda hushållet där människor grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen.[110] Ideella organisationer, föreningslivet, idrottsrörelsen och patientföreningar är alla aktörer som hjälper och stöttar många barn och unga på deras egna villkor. Civilsamhället kan ofta svara för behov som hälso- och sjukvården har svårt att tillgodose, till exempel stöd till barn och unga att själva och anonymt söka hjälp vid psykisk

[109] S2018/04669/FS, *Ungas beställning till samhället.*
[110] Prop. 2009/10:55, *En politik för det civila samhället.*

ohälsa. Här kan Bris stöd till barn och unga nämnas. Närmare 30 000 barn och unga kontaktar Bris på olika sätt varje år och den vanligaste orsaken till kontakten är psykisk ohälsa.

Hälso- och sjukvården kan med fördel ha en tät dialog med civilsamhällets aktörer, i lokalsamhället men även på regional eller nationell nivå, om barns och ungas förutsättningar och behov och om hur samhällsförändringar påverkar behoven. Syftet med en sådan dialog kan vara att öka hälso- och sjukvårdens kunskap om barn och unga för att kunna organisera och planera vården på ett mer ändamålsenligt sätt eller att utveckla olika former av kontaktvägar vidare in i hälso- och sjukvården, till exempel genom stödlinjer för psykisk ohälsa. Det kan också syfta till att utveckla metoder för barns och ungas delaktighet i hälso- och sjukvården eller samarbete kring utformning av digitala tjänster. Genom stödlinjer eller annan stödverksamhet kan civilsamhället också utgöra ett komplement och stöd till hälso- och sjukvården även om det alltid är hälso- och sjukvården som bär det fulla ansvaret för insatser till barn och unga.

6.7.2 Steg 2 – Ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård

Bedömning: Utredningen bedömer att ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård är en central förutsättning för att främja hälsa, förebygga psykisk ohälsa samt erbjuda fördjupade insatser i samverkan med övrig vård och omsorg.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård som tidigt och samordnat möter barn och unga och deras vårdnadshavare är en central förutsättning för att främja hälsa, förebygga psykisk ohälsa samt erbjuda fördjupade insatser i samverkan med övrig vård och omsorg. Det bidrar till mer likvärdig vård för barn och unga och har därför stor betydelse för deras hälsa och utveckling under uppväxttiden. Med utgångspunkt från ett nationellt utformat hälsovårdsprogram får barn- och ungdomshälsovården bättre förutsättningar att fånga

upp barn och unga med psykisk ohälsa i ett tidigt skede och förebygga en allvarligare utveckling. De barn och unga som behöver ska få fördjupade insatser eller vård och behandling i väl utvecklad samverkan med övrig vård.

För att få till stånd en mer sammanhållen hälso- och sjukvård inklusive elevhälsans medicinska insatser föreslår utredningen ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa det hälsofrämjande arbetet och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Utredningen föreslår också att ett nationellt hälsovårdsprogram som ger ytterligare vägledning om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till alla barn och unga från tillblivande till vuxen ålder, ska utformas och implementeras. Det nationella programmet ska utgå ifrån ett helhetsperspektiv på barn och ungas fysiska och psykiska hälsa. I detta ingår hälsouppföljning för att främja hälsa, förebygga och tidigt upptäcka ohälsa. Vidare ingår att vid behov ge fördjupade insatser i samverkan med andra vårdverksamheter och vårdnivåer genom väl uppbyggda vårdprocesser samt erbjuda stöttning i föräldraskapet. För fördjupad beskrivning se avsnitt 6.2 och 6.3.

För barn och unga med olika psykiska besvär blir en sammanhållen hälsouppföljning och vårdprocess extra viktig, då symtomen kan vara svårtydda och behöver följas över tid. När psykisk ohälsa upptäcks tidigt, ökar chanserna att förebygga svårare psykisk ohälsa med insatser och stöd redan på primärvårdsnivå. Utredningen bedömer att det skulle kunna minska köerna till barn- och ungdomspsykiatrin.

Det nationella hälsovårdsprogrammet bidrar till en mer sammanhållen och likvärdig vård

Ett nationellt överenskommet och likvärdigt hälsovårdsprogram som möter alla barn och unga under uppväxten har stora möjligheter att göra skillnad för barn och unga med psykisk ohälsa genom just tidig upptäckt, hälsofrämjande insatser och insatser som förebygger ohälsa. Hälsouppföljning ska ingå som en grundläggande del av programmet och bestå av hälsobesök som är anpassade efter barns och ungas utveckling, förutsättningar och behov och fördelade under

hela uppväxten. I hälsouppföljningen ska barns och ungas fysiska och psykiska hälsa, utveckling och uppväxtmiljö uppmärksammas och barn och unga som är i behov av fördjupat stöd och riktade insatser identifieras. Universellt, selektivt och indikerat stöd bör ges systematiskt till barn och unga och deras familjer i tidigt skede, vilket kan bidra till att hindra utvecklingen av mer allvarlig psykisk ohälsa. En stärkt hälsouppföljning kan bli särskilt viktig för olika utsatt grupper som i dag har sämre tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser och samtidigt har olika psykiska vårdbehov, till exempel placerade barn.[111]

I det nationella hälsovårdprogrammet ska föräldraskapsstöd vara en naturlig del. Det är särskilt viktigt med föräldraskapsstöd för att främja hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. De ofödda och allra yngsta barnen är särskilt utsatta och sårbara när vuxna i familjen har allvarliga svårigheter, eftersom de är helt beroende av de vuxna för sin utveckling och sitt välbefinnande. När barnet har en trygg anknytning till sina vårdnadshavare och relationen mellan vårdnadshavare och barn är god, minskar risken för en rad olika hälsoproblem och riskbeteenden.[112]

6.7.3 Steg 3 – Ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga

Bedömning: Förslaget om att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysiska och psykiska vårdbehov, som lagts fram i betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6) bör genomföras.

Regionerna behöver uppnå nationell konsensus om vilka psykiska vårdbehov hos barn och unga som primärvården ska ansvara för.

Regionerna behöver integrera första linjeverksamheter för barn och ungas psykiska hälsa i primärvårdsuppdraget.

[111] Regeringen (2020): *Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* S 2020/07505.
[112] Blair M. et al. (2013) *Barnhälsovetenskap.*

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har haft i uppdrag att utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att omhänderta lättare psykisk ohälsa och symtom. I slutbetänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk ohälsa (SOU 2021:6) föreslår utredningen att:

> Det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. 13 a kapitlet 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) om primärvårdens grunduppdrag ska avseende första punkten formuleras så att inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska regioner och kommuner särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande fysiska och psykiska vårdbehov.

Förslaget innebär att primärvårdens ansvar för vård och behandling av psykisk ohälsa synliggörs och att huvudmännen behöver planera och organisera primärvården med utgångspunkt från detta uppdrag. I enlighet med den kommunala självstyrelsen ska det vara huvudmännens ansvar att bedöma vilka vanligt förekommande psykiska vårdbehov som ingår i uppdraget och hur dessa vårdbehov bäst bör omhändertas i fråga om vårdmodeller, arbetsmetoder, kompetens- och resurssättning.

Utredningen om en samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01) menar att området psykisk hälsa historiskt sett har haft en undanskymd roll och att hälso- och sjukvården i stort har planerats och utvecklats med utgångspunkt från den somatiska vården. Under senare år har vården av psykisk ohälsan ökat i fokus i olika utvecklingsprojekt nationellt och regionalt men primärvårdens roll för den psykisk ohälsan har inte varit föremål för satsningar i någon högre grad på nationell nivå. Utredningen om en samordnad utveckling för en god och nära vård konstaterar att det fortsatt finns en variation i vilken utsträckning psykisk ohälsa är beskrivet i de förfrågningsunderlag som ligger till grund för vårdens innehåll och utformning, inte minst när det gäller förväntningar och krav som regionen har på denna del av uppdraget. Det finns också stora variationer i vilken utsträckning regionerna tillhandahåller bedömning av psykologer och kuratorer inom ramen för vårdgarantins tre dagar. Vårdgarantins krav på bedömning av vårdbehov inom tre dagar

uppfylls dessutom i lägre grad av psykolog och kurator jämfört med bedömning av läkare eller sjuksköterskor.[113]

Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård bedömer att förslaget ökar förutsättningarna för en nära och jämlik primärvård även i de delar som rör psykisk ohälsa. Förslaget innebär att primärvården synliggörs som den första instansen för upptäckt, vård och behandling av psykisk ohälsa. Detta kan bidra till att minska stigmat att vända sig till vården vid psykisk ohälsa och underlätta för patienternas förståelse för vart de ska vända sig med sådana vårdbehov. Förslaget får stöd i dialoger som utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård har haft med verksamhetsföreträdare med flera, där det har framförts att ett tydligt lagstöd för primärvårdens ansvar för psykisk ohälsa skulle underlätta vid planering och organisering av vården.[114]

Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård anser också att förslaget är en naturlig följd mot bakgrund av utvecklingen av primärvården och fastställandet av ett nationellt grunduppdrag för primärvården som innebär att primärvården ska svara för hälso- och sjukvård som tillgodoser vanligt förekommande vårdbehov, vara lätt tillgänglig och tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens som de individuella patienternas behov. Primärvården ska också vara navet i hälso- och sjukvården och i huvudsak svara för samordningen av patienters vårdinsatser.[115]

Förslaget är gynnsamt även för barn och unga

Denna utredning konstaterar att förslaget innebär att primärvården även ska ansvara för barns och ungas psykiska vårdbehov. Det saknas en barnkonsekvensanalys av förslaget, men mot bakgrund av de skäl som har angetts, bedömer utredningen att förslaget är gynnsamt även för barn och unga.

Det är mycket viktigt att skapa förutsättningar för en planering och utveckling av vården av psykisk ohälsa hos barn och unga som bygger på en tydlig och långsiktig struktur och organisation. Utredningen bedömer att en sådan långsiktig struktur kan utvecklas om primärvårdens ansvar för vården av psykisk ohälsa synliggörs i

[113] Prop. 2019/20:164: *En utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården* (s. 232–233).
[114] Prop. 2019/20:164: *En utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården* (s. 238–239).
[115] Prop. 2019/20:164: *En utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården* (s. 330–235).

lag. Det tydliggör också att primärvården är den första instansen och vägen in i hälso- och sjukvården, även för barn och unga med psykisk ohälsa. Det är särskilt angeläget att tydliggöra och förenkla vårdorganisationen för denna grupp, som inte alltid har förutsättningarna att hitta rätt i vården. Det har också särskilt betonats i utredningens dialoger med företrädare för barn och unga.

I omställningen till en god och nära vård finns också möjligheter att fortsatt utveckla primärvården och skapa förutsättningar för att primärvården i framtiden arbetar med uppsökande verksamhet och utökar sin närvaro på andra arenor som är relevanta för barn och unga och deras familjer, till exempel skolan, förskolan eller i hemmet.

För att uppnå en stegvis vård även för psykiska vårdbehov hos barn och unga, behöver primärvården vara vägen in och navet i hälso- och sjukvården. I samspel med den specialiserade vården kan vård och behandling med tvärprofessionell bredd ges nära och tillgängligt till barn och unga. Utifrån en ändamålsenlig triagering kan insatser därefter öka stegvis efter behov.

Primärvårdens förutsättningar att ta ansvar för och vara vägen in vid psykisk ohälsa, även för barn och unga

Det finns en stor potential i primärvården när det gäller att upptäcka psykisk ohälsa och ge ändamålsenligt stöd. Primärvården träffar, vid sidan av elevhälsans medicinska insatser, flest barn och unga samt deras vårdnadshavare av alla vårdens aktörer och har därmed redan en bred barn- och ungdomskompetens. Ett exempel är barnhälsovården, som står för ungefär hälften av alla besök barn gör i primärvården.[116] Mödrahälsovården och barnhälsovården, som är en del av primärvården, arbetar med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa i enlighet med styrdokument och vägledning för respektive verksamhet.[117] Primärvården har redan, genom mödrahälsovården, barnhälsovården, vårdcentralen och flertalet ungdomsmottagningar en plattform i sin organisation för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård och uppdraget att arbeta förebyggande.

[116] Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt*.
[117] SFOG och samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening (2008, uppdaterad webbversion 2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Intressegruppen för mödrahälsovård inom ARG rapport nr 76.* och Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården* och *Rikshandboken för barnhälsovård (2021)*.

Vidare finns inom primärvården ett teambaserat arbetssätt som har goda möjligheter att utvecklas mot ett mer tvärprofessionellt psykosocialt omhändertagande vid sidan av det medicinska. Primärvårdens möjligheter att erbjuda rätt stöd och insatser kan också öka genom att använda och bygga vidare på redan uppbyggda strukturer, metoder och kompetenser i första linjeverksamheterna. Utredningen bedömer dessutom att primärvården har goda förutsättningar för att utveckla ett familjecentrerat förhållningssätt och omhändertagande av psykiska vårdbehov. Ett familjecentrerat förhållningssätt är ofta centralt vid vård och behandling av psykisk ohälsa för att ta ett helhetsgrepp om faktorer av betydelse för hälsan hos barn och familj.

Primärvårdsuppdraget är inte avgränsat till ålder och innebär att primärvårdens insatser kan fortsätta sömlöst efter att den unge fyllt 18 år, vilket i sin tur innebär att den ofta problematiska övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna uteblir. Vård- eller hälsocentralen har ofta kunskap om och kan hålla ihop vård och insatser till hela familjen genom sitt breda uppdrag. Det är viktigt då det inte är ovanligt med psykiska besvär även hos vårdnadshavare till barn och unga med psykisk ohälsa. Ärftligheten är också stark när det gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Barn som anhöriga till vuxna med psykiatriska tillstånd har en ökad risk för psykisk ohälsa och utgör också en viktig målgrupp för primärvården.[118]

Primärvården har stor vana av att möta barn och unga med olika former av psykosomatiska besvär, som ofta har en bakomliggande orsak av psykisk ohälsa. Det kan röra sig om huvudvärk, magsmärtor, förstoppning, sömnproblem, trötthet eller ätsvårigheter. Ångest, depression och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är vanliga underliggande psykiatriska tillstånd som kan ge somatiska besvär av den sorten. Vård- eller hälsocentralen har dessutom ofta lokal kännedom om och i vissa fall utvecklat samarbete med övriga aktörer och arenor barn och unga möter i närområdet.

Utredningens expertgrupp av unga med erfarenhet av psykisk ohälsa, ställer sig positiva till förslaget om primärvårdens ansvar för psykiska vårdbehov. De lyfter fram att vård- eller hälsocentralen är ett tydligt vårdutbud dit de vänder sig vid kroppslig sjukdom och ohälsa och därmed borde vara den naturliga vägen in till hälso- och

[118] SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa* (s. 43).

sjukvården och en självklar samlingsplats för individens och familjens alla primära vårdbehov.

Vård och stöd vid psykisk ohälsa brister på primärvårdsnivå, särskilt för barn och unga

Utredningen konstaterar samtidigt att vård och behandling i primärvården till barn och unga med psykisk ohälsa är eftersatt i dag. På många håll i landet ser primärvården helt enkelt inte sådant stöd som sitt uppdrag, även om det också finns många exempel på motsatsen. Historiskt sett har den specialiserade vården tagit hand om nästan all psykisk ohälsa hos barn och unga. Stegvisa vårdmodeller[119] som finns väl etablerade för kroppsliga åkommor och medicinsk vård för barn och unga har därför inte utvecklats på samma sätt för psykisk ohälsa. Det har lett till att primärvården inte erhållit vana eller byggt upp kompetenser för att möta psykiska vårdbehov hos barn och unga, förutom i de fall där mödrahälsovård och barnhälsovård har nära kopplade psykologresurser. I möten med utredningens referensgrupper och verksamhetsdialoger blir det tydligt att vård- eller hälsocentralen inte är den instans där psykisk ohälsa hos barn och unga naturligt tas omhand i dag.

Representanter för primärvården menar också att ansvaret för barn och unga efter 6 års ålder när barnhälsovårdsprogrammet har avslutats, inte är lika tydligt. Primärvården har inte ansvar för hälsouppföljning av skolbarn och elevhälsan tar sällan kontakt med primärvården som en samverkanspart när de uppmärksammat elever med psykiska besvär som kräver vidare hjälp och utredning. Elevhälsans medicinska insatser remitterar ofta barn och unga direkt till den specialiserade vården eftersom det är så det traditionellt gått till. När det blir tydligare att primärvården har ansvar för vård vid psykiska besvär, kommer färre remisser att skickas till barn- och ungdomspsykiatrin och därmed bidra till minskade köer.

Ett tydligt tecken på att primärvården under lång tid inte kunnat möta psykiska vårdbehov hos barn och unga är utvecklingen av första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa. Dessa verksamheter har under drygt tio års tid byggts upp med stöd av

[119] Vedertagen definition av begreppet saknas, men grundprincipen kan sägas vara att man anpassar behandlingens intensitet efter patientens behov, dvs. ger vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

SKR och statliga medel för att utgöra ett komplement till primärvården när det gäller barns och ungas psykiska vårdbehov.[120] När dåvarande SKL skulle definiera vem som hade ansvaret för insatser för lindrig till måttlig psykisk ohälsa konstaterades att det inte fanns någon verksamhet med det uppdraget för barn och unga. Primärvården uppfattade sig varken ha uppdraget eller kompetensen. I dag finns sådana verksamheter över hela landet och träffar cirka två procent av barn och unga.[121] Första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa kan vara organiserade inom primärvården, men även inom den specialiserade vården, socialtjänsten eller elevhälsan. Variationen när det gäller uppdragens innehåll och utformning är stor och de har inte styrts eller likriktats från nationellt håll. Många barn och unga som tidigare inte kunde vända sig någonstans har fått hjälp, men primärvårdens ansvar som den egentliga första linjen har inte tydliggjorts. Första linjeverksamheterna har medfört att antalet vårdverksamheter när det gäller vård och behandling av barn och ungas psykiska ohälsa har ökat. I utredningens dialoger med unga företrädare för barn och unga med psykisk ohälsa har det framgått att mångfalden i sig medför en otydlighet om vart barn och unga kan vända sig med psykiska besvär eller ohälsa. I många delar av landet, inte minst i storstadsområden, finns det även en osäkerhet hos vårdverksamheterna om vilka olika aktörer som finns etablerade för att möta barn och unga med psykisk ohälsa, och vilka uppdrag de har.

Integrera första linjeverksamheterna för psykisk ohälsa i ett enhetligt primärvårdsuppdrag

Utredningen bedömer att primärvården ska vara första vägen in och möta barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Pågående och utbyggda projekt kring första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver integreras i primärvårdsuppdraget. Det är en förutsättning för en mer enhetlig, likvärdig och tillgänglig hälso- och sjukvårdsorganisation för barn och unga enligt principen en väg in i hälso- och sjukvården. Det skapar också en mer långsiktigt hållbar hälso- och sjukvårdsorganisation för vård och behandling av psykisk ohälsa.

[120] SKR (2020): *Första linjen 2020 Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*
[121] Dalman, C. (2018): *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga.*

Utredningen bedömer vidare att regionerna och professionerna med stöd av SKR behöver komma överens om och uppnå nationell konsensus om vilka psykiska vårdbehov hos barn och unga som primärvården ska ansvara för. Nationell kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård som drivs av Sveriges regioner i samverkan bör ha en central roll. Även Socialstyrelsen kan ha en roll om det under arbetets gång framkommer ett behov av nationella riktlinjer. Huvudmännen behöver systematiskt revidera förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller för att inkludera barn och unga med psykiska vårdbehov i primärvårdsuppdraget. Utredningen bedömer att erfarenheter om vanliga sökorsaker vid första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa, kan vara en utgångspunkt när regionerna utvecklar samsyn kring vanligt förekommande psykiska vårdbehov som ska mötas i primärvården, se även avsnitt 6.7.4. De vanligaste sökorsakerna i sammanställningen av första linjeverksamheterna var oro och nedstämdhet, skolrelaterade bekymmer, stress, kriser samt problem i familj eller egna relationer. Det parallella arbetet med olika breda vårdprocesser som också har bäring på psykisk ohälsa och ansvaret på primärvårdsnivån behöver samtidigt beaktas.

Cirka 2 procent av alla barn och unga får i dag insatser från första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa (övrig primärvård ej medräknad). I dialog med SKR:s och Socialstyrelsens experter inom området psykisk hälsa uppskattar utredningen att cirka fem procent av den totala barnpopulationen, har psykisk ohälsa som skulle kunna mötas på primärvårdsnivå. Det behövs dock ytterligare kartläggningar och analyser av sjukdomsförekomst och behov hos barn och unga med psykisk ohälsa, med särskilt fokus på primärvård, för att göra säkrare bedömning av behovet inför framtiden.

Utredningen ser vidare att primärvården även kan spela en viktig roll i en framtida nära vård när det gäller vanligt förekommande psykiatriska tillstånd hos barn och unga, till exempel vissa neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, depression och ångest. Detta kan bidra till målet om en köfri BUP. En förutsättning är dock att primärvården förstärks med både kompetens och resurser enligt omställningens principer och får stöttning av den specialiserade vården. Se vidare om detta under steg fyra och fem nedan.

6.7.4 Steg 4 – Stärkta kompetenser och resurser i primärvården för att möta barn och unga med psykisk ohälsa

Bedömning: Regionerna bör inom ramen för den pågående omställningen till god och nära vård stärka primärvården med nödvändiga resurser och kompetenser, och ge förutsättningar för tvärprofessionellt och tvärsektoriellt samarbete, för att möta barns och ungas psykiska vårdbehov.

Skälen för utredningens bedömning: Det krävs specifik kompetens för att upptäcka, utreda och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga, bland annat eftersom de har olika uttryck och behov från de späda åldrarna till ungdomen. Nödvändiga funktioner och kompetenser behöver finnas inom primärvården för att kunna möta barn och unga med psykiska vårdbehov och för att kunna arbeta med ett familjecentrerat förhållningssätt. Primärvården behöver utveckla den allmänna och specifika barn- och ungdomskompetensen och bygga upp psykosociala team. Utredningen vill särskilt lyfta fram betydelsen av tvärprofessionella och tvärsektoriella arbetssätt när det gäller vård och behandling av barns och ungas psykiska vårdbehov. Dessutom behöver primärvården kunna erbjuda riktade föräldrastöd och psykologiska insatser för att förebygga och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga. Utredningen bedömer att en resurs- och kompetensförstärkning av primärvården i syfte att rusta den för psykiska vårdbehov hos barn och unga, också bidrar till en bredare barn- och ungdomskompetens i primärvården som möter barns och ungas behov.

Sammanställningar av första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska ohälsa samt utredningens dialoger visar att den specifika kompetens som krävs för att fullt ut möta psykiska vårdbehov hos barn och unga i primärvården, är en ändlig resurs som inte räcker till för att bemanna varje vård- eller hälsocentral. Därför behöver primärvårdens utformning kompletteras med smarta lösningar, koncentration av personal, samutnyttjande och samverkan. En vidareutveckling av den nära vården där primärvården är kärnan men specialiserad vård också ingår är eftersträvansvärt. Genom utredningens kunskapsinhämtning och dialoger har åtskilliga exempel på sådana lösningar uppmärksammats. I ett totalt sett sammanhållet system

ska nödvändiga kompetenser och insatser komma barnet till godo utan att verksamhets- eller organisatoriska gränser ska ligga i vägen.

Utredningen bedömer därför också att den specialiserade vården och dess kompetenser behöver tillgängliggöras för att stödja primärvården och för att utveckla uppdraget när det gäller vård och behandling vid psykisk ohälsa. En systematisk kompetens- och kunskapsöverföring och en allians mellan specialiserad vård och primärvård skapar förutsättningar för en allt mer uppbyggd och ändamålsenlig barnkompetens i primärvården. Detta utvecklas närmare nedan.

I steg tre ovan beskrivs primärvårdens förutsättningar och de förväntade psykiska vårdbehov hos barn och unga som primärvården bör ansvara för. Hur huvudmännen väljer att definiera detta avgör hur primärvården behöver resurs- och kompetenssättas. De regionala huvudmännen behöver kartlägga sina aktuella resurser och kompetenser samt se över aktuella vårdprocesser, för att få underlag för hur kompetenserna ska fördelas mellan olika verksamheter och vårdnivåer och göra en långsiktig kompetensförsörjningsplan för att säkra tillgången till barnkompetens inom primärvården. Den befintliga barnkompetens som finns inom mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och vård- och hälsocentralerna i dag, kan till exempel utgöra en grund för kompetensöverföring till övriga primärvården. Utredningen vill i detta sammanhang dessutom betona behovet av de avvägningar huvudmännen behöver göra för att klara akutuppdraget och andra kompetensområden i regionen som den specialiserade vården. Det framgår också av regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) att omställningen inte ska ske på bekostnad av kvaliteten i akutsjukvården.

Kompetensförsörjning är en av hälso- och sjukvårdens stora utmaningar och det är i dag brist på personal, såväl i primärvården som i den specialiserade vården. År 2019 bedömde 19 av 21 regioner att det var brist på psykologer, och enligt regionernas uppskattning av det totala personalbehovet saknas cirka 200 helårsarbetskrafter. Flera regioner har också uppgett att det finns en brist på specialistläkare bland annat inom allmänmedicin och psykiatri. Bristen bedöms variera inom regionerna och är som störst utanför städerna. Det är främst erfaren personal som saknas.[122]

[122] Socialstyrelsen (2020): *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2020.*

Utredningen menar att kompetensnivån i primärvården inom området psykisk ohälsa hos barn och unga, även behöver kartläggas och analyseras på en nationell nivå. En möjlig aktör för ett sådant arbete är det nationella vårdkompetensrådet, eftersom de i sitt regeringsuppdrag har att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården. Vårdkompetensrådet kan också, samordna strategier för framtida behov av vårdkompetenser med huvudmännen för högskoleutbildningarna.

Utredningen vill återigen poängtera att flera av förslagen och bedömningarna som utredningen lägger fram har synergier med varandra och att frågan om kompetensförsörjning tydliggör detta. Inte minst gäller det kompetenstillgång och nivåer för ett erbjuda ett likvärdigt och robust nationellt hälsovårdsprogram, som har stor bäring på kompetenser i primärvården gällande psykiska vårdbehov.

Kompetenser som kommer att behövas i större utsträckning i primärvården för att möta barn- och ungas psykiska vårdbehov

Läkare och sjuksköterska är de vanligaste professionerna i primärvården i dag och utgör en naturlig bas i ett tvärprofessionellt teamarbete som kan bygga upp en samlad kompetens för att möta psykiska vårdbehov. Sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor, till exempel distriktssköterska och barnsjuksköterska, är och kommer förmodligen även i framtiden att vara nyckelprofessioner i primärvården, som kan bära många funktioner i uppdraget för barn och unga med psykisk ohälsa. Dessutom behövs professioner som exempelvis kurator, psykolog och psykoterapeut.

För att barn, unga och vårdnadshavare ska kunna erbjudas insatser utifrån deras specifika behov behövs även andra professioner i tvärprofessionell samverkan. Exempel på sådana professioner är fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped, dietist, hälsopedagog, barnläkare, barnpsykiater, psykiatrisjuksköterska och barnmorska. Samverkan i team runt patienter med psykisk ohälsa benämns ofta som psykosociala team där kompetenser som kompletterar varandra kan se olika ut. Samverkan och samordning av insatser kan ske dels genom fysiska möten, dels digitalt utifrån behov.

De kompetenser som i dag finns inom de första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa som beskrivits tidigare kan

integreras eller utgöra en utgångspunkt för utvecklingen av tillräckliga kompetenser inom primärvården. Sammanställningar av kompetenser inom första linjeverksamheter, visar att de yrkeskategorier som flest barn kommit i kontakt med i verksamheten var socionom (47 procent), psykolog (43 procent) och sjuksköterska (13 procent), därefter läkare (6 procent) och specialpedagog (6 procent).[123] Psykologer och socionomer hade specifik barn- och ungdomskompetens till exempel inom föräldrastöd och utvecklingspsykologi.

6.7.5 Steg 5 – En nära och tillgänglig specialiserad vård

Bedömning: Huvudmännen behöver skapa förutsättningar för att barn- och ungdomspsykiatrin, och annan relevant specialiserad vård, har en tydlig konsultativ och stöttande roll i primärvården och elevhälsan, i enlighet med inriktningen för en nära och tillgänglig vård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen menar att en utveckling mot en mer nära och tillgänglig specialiserad vård som kan stötta primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser är nödvändig. Det ger en effektivare triagering av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån, vilket är grunden för en fungerande stegvis vård. Det leder också till en kompetensutveckling som är nödvändig för att utveckla och stärka den allmänna och den specifika barn- och ungdomskompetensen i primärvården. Fler barn och unga får då rätt bedömning i ett tidigt skede och därmed tidigare ändamålsenliga insatser vid psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd. Detta gäller särskilt stöd och insatser i skolan som kan leda till bättre lärande, minskad psykisk ohälsa och undvikbar försämring av psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Detta innebär att många av de barn och unga som i dag står i kö till den specialiserade vården får vård och stöd i den nära vården, vilket minskar köerna till och avlastar BUP.

Huvudmännen för hälso- och sjukvården behöver beakta behovet av en nära och tillgänglig specialiserad vård när hälso- och sjukvården

[123] SKL (2014): *Kartläggningsrapport – Första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*

organiseras och planeras för barn och unga. Primärvården, elevhälsan och den specialiserade vården bör vara bärande delar för en god och nära vård för barn och unga. Exempel på en sådan utveckling är en stärkt och utbyggd öppenvård med områdesansvar och en tydlig konsultativ roll. Andra exempel är gemensamma bedömningar, samlokalisation, konsultationsmodeller, digitala former av tillgänglighet, direktkontakt på telefon, auskultationer, handledning och utbildningsinsatser. Verksamheterna bör gemensamt utveckla dessa arbetssätt och vårdmodeller, där primärvården och elevhälsan anger vilka behov de har av stöd och den specialiserade vården ansvarar för innehållet i detta. Utredningen anser att regionernas ersättningsmodeller bör stödja utvecklingen av en nära och tillgänglig specialiserad vård med ett tydligt konsultativt uppdrag i primärvården och elevhälsan.

När den specialiserade vården stöttar primärvård och elevhälsa när det gäller barn och unga med psykiska vårdbehov skapar det ett gemensamt ansvar för patienter i gråzonen mellan vårdnivåerna. Det kan bidra till en ökad trygghet i verksamheterna och utveckla förutsättningarna för primärvården att ta hand om olika psykiatriska tillstånd. En målmedveten och riktad satsning på en nära och tillgänglig specialiserad vård för barn och unga påskyndar och stabiliserar den pågående omställningen av hela hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer dock att detta är en process som behöver byggas upp varsamt både med hänsyn till patientsäkerhet och kvalitet men också för att inte överbelasta primärvården i ett skede när allt mer förväntas hanteras där. Bryggor för ömsesidig kunskaps- och kompetensöverföring, främjar relationerna mellan vårdens aktörer så att kontaktvägar och samarbete gynnas. Den specialiserade vården och sjukhusen har stor nytta av ett starkare generalistperspektiv, vilket också ligger i omställningens syfte.

Utredningen erfar att det finns en mängd olika initiativ och lärande exempel på en mer konsultativ och nära specialiserad vård som kan tjäna som inspiration eller förebild. Ett sådant exempel är projekt i flera regioner som syftar till en gemensam väg in där BUP och primärvårdsnivån gemensamt triagerar alla barn och unga som söker för psykisk ohälsa. Det finns på många håll i landet också en väl utvecklad öppenvård inom barn- och ungdomspsykiatrin och annan specialiserad vård för barn och unga att bygga vidare på. Barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering är andra

viktiga aktörer med hög barn- och ungdomskompetens som behöver involveras i denna utveckling, till gagn för en bred och ändamålsenlig barn- och ungdomskompetens i primärvården. De bör till exempel kunna involveras i gemensamma vårdprocesser för att avlasta och effektivisera BUP.

Tillgängligheten till den specialiserade vården

Med utgångspunkt från att den specialiserade vården ska vara både nära och tillgänglig ur flera aspekter, behöver även verksamheternas effektivitet beaktas. BUP har haft långvariga problem med tillgängligheten. För att komma tillrätta med problemen har BUP varit föremål för olika satsningar och strukturerad uppföljning inte minst genom de olika överenskommelser som träffats mellan staten och SKR. I detta har bland annat ingått en förstärkt vårdgaranti som anger att ett första besök ska ske inom 30 dagar och fördjupad utredning inom ytterligare 30 dagar.

Bilden av hur tillgängligheten till BUP har utvecklats är komplex. Antalet barn och unga som står i kö till BUP har ökat de senaste åren. Andelen patienter som får ett första besök inom 30 dagar och fördjupad utredning eller behandling inom ytterligare 30 dagar efter första besök har dock stadigt minskat. Samtidigt har antalet besök till och antalet individer som har kontakt med BUP ökat. Antalet medarbetare har också ökat, även om det finns stora variationer i landet.

SKR följer upp indikatorer som mäter antal besök per medarbetare inom BUP så kallade produktionsmått. SKR anser att det är ett viktigt mått för tillgänglighet och effektivitet men att kvalitet i vården och arbetsmiljön för medarbetare samtidigt måste beaktas. Ett måltal för verksamheten har beräknats till fyra patienter per dag och medarbetare. 2019 träffade en medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatrin i genomsnitt 1,4 patienter per dag.[124] Det finns många perspektiv på produktionsmått, men naturligtvis påverkar verksamhetens effektivitet köerna i stor utsträckning.

Utredningen erfar i sina dialoger med företrädare för BUP att verksamheterna medvetet arbetar med effektivitetsfrågor. Hög personalomsättning och läkarbrist samt stor efterfrågan på tidskrävande

[124] SKR (2020): *Psykiatrin i siffror – kartläggning av barn- och ungdomspsykiatrin 2019.*

samverkan med exempelvis skola och socialtjänst lyfts fram som försvårande faktorer för en effektiv verksamhet. Det väl utvecklade teamarbetet inom BUP ses som en framgångsfaktor, men också ibland som ett hinder för mer effektiva vårdflöden.

Effektivitet i verksamheten är en mer komplex fråga än att det enbart kan ses som ett antal patientbesök. Det handlar om avvägningar mellan olika värden. Tvärprofessionella bedömningar, som är värdefulla ur ett kvalitetsperspektiv, tar ofta mer tid än enskilda bedömningar. Noggrann utredning och diagnostik är viktigt, men tiden som läggs på detta behöver vägas mot möjligheten att utifrån kunskapen om behoven, ge ändamålsenliga och tidiga insatser som skapar värde för barnet eller den unge. Att vänta länge i kön på att få komma till utredning och insatser har också stora risker avseende säkerhet, kvalitet och omfattningen av de vårdinsatser som krävs.

En verksamhets kapacitet och kvalitet kommer alltid att behöva vara föremål för ständiga förbättringar. BUP är inget undantag och behöver utifrån det trängda läge som nu är med stor efterfrågan och köer fortsatt och än mer fokuserat arbeta med sin tillgänglighet.

Utredningen betonar därför vikten av ett fortsatt arbete med öppna jämförelser, gemensamma nyckeltal som mäter flöden, produktionsplanering och effektiva ändamålsenliga vårdprocesser. Utvecklingen av effektiva vårdprocesser synliggör också på vilka nivåer insatser ska göras och kan tydliggöra vilka patienter som ska erbjudas insatser från den specialiserade vården. Arbetet med att utveckla vård- och insatsprogram avseende ADHD och Socialstyrelsens arbete med att ta fram nationella riktlinjer för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är ett exempel på utvecklade och resurseffektiva vårdprocesser.[125] I dessa arbeten läggs fokus på hela processen från tidiga symtom till specialiserad vård och behandling vilket till exempel inkluderar hälsofrämjande arbete, tidiga samordnade insatser i primärvård och skola. Förbättrade vårdprocesser är nödvändiga för att komma till rätta med problem med variationer i klinisk praxis och tillgång till vård och stöd. Risk för samsjuklighet i annan psykisk ohälsa och skolfrånvaro gör att tidig upptäckt och tidiga insatser är viktiga liksom tillgång till tvärprofessionellt om-

[125] Uppdrag Psykisk Hälsa (2021): N*ationella vård och insatsprogram* och Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid neuropsykiatriska funktionshinder*.

händertagande.[126] Det skapar också förutsättningar för en mer jämlik vård och behandling.

När det gäller BUPs effektivitet avvaktar utredningen förslag och bedömningar från delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Delegationen har i uppdrag att utreda om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti (dir. 2020:81). Uppdraget om att bedöma vårdgarantin ska redovisas maj 2022. Delegationen stödjer regionernas arbete med handlingsplaner för ökad tillgänglighet. Inom ramen för detta arbete kommer delegationen bland annat uppmärksamma produktions- och kapacitetsstyrning inom BUP samt lyfta goda exempel.

6.7.6 Steg 6 – Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola/skola och elevhälsa behöver samordna sig kring barn och unga med stora och långvariga behov

Bedömning: Huvudmännen behöver skapa förutsättningar för att den specialiserade vården för barn och unga, socialtjänsten, förskolan/skolan och elevhälsan i högre utsträckning än i dag kan samordna sig runt barn och unga med långvariga och stora behov.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att ett stort antal barn och unga med långvariga och stora hälso- och sjukvårdsbehov, behöver en mer koordinerad och samordnad vård och omsorg. Därför behöver den specialiserade vården som möter barn och unga samverka med socialtjänsten, förskolan, skolan och elevhälsan för att samordna insatser med barnets behov i centrum. Det finns betydande hälsoekonomiska vinster och resurseffektivitet att hämta när vård och omsorg koordineras och samordnas i ett tidigt skede för barn och unga med långvariga och stora behov. Rapporter visar att parallella insatser kan pågå i flera år i olika verksamheter kring ett barn med stora behov, utan att det samplaneras eller effektiviseras.[127] En mer ändamålsenlig och samordnad planering och vård

[126] Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*.
[127] IVO (2019): *Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja.*

och omsorg kan tillgängliggöra tid för de barn och unga som står i kö eller väntar på insatser. Utredningen bedömer att det stärker helhetssynen på patienten.

Det saknas en vedertagen nationell eller internationell definition av gruppen barn och unga med långvariga och stora behov. Utredningen använder begreppet för att beskriva barn och unga med kroniska sjukdomar eller långvarig ohälsa, ofta med samsjuklighet som samtidigt har många besök i hälso- och sjukvården eller insatser från många aktörer i vård och omsorg. Vissa data talar för att dessa barn och unga omfattar ungefär 20 procent av barnpopulationen samt att gruppen är ökande, framför allt beroende på ökad diagnostik av psykiatriska tillstånd.[128] Barn med svåra kroniska sjukdomar, funktionsnedsättning eller svår social och psykiatrisk problematik är mest välkända och definierade. Utöver dessa grupper finns också en mängd barn och unga som under uppväxten har kroniska tillstånd där många olika vård- och omsorgskontakter krävs.[129] Dessa barn och unga har ofta behov av breda och långvariga insatser där varje enskild profession, team eller verksamhet har svårt att själva möta barnets eller den unges hela vårdbehov. Det behövs i stället en helhetssyn och samordnade insatser. Barn och unga med långvarig ohälsa behöver dessutom ofta psykosocialt och annat riktat stöd av olika slag i skolan. Det kan vara avgörande för att vård- och behandlingsinsatser ska vara effektiva.

En stor del av hälso- och sjukvårdens resurser går också till barn och unga med långvariga och stora hälso- och sjukvårdsbehov, men på grund av olika systembrister är insatserna inte alltid ändamålsenliga och samordnade. Barn och unga med de allra största behoven och där flera verksamheter och professioner är engagerade är troligen den grupp, bland alla barn och unga, som upplever vårdens generella brister mest. I utredningens dialogmöten lyfts till exempel barn och unga med funktionsnedsättning eller social och psykiatrisk problematik fram som särskilt sårbara och eftersatta grupper i vården. Tidiga och samordnade insatser till barn och unga med långvariga och stora behov minskar risken för samsjuklighet, skolmisslyckande och försämring i grundsjukdomen eller den allmänna hälsan. Utredningen bedömer också att en tidig samordning av in-

[128] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.*
[129] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd.*

satser i den specialiserade vården, socialtjänsten, förskolan, skolan och elevhälsan i stor utsträckning gagnar de barn och unga med psykisk ohälsa och stora behov som ännu inte har någon diagnos. Detta för att förutsättningarna för en tidigare tvärprofessionell bedömning och god vårdplanering ökar. Utredningen vill förtydliga att samordningen av insatser för de barn och unga som har störst behov är central för att nå målet om en köfri BUP.

Utredningen ser behov av att huvudmännen till exempel skapar förutsättningar för gemensam planering, organisering eller samlokalisering av specialiserad vård eller vissa vårdinsatser. De behöver dessutom ha en gemensam uppföljning och utvärdering med relevanta nyckeltal där patientens väg kan följas genom hela vården och omsorgen. Vidare vill utredningen uppmuntra huvudmännen att ta beslut om att verksamheterna inför gemensamma vårdprocesser, arbetssätt och remissbedömningar. Användande av samordnad individuell plan och patientkontrakt behöver öka med skärpt fokus på tydliga uppdrag, ansvar samt delaktighet för patienten, och att huvudansvar för samordning fastställs i de fall patienten har flera fasta vårdkontakter.

Delade tjänster, möjligheter till dubbelspecialisering, auskultationsmodeller och gemensamma ledningsgrupper är andra exempel som kan främja relationer, kunskapsöverföring, gemensamt lärande, samverkan och samråd mellan verksamheterna. Det finns över landet flera goda exempel på samordnade team där man arbetar för att möta behoven bredare och mer sammanhållet till exempel för små barn med utvecklingsavvikelser, mobila team där socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri samarbetar, barncentra där barn- och ungdomshabilitering-, medicin- och psykiatri samlas, centra för sällsynta diagnoser, multidisciplinära team för kronisk smärta eller ätsvårigheter.

Företrädare för den specialiserade vården för barn och unga, som utredningen fört dialog med, har lyft fram behovet av en mer samordnad organisation runt barnet och familjen, för att motverka den fragmentisering och stuprörsbetonade vård och omsorg som finns i dag. Utredningens förslag om samverkan mellan region och skolhuvudmän (avsnitt 6.4) och en skärpning av hälso- och sjukvårdens ansvar för fast vårdkontakt till barn och unga (avsnitt 6.5) har syftet att öka samverkan och samordning på alla nivåer i systemet.

Barn och unga med långvariga och stora behov får i dag oftast mest insatser från den specialiserade vården och har sin fasta kontakt där. Så långt det är möjligt behöver också primärvården och den nära vården involveras och ha samordningsansvar, enligt det nu reviderade nationella grunduppdraget för primärvården.[130] Ett samordningsansvar med god kontinuitet i den nära vården är en av de tydligaste framgångsfaktorerna för en effektiv vård.[131] Genom de steg som beskrivits ovan stärks förutsättningarna för primärvården att ta samordningsansvaret för fler barn och unga med psykiska vårdbehov.

6.8 Förutsättningar för ett samlat huvudmannaskap för barn- och ungdomshälsovården

I utredningens uppdrag har ingått att pröva ett samlat huvudmannaskap för aktörer inom primärvården (mödrahälsovården, barnhälsovården och vårdcentraler), ungdomsmottagningarna och de medicinska delarna av elevhälsan samt belysa för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. Av direktivet framgår vidare att skolsköterskornas roll i elevhälsan ska vara oförändrad, på så sätt att funktionen ska finnas närvarande i skolan. Syftet med att pröva ett samlat huvudmannaskap är i första hand att få till stånd en mer sammanhållen vård för barn och unga. Utgångspunkten är att *en* huvudman lättare kan styra berörda vårdverksamheter utifrån samma mål, uppdrag och strategier och att det skulle underlätta samverkan och samordning av vårdinsatser för barn och unga.

De primärvårdsaktörer som anges i direktivet har i dag regionen som huvudman. Ungdomsmottagningarna har i huvudsak regionen som huvudman men det förekommer också att kommunen är huvudman för ungdomsmottagningarna. Elevhälsans medicinska delar är en av fyra verksamhetsgrenar inom elevhälsan och består av skolläkare och skolsköterskor. Elevhälsa tillhandahålls i skolan och det är skolhuvudmännens ansvar att organisera och finansiera verksamheten. Enligt 2 kap. 2–5 §§ skollagen får kommuner, regioner, stat och enskilda vara skolhuvudmän

[130] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 77).
[131] SOU 2016:2: *Effektiv vård.*

Utredningen konstaterar att flera av de verksamheter som lyfts fram i direktivet har ett regionalt huvudmannaskap. Det gäller mödrahälsovården, barnhälsovården, vårdcentralerna och ett stort antal ungdomsmottagningar. Regionen ansvarar även för den specialiserade vården och tandvården för barn och unga. Regionen har dessutom det övergripande ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård till barn och unga. I vissa fall tillhandahåller regionen elevhälsotjänster till skolor. I enlighet med 8 kap 1 § HSL ska regionen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen. Utredningen bedömer därför att det är naturligt att se över förutsättningarna för ett regionalt huvudmannaskap. Utredningen lägger därför särskild fokus på de verksamheter som i dag inte har en regional hälso- och sjukvårdshuvudman.

Utredningen har övervägt möjligheten att pröva ett samlat kommunalt huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser men bedömt att det inte är aktuellt. Ett kommunalt huvudmannaskap skulle innebära betydligt mer omfattande förändringar av den ansvarsfördelning som i dag råder mellan region och kommun när det gäller hälso- och sjukvården i stort och skolverksamheten, eftersom det skulle innebära att en stor del av primärvårdens verksamhet skulle få ett kommunalt huvudmannaskap. Utredningen bedömer att det skulle vara ett oproportionerligt stort ingripande i huvudmännens förutsättningar att planera och organisera hälso- och sjukvården.

6.8.1 Primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser bör inte samlas under ett regionalt huvudmannaskap

Bedömning: Utredningen bedömer att ett samlat huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser i dag inte är lämpligt. Elevhälsans medicinska insatser ska därför fortsatt vara skolhuvudmännens ansvar.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens bedömning bygger i huvudsak på de nackdelar som finns med att förändra huvudmannaskapet för elevhälsans medicinska insatser. Nedan

belyses för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. I den slutliga bedömningen har utredningen analyserat förutsättningarna för ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser ur ett barn-, organisations- och professionsperspektiv och vägt de olika perspektiven mot varandra. Synpunkter på bedömningen har inhämtats från företrädare för myndigheter, professionen och barn och unga. En svårighet i sammanhanget har varit att fördelarna med ett samlat regionalt huvudmannaskap lätt också kan vändas till nackdelar och tvärsom beroende på vilket perspektiv som anläggs på frågorna. Även ur ett barnrättsperspektiv kan frågan ses ur olika synvinklar. Det gäller till exempel tillgången till den information som samlas in vid hälsobesöken. Ur ett barnrättsperspektiv är det viktigt att skolan har informationen för att kunna ge ett allsidigt stöd vid skolsvårigheter och utforma hälsofrämjande och förebyggande insatser. Ur barnrättsperspektiv är det också viktigt att hälso- och sjukvården har tillgång till informationen så att de snabbt kan få sina individuella vårdbehov tillgodosedda och att hälso- och sjukvården kan planera och organisera vården med utgångspunkt från barns och ungas behov.

Sammantaget innebär utredningens avvägningar dock att ett förändrat huvudmannaskap inte skulle leda till önskat resultat. Det handlar i huvudsak om risken för att tillgången till elevhälsans medicinska insatser kan komma att försämras om regionen inte prioriterar sådana insatser och att förändringen riskerar att skapa ny gränsdragningsproblematik mellan elevhälsans olika verksamhetsgrenar. Det skulle innebära att skolhuvudmannen ansvarar för tre av verksamhetsgrenarna och regionen för den fjärde verksamhetsgrenen. Vård- och skolvalet utgör också stora utmaningar som är svåra att överbrygga för att få till stånd en organisation där regionen kan tillhandahålla elevhälsa i skolan trots valfrihetssystem. Dessutom, i den mån skolvalet innebär att elevhälsa tillhandahålls av annan vårdgivare än den som barnet och dess familj är listade hos i övrigt, kan det medföra svårigheter med att ta ett samlat ansvar för barnets och familjens hälsa med utgångspunkt från ett familjecentrerat förhållningssätt. Det skulle kunna leda till nya samordningsproblem mellan den vårdverksamhet som erbjuder elevhälsa och den vårdverksamhet där barnet eller den unga personen och deras familjer är listade. Utredningen bedömer att andra åtgärder för att skapa en mer

sammanhållen god och nära vård för barn och unga är mer effektiva och ändamålsenliga. Det handlar bland annat om åtgärder som bidrar till en kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning för barn och unga under hela uppväxttiden oavsett vilken huvudman eller vårdverksamhet som ansvarar för det praktiska genomförandet av hälsouppföljningen, se även avsnitt 6.2 och 6.3. Det handlar också om åtgärder som förtydligar vårdverksamheternas ansvar att samverka och att samordna hälso- och sjukvårdsinsatser till barn och unga, se även avsnitt 6.4 och 6.5.

Frågan om ett förändrat huvudmannaskap väcker diskussioner

Frågan om ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser har väckt många diskussioner i de dialoger som utredningen haft med olika grupperingar. Både för- och nackdelar med en sådan förändring har lyfts fram. Mest positiva till en förändring har företrädare för olika hälso- och sjukvårdsverksamheter, mindre skolkommuner, och för lärare och skolledare varit. Företrädarna för hälso- och sjukvården har bland annat sett klara fördelar ur ett barn- och ungdomsperspektiv med att primärvården får ett helhetsansvar för barns och ungas hälsovård under hela uppväxttid. Företrädare för mindre skolkommuner, lärare och skolledare har sett fördelar med att ansvaret för elevhälsans medicinska insatser flyttas till den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen eftersom de anser att det är svårt att leva upp till skollagens krav på elevhälsa. Frågan om likvärdig tillgång till elevhälsans medicinska insatser för barn och unga har också lyfts fram som en central anledning till att flytta elevhälsans medicinska insatser från skolhuvudmännen till den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen. Det huvudsakliga argumentet har varit mängden aktörer inom skolområdet, både antalet huvudmän och skolenheter, som försvårar förutsättningarna att tillhandahålla en likvärdig elevhälsa. Detta understryks också av nationella uppföljningar och tillsynsinsatser på området, se även Problemanalysen, kap 5.

Företrädare för skolan, särskilt inom stora kommuner och företrädare för skolläkare och skolsköterskor men även ett stort antal företrädare för hälso- och sjukvården på olika nivåer är mer negativa till ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska in-

satser. De lyfter bland annat fram närhetsprincipen och risken för att regionen inte skulle prioritera att tillhandahålla elevhälsans medicinska insatser i skolan. De lyfter också fram att en förändring av huvudmannaskapet inte är svaret på de problem som finns med samordning av vårdinsatser och kontinuitet i vårdkedjan för barn och unga i dag eftersom en sådan förändring bara skulle skapa nya samordningsproblem. De vill i stället se en tydligare ansvarsfördelning mellan huvudmän och verksamheter samt tydligare krav på samverkan mellan berörda aktörer och samordning av vårdinsatser för barn och unga. Även företrädare för barn och unga ser en risk för att tillgången till elevhälsans medicinska insatser kan försämras om regionen tar över ansvaret för denna verksamhet.

Barnrättsperspektiv på huvudmannaskapsfrågan

Ur ett barnrättsperspektiv bedömer utredningen att tre centrala aspekter talar för ett förändrat huvudmannaskap av elevhälsans medicinska insatser med regionen som huvudman. Det handlar om mer likvärdig hälso- och sjukvård inklusive elevhälsans medicinska insatser, mer samordnad och kontinuerlig vård och en mer sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga under hela uppväxttiden.

Vid ett samlat regionalt huvudmannaskap skulle regionen ansvara för att organisera, planera och finansiera elevhälsans medicinska insatser för samtliga skolor inom regionens geografiska område oavsett huvudman för skolverksamheten. Det skulle minska antalet aktörer som tillhandahåller elevhälsans medicinska insatser radikalt och leda till en ökad likvärdighet när det gäller tillgången till sådana insatser för barn och unga, åtminstone på regional nivå.

Vidare skulle ett regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser innebära förbättrade förutsättningarna för en samordnad och kontinuerlig vård för barn och unga. När en och samma regionala huvudman ansvarar för alla vårdverksamheter kan huvudmannen leda och styra verksamheten mer samordnat och ställa tydligare krav på samordning och kontinuitet mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt. Barn och unga kan lättare slussas vidare till vård- och behandlingsinsatser inom den regionala hälso- och sjukvården i övrigt. Det kan också innebära ett snabbare insteg till den specialiserade vården i allmänhet och BUP i

synnerhet. Det kan skapa bättre förutsättningar för primärvården att ta ett samlat ansvar för familjens vårdbehov och arbeta familjecentrerat runt barnet eller den unge. Övergången till vuxensjukvården underlättas när den regionala huvudmannen ansvarar för löpande och regelbundna kontakter från barn till vuxen ålder. Denna samordning är särskild angelägen för barn och unga vars familjer inte har förmåga att ge stöd eller samordna vårdinsatser.

När regionen ansvarar för elevhälsans medicinska insatser samlas också samtliga vårdverksamheter som ansvarar för hälsouppföljning under samma huvudman. Det underlättar förutsättningarna att få till en samordnad och kontinuerlig hälsouppföljning för barn och unga under hela uppväxttiden. Det underlättar i sin tur förutsättningarna att följa barns och ungas hälsoutveckling över tid och utvärdera effekterna av olika insatser.

Utredningen bedömer vidare att ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser skulle kunna leda till att barn och unga får bättre stöd i skolan med att nå kunskapskraven. Vid ett regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser skulle skolans uppdrag renodlas till kunskapsuppdraget. Det skulle i sin tur skapa förutsättningar för skolan att fokusera på att utveckla goda lärandemiljöer som underlättar inlärning och förebygger skolsvårigheter. Goda förutsättningar för lärande är en mycket betydelsefull skyddsfaktor för barns och ungas välmående, hälsa och utveckling. Goda lärandemiljöer och övriga förutsättningar för lärande kan också bidra till att minska den lättare psykiska ohälsan och negativ påverkan på funktionsnivå som beror på utbildningssituationen och stressiga miljöer i skolan.

Närheten för eleverna till den verksamhet som bedrivs av elevhälsans medicinska insatser har lyfts fram som en framgångsfaktor av företrädare för flera vårdverksamheter, professionen, myndigheter och andra berörda. Det ses som en avgörande förutsättning för att barn och unga på ett enkelt sätt ska kunna ta kontakt med och söka stöd och hjälp med olika vårdbehov. Behovet av enkel kontakt med vården understryks också av företrädare för unga patienter och skolbarn som utredningen har haft kontakt med. Förutsättningarna att ta del av den verksamhet som elevhälsans medicinska insatser erbjuder underlättas betydligt om de professionella finns på plats i skolan i barns och ungas närhet. Det finns en oro bland dessa företrädare att regionen inte skulle prioritera verksamheten och att till-

gången till professionen inom elevhälsans medicinska insatser i så fall skulle försämras ytterligare i skolan. Utredningen konstaterar att en central förutsättning för ett förändrat huvudmannaskap är att skolsköterskan fortsatt ska kunna finnas på plats i skolan. Det finns dock svårigheter med att konstruera ett system som ställer krav på att skolsköterskan ska finnas på plats i skolan till följd av de valfrihetssystem som har byggts upp inom hälso- och sjukvården och skolan med vård- och skolval. Utredningen återkommer till dessa svårigheter nedan.

Organisationsperspektiv på huvudmannaskapsfrågan

Ur ett organisationsperspektiv finns det, enligt utredningen några fördelar med ett samlat regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser som främst handlar om förutsättningarna för en mer sammanhållen styrning och ledning av verksamheterna med utgångspunkt från gemensamma mål, uppdrag och förutsättningar i övrigt. Utredningen bedömer att en sådan tydlig styrning och ledning är en förutsättning för en mer sammanhållen god och nära vård. Vid ett samlat huvudmannaskap skulle också kompetenser och övriga resurser inom primärvården och elevhälsans medicinska insatser kunna samutnyttjas och användas mer flexibelt. Det skulle också skapa förutsättningar att allokera resurser dit behoven är som störst, till exempel till skolor i utsatta områden med stora behov av en stark elevhälsa. Det skulle också kunna underlätta samordningen av vårdinsatser och förutsättningarna för att dela information mellan vårdverksamheterna, bland annat tack vare gemensamma journalsystem. I dag finns brister när det gäller informationsöverföringen om barns och ungas hälsa vid övergångar mellan barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser och när barn och unga byter skolor eller skolformer. Det skulle enklare kunna förbättras med en gemensam regional huvudman. Gemensam journalföring skulle underlätta förutsättningarna för att följa upp det enskilda barnets eller den unges hälsoutveckling och de vård- och behandlingsinsatser som ges till barn och unga.

Vidare skulle en mer sammanhållen vård under en huvudman kunna bidra till en tydligare ansvarsfördelning och mer renodlade uppdrag mellan den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen

och skolhuvudmännen som tar fasta på de olika verksamheternas kärnkompetenser. För skolhuvudmannens och rektorns del skulle det innebära ett mindre splittrat uppdrag som i högre grad skulle vara inriktat på elevernas möjligheter att nå kunskapskraven. För hälso- och sjukvården skulle det innebära fullt ansvar för barns och ungas hälsosituation under hela uppväxttiden och möjligheter att planera och organisera all hälso- och sjukvård för barn och unga med utgångspunkt från god lokal kännedom om barns och ungas vårdbehov.

När regionen ansvarar för att tillhandahålla elevhälsans medicinska insatser i skolans lokaler skapas också förutsättningar för att även annan hälso- och sjukvård för barn och unga kan organiseras och tillhandahållas nära barn och unga i deras dagliga miljö. En sådan utveckling ligger i linje med omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård för hela befolkningen. Möjligheten att utveckla och tillhandahålla vård på nya sätt, närmre barnen och de unga i skolmiljön skulle också kunna bidra till ökad kännedom om de aktuella barnens och de ungas behov av vård och behandling samt underlätta regionens förutsättningar för att ge insatser till barn och unga som främjar deras hälsa och förebygger sjukdomar.

Enligt utredningens bedömning finns dock några viktiga nackdelar med ett samlat regionalt huvudmannaskap ur ett organisatoriskt perspektiv som har stor betydelse för bedömningen av förutsättningarna för ett samlat huvudmannaskap. En helt avgörande nackdel är att det innebär ett delat huvudmannaskap för elevhälsans olika verksamhetsgrenar. Ett regionalt huvudmannaskap skulle visserligen samla vårdverksamheterna under samma huvudmannaskap, men i stället riskera att skapa en ny gräns mellan elevhälsans medicinska insatser, och de övriga verksamhetsgrenarna inom elevhälsan och den elevvårdande verksamheten i övrigt. Det skulle medföra praktiska och organisatoriska utmaningar för ledningen och styrningen av den samlade elevhälsan och arbetet i elevhälsoteamet. Rektorn skulle inte längre ha det övergripande ansvaret för elevhälsans samtliga verksamhetsgrenar, vilket i sin tur skulle kunna leda till svårigheter med att styra verksamheten i skolan och målkonflikter mellan de olika delarna av elevhälsan. Det skulle i värsta fall kunna leda till försämringar för eleverna och förutsättningarna att skapa tvärprofessionella team som kan göra allsidiga bedömningar av skolsvårigheter och elevernas behov av insatser.

En annan viktig nackdel är de försvårande omständigheter som vård- och skolvalet innebär för regionens möjlighet att tillhandahålla de medicinska insatserna på ett samordnat sätt i skolans lokaler. Vård- och skolvalssystemet innebär att den enskilde har mycket långtgående möjligheter att välja vård- och skolenhet och syftar till att förskjuta makten från politiker och tjänstemän till medborgarna. Det är på många sätt positivt men det bidrar också till fragmentiseringen i systemet. Vård- och skolval innebär att barn och unga och barns vårdnadshavare kan välja vårdenhet som inte geografiskt sammanfaller med val av skolenhet eller den skola där barnet eller den unge placeras. Barnet eller den unge kan därmed vara listad på en annan vårdenhet än den som levererar de medicinska insatserna av elevhälsa på skolan. Den samordning av vårdinsatser som eftersträvas med ett samlat regionalt huvudmannaskap, inte minst mellan hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska delar riskerar då att gå förlorad.

Ytterligare en nackdel är att det krävs omfattande implementeringsinsatser vid genomförandet av en huvudmannaskapsförändring och det kan ta lång tid innan en huvudmannaskapsförändring är genomförd i de aktuella verksamheterna. En lång implementeringsfas innebär en risk för sämre möjlighet att tillhandahålla god och nära vård och en risk för att barn och unga inte får sina vårdbehov tillgodosedda under den aktuella perioden

Professionsperspektiv på huvudmannaskapsfrågan

Ur ett professionsperspektiv finns fördelar, framför allt när det gäller bättre förutsättningar för kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan professionerna inom elevhälsans medicinska insatser och professionerna inom hälso- och sjukvården i övrigt. Det skulle kunna leda till ökad samsyn och förståelse för de olika verksamheterna och professionernas förutsättningar och behov. Det skulle i sin tur underlätta samverkan och andra samarbeten mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt vilket är en fördel för barn och unga. Professionella inom elevhälsans medicinska insatser skulle till exempel kunna bidra med en ökad barnkompetens inom hälso- och sjukvården och på motsvarande sätt skulle elevhälsans personal få ta del av den kompetens och de resur-

ser som finns inom hälso- och sjukvården i övrigt. Ett gemensamt huvudmannaskap skulle dessutom skapa gemensamma sammanhang för kunskap- och kompetensutveckling och möjligheter till gemensamma kompetensutvecklingsinsatser för de aktuella yrkesgrupperna. Det är viktigt inte minst för skolläkare och skolsköterskor som inte alltid har dessa förutsättningar inom ramen för skolverksamheten.

Ur ett professionsperspektiv väger dock närhetsprincipen tungt i avvägningen av om en förändring ska föreslås eller inte. Utredningen bedömer att närheten till barn och unga är en viktig förutsättning för att professionerna inom elevhälsans medicinska insatser ska kunna följa barns och ungas hälsoutveckling över tid och identifiera vårdbehov och initiera insatser i ett tidigt skede. Den hälsodata som professionerna samlar in genom kontakt med eleverna i skolmiljön och vid hälsobesöken är ett värdefullt underlag för skolans övriga hälsoarbete och arbetet med att skapa goda lärandemiljöer som är anpassade efter elevernas behov. Skolläkare och skolsköterskor kan också bidra med viktig kunskap om olika hälsotillstånd och hur de påverkar förutsättningar för lärande. Företrädare för professionen, som utredningen har fört dialog med, befarar också att ett regionalt huvudmannaskap skulle prioritera ned bemanningen av elevhälsans medicinska insatser på skolan till fördel för annan hälso- och sjukvårdsverksamhet inom primärvården.

6.8.2 Olika huvudmannaskap för ungdomsmottagningarna har prövats

Bedömning: Ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser har bättre förutsättningar att ge barnet eller den unge det stöd som hen behöver.

Skälen för utredningens bedömning: Förutsättningarna för ett ändrat huvudmannaskap för ungdomsmottagningarnas verksamhet skiljer sig från förutsättningarna att flytta elevhälsans medicinska insatser. De flesta ungdomsmottagningar drivs med regionen som huvudman, men det finns även ungdomsmottagningar som drivs med kommunen som huvudman. Det finns också ungdomsmottag-

ningar som drivs gemensamt av region och kommun och verksamheten har då ett delat huvudmannaskap.

En annan skillnad mellan ungdomsmottagningar och elevhälsans medicinska insatser är att elevhälsans verksamhet regleras i skollagen, medan ungdomsmottagningsverksamhet inte är särskilt reglerad i lag utan är föremål för den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Ungdomsmottagningarnas verksamhet kan styras av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och socialtjänstlagen, eftersom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst kan ingå i verksamheten.

Utredningen har utrett vilka möjligheter som finns att bedriva ungdomsmottagning i enbart kommunal regi och enbart regionens regi, och har bland annat tagit del av en utredning om rättsliga förutsättningar för drift av ungdomsmottagningar från 2019.[132]

Kommunala och regionala befogenheter ligger till grund för valet av huvudman

De flesta ungdomsmottagningar erbjuder hälso- och sjukvård som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter till unga. Även insatser som rör den psykiska hälsan är ett växande område. Många ungdomsmottagningar erbjuder också socialtjänstinsatser.

Det är inte möjligt att säga vilken huvudman som är mest lämplig att driva ungdomsmottagning utan att först ha bestämt vilken sorts verksamhet som ungdomsmottagningen ska erbjuda. Det är lagstiftningen som styr vilken verksamhet som kommunen respektive regionen får bedriva. Regionens ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård regleras främst i 8 kap. HSL och kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård regleras främst i 12 kap. HSL. I korthet gäller att:

- När hälso- och sjukvård erbjuds på ungdomsmottagning kan hälso- och sjukvårdsinsatserna enbart bedrivas med regionen som huvudman.
- När socialtjänst erbjuds på ungdomsmottagning kan socialtjänstinsatserna enbart bedrivas med kommunen som huvudman.
- När både hälso- och sjukvård och socialtjänst erbjuds på ungdomsmottagning har regionen ansvar för de hälso- och sjukvård-

[132] Kommunakuten (2019): *Rättsliga förutsättningar för drift av ungdomsmottagningar*.

ande insatserna och kommunen har ansvar för socialtjänstinsatserna. Verksamheten kan då exempelvis vara samlokaliserad och ha två huvudmän eller drivas med en huvudman i gemensam nämnd.

Grunderna för kommunernas (och regionernas) organisation och verksamhetsformer och för den kommunala (och regionala) beskattningen samt kommunernas (och regionernas) befogenheter i övrigt och deras åligganden ska meddelas genom lag, vilket framgår av 8 kap. 2 § första stycket, tredje punkten regeringsformen. Det måste alltså finnas lagstöd för att en viss verksamhet ska kunna bedrivas av kommun eller region.

Kommunen har inte rättslig befogenhet att bedriva sådan hälso- och sjukvård som regionen har ansvar för, och på samma sätt har inte regionen rättslig befogenhet att bedriva sådan verksamhet som kommunen ansvarar för, till exempel socialtjänst som är relevant för ungdomsmottagningens verksamhet. Detta framgår av 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725) (KL).

Den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar är inte kommunal hälso- och sjukvård

Kommunen ansvarar enligt 12 kap. 1–2 §§ HSL för att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bostäder och verksamheter och, om det överenskommits med regionen, hemsjukvård. Undantag gäller för sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare, enligt 12 kap. 3 § HSL. Kommunen har också ansvar för att erbjuda viss annan hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 4–6 §§ HSL. Varken HSL eller annan lag ger dock kommunen någon möjlighet att bedriva sådan hälso- och sjukvård som ges till barn och unga på ungdomsmottagning.

Utredningen bedömer inte att det är aktuellt att föreslå förändring i lag som skulle krävas för att göra möjligt för kommunen att utföra sådan hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar. Bedömningen baseras framför allt på att de flesta ungdomsmottagningar i dag bedrivs med regionen som huvudman och att de hälso- och sjukvårdsinsatser som vanligen bedrivs på ungdomsmottagningen, som till exempel preventivmedelsrådgivning och gynekologiska undersökningar och behandlingar, lämpligen kvarstår

inom regionens ansvar. Dessa uppgifter erbjuder regioner i dag kvinnor i alla åldrar och uppgifterna genomförs inom fler verksamheter som regionen ansvarar för, till exempel på mödrahälsovård och i den specialiserade vården för gynekologi och obstetrik.

Om dessa uppgifter skulle göras till kommunens ansvar, skulle de inte längre kunna ingå i regionens erbjudande, eftersom kommunen inte har rättslig befogenhet att bedriva sådan hälso- och sjukvård som regionen har ansvar för och på samma sätt har inte regionen rättslig befogenhet att bedriva sådan verksamhet som kommunen ansvarar för, enligt kommunallagen.

Socialtjänstinsatser på ungdomsmottagningar bör fortsätta bedrivas med kommunalt huvudmannaansvar

I linje med ovanstående fråga kring kommunal hälso- och sjukvård, är det tänkbart att även undra om det är möjligt med regional socialtjänst.

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Det framgår av 2 kap. 1 § socialtjänstlagen, (2001:453) SoL. Det finns dessutom ett särskilt reglerat ansvar för unga enligt 5 kap. 1–3 §§ SoL. Socialtjänstlagen reglerar alltså kommunernas ansvar för och insatser inom socialtjänsten för unga. Regionerna har inget ansvar för sociala insatser enligt socialtjänstlagen och får inte tillhandahålla sådana insatser.

Utredningen bedömer att det inte är aktuellt att föreslå förändring i lag som skulle krävas för att göra det möjligt för regionen att utföra sådan socialtjänst som bedrivs på ungdomsmottagningar. Bedömningen baseras framför allt på att socialtjänstinsatser lämpligen kvarstår inom kommunens ansvar, eftersom dessa uppgifter ingår i kommunens uppdrag och kompetens. Det har inte heller framkommit som ett förslag varken i utredningens uppdrag eller i några dialoger med verksamhetsföreträdare.

Regional hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst

Det finns exempel på ungdomsmottagningar där verksamheten bedrivs i ett delat huvudmannaskap, på så sätt att regionen ansvarar för och finansierar hälso- och sjukvårdsinsatserna och kommunen ansvarar för och finansierar socialtjänstinsatserna. De båda grenarna av verksamheten samverkar på ett sätt som gynnar den unge. Denna typ av verksamhet kan jämföras med till exempel familjecentraler och andra samlokaliserade verksamheter.[133]

Om kommunen och regionen väljer att samverka genom att bedriva ungdomsmottagning i en gemensam nämnd krävs bland annat att uppgifter närmare ska preciseras i en överenskommelse mellan de berörda kommunerna och regionerna, enligt 9 kap. 22 § kommunallagen.

6.9 Bör regionen ansvara för sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga?

I tidigare avsnitt har utredningen redogjort för möjligheten och lämpligheten med ett samlat huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har bedömt att det inte finns förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap för dessa verksamheter. Problemen med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård som brister när det gäller likvärdig tillgång till hälsovårdsinsatser för barn och unga kvarstår dock. Utredningen har därför även prövat möjligheten och lämpligheten med att verksamheten med hälsouppföljning hålls samman med regionen som huvudman. Med hälsouppföljning avses här de hälsokontroller och hälsosamtal som sker regelbundet inom ramen för mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser för att följa upp barn och ungas hälsoutveckling och att upptäcka de individer som behöver någon form av insats. Nedan redovisas utredningens överväganden när det gäller en mer sammanhållen hälsouppföljning.

[133] Olika verksamheter samlokaliseras för att stödja familjer med barn. Förutom barnhälsovård ingår ofta mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete.

6.9.1 Vissa barn och unga får inte hälsofrämjande och förebyggande insatser

Utredningen konstaterar att det finns ett antal problem med det nuvarande systemet för hälsouppföljning av barn och unga som sammantaget understryker behovet av insatser. Ett centralt problem är uppdelningen av ansvaret att tillhandahålla hälsoppföljningen mellan flera olika huvudmän och vårdverksamheter. Regionen ansvarar för den hälsouppföljning som sker i mödrahälsovården och barnhälsovården under graviditet och vanligtvis under barnets fem första år. Därefter ansvarar skolhuvudmännen för hälsouppföljningen av barn och unga i skolåldern. De olika huvudmännen styr vårdverksamheterna och hälsouppföljningen utifrån egna uppdrag, mål och strategier. Det försvårar förutsättningarna för att få till stånd en sammanhållen och samordnad hälsouppföljning under barns och ungas hela uppväxttid. Inom ramen för ungdomsmottagningarnas verksamhet finns inte något motsvarande uppdrag att ansvara för hälsouppföljning, och barns och ungas sexuella och reproduktiva hälsa har inte heller samma utrymme i den ordinarie hälsouppföljningen, som andra aspekter av hälsan.

Graden av statlig styrning av hälsouppföljningen av barn och unga varierar. Endast den hälsouppföljning som sker i skolan inom ramen för elevhälsans medicinska insatser är reglerad i lag. Enligt 2 kap. 27 § skollagen ska barn och unga erbjudas ett antal hälsobesök både i de obligatoriska skolformerna och i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan.

Den hälsouppföljning som sker inom ramen för barnhälsovården styrs i första hand av det nationella barnhälsovårdprogrammet och en nationell vägledning för barnhälsovården. Barnhälsovårdsprogrammet innehåller rekommendationer om antalet hälsobesök och dess innehåll i form av utvecklingsuppföljning, hälsoundersökning och hälsosamtal. Hälsovårdsprogrammet och vägledningen har utarbetats av Socialstyrelsen i samarbete med företrädare för professionen vid regionernas centrala barnhälsovårdsenheter. För elevhälsan finns en nationell vägledning som tagits fram av Socialstyrelsen och Statens skolverk. Vägledningen behandlar bland annat hälsobesöken i skolan och dess innehåll. För mödrahälsovården finns endast en rapport med vägledning om mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa som tagits fram av företrädare för professionen.

Rapporten innehåller förslag till ett medicinskt och psykosocialt, även benämnt psykologiskt, basprogram med hälsobesök under graviditeten. Detta ligger till grund för utvecklingen av mödrahälsovårdens regionala program för främjande och förebyggande hälsovård, föräldrastöd och folkhälsoarbete under graviditet och blivande föräldraskap. Inga av dessa vägledande dokument är juridiskt bindande.

När ansvaret för hälsouppföljning är fördelat på flera huvudmän och vårdverksamheter blir samverkan mellan vårdverksamheterna nödvändig för att det ska vara möjligt följa det enskilda barnets eller den unges hälsoutvecklingen över tid. Inspektionen för vård och omsorgs granskningar visar att det finns stora brister när det gäller samverkan, till exempel vid övergångar och informationsöverföringen av hälsoinformation mellan de aktuella vårdverksamheterna. Informationsöverföringen försvåras av att de olika vårdverksamheterna oftast inte har sammanhållen journalföring, (se även Problembilden, kap. 5).

När ansvaret för att följa upp barns och ungas hälsa vilar på en huvudman och ansvaret för att tillhandahålla vård- och behandlingsinsatser vilar på en annan, finns också stora behov av samverkan för att få till stånd en samordnad och kontinuerlig vårdprocess. Så kan till exempel vara fallet när elevhälsans medicinska insatser uppmärksammar behov av vårdinsatser vid ett hälsobesök men inte har vård- och behandlingsansvar. Barnet eller den unge behöver då slussas vidare till hälso- och sjukvården i övrigt för sådan vård och behandling. Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn visar dock att även sådan samverkan brister och att barn och unga inte alltid får en samordnad och kontinuerlig vårdprocess. Detta får konsekvenser för barnet eller den unge, i form av väntan, osäkerhet och i värsta fall lidande och förvärrade tillstånd eller utebliven vård. När samverkan brister läggs också ett stort ansvar på vårdnadshavare och anhöriga att samordna vårdinsatserna.

Vidare förekommer det brister och stora variationer när det gäller förutsättningarna för att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga på likvärdiga villkor, både på universell och individuell nivå. Det gäller särskilt för barn och unga i skolåldern. Skolinspektionens och Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn visar till exempel på återkommande brister på detta område inom elevhälsans verksamhet (se även Problembilden,

kap. 5). Det beror bland annat på att tillgången till elevhälsans personal varierar både inom och mellan skolhuvudmän och skolor och att den inte alltid är tillräcklig för att kunna tillgodose elevernas behov av insatser på individ- och gruppnivå. Utredningen erfar också att det finns ett behov av att utveckla den hälsoinformation som samlas in vid hälsobesöken i skolan för att personalen ska få mer fördjupad kunskap om barns och ungas fysiska och psykiska hälsa och välmående. Det är en förutsättning för att kunna uppmärksamma de behov som finns och för att kunna sätta in rätt insatser i ett tidigt skede. Det är också en viktig förutsättning för att kunna erbjuda hälsofrämjande insatser på gruppnivå som är anpassade efter barnens och ungas behov.

Ett centralt problem kopplat till skolans hälsouppföljning gäller också det glapp som uppstår i uppföljningen av barns och ungas hälsoutveckling när skolan i första hand fokuserar på den ohälsa som ger upphov till skolsvårigheter och inte ser till barns och ungas hela hälsosituation. Utredningen bedömer att det har skett en förskjutning av skolans ansvar för uppföljningen av elevernas hälsa sedan införandet av elevhälsa i skollagen 2010 som tydligare kopplar ihop elevhälsans verksamhet med elevernas utveckling mot utbildningens mål. Av 2 kap. 25 § skollagen framgår att elevhälsans främst ska vara hälsofrämjande och förebyggande och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. I förarbetena anges att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär att elevhälsans personal ska bidra till skapandet av skolmiljöer som främjar elevernas lärande, utveckling och hälsa.[134] Vidare anges att insatser för att förebygga hälsa främst handlar om att stödja generella insatser på gruppnivå i utbildningssituationen, till exempel när det gäller undervisningen om sex och samlevnad, alkohol, tobak, droger och övrig livsstilsrelaterad ohälsa.[135] Den tidigare skolhälsovården hade ett mer renodlat hälsouppdrag som handlade om att ”… följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem” (14 kap. 2 § skollagen (1985:1100)). I samband med förändringen i skollagen och införandet av elevhälsa gjordes ingen analys av vilka konsekvenser detta skulle få för förutsättningarna att följa, bevara och förbättra elevers hälsa oavsett skolresultat. I praktiken har barn och unga förstås behov av hälso-

[134] Prop. 2009/10:165, *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 656).
[135] Ibid. (s. 276).

främjande och förebyggande insatser både på individ- och gruppnivå alldeles oavsett om deras hälsotillstånd beror på lärandesituationen eller påverkar förutsättningar för lärande på något sätt.

Utredningen kan dessutom konstatera att ett system som bygger på att skolan ska ansvara för hälsofrämjande och förebyggande insatser under större delen av barns och ungas uppväxttid inte på ett naturligt sätt inkluderar barn och unga som vare sig arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt. Utredningen bedömer att det är mycket angeläget att även dessa barn och unga får sådan hälsofrämjande insatser på grupp- och individnivå. En annan svårighet med att förlägga hälsouppföljningen i skolan är tillgången till elevhälsans insatser ofta är mer begränsad under skollov och andra feriedagar.

Utredningen bedömer att det i stället behövs ett mer sammanhållet, kontinuerligt och likvärdigt system för hälsouppföljning som omfattar alla barn och unga under hela uppväxttiden. I ett mer sammanhållet system ska verksamheterna arbeta utifrån gemensamma mål och uppdrag och samverka kring uppföljningen av barns och ungas hälsa. I ett mer sammanhållet system ska barnet eller den unge också enkelt och sömlöst få vård- och behandlingsinsatser när behov av sådana insatser uppmärksammas inom ramen för hälsouppföljningen och det ska vara vårdverksamheterna ansvar att så sker. Utredningen bedömer vidare att antalet aktörer som ansvarar för hälsouppföljningen behöver minska för att systemet ska kunna bli mer sammanhållet och likvärdigt. I dagens fragmentiserade system med flera olika aktörer riskerar barns och ungas behov i allt för hög grad att falla mellan stolarna när vårdverksamheterna inte kan samverka med varandra eller har gemensamma uppdrag och mål för verksamheten. Ytterligare krav på samverkan och samordning mellan de befintliga aktörerna har inte varit tillräckliga incitament för att komma tillrätta med samordningsproblemen och skapa en mer sammanhållen vård. Det har tidigare insatser i form av skärpt lagstiftning och stimulansmedel för att stärka samverkan mellan berörda aktörer påvisat. Trots sådana insatser finns fortsatt stora problem och samverkan och samordningen av insatser för barn och unga är i hög grad person- och projektberoende. Utredningen bedömer att ansvaret för att följa upp barns och ungas hälsa behöver vila på den aktör som har det övergripande och huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården och som därför också både kan följa upp barns och ungas hälsa och tillhandahålla insatser när vårdbehov uppstår.

6.9.2 Bör regionen ansvara för hälsouppföljningen av barn och unga?

Bedömning: Om arbetet med det nationella hälsovårdsprogrammet inte ger önskat resultat i form av effektiva samverkansstrukturer och likvärdig tillgång till programmets insatser oavsett huvudman eller vårdverksamhet bör regeringen överväga möjligheten att införa en samlad hälsouppföljning med regionen som huvudman. En sådan reform kräver att den pågående nationella omställningen mot nära vård med en resursstarkare primärvård som nav, har kommit längre än i dag.

Skälen för utredningens bedömning: Barn- och ungdomshälsovården består i dag av en fragmentiserad och komplex vårdorganisation som inte alltid har förutsättningar att tillgodose barns och ungas vårdbehov. Det finns stora brister i samordningen av barn och ungas vårdinsatser och när det gäller likvärdigheten i de insatser som barn och unga får. För att komma tillrätta med denna problematik har utredningen utrett flera alternativ som kan bidra till en mer sammanhållen och likvärdig vård. inledningsvis, i enlighet med direktivet, har utredningen prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat regionalt huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har dock bedömt att det inte finns tillräckliga förutsättningar för en sådan förändring (se avsnitt 6.8).

Utredningen har även övervägt möjligheten att i lag reglera vissa eller samtliga av de berörda primärvårdsverksamheterna. Elevhälsans medicinska insatser är redan reglerad i skollagen. Utredningen har dock gjort bedömningen att det inte skulle vara ändamålsenligt att lagreglera vissa verksamheter i hälso- och sjukvårdssystemet men inte andra, och att en sådan lagreglering skulle innebära en inskränkning i regioners och kommuners möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården. Därutöver bedömer utredningen att en sådan lagreglering inte är ändamålsenlig i förhållande till utredningens uppdrag att skapa en mer sammanhållen vård eftersom en lagreglering av verksamheterna inte nödvändigtvis leder till ökad samverkan eller samordning av vårdinsatser för barn och unga. Den leder inte heller nödvändigtvis till ökad tillgång till just hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga.

Problematiken med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård och brister när det gäller likvärdig tillgång till hälsovårdsinsatser för barn och unga kvarstår dock. Att inte göra några förändringar i systemet är därför inte ett godtagbart alternativ utifrån barns och ungas perspektiv. Utredningen har därför utrett ytterligare två alternativa lösningar som kan bidra till en mer sammanhållen vård. Det första alternativet, som också är utredningens huvudförslag, innebär en tydligare nationell styrning av det hälsofrämjande arbetet i lag, föreskrift och genom ett gemensamt nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga (se även avsnitt 6.2 och 6.3). Utgångspunkten för detta förslag är att samtliga berörda vårdverksamheter ska styras utifrån ett gemensamt uppdrag och mål med det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Den sammanhållande länken ska vara ett nationellt hälsovårdsprogram som ska gälla under barns och ungas hela uppväxt tid oavsett huvudman eller vårdverksamhet. Hälsouppföljning av barn och unga och föräldraskapsstöd ska vara centrala delar av programmet. Insatser ska ges på universell, selektiv och indikerad nivå till barn och unga och deras familjer.

Det nationella hälsovårdsprogrammet förutsätter att berörda aktörer kan samverka för att vården ska bli sammanhållen. Strukturer för samverkan behöver byggas upp till exempel mellan primärvården, BUP och elevhälsan för att överbrygga övergångarna mellan vårdverksamheterna och skapa mer sammanhållna vårdprocesser för barn och unga. Det förutsätter också att skolhuvudmännen ger elevhälsans medicinska insatser möjligheter att kunna arbeta i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet oavsett om huvudmannen är en kommunal, enskild, statlig eller regional aktör.

Om sådana strukturer för samverkan inte kan byggas upp för att överbrygga övergångar mellan vårdverksamheter eller om elevhälsans medicinska insatser inte har förutsättningar för att erbjuda insatser enligt programmet på ett likvärdigt sätt över landet kan ytterligare insatser för att skapa en mer sammanhållen hälsouppföljning behöva övervägas. Utredningen har därför även prövat möjligheten och lämpligheten med att verksamheten med hälsouppföljningen i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet hålls samman av en och samma regional huvudman. Med hälsouppföljning avses här de hälsokontroller och hälsosamtal som sker regelbundet inom mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicin-

ska insatser för att följa upp barn och ungas hälsoutveckling och att upptäcka de individer som behöver någon form av insats. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman med utgångspunkt från det nationella hälsovårdsprogrammet tar sikte på *vem* som erbjuder insatserna och *vad* de ska innehålla till skillnad från förslaget med ett nationellt hälsovårdsprogram som enbart tar sikte på *vad* barn och unga ska erbjudas. Nedan redovisas utredningen överväganden i denna del i sin helhet.

6.9.3 Vad skulle en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman innebära?

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen samordnar hälsouppföljningen av barns och ungas hälsoutveckling och välmående under hela uppväxttiden. Grunden för hälsouppföljningen skulle vara ett antal hälsobesök som genomförs med viss regelbundenhet. Vid hälsobesöken skulle allmänna hälsoundersökningar och hälsosamtal om barnets eller den unges hälsa och utveckling genomföras i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet som utredningen föreslår (se avsnitt 6.3 ovan). Syftet med hälsouppföljningen skulle vara att främja bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa inklusive sexuella hälsa, utveckling och livsvillkor hos alla barn och unga och förebygga ohälsa. Om behov av fördjupade insatser identifieras vid hälsoundersökning och hälsosamtalen skulle sådana insatser tillhandahållas eller initieras i samverkan med andra vårdnivåer. I praktiken skulle det innebära att regionen tar över ansvaret för den verksamhet med hälsobesök och vaccinationer för barn och unga i skolåldern som i dag genomförs av elevhälsans medicinska insatser. På så vis skulle regionen få det samlade ansvaret för hälsouppföljning och vaccinationer av barn och unga under hela uppväxttiden. Regionerna ansvarar redan i dag för den hälsouppföljning och de vaccinationer som tillhandahålls i mödrahälsovården och barnhälsovården. Det skulle bidra till en mer sammanhållen och kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning för barn och unga oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Det skulle också bidra till ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa och utveckling under hela uppväxttiden.

Utredningen bedömer att en mer sammanhållen, kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning skulle vara möjlig om regionerna tar över det samlade ansvaret för hälsouppföljningen och antalet aktörer som ansvarar för sådan hälsouppföljningen kraftigt minskar. Regionerna skulle då få en överblick över barns och ungas hälsoutveckling under hela uppväxttiden och kunna planera och samordna hälsouppföljningen med vård- och behandlingsinsatser för barn och unga på ett mer effektivt sätt. Det skulle underlätta förutsättningarna att planera och genomföra insatser på populations- och individnivå för att främja hälsa och förebygga ohälsa, kroniska eller långvariga sjukdomar på längre sikt på ett mer samordnat sätt. En mer sammanhållen hälsouppföljning och vaccinering med regionen som huvudman skulle också underlätta förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa och välmående både på individuell och aggregerad nivå på ett mer systematiskt och effektivt sätt, bland annat tack vare bättre möjligheter till ett gemensamt journalsystem inom en och samma huvudman. Det skulle dessutom skapa förutsättningar för att följa upp och utvärdera om de hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga är effektiva.

Utredningen har övervägt placering av en reglering för hälsobesök som skulle tillhandahållas med regionen som huvudman och bedömt att mycket talar för att hälso- och sjukvårdslagen inte är en lämplig författning för att reglera frågan. Bestämmelser om hälsoundersökning finns i dag i flera andra lagar, till exempel lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Det skulle kunna övervägas om sådana bestämmelser om hälsobesök ska placeras i en samlad lag eller om de hälsoundersökningar som här avses ska regleras i egen lag eller om annan ordning är lämplig.

Mer sammanhållna insatser för barn och unga

Utredningen bedömer att en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle bidra till att barn och unga får hälsofrämjande och förebyggande på mer likvärdiga grunder i landet. Det skulle också bidra till att barn och unga får mer sammanhållna och kontinuerliga vårdprocesser. Regionen skulle då ansvara både för

hälsouppföljning och att tillhandahålla fördjupade insatser när vårdbehov identifieras, vilket skulle underlätta förutsättningarna för samordning. I dagens system, där olika huvudmän ansvarar för olika delar i vårdprocessen, krävs en hög grad av samverkan för att vården ska kunna samordnas. Även övergångar och informationsöverföringen mellan vårdverksamheter skulle kunna underlättas med ett sammanhållet journalsystem för de verksamheter som berörs. Dessutom skulle övergången mellan barns och vuxnas hälso- och sjukvård underlättas om det förtydligades att den regionala huvudmannen skulle få det samlade ansvaret för att främja hälsa och förebygga och behandla ohälsa hos både barn och unga och vuxna.

Fördelar mer att lägga ansvaret för hälsouppföljningen på de regionala huvudmännen

Utredningen bedömer att det kan finns flera fördelar med att lägga ansvaret för barns och ungas hälsouppföljning på den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen. Som nämns ovan kan de regionala huvudmännen då samordna planeringen och organiseringen av hälsouppföljning av barn och unga under hela deras uppväxttid på ett mer effektivt och ändamålsenligt sätt och styra verksamheten utifrån gemensamma uppdrag, strategier och mål.

Inom regionen finns en stor kunskap och kompetens om hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård och dessutom de resurser som krävs för att kunna sätta in sådana insatser även på individuell nivå. Det handlar bland annat om insatser för att stödja utvecklingen av goda levnadsvanor och förebygga ohälsa på längre sikt. I dagens system hanterar elevhälsan hälsobesöken för barn i skolåldern och ansvarar därmed för att uppmärksamma behov av insatser till exempel för att främja goda levnadsvanor hos barnet eller den unge. Det är dock vanligt att det är hälso- och sjukvården som tillhandahåller insatserna, till exempel i form av en dietistkontakt, fysioterapeut eller allergikonsultenter med flera. När ansvaret för att uppmärksamma behov och ansvaret för att tillhandahålla insatser delas mellan olika aktörer finns risken för att insatser inte sätts in i ett tillräckligt tidigt skede för att förebygga behovet av mer fördjupade insatser. En sådan uppdelning mellan flera aktörer i en vårdprocess är inte effektivt eller långsiktigt hållbart.

Regionen ansvarar i dag för de hälsobesök som sker inom mödrahälsovården och barnhälsovården. Det finns därför en uppbyggd organisation och kompetens när det gäller hälsobesök och en struktur för att kalla familjer och barn till hälsobesök. Den nära relationen som mödrahälsovården och barnhälsovården ofta bygger upp med familjer och barn i det tidiga livet skulle kunna ligga till grund för en fortsatt hälsouppföljning för barn och unga i skolåldern. Utredningen erfar att vårdnadshavare upplever att denna trygghet bryts när ansvaret för hälsouppföljningen flyttar från barnhälsovården till skolan och elevhälsans medicinska insatser och att det inte finns samma förutsättningar för kontinuerliga samtal om barnets hälsa. Skolan genomför visserligen regelbundet samtal med vårdnadshavare om elevernas utveckling mot utbildningens mål och i dessa samtal ska även elevens sociala situation tas upp. Inför hälsobesöket förekommer vanligen också kontakt med vårdnadshavare, oftast skriftligt, för att få allmän information om barnets hälsa och utveckling. Utredningen bedömer dock att kontakten med vårdnadshavare med anledning av hälsobesöket behöver utvecklas för att barns samlade hälsosituation bättre ska kunna främjas. I detta behöver också barnets autonomi och integritetsaspekter i förhållande till vårdnadshavare beaktas.

Det skulle vidare vara en fördel att regionens verksamhet kan vara tillgänglig året runt och finnas till hands om barnet eller den unge behöver stöd eller insatser. Verksamheten omfattar också alla barn och unga oavsett skola eller annan sysselsättning. Den hälsouppföljningen som sker i skolan gäller barn och unga som genomgår utbildning inom skolväsendet och unga personer som varken arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt omfattas inte. Tillgången till elevhälsan för stöd och hjälp är oftast mer begränsad under skollov och andra feriedagar.

Sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle ligga i linje med det omställningsarbete som nu pågår inom hälso- och sjukvården som innebär att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. I proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/2020:164) framgår att hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med övrig hälso- och sjukvård och

socialtjänst.[136] 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 och en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle kunna bidra till att skapa en tydlig plattform i primärvården för arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det skulle också kunna utgöra en förebild för att utveckla arbetet med hälsofrämjande arbetet i primärvården i stort. Inom ramen för en sådan satsning kan digitala vårdinsatser utvecklas och testas. Omställningsarbetet pågår men skulle behöva komma längre för att primärvården skulle kunna ta ansvar för en sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga.

Det finns synergieffekter mellan utredningens bedömning att primärvården bör ansvara för vård och behandling av psykiska vårdbehov och en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman. Hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle skapa förutsättningar för primärvården att uppmärksamma psykisk ohälsa hos barn och unga och att snabbt kunna sätta in insatser. Det skulle dessutom skapa förutsättningar för regionen att bygga upp en kunskap om utvecklingen av barns och ungas psykiska ohälsa vilket är en fördel för planeringen och organiseringen av vården och möjligheterna att kunna tillgodose barns och ungas behov både inom primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att en sådan sammanhållen hälsouppföljning skulle bidra till att den breda barn- och ungdomskompetensen utvecklas och förstärkas i primärvården som helhet och att primärvården kan bygga upp en tätare kontakt med skolan kring barn och ungas hälsa och utveckling.

Elevhälsans medicinska insatsers förutsättningar att genomföra hälsofrämjande och förebyggande verksamhet förstärks

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle visserligen innebära att skolan och elevhälsans medicinska insatser inte längre ansvarade för att erbjuda hälsobesök och vaccina-

[136] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 32).

tioner, men inte några andra förändringar i skollagen när det gäller elevhälsans uppdrag eller tillgången till elevhälsans professioner.

En sammanhållen hälsouppföljning skulle innebära att elevhälsans roll och ansvar renodlades till att i första hand stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Det skulle också innebära bättre förutsättningar för elevhälsans medicinska insatser att genomföra hälsofrämjande och förebyggande insatser på bred front i skolan. Utredningen bedömer att det skulle ligga i linje med den utveckling som skett av elevhälsans medicinska insatser sedan införandet av elevhälsa som begrepp i skollagen 2010.

Ett samlat huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsan medicinska insatser med regionen som huvudman, som adresseras i avsnitt 6.8, som skulle innebära att elevhälsans medicinska insatser som helhet inklusive professionerna flyttas från skolan till regionen. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle däremot innebära att endast vissa arbetsuppgifter flyttas från skolan till regionen. Ansvaret för elevhälsans samtliga verksamhetsgrenar skulle därmed hållas ihop under ett gemensamt huvudmannaskap och rektorn skulle fortsatt ha det övergripande ansvaret för elevhälsans samtliga verksamhetsgrenar. Det skulle underlätta styrningen och ledningen av elevhälsans samlade verksamhet. Det skulle också finnas bättre förutsättningar för att utveckla verksamheten med hälsofrämjande skolutveckling och skolan som en central skyddsfaktor för god hälsa jämfört med i dag.

Utredningen bedömer sammantaget att professionen inom elevhälsans medicinska insatser skulle få bättre förutsättningar att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på alla nivåer i skolan, från utformningen av policydokument till generella och riktade insatser till barn och unga med utgångspunkt från de behov som finns i den aktuella elevgruppen. Det skulle vidare ge professionerna goda förutsättningar att ingå i tvärprofessionella elevhälsoteam som kan göra allsidiga bedömningar av elevers behov och tillsammans med den elevstödjande verksamheten i övrigt initiera och genomföra hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Elevhälsans medicinska insatser skulle i högre grad än i dag kunna bidra till utvecklingen av goda lärandemiljöer för alla elever och vid behov mer anpassade lärandemiljöer för elever med skolsvårigheter. Insatser för att skapa goda lärandemiljöer för alla elever med en genomtänkt och anpassad arbetsbelastning under terminen kan min-

ska barns och ungas stress och oro som är kopplad till utbildningssituationen. Det kan också handla om stöd till elever att planera och prioritera i sina studier, studieteknik och andra insatser för lärande. I detta skulle skolsköterskans kunskap och kompetens om olika sjukdomar och funktionsnedsättningar och hur dessa kan påverka elevernas förutsättningar för lärande vara central och en förutsättning för att kunna anpassa undervisningssituationen för alla elever.

Det medicinska perspektivet skulle vara starkt och närvarande även om hälsobesök inte utförs. Skolsköterskan och skolläkaren skulle fortfarande, utifrån medicinska bedömningar av barn och unga som uppmärksammas i skolmiljön, tidigt identifiera fysisk och psykisk ohälsa eller annan ogynnsam utveckling som kräver remittering för vidare utredning.

Utredningen bedömer också att det utrymme som skapas när elevhälsans medicinska insatser inte längre ansvarar för hälsobesöken skulle ge professionerna, i synnerhet skolsköterskan, möjlighet att vara mer närvarande i skolmiljön där eleverna befinner sig, i undervisningssituationen och i skolans lokaler i övrigt och på så sätt kontinuerligt lära känna och följa utvecklingen av elevers hälsa och mående. I detta skulle även kunna ingå att utveckla nya former av tillgänglighet på elevernas villkor så att deras anonymitet, integritet och skydd säkras samt tillitsfulla möten kan uppstå.

En sammanhållen hälsouppföljning skulle dessutom ge professionerna möjligheter att utveckla former för samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser, hälso- och sjukvården i övrigt och socialtjänsten med flera. Utredningen bedömer att sådan samverkan är central för förutsättningarna att tillgodose barns och ungas vårdbehov på ett samordnat och kontinuerligt sätt. Det underlättar för vårdnadshavarna som i dag tar ett mycket stort ansvar för samordningen av vårdinsatser.

Utredningen ställer sig också bakom förslag om elevhälsa som Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven har lagt fram i betänkandet Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning (SOU 2021:11). Utredningen bedömer att förslagen understödjer en utveckling av en förstärkt elevhälsa som stödjer elevernas utveckling mot utbildningens mål. Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven föreslår att elevhälsans uppdrag ska förtydligas

på så sätt att elevhälsans arbete ska bedrivas på individ, grupp och organisationsnivå och bland annat omfatta insatser riktade till enskilda elever, grupper av elever och till pedagoger. Det föreslås vidare att elevhälsan ska bidra med tvärprofessionell kompetens om elevernas fysiska, psykiska och psykosociala hälsa, om hinder för elevernas lärande, utveckling och hälsa och om de övergripande förutsättningarna för lärande, utveckling och hälsa på skolan. Det föreslås även att elevhälsan ska samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För att ytterligare styra tillgången till elevhälsans lagstadgade kompetenser föreslår utredningen också en numerär reglering av tillgång till elevhälsan som innebär en högre tillgång till elevhälsa jämfört med i dag. Förslaget anger att en skolläkare får ansvara för högst 7 000 elever, en skolsköterska för högst 430 elever, en psykolog för högst 1 000 elever och en kurator för högst 400 elever. Utredningen föreslår dessutom att det ska vara obligatoriskt för skolans huvudmän att redovisa tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator på skolenhetsnivå.

Organisering och planering av hälsouppföljningen i regionerna

Som framgår ovan skulle en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman innebär att regionen får ansvar för att planera och organisera hälsouppföljningen för barn och unga under hela uppväxttiden. Hur detta skulle gå till är förstås en fråga för regionen eftersom detta ansvar faller inom ramen för den kommunala självstyrelsen. Utredningen bedömer dock att sådan hälsouppföljning för barn i skolåldern skulle kunna genomföras på flera sätt. Regionen skulle till exempel kunna utöka barnhälsovårdens ansvar till att omfatta barn längre upp i åldrarna. Det är en fördel att barnhälsovården har en lång tradition av folkhälsoarbete och en väl uppbyggd verksamhet som bygger på de tre insatsnivåer (universell, selektiv och indikerad) som utredningen föreslår ska gälla för all hälsovård som riktas till barn och unga (se även förslag om nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga, avsnitt 6.3). Barnhälsovården har också en väl uppbyggd kunskap och kompetens om föräldraskapsstöd vilket är centralt för att kunna stödja vårdnadshavare när det gäller deras barns psykisk och fysiska hälsa och sociala välmående. Dessutom har barnhälsovården en nära samverkan med

socialtjänsten och väl uppbyggd uppsökande verksamhet. Det är betydelsefulla faktorer och en fördel när det gäller att nå och stödja familjer som lever i socioekonomisk utsatthet.

För de äldre barnen eller unga personer skulle ungdomsmottagningarna kunna få ett utökat ansvar. Detta kräver förstås också att det finns tillgång till läkarresurser och sjuksköterskekompetens på ungdomsmottagningarna. En stor fördel med att låta ungdomsmottagningarna hantera hälsobesök för äldre barn och unga personer är ungdomsmottagningarnas utvecklade ungdomskompetens och förmåga att skapa en förtroendefull kommunikation med unga och en personcentrerad vård. Ungdomsmottagningarna skulle också kunna tillföra kunskap kring sexuell hälsa och hur detta skulle kunna beaktas i hälsobesöken.

Ett annat alternativ skulle kunna vara att vård- och hälsocentraler ansvarar för verksamheten vilket ytterligare underlättar närheten till vård- och behandlingsinsatser. Regionen skulle också kunna utveckla nya former av samverkan med skolhuvudmännen för att skapa förutsättningar för att hälsobesök och vaccinationer och annan vård och behandling kan tillgängliggöras i skolan, nära barn och unga i deras vardag. Det skulle också ligga väl i linje med omställningsprocessen till en god och nära vård.

Vaccinationer av barn och unga med regionen som huvudman

Vaccinationer är en hörnsten i det preventiva arbetet och den mest effektiva förbyggande insatsen för att skydda barn och unga från allvarliga smittsamma sjukdomar. Alla vacciner som erbjuds till barn och unga är gratis och frivilliga i Sverige. Vaccinationstäckningen bland barn är god i landet och som en följd av det har vi få fall av allvarliga smittsamma barnsjukdomar. Folkhälsomyndigheten utfärdar föreskrifter om vaccination i enlighet med det allmänna vaccinationsprogrammet för barn (HSLF-FS 2016:51). Av föreskriften framgår att regionen respektive huvudmannen för elevhälsan ansvarar för att erbjuda vaccinationer i olika åldrar. Vaccinationsprogrammet är i kontinuerlig förändring beroende på vilka vacciner som tas fram och smittskyddsläget. De senaste förändringarna har rört både regionens (barnhälsovårdens) åtagande när det gäller rotavirus och hepatit B samt pneumokocker, men också skolhuvudmännens

åtagande när det gäller Humant papillomvirus (HPV). Vissa vaccin läggs till av regionerna själva genom överenskommelser och på rekommendationer från myndigheten, medan andra förs in i det nationella vaccinationsprogrammet. Huvudmännen ska enligt föreskriften fastställa rutiner som säkerställer att barnet erbjuds kompletterande vaccination mot sjukdomar om ett barn inte har vaccinerats enligt det vaccinationsschema som ingår i det allmänna barnvaccinationsprogrammet upp till 18 års ålder. Ett sådant uppsökande och motiverande arbete sker båda av barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser i dag. Vaccinationer av särskilda riskgrupper och andra doser än i det nationella vaccinationsprogrammet ansvarar regionen för. 2014 ändrades inrapporteringssystemet från manuell inrapportering till ett nationellt digitalt vaccinationsregister. Det är obligatoriskt att rapportera alla vaccinationer inom programmet till registret men underrapportering förekommer, främst av tekniska orsaker. Enligt den senaste sammanställning av HPV-vaccinationer ligger täckning för en dos över 88 procent och för två doser på 83 procent. Andra vaccinationer i skolan såsom mässling-påssjuka-röda hund (MPR) och difteri-stelkramp-kikhosta (dTP) följs men resultat har inte publicerats. Uppskattningsvis har minst 90 procent av nioåringarna en MPR-vaccination rapporterad till registret och lika hög andel 16-åringar har en dTP-vaccination i registret.

Det finns forskningsunderlag från Sverige gällande just HPV som talar för att en högre täckningsgrad och minskade socioekonomiska skillnader om vaccinationerna utförs i skolan, jämfört med om de utförs utanför skolan.[137] Det finns också exempel från Storbritannien där vaccinationsteam med regionen som huvudman utför vaccinationer i skolåldrarna och på skolan med god täckningsgrad och uppsökande arbete.[138]

Utredningen bedömer att en förutsättning för att regionen skulle kunna överta ansvaret för vaccinationerna är att de erbjuds på plats i skolan. Risken är annars uppenbar att vaccinationstäckningen skulle kunna sjunka om vaccinationen inte erbjuds på plats i skolan. Utredningen bedömer att vaccinationerna skulle kunna vara ett praktiskt exempel på hur regionen kan samarbeta på plats i skolan med

[137] Wang et al. (2019): *Mode of HPV vaccination delivery and equity in vaccine uptake: A nationwide cohort study.*
[138] Midlands Partnership NHS Foundation Trust (2021): *School Age Immunisation Team* (Hämtad 2021-04-12).

elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har övervägt om ett alternativ skulle kunna vara att ansvaret för vaccinationer kvarstår hos skolhuvudmannen, även om hälsobesök och ansvar för hälsouppföljning flyttas. Utredningen bedömer dock att den regionala huvudmannen skulle behöva ta ett samlat grepp om hela hälsouppföljningen inklusive vaccinationerna för att kunna tillgodose barns och ungas behov. Det skulle också vara en förutsättning för att kunna renodla ansvaret för den breda hälsouppföljningen med regionen som huvudman från uppdraget att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål som är elevhälsans ansvar. Huvudmännen för regional hälso- och sjukvård skulle då också kunna ta ett mer samlat grepp om alla vaccinationer, inklusive riskgrupper och nya vacciner.

Finns det invändningar mot en sammanhållen hälsouppföljning?

I utredningens dialoger har vissa invändningar lyfts mot en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman. Till dessa invändningar hör bland annat enkelheten i att utföra hälsobesök och vaccinationer i skolmiljön och risken för att barn och unga inte kommer till hälsobesöken eller får sina vaccinationer om de skulle flyttas till regionen. Alla barn och unga finns i skolan vilket gör att hälsobesöken lättare planeras och genomföras utan vårdnadshavares medverkan. Dessutom kan skolsköterskan bygga upp en förtroendefull kommunikation med eleverna i skolmiljön. Detta är relevanta invändningar.

Utredningen bedömer att det skulle vara möjligt för regionen att genomföra hälsosamtalen i skolmiljön med stöd av överenskommelser med skolhuvudmännen. Utredningen konstaterar dock att skol- och vårdvalet utgör svårigheter för regionen i den praktiska planeringen och genomförandet av hälsobesöken i skolan. Vårdvalet innebär bland annat att barn och unga i en skola kan vara listade på flera olika primärvårdsenheter och att flera olika vårdgivare därmed skulle behöva få tillgång till skolans lokaler för att kunna genomföra hälsobesöken i skolan. Motsvarande svårigheter i förhållande till vårdvalet förekommer när det gäller primärvårdens ansvar att tillhandahålla läkare eller andra kompetenser i äldreomsorgen, jourcentraler eller familjecentraler. Utredningen erfar att vårdcentralerna ofta löser detta i lokala samverkansgrupper genom en

inbördes överenskommelse om vilka vårdcentraler som ska bistå med olika kompetenser till äldreboenden, jourcentraler och familjecentraler. Vårdcentralerna får då i praktiken ett slags områdesansvar för de aktuella vårdverksamheterna. Utredningen bedömer att regionen skulle kunna hämta inspiration från detta vid planeringen och genomförande av hälsobesöken tillsammans med utförare i primärvården och de olika skolhuvudmännen. Samverkan om hälsobesöken skulle också kunna vara ett sätt att driva på och utveckla samverkan mellan de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän i stort. En väl utvecklad samverkan mellan dessa aktörer är en central förutsättning för att stödja barn och ungas hälsa, utveckling och lärande både på övergripande nivå, grupp- och individnivå, se även utredningens förslag om att förtydliga regionens ansvar för att samverka med skolhuvudmän. Det kan handla om att skapa former för samverkan, utbyta kunskap om barns och ungas hälsa för att kunna utforma riktade hälsofrämjande och förebyggande insatser och nödvändig informationsöverföring som berör barnets eller den unges hälsa och lärande. På samma sätt som i dag är det då möjligt att dela sådan information med stöd av samtycke från barnet eller den unge och dess familj.

Utredningen bedömer att det också skulle vara lämpligt att vårdnadshavare i högre grad deltar vid hälsobesöken än vad som sker i dag. Barns och ungas nära relationer, familjeliv och livssituation påverkar deras utveckling, hälsa och lärande. Vårdnadshavares medverkan och delaktighet i hälsobesöken är därmed betydelsefullt. Barnet eller den unge kan inte heller förväntas ta hela ansvar för sin hälsa och utveckling. Förmågan att förmedla information om till exempel sin egen sjukdomshistoria, medicinering eller liknande eller att ta ansvar för den information som skolsköterskan ger om goda levnadsvanor varierar med det enskilda barnets ålder och mognad. Barnets levnadsvanor är också beroende av familjens förutsättningar, behov och kunskaper och kan inte hanteras på ett tillräckligt bra sätt utan vårdnadshavares medverkan. Möjligheten för äldre barn att genomföra hälsosamtal utan vårdnadshavares närvaro skulle dock fortsatt behöva gälla och bedömas med utgångspunkt från barnets ålder och mognad och samtalets innehåll. Det kan till exempel vara känsligt att samtala om frågor som rör sexuell eller reproduktiva hälsa, psykisk ohälsa eller liknande i vårdnadshavarnas närvaro.

Om barnet inte skulle delta vid ett hälsobesök bedömer utredningen att hälso- och sjukvården har ett ansvar för att söka upp barnet och dess familj. Sådan verksamhet förekommer redan i dag inom barnhälsovården. Riksdagen har med anledning av regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/2020:164) uttryckt ett behov av att primärvården utvecklar sin uppsökande verksamhet.[139] Vid upprepad frånvaro skulle även en orosanmälan om omsorgssvikt kunna göras till socialtjänsten. Så sker i dag till exempel i barnhälsovården och i tandvården. Det kan också tilläggas att barn och familjer i huvudsak kommer till barnhälsovårdens besök och att barn också i mycket hög grad kommer till tandvårdens kontroller trots att dessa verksamheter är förlagda vid sidan av förskole- och skolverksamheten.

Den förtroendefulla kommunikation som kan byggas upp mellan skolsköterskan och eleverna utgör också en adekvat invändning. Invändningen är dock bara relevant om skolsköterskan finnas på plats i skolmiljön och träffar eleverna regelbundet, inte bara vid själva hälsobesöket som enligt skollagen ska ske minst en gång vart tredje år. Förutsättningarna för att bygga upp en sådan relation försämras om skolsköterskan endast finns på plats vissa dagar i veckan eller ännu mer sällan. Det är dock inte ovanligt att så är fallet. Dessutom visar Skolinspektionens granskningar och utredningens dialoger med barn och unga inte alltid har förtroende för att öppna sig och berätta om sina problem eller behov för elevhälsans personal eftersom de befarar att denna information kan komma spridas vidare till lärare och övrig personal på skolan.[140] Inom skolan finns också en sekretessbrytande bestämmelse som gör det möjligt för personalen inom elevhälsans medicinska insatser att informera om problem och behov som framkommer till exempel vid hälsobesöken om de kan påverkar barnets eller den unges lärandet på något sätt enligt 25 kap. 13 a § lagen om offentlighet och sekretess. Denna bestämmelse är förstås också viktig för att skolsköterskan eller skolläkaren ska kunna informera rektor och lärare om hälsoaspekter hos ett barn eller ung person som kan ha betydelse för möjligheten att nå utbildningens mål. Utredningen bedömer att det skulle finnas goda förutsättningar för personal i de regionala verksamheterna att bygga en

[139] Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, rskr 2020/21: 61.
[140] Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, rapport 2015:05.

upp en sådan förtroendefull kommunikation. Till exempel har både personalen vid barnavårdscentralerna och ungdomsmottagningarna mycket god kunskap och kompetens om att bygga upp ett sådant förtroende med barn, unga och deras familjer.

Ytterligare en invändning mot sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman är att en sådan förändring på sikt skulle kunna dränera elevhälsans medicinska insatser på kompetens. Utredningen bedömer dock att elevhälsans verksamhet snarare skulle behöva förstärkas för att kunna fullfölja sitt uppdrag på ett adekvat sätt. Utredningen stödjer därför förslag från Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) som bland annat föreslår att en lägstanivå för tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. På så vis säkras tillgången till professionerna inom elevhälsan och dess medicinska insatser och förutsättningarna för att arbeta i team med hälsofrämjande och förebyggande insatser förbättras. Vid en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle elevhälsans medicinska insatser i högre grad kunna utveckla arbetet med universella och riktade hälsofrämjande och förebyggande insatser på gruppnivå. Det skulle till exempel kunna handla om program om levnadsvanor, ångestskola, avslappning, information och kunskapshöjande insatser om psykisk hälsa och olika former av självhjälp för barn och unga. Det skulle ligga i linje med skolans styrdokument i form av läroplaner och kursplaner där det bland annat framgår att skolan har ett ansvar för att främja hälsa på universell nivå. Det kan också handla om att utveckla anpassningar och stöd i undervisningssituationen för barn och unga med funktionsnedsättning, kroniska sjukdomar eller andra långvariga sjukdomar och psykosociala och komplexa behov.

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att tid frigörs för personalen i elevhälsans medicinska insatser. Denna tid skulle kunna användas till att professionen i högre grad finnas tillgänglig i klassrummet eller i skolans lokaler i övrigt. Det underlättar förutsättningarna att lära känna eleverna, följa deras hälsoutveckling och uppmärksamma behov av insatser kontinuerligt och i ett tidigt skede. Elevhälsan skulle också i ökad grad kunna delta i undervisningen om alkohol, tobak, droger, övriga levnadsvanor och sex- och samlevnadsundervisningen, värdegrundsfrågor m.m. Dessutom bedömer utredningen att det skulle frigöra tid för personalen inom elevhälsans medicinska insatser att samverka

med den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten när barn och unga har behov av insatser från fler verksamheter och att vid behov stödja barn och unga med slussning till vårdverksamheter i hälso- och sjukvården i övrigt. Det är centralt för barn och unga att sådan samverkan kommer tillstånd och för vissa barn och unga en förutsättning för att de ska få sina behov tillgodosedda. Det skulle underlätta förutsättningarna att skapa bryggor och kommunikation mellan region, skola och kommun i det gemensamma uppdraget att bevara och förbättra barn och ungas hälsa. En starkare primärvård skulle också kunna bli ett bollplank och en tydligare partner för elevhälsan att samverkan med. Genom utredningens förslag om en nära och tillgänglig specialistvård stöttas dessutom både primärvård och skola och elevhälsans medicinska insatser tydligare och tidigare i triagering och tidiga insatser.

Företrädare för skolsköterskor och skolläkare har också invänt att hälsobesöken är ett naturligt tillfälle för skolsköterskan att samla in information om barns och ungas hälsa och att denna information är viktig för att kunna stödja barnet eller den unge i skolsituationen. Dessutom kan sådan information ligga till grund för universella och riktade hälsofrämjande insatser. Utredningen förstår att hälsobesöken utgör en möjlighet för skolan att samla in information om barns och ungas hälsotillstånd som kan ha betydelse för deras skolgång och för förutsättningarna att planera och genomföra hälsofrämjande insatser. Utredningen konstaterar dock att uppföljningar visar att den information som samlas in vid hälsobesöken sällan ligger till grund för hälsofrämjande insatser för eleverna i skolan. Det finns också en risk för att information om barns och ungas hälsoutveckling inte tas om hand i skolan om den inte har betydelse för förutsättningarna att lära eftersom elevhälsan inte har ansvar eller förutsättningar för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsinsatser. Ur integritetssynpunkt är det viktigt att skolan endast samlar in sådan information om barns och ungas hälsa som kommer till användningen i elevhälsan eller i skolverksamheten i övrigt.

Utredningen vill också lyfta fram att den informationen som samlas in vid hälsobesöken är central för regionen och dess förutsättningar att kunna planera och organisera riktade vård- och hälsoinsatser på effektivt sätt för barn och unga. Det finns dock inget systematiskt informationsutbyte mellan skolhuvudmännen och regionen om barns och ungas hälsoutveckling och den information

som framkommer vid hälsobesöken. Utredningen bedömer vidare att elevhälsan skulle kunna samla in sådan information om barns och ungas hälsa som har betydelse för undervisningssituationen på andra sätt, till exempel genom hälsoenkäter och olika riktade hälsosamtal i samband med att skolsvårigheter har uppmärksammats i undervisningssituationen eller på annat sätt. Det är redan i dag mycket vanligt att skolorna genomför sådana allmänna hälsoenkäter i samverkan med kommuner och i vissa fall regioner. Utredningen bedömer också att uppföljning av skolsvårigheter i bred bemärkelse behöver ske kontinuerligt i skolan och att hälsobesöken som enligt lag ska ske minst en gång var tredje år är alldeles för sällan för sådan uppföljning. Detta är särskilt angeläget för barn och unga som har skolsvårigheter eller kommer från familjer i socioekonomisk utsatthet. Elevhälsans personal behöver också finnas på plats där eleverna finns i skolan, på lektioner och raster för att söka upp och samtala med eleverna och bygga förtroendefulla relationer.

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle kunna innebära att elevhälsans verksamhet i än högre grad fokuserar på elevernas utveckling mot utbildningens mål. Det skulle kunna innebära att elevhälsans verksamhet ytterligare distanseras från hälso- och sjukvården i övrigt. Utredningen bedömer dock att det är rimligt att skolan fokuserar på sitt kärnuppdrag och att elevhälsan stödjer utvecklingen av goda lärandemiljöer och andra förutsättningar för lärande i enlighet med den utveckling som har skett sedan elevhälsa infördes i skolan. Sådana insatser främjar också psykisk hälsa vilket är bra för alla elever men i synnerhet för elever med olika skolsvårigheter.

Utredningen bedömer att hälsobesöken med regionen som huvudman sannolikt skulle utföras i primärvården och att det då kan ifrågasättas om primärvården har resurser för uppdraget och den barnkompetens som krävs. Utredningen konstaterar att insatser för att förebygga ohälsa redan omfattas av primärvårdens ansvar. Regeringen och riksdagen har också uttryckt att primärvården i än högre grad bör arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Dessutom erfar utredningen att det finns en beredskap i primärvården i dag att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Verksamheten med hälsobesök skulle dessutom kunna vara ett naturligt sätt för regionen att utveckla arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga i den regionala hälso- och sjukvård.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser som ges tidigt, redan till barn och unga, får dessutom långsiktigt positiva konsekvenser för hälsoutvecklingen för befolkningen i stort. Det påverkar därmed också inflödet i hälso- och sjukvården och en minskad arbetsbelastning på längre sikt. I utredningens dialoger med verksamhetsföreträdare har det framkommit att primärvården bör vara vägen in för alla vanligt förekommande vårdbehov och en stark part när det gäller hälsofrämjande arbete för barn och unga.

När det gäller barnkompetensen i primärvården vill utredningen på nytt lyfta fram att sådan kompetens redan finns både inom barnhälsovården och ungdomsmottagningarna. Dessutom utgör barn och unga en stor del av vård- och hälsocentralernas besökare och barnkompetens är därför redan i dag ett krav på denna verksamhet. Regionernas omställning till en god och nära vård har också en avgörande betydelse för utvecklingen av primärvården och ska bland annat innebära en omfördelning av resurser till primärvården så att vården kan ges nära befolkningen. Det är en förutsättning för utvecklingen av den nära vården i stort och för vård som riktas till barn och unga. Omställning till en god och nära vård har fastslagits av riksdagen genom beslut om propositionerna Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83) och Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) och främjas genom stimulansmedel i olika överenskommelser som regeringen har ingått med SKR.[141]

Det finns inga enkla lösningar i ett komplicerat system

Sammanfattningsvis konstaterar utredningen att det inte finns några enkla lösningar i ett komplicerat system med flera huvudmän och många vårdverksamheter som arbetar utifrån olika lagstöd, uppdrag och budgetvillkor. Utredningen bedömer dock att det inte är hållbart att avstå från insatser bara för att det inte finns några självklara lösningar. Problemen med fragmentisering i barn- och ungdomshälsovården och behovet av en mer sammanhållen vård har lyfts fram av olika utredningar sedan början av 1980-talet, (se även Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter kap. 2). Sedan dess har

[141] Socialutskottets betänkande 2017/18:SoU22 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, rskr 2017/18:294 och Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, rskr 2020/21:61.

fragmentiseringen i systemet förstärkts ytterligare till följd av det fria skol- och vårdvalet. Denna utveckling har på många sätt varit positiv och lett till en mångfald av utförare och valmöjligheter för den enskilde individen men det har också bidragit till fragmentiseringen och en risk för att barn och unga faller mellan stolarna och inte får sina behov tillgodosedda.

I ett fragmentiserat och komplext system är samverkan mellan de olika vårdverksamheterna helt avgörande för att få till stånd en mer sammanhållen vård. Det paradoxala i sammanhanget är dock att samtidigt som ett komplext system förutsätter samverkan är det svårare att samverka i ett komplext system till följd av mängden aktörer. Mycket talar därför att ytterligare insatser för att stärka samverkan mellan vårdverksamheterna och samordningen av vårdinsatser till barn och unga inte är tillräckligt för att komma tillrätta med fragmentiseringen och de samordningsproblem som finns. I ett fragmentiserat och komplext system med många aktörer är det också svårt att upprätthålla likvärdigheten när det gäller de insatser som erbjuds barn och unga. Det är särskilt tydligt när det gäller tillgången till och kvaliteten på elevhälsans medicinska insatser. Skolhuvudmännen och skolorna förmår inte att erbjuda elevhälsa som motsvarar elevernas behov på ett likvärdigt sätt i landet och att den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten får ofta stå tillbaka för andra insatser. Dessutom har elevhälsan under de senaste tio åren i mångt och mycket utvecklats till något om skulle kunna liknas vid elevernas företagshälsovård och insatser som stödjer elevernas utveckling mot utbildningens mål.

Utredningen bedömer att det finns viktiga fördelar med att hålla samman verksamheten med hälsobesök ur ett barnrättsperspektiv och ungdomsperspektiv. Det handlar bland annat om att uppföljning av barns och ungas hälsa blir mer samordnad och likvärdig och att hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga enklare kan följas upp över tid. Det är en förutsättning för att insatser som ges till barn och unga ska kunna utvecklas, kvalitetssäkras och utvärderas. Dessutom handlar det om att ansvaret för att uppmärksamma behov och initiera insatser och tillhandahålla vård och behandling samlas till vårdverksamheter under en och samma huvudman vilket underlättar planering, organisering och styrning av verksamheten. Det tydliggör ansvarsfördelningen mellan de olika huvudmännen och underlättar förutsättningarna för att samordna

barns och ungas vårdprocesser. Organisatoriska förutsättningar, som till exempel olika uppdrag, budgetvillkor och förutsättningar i övrigt utgör ofta hinder för samverkan. Ur ett barnrättsperspektiv och ungdomsperspektiv är det också centralt att barn och unga erbjuds hälsofrämjande och förebyggande insatser som särskilt tar sikte på deras hälsa och välmående, oavsett om hälsan påverkar barns och ungas förutsättningar att lära eller inte, och att sådana insatser tillhandahållas av en verksamhet som har kompetens- och resursmässiga förutsättningar för uppdraget.

Mot den bakgrunden bedömer utredningen att det måste till förändringar i systemet om det ska kunna uppfylla vissa grundläggande villkor om jämlikhet, kontinuitet och effektivitet. Utredningen bedömer dock att tiden ännu inte är mogen för att genomföra en satsning på en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman under barns och ungas hela uppväxttid. Det beror bland annat på att primärvården ännu inte är tillräckligt resurssatt för ett sådant uppdrag. Utredningen bedömer dock att den omställningsprocess som nu pågår inom hälso- och sjukvården till en god och nära vård på sikt kommer att leda till att förutsättningarna i primärvården stärks. Utredningen bedömer också att förslaget från utredningen om en samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01) om att synliggöra primärvårdens ansvar för vanligt förekommande psykiska vårdbehov bör leda till att primärvården förstärks med kompetenser och övriga resurser som krävs för att kunna tillgodose barns och ungas vårdbehov. Utredningen bedömer dessutom att en sådan sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman förutsätter en stark elevhälsa med ett tydligt uppdrag att arbeta hälsofrämjande och förebyggande på grupp- och individnivå. Utredningen stödjer därför de förslag som lagts fram av utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven i betänkandet Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning (SOU 2021:11) när det gäller förtydligat uppdrag för elevhälsan, än lägsta numerär tillgång till elevhälsans professioner och att det ska vara obligatoriska för skolans huvudmän att redovisa tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator på skolenhetsnivå.

Utredningens huvudförslag är att samtliga berörda aktörer samlas för att utveckla och implementera ett gemensamt och nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser

till barn och unga under hela uppväxttiden, (se även nationellt hälsovårdsprogram, avsnitt 6.3. Detta förutsätter att samtliga parter tar ansvar för att implementera hälsovårdsprogrammet i sin verksamhet och att nödvändiga samverkansstrukturer byggs upp så att alla barn och unga får sina behov tillgodosedda. Utredningen bedömer att en kontrollstation bör byggas in i arbetet med det nationella programmet för att följa upp och utvärdera om arbetet med programmet har lett till önskade effekter. Om så inte är fallet bör regeringen överväga möjligheten att genomföra förändringen med en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman för barn och unga.

En viktig förutsättning för det nationella programmet är att ett välfungerande partnerskap utvecklas mellan elevhälsans medicinska insatser och primärvårdens aktörer för barns och ungas bästa. Utredningen föreslår också en skyldighet för regionen att samverka med skolhuvudmännen vid organiseringen och planeringen av hälso- och sjukvården. Ett viktigt syfte med sådan samverkan är att huvudmännen skapar förutsättningar för att utveckla bättre samverkansformer och olika former av samarbeten mellan bland annat primärvårdens aktörer och skolor och effektiva former för samordning av vårdinsatser för barn och unga mellan berörda vårdgivare. I detta ingår också att samverka kring insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga samt att komma överens om hur primärvården kan vara mer närvarande i skolan. En sådan utvecklad närvaro i skolan är central för att primärvården ska kunna erbjuda hälsobesök till barn och unga i skolmiljön

Utredningen konstaterar att de förslag som utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskravens lägger fram förstärker utvecklingen av en mer renodlad elevhälsa som i högre grad tar sikte på elevers utveckling mot utbildningens mål. Utredningen bedömer dock att det fortsatt kommer att vara svårt för skolhuvudmännen att erbjuda en likvärdig elevhälsa i landet, inte minst på grund av att det finns så många skolhuvudmän med små resurser och förutsättningar att erbjuda samtliga professioner i elevhälsan. Sammantaget talar detta för att elevhälsans uppdrag i sin helhet behöver ses över. I detta bör ingå att stärka de medicinska insatsernas roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som ska bidra till att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål.

6.9.4 Konsekvensbeskrivningar av sammanhållen hälsouppföljning

Nedan följer en beskrivning av de konsekvenser som ett införande av en sammanhållen hälsouppföljning skulle kunna innebära, inklusive ekonomiska konsekvenser. För ytterligare konsekvensbeskrivningar se även avsnitt 6.9.3.

Alternativa förslag

Utredningen konstaterar att dagens system där flera huvudmän och vårdverksamheter ansvarar för hälsouppföljningen av barn och unga inte är tillräckligt samordnat, jämlikt eller effektivt. Tillgången till och kvaliteten på hälsofrämjande och förebyggande insatser varierar både inom och mellan olika huvudmän och under barnets eller den unges uppväxttid. Till exempel har barnhälsovården ett utvecklat nationellt program för hälsovård, motsvarande finns inte för barn och unga i skolåldern. Barn och unga som har avslutat sin utbildning i samband med fullgjord skolplikt omfattas inte av systemet med hälsouppföljning som sker i skolan. Ur ett barnrättsperspektiv är det inte tillfredsställande och därför är det nödvändigt att genomföra insatser som leder till en mer likvärdig hälsovård i landet, oavsett var barnet eller den unge bor, val av skola eller vårdgivare.

Utredningen har prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har dock bedömt att detta inte skulle vara ändamålsenligt (se avsnitt 6.8). I ljuset av detta har utredningen också prövat förutsättningarna för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman. Det finns skillnader mellan en sammanhållen hälsouppföljning och ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. Förslaget med sammanhållen hälsouppföljning skulle innebära att en del av den verksamhet som i dag bedrivs inom ramen för elevhälsans medicinska insatser, det vill säga hälsobesöken, i stället skulle utföras av regionen. Elevhälsans medicinska insatser som funktion skulle förbli intakt när det gäller det övergripande uppdraget och de professioner som skulle ingå i de medicinska insatserna enligt 2 kap. 25 § skollagen. Det skulle innebära att de medicinska insatserna även fortsättningsvis skulle vara en del av den samlade elevhälsan och att rektorn fortsatt skulle ha ett

ansvar för verksamheten och dess professioner. Ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser i sin helhet skulle däremot innebära att regionen tar över ansvaret för verksamheten i sin helhet inklusive de yrkesprofessionella. Regionen skulle tillhandahålla personalen och ha ett arbetsgivaransvar för de yrkesprofessionella samt ansvara för den verksamhet som tillhandahålls inom elevhälsans medicinska insatser.

Ytterligare ett alternativ skulle kunna vara att ge elevhälsans medicinska insatser ett utvidgat ansvar för elevernas fysiska och psykiska hälsa. Utredningen bedömer dock att det är svårt att utvidga elevhälsans ansvar givet den utveckling som skett sedan införandet av elevhälsa och skolhuvudmännens vilja och möjligheter att mer fullödigt agera som vårdgivare i ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. Ett sådant förslag skulle inte heller komma tillrätta med problemen med fragmentiseringen i vården eller den otillräckliga samordningen av vårdinsatser för barn och unga.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningen bedömer att en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman, på lång sikt, skulle kunna leda till positiva effekter när det gäller kostnader för och inflödet i hälso- och sjukvården. En mer effektiv och sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle skapa förutsättningar för att identifiera behov hos barn och unga och initiera insatser i ett tidigt skede för att förebygga kroniska eller långvariga sjukdomar och tillstånd. I dag har cirka 44 procent av Sveriges befolkning inklusive var femte person under 20 år minst en kronisk sjukdom och cirka 80–85 procent av vårdens kostnader kan kopplas till vården av personer med kroniska sjukdomar. Samtidigt visar forskning att det går att förebygga många kroniska sjukdomar och allvarliga tillstånd, inte minst med hälsosamma levnadsvanor. Tidiga och samordnade hälsofrämjande insatser för barn och unga är därför en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och sociala hälsa och välbefinnande för den enskilde samt en socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

En sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga med regionen som huvudman skulle få konsekvenser för den kommunala självstyrelsen eftersom det skulle innebära en ny arbetsuppgift för regionen. Utredningen bedömer dock att en sådan förändringen skulle vara proportionerlig i förhållande till den kommunala självstyrelsen eftersom den skulle leda till en mer samordnad, effektiv, likvärdig och jämlik hälsouppföljning av barn och unga.

Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

De sammanlagda kostnaderna för hälsobesöken och vaccinationsverksamheten kan bedömas till mellan 680 och 715 miljoner kronor. Ett genomförande av en sammanhållen hälsouppföljning skulle innebära att staten skulle tillför regionerna ersättning med motsvarande belopp. Kostnaderna bygger på beräkningarna nedan.

Kostnader för hälsobesök

Elevers hälsobesök är en del av skolans verksamhet. Skolverket publicerar statistik om skolans verksamhet som en del av den officiella statistiken. Vad gäller kostnaderna för skolverksamheten redovisas kostnaderna för elevhälsan i olika skolformer på riksnivå. Kostnaderna för hälsobesök bör finnas inom ramen för kostnaderna för elevhälsan. Hälsobesöken utgör endast en del av elevhälsan och syftet här är att beräkna kostnaderna endast för den delen. Kostnaderna för hälsobesöken kan, åtminstone teoretiskt, bestämmas som produkten av antalet hälsobesök och kostnad per hälsobesök.

De regler som finns för antalet hälsobesök och den befolkningsstatistik som föreligger vad gäller antal individer i aktuella åldrar, gör det möjligt att beräkna det teoretiska antalet hälsobesök under en tidsperiod. Ett antagande görs om att det faktiska antalet hälsobesök är lika med det teoretiska antalet.

Reglerna säger att eleverna ska ha tre hälsobesök under sin tid i grundskolan och ett hälsobesök under gymnasietiden. Med utgångspunkt i 2019 års befolkningsstatistik har vi därför antagit att en tredjedel av varje årskull i åldern 7–18 år har haft ett hälsobesök. Vi

antar också att samtliga individer i gymnasieåldern går i gymnasiet. Beräkningens resultat innebär att 491 818 hälsobesök genomförts under ettårsperioden.

Det finns ingen statistik om vad ett hälsobesök kostar. I stället har vi valt att söka ledning i beräkningar som gjorts inom närliggande områden. Inom ramen för projektet Kostnader Per Patient (KPP) har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) gjort systematiska datainsamlingar för 2019 års förhållanden i 11 regioner. Det har gett upphov till statistik som gjort det möjligt att räkna fram kostnaden för dels ett sjuksköterskebesök dels ett läkarbesök. Beräkningarna visar att de respektive genomsnittliga kostnaderna i de 11 regionerna år 2019 var 930 och 1 670 kronor. I kostnaderna ingår kostnader för it, lokaler och regionledning. Däremot ingår inte kostnader för medicinsk service som laboratorieprover, radiologiska undersökningar med mera. I Skolverkets statistik särredovisas lokalkostnaderna. Ett hälsobesök inom ramen för elevhälsan involverar i första hand personalkategorin sjuksköterskor. I viss mån krävs läkarnärvaro. I kalkylen har vi utgått från att 90 procent utgör insatser av sjuksköterska och 10 procent av läkare. I personaldelen kan således kostnaden för ett hälsobesök bestämmas enligt formeln: $0{,}9 \times 930 + 0{,}1 \times 1\,670 = 1\,004$ kronor. Med ett tillägg på 100 kronor för annan medicinsk service blir kostnaden för ett hälsobesök 1 104 kronor.

Den sammantagna kostnaden för hälsobesöken i skolorna är helt enkelt produkten av antalet besök och kostnaden per hälsobesök. För 2019 års förhållanden blir kostnaden 543 miljoner kronor. Kostnaden kan bedömas ligga i intervallet 530–550 miljoner kronor.

Kostnader för vaccinationer

Det finns ingen officiell, eller annan auktoritativ, statistik över vad vaccineringen kostar i elevhälsan. Genom hjälp från SKR/Kommentus har utredningen dock fått uppgifter om hur stor den samlade försäljningen av vacciner inom vaccinationsprogrammet för barn var under år 2020. Försäljningen summerar till 290 miljoner kronor. Dock avser uppgifterna försäljning för användning såväl inom regioner som kommuner samt för samtliga åldersgrupper. Vi vet också att 4 av 15 doser till barn och unga upp t.o.m. 16 ges i skolorna. Vi antar därför att 27 procent (4/15-delar) av den samlade kostnaden för

vaccin till barn och unga faller på skolorna, alltså 77 miljoner kronor. Utredningen uppskattar att kostnaden ligger mellan 75 och 80 miljoner kronor. För en bedömning av de samlade kostnaderna för vaccinationsverksamheten inom elevhälsan behöver åtminstone också personalkostnader läggas till. För en mer precis bedömning av personalkostnaderna för vaccinationsverksamheten behövs uppgifter om såväl antalet vaccinationstillfällen under ett år som uppgifter om kostnaden för personal per tillfälle.

Antal doser/vaccineringar har skattats genom formeln: Antalet vaccineringar = ((antal i åldern 7 och 8 år) × 0,95)/2 + 2 × (antal i åldern 11 år) + ((antal i åldern 15 och 16 år) × 0,95)/2. Antalet i olika åldersgrupper hämtas ur befolkningsstatistiken för 2019 och kvoterna under ”1” uttrycker andelen som nås av vaccineringen. Beräkningen ger vid handen att det under ett år genomförts sammantaget 327 151 vaccineringar i skolorna.

Givet att varje vaccineringstillfälle innebär personalkostnader, med mera, på 250 kronor skulle årskostnaden bli strax under 82 miljoner kronor.

Givet alla osäkerheter finns det skäl tro att vaccineringsverksamheten exklusive vaccinkostnader i skolorna sammantaget kostar mellan 75 och 85 miljoner kronor.

De sammanlagda kostnaderna för hälsobesöken och vaccinationsverksamheten kan bedömas till mellan 680 och 715 miljoner kronor.

Tabell 6.1 Sammanställning av skattningar av kostnader för hälsobesök och vaccinationsverksamhet (miljoner kronor)

	Minimum miljoner kr	Maximum miljoner kr
Hälsobesök	530	550
Vaccin	75	80
Vaccineringsverksamhet exklusive vaccinkostnader	75	85
Sammantaget	680	715

Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att regionen får det samlade ansvaret för hälsouppföljning av barn och unga från tillblivelse till vuxen ålder. Det skulle delvis innebära nya arbetsuppgifter för regionen när det gäller att

erbjuda hälsobesök till barn och unga i skolåldern. Det skulle därmed innebära att regionen behöver organisera, planera och administrera verksamheten med hälsobesök. Utredningen bedömer att det system som redan finns för att kalla barn och unga till barnhälsovården skulle kunna utnyttjas i detta sammanhang och förenkla administrationen hälsobesöken för barn och unga i skolåldern.

En viktig förutsättning för en sådan sammanhållen hälsouppföljning skulle vara att regionerna tillhandahåller hälsobesök och vaccinationer i skolan. Det är mycket viktigt för att nå alla barn och unga och för att bevara den höga vaccinationstäckning som finns i dag.

För denna verksamhet skulle regionen tillföras nya resurser enligt beräkning ovan.

Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Under förutsättning att regionen tillförs nya resurser för verksamheten med hälsouppföljning kommer förslaget inte att få några ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

Övriga konsekvenser för samtliga skolhuvudmän, inklusive de kommunala skolhuvudmännen redovisas under konsekvenser för skolhuvudmän.

Konsekvenser för skolhuvudmän och skolan

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle medföra att skolhuvudmännen inte längre ansvarar för att erbjuda hälsobesök för elever i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan. Inriktningen på den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser skulle delvis förändras. Skolans uppdrag skulle renodlas till elevernas utveckling mot målen. Förutsättningar för att utveckla den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten inom ramen för elevhälsans medicinska insatser skulle förbättras. Det skulle möjliggöra ett mer proaktivt arbete och förebygga skolsvårigheter hos elever. Utvecklingen av goda lärandemiljöer är ett viktigt led i att förebygga psykiska besvär av olika slag. En sådan sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle dock inte innebära några förändringar av elevhälsans uppdrag eller de professioner som skulle ingå i elevhälsan enligt

skollagen. Se avsnitt 6.9.3 för ytterligare konsekvenser för skolans del.

Konsekvenser för barn och unga

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att barn och unga får en mer likvärdig, kontinuerlig och sammanhållen hälsouppföljning och vid behov vård och behandling.

Primärvården skulle få det samlade ansvaret för barns och ungas psykiska och fysiska hälsa både när det gäller hälsouppföljning och vård- och behandlingsinsatser. Steget mellan hälsouppföljningen till vård och behandling skulle kortas och förutsättningarna att samordna barns och ungas vårdinsatser med den specialiserade vården underlättas. En sådan sammanhållen med regionen som huvudman skulle dessutom underlätta förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa över tid och utvärdera om insatserna är effektiva. Det skulle bidra till att barns och ungas vårdbehov ska kunna tillgodoses i ett tidigt skede på ett samordnat sätt.

Utgångspunkten för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle vara att regionen genomförde hälsobesök och vaccinationer för barn och unga i skolåldern på skolor. I den mån regionen ändå skulle välja att organisera verksamheten på andra sätt skulle det kunna bli aktuellt för barn och unga och i förekommande fall deras vårdnadshavare att ta sig till en vårdmottagning. Utredningen bedömer att det finns goda exempel på hur detta fungerar inom andra områden, till exempel tandvårdsområdet. Det skulle dock finnas en risk för att barn och unga inte skulle komma till besöken om de inte sker i skolan. Utredningen bedömer dock att regionen i dessa fall skulle behöva ägna sig åt uppsökande verksamhet för att nå alla barn och unga och deras familjer om de inte skulle komma till hälsobesöken, på motsvarande sätt som i dag sker inom barnhälsovården.

Konsekvenser för vårdens professioner

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle inte innebära några formella ändringar i skollagen när det gäller elevhälsans uppdrag eller tillgången till professionerna i elevhälsan. Utredningen bedömer dock att det skulle få vissa konsekvenser för de professionella inom elevhälsans medicinska insatser både när det gäller uppdrag och förutsättningar i övrigt för verksamheten. Det skulle kunna innebära att skolläkarna, som redan i dag på många ställen har en mer konsultativ roll med få timmar för många elever och som ofta är anställda i regionen, blir än mer knutna till regionen och därmed får en svagare koppling till elevhälsan i stort. Skolläkaren skulle dock fortsatt ha en viktig funktion för att utveckla det medicinska perspektivet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i skolan tillsammans med skolsköterskan. Utredningen bedömer att det inte finns något som hindrar en fortsatt och utbyggd skolläkarkompetens och roll i ett system där en förstärkt barn- och ungdomshälsovård verkar i nära partnerskap med en stärkt elevhälsa. En mer regionalt knuten skolläkarresurs med utökat områdesansvar och uppsökande uppdrag skulle också kunna verka kraftfullt i skolmiljön. I framtiden skulle det eventuellt också kunna leda till att nya specialiteter växer fram som tar sikte på barn- och ungdomshälsovård med inriktning på skola och lärande. Det finns i dag närbesläktade subspecialiteter som barnhälsovård, skolläkare och ungdomsmedicin.

Utredningen bedömer vidare att skolsköterskan fortsatt skulle ha en mycket central roll inom elevhälsan när det gäller att företräda det medicinska perspektivet i elevhälsoteamen och bistå med medicinska kunskaper vid anpassningen av lärandemiljöer m.m. Skolsköterskan skulle också kunna utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på grupp- och individnivå i skolan. Dessutom bedömer utredningen att mer tid skulle kunna frigöras för att samverka med andra berörda aktörer i hälso- och sjukvården i övrigt och socialtjänsten.

Utredningen bedömer dessutom att en numerär lägstanivå för elevhälsans professioner och en tydligare uppföljning av tillgången till elevhälsans professioner i enlighet med förslag från Utredningen om elevernas möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) fortsatt skulle säkra tillgång till skolläkare och skolsköterskor på skolorna.

Konsekvenser för företagen

Inom utbildningssektorn finns enligt Skolverkets statistik 788 skolföretag. Av dessa är 583 skolhuvudmän som ansvarar för 852 grundskolenheter och 205 skolhuvudmän som ansvarar för 451 gymnasieskoleenheter. En mycket klar majoritet ansvarar för en skolenhet.

En sammanhållen hälsouppföljning skulle inte innebära några särskilda konsekvenser för företag. Uppdraget att tillhandahålla elevhälsa är reglerat i skollagen och gäller för samtliga skolhuvudmän även, de enskilda skolhuvudmännen. Skolhuvudmännens kostnader för skolverksamheten inklusive elevhälsa regleras i den så kallade skolpengen, ersättning per elev, som utgår på motsvarande sätt till samtliga skolor oavsett huvudman. Kostnader för verksamheten skulle därmed vara en fråga mellan kommunen och de enskilda skolhuvudmännen.

De enskilda skolhuvudmännen, skulle på samma sätt som de kommunala skolhuvudmännen få ett förändrat uppdrag när det gäller elevhälsans medicinska insatser. Skyldigheten att tillhandahålla hälsobesök skulle utgå. Det skulle leda till en minskad administration för verksamheten med hälsobesök. Det skulle frigöra tid för annan central verksamhet inom elevhälsan såsom det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och förutsättningarna för att samverka med andra berörda aktörer såsom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i övrigt kring barns och ungas vårdbehov.

7 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Författningsändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2022.

Bedömning: Några särskilda övergångsbestämmelser behövs inte.

Skälen för förslaget och bedömningen: Utredningen bedömer det angeläget att de föreslagna författningsändringarna träder i kraft så snart som möjligt till stöd för en samordnad god och nära vård för barn och unga. Med hänsyn till den tid som kan beräknas gå åt för remissförfarande, fortsatt beredning inom Regeringskansliet och riksdagsbehandling bör de lagändringar som utredningen föreslår tidigast kunna träda i kraft den 1 juli 2022. De förordningsändringar som utredningen föreslår bör träda i kraft vid samma tidpunkt. Utredningen bedömer inte att förslagen innebär något särskilt omfattande förberedelsearbete för hälso- och sjukvårdens huvudmän, vårdgivare eller för några andra aktörer som kan påverka tidpunkten för ikraftträdande.

Förslagen är inte av den arten att de kräver några särskilda övergångsbestämmelser.

8 Konsekvensanalyser av utredningens förslag

Nedan redovisas kostnadsberäkningar och andra konsekvenser av utredningens förslag i enlighet med 14–15 §§ kommittéförordningen (1998:1447) och utredningens direktiv (dir 2019:93).

8.1 Utredningens uppdrag och problembeskrivning

Enligt direktivet ska utredningen se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet.

Bakgrunden till uppdraget är problem med en fragmentiserad hälso- och sjukvård utan tillräcklig koordinering på nationell nivå. Detta leder till att barn och unga inte alltid får sina behov av vård tillgodosedda. Fragmentiseringen är särskilt tydlig på primärvårdsnivå där det förekommer en rad olika huvudmän och vårdverksamheter som ansvarar för hälsouppföljning och vårdinsatser för barn och unga under olika delar av uppväxttiden. Till dessa verksamheter hör ett antal primärvårdsaktörer med regionen som huvudman, mödrahälsovården, barnhälsovården och ungdomsmottagningarna samt elevhälsans medicinska insatser som tillhandahålls i skolor ofta i skolhuvudmännen regi. För barn och unga med psykisk ohälsa tillkommer dessutom ett antal första linjeverksamheter som är organiserade på olika sätt i landet. Det finns stora brister i likvärdigheten, inte minst gäller det förutsättningarna för elevhälsans medicinska insatser att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet. Hälsouppföljningen av barn och unga är inte heller sammanhållen och insatser skiljer sig åt både mellan vårdverksamheter och över tid under barns

och ungas uppväxt. Det finns brister när det gäller tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser, särskilt för barn och unga i skolåldern. Skolans elevhälsa har alltmer utvecklats mot att hantera skolsvårigheter och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Barn och unga kan dock behöva hälsofrämjande och förebyggande insatser oavsett sina skolresultat. Inte heller barn och unga som vare sig arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt tas om hand naturligt i systemet. Det finns också brister i samverkan mellan vårdverksamheterna, både inom de verksamheter som i första hand tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser, dvs. primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser och mellan dessa aktörer och den övriga hälso- och sjukvården som huvudsakligen bistår med vård och behandling. Bristande samverkan leder till att barns och ungas vårdinsatser inte samordnas i tillräckligt hög grad och att barn bollas mellan olika vårdverksamheter, för mer information se Problembilden, kap. 5.

För att komma tillrätta med problemen med fragmentisering och tillgången till hälsofrämjande förebyggande insatser har utredningen utrett flera alternativa möjligheter. I enlighet med direktivet har lämpligheten och möjligheten med ett samlat huvudmannaskap för de aktuella vårdverksamheterna prövats. Utredningen har dock bedömt att det inte finns tillräckliga förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap. Utredningen har även prövat förutsättningarna för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman men även när det gäller detta bedömt att tiden inte är mogen för en sådan förändring, se Förslag och bedömningar, kap. 6.

För att öka förutsättningarna för en mer sammanhållen vård och likvärdig tillgång till de verksamheter som erbjuder hälsofrämjande och förebyggande insatser har utredningen även övervägt möjligheten att lagreglera vissa eller samtliga av de berörda primärvårdsverksamheterna. Elevhälsans medicinska insatser är redan reglerad i skollagen. Utredningen har dock gjort bedömningen att en sådan lagreglering skulle innebära en inskränkning i regioners och kommuners möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården. Den befintliga strukturen och organisationen av hela hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen medför att det inte är ändamålsenligt att reglera vissa hälso- och sjukvårdsverksamheter men inte andra. Detta skulle vara oproportionerligt i förhållande till den kommunala självstyrelsen. Därutöver bedömer ut-

redningen att en sådan lagreglering inte är ändamålsenlig i förhållande till utredningens uppdrag att skapa en mer sammanhållen vård eftersom en lagreglering av verksamheterna inte nödvändigtvis leder till ökad samverkan eller samordning av vårdinsatser för barn och unga. Den leder inte heller till ökad tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga.

Utredningen bedömer att det i stället är centralt att säkra tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga under hela uppväxttiden samt samordning och koordinering av det sådana insatser på nationell nivå. Dessutom bedömer utredningen att det behövs ytterligare åtgärder för att stärka samverkan mellan de aktuella vårdverksamheterna och samordning av vårdinsatser för barn och unga.

Utredningen föreslår följande:

- Ett förtydligande i lag att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa.
- Ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att i samråd med flera myndigheter och organisationer utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga
- Uppdrag till Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa.
- Ett förtydligande i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga ska samverka med huvudmän inom skolväsendet.
- Ett krav i lag på att en fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Samtliga förslag utvecklas i mer detalj i Förslag och bedömningar kap 6. Även när det gäller dessa har utredningen övervägt olika tillvägagångssätt. Dessa redogörs för under respektive förslag.

8.2 Konsekvenser för barn och unga

Bedömning: Utredningens förslag får i huvudsak positiva konsekvenser för barn. Barnets rättigheter enligt barnkonventionen stärks.

8.2.1 Barnkonsekvensanalys

Skälen för utredningens bedömning: Sedan 1 januari 2020 gäller lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som svensk lag. Rättigheterna i lagen bygger på de mänskliga rättigheterna och ska tillförsäkra barn medborgerliga, politiska, ekonomiska och sociala rättigheter men också rättigheter som ger barnet särskilt skydd mot våld, övergrepp och olika former av utnyttjande. Av utredningens direktiv framgår att barnrättsperspektivet och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och att konsekvenser för barn och unga särskilt ska belysas. Att anlägga ett barnrättsperspektiv i frågor som berör barn innebär att ha barnkonventionen som utgångspunkt. I det ingår att belysa en fråga utifrån alla de rättigheter varje barn har i konventionen och hur dessa har tolkats av FN:s barnrättskommitté i dess rekommendationer och allmänna kommentarer. För att säkerställa ett barnrättsperspektiv har utredningen låtit barnkonventionens fyra grundprinciper genomsyra arbetet, såväl i genomförande som i de förslag och bedömningar som utredningen lägger fram. De fyra grundprinciperna är artikel 2 om lika rättigheter och icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa, artikel 6 om rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande. För utredningen har även artikel 24 om barns rätt till hälsa och sjukvård varit vägledande i arbetet (se även Gällande rätt, kap. 3).

Inledningsvis har utredningen sammanställt och analyserat de problem som finns med barn- och ungdomshälsovården utifrån ett

barn- och ungdomsperspektiv, (se även Problembilden kap. 5 och Bakgrund och nuläge, kap. 4 om barns hälsa). Utredningen har också i enlighet med barnkonventionens artiklar 3 om barnets bästa och 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande, låtit barn komma tilltals både om problemen i barn- och ungdomshälsovården och om potentiella förslag till lösningar på problemen (se vidare Utredningens uppdrag, genomförande och utgångspunkter, kap. 2). Med utgångspunkt från problembilden och synpunkter från företrädare för bland annat barn och även utifrån vad barn och unga själva har berättat har utredningen utformat ett antal förslag och bedömningar. Här redogörs kortfattat för hur barns rättigheter enligt barnkonventionen säkerställs genom de förslag utredningen lägger fram. I Förslag och bedömningar kap. 6 finns mer utvecklade resonemang.

Utredningen lägger fram flera förslag och bedömningar som sammantaget ska leda till en mer sammanhållen och likvärdig god och nära vård för barn. Utredningen bedömer att det är en viktig förutsättning för att barn ska få sina rättigheter när det gäller hälso- och sjukvård tillgodosedda. Det gäller förslagen att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och bemyndigandet att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Det gäller även förslaget att ett nationellt hälsovårdsprogram ska utformas för hälsofrämjande och förebyggande insatser under barns och ungas hela uppväxttid. Förslagen innebär att alla barn ska få insatser som främjar deras hälsa och att barn vid behov ska få fördjupade insatser av en eller flera vårdverksamheter. En central del av förslagen gäller föräldraskapsstöd till vårdnadshavare. Det gynnar särskilt barn i utsatta situationer av olika slag. Ett viktigt syfte med förslagen är att säkra barns rätt till hälsofrämjande och förebyggande insatser under hela uppväxttiden oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Det handlar också om att säkra barns rätt till insatser som är anpassade efter deras behov och förutsättningar oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Dessutom ska utredningens förslag och bedömningar ge barn ökade möjligheter till delaktighet i vård- och behandlingssituationen. Förslagen och bedömningarna innebär därmed bättre förutsättningar för en jämlik hälsa för barn och är särskilt gynnsamt

för barn som inte alltid får sina behov av hälsofrämjande och sjukvårdande insatser tillräckligt tillgodosedda i vården i dag. Det gäller till exempel späda barn, barn med psykisk ohälsa och barn med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet och hbtq-personer under 18 år. I FN:s barnrättskommittés kommentar till artikel 24 framgår att staterna bör prioritera barns rätt till primärhälsovård och att effektiva hälsovårdssystem bör utformas med bland annat en robust finansiering och välutbildad personal. Utredningen bedömer att förslagen därmed ligger väl i linje med intentionerna i artikel 24. Även artikel 2 om lika rättigheter och icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa och artikel 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande tillgodoses med dessa förslag. Utredningens förslag om ett uppdrag till SBU att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa kommer också att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och bidra till att barn får mer effektiva insatser.

Utredningen lägger vidare fram flera förslag och bedömningar som ska bidra till bättre samverkan mellan berörda vårdenheter och till bättre samordning av barns vårdinsatser. Utredningen föreslår att regionen ska samverka med huvudmännen inom skolväsendet i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn. Utredningen bedömer att samverkan mellan regionen och skolhuvudmännen är särskilt angelägen för att få till stånd ett robust hälsovårdssystem som kan ge tidiga och samordnade insatser till barn i enlighet med barnkonventionens artikel 24 och artikel 6. Det är en förutsättning för att barn ska kunna utveckla en god hälsa och förebygga en allvarligare utveckling i ett senare skede. Utredningen föreslår också att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Stöd med samordning och koordination är särskilt angeläget för barn med funktionsnedsättning, samsjuklighet eller andra långvariga eller stora behov, men även i andra situationer kan det vara angeläget. Utredningens förslag innebär att hälso- och sjukvården har ansvar att utse en fast vårdkontakt när det kan antas vara nödvändigt för att tillgodose patientens behov. Det ska inte bero på om barnet eller

dess familj begär att få en sådan vårdkontakt. Dessutom bedömer utredningen att regionen även bör stärka sin samverkan med tandvården och med socialtjänsten i planeringen och organiseringen av vården för att skapa förutsättningar för ett helhetsperspektiv på barns hälsa och utveckling. Utredningen bedömer också att det bör tas fram riktlinjer som ska säkra kontinuitet i vården och en tryggare övergång mellan hälso- och sjukvården för barn och hälso- och sjukvården för vuxna. Utredningens förslag och bedömningar i denna del ligger väl i linje med barnkonventionens artiklar 6 som bland annat handlar om skyldigheten för samhällets aktörer att samverka för att tillgodose barns behov med utgångspunkt från ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa och utveckling.

För att ytterligare stärka att barnrättsperspektivet beaktas bedömer utredningen att regioner systematiskt bör arbeta med utgångspunkt från barnets rättigheter när regionen planerar och organiserar hälso- och sjukvården. Barns möjlighet att komma till tals och vara delaktiga vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården behöver säkerställas på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, såväl i utformningen av vården på en övergripande nivå som i barns individuella vårdmöten. Utredningens bedömningar i denna del syftar till att säkra barnets bästa och barnets rätt till inflytande och delaktighet i enlighet med barnkonventionens artiklar 3 och 12.

Utredningen presenterar sex steg som behöver vidtas för att utveckla hälso- och sjukvården för barn med psykisk ohälsa. Stegen visar hur hela hälso- och sjukvården för barn behöver utvecklas, liksom samverkan och samordning av insatser med andra aktörer för barn och vårdnadshavare som förskola, skola och socialtjänst. Syftet med stegen är att skapa en hälso- och sjukvård som kan tillgodose behov av vård och omsorg hos barn med psykisk ohälsa, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd på alla vårdnivåer i systemet. Även dessa steg syftar till att skapa ett robust hälso- och sjukvårdssystem och samverkan mellan centrala aktörer i enlighet med artikel 24 och artikel 6. Det gynnar särskilt barn med långvariga och stora behov.

Sammantaget bidrar utredningens samtliga förslag och bedömningar till att säkerställa barnets rättigheter enligt barnkonventionen när det gäller tillgången till en god och nära vård för barn. Förslagen och bedömningarna innebär att barn tillförsäkras hälsofrämjande

och förebyggande insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Dessutom innebär förslagen och bedömningarna att barn med vårdbehov fångas upp i ett tidigt skede så att en allvarligare utveckling kan förhindras. Förslagen och bedömningarna innebär vidare en tydligare och mer enhetlig hälso- och sjukvårdsorganisation för barn med psykisk ohälsa där barn med psykisk hälsa får hjälp snabbare på den mest effektiva vårdnivån.

Utredningen bedömer att de förslag och bedömningar som läggs fram kommer att bidra till en bättre hälsa hos befolkningen i stort. Förslagen och bedömningarna kommer också att leda till en mer effektiv hälso- och sjukvård med ett minskat inflöde när kroniska eller andra långvariga sjukdomar kan förebyggas i ett tidigt skede. Det kommer i sin tur att leda till lägre sjukskrivningstal i befolkningen och bättre förutsättningar för vuxna att verka på arbetsmarknaden. Utredningen bedömer därmed att det inte finns några särskilda intressekonflikter mellan barn och andra grupper i samhället när det gäller utredningens förslag som särskilt tar sikte på att utveckla hälso- och sjukvård för barn. Barn är också en särskilt skyddsvärd grupp som inte alltid ges förutsättningar att framföra sina åsikter och föra sin egen talan på samma sätt som vuxna. Det finns därför särskild anledning att utveckla hälso- och sjukvården för att den ska tillgodose barns behov oavsett barns egen förmåga att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet.

Utredningen kommer att återkomma till förutsättningarna för att följa upp utredningens förslag och bedömningar ur ett barnrättsperspektiv i slutbetänkandet.

8.2.2 Konsekvenser för unga personer över 18 år

Bedömning: Utredningens förslag får positiva effekter för unga personer över 18 år. Tillgång till hälsofrämjande insatser stärks.

Skälen för utredningens bedömning: Personer över 18 år är inte barn i barnkonventionens mening, men de fördelar av utredningens förslag som beskrivs ovan gagnar även unga personer över 18 år. Utredningens förslag om en tydligare styrning av den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten och ett utvecklat hälsoprogram är särskilt viktigt för unga som varken arbetar eller studerar och därför

inte nås av den hälsouppföljning som sker i skolan. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska nå alla barn och unga oavsett var de bor, går i skolan eller val av vårdgivare och anpassas efter barn och ungas behov och förutsättningar. Utredningen bedömer också att förslagen innebär att unga personer över 18 år kommer att få bättre tillgång till de insatser som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan, då detta område lyfts fram i förslagen. I dag nås inte alla unga personer av sådan verksamhet som ges inom ramen för ungdomsmottagningarna. Det gäller till exempel unga män, unga med funktionsnedsättning, unga nyanlända med flera grupper.

Utredningen bedömer att förslaget om att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, kommer att få positiva effekter för unga personer över 18 år som finns i hälso- och sjukvården. Den fasta vårdkontakten ska bland annat tillse att övergången mellan barn- och vuxensjukvården underlättas. I dag finns utmaningar med kontinuiteten vid sådan övergång till vuxensjukvården.

8.3 Samhällsekonomiska konsekvenser

Bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för samhällsekonomin. Förslagen bidrar till att en långsiktigt hållbar fysisk, psykisk och social hälsa i befolkningen och därmed en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen sammantaget bidrar till en mer resurseffektiv hälso- och sjukvård som i ett tidigt skede kan förebygga barns och ungas ohälsa och sjukdomar. Detta leder till positiva effekter för den enskilda individen i form av minskat lidande men även för hälso- och sjukvården i form av ökad effektivitet och ett minskat inflöde. Förslagen bidrar också sammantaget till en ökad tydlighet när det gäller hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete som inkluderar såväl hälsofrämjande som förebyggande insatser som riktas till barn och unga. En mer effektiv och sammanhållen hälsouppföljning skapar förutsättningar för att identifiera behov hos barn och unga och initiera insatser i ett tidigt skede för att förebygga kroniska eller långvariga

sjukdomar och tillstånd. I dag har cirka 44 procent av Sveriges befolkning inklusive var femte person under 20 år minst en kronisk sjukdom och cirka 80–85 procent av vårdens kostnader kan kopplas till vården av personer med kroniska sjukdomar. Samtidigt visar forskning att det går att förebygga många kroniska sjukdomar och allvarliga tillstånd, inte minst med hälsosamma levnadsvanor. Tidiga och samordnade hälsofrämjande insatser för barn och unga är därför en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och sociala hälsa och välbefinnande för den enskilde samt en socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. För ytterligare samhällsekonomiska bedömningar, se avsnitt Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag 8.13.

Utredningen bedömer vidare att förslagen inte kommer att få några särskilda konsekvenser för vårdverksamheter beroende på var i landet de befinner sig. Förslagen innebär i huvudsak ett förtydligande av befintlig lag och därmed har vårdverksamheterna ansvar för att erbjuda sådan verksamhet redan i dag. Det bör kunna underlätta för vårdgivare att utforma sin verksamhet så att den möter lagens intentioner när det gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser och när det gäller samverkan och samordning av vårdinsatser.

I dag finns olikheter i landet när det gäller förutsättningen att rekrytera personal och erforderlig kompetens vilket får konsekvenser för förutsättningarna att tillhandhålla insatser. Utredningens förslag och bedömningar förväntas få positiva effekter på kompetensförsörjningen och förutsättningarna att samutnyttja resurser för en mer effektiv vård. Det gäller till exempel utredningens bedömningar inom området psykisk hälsa och utvecklingen av en nära och tillgänglig specialiserad vård som kan stödja primärvården och elevhälsan. Det gäller även utvecklingen av digitala och andra vårdprocesser och arbetsmetoder som kan effektivisera och underlätta arbetet. Dessutom gäller det regionernas långsiktiga arbete med kompetensförsörjningen inom primärvården. Den pågående omställningsprocessen till en god och nära vård är en central förutsättning för detta. Mer information om det finns i avsnitt om psykisk hälsa Förslag och bedömningar kap. 6.

8.3.1 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Bedömning: Förslagen får vissa ekonomiska och andra konsekvenser för staten. Det gäller till exempel kostnader för uppdrag till statliga myndigheter.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen får vissa ekonomiska och andra konsekvenser för staten. Det gäller i första hand uppdrag till statliga myndigheter. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram föreskrifter om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården i enlighet med det bemyndigande som utredningen föreslår. Utredningen föreslår också att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga i nära samarbete med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Uppdraget är omfattande och kommer att involvera många olika aktörer såsom huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, patient- och professionsorganisationer. Utredningen föreslår vidare att Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa. Kostnader för dessa uppdrag redovisas nedan under Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag avsnitt 8.13.

Utredningen bedömer att förslagen också kan få vissa effekter för tillsynen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det gäller särskilt utredningens förslag att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa i hälso- och sjukvårdslagen och att föreskrifter tas fram för att precisera vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska innehålla. Utredningen bedömer att en sådan precisering av lagstiftningen bör kunna bidra till att tillsynen kan granska verksamheten på ett mer ändamålsenligt sätt. Det gäller även förslaget att vårdens ansvar för att utse en fast vårdkontakt för barn och unga skärps. Förslaget tydliggör vårdens ansvar för att utse en fast vårdkontakt och därmed också tillsynens möjligheter att följa upp att så sker.

Utredningen bedömer därutöver att den föreslagna föreskriften potentiellt kan komma att påverka det kommunala självstyret om

det bedöms att innehållet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver styras på ett mer ingripande sätt än vad som redan framgår av gällande rätt. Föreskriften kan därmed komma att innebära vissa tillkommande kostnader för staten. Det är dock inte möjligt för utredningen att i dag närmare bedöma den eventuella påverkan på det kommunala självstyret. Utredningen bedömer ändå att de värden som en nationell reglering av främjande och förebyggande arbete syftar till, till exempel att värna likvärdigheten, är av sådan vikt att viss eventuell påverkan av den kommunala självstyrelsen kan motiveras.

8.3.2 Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner

Bedömning: Förslagen bidrar till att tydliggöra regionernas ansvar för hälsofrämjande och förebyggande arbete och samverkan. Inledningsvis får regionerna vissa kostnader i samband med implementering av förslagen. På längre sikt bedömer utredningen att intäkterna är större än kostnaderna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar innebär i huvudsak en precisering av uppdrag som redan ingår i huvudmännens ansvar att tillhandahålla. Det gäller både förslag som tar sikte på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården och förslag som tar sikte på samverkan och samordning av vårdinsatser. Ekonomiska konsekvenser för regionerna redovisas nedan i avsnitt 8.13.

Förslaget om att det hälsofrämjande arbetet ska tydliggöras i hälso- och sjukvårdslag och förslaget att det ska tas fram föreskrifter som preciserar det hälsofrämjande och förebyggande arbetet kommer att leda till en ökad tydlighet om lagstiftningens intentioner. Det förväntas bidra till att regionerna kan erbjuda en mer likvärdig och jämlik vård.

Förslaget att tillhandahålla fast vårdkontakt innebär en viss ambitionshöjning i förhållande till nuvarande reglering, eftersom det innebär att fast vårdkontakt ska utses för personer under 21 år i något större utsträckning än vad 6 kap. 2 § patientlagen kräver i dag. Det föreslagna kravet ska dock endast gälla i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, vilket

innebär att de ökade kostnaderna endast uppstår i sådana verksamheter. Förslaget kan komma att innebära en viss utökad administration för att uppdatera rutiner och riktlinjer för fast vårdkontakt. Utredningen bedömer dock att förslaget inte är kostnadsdrivande eftersom regionerna redan i dag ska ha en förberedelse för att tillhandahålla fast vårdkontakt till alla barn och unga som har en sådant behov.

Förslaget om ett förtydligande i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga ska samverka med huvudmän inom skolväsendet innebär en viss ambitionshöjning i förhållande till gällande rätt. Förslaget leder till bättre förutsättningar för samverkan med samtliga skolhuvudmän, även de enskilda huvudmännen. Detta förväntas bidra till att samordningen av vårdinsatser mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt kommer att förbättras. Samverkan mellan skolan och hälso- och sjukvården är en grundläggande förutsättning för en mer sammanhållen vård för barn och unga.

8.3.3 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Bedömning: Förslagen bidrar till att tydliggöra kommunernas ansvar för hälsofrämjande och förebyggande arbete och samverkan. Inledningsvis får kommunerna vissa kostnader i samband med implementering av förslagen. På längre sikt bedömer utredningen att intäkterna är större än kostnaderna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att kommunen i första hand berörs av förslagen som huvudman för de kommunala skolorna. Ekonomiska konsekvenser för kommunen redovisas nedan i avsnitt 8.13.

Förslagen som förtydligar hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete och det nationella hälsovårdsprogrammet får konsekvenser för verksamheten inom elevhälsans medicinska insatser i de kommunala skolorna. Förslagen avser att tydliggöra vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär och vad barn och unga kan förvänta sig av den hälsouppföljning som bland annat sker i skolan. Förslagen bidrar till en

precisering av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i de aktuella vårdverksamheterna. Det förväntas underlätta elevhälsans medicinska insatsers hälsofrämjande och förebyggande verksamhet. Det förväntas också ha en positiv effekt på likvärdigheten i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som sker i skolan. Förslaget innebär ingen ambitionshöjning i förhållande till lagens intentioner men kan få vissa konsekvenser för de kommunala skolorna om den verksamhet som bedrivs i dag inte uppfyller lagens intentioner.

Förslaget att regionen ska samverka med skolhuvudmän vid planeringen och organiseringen underlättar förutsättningarna för samverkan och samordning av vårdinsatser mellan hälso- och sjukvården och skolan. Det förväntas bidra till bättre samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt, särskilt primärvården och barn- och ungdomspsykiatrin.

8.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Förslagen har viss påverkan på det kommunala självstyret. De är dock proportionerliga i förhållande till sitt syfte eftersom de leder till en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv vård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer sammanfattningsvis att utredningens förslag inte inskränker den kommunala självstyrelsen. I den mån förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen bedömer utredningen att de är proportionerliga i förhållande till förslagens syfte att skapa en mer sammanhållen, likvärdig och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga. Det gäller förslagen om ett förtydligande av det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvårdslagen och bemyndigandet att ta fram föreskrifter samt förslaget att ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. Syftet med dessa förslag är att modernisera lagen med det hälsofrämjande perspektivet och förtydliga och precisera innehållet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för att skapa förutsättningar för en mer likvärdig vård snarare än att höja ambitionsnivån i förhållandet till hälso- och sjukvårdslagens ursprungliga intentioner.

Förslaget om att regionen ska samverka med huvudmännen inom skolväsendet avser att förtydliga att regionens ansvar att planera och organisera sin hälso- och sjukvård i samverkan med andra berörda vårdverksamheter, med flera aktörer. Förslaget förväntas leda till en mer effektiv samverkansstruktur mellan hälso- och sjukvården och skolan. Det skapar förutsättningar för en mer sammanhållen vård för barn och unga och att deras vårdbehov tillgodoses på ett mer likvärdigt och effektivt sätt. Förslaget kan medföra vissa förändrade arbetssätt i den mån det inte redan finns upparbetade strukturer för att samverka med skolhuvudmännen, men anses vara proportionerligt i förhållande till förväntat resultat och förenligt med barnkonventionens artikel 12.

Förslaget att en fast vårdkontakt alltid ska utses för barn och unga i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, innebär delvis nya arbetsuppgifter för regioner. Förslaget innebär ett något utökat ansvar för att utse en fast vårdkontakt för barn och unga. Utredningen bedömer att förslaget är nödvändigt för att skapa förutsättningar för samordning av barns och ungas vårdinsatser och att förslaget därför är proportionerligt i förhållande till den kommunala självstyrelsen. Det är inte rimligt att barn och unga själva ska ansvara för att känna till eller be om en fast vårdkontakt eller vara helt beroende av vårdnadshavares eller anhörigas förutsättningar att bidra till samordningen eller be om en fast vårdkontakt.

8.5 Konsekvenser för vårdens professioner

Bedömning: Förslagen medför i huvudsak positiva konsekvenser för professionen. Det handlar i första hand om en ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar.

Skälen till utredningens bedömning: Utredningens samlade förslag och bedömningar medför i huvudsak positiva konsekvenser för professionella inom hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska delar i form av ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar. En ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar förväntas också bidra till en bättre arbetsmiljö för berörda professionella.

Ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa, ett bemyndigande att ta fram föreskrifter och det nationella hälsovårdsprogrammet som preciserar vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär, kommer att bidra till ett mer sammanhållet system med gemensamma utgångspunkter för de verksamheter som tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Det förväntas också utgöra ett stöd för de professionella i det dagliga arbetet och bidra till bättre förutsättningar att samverkan mellan professionella inom barn- och ungdomshälsovården. Dessutom förväntas förslagen bidra till tydligare grundförutsättningar för de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården och långsiktigt säkra tillgången till sådan verksamhet.

Flera av utredningens förslag skapar bättre förutsättningar för samverkan på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Det gäller förslaget om att regionen ska samverka med huvudmän för skolväsendet i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga. Förslaget förväntas förtydliga kraven på samverkan och underlätta de professionellas förutsättningar i det dagliga arbetet. I det fragmentiserade system som utgör barn- och ungdomshälsovården är bättre förutsättningar för samverkan centralt och grundläggande för samordningen av insatser som riktas till barn och unga. Behovet av att förtydliga krav på samverkan har också betonats av de professionella inom de berörda verksamheterna. Även förslaget att en fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, skapar en tydlighet för de professionella när det gäller förutsättningar för samverkan och samordning av vårdinsatser. Förslaget att om tydlig information om bestämmelsen om fast vårdkontakt ska riktas till skolverksamheter i deras roll som vårdgivare kommer också att underlätta samverkan mellan professionella inom elevhälsans medicinska delar och hälso- och sjukvården i övrigt.

Genom utredningens förslag om fast vårdkontakt kan en ökad kontinuitet uppnås. Detta innebär inte enbart fördelar för barnen och de unga, utan förmodas också bidra till bättre mer långsiktiga relationer med patienter och därmed till en god arbetsmiljö.

8.6 Konsekvenser för företagen

Bedömning: Utredningens förslag får inga särskilda effekter för företagen. Ekonomiska effekter för företagen beror på hur kommuner och regioner anpassar sina ersättningssystem i förhållande till kostnader för utredningens förslag.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag påverkar företag inom hälso- och sjukvårds- och utbildningssektorerna på motsvarande sätt som det påverkar vårdverksamheter inom region och kommun. Förslagen innebär inga förändringar när det gäller konkurrensförhållanden eller villkor i övrigt mellan regionala, kommunala och enskilda vårdverksamheter. Utredningen bedömer att förslagen i huvudsak bidrar till att förtydliga huvudmännens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det gäller särskilt förslagen att lyfta fram det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvårdslagen och det nationella hälsovårdsprogrammet. Det gäller även förslaget om regionens ansvar för att samverka med skolhuvudmän och förslaget om att fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Förslaget att regionen ska samverka med skolhuvudmän vid organiseringen och planeringen av hälso- och sjukvård för barn förväntas få positiva effekter för samverkansskyldigheten mellan regionen och skolhuvudmännen.

Utredningen bedömer att förslagen kan medföra vissa kostnader för företagen. Eventuella kostnader som uppstår för företagen med anledning av dessa förslag regleras dock mellan regionen och kommunen och företagen i enlighet med gällande rätt. Ekonomiska konsekvenser för företag redovisas nedan i avsnitt 8.13

2018 fanns det cirka 15 400 vårdföretag inom hälso- och sjukvårdssektorn.[1] Av dessa tillhandahöll 3 271 företag olika former av primärvård, specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård.[2]

Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regionen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården

[1] Vårdföretagarna Almega (2020) *Privat vårdfakta 2020 – Fakta och statistik om den privat drivan vård- och omsorgsbranschen.*
[2] Uppgift från SCB, uttag 2021-04-12.

tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionen styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Inom utbildningssektorn finns enligt Skolverkets statistik 788 skolföretag. Av dessa är 583 skolhuvudmän som ansvarar för 852 grundskolenheter och 205 skolhuvudmän som ansvarar för 451 gymnasieskoleenheter. En mycket klar majoritet ansvarar för en skolenhet. Skolhuvudmännen ansvarar för att utbildningen genomförs i enlighet med bestämmelserna i skollagen, föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och de bestämmelser för utbildningen som kan finnas i andra författningar, enligt 2 kap. 8 § skollagen. Skolhuvudmannen ska vidare utse en skolchef som ska biträda huvudmannen med att se till att föreskrifter som gäller för utbildningen följs i huvudmannens verksamhet inom skolväsendet, enligt 2 kap. 8 a § skollagen. I detta ingår bland annat att tillhandahålla elevhälsa för eleverna i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. För elevhälsans medicinska insatser ska det finnas tillgång till skolläkare och skolsköterska, enligt 2 kap. 25 § skollagen.

Kommuner ska fördela resurser till utbildningen inom skolväsendet efter barnens och elevernas olika förutsättningar och behov, enligt 2 kap. 8 b § skollagen. Av 14 kap. 1 § skolförordningen (2011:185) framgår att ett bidrag till enskilda huvudmän ska fastställas per kalenderår och grunda sig på hemkommunens budget för det kommande budgetåret. Ersättning för elevhälsans medicinska insatser ska ingå i grundbeloppet, enligt 14 kap. 4 §.

8.7 Konsekvenser för sysselsättningen

Bedömning: Utredningens förslag har inga nämnvärda konsekvenser för sysselsättningen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen inte får några nämnvärda konsekvenser för sysselsättningen eftersom förslagen i huvudsak inte innebär några nya åtaganden för berörda vårdverksamheter. De förslag som läggs fram innebär snarare en precisering av uppdrag som vårdverksamheterna redan har i enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

8.8 Konsekvenser för jämlikhet och jämställdhet mellan könen och de integrationspolitiska målen

Bedömning: Utredningens förslag bidrar till en mer jämlik vård för flickor och pojkar. De gynnar jämställdheten mellan könen och bidrar till att uppfylla de integrationspolitiska målen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att utredningens förslag och bedömningar som helhet bidrar till en mer jämlik och jämställd vård för flickor och unga kvinnor och pojkar och unga män och till att de integrationspolitiska målen uppnås. Det gäller särskilt förslaget om ett nationellt program för hälsouppföljning av barn och unga. Enligt programmet ska barn och unga få insatser med utgångspunkt från behov, förutsättningar och preferenser oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Insatserna ska också ges på lika villkor oavsett bakgrund, kön och könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, religion eller annan trosuppfattning och funktionsnedsättning, se även utredningens barnkonsekvensanalys-avsnitt 8.2.1. Utredningen bedömer att förslag och bedömningar i betänkandet leder till att stöd-, vård- och behandlingsinsatser i högre grad än i dag är anpassade efter barns och ungas behov och bidrar till ökad delaktighet. Det förväntas leda till positiva effekter för jämställdheten och att barn och unga i högre grad söker och får vård efter behov.

Utredningen bedömer att förslaget om hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa i hälso- och sjukvårdslagen kommer att få positiv effekt på hälsan i hela befolkningen, för både barn och vuxna. Sådana insatser kan ge den enskilda individen fler år med hälsa och livskvalitet, vilket i sin tur ger ett samhälle med en frisk befolkning. Det finns i dag ojämlikheter i hälsan i den vuxna befolkningen, bland annat på grund av socioekonomiska faktorer.[3] Ett systematiskt arbete med att främja hälsa kan därför få positiva konsekvenser för en jämlik vård och minskade hälsoklyftor även hos den vuxna befolkningen.

I dag domineras sjukdomsbilden av kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdom, cancer, lungsjukdom, ledsjukdom och psykiska sjukdomar. Det finns omfattande kunskap om att dessa sjukdomar kan förebyggas med hälsosamma levnadsvanor. Effektiv prevention kan innebära stora besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället.[4] Detta gäller både för kvinnor och män.

Utredningen bedömer att ett familjecentrerat förhållningssätt till hälsa är nödvändigt för att kunna komma tillrätta med en ohälsosam livsstil hos både barn och vårdnadshavare. Föräldraskapsstöd är en central del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och en av de viktigaste insatserna samhället kan göra för att undvika ojämlikhet och negativa utfall för barn och unga. Vårdnadshavare har en unik möjlighet att främja barns hälsa och utveckling och relationen mellan barn och vårdnadshavare och föräldraförmågan har stor betydelse för barnets utveckling. Ett exempel på detta är att barn i stor utsträckning påverkas av sina föräldrars levnadsvanor. Föräldrars levnadsvanor är därmed avgörande för vilka attityder och vanor barnet självt utvecklar. Utredningen bedömer därför att förslaget får positiva konsekvenser för både kvinnor och män, flickor och pojkar.

Utredningen bedömer slutligen att förslagen kommer att få en positiv effekt för kvinnor och män i egenskap av vårdnadshavare. Det gäller särskilt förslag och bedömningar som gäller föräldraskapsstöd och förslag som leder till en bättre samordning av vårdinsatser för barn och unga. Ett bättre och mer kontinuerligt föräldraskapsstöd är en mycket viktig insats för en mer jämlik vård. Insatser

[3] Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*
[4] Ibid.

som stödjer samverkan kan avlasta vårdnadshavare som ofta får ta ett mycket stort ansvar för sådan samordning.

8.9 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Bedömning: Utredningens förslag har vissa positiva effekter på brottslighet och det brottsförebyggande arbetet. Utredningens förslag innebär att unga personer fångas upp tidigt och får ett samordnat stöd av centrala aktörer i samhället.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar kan innebära vissa positiva konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet på längre sikt. Förebyggande insatser inom, vård, skola och omsorg är en central faktor i det brottsförebyggande arbetet. Inte minst för att förhindra tidig rekrytering av barn och unga till kriminella gäng, en ökande trend i vissa regioner. Utredningens samlade förslag om en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga skapar förutsättningar för att i ett tidigt skede uppmärksamma behov och förebygga en allvarligare utveckling. Genom att erbjuda tidiga och samordnade insatser med utgångspunkt i barn och ungas behov minskar risken för allvarlig problematik och brottslighet i ett senare skede. I utredningens samlade förslag och bedömningar ingår även stöd i föräldraskapet vilket är en mycket viktig insats för att undvika ojämlikhet och negativa utfall för barn och unga. Föräldraskapsstöd, som en central och kontinuerlig del av det nationella hälsovårdsprogrammet, kan därför tänkas ha brottsförebyggande effekter. Konsekvenserna av utredningens förslag måste ses på längre sikt och beakta indirekta effekter över tid.

8.10 Konsekvenser för miljön

Bedömning: Utredningens förslag kan på sikt medföra vissa positiva effekter på miljön i form av minskade behov av hälso- och sjukvård och läkemedelsanvändning.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen på sikt kommer att medföra ett minskat behov av hälso- och sjukvård, främst genom ett ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Utredningen förmodar att detta kan ge minskad miljöpåverkan, både i form av minskad resursanvändning och genom minskad läkemedelsanvändning.

8.11 Konsekvenser för EU-rätten

Bedömning: Förslagen får inga konsekvenser för EU-rätten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Hälso- och sjukvård är en nationell behörighet, och det är medlemsstaterna som finansierar, förvaltar och organiserar sina hälso- och sjukvårdssystem. Utredningens förslag ligger inom hälso- och sjukvårdens område. De författningsändringar som föreslås gäller endast ändringar i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Utredningen bedömer vidare inte att förslagen berör Europeiska unionens inre marknad eller på annat sätt medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet.

8.12 Konsekvenser för den personliga integriteten

Bedömning: Utredningens författningsförslag innebär inga inskränkningar i skyddet för den personliga integriteten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen har i sitt arbete genomgående beaktat integritetsaspekter. Skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet skyddas både av internationella regelverk och av nationell rätt. En övergripande beskrivning av centrala regelverk finns i Gällande rätt, kap. 3.

Utredningens sammantagna bedömning är att utredningens förslag inte innebär några inskränkningar i skyddet för den personliga integriteten. Utredningens förslag innebär inte några utökande möjligheter att överföra eller på annat sätt behandla personuppgifter eller några ändringar i gällande lagstiftning om sekretess eller tystnadsplikt. Förslagen innebär inte heller utökade möjligheter till kroppsliga ingrepp eller i övrigt att den personliga integriteten begränsas.

Utredningens förslag till bestämmelse om samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet handlar om samverkan på en övergripande organisatorisk nivå, där det bland annat kan ingå att samverka kring olika verksamheters processer och rutiner. Personuppgifter om enskilda barn och unga ska dock inte behandlas i sådan samverkan.

Förslaget om utökad skyldighet att utse en fast vårdkontakt för personer som inte fyllt 21 år förväntas leda till att något fler barn och unga får en fast vårdkontakt, som hjälper till med samordningen av hälso- och sjukvården. Utredningen framhåller i Förslag och bedömningar, kap. 6, vikten av delaktighet och respekt för den personliga integriteten i fråga om att utse en fast vårdkontakt. Utredningen har också övervägt att införa en reglering om att samtycke måste erhållas för att kunna utse en fast vårdkontakt, men bedömt att det att detta inte skulle vara ändamålsenligt. Att utse en fast vårdkontakt är en rent administrativ åtgärd. Däremot krävs samtycke för att utföra vårdinsatser för den enskilde och i den mån den fasta vårdkontakten behöver dela information om patienten ska det ske i enlighet med reglerna om sekretess och tystnadsplikt. Detta är inte något som förändras med utredningens förslag. Även den lagstiftning som rör

vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn förblir oförändrad.

Förslaget om samverkan mellan regionen och huvudmän för skolväsendet och förslaget om fast vårdkontakt syftar bland annat till att göra hälso- och sjukvården mer samordnad, främja kontakterna mellan patienten och hälso- och sjukvården och kan leda till att processer inom hälso- och sjukvården blir tydligare för patienten, vårdnadshavare och anhöriga. Det främjar enligt utredningen patientens förutsättningar till delaktighet i sin vård och att ta tillvara sina möjligheter och rättigheter, vilket bland annat är positivt ur ett integritetsperspektiv.

Förslaget om att förtydliga i lag att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa samt förslaget till bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga bedömer utredningen kunna leda till bättre förutsättningar för en god hälsa hos barn och unga. Det kan på längre sikt innebära att färre barn och unga, men även personer i övrigt, har behov av många vårdinsatser och vårdkontakter. Den personliga integriteten gynnas på flera sätt av detta, bland annat genom minskad vårddokumentation och alltså en minskad behandling av personuppgifter.

Utredningen förutsätter att sådana föreskrifter som meddelas med stöd av det bemyndigande som föreslås utformas med beaktande av den lagstiftning som rör personlig integritet.

Utredningen kommer genomföra en fördjupad analys rörande den personliga integriteten i sitt slutbetänkande, där utredningens uppdrag om informationsöverföring och uppföljning ska redovisas.

8.13 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag

Bedömning: Utredningens förslag är samhällsekonomiskt effektiva redan i meningen att de satsade resurserna återbetalas i sänkta kostnader under en horisontperiod på 20 år. Därtill ska läggas effekter av ökat humankapital i form av ökat arbetskraftsdeltagande och minskat långsiktigt vårdbehov etcetera.

Staten får kostnader i form av resursåtgång vid olika statliga myndigheter. Statens kostnader blir sammantaget 32 miljoner kronor under 5 år. Regioner och kommuner får under några inledande år nettokostnader. Efter hand ökar intäkterna i form av sänkta kostnader, vilket gör att intäkterna överstiger kostnaderna på längre sikt. Olika utförare, till exempel egen regi eller fristående, påverkas beroende på om och i så fall hur regioner och kommuner centralt anpassar sina ersättningssystem. Anpassningarna torde vara små.

8.13.1 Inledning

Utredningen ska bedöma de ekonomiska konsekvenserna av sina förslag. De handlar till exempel om bedömningar av kostnader och intäkter för de verksamheter som berörs. De kan också handla om bedömningar av samhällsekonomiska konsekvenser, alltså om samlade konsekvenser för samhället i dess helhet.

Bedömningarna på verksamhetsnivå som har gjorts innefattar såväl bruttokostnader som nettokostnader. De direkta kostnaderna, i form av ökad resursanvändning, motsvarar bruttokostnaderna. I nettokostnaderna ingår de intäkter, oftast i form av sänkta kostnader, som kan förväntas följa av att utredningens förslag genomförs. Nettokostnaderna är således kostnader som kan kopplas till den verksamhet för vilken beräkningarna gjorts. Förslag och bedömningar om hur hälso- och sjukvården kan bli mera sammanhållen utgör en väsentlig del av utredningens förslag och bedömningar. I detta ingår bland annat förslag om hur samverkan kan stärkas och samordningen av vårdinsatser bli mer effektiv.

I huvudsak har beräkningarna gjorts för statlig, regional och kommunal verksamhet. Då privata företag är vanligt förekommande

utförare i regional och kommunal verksamhet har beräkningarna även innefattat kostnadskonsekvenser för dessa företag. Effekterna på företagen blir den sammanlagda effekten av de nya kraven på företagens verksamhet tillsammans med de eventuellt nya utformningarna av kommunernas och regionernas modeller för ekonomisk ersättning till företagen. Utredningen kan inte, och ska inte, förutse utfallet av sådana omformningar. Däremot ligger det inom ramen för kraven på beräkningar av förslagens kostnadskonsekvenser att presentera beräkningar som indikerar storleksordningar på i vilken grad ersättningarna kan behöva ändras.

Förändringar i vården och omsorgen av barn och unga kan mycket väl betraktas som en samhällsekonomisk investering eller en samhällelig investering. Förebyggande åtgärder och tidiga insatser kan förutom kostnader och verksamhetsnära intäkter innebära samhällsekonomiska intäkter som sträcker sig långt utanför de verksamheter man investerar i och dessutom långt in i framtiden. I detta avsnitt har vi därför valt att formulera en enkel modell för samhällsekonomiska investeringar. Modellen ska i första hand betraktas som ett pedagogiskt hjälpmedel för ökad förståelse av interaktioner mellan olika delar av förslagets översiktligt kvantitativa effekter och hur de kan uppträda över tid. Visserligen har vi strävat efter att de kvantiteter som använts i modellen så långt som möjligt har direkt empirisk grund men bristen på sådana uppgifter har gjort det nödvändigt att i modellen i stor utsträckning använda stiliserade (teoretiskt konstruerade) data.

8.13.2 Metodfrågor

Det sakområde utredningen lägger förslag om och bristen på förekomst av statistik som direkt kan användas för ekonomiska konsekvensberäkningar har tvingat fram ett metodologiskt ställningstagande inom utredningen. Valet har stått mellan att föra huvudsakligen kvalitativa resonemang och att utifrån skapade grundläggande typfall skapa kvantiteter med kostnader som leder till beräkningsbara konsekvenser. En kvalitativt inriktad konsekvensbedömning ger i bästa fall riktningar vad gäller förslagens delar men leder inte till ett avgörande vad avser förslagens samlade resultat. En kvantitativt inriktad bedömning kan leda till kvantitativa storheter i delarna

som slutligen kan adderas till ett samlat resultat. I vilken mån detta resultat är trovärdigt kan naturligtvis ifrågasättas men vi bedömer att de behöver göras och presenteras.

Givet den grundläggande bristen på data och okunskapen om samband kan ingen ansats, kvalitativ eller kvalitativ, sägas vara perfekt. Utredningen bedömer dock att ett underlag som bygger på både kvantitativa och kvalitativa bedömningar ger ett bättre beslutsunderlag.

Effektivitet i olika betydelser – resurs- och inriktningseffektivitet

Det finns två typer av effektivitet som är relevanta i detta sammanhang; inriktningseffektivitet (eng. efficacy) och resurseffektivitet (eng. efficiency). Med inriktningseffektivitet menas att en verksamhet eller åtgärd leder till effekter, till exempel inom hälso- och sjukvården, hälsoeffekter av olika slag. Olika metoder och processer kan leda till olika hälsoeffekter. Med resurseffektivitet menas att det som skapas (eng. output) åstadkommes med så liten resursanvändning (eng. input) som möjligt.

På en öppen marknad mäts inriktningseffektivitet i huvudsak genom prissystemet. Det är inte lika enkelt att mäta inriktningseffektivitet inom skattefinansierad verksamhet. Kostnadseffektivitetsanalyser (CEA) är ett sätt att jämföra den relativa resursanvändningen hos olika metoder och processer vid samma utfall. Man kan säga att metoden är ett sätt att finna den minst resurskrävande metoden eller processen för ett givet utfall, till exempel i termer av hälsa. Metoden ger dock inte svar på vilken metod som är bäst i hälsotermer.

Resurseffektivitet är, åtminstone i princip, enklare att mäta mängden resurser som krävs för en viss verksamhet eller metod är för det mesta rättframt kalkylerbara. Det är ofta också detta som menas med effektivitet i dagligt tal och när det görs beräkningar av kostnadskonsekvenser av utredningars förslag. Dock är det så att de båda begreppen står i ett komplext, och till och med ibland motsatt, förhållande till varandra. En ny metod kan till exempel vara mer inriktningseffektiv än andra gamla metoder men det är inte säkert att denna nya metod tillämpas på ett resurseffektivt sätt.

Utredningens förslag påverkar såväl inriktnings- som resurseffektiviteten inom barn- och ungdomshälsovården. Nedan kommer vi att något mer i detalj beskriva hur utredningens förslag kan påverka effektivitet i de båda meningarna.

Tre typer av beräkningar

Sammantaget ingår i detta avsnitt tre typer av beräkningar (bedömningar). Den första typen är direkta kostnader på huvudmannanivå. Beräkningarna gäller kostnader för staten, kommunerna och regionerna. Den andra typen gäller kostnader och intäkter på utförarnivå. Det handlar om hur kommuners och regioners enheter i egen regi kan påverkas samt hur andra utförare, som privata företag, kan påverkas såväl i kostnads- som intäktstermer av förslagen. Den tredje typen är några olika samhällsekonomiska bedömningar som i någon mening sammanfattar förslagens effekter på samhället i dess helhet över tid.

De tre typerna av beräkningar är beroende av varandra men har delvis olika syften. Den första typen av beräkningar syftar till att identifiera och så långt det är möjligt i krontal uttrycka effekterna på den direkta resursanvändningen hos huvudmännen. Dessa beräkningar kan ge underlag som, tillsammans med andra underlag, för vidare bedömningar av eventuella regleringar och/eller finansiering.

Den andra typen av beräkningar syftar till att klargöra den troliga resursanvändningen inom de olika huvudmännen med tillägg för de intäkter som kan förverkligas över tid. Intäkterna handlar huvudsakligen om sänkta kostnader i verksamheten. Det kan handla om olika statliga myndigheter och olika utförarkategorier i kommuner och regioner. Särskilt handlar det om hur andra utförare än egenregienheter, som privata företag, kan påverkas.

Den tredje typen av beräkningar syftar till att ge ett underlag för beslut om i vilken mån de samlade förslagen i samhällsekonomisk mening är en lönsam samhällsekonomisk investering eller inte. Förslagens effekter betraktas över en längre tidshorisont och områden utöver vården och omsorgen innefattas i analysen. Det kan till exempel handla om påverkan på kriminalitet och deltagande i arbetslivet. Beräkningarna leder fram till ett, eller ett fåtal, mått.

Mer om samhällsekonomiska investeringar

En samhällsekonomisk bedömning, eller en samhällelig investeringsmodell, är ett försök att sammanfatta värdet av en större förändring, av något slag, i ett eller ett fåtal mått. Strävan är att värdera förändringen vid investerings- eller beslutstidpunkten. Tanken är att den samhällsekonomiska bedömningen ska vägleda beslutet att göra investeringen eller inte. Man kan säga att den samhällsekonomiska bedömningen är ett sätt att sammanfatta en mängd olika förändringar som uppstår vid olika tidpunkter till följd av en uppsättning förslag.

Rent tekniskt är en samhällsekonomisk bedömning ett försök att uttrycka alla effekter av en förändring i kvantitativa, monetära, termer. Kostnader och intäkter vid olika tidpunkter i framtiden jämförs vid investeringstidpunkten med hjälp av diskontering. Med hjälp av måttet nettonuvärdet (alltså nettot av diskonterade intäkter och kostnader) anges i vilken mån förslagskomplexet är samhällsekonomiskt lönsamt eller inte. Ett positivt nettonuvärde tolkas som att förslagskomplexet är samhällsekonomiskt lönsamt. Ett mått som anger kvoten mellan de diskonterade intäkterna och de diskonterade kostnaderna kan tolkas som avkastningen i samhällsekonomiska termer av förslagskompexet. Man kan alltså säga att en samhällsekonomisk bedömning är ett sätt avgöra om ett givet förslagskomplex är lönsamt för samhället att investera i eller inte.

Vår samhällsekonomiska bedömning hämtar resultat från de beräkningar som gjorts tidigare i detta avsnitt. I tillägg till de tidigare beräkningarna diskonteras intäkter och kostnader vid olika tidpunkter. I beräkningen har det stor betydelse när en kostnad eller intäkt i tiden. Exempelvis motsvarar en investering på en miljon kronor tjugo år efter investeringsåret och vid en diskonteringsränta på 3,5 procent cirka en halv miljon kronor vid investeringsåret. Kostnader beräknas på motsvarande sätt.

Nära nog samtliga förändringar, fysiska investeringar och till exempel regelförändringar, har en tidsprofil som innebär att tyngdpunkten av kostnader ligger tidigt och intäkter senare på tidslinjen. Det gäller också de förslag som denna utredning har lagt. Merparten av de kostnader som det innebär att realisera ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga samt de samverkansförslag utredningen lägger uppstår de närmaste åren efter investeringsåret. De

intäkter i form av till exempel effektivare vård för barn och unga som kan uppstå inträffar senare. Just det faktum att förslagen avser barn och unga innebär att intäkterna, i olika former, kan uppkomma under en tidslinje som innefattar upp emot en livstid. Enligt internationella bedömningar beräknas medellivslängden för barn som föds i dag bli 110 år. Detta gör att insatserna under barndomen som har bäring på hälsan under hela livet, får en än större betydelse för påverkan på samhället. I den mån förslagen leder till att fler personer kan arbeta längre upp i åldrarna kan förslagen till exempel leda till att samhällsekonomiska intäkter ligger flera decennier efter investeringsåret.

I ett senare avsnitt i detta betänkande behandlas frågor om finansiering av de kostnader som uppstår till följd av utredningens förslag. De intäkter som estimerats kan vara en del av den finansieringen. I det hypotetiska fallet att intäkterna är lika höga, eller till och med högre än, kostnaderna skulle förslagen vara självfinansierande. I det fallet handlar finansieringen egentligen bara om att tillse att intäkterna förs till ”rätt” aktörer. Det kan dock vara så att intäkterna till väsentlig del är långt in i framtiden och inte heller direkt kommer skolan eller hälso- och sjukvården till del. För övrigt är det vid hälsoekonomiska studier vanligt att man vid beräkningar av sjukdomars kostnader (cost-of-illness, COI) kommer fram till att så kallade indirekta kostnader (till exempel inkomstbortfall) är den dominerande kostnadsposten. Det finns också anledning att tro att en inte oväsentlig del av de intäkter utredningens förslag kan generera är just indirekta.

Det är inte vår ambition att kvantifiera de effekter av utredningens förslag som ovan betecknats som indirekta. I stället är det utredningens strävan att specificera sådana effekter som påverkar skolan och hälso- och sjukvården direkt, i syfte att underlätta den fortsatta dialogen om finansiering. Beräkningarna begränsas till ett tjugoårsperspektiv. Dock inkluderas såväl kostnader som intäkter. Utredningen avstår från det livscykelperspektiv som skulle kunna vara möjligt.

Komplexitet, ambitioner och incitament

Den svenska hälso- och sjukvården är ett mycket komplicerat system. Införandet av valfrihetsreformer av olika slag har bidragit till att göra systemet än mer komplext. I ett sådant system är förutsättningarna för att beräkna ekonomiska effekter av utredningens förslag på förhand dömt att misslyckas. Det har det dock varit utredningens absoluta ambition att nå så långt som det är möjligt med beräkningar. Dessa kan, och kommer att, kritiseras. I denna avslutande del av avsnittet redovisas några aspekter som kan utgöra delar i en fortsatt dialog om de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag.

Den fragmentiserade barn- och ungdomshälsovården gör det omöjligt för utredningen att mer precist beräkna effekterna av förslagen för enskilda utförare. Staten förfogar inte direkt över utformningen av ersättningsmodellerna inom skolan och hälso- och sjukvården. Det är en direkt effekt av de valfrihetsreformer som har genomförts under senare decennier. Möjligen innebär detta en målkonflikt. Hur regioner och kommuner hanterar de förslag som utredningen lägger fram i förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller är en fråga för dem.

Det är inte heller självklart att en preciserad lagstiftning, nationella vårdprogram eller kunskapsuppföljning på nationell nivå följs av en motsvarande ambitionshöjning bland regioner och kommuner eller för den delen bland enskilda utförare

I avsnittet har utredningen inte berört frågan om incitament. Utredningen kan dock avslutningsvis konstatera att frågan om incitament kan se olika ut för olika utförare. Det kan också rimligen leda till att olika organisationer reagerar olika på samma förändring i en ersättningsmodell.

8.13.3 Utgångsläget

Olika typer av omfattningsbeskrivningar av det område, eller områden, utredningen lägger förslag inom är oftast en god hjälp vid beräkningar och bedömningar av förslagens ekonomiska effekter. Omfattningen kan låta sig beskrivas i olika mått som:

- kostnader i relation till hela ekonomin
- antal enheter i olika driftsformer
- personalstorlek
- antal individer i befolkningen som berörs, i olika meningar, av den verksamhet utredningen lägger förslag om
- tidsåtgång.

Beskrivningar av omfattningen enligt ovan ger en ram för beräkningarna. De förslag som läggs kan relateras till beskrivningarna och ge stöd för rimlighetsbedömningar vid beräkningar av förslagens effekter.

I detta avsnitt görs omfattningsbeskrivningar. Där det är möjligt redovisas också relativa förändringar tillsammans med de absoluta kostnads- eller intäktsförändringarna. Även detta för att stödja rimlighetsbedömningar.

Priser eller styckkostnader

Produkten av pris och antal ger upphov till kostnad. Olika kombinationer av de tre variablerna pris, kvantitet och kostnad där minst två ingår ger entydigt hela identiteten. Vi har på olika ställen i detta avsnitt men också i samband med en bedömning sökt dessa samband. Det är viktigt att påpeka att sådana konstruktioner är teoretiskt grundade och är indirekta sätt att nå resultat.

Befolkning

För merparten av beräkningarna har utredningen valt att utgå från SCB:s befolkningsstatistik för år 2019. Eftersom skolans elevhälsa inkluderas i utredningens område och årskurser har en annan indelning än årskullar i befolkningsstatistiken har vi tvingats till approximationer.

Personal

Vid våra beräkningar har vi inte tagit någon hänsyn till eventuell brist på arbetskraft. I den mån ett ökat behov av personalhar beräknats har utredningen också antagit att det kan tillfredsställas.

Mått som på olika sätt anger omfattningen av vården av barn och unga utgör en viktig ram för vår analys. Sådana mått underlättar till exempel vid bedömningar av olika förslags kostnads- och intäktspåverkan. En ökad kostnad på en miljon kronor har olika mening i en verksamhet som till exempel omfattar tio miljoner kronor jämfört med en verksamhet som omsluter tio miljarder kronor. Det finns dock ingen officiell sammanställning av omfattningen av samhällets vård och omsorg om barn och unga. Utredningen har med olika ansatser valt att göra en egen sammanställning.

Den första raden i tabell 8.1 nedan anger bruttokostnaderna för hälso- och sjukvården finansierad av regionerna. I en rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi redovisas en skattning av hälso- och sjukvårdens kostnader uppdelad på åldersgrupper.[5] Med hjälp av den redovisningen, befolkningsstatistik från 2019 och omräkningar från 2016 års prisnivå till 2020 års prisnivå har kostnadsnivån avseende individer i åldern 0–20 år skapats. Summan av de olika åldersgrupperna understiger kostnadsnivån av annan aggregerad statistik av kostnader för hälso- och sjukvården. Förklaringen är att inte alla kostnader kan hänföras till olika åldersgrupper.

I kommunernas räkenskapssammandrag redovisas kostnaderna för den sociala barn och ungdomsvård.[6] Elevhälsan i skolorna redovisas av Skolverket.

I tabell 8.1 redovisas de bedömda bruttokostnaderna år 2020 (2019) för samhällets bruttokostnader avseende vård och omsorg om barn och unga (personer i åldern 0–20 år).

[5] IHE (2019) *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige*.
[6] SCB (2019) *Kommunernas Räkenskapssammandrag 2019.*

Tabell 8.1 Bedömda bruttokostnader för vård och omsorg för barn och unga år 2020 (2019)

Verksamhet och huvudman	Bruttokostnader Miljarder kronor
Hälso- och sjukvård finansierad av regionerna (2020)	39
Sociala barn och ungdomsvården (2019)	24
Elevhälsan i skolorna (2019)	5
Sammantaget	68

Källor: IHE, SCB (Konjunkturinstitutet), Skolverket och egna beräkningar.

Bruttokostnaderna för samhällets vård och omsorg om barn och unga summerade således år 2020(2019) till cirka 68 miljarder kronor. Det utgjorde cirka 1,4 procent av Sveriges BNP det året. Regionerna stod för cirka 57 procent av kostnaderna och kommunerna för resterande 43 procent.

Skolan

Den statistik som utredningen har tillgång till är tyvärr inte enhetligt indelad för olika ändamål vilket medför att vi tvingas till en annan indelning när vi nu kort redovisar olika typer av utförare. De senare decennierna har andelen verksamhet som utförs av det som kan kallas för alternativa utförare (utförare som inte är regionernas eller kommunernas egen regi). Privata företag är ett exempel på sådana alternativa utförare.

År 2019 hade landets kommuner bruttokostnader för pedagogisk verksamhet på knappt 145 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av pedagogisk verksamhet samma år var cirka 66 miljarder kronor. Således vara procentandelen icke egen regi 45,6 procent.

År 2019 kostade kommunernas grundskoleverksamhet cirka 106 miljarder kronor (tabell 8.2 nedan). Samma år betalade kommunerna cirka 16 miljarder kronor till fristående skolor med grundskoleverksamhet. Kommunernas gymnasieverksamhet kostade totalt 44 miljarder kronor. 10 miljarder kronor av dessa utgjordes av ersättningar till fristående gymnasier.

Tabell 8.2 Kostnadsandelar för fristående skolor i grund- och gymnasieskolan år 2019

Skolform	Bruttokostnad fristående skola	Total Bruttokostnad	Procentandel fristående
Grundskola	16	106	15
Gymnasieskola	10	44	23
Båda formerna	26	150	17

Källa: SCB och egna beräkningar.

Sammantaget kan det alltså konstateras att friskolor ur kostnadssynpunkt utgör en klart mindre del av skolverksamheten.

Om elevhälsan

Elevhälsan är en del av skolverksamheten såväl i grund- som gymnasieskolan. I tabell 8.3 nedan redovisas utdrag ur Skolverkets statistik över kostnaderna för skolverksamhet och där kostnaderna för elevhälsan ingår.[7]

Tabell 8.3 Kostnadsandelar för elevhälsan i grund- och gymnasieskolan år 2019

Skolform	Total kostnad, miljoner kronor	Kostnad per elev, kronor	Total kostnad elevhälsan, miljoner kronor	Kostnad per elev i elevhälsan, kronor	Andel kostnader elevhälsan, procent
Grundskolan	128 000	118 500	3 904	3 640	3,1
Gymnasieskolan	45 000	126 300	1 107	3 140	2,5

Källa: Skolverket.

Av tabellen ovan framgår bland annat att kostnaderna för elevhälsan i grundskolan var 3 904 miljoner kronor och i gymnasieskolan 3 140.

Enligt skollagen ska elevhälsan omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser (2 kap 25 §). Av särskilt intresse för utredningen är elevhälsans medicinska insatser (EMI). Här ingår bland annat så kallade hälsobesök och vaccinering enligt

[7] Skolverket (2019) *Samtliga verksamheter inom fritidshem och annan pedagogisk verksamhet skola och vuxenutbildning – kostnader – Riksnivå*.

det nationella vaccinationsprogrammet. På annat ställe i betänkandet redovisas egna beräkningar av kostnaderna för hälsobesöken. Såvitt utredningen kan finna finns det ingen officiell, eller annan auktoritativ, statistik över kostnaderna för dessa fyra olika verksamhetsområden.

En enprocentig ökning av kostnaderna för elevhälsan, till exempel till följd av utredningens förslag, skulle i grundskolan medföra kostnadsökningar på 39 miljoner kronor och i gymnasieskolan på 11 miljoner kronor. För hela den pedagogiska verksamheten skulle det innebära en kostnadsökning på 0,03 procent i grundskolan och 0,025 procent i gymnasieskolan.

Hälso- och sjukvård

Regionernas sammanlagda kostnader för hälso- och sjukvården var 391 miljarder kronor år 2019. Kostnaderna för inköp av primärvård var 21 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av övrig hälso- och sjukvård var 2 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av specialiserad somatisk vård var 32 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av specialiserad psykiatrisk vård var 3,5 miljarder kronor. Andelen inköpt vård blir således 15 procent. Kvoten för inköp på den här aggregeringsnivån blir 15 procent.

8.13.4 Förslagens kostnader

Nedan beskrivs utredningens förslag i korthet och de kostnader de bedöms medföra för stat, kommun och region.

Föreskrifter

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska utfärda föreskrifter. Utredningen bedömer, på grundval av Socialstyrelsens egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle sammatget kosta 2 miljoner kronor och pågå i 2 år, alltså 1 miljon kronor per år.

Utformning av ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga i nära samråd med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och SKR, myndigheter och professions- och patient- och närståendeorganisationer ska vara delaktiga vid utformningen av programmet. I uppdraget bör ingå att göra en förstudie om hur arbetet med att ta fram programmet bäst kan utformas för att inkludera alla berörda parter.

Utredningen bedömer, på grundval av Socialstyrelsens egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle kosta 3 miljoner kronor per år i 3 år. Socialstyrelsen uppskattar att det finns synergieffekter mellan detta uppdrag och uppdrag att ta fram föreskrifter. Därutöver tillkommer kostnader för övriga myndigheter. Utredningen bedömer att kostnader för övriga myndigheter uppgår till cirka 2 miljoner per år under 3 år. Kostnader kan även uppstå för huvudmän inom hälso- och sjukvården och skolan vid utformningen och implementeringen av programmet. Utredningen bedömer att dessa kostnader bör hanteras inom ramen för en överenskommelse mellan staten och SKR och utgå i form av allmänna stimulansmedel. Utredningen har inte bedömt kostnaderna dessa.

Kunskapssammanställning

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) bör få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktör göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga för att främja fysisk och psykisk hälsa och förebygga ohälsa.

Utredningen bedömer, på grundval av SBU:s egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle kosta 3 miljoner kronor per år i 5 år. Då finns det rum för att göra underlag av lite olika karaktär och omfattning. De direkta kostnaderna per år i form av t.ex. sakkunniga arvoden, artikelbeställning mm är cirka 850 tkr, indirekta kostnader i form av lönemedel etc. 2,25 miljoner.

Förändring i regleringen av fast vårdkontakt för barn och unga

Utredningen lägger förslag om en reglering för fast vårdkontakt. Regleringen innebär ett utökat krav på verksamheterna att ha en fast vårdkontakt för barn och unga. Regleringen som utredningen föreslår innebär att om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Detta föreslås gälla hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Redan i dag ska fast vårdkontakt utses i den mån patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Utredningen föreslår en skärpning i regleringen av den fasta vårdkontakten. Skärpningen består i att en fast vårdkontakt ska utses för patienter som inte har fyllt 21 år, redan om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose deras behov. Skärpningen förväntas leda till att fler patienter i åldern 0–20 år kommer att ha fast vårdkontakt jämfört med i dagsläget. Det är beräkningen av kostnaden för denna ökning som beskrivs i det följande.

En fast vårdkontakt bidrar till kontinuitet i vårdsituationen för patienten. Den fasta vårdkontakten bidrar också till att patientens vårdbehov är kända hos vårdgivaren och underlättar samordning av vårdinsatser som kan finnas mellan vårdgivare. Den närmare organiseringen av en fast vårdkontakt är inte given. Den beräkning som görs i det följande bygger därför på teoretiska data.

Då det inte finns någon tillgänglig statistik som beskriver vad en fast vårdkontakt kostar för en given verksamhet är vi hänvisade till att, i någon mening, konstruera kostnaden med hjälp av kalkylering med grund i byggstenar som löner och antaganden om kapacitet för kontaktvolymer. Metoden kan kallas ingenjörsmetoden.

Beräkningens olika steg beskrivs

I ett steg beräknas patientbasen utifrån det antal individer i åldern 0–20 år som återfinnes i SCB:s befolkningsstatistik för år 2019. Patientbasen beräknas på detta sätt till strax över 2 500 000 barn och unga.

I ett annat steg bestäms den andel patienter som innan förändringen kan antas ha fast vårdkontakt. Andelen har utifrån studier genomförda av Vårdanalys och egna bedömningar i beräkningen bestämts till 20 procent. Antalet barn och unga med fast vårdkontakt beräknas på detta sätt till något över 500 000.

Innan vi går över till skattningen av andelen barn och unga med fast vårdkontakt stannar vi vid den del av kalkylen som bestämmer portföljen av antalet patienter med fast vårdkontakt för var och en av de vårdanställda som i modellen på heltid arbetar med arbetsuppgifter som hänger samman med att ha en fast vårdkontakt. En viktig parameter för beräkningen är hur många insatser som kan göras per dag. Med insats kan här menas sådant som kontakt med patienten, kontakt med andra vårdgivare och inläsning av journaler och annat underlag. Naturligtvis varierar tidsåtgången för en insats mycket men vi har bedömt att den anställde i genomsnitt gör sexton sådana insatser under en arbetsdag. Nästa fråga är hur många gånger per år den anställde behöver göra en insats för varje fast vårdkontakt i portföljen. Det är sannolikt stor variation i det antalet men med tanke på att så stor andel som en femtedel av patientbasen i utgångsläget förväntas ha en fast vårdkontakt är det sannolikt att det genomsnittliga antalet insatser inte blir allt för stort. Vi har vid beräkningarna antagit ett genomsnittligt antal på fyra insatser per år. Detta leder sammantaget fram till att varje anställd har strax över ettusen fasta vårdkontakter i sin portfölj.

I ytterligare ett steg bestäms den andel patienter som efter förändringen kan antas ha fast vårdkontakt. Denna parameter är mycket viktig för resultatet men den är också svår att bedöma. Vi har tidigare bedömt att 20 procent av barn och unga i utgångsläget har en fast vårdkontakt. Vår bedömning är att skärpningen, utifrån vår bild av hur barn och ungas behov ser ut i dagsläget, innebär att 25 procent av barnen och de unga kommer att ha en fast vårdkontakt, alltså en ökning med 5 procentenheter, eller annorlunda uttryckt en relativ ökning med 25 procent.

I ett steg i kalkylen antas att en särskilt anställd med kuratorslön utgör den fasta vårdkontakten. I kalkylen beräknas, utifrån antagna samband, hur många sådana anställda som behövs för tjänstens utförande. Enligt kalkylen ökar antalet sådana anställda från 498 till 623. Det är alltså en ökning med 125 vårdkontaktsanställda.

Sammantaget visar kalkylen att kostnaderna för fast vårdkontakt ökar från cirka 356 miljoner kronor till nästan 445 miljoner kronor. Kostnaderna ökar således med nästan 89 miljoner kronor.

Krav på samverkan

Utredningen lägger förslag som innebär vissa förtydligade krav på samverkan. Utredningen föreslår att regionen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga särskilt ska samverka med huvudmän inom skolväsendet. Tydligare krav på samverkan innebär sannolikt ökad resursanvändning, då närmast i form av personalresurser. Det kostar resurser i den centrala organisationen. De utökade kraven på samverkan medför också kostnader på verksamhetsnivå, till exempel i form av en utökad kontakt- och mötesverksamhet mellan vårdgivare.

Låt oss anta att 70 procent av verksamhetskostnaderna av vården av barn och unga utgörs av personalkostnader. Låt oss också anta att de ökade kraven på samverkan leder till en ökad kontakt- och mötesverksamhet med en halv timme i veckan för samtliga anställda. Sammantaget skulle detta, fullt utbyggt, innebära ökade kostnader på $0{,}7 \times (1/80) \times 68$ miljarder kronor. Således skulle kostnaderna öka med 595 miljoner kronor årligen.

8.13.5 Förslagens kostnader och intäkter till följd av ökad inriktningseffektivitet

Förslagens intäkter

Utredningens förslag leder också till verksamhetsnära, och vidare, intäkter. Med intäkter menas i allmänt språkbruk försäljningsintäkter av olika slag. I hälso- och sjukvården skulle det handla om avgiftsintäkter. Hälso- och sjukvården är främst skattefinansierad och de avgiftsintäkter som förekommer syftar inte till att ge något väsentligt bidrag till finansieringen av verksamheten utan är i stället huvudsakligen ett verktyg för att styra efterfrågan. För övrigt är merparten av hälso- och sjukvården till barn och unga avgiftsbefriad. De förändrade intäkter som kan uppstå inom vården har snarare karaktären av en bättre resursanvändning i olika meningar.

I det följande beskrivs två olika hypotetiska vårdkedjor som handlar om samma tänkta individ. Den första vårdkedjan får betraktas som fragmentiserad med fördröjda insatser och olika komplikationer till följd av detta. Den andra med en sammanhållen hälsouppföljning, tidiga samordnade ändamålsenliga insatser och god samverkan. Här kan man schematiskt se vad en sammanhållen god och nära vård för barn och unga kan bidra med relaterat till hälsoutfall, kostnader, påverkan på familj, möjligheter att lyckas i skolan och till ett gott liv som vuxen.

En icke-fungerande vårdkedja:

Barnet uppvisar tidigt signaler på BVC som varken uppmärksammas eller leder vidare till rätt bedömning. Detta leder till flera besök på jourcentraler och olika vårdinrättningar för olika kroppsliga symtom. Onödiga utredningar (prover, röntgen, inläggningar) av medicinska tillstånd inklusive specialistbedömningar av olika slag genomförs.

Förskolepersonalen tillsätter extra vuxenresurs på grund av svårigheter med samspel och konflikter.

Vid skolstart överförs inte information till skolan från BVC och förskola. Vid första hälsobesöket i elevhälsan uppmärksammas därför inte heller den underliggande diagnosen och under skolåren ökar problemen med stress, svårigheter med kompisar, och att delta på lektionerna. Barnet lär sig dock att läsa och skriva före årskurs 3.

Under skolåren fortsätter sökandet och utredandet i vården. Samtidigt sker möten i elevhälsoteamet i skolan och extra vuxenresurser sätts in i klassen. Skolbyten sker vid två tillfällen och informationen om barnets behov tappas bort och extra resurser i klassrummet omprövas.

Från 11–14 års ålder får barnet ökade svårigheter i skolan.

Under dessa år inträder nedstämdhet och ökad ångest. Det leder till 10 samtal på första linjemottagning för psykisk ohälsa, ytterligare 10 samtal på vårdcentralen och många besök i vården både akut och planerat för psykosomatiska symtom och psykiska besvär.

Vid 14 års ålder bedöms barnet i elevhälsan och remitteras till BUP. Barnet är allt oftare hemma från skolan med magont. Föräldrarna går ner i arbetstid för att kunna stötta i undervisningen.

BUP önskar basutredning av psykolog i skolan och returnerar remissen. Väntan på skolpsykologens utredning tar 1 år. Under tiden får barnet extra resurs i skolan.

Ny remiss till BUP med väntan i 2 år. Ökad frustration hos föräldrarna, utbrändhet och sjukskrivning hos ena föräldern. Föräldrarna skiljer sig. Syskon försummas och utvecklar eget risksökande beteende med dåliga vanor och dåligt sällskap.

Barnet får fortsatta panikångestattacker och andra psykiska besvär. Det blir flera besök på vårdcentralen och i första linjen med samtals-

kontakter eftersom de redan väntar på BUP och inte kan komma dit snabbare.

Skolarbetet kraschar helt och risksökande beteende startar. Barnet blir föremål för insatser från socialtjänsten. Föräldraskapsstöd och insatser från stödperson sätts in. Barnet får hemundervisning från skolan.

Vid 16 års ålder blir det en utredning, diagnos ställs och behandling sätts in tillsammans med psykologstöd och föräldrastöd mm.

Behörighet till gymnasiet saknas och individuella programmet inleds. Vid 19 års ålder har fullständiga betyg inte uppnåtts och arbete är svårt att få. Arbetslöshet inträder.

Den andra väl-fungerande vårdkedjan:

I samarbete mellan BVC och förskola uppmärksammas tidiga signaler på problem som tolkas som misstänkta. Aktörerna samverkar om situationen och ger psykologiskt föräldrastöd och anpassar vardag och förskola.

Vid språkkontroll i barnhälsovården vid 2,5 års ålder konstateras att språkutvecklingen är försenad. Detta följs upp och vid fördjupad bedömning av logoped bedöms att det finns misstänkta underliggande svårigheter. Dessa följs av psykolog i barnhälsovården och utvecklingsbedömning görs.

Vårdnadshavare och familjen stöttas och vardagen anpassas. Allt fungerar bra. Fast vårdkontakt på vårdcentralen inger trygghet. Barnet uppvisar ingen oro eller stressymptom och därför behövs inga akuta besök, second opinions eller utredningar av kroppsliga symtom.

Inför skolstart görs ny bedömning och informationen förs över till BUP, elevhälsa och rektor. Tillsammans med vårdnadshavare fattas ett gemensamt beslut om att barnet ska börja skolan i en relativt liten grupp med en god lärandemiljö. Föräldrar känner sig trygga och välmående.

I årskurs 2 har patienten svårt att knäcka läs och skrivkoden. Barnet uppvisar koncentrationssvårigheter. En utredning görs som visar ADHD.

Vården ger därefter läkemedel, erbjuder copingstrategier, föräldraskapsstöd samt information och återkoppling till skolan. Skolan anpassar lärandemiljöerna. Allt fungerar väl. Inga stressymptom som föranleder besök och utredningar hos vare sig barn eller föräldrar. Föräldrarna sjukskrivs inte och ingen förälder går ner på deltid. Barnet fullföljer studier med behörighet till gymnasieskolan. Syskon får uppmärksamhet och mår väl.

Barnet slipper pålagringar som oro, ångest och depression. Det behövs inga besök eller insatser för detta. Barnet klarar av att hålla några goda kamratrelationer och deltar i fritidsaktiviteter som kommunen har bistått med. Det behövs inga insatser från socialtjänsten. Det förekommer inget missbruk eller annat utåtagerande beteende.

Barnet väljer och klarar ett praktiskt inriktat program i gymnasieskolan som resulterar i arbete vid 19 års ålder.

En jämförelse av de båda vårdkedjorna ur ett rent samhällsekonomiskt perspektiv ger skäl att tro att den senare är såväl inriktningssom resurseffektivare.

Utredningens förslag kan förstås inte i sig leda till idealiskt fungerande vårdprocesser för barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder eller fullgod anpassning av lärandemiljöer mm. Däremot är det mycket troligt att vårdprocesserna i genomsnitt blir bättre om insatser sätts in tidigt på ett samordnat sätt.

Det finns i Sverige ett antal projekt som inriktar sig på tidiga och samordnade insatser vad gäller vården av barn och unga. I Västerbotten pågår till exempel ett samarbetsprojekt (Hälsa, lärande och trygghet) som redovisar goda resultat.[8] Efter några år kunde det konstateras att genomsnittsåldern bland de barn som fått hjälp sjunkit under projektets gång.[9] En inte orimlig tolkning av det förhållandet är att projektet har lett till tidigare insatser från vården och omsorgens organisationer.

Utredningens olika förslag syftar till tidiga och förebyggande insatser. Det finns skäl att tro att de bidrar till ökad inriktningseffektivitet och att utredningens förslag kan bidra till att ytterligare effektiviserar sådana insatser. En ökad inriktningseffektivitet ger inte en entydig signal om hur kostnaderna påverkas. Kostnader kan gå såväl upp som ned. Tidiga upptäckter kan leda till längre och dyrare behandlingar. Tidiga upptäckter kan också leda till att åtgärder sätts in tidigare och leder till behandlingar som kan avslutas tidigare och därmed bli billigare.

Utredningen har i sina beräkningar antagit att en förbättrad inriktningseffektivitet leder till såväl ökade kostnader som intäkter i form av sänkta kostnader. Utredningen har också antagit att kostnaderna ökar med 20 miljoner kronor från fjärde året. Vidare har utredningen antagit intäkter med 200 miljoner konor per år från tredje året. Sammantaget innebär detta att den ekonomiska effekten till följd av ökad inriktningseffektivitet antas domineras av kostnadssänkningar.

[8] Region Västerbotten (2020) *Hälsa – Lärande – Trygghet i Västerbotten. Årsrapport 2020.*
[9] Intervju med företrädare för HLT-projektet.

Resurseffektivitet

Förslösade resurser eller spill

Inom alla organisationsformer och sektorer förslösas det resurser. Omfattningen av detta har studerats på internationell nivå inom hälso- och sjukvården. Studier i USA, Australien och Nederländerna har kommit fram till att från 20 procent och upp till hälften av utgifterna i hälso- och sjukvården utgör spill.[10]

En form av spill kan enligt bilagan betecknas som styrningsspill det vill säga administrativt spill till följd av en ineffektiv organisation och avsaknad av samordning. Enligt källan är den formen av spill vanlig i svensk hälso- och sjukvård.

Enligt en amerikansk metastudie utgör åtminstone 20 procent av utgifterna i amerikansk hälso- och sjukvård av på ett eller annat sätt förslösade resurser.[11] I studien identifieras sex olika typer av slöseri. Det handlar om brister vad gäller vårdens innehåll, brister i samordning, överdriven behandling, administrativ komplexitet, oprecis prissättning och fusk. Såvitt vi vet finns det ingen svensk motsvarande studie och det finns väsentliga skillnader mellan amerikansk och svensk hälso- och sjukvård. Likväl finns det skäl att tro att nära nog alla typer av brister som nämns i bilagan förekommer också i svensk hälso- och sjukvård.

Det finns naturligtvis ingen garanti för att utredningens förslag skulle avskaffa spillet men det finns goda förutsättningar för att det ska kunna minska. Inledningsvis i detta avsnitt om kostnadskonsekvenser av utredningens förslag gjordes bedömningen att samhällets årliga utgifter för vård är cirka 68 miljarder kronor. Säg att utredningens förslag förändrar styrningen och förslösandet av resurser, spillet, så att så lite som, en procent av utgifterna försvinner, så skulle besparingen, kostnadssänkningen, inom barn och ungdomsvården bli 680 miljoner kronor årligen.

[10] Avsnittet bygger *Underlagsrapport till den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S2019:05* (Bilaga 4).
[11] Berwick and Hackbarth (2012) *Eliminating Waste in US Health Care*.

Sparad tid

Inom ramen för det tidigare nämnda samarbetsprojektet som pågått under cirka ett decennium inom vård och omsorg om barn och unga i Region Västerbotten, Hälsa, Lärande och Trygghet (HLT), fanns det inför starten farhågor att den samverkan projektet krävde skulle medföra ökad total sammanträdestid. I stället kunde man efter några år konstatera att även om den samlade mötestiden inte minskat så hade sådan mötestid som tidigare haft karaktären av förspilld tid (sökande efter rätt person och rätt instans, otydlighet i olika aktörers uppdrag) minskat. Spillet hade helt enkelt minskat. Andelen mötestid som innehöll konstruktiv samverkan ökade.

God mötesverksamhet av olika slag är troligen det som utmärker samverkan. Inom organisationer pågår det också mötesverksamhet. Att samverkan sammantaget kan leda till minskad mötesverksamhet är en indikation på dess effektivitetsskapande potential.

8.13.6 Utförarnivån

De samverkansbestämmelser som utredningen föreslår har direkt inverkan på regioner och kommuner central nivå. I ett senare steg påverkas, som ett resultat av samverkan på regional nivå, de olika utförarna hos huvudmännen via de styrverktyg som huvudmännen använder.

Kostnader hos utförare regleras vanligen genom någon form av ersättning per capita (per elev eller per listad patient).

Skolförordningen (2011:185) ska en enskild huvudman få ersättning (skolpeng) från kommunen. Enligt skollagen ska kommuner fördela resurser till utbildningen inom skolväsendet efter barnens och elevernas olika förutsättningar och behov (2 kap. 8 b §). Av skolförordningen (2011:185) framgår att ett bidrag till enskilda huvudmän ska fastställas per kalenderår och grunda sig på hemkommunens budget för det kommande budgetåret. (14 kap. 1 §). Ersättning för elevhälsans medicinska insatser ska ingå i grundbeloppet (14 kap. 4 §).

Den s.k. skolpengen utgör inte alltid hela ersättningen till skolhuvudmännen. Särskilda ersättningar för till exempel lokalkostnader förekommer. Det är också vanligt att kommunernas egna skolor ersätts med en skolpeng. Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regio-

nen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionen styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regionen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionen styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Den andra lagen innebär i stället att brukare väljer utförare bland godkända sådana och de villkor som gäller för service och tjänster bestäms av kommuner och regioner i ett regelverk för ersättningar till utförarna. Numera dominerar utförande genom den sistnämnda lagen.

Den ekonomiska styrmodell som alltså gäller inom området gör att det inte finns något direkt samband mellan kostnads- och intäktsinverkan på huvudmännen och motsvarande inverkan på utförarna. Även om utredningen med stor precision skulle ha lyckats beräkna kostnader och intäkter för de verksamheter som ingår i systemet med anknytning till hälso- och sjukvård för barn och unga, så skulle den inte kunna göra motsvarande precisa beräkningar för de enskilda verksamheterna. Det är således inte möjligt att till exempel precist beräkna hur privata företag, fristående skolor eller privatägd verksamhet inom primärvården, påverkas av utredningens förslag. Det precisa utfallet för dessa företag beror på hur kommuner och regioner väljer att vidareföra effekterna till de finansiella ersättningssystem man förvaltar. Med detta sagt ska tilläggas att utredningen ändå i detta avsnitt har valt att, trots svårigheterna, göra approximativa beräkningar av på vilket sätt kommuner och regioner skulle kunna inkorporera effekterna i sina ersättningssystem. Det ska poängteras att dessa beräkningar har gjorts helt för att bidra till en ökad insikt i den inverkanutredningens förslag kan få och på inget sätt ska betraktas som ett försök att styra eventuella justeringar i skolpeng eller andra ersättningsmodeller.

Skolpengen är en ersättning per elev i skolan utbetald av kommunen till, till exempel, skolans ägare. I skolpengen ingår kostnader för elevhälsan. I schabloniserad form ingår också administrationskostnader. De förslag utredningen lägger kan i förlängningen leda till att kostnaderna för elevhälsan eller, beroende på hur man betraktar den ökade kostnaden, de administrativa kostnaderna ökar. Tilläggsbelopp för socioekonomiska förhållanden ges också. En eventuell justering av skolpengen, som i så fall görs av kommunen, kan rimligen göras inom delen för elevhälsan eller möjligen vad gäller socioekonomiska förhållanden.

Enligt Skolverkets statistik var den totala kostnaden år 2019 strax under 172 miljarder kronor för grund- och gymnasieverksamheten. Enligt samma statistik kostade elevhälsan i de båda skolformerna cirka 5 miljarder kronor. Utredningens egna beräkningar ger vid handen att 10 procent av elevhälsans kostnader utgörs av hälsobesöken inom elevhälsan. Således skulle hälsobesöken kosta cirka 500 miljoner kronor. Det förefaller lämpligt att ha antingen kostnaderna för hälsobesöken eller möjligen kostnaden för hela elevhälsan som bas vid bedömningar av eventuella kostnadsökningar inom

skolverksamheten till följd av utredningens förslag om utökad samverkan. Bara som ett räkneexempel skulle då till exempel en enprocentig kostnadsökning leda till 5 miljoner kronor i kostnadsökning för elevhälsan.

Ersättningen till utförare i hälso- och sjukvården görs genom kapitering (listning). Därtill läggs nära nog alltid till faktorer som justerar för vårdbehov. Det handlar om åldersfördelning, socioekonomiska förhållanden eller vårdbehov uttryckt på något annat sätt. Eventuella justeringar till följd av utredningens förslag i ersättningarna görs rimligen i relevanta åldersgrupper möjligen tillsammans med faktorerna för socioekonomiska förhållanden. Kanske kan en justering i den administrativa ersättningen i stället göras.

8.13.7 En kvantitativ sammanställning

I detta avsnitt görs en kvantitativ sammanställning i tabellform där vi avser fånga komplexet av ekonomiska effekter av utredningens förslag. Ingående kvantitativa storheter och sammanhang har karaktären av typexempel. De bygger långt ifrån enbart på empirisk grund, då det inte finns någon sådan. Storheterna och sambanden är resultatet av utredningens egna bedömningar och beräkningar, som också redovisas.

Vi har dock valt att inte försöka kvantifiera de samhällsekonomiska effekter som ligger mycket långt fram i tiden (över 20 år) och som har anknytning till det förbättrade hälsokapital som utredningens förslag genomförda bör bidra till. Det handlar till exempel om förbättrade arbetsinkomster, minskat vårdbehov och minskad kriminalitet.

I tabell 8.4 nedan listas de faktorer som utredningen bedömer medför kostnader och intäkter för samhället i dess helhet. Vi redovisar också de bedömda årliga kostnaderna och intäkterna tillsammans med vår bedömning om under vilka år de infaller under den tänkta 20-årsperioden.

Tabell 8.4 Olika faktorers kostnads- och intäktspåverkan samt startår och slutår

Faktor	Kostnad per år	Intäkt per år	Startår	Slutår
Föreskrifter SoS	1		1	2
Nationellt hälsovårdsprogram	3		1	3
Kunskapssammanställning (SBU)	3		1	5
Ändring i fast vårdkontakt	89		1	20
Samverkan	595		2	20
Minskat spill		680	4	20
Ökad inriktningseffektivitet	20		4	20
Ökad inriktningseffektivitet		200	3	20

Det framgår av tabellen att startåret för kostnader och intäkter i hälften av fallen är det första året. I de fallen rör det sig om företeelser som får effekt direkt. Övriga kostnader infaller mellan det andra och fjärde året. Intäkterna infaller senast.

Samtliga intäkter har formen av minskade kostnader. De summerar till 880 miljoner konor per år vid fullt genomslag. 200 miljoner kronor utgör vinster av en förbättrad inriktningseffektivitet. 680 miljoner kronor utgör kostnadsminskningar till följd av minskat spill.

I tabell 8.5 nedan redovisas resultatet av den samhällsekonomiska bedömningen med hjälp av två mått, nettonuvärdet och nytto-kostnadskvoten.

Tabell 8.5 Nettonuvärde och nytto-kostnadskvot till följd av utredningens förslag

Nettonuvärdet (miljoner kronor)	Nytto-kostnadskvoten
660	1,07

Tabellen kan tolkas enligt följande: Den samhälleliga investering utredningens samlade förslag kan sägas utgöra leder till ett överskott på 660 miljoner kronor och en 7-procentig avkastning på investeringen. Den samhällsekonomiska investeringen är lönsam.

I tabell 8.6 redovisas kostnaderna för statliga myndigheter årligen under den aktuella tidsperioden. Redovisningen är i nominella kronor.

Tabell 8.6 Kostnader för statliga myndigheter olika år till följd av utredningens förslag

År	1	2	3	4	5
Kostnad	9	9	8	3	3

Efter det femte året föreligger det inga särskilda kostnader för statliga myndigheter.

I tabell 8.7 nedan redovisa nettokostnaderna, kostnaderna och intäkterna för kommuner och regioner för samtliga år under den 20-åriga perioden. Redovisningen görs i nominella kronor.

Grunden för tabell 8.7 är en fördelning av nettokostnader, kostnader och intäkter som utgår från andelar i utgångsläget. Fördelning på regioner och kommuner har gjorts enligt följande: De kostnader, och intäkter som är kommunala eller regionala har förts till regioner och kommuner enligt den andel av kostnaderna för den samlade kostnaden för barn och ungdomshälsovården som redovisas i tabell 8.1.

Tabell 8.7 Kommuners och regioners nettokostnader, kostnader och intäkter under en 20-årspeiod

År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kommuner netto	38	38	38	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329
Kommuner kostnader	38	38	38	46	46	46	46	46	46	46
Kommuner intäkter	0	0	0	375	375	375	375	375	375	375
Regioner netto	89	89	89	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366
Regioner kostnader	89	89	89	109	109	109	109	109	109	109
Regioner intäkter	0	0	0	475	475	475	475	475	475	475
År	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**
Kommuner netto	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329
Kommuner kostnader	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
Kommuner intäkter	375	375	375	375	375	375	375	375	375	375

År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Regioner netto	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366
Regioner kostnader	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
Regioner intäkter	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475

Av tabellen framgår det att nettokostnaderna är positiva de första åren av reformen. Efter några år blir nettokostnaderna negativa till följd av bedömda intäkter.

I tabell 8.8 nedan redovisas nettokostnader, kostnader och intäkter i nominella termer under 20-årsperioden. Tabellen avser att, med förenklande antaganden, ge en kvantitativ bild av hur skolan och verksamheter inom hälso- och sjukvården kan påverkas av utredningens förslag. Det gäller såväl egen regi som andra utförare. En utgångspunkt har varit den indelning som gjordes som grund för tabell 8.7 ovan. Därutöver har ett genomsnitt avseende kostnader per elev i grund- och gymnasieskolan samt kostnaden i hälso- och sjukvården med regionalt ansvar per individ i den aktuella befolkningen använts som referens. Syftet med redovisningen är att indikera den möjliga storleken på förändringen av ersättningen till skolor och verksamheter till följd av utredningens förslag.

Tabell 8.8 Förändring av kostnad per elev och kostnad per listad patient i åldern 0–20 år i krontal och procent till följd av utredningens förslag

	Begrepp	År1	År2	År3	År4	År5	År6	År7	År8	År9	År10
Skola nettokostnader	Kronförändring	4	4	4	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33
	Procentuell förändring	0,003%	0,003%	0,003%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%
Skola kostnader	Kronförändring	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
	Procentuell förändring	0,0031%	0,0031%	0,0031%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%
Skola intäkter	Kronförändring	0	0	0	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241
	Procentuell förändring	0,0000%	0,0000%	0,0000%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%
Regioner nettokostnader	Kronförändring	35	35	35	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144
	Procentuell förändring	0,2259%	0,2259%	0,2259%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%
Regioner kostnader	Kronförändring	35	35	35	43	43	43	43	43	43	43
	Procentuell förändring	0,2282%	0,2282%	0,2282%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%
Regioner intäkter	Kronförändring	0	0	0	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189
	Procentuell förändring	0,00%	0,00%	0,00%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%
		År11	År12	År13	År14	År15	År16	År17	År18	År19	År20
Skola nettokostnader	Kronförändring	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33
	Procentuell förändring	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%
Skola kostnader	Kronförändring	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Procentuell förändring	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%
Skola intäkter	Kronförändring	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241
	Procentuell förändring	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%
Regioner nettokostnader	Kronförändring	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144
	Procentuell förändring	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%
Regioner kostnader	Kronförändring	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Procentuell förändring	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%
Regioner intäkter	Kronförändring	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189
	Procentuell förändring	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%

Av tabellen framgår det att såväl krontalsförändringarna som de procentuella förändringarna av nettokostnader, kostnader och intäkter per capita är små. Effekten för företag är därför också liten. Den slutliga påverkan på företagen är beroende av i vilken mån och i så fall hur kommuner och regioner justerar i ersättningssystemen till följd av utredningens förslag.

8.13.8 En sammanfattande kvalitativ bedömning av förslagen

Utredningen lägger förslag som huvudsakligen handlar om att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg. Ett led i detta är att utredningen föreslår uppgifter till centrala myndigheter att skapa olika former av styrdokument, kunskapssammanställningar och riktlinjer som ska vägleda kommuner och regioner samt i förlängningen de aktörer som utför tjänster inom den aktuella vården och omsorgen. Det för med sig kostnader för såväl de centrala myndigheterna som kommuner och regioner. Ytterligare ett led är krav på samverkan mellan kommuner och regioner. Det för med sig kostnader för kommuner och regioner. Den samverkan som sker på kommun- och regionnivå förväntas leda till krav på och faktiskt ökad samverkan

mellan de olika aktörerna i utförarledet. Det medför ökade kostnader för utförarna.

Utredningens förslag kan också förväntas ge upphov till intäkter, i form av minskade kostnader. Internationell forskning om vården och omsorgens organisationer ger vid handen att en betydande del av organisationernas kostnader kan betecknas som spill. Med spill menas onödigt resursutnyttjande som inte kommer patienterna till del, eller annorlunda uttryckt förslösade resurser. Möjligen kan analogin med spill i en produktionsprocess vid tillverkning av en fysisk produkt i en fabrik användas. De studier som internationellt genomförts inom hälso- och sjukvården kommer fram till olika grader av ”spill” men ligger i allmänhet i intervallet mellan 20 och 50 procent av de samlade kostnaderna. När spill identifierats har man ofta kunnat finna orsaken i bristande samordning inom och mellan organisationer. Utredningens förslag bör efter hand leda till minskat spill. Även vid modesta relativa effekter blir effekten i kronor och ören stor.

Utredningens förslag bör också kunna leda till just tidigare och bättre samordnade insatser för barn och unga med behov. Sådana insatser ger också intäkter till den vård och omsorg som riktar sig till barn och unga. Utredningens förslag ger också vinster till följd av det ökade humankapital som genereras. [12] Det ger sannolikt effekter i form av minskat behov av vård och omsorg senare i livet, ökat arbetskraftsdeltagande och minskad kriminalitet.

Utredningens förslag medför såväl kostnader som intäkter och sammantaget gör utredningen bedömningen att förslagen är samhällsekonomiskt lönsamma.

I hälsoekonomiska sammanhang är det mycket vanligt att man beräknar kostnaden för uppnåendet av vunna kvalitetsjusterade livsår, s.k. QALYs. Sådana beräkningar har inte legat inom ramen för detta avsnitt. Men med ledning av de genomförda beräkningarna finns det anledning att tro att sådana beräkningarna skulle ge goda resultat.

[12] Se *underlagsrapport för den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S2019:05.* (Bilaga 4).

8.13.9 Avslutande diskussion

Intäkterna, i form av minskade kostnader är dominerande i beräkningarna. Det ska dock konstateras att det i beräkningarna gjorts mycket försiktiga antaganden om vilka effekter utredningens förslag kan ha på till exempel det spill som förekommer inom hälso- och sjukvården.

Det faktum att utredningen har valt att avstå från att beräkna de vidare intäkterna i form av troligt förbättrat hälsokapital gör att den verkliga samhällsekonomiska vinsten av utredningens förslag är ännu större än den beräknade. Beräkningar gjorda av forskare och myndigheter på hälsoområdet visar att också små effekter av insatser inom barn- och ungdomsvården har stor effekt. Vinsten av att en enda person lever ett liv i kriminalitet och drogberoende är, utöver den mänskliga vinsten, mycket stor.

De genomförda beräkningarna är inte precisa prognoser av hur kostnader och intäkter kommer att gestalta sig i den mån utredningens förslag genomförs. Det har flera orsaker. Det handlar dels om att ambitionsnivå och incitament är svåra att inkorporera i beräkningarna, dels beror det naturligtvis på beräkningarnas överslagskaraktär. Utredningen bedömer dock att beräkningarna ger ett underlag för en fortsatt dialog på en något mer upplyst nivå.

9 Författningskommentarer

9.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

3 kap.

2 §

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Paragrafen har ändrats på så sätt att den uttryckligen anger att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa. Med arbete för att främja hälsa avses åtgärder i hälso- och sjukvården som utgår från kunskap om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra och som syftar till att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Med arbete för att förebygga ohälsa avses åtgärder som förhindrar uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minskar risken för ohälsa.

Övervägandena finns i avsnitt 6.2.

6 kap.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,

2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,

3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser,

4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda, och

5. hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

I paragrafen finns ett bemyndigande att meddela föreskrifter.

Femte punkten är ny och utgör ett tillägg till bemyndigandet att meddela föreskrifter. Tillägget innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer har rätt att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Hälso- och sjukvårdens skyldighet att arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa framgår av 3 kap. 2 § samma lag.

Tillägget till bemyndigandet att meddela föreskrifter avser endast hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa *hos barn och unga*. Med barn avses personer som är under 18 år, i enlighet med definitionen av barn i artikel 1 i Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och bestämmelsen om underårigs omyndighet i 9 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381). I begreppet unga ingår personer som har fyllt 18 år med inte 21 år.

Övervägandena finns i avsnitt 6.2.3.

7 kap.

7 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga ska regionen särskilt samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om regionens skyldighet att samverka i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Andra stycket i paragrafen är nytt och anger att regionen särskilt ska samverka med huvudmän inom skolväsendet i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga. I första hand

avses samverkan med huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen inom regionen, men bestämmelsen utesluter inte att samverkan även sker med huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen utanför regionen när det är relevant. Vilka som är huvudmän inom skolväsendet och vilka skolformer som skolväsendet omfattar framgår av skollagen (2010:800). Huvudmän inom skolväsendet kan enligt 2 kap. 2–5 §§ skollagen utgöras av kommuner, regioner, staten och enskilda.

Det som sägs om innebörden av begreppen barn och unga i författningskommentaren till 6 kap. 2 § gäller även denna bestämmelse.

Med hälso- och sjukvården till barn och unga avses i bestämmelsen all hälso- och sjukvård som ges till barn och unga, utan avgränsning när det gäller till exempel verksamhetsområde eller typ av vårdgivare. Samverkanskravet avser alltså såväl sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som riktar sig specifikt till barn och unga som sådan verksamhet som riktar sig till hela befolkningen och som barn och unga därför tar del av. Regionens skyldighet att samverka enligt bestämmelsen gäller vidare både sådan hälso- och sjukvård som bedrivs i egen regi och sådan hälso- och sjukvård som bedrivs av annan under regionens huvudmannaansvar.

Andra stycket innebär ingen inskränkning i den skyldighet som följer av första stycket, utan utpekar särskilt skyldigheten att samverka med huvudmän inom skolväsendet i tillägg till skyldigheten att i övrigt samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av all hälso- och sjukvård.

Övervägandena finns i avsnitt 6.4.1.

9.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

1 kap.

2 §

Bestämmelserna i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman.

Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 2 § andra stycket, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

I paragrafen görs en avgränsning av lagens tillämpningsområde på så sätt att vissa bestämmelser i lagen endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av en region eller kommun som huvudman och vissa bestämmelser endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. I första stycket utpekas bestämmelser som endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman. I andra stycket utpekas bestämmelser som endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Paragrafens andra stycke har ändrats på så sätt att det anger att 6 kap. 2 § andra stycket, vilken reglerar skyldigheten att utse en fast vårdkontakt för personer som inte har fyllt 21 år under vissa förutsättningar, endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Övervägandena finns i avsnitt 6.5.3.

6 kap.

2 §

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det, eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Paragrafen innehåller bestämmelser om när en fast vårdkontakt ska utses för patienten. Andra stycket är nytt och innebär att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Om patienten inte har fyllt 21 år träder skyldigheten att utse en fast vårdkontakt in så snart det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov. Det krävs alltså inte att det konstaterats att det faktiskt är nödvändigt. Skyldigheten att utse en fast vårdkontakt enligt andra stycket är därmed mer långtgående än skyldigheten att utse en fast vårdkontakt enligt första stycket.

Det behov som avses i stycket är behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

En fast vårdkontakt ska enligt andra stycket även utses om patienten begär det. Även om det bedöms att behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet kan tillgodoses på annat sätt ska patientens önskemål om att kunna vända sig till en fast vårdkontakt alltså tillgodoses.

Vid en bedömning av om det kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt för ett barn ska det i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa enligt artikel 3 barnkonventionen. Vid en sådan bedömning ska även barnets rätt, enligt artikel 12 barnkonventionen, att fritt uttrycka sina åsikter och skyldigheten för vården att tillmäta dessa betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad beaktas. Bestämmelser om vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn finns i föräldrabalken (1949:381).

Även när det gäller personer som fyllt 18 år men inte 21 år bedömer utredningen att det är viktigt att så långt det är möjligt samråda med patienten och respektera dennes önskemål när den person som ska vara patientens fasta vårdkontakt utses.

I 1 kap. 2 § samma lag anges att 6 kap. 2 § andra stycket endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. 6 kap. 2 § första stycket gäller däremot i övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet och reglerar skyldigheten att utse en fast vårdkontakt under vissa förutsättningar oavsett patientens ålder.

Övervägandena finns i avsnitt 6.5.3.

Referenser

Offentligt tryck

Riksdagstryck

Socialutskottets betänkande 2017/18:SoU22 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Propositioner och skrivelser

Lagrådsremiss 2016-05-19: *Särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa.*

Prop. 1981/82: 97: *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m*.

Prop. 1984/85:181: *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.*

Prop. 1994/95:195: *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Prop. 1999/2000:149: *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling*.

Prop. 2000/01:71: *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskole-utbildningar*.

Prop. 2005/06:115: *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*

Prop. 2008/09:74: *Vårdval i primärvården*.

Prop. 2009/10:55: *En politik för det civila samhället.*

Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.

Prop. 2009/2010:165: *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet*.

Prop. 2012/13:10: *Stärkt stöd och skydd för barn och unga.*

Prop. 2013/14:106: *Patientlag.*

Prop. 2013/14:160: *Tid för undervisning – lärares arbete med stöd, särskilt stöd och åtgärdsprogram.*

Prop. 2016/17:1. *Budgetproposition för 2017.*

Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*

Prop. 2016/17:59 *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet*.

Prop. 2016/17:106 *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*

Prop. 2017/18:186 *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.*

Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*

Prop. 2019/20:164: *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Statens offentliga utredningar

SOU 1979:78: *Mål och medel för hälso- och sjukvården förslag till hälso- och sjukvårdslag.*

SOU 2000:19: *Från dubbla spår till elevhälsan.*

SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga.*

SOU 2014:3 *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga.*

SOU 2010:95: *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning.*

SOU 2013:74: *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan.*

SOU 2014:23: *Rätt information på rätt plats i rätt tid.*

SOU 2016:2: *Effektiv vård.*

SOU 2016:78: *Ordning och reda i välfärden.*

SOU 2017:9: *Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar.*

SOU 2017:35: *Samling för skolan Nationell strategi för kunskap och likvärdighet.*

SOU 2017:43: *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen.*

SOU 2017:47: *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*

SOU 2018:39: *God och nära vård En primärvårdsreform.*

SOU 2018:90: *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*

SOU 2019:20*: Stärkt kompetens i vård och omsorg*.

SOU 2019:29: *God och nära – vård i samverkan*.

SOU 2019:42: *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*

SOU 2020:19: *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

SOU 2020:47: *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*

SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet.*

SOU 2020:63: *Barnkonventionen och svensk rätt.*

SOU 2021:4: *Informationsöverföring inom vård och omsorg.*

SOU 2021:6: *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.*

SOU 2021:11: *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning.*

Departementsserien och promemorior

Ds 1981:4 *Skollagen.*

Ds 1999:44: *Den ljusnande framtid är vård, Om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling.*

Ds 2018:32: *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi*.

Promemoria U2018/02704/UH: *En sexårig utbildning för läkarexamen*.

Kommittédirektiv

Dir. 2017:39 *Översyn av socialtjänstlagen.*

Dir. 2018:20: *Kartläggning av hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med barnkonventionen.*

Dir. 2019:37: *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Dir. 2019:38 *Tilläggsdirektiv till utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven.*

Dir 2019:49: *Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01).

Dir. 2019:69: *Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård*.

Dir. 2019:71 *Fler barn i förskolan för bättre språkutveckling i svenska.*

Dir. 2019:78 *Tilläggsdirektiv till utredningen sammanhållen kunskapsstyrning*.

Dir. 2020:68: *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.*

Dir. 2020:81: *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*

Dir. 2020:112 *Tilläggsdirektiv till utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg*.

Dir. 2020:140 *Förutsättningar för ett statligt huvudmannaskap för skolan.*

Rapporter och litteratur

Barnombudsmannen (2016): *Respekt – barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd.*

Barnombudsmannen (2019): Barns röster från förskolan.

Bergum Hansen, M. & Jacobsen, H. (2008): *Sped- och småbarn i risiko- en kunskapsstatus.* Regioncenter for barn og unges psykiska helse.

Berwick and Hackbarth (2012) *Eliminating Waste in US Health Care.*

Blair, M. et al. (2013): *Barnhälsovetenskap.* Studentlitteratur, Lund.

Bloom, M. & Gullotta, T.P. (2003): *Evolving definitions of primary prevention. Encyclopaedia of primary prevention and health promotion*. New York Cluwer.

Bris (2020): *De säger att vi inte rör på oss.*

Bris (2019): *Expertgrupp barn – metodhandbok.*

Bris (2020): *Hållbara liv – om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*.

Bris (2021): *Första året med pandemin – om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020.*

Britto, P.R. et al. (2017): *Nurturing care: Promoting early childhood developement.* Lancet, 389, 91–102.

Broberg, M. et al. (2014): *Riktat föräldrastöd. RiFS-projektets slutrapport. En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning* RiFS-projektets slutrapport. FoU i Väst/GR.

Brottsförebyggande rådet (2009): *Orsaker till brott bland unga och metoder att motverka kriminell utveckling – En kunskapsinventering.*

Dalman, C. (2018): *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga.* Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting.

Daníelsdóttir, S. & Ingudóttir, J. (2020): *The First 1 000 Days in The Nordic Countries. A Situation Analysis.* Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

Folkhälsomyndigheten (2014): *Vaccinationsstatistik från skolhälsovården Elever i årskurs 6, läsåret 2013/14.*

Folkhälsomyndigheten (2016*): Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld.*

Folkhälsomyndigheten (2017): *Folkhälsans utveckling.*

Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017) *Förskolans påverkan på barns hälsa.*

Folkhälsomyndigheten (2017): *SRHR i Sverige.*

Folkhälsomyndigheten (2017): *Hiv i Sverige 2016*.

Folkhälsomyndigheten (2018): Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.

Folkhälsomyndigheten (2018): *Rapport över utvecklingen i förhållande till ANDT-strategins mål 2018.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Barns och ungas rörelsemönster.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Ojämlikheter i psykisk hälsa – Kunskapssammanställning.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017*. Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017.

Folkhälsomyndigheten (2019): *Skolbarns hälsovanor.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Barnvaccinationsprogrammet 2019 – Årsrapport*.

Folkhälsomyndigheten (2020): *Covid-19 hos barn och unga – En kunskapssammanställning Version 2.*

Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020*.

Folkhälsomyndigheten (2020): *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård.*

Folkhälsomyndigheten (2020): *På väg mot en god och jämlik hälsa – Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet*.

Folkhälsomyndigheten (2021): *En skolbaserad samverkansmodell för första linjen med syfte att förebygga barns och ungas psykiska ohälsa i Sverige. Utvärdering av ett pilotprojekt initierat av Sveriges Kommuner och Regioner.*

Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa.*

Forte (2020): *Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer – Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?*

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2013): *Ni är grymma, keep up the good work.*

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar.*

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2018): *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar.*

Furmark, C. & Neander, K. (2018): *Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning.* Nka Barn som anhörig 2018:2.

Golsäter, M. (2012): *Hälsosamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa – en utmanande uppgift*. Dissertation series no. 26 2012, Högskolan i Jönköping.

Gordon, R.S. (1983): *An operational classification of disease prevention.* Public Health Reports. 1983;98:107–109.

Governo (2021): *Utvärdering av Skolverkets och Socialstyrelsens regeringsuppdrag om tidiga och samordnade insatser för barn och unga* (2017/01236/GV).

Hagquist, C. (2020): *Final Scientific Report. Research programme 2013–2020. The impacts of changed living conditions on child and adolescent mental health.* Karlstad University.

Heckman, J.J. (2000): *Policies to foster human capital*, Research in Economics, 54(1) (s. 3–56).

Helsedirektoratet (2017): *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdomen.*

Inera AB (2018): *eHälsa och IT i landstingen*.

Inera AB (2019): *Ärendebeskrivning: Sammanhållen plan i 1177 Vårdguiden*.

Inera AB och Sveriges Kommuner och Landsting (2018): M*ålbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll – Gemensam målbild för kommuner, landsting, regioner, SKL och Inera*.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (2019): *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2015): *Tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2018): Remissvar på SOU 2018:39 *God och nära vård en primärvårdsreform.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2019): *Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja*. Förstudie.

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2020): *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*.

IVO (2020): *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*.

Karlsson, M. & Nilsson, T. (2018): *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster*, SNS analys nr 49.

Konkurrensverket (2014): *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*. Rapport 2014:2.

Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet (2010) *Barns och ungas psykiska hälsa i Sverige En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid.*

Kommunakuten, (2019): *Rättsliga förutsättningar för drift av ungdomsmottagningar.*

Köhler, M. (2017): *Vulnerable children. A social perspective on health and healthcare*. Lunds universitet.

The Marmot review (2010): *Fair society, healthy lives*. Strategic Review of Health Inequalities in England post – 2010. www.ucl.ac.uk/marmotreview.

Medin, Jennie och Alexandersson, Kristina (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Studentlitteratur, Lund.

Milerad, Josef och Lindgren, Carl (2015): *Evidensbaserad elevhälsa.* Studentlitteratur, Lund.

Mind (2018): *Unga mår allt sämre – eller?*

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2010): *Samhällets kostnader för fallolyckor MSB 0197*.

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2014): *Fallolyckor. Statistik och analys MSB 752*.

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2019): *Remiss: den robusta sjukhusbyggnaden – 2020.*

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2019): *Unga med attityd, del 3 hälsa, fritid och framtid.*

Myndighetens för vård- och omsorgsanalys (2013): *Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*, rapport 2013:9.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*, rapport 2014:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015): *Samordna vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.* PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, rapport 2018:5.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, rapport 2018:08.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*, rapport 2018:12.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Olik eller jämlik – En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan*, rapport 2019:4.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd*, rapport 2019:6.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, rapport 2020:4.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, rapport 2020:9.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:11.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga – En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:13.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021): *Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården*, PM 2021:1.

Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen (2007): *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.*

Nordic Council of Ministers Danielsdottir, S. och Ingudottir, J. (2020): *The First 1000 Days in The Nordic Countries. A Situation Analysis.*

OECD (2017): *The future of primary care Interim report and next steps*.

OECD och EU (2018): *Health at a glance: Europe*.

Public Health England (2016): Best start in life and beyond: Improving public health outcomes for children, young people and families Guidance to support the commissioning of the Healthy Child Programme 0–19: Health visiting and school nursing services.

Region Blekinge (2019): *Redovisning avseende överenskommelsen om god och nära vård 2019*.

Region Dalarna (2019): *Region Dalarnas redovisning av statliga medel God och nära vård, 2019-10-15, Nulägesbeskrivning och handlingsplan i omställningen till en mer nära vård*.

Region Stockholm (2019): *Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*.

Riksrevisionen (2011): *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan* (RiR 2011:19).

Riksrevisionen (2011): *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning* (RiR 2011:17).

Riksrevisionen (2014): *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22).

Ringsberg, K. C. et al. (2020): *Health literacy – Teori och praktik i det hälsofrämjande arbetet,* Studentlitteratur, Lund.

Risholm Mothander, P. & Broberg, A. (2018): *Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning utveckling och samspel.* Natur & Kultur, Stockholm.

Rück, C. (2020): *Olyckliga i paradiset: varför mår vi dåligt när allt är så bra?* Natur Kultur Akademisk.

Rose, G. et al. (2009): *Rose's Strategy of Preventive Medicine.* Oxford Scholarship Online:sept 2009.

Rootman, I. et al. (2001) *Evaluation in Health Promotion. Principels and Perspektives. Copenhagen*: WHO Regional Publications, European Series, No.92.

Sarkadi A. et al. (2018): *Spädbarnets utveckling och behov av en trygg bas.* ISSN: 2001-4287.

Sarkadi, A. (2020): *Barn och ungas röster om corona.* Uppsala universitet.

SBU – Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2010): *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn.*

SBU – Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2019): *Föräldrastödsprogram vid utagerande beteende hos barn: Effekter och verksamma komponenter.*

Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*. Kvalitetsgranskning, rapport 2015:05.

Skolinspektionen (2018): *Årsrapport 2017 Skillnader i skolors arbetssätt och huvudmännens ansvarstagande.*

Skolinspektionen (2020): *Skolenkäten*.

Skolverket (2019): *Hälsa för lärande – lärande för hälsa.*

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012): *Slutrapport från Modellområdesprojektet 2009–2011*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014): *Kartläggningsrapport – Första linje för barn och ungas psykiska hälsa*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015): *PSYNK – Psykisk hälsa för barn och unga Slutrapport för Psynk År 2011–2014.*

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar.*

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017): *Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*

SKL – Sveriges kommuner och Landsting (2018*): Slutrapport januari 2018 Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *Köp av verksamhet 2019 – Kommuner och regioner 2006–2018*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *BUP i siffror, öppna jämförelser.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Att stärka samverkan med hjälp av SIP – samverkan med hjälp av SIP – förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020 befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Delrapport – överenskommelse psykisk hälsa*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Första linjen 2020 – Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Nationell kartläggning om hälsoundersökningar för placerade barn.*

SKR (2020) Psykiatrin i siffror – kartläggning av barn- och ungdoms-psykiatrin 2019.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Förlossningsvård och kvinnors hälsa.*

Socialstyrelsen (2008): *Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt.*

Socialstyrelsen (2011): *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?*

Socialstyrelsen (2012): *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser*.

Socialstyrelsen (2012): *Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige.*

Socialstyrelsen (2012): *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Slutrapport.*

Socialstyrelsen (2013): *Nationella screeningprogram – en modell för bedömning, införande och uppföljning.*

Socialstyrelsen (2013): *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*.

Socialstyrelsen (2013): *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*.

Socialstyrelsen (2013): *Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska översikter.*

Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården*.

Socialstyrelsen (2014): *Barn som far illa eller riskerar att fara illa.*

Socialstyrelsen (2014): *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd.*

Socialstyrelsen (2015): *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal.*

Socialstyrelsen (2015): *Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar*.

Socialstyrelsen (2015): *Nationella riktlinjer – Utvärdering-Sjukdomsförebyggande metoder 2014 – Indikatorer och underlag för bedömningar.*

Socialstyrelsen (2015): *Skador bland barn i Sverige 2015.*

Socialstyrelsen (2016): *Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*

Socialstyrelsen (2017): *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning.*

Socialstyrelsen (2017): *Utvecklingen av psykisk ohälsa. Till och med 2016.*

Socialstyrelsen (2017): *Vård efter förlossning.*

Socialstyrelsen (2017): *Statistik om skador bland barn 2016.*

Socialstyrelsen (2017): *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning.*

Socialstyrelsen (2018): *Dödfödda barn.*

Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.*

Socialstyrelsen (2018): *Regionala skillnader i användningen av adhd-läkemedel bland barn – en fråga om psykosocial miljö?*

Socialstyrelsen (2018): *Öppna jämförelser 2018 – En god vård?*

Socialstyrelsen (2019): *Regeringsuppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI) – Lägesbeskrivning 2019.*

Socialstyrelsen (2019): *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie.*

Socialstyrelsen (2019): *Uppdrag om kartläggningar och analyser inom området psykisk ohälsa.*

Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.*

Socialstyrelsen (2019): *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa. Nationell kartläggning 2018.*

Socialstyrelsen (2019): *Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för en jämlik hälsa bland barn.*

Socialstyrelsen *(2019): Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn.*

Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården, slutrapport 2019.*

Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid neuropsykiatriska funktionshinder.*

Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019.*

Socialstyrelsen (2019): *Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa.*

Socialstyrelsen *(2019): Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018.*

Socialstyrelsen (2019): *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov.*

Socialstyrelsen (2020): *Barns medverkan i Socialstyrelsens arbeten. Ett stödmaterial för att inhämta barns kunskaper och erfarenheter.*

Socialstyrelsen (2020): *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2020.*

Socialstyrelsen (2020): *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).*

Socialstyrelsen (2020): *Munhälsa och tandvård för placerade barn.*

Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*

Socialstyrelsen (2020): *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2018.*

Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2020.*

Socialstyrelsen (2020): *Öppna jämförelser 2020 – Social barn- och ungdomsvård.*

Socialstyrelsen (2020): *Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården En andra delrapport från Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020.*

Socialstyrelsen (2021): *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten.*

Socialstyrelsen (2021): *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

Socialstyrelsen (2021): *Att lyssna på barn i familjehem. En nationell brukarundersökning om familjehemsplacerade barns upplevelser av vården.*

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2020): *Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner – Delredovisning*.

Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan.*

Staten och SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017): *Överenskommelse om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020.*

Statens Medieråd (2019): *Ungar & medier 2019.*

Statens Medieråd (2020): *Unga medier och psykisk ohälsa*.

Stewart-Brown, S. L. & McMillian, A. S. (2010): *Home and communiting based parenting support programmes and interventions:report of Worpackage 2 of the DataPrev project.* Coventry: Warwik Medical School.

Sundhetsstyrelsen (2019): *VEJLEDNING om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge.*

Svenska neonatalföreningen (2015): *Nationella riktlinjer för uppföljning av neonatala riskbarn.*

Svenska OMEP (2019): *Samarbete förskola – barnavårdscentral En nationell enkätundersökning 2019.*

Sveriges officiella statistik (2020): *Statistiska meddelanden BM 18 SM 2001 Sveriges framtida befolkning 2020–2070.*

Sveriges tandläkarförbund et al. (2019): *Förutsättningar för god mun- och allmänhälsa hos barn och ungdomar – Enkät till skolpersonal.*

Tell, J. (2019): *Implementation and use of web-based national guidelines in child healthcare.* Avhandling No. 2019:03 Blekinge Institute of Technology, Doctoral Dissertation Series No. 2019:03 Department of Health.

Uppdrag Psykisk Hälsa (2015): *Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa – framväxt, beskrivning av nuläget och vägen framåt*.

Uppdrag Psykisk Hälsa (2020): *PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0.*

Uppdrag Psykisk Hälsa (2020): *Psykiatrin i siffror, Barn och ungdomspsykiatrin – kartläggning 2019.*

UNHCR (2019): *Rapport baserad på FN:s World Population Prospect 2019.*

Vårdföretagarna Almega (2020) *Privat vårdfakta 2020 – Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen.*

Västra Götalandsregionen (2014): *Riktat föräldrastöd RiFS-projektets slutrapport En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning,* FoU i Väst.

Västra Götalandsregionen (2017): *Regional utvecklingsplan för BUP 2017–2020.* Dnr RS 2017-00018.

Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – Nuläge och behov. Delrapport 1.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2018): *Intervjustudie närstående till barn med kronisk sjukdom och många vårdkontakter, bilaga 2.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2019): *Intervjustudie med barn och unga med kronisk sjukdom och många vårdkontakter i Västra Götalandsregionen – hur de uppfattar kontakten med vården och hur de beskriver sin vardag, Regional handlingsplan för barn och ungas hälsa och sjukvård.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2019): *Uppdrag att utreda öppenvården för barn- och ungdomsmedicin i VGR.* Dnr RS 2019-08704

Västra Götalandsregionen (2019): *Trendanalys 2019*. Dnr RS 2019-03429.

Wallby, T. (2012): *Lika för alla?: Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC*, Uppsala universitet, Medicinska och farmaceutiska vetenskapsområdet, Medicinska fakulteten, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Pediatrik.(Socialpediatrik).

Wang et al. (2019): *Mode of HPV vaccination delivery and equity in vaccine uptake: A nationwide cohort study.*

Whitehead, D. (2006): *Health promotion in practice settings: findings from a review of clinical issues.* Worldviews on Evid Based Nurs, Volume 3, Issue 4/p. 165–184.

WHO (2008): *Now more than ever, World Health Report 2008?*

WHO (2008): *Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health.*

WHO (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.*

WHO (2018): *A vision for primary health care in the 21th century*.

WHO (2019): *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age.*

Winpenny, E. et al. (2016*): Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons*, Southampton (UK): NIHR Journals Library.

Pressmeddelanden och webbpublikationer

Internetstiftelsen (2018): *Svenskarna och internet 2018*. https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2018/ (Hämtad 20-02-12).

Internetstiftelsen (2019): *Svenskarna och internet 2019*. https://svenskarnaochinternet.se/app/uploads/2019/10/svenskarna-och-internet-2019-a4.pdf (Hämtad 20-02-12).

Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG och samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening (2008, uppdaterad webbversion 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. ARG rapport nr 76. www.sfog.se (Hämtad 2021-04-09).

Regeringen (2019): *Regeringen inrättar nationellt vårdkompetensråd*. www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/09/regeringen-inrattar-nationellt-vardkompetensrad/ (Hämtad 2020-01-03).

Regeringen (2019): Förbättrat strategiskt ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg. www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/11/forbattrat-strategiskt-ledarskap-inom-kommunalt-finansierad-vard-och-omsorg/ (Hämtad 2020-01-09).

Regeringen (2019): En nationell strategi för life science. www.regeringen.se/informationsmaterial/2019/12/en-nationell-strategi-for-life-science/ (Hämtad 2020-03-02).

Region Västerbotten (2020) *Hälsa – Lärande – Trygghet i Västerbotten. Årsrapport 2020*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *Patientkontrakt. Slutrapport januari 2018. Samarbetsprojekt i tre landsting/ regioner.* https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f745b33/1615362686662/Patientkontrakt_slutrapport_2018-02-14.pdf.

Socialstyrelsen (2018): *Inrapporterade depressioner och ångest-syndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018.* www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6768.pdf (Hämtat 2020-04-09).

The 1001 Critical Days (2021): *The importance of the Conception to Age Two Period.* www.nspcc.org.uk/globalassets/dokuments/news/critical-days-manifesto.pdf (Hämtad 2021-02-22).

Zero to Three (2012): *Making it happen.* www.zerotothree.org/document/349 (Hämtad 2021-02-19).

Medietryck och debattartiklar

Almgren, P. et al. (2020): Många barn har långvariga och stora behov av hälso- och sjukvård. *Läkartidningen 2020; 117:20045*.

Bris (2020): *Pandemin är en barnrättskris.* www.bris.se/om-bris/press-och-opinion/debattartiklar/pandemin-ar-en-barnrattskris/ (Hämtad 2021-01-06)

Sveriges Barnläkarförening (2021): Nedstängningar slår hårt mot barn och unga. *Svenska Dagbladet*. *2021-01-31.* www.svd.se/nedstangningar-slar-hart-mot-barn-och-unga (Hämtad 2021-02-01).

Webbsidor

Brottsförebyggande rådet (2019): *Unga misstänkta för brott.* www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/ungdomsbrottslighet.html (Hämtad 2021-04-09).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Att främja psykisk hälsa bland barn och unga*. www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/barn-och-unga--psykisk-halsa/ (Hämtad 2020-03-30).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Utveckling av barns och ungas hälsa.* www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/utveckling-av-barns-och-ungas-halsa/ (Hämtad 2020-03-30).

Folkhälsomyndigheten: *Bra att veta om vaccinationer*. www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/bra-att-veta-om-vaccinationer/ (Hämtad 2020-04-03).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Barnvaccinationsprogram – Allmänt program för barn.* www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vaccinationsprogram/allmant-program-for-barn/ (Hämtad 2020-03-27).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Vaccin mot Humant papillomvirus (HPV).* www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vacciner-a-o/humant-papillomvirus-hpv/ (Hämtad 2020-03-27).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet – Alkohol-konsumtion (skolelever)*, www.folkhalsomyndigheten.se/andtuppfoljning/om-indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion, cigaretter (skolelever)* www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion snus (skolelever)*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Narkotikaanvändning (skolelever*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk alkohol*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk tobak*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18)

Folkhälsomyndigheten (2020): *Spädbarnsdödlighet*, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/spadbarnsdodlighet/ (Hämtad 2020-03-19).

Folkhälsomyndigheten (2021): *Alkoholens skadeverkningar*, www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/alkoholens-skadeverkningar/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten, *Barn och unga* (2021): www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/ (Hämtat 2021-04-09)

Folkhälsomyndigheten (2021): *De första 1000 dagarna i de nordiska länderna*. www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/ (Hämtad 2021-04-09)

Folkhälsomyndigheten (2021): *Förekomst av övervikt och fetma*, www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/forekomst-av-overvikt-och-fetma/ (Hämtad 2021-01-27).

Föreningen för familjecentralers främjande (2021): *Vad är en familjecentral?* https://familjecentraler.se/vad-ar-en-familjecentral1/ (Hämtat 2021-04-09).

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2021): Om FSUM, http://fsum.nu/om/ (Hämtad 2021-04-09).

Globalportalen (2021): https://globalportalen.org (Hämtat 2021-04-09).

Graviditetsregistret (2021): *Detta är graviditetsregistret.* www.graviditetsregistret.se (Hämtat 2021-04-06).

Karolinska institutet – Svenska MeSH (2020): *Health Literacy – Hälsolitteracitet.* https://mesh.kib.ki.se/term/D057220/health-literacy (Hämtad 2020-12-06).

Midlands Partnership NHS Foundation Trust (2021): *School Age Immunisation Team*. www.mpft.nhs.uk/services/school-age-immunisation (hämtad 2021-04-12).

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (2021): www.mfof.se/om-mfof.html (Hämtat 2021-04-12).

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga*. www.anhoriga.se/barnsomanhoriga (Hämtad 2021-04-09).

Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2021): *Värna våra yngsta – spädbarns rätt till hälsa och utveckling*. www.anhoriga.se/nkaplay/barn-som-anhorig/konferenser-seminarier/ (Hämtad 2021-04-09).

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021): https://kunskapsstyrningvard.se/index.html (Hämtad 2021-04-09).

Nationellt system för kunskapsstyrning – Nationellt programområdet psykisk hälsa (2020): *Vård och insatsprogram för ADHD*. www.vardochinsats.se/adhd/ (Hämtad 2021-02-18).

Psykologförbundet: *Nationell målbeskrivning för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård* www.psykologforbundet.se/mbhv-psykologerna/foreningen/Nationell-malbeskrivning1/ (Hämtad 2021-04-06).

Region Jönköping (2019): *Erfarenheter från verksamheten.* https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45124 (Hämtad 20-02-24).

Region Jönköping (2019): *Erfarenheter från deltagarna*. https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45028 (Hämtad 20-02-24).

Region Jönköping (2019): *Esther*. https://plus.rjl.se/esther (Hämtad 20-02-23).

Region Jönköping (2019): *Levande bibliotek*. https://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=44778&nodeType=13 (Hämtad 20-02-24).

Region Kalmar län (2019): *Oskar – samverkan kommun och Region Kalmar län*, www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/oskar-samverkan-kommun-och-landsting (Hämtad 19-12-27).

Region Stockholm (2019): *Internetpsykiatri.* www.internetpsykiatri.se/ (Hämtad 20-02-26).

Rikshandboken för barnhälsovård (2020): www.rikshandboken-bhv.se/ (Hämtad 2020-03-30).

Rikshandboken för barnhälsovård (2021): *Enskilda föräldrasamtal* www.rikshandboken_bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal/ (Hämtad 2021-04-09).

Rikshandbok för barnhälsovård (2021): *Identifiering av skydds- och riskfaktorer*. www.rikshandboken-bhv.se (Hämtad 2021-04-09).

Rikshandboken i barnhälsovård (2021): *Screening med EPDS för depression hos nyblivna mammor*. www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/ (Hämtad 2021-02-09).

Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Teamarbete i barnhälsovården*. www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/teamarbete-i-barnhalsovarden/ (Hämtad 2021-04-09).

Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Barnhälsovårdens nationella program.* www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/ (Hämtad 2021-04-09).

SCB -Statistiska centralbyrån (2020): *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2019*. www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik--riket/befolkningsstatistik-i-sammandrag/ (Hämtad 2020-04-01).

SCB – Statistiska centralbyrån (2020): *Fler barn bor i storstäder i framtiden*. www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/fler-barn-bor-i-storstader-i-framtiden/ (Hämtad 2020-04-01).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): *23 000 barn går inte i förskola.* www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/23-000-barn-gar-inte-i-forskola/ (Hämtad 2021-02-01).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): Födda i Sverige. www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/fodda-i-sverige/(Hämtad 2021-02-09).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): *Kommunernas Räkenskapssammandrag 2019*. www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/ (Hämtad 2021-04-02).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): Folkmängd 0–19 år riket jämförelse år 2000 och år 2020 samt befolkningsprognos. www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsprognos-for-sverige/ (Hämtat 2021-02-19).

Skolverket (2021): *Elever som har det svårt hemma* www.skolverket.se/skolutveckling/inspiration-och-stod-i-arbetet/stod-i-arbetet/elever-som-har-det-svart-hemma (Hämtat 2021-04-09).

Skolverket (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)*. www.skolverket.se/skolutveckling/leda-och-organisera-skolan/organisera-tidigt-stod-och-extra-anpassningar/tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga (Hämtad 2021-04-09).

Skolverket (2020): *Andelen med behörighet till gymnasiet*, www.skolverket.se/skolutveckling/statistik/sok-statistik-om-forskola-skola-och-vuxenutbildning?sok=SokC&verkform=Grundskolan&omrade=Betyg%20%C3%A5rskurs%209&lasar=2019/20&run=1 (Hämtat 2020-12-20).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020. https://skr.se/download/18.438a2da8174729859c6b06e3/1600194793873/Beslutsläge-vårdval-Regioner-juni-2020.pdf (Hämtad 2020-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Ekonomistatistik 2010–2019.*
https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html
(Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Verksamhetsstatistik 2010–2019.*
https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html
(Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Vad är definitionen av primärvård?*
https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/tillganglighetprimarvarden/verksamhetsstodutokaduppfoljningiprimarvarden/fragorochsvaromutokaduppfoljningiprimarvarden/faqallmantomrapportering/vadardefinitionenavprimarvard.31799.html (Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Förlossningsvård och kvinnors hälsa.*
https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/forlossningsvardkvinnorshalsa.10832.html
(Hämtad 2021-02-12).

SKR (2021): *Metoder och verktyg vid samtal med barn inom socialtjänsten*
https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/barnochunga/samtalmedbarn/metoderochverktyg.34408.html
(Hämtat 2021-04-09).

SKR (2021): *Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården*
https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/overenskommelseomengodochnaravard/utvecklingavdennaravardenmedfokuspaprimarvarden.31668.html
(Hämtat 2021-04-06).

Socialstyrelsen (2019): *Digital verksamhetsutveckling i vården*, https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-den-enskilde (Hämtad 2019-12-27).

Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*. www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-25.pdf (Hämtad 2021-02-18).

Socialstyrelsen (2020): *Direktåtkomst för den enskilde*, https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-den-enskilde (Hämtad 20-03-09).

Socialstyrelsen (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI).* https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/om-tidiga-och-samordnade-insatser/ (Hämtad 2021-04-09).

Socialstyrelsen (2021): Stöd till barn som är anhöriga www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-vard-och-omsorg/stod-till-anhoriga/stod-till-barn/ (Hämtat 2021-04-09).

Svenska Barnhälsovårdsregistret (2021): *Svenska Barnhälsovårdsregistret*. http://bhvq.se (Hämtad 2021-04-09).

Tilia (2020): *Om oss* https://teamtilia.se/om-oss/ (Hämtad 20-12-21).

UMO.se (2020): www.umo.se/

Vårdhandboken:(2021): www.vardhandboken.se/ (Hämtad 2021-02-05).

1177 Vårdgivarguiden (2021): *Barn- och ungdomspsykiatrins spädbarnsverksamhet i Skåne* https://www.1177.se/Skane/liv--halsa/psykisk-halsa/att-soka-stod-och-hjalp/barn--och-ungdomspsykiatrins-spadbarnsverksamhet-i-skane/ (Hämtad 2021-04-06).

Västra Götalandsregionen (2021): *Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård Borås, Regionhälsan*, www.vgregion.se/halsa-och - vard/psykologenheter-for-modra-och-barnhalsovard/sodra-alvsborg/ (hämtad 2021-04-09)

Övrigt

Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24) (CRC/C/GC/15).

Regeringens nationella psykiatrisamordnare (2012): *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*. Dnr S2012.006.

Regeringens nationella samordnare inom området psykisk hälsa (2018) *Ungas beställning till samhället (S2018/04669/FS).*

Regeringskansliet Socialdepartementet (2018): En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd.

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* S 2020/07505.

Regeringsuppdrag till Statens skolverk och Socialstyrelsen, *Ändring av uppdrag att utföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga samt förlängd tid för uppdraget*, dnr U2020/00363.

Regeringsuppdrag till Statens skolverk och Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga*, U2017/01236/GV.

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer* S2019/04223/FST.

Regeringsuppdrag till Folkhälsomyndighet och Socialstyrelsen, *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention*, S2020/06171/FS.

Socialutskottet (2017): *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering.* (Dnr. 2017/18:RFR5).

Verksamhetschefsnätverket för BUP Sverige (2020): Skrivelse daterad 2020-05-28 om regeringsdirektivet.

Överenskommelse mellan staten och SKL om Patientmiljarden – Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården 2018.

Överenskommelse mellan staten och SKL om God och nära vård En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019.

Överenskommelse mellan staten och SKR om Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020.

Överenskommelse mellan staten och SKR om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021.

Överenskommelse mellan staten och SKL om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020.

Kommittédirektiv 2019:93

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Beslut vid regeringssammanträde den 28 november 2019

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga som lider av psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, BUP.

Utredaren ska bl.a.

- utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, t.ex. genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll,
- i dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå,

– ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri, med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), och
– lämna nödvändiga författningsförslag och säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter. Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

Bakgrund

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska bl.a. den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa. Av patientlagen (2014:821) framgår att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

I patientlagen anges att barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn. Vidare finns det särskilda bestämmelser om att barnet ska ges möjlighet att uttrycka sin inställning till vården och om att underlätta barnets delaktighet i hälso- och sjukvården med beaktande av ålder och mognad. Uppföljningar från bl.a. myndigheter och utredningar visar dock att vård inte alltid ges utifrån dessa förutsättningar och att tillgången till vård och samordningen av den varierar mellan olika regioner och vårdgivare.

Målgruppen för uppdraget är barn och unga. Regeringens barnrättspolitik tar sin utgångspunkt i FN:s konvention om barnets

rättigheter (barnkonventionen) och omfattar barn och unga upp till 18 år. Ungdomspolitiken omfattar unga mellan 13 och 25 år.

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. Antalet barn och unga med psykisk ohälsa har dock ökat kraftigt under de senaste tio åren. Totalt handlar det om närmare 190 000 barn och unga vuxna i Sverige som lider av någon form av psykisk ohälsa. Den enskilt största gruppen, drygt 63 000 personer, är unga kvinnor i åldern 18–24 år. Det är framför allt diagnoser för depressioner och olika ångestsyndrom som bidrar till ökningen av den psykiska ohälsan. Orsakerna till ökningen kan vara flera, bl.a. ökad skolstress och ökade krav på arbetsmarknaden. De första åren i ett barns liv är viktiga för barnets utveckling och framtida hälsa. Brister i spädbarnets omsorgsmiljö påverkar barnet både kognitivt och emotionellt på lång sikt. Tidiga insatser på olika nivåer är avgörande för att säkerställa späda barns rätt till hälsa och utveckling.

Det finns också skillnader i hälsa som beror på socioekonomiska faktorer. Det framgår bl.a. av delbetänkandet Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55) från Kommissionen för jämlik hälsa. Barn som lever i socioekonomisk utsatthet löper t.ex. mycket högre risk att skrivas in på sjukhus och att dö under barndomen än andra barn. Dessa barn har sämre hälsa och tandhälsa även i vuxen ålder och sämre förutsättningar för lärande, arbete och en egen inkomst. Även barn och unga som är placerade av socialtjänsten är särskilt utsatta. Det är centralt att barn och unga får tillgång till en sammanhållen vård som tar hänsyn till barns och ungas förutsättningar och behov så att de kan utvecklas och må bra även i vuxen ålder. Det gäller såväl hälso- och sjukvårdsinsatser som hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Uppföljningar, bl.a. från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Socialstyrelsen, visar att fragmentiseringen av och den bristande tillgången till hälso- och sjukvården samt otydlig ansvarsfördelning mellan de aktörer som erbjuder hälso- och sjukvård leder till att barn och unga ofta hamnar mellan stolarna. Det gäller särskilt barn och unga med psykisk ohälsa. IVO har i sin tillsyn sett att barn och unga med psykisk ohälsa riskerar att drabbas av brister i samordning och en osammanhängande vårdkedja samt att primärvården inte alltid har kapacitet och kompetens för att ta hand om barn och unga och familjer i kris. IVO lyfter även fram att det förekommer

att både primärvården och psykiatrin hänvisar barn och unga till elevhälsan med sina problem trots att elevhälsan inte är en vårdinstans. Samverkansproblem förekommer också mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, t.ex. när det gäller barn och unga inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Problematiken med fragmentisering i vården drabbar också barn och unga med funktionsnedsättning och barn och unga med kroniska sjukdomar. Behovet av kontinuitet och samordning i vården är stort för dessa barn och unga och deras vårdnadshavare som ofta har många kontakter med vård och omsorg. Riksrevisionens granskningsrapport Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning (RiR 2011:17) visar att samordningen kring barn med funktionsnedsättning har stora brister och att alltför mycket ansvar för samordningen läggs på de anhöriga. Ingen aktör runt barnet anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan och ingen känner sig huvudansvarig för samordningen. Riksrevisionen pekar här på att det blir avgörande att det finns en stark och drivande anhörig för att samordningen ska fungera.

Svårigheter kan uppstå i övergången mellan barn- och vuxenvården. Övergången kan upplevas abrupt för många barn och unga och även deras närstående. Det handlar om att gå från en vårdkultur till en annan där det omhändertagande som finns i barn- och ungdomshälsovården upphör och den unga i högre grad förväntas ta eget ansvar. Det kan leda till otrygghet hos den unga. Övergången från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin kan vara särskilt svår. Även i övergångar mellan den nära och den specialiserade vården kan exempelvis bristande kommunikation och återkoppling göra att omhändertagandet upplevs osammanhängande.

Ansvaret för första linjens barn- och ungdomshälsovård är uppdelat på flera huvudmän och vårdgivare

Ansvaret för barn- och ungdomshälsovården är fördelat på flera huvudmän, regleras av olika lagar och har olika målsättningar. Regionerna är huvudmän för delar av primärvården inklusive mödravården och barnhälsovården. Kommuner är huvudmän för den kommunala hälso- och sjukvården, och kommuner och enskilda skolhuvudmän är huvudmän för elevhälsan. Ungdomsmottagningar kan organiseras av regioner och kommuner.

Primärvårdens uppdrag regleras i HSL och avser öppenvård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det finns en kärnverksamhet som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga regioner men samtidigt finns det variationer inom ramen för den gemensamma kärnan. Dessa variationer handlar t.ex. om på vilken detaljnivå uppdragen är formulerade och om åtagandenas omfattning inom det allmänmedicinska kompetensområdet samt om rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Mödravården och barnhälsovården ingår i primärvården. Mödravården ansvarar bl.a. för att följa hälsoutvecklingen för mödrar och foster under graviditeten. Det finns betydande skillnader i de lokala uppdragsbeskrivningarna för mödravården, och på vissa håll begränsas mödravårdens föräldrastöd till förlossningsförberedande kurser för föräldrar.

Barnhälsovården ansvarar för hälsovårdande insatser för alla barn från födelsen till start i förskoleklass. En central uppgift för barnhälsovården är att främja och följa alla barns hälsa, utveckling och livssituation. Barnhälsovård organiseras oftast i form av barnavårdscentraler. På barnavårdscentralen arbetar en eller flera legitimerade sjuksköterskor och läkare. Barnhälsovården erbjuder hälsovägledning, föräldrastöd och hälsoövervakning av alla anslutna barn enligt ett för barnhälsovårdsområdet lokalt eller regionalt fastställt program.

Kommunerna ska erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bl.a. för personer med funktionsnedsättning och i dagverksamhet. Vidare har samtliga regioner utom ett efter överenskommelse med kommunerna i länet överlåtit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende till kommunala huvudmän. I kommunen måste det finnas minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Den kommunala hälso- och sjukvården inkluderar inte sådan vård som ges av läkare. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Ungdomsmottagningar är ett frivilligt åtagande för regioner och kommuner. Tillgången till mottagningar i landet varierar, liksom organisation, bemanning och innehåll. Det finns ingen övergripande

organisations- eller ledningsstruktur på nationell nivå för ungdomsmottagningarna, och nationella rekommendationer och kvalitetsindikatorer saknas. Mottagningarnas uppdrag kan se olika ut och det kan finnas lokala riktlinjer för verksamheterna. Ungdomsmottagningarna vänder sig huvudsakligen till ungdomar mellan 13 och 20 år men både den nedre och övre åldersgränsen kan variera mellan mottagningar. Ungdomsmottagningar tar emot unga som vill ha hjälp inom sexuell och reproduktiv hälsa samt fysisk och psykisk hälsa.

I flera regioner och kommuner finns också så kallade familjecentraler som erbjuder mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socionomer kan det även finnas andra yrkesgrupper representerade, såsom familjerådgivare, tandhälsopersonal och psykolog. Kännetecknande för verksamheten är att huvudmännen samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärfacklig samverkan.

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan. Av 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) framgår att det ska finnas elevhälsa för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsans arbete ska vara förebyggande och hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling mot målen. Vidare framgår att det ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator för elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.

Elevhälsan kan organiseras på olika sätt. Hos en del huvudmän är elevhälsan knuten till den enskilda skolan medan den hos andra är centralt placerad.

Enligt 2 kap. 27 § skollagen ska varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller, och för varje elev i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska det erbjudas minst ett hälsobesök. Hälsobesöken ska vara jämnt fördelade under skoltiden.

Av 2 kap. 28 § skollagen framgår att elever som avses i 27 § vid behov får anlita elevhälsan för enklare sjukvårdande insatser, t.ex. omplåstring eller liknande. Den medicinska personalen inom elevhälsan erbjuder även vaccinationer i enlighet med vaccinationsprogrammet för barn och unga (2 kap. 3 a § smittskyddslagen [2004:168]).

Regeringens insatser för en mer sammanhållen vård och utvecklad elevhälsa

För att främja utvecklingen av en mer samordnad vård har regeringen tillsatt flera utredningar och gett uppdrag till myndigheter. Regeringen har bl.a. gett en särskild utredare i uppdrag att stödja regioner, myndigheter och organisationer i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård. I utredningens uppdrag ingår även att se över förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan som ett stöd för denna samordning. Utredningen har lämnat förslag på en färdplan som ska ligga till grund för en omställning från den sjukhustunga vården till en god och nära vård som utformas och erbjuder vård efter patienternas behov och förutsättningar. Primärvården ska vara navet i vården. Regeringen har också ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att stödja utvecklingen av denna vård.

I överenskommelsen från 2019 mellan staten och SKL om insatser inom området psykisk hälsa fördelades medel till regioner och kommuner för att genomföra utvecklingsinsatser inom området. Bland annat fördelades medel till regionerna för att stimulera och rusta nya initiativ för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen riktas bl.a. till barn- och ungdomspsykiatrin och första linjens vård för psykisk ohälsa. Även SKL har genom överenskommelsen tillförts medel för att samordna kommuners och regioners behov av erfarenhetsutbyte, stödja kommuner och regioner i arbetet med att genomföra lokalt och regionalt utvecklingsarbete, ge metodstöd, utveckla verktyg och stödmaterial samt genomföra uppföljningar.

Under 2018 och 2019 har regeringen ingått årliga överenskommelser med SKL om stöd till regionerna för ökad tillgänglighet i

barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet främst i socioekonomiskt utsatta områden.

Flera utredningar, bl.a. Kommissionen för jämlik hälsa, visar på att dagens barn- och ungdomshälsovård fortfarande är fragmentiserad med många olika aktörer och huvudmannaskap. Det leder i sin tur till att barn och unga inte alltid får sina behov tillgodosedda. Barn och unga är en särskilt utsatt grupp så till vida att de inte alltid kan föra sin egen talan i dessa frågor och att det finns en tydlig maktobalans mellan barnen och personal i vården. Därför behöver det tas ett samlat grepp om de vårdinsatser som erbjuds. Det är viktigt att täppa till de luckor som finns i dagens vårdsystem för att på så vis skapa förutsättningar för en mer sammanhållen vård. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga är också, enligt regeringens bedömning, en förutsättning för att den specialiserade vården ska kunna avlastas och att köerna till barn- och ungdomspsykiatrin ska kunna kortas.

Vidare har regeringen gett Statens skolverk och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans genomföra ett treårigt utvecklingsarbete som ska syfta till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser (U2017/01236/GV).

I syfte att öka den genomsnittliga personaltätheten inom elevhälsan har regeringen beslutat förordningen (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser. Satsningen är permanent.

Skolverket har också haft regeringens uppdrag att genomföra insatser för att förbättra det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom elevhälsan i syfte att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål (U2016/02937/S). Skolverket redovisade uppdraget i januari 2019 och konstaterar att det genom insatsen blivit tydligt att elevhälsouppdraget behöver organiseras utifrån en skolgemensam kultur där betydelsen av ett hälsofrämjande arbete, och detta sätt att tänka och utveckla skolan, behöver genomsyra all verksamhet på skolan.

Regeringen har även tillsatt en utredning om elevers möjligheter att nå kunskapskraven bl.a. med uppdrag att analysera hur elevhälsoarbetet kan utvecklas och föreslå insatser som kan bidra till att

skapa ett mer aktivt och väl fungerande elevhälsoarbete och därmed stärka elevhälsans kompensatoriska roll. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag den 28 februari 2020 (dir. 2019:38).

Behovet av en utredning

Regeringen bedömer att det behövs ytterligare insatser för att tillgodose de behov som barn och unga har av hälso- och sjukvård inklusive hälsofrämjande insatser. De insatser som har genomförts för att stödja samordningen när det gäller barn- och ungdomshälsovården har hittills inte lett till önskat resultat.

Behovet att se över en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård har också lyfts fram i flera tidigare utredningar.

Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar föreslår t.ex. i sitt slutbetänkande Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar (SOU 2017:9) att en statlig utredning bör tillsättas med uppdrag att lämna förslag om hur en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård från 0 till 25 års ålder, som inkluderar tillgång till förebyggande och främjande arbete för alla barn och unga, bör utformas. Utredningen lyfter fram att hälsa har stor betydelse för ungas etablering i samhället och att den ökade ohälsan bland unga utgör en riskfaktor för att misslyckas i skolan och för att hamna utanför studier och arbete. Bland unga som varken arbetar eller studerar är det vanligare att känna sig deprimerad, ha lågt självförtroende och uppleva fysiska besvär. Många unga som varken arbetar eller studerar har haft hälsoproblem sedan tidig ålder.

Samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården har i sin slutrapport Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid (S2016/01023-3) bedömt att det finns behov av tidiga och samordnade insatser mellan fler intressenter för att utifrån olika tvärkompetenser bygga en hållbar kedja av tidiga och förebyggande insatser för barn och unga.

Även den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa föreslår i rapporten Ungas beställning till samhället (S2018/04669/FS) att regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att ta fram en modell för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård för barn och unga i åldern 0–25 år. På så vis säkerställs att barn och unga som är i behov av insatser från flera huvudmän kan få stöd och hjälp på

ett lättillgängligt sätt och att samhällets stödsystem utformas utifrån barns och ungas behov och villkor.

I slutbetänkandet från Kommissionen för jämlik hälsa, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa (SOU 2017:47), föreslås att en utredning ska tillsättas för att ta fram förslag på en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård där elevhälsan ingår. Kommissionen menar att om elevhälsans resurser samlas centralt och inte avgörs av varje skola skapas förutsättningar för en mer jämlik vård. Bakgrunden till förslaget är bl.a. den varierande tillgången till elevhälsan och elevhälsans lagstadgade professioner på skolor runt om i landet. Kommissionen menar vidare att man bör se över om även ungdomsmottagningarna kan och bör inkorporeras i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Kommissionen pekar dessutom på att de olika aktörer som arbetar med barn och ungdomshälsovård i påfallande grad är organisatoriskt och professionellt separerade från varandra, vilket bl.a. leder till fragmentisering av vården och till att det förebyggande arbetet förbises. Kommissionen anser att en sammanhållen organisation för barn- och ungdomshälsovården skulle öka förutsättningarna för en mer jämlik vård. Det skulle också öka möjligheten att möta barn behov utifrån deras utvecklingsnivå i stället för utifrån ålder samt säkerställa att barn med behov av samordnade insatser från flera aktörer får rätt vård och stöd.

SKL har också lyft behoven av en sammanhållen barn- och ungdomsvård. I rapporten Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar (2017) framför SKL att organiseringen av barn- och ungdomshälsovården behöver utredas för att på ett ännu mer träffsäkert sätt tillgodose alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa oavsett bakgrund.

Vikten av att alla elever får tillgång till en elevhälsa av god kvalitet har tidigare belysts av Skolinspektionen 2015 och i betänkandet Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning (SOU 2010:95), särskilt dess betydelse för elever i behov av särskilt stöd. Skolkommissionen konstaterar i sitt slutbetänkande Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35) att elevhälsan utgör en viktig resurs för skolans arbete med elevers välbefinnande, utveckling och lärande. Skolkommission anser vidare bl.a. att kunskapsuppbyggnaden och kunskapsspridningen av arbetssätt och metoder inom elevhälsoområdet behöver förbättras. Det handlar dels om hur skolors generella hälsofrämjande arbete kan ut-

formas för att ha effekt och vara en integrerad del i skolans verksamhet, dels om att utarbeta evidensbaserade program för att motverka psykisk ohälsa.

Enligt januariavtalet, som är en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna behöver ansvaret för barns hälsa, från mödravård tills barnet fyllt 18 år, samordnas och en utredning om hur samordningen ska stärkas kring barn- och ungdomshälsan ska tillsättas.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga

I dagens system med många aktörer och flera huvudmän riskerar vården för barn och unga att fragmentiseras, och det försvårar förutsättningarna för att hålla ihop och samordna vården för barn och unga med olika vårdbehov. Samordning av barnets eller den unges vårdkontakter får ofta hanteras av föräldrar eller andra närstående, när den i de flesta fall skulle hanteras bättre av en professionell person i den nära vården. Det finns därför behov av att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och hur en sådan reform skulle kunna genomföras. Utgångspunkten är att barn och unga ska få vård och behandling efter behov och att hälsofrämjande insatser erbjuds för att i möjligaste mån förebygga psykisk ohälsa eller kroniska sjukdomar. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga kan vidare avlasta föräldrar ansvaret att samordna vårdens insatser för sina barn.

Eftersom andelen barn och unga som upplever psykisk ohälsa har ökat på senare år, är det särskilt viktigt att se över hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd.

Regeringen har beslutat om tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (dir. 2019:49) med uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa, i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. Det är viktigt att barn och unga som lider av psykisk ohälsa, och som inte behöver den specialiserade vårdens insatser, fångas upp i övergången från den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården till vård för vuxna. De båda utredningarnas uppdrag bör därför samordnas med varandra.

Ansvaret för de hälso- och sjukvårdande insatserna och de förebyggande och hälsofrämjande insatserna behöver renodlas genom att tydliggöra olika aktörers och professioners roller och ansvar.

Det finns också behov av att definiera vad som ingår i uppdraget att erbjuda en god och nära vård för barn och unga och att avgränsa uppdraget i förhållande till andra relevanta aktörer inom regioner och kommuner, t.ex. barn- och ungdomspsykiatrin och socialtjänsten. Dessutom bör samordningsansvaret tydliggöras för vård- och behandlingsinsatser för barn och unga gentemot andra aktörer såsom den kommunala hälso- och sjukvården. Även tandvårdens roll ska beaktas. Det är särskilt viktigt att tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande och förebyggande insatser så att barn och unga som har behov kan erbjudas adekvata insatser.

I dag finns många olika aktörer som är inblandade i hälso- och sjukvården för barn och unga vilket kan bidra till otydlighet och risker för dessa individer att falla mellan stolarna. Lämpligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna) och ungdomsmottagningarna behöver därför övervägas. Även när det gäller de medicinska delarna av elevhälsan kan för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap övervägas. Skolsköterskornas roll i elevhälsan ska dock vara oförändrad, dvs. deras närvaro i skolan ska bestå, detta eftersom skolsköterskorna har en viktig roll i skolornas hälsofrämjande arbete och är en viktig del i elevhälsans samlade kompetens. Av 3 kap. 7 § skollagen framgår exempelvis att det vid utredning av behov av särskilt stöd ska ske samråd med elevhälsan, om det inte är uppenbart obehövligt.

För att möjliggöra en samordning av relevanta aktörer med betydelse för barn- och ungdomsvården är det också angeläget att det finns ändamålsenliga och effektiva kontaktvägar mellan de olika aktörerna så att barn och unga snabbt kan få hjälp hos rätt instans. Även i förhållande till specialiserad hälso- och sjukvård är det viktigt att kommunikation och återkoppling fungerar som den ska.

Även samordningen av barnhälsovården och ungdomsmottagningar med socialtjänsten och annan relevant verksamhet som riktar sig till barn i så kallade familjecentraler kan förbättras.

Framtidens verksamheter behöver kunna organiseras på ett mer sammanhållet och ändamålsenligt sätt, där det är klarlagt för vilka åldersgrupper den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården

ska erbjudas. En utgångspunkt för detta ska vara att förenkla dagens system och om möjligt minska antalet aktuella aktörer. Möjligheten att samordna vårdinsatser för barn upp till 12 år i barnhälsovården och för barn och unga från 13 år inom ungdomsmottagningarnas verksamhet skulle t.ex. leda till en sådan minskning.

Utredaren ska därför

- utreda försättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur reformen kan organiseras och genomföras på ett ändamålsenligt sätt, inklusive att överväga lämpligheten och möjligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för bl.a. aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna), ungdomsmottagningarna och de medicinska delarna av elevhälsan,
- kartlägga kontaktvägar mellan relevanta instanser inom barn- och ungdomsvården och vid behov föreslå hur dessa kan bli mer ändamålsenliga och effektiva så att barn och unga kan få sina samlade hälso- och sjukvårdsbehov tryggt omhändertagna,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, t.ex. genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå vad som ska ingå i uppgiften att erbjuda en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och vilka åldersgrupper som vårdens olika aktörer ska ha ett ansvar för,
- utreda samordningsansvaret gentemot andra aktörer, t.ex. den specialiserade vården, och hur samverkan med relevanta aktörer såsom familjecentraler kan stärkas,
- lämna förslag som bidrar till att vården utformas så att barn, unga och närstående ska kunna vara delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av stöd och insatser, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren utgå från ett barnrätts- och ungdomsperspektiv samt ta hänsyn till närståendeperspektivet. De insatser som utredaren föreslår ska syfta till att barn och unga erbjuds en jämlik hälso- och sjukvård och hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, i alla åldrar oavsett modersmål, bostadsort eller vårdgivare.

Informationsöverföring

För att få till en sammanhållen vård krävs ett fungerande informationsutbyte. Den mångfald av aktörer som barn och unga möter styrs av olika lagstiftningar och måste löpande hantera avvägningen mellan å ena sidan sekretessregler som värnar den enskildes integritet och behovet av informationsdelning för att kunna ge en god vård.

Utredaren ska därför

– föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas, både när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser, och

– lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (EU:s dataskyddsförordning).

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta arbetet med patientkontrakt. I analysen ska även ingå att säkerställa att barn och unga som önskar och där så bedöms lämpligt, ska ha tillgång till sin egen hälsoinformation.

Nationell uppföljning av barn- och ungdomshälsovården

En central uppgift för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga bör vara att följa barns och ungas hälsoutveckling över tid både individuellt och på aggregerad nivå. Som ett led i detta bör en sammanhållen journalföring övervägas som ska kunna följa barnets individuella hälsoutveckling från dagens mödra- och barnhälsovård

till elevhälsan och ungdomsmottagningarna, detta i enlighet med vad Kommissionen för jämlik hälsa föreslår i sitt slutbetänkande (SOU 2017:47). På så sätt samlas informationen om barnets eller den unges hälsoutveckling och det ger ett gott beslutsunderlag för eventuella åtgärder. En sådan uppföljning underlättar också kunskapsutvecklingen om barns och ungas hälsobehov på nationell nivå och kan bidra till att utveckla mer effektiva och tidiga insatser för att förebygga ohälsa hos barn och unga.

Utredaren ska därför

- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stöder utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta EU:s dataskyddsförordning.

Uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa

Både nuvarande regering och tidigare regeringar har genomfört omfattande reformer och satsningar på psykiatrin och inom området psykisk hälsa. I januariavtalet anges att ett mål om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska slås fast. För barn- och ungdomspsykiatrin har kapaciteten att ta emot fler patienter ökat, men ökningen av barn och unga som mår dåligt har ökat i högre takt vilket innebär att tillgången till vård ändå inte motsvarar behovet. Sedan 2014 har staten och SKL tecknat överenskommelser om insatser på området psykisk hälsa bl.a. för att stödja huvudmännens arbete med att möta den psykiska ohälsan hos barn och unga. För att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri behöver det finnas en väl fungerande första linjens vård som i ett tidigt skede kan fånga upp de barn och unga som behöver hjälp och stöd. Målet kan inte nås enbart genom en utbyggnad av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, utan en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård är en förutsättning även för detta.

För att stödja huvudmännen i deras nuvarande arbete med att utveckla en mer sammanhållen god och nära vård för att bl.a. möta

den psykiska ohälsan bland barn och unga ges utredningen även ett främjande uppdrag. Denna del av uppdraget ska ske i nära dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän. I dialogerna med dessa aktörer kan också deras respektive förutsättningar för att ge bra vård och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa, samsjuklighet, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar belysas. På så sätt kan utredaren få kunskap om i vad mån det nationella stödet från både myndigheter och SKL är ändamålsenligt utformat. Den kunskap och de erfarenheter som det främjande uppdraget ger utredaren utgör ett viktigt underlag för de förslag som utredaren har i uppdrag att lämna.

Utredarens främjande uppdrag innebär att, i dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän, stärka och stödja deras arbete med att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa hos barn och unga samt att förebygga samsjuklighet och kroniska sjukdomar. Arbetet ska stimulera och inspirera huvudmännen till att utveckla relevanta verksamheter för att på bästa sätt möta de utmaningar som finns.

Utredaren ska därför

- föra dialog med ett relevant antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän av varierande storlek och med en geografisk spridning med målet att ge aktörerna stöd och inspiration för att utveckla former för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga,
- bistå med goda exempel på framgångsrika arbetssätt från andra huvudmän, t.ex. samarbete mellan MVC, BVC, specialiserad hälso- och sjukvård, förskola, skola, socialtjänst och tandvård,
- fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer som identifieras i dialogerna och beakta detta i utredningsarbetet, samt
- föra dialog med SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter liksom regionernas och kommunernas egna kunskapsstrukturer för att säkerställa att arbetet utgör ett konkret stöd för en kunskapsbaserad verksamhet och som en del av en samlad nationell kunskapsstyrning.

Utredaren ska därutöver

- i samråd med regioner, kommuner, enskilda skolhuvudmän, SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter, professioner och andra berörda parter, ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet, detta dels genom insatser inom ramen för överenskommelsen som riktas mot barn- och ungdomspsykiatrin i sig, dels genom utveckling av det främjande och förebyggande arbetet, så som omställningen till den nära vården, utvecklad elevhälsa och särskilda insatser riktade mot riskgrupper. Underlaget kan även användas för andra nationella insatser för att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri,
- inom ramen för arbetet med att ta fram underlaget till överenskommelse med SKL analysera och ge förslag på hur utökade nationella insatser kan bidra till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet. Förslagen ska vara skalbara.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön och vad gäller jämlik vård över landet.

Utredaren ska beräkna och beskriva de administrativa, organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av de förslag som läggs fram. Om förslagen innebär kostnadsökningar för stat respektive landsting och kommun ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som motiverat förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Barnrätts- och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och konsekvenser för barn och unga ska särskilt belysas.

Utredaren ska särskilt

- belysa hur eventuella organisatoriska förändringar påverkar elevhälsan och ungdomsmottagningarna och förutsättningarna att stödja barn och unga, och
- belysa och analysera konsekvenserna av förslagen för barn och unga, med särskilt fokus på grupper som i dagens system inte får sina behov av sjukvårdande och hälsofrämjande insatser tillräckligt tillgodosedda, bl.a. späda barn, barn och unga med psykisk ohälsa och barn och unga med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet som har behov av samordnande insatser från olika aktörer.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska i arbetet samråda med berörda myndigheter, vårdgivare och organisationer som företräder barn och unga och professionerna. Dialogen med barn och unga är särskilt angelägen. Utredaren ska utgå ifrån och samordna sina förslag med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) liksom med andra relevanta utredningar.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Den skriftliga redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

(Socialdepartementet)

Sammanställning av barns förslag till utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (SOU 2019:05)

Innehåll

Inledning **520**

Frågorna i enkäten på bris.se **522**

När mår barn och unga dåligt, och varför? **524**

Vart vänder sig barn och unga som mår dåligt? **527**

Vad vill barn och unga se för förändringar och förbättringar? **530**

Förbättringar inom skolan **536**

En bättre fritid – för alla **539**

Vad får barn och unga att må bra? **541**

> Jag brukar känna mig ledsen ibland men jag får ingen hjälp, det är därför jag chattar på Bris.
>
> *Tjej 11 år*

Inledning

Tack till alla som deltagit!

Bris och utredningen vill rikta ett varmt tack till alla barn och unga som delat med sig av sina egna erfarenheter, tankar och idéer för att förbättra vården för barn och unga som mår dåligt.

Att ni lagt tid och energi på att svara på våra frågor är ovärderligt och kommer vara till stor hjälp för utredningen. Tack!

Barns förslag ger vuxna nya perspektiv

Barn är experter på sina egna liv, och har rätt att komma till tals i frågor som rör dem. 700 barn har bidragit med egna erfarenheter, kunskap och förslag till utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (S 2019:05).

Barn har rätt till delaktighet och inflytande i frågor som rör dem och deras liv. Det slås fast i barnkonventionens artikel 12. För organisationer och verksamheter som jobbar med barn blir arbetet bättre om barnens egen åsikt beaktas och tillåts vara en del av verksamhetens utformning. Barns delaktighet ger vuxna nya perspektiv och kan hjälpa oss att se brister och lösningar som kanske inte hade uppmärksammats annars. Det viktigaste är att inflytandet blir på riktigt, användbart och meningsfullt för både barn och vuxna.

En sammanställning av 700 bidrag

I arbetet med den statliga utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (S 2019:05) har Bris och utredningen samarbetat för att möjliggöra för barn själva att komma till tals, och

berätta både om sina egna erfarenheter och sina idéer och förslag på förbättringar. Den här rapporten är en sammanställning av närmare 700 barns bidrag till utredningen.

Underlaget till sammanställningen har samlats in på olika sätt. Bris och utredningen har tillsammans genomfört expertgrupper enligt Bris metod **Expertgrupp barn**[1] på fyra högstadieskolor.

Expertgrupperna har jobbat strukturerat med utredningens frågeställningar under en halvdag. Dessutom har flera skolklasser på samma skolor svarat på frågor och gett viktiga inspel och bidrag.

Fyra skolor runtom i landet har deltagit. Bris har också genomfört en enkät på bris.se, där nästan 400 barn deltog under de två veckor som enkäten låg uppe. De som svarade var i åldrarna 8–18 år. Av de som svarade skattade 148 (38 procent) sin egen hälsa som bra eller mycket bra, och 244 (62 procent) uppgav att deras egen hälsa var dålig eller ganska dålig.

[1] Läs mer om Expertgrupp barn här: bris.se/om-bris/vart-arbete/utbildningar/expertgrupp-barn.

Frågorna i enkäten på bris.se

1. Ålder:
2. Kön:
3. Hälsa är att känna sig både frisk och glad för det mesta, men också att ha goda relationer med familj och kompisar. Har du en bra hälsa?
   a) Mycket bra
   b) Bra
   c) Ganska dålig
   d) Dålig

1. Vad är viktigast för din hälsa?
   _____
2. Kan du berätta om när du inte mådde bra och behövde hjälp? Fick du hjälp och hur gick det i så fall?
   _____
3. Vilka förändringar i hälso- och sjukvården skulle vara viktigast för dig om du fick önska? (inom t.ex. elevhälsan, ungdomsmottagningen, vårdcentralen, barnpsykiatrin etc.)?
   _____
4. Hur skulle du vilja vara med och påverka din hälso- och sjukvård i framtiden?
   _____

Frågorna vi använt vid genomförandet av skolträffarna

Vet du vem du skulle vända dig till i dag om du skulle må dåligt?

- När mår man dåligt? Vad kan vara symptomen, anledningarna?
- Vem pratar man med när man mår dåligt? Varför?
- Vart kan man vända sig när man mår dåligt och behöver stöd och hjälp?

För att barn och unga ska må bättre – vilka förändringar skulle du önska gjordes?

- Har ni någon ny idé på något som inte finns i dag? Vad skulle det kunna vara?
- Det som finns i dag, hur skulle det kunna bli bättre?

När mår barn och unga dåligt, och varför?

Barnen berättar om trötthet, stress, ångest och nedstämdhet, och beskriver att det kan finnas flera olika anledningar till att må dåligt. Det kan handla om situationen hemma, utsatthet i skolan eller problem i sociala relationer.

Stress, ångest och nedstämdhet

När de barn som deltagit beskriver hur det är att må dåligt berättar många om trötthet – att inte ha ork att göra något, att allt känns tråkigt. De berättar om en känsla av att inte vilja vara med, att isolera sig.

Andra berättar om stress, att märka att ens mående påverkar skolan och betygen, och att de känner stress över det. Stressen kan ge fysiska besvär, som att man mår illa och kräks. Det finns också berättelser om ångest, att känna sig deprimerad och ledsen och bara gråta.

I enkätsvaren är den mest förekommande anledningen att barn och unga inte vet varför de mår dåligt, utan att de känner sig nedstämda utan någon särskild anledning.

En 11-årig tjej förklarar:

> Jag mår inte bra och har inte fått hjälp. Jag är ledsen varje dag och det känns som ingen i hela världen gillar mig.

Några av barnen beskriver självmordstankar – att de känner att de inte orkar leva längre eftersom de mår så dåligt.

En 17-årig tjej berättar:

Jag ville dö och hade varit nedstämd i flera månader i sträck, så jag kontaktade min skolas kurator. Svaret jag fick var att det var normalt och inget mer. Det förvärrade bara min mentala hälsa då jag trodde det inte fanns någon väg ut ur att jag mådde så dåligt.

En 15-årig tjej skriver:

Jag mår inte bra nu och tänker inte ta hjälp. Jag vill dö.

Jag har inte tid att må dåligt jag behöver tänka på min framtid.

Tjej 15 år

Utsatthet i hemmet

Att ha det jobbigt hemma med föräldrar eller syskon ger upphov till dåligt mående för flera barn och unga. Det kan handla om både fysiskt och psykiskt våld i hemmet och en känsla av att inte ha en trygg punkt. Det kan också handla om föräldrar som själva har det svårt, exempelvis föräldrar som mår dåligt, som dricker för mycket eller använder droger. Eller om att det är mycket bråk hemma.

En 11-årig tjej berättar:

Det är många gånger vi bråkar och slåss hemma och det gillar inte jag. Men när jag inte bråkar med min mamma mår jag jättebra. Min mamma skriker hela tiden och jag vet inte om det är jag som gör något fel.

Dåligt mående kopplat till skolan

I skolklasserna berättar många barn om dåligt mående kopplat till skolan. Att vara stressad över prov, och inte få vardagen att gå ihop med pluggande, träning och pendling.

Barnen beskriver att den som börjar må dåligt kan få mindre gjort, somna på lektionerna, tappa motivationen och få dåliga betyg. Vad som skulle kunna ses som tidiga tecken på psykisk ohälsa ser skolan som att barnen ”latar sig” eller ”skiter i skolan” – trots att barnen gör sitt bästa.

När skolan påverkas, påverkas också resten av livet, vittnar barnen om. Man mår dåligt, vill inte äta och har svårt att sova. Man tänker att det är ens eget fel och känner sig nere eller ledsen. Man kanske

säger till sina föräldrar att man inte vill gå till skolan och att man är sjuk fast det inte är så.

Barnen upplever att skolan i dag behöver skolan fånga upp elever som verkar må dåligt, kunna se tidiga signaler. Den som mår dåligt kanske är tyst, trött och nere, och kanske inte beter sig som vanligt.

Att må dåligt av mobbning

Flera barn och unga skriver att de mår dåligt som ett resultat av den mobbning de blir utsatta för. Det är svårt att be om hjälp eller få hjälp för den som är utsatt, berättar de. Det finns vittnesmål både om att det känns svårt att prata med föräldrar, och om att lärare inte ser eller gör tillräckligt.

En 10-årig tjej berättar:

> Jag har inga klasskompisar, på rasterna känner jag mig osynlig och udda. Jag blir mobbad nästan hela tiden känns det som och andra barn säger jättefula saker till mig.

Ett barn skriver:

> Jag började att må sämre i 2:an eller 3:an för att jag blev mobbad varje dag, hade inte så bra eller många vänner och bråkade ganska mycket med min familj. I 3:an eller 4:an så började jag prata med skolsystern för att jag inte hade nån annan att snacka med, och det blev lite bättre.

Sociala medier

Sociala medier kan mata en med bekräftelse, beskriver barnen. Det är bra när man vill komma bort från verkligheten, men det kan också leda till man jämför sig med andra. De berättar om utsatthet på nätet, både att bli mobbad och kränkt men också till exempel rädsla för att information om en själv sprids utanför ens egen kontroll, vilket skrämmer och stressar. Det man skriver eller delar med sig av finns kvar där ute för alltid och går inte att ta bort.

Barn berättar om nära vänskap på nätet, relationer som betyder mycket. Kompisar som man kan prata om allt med, även om man inte träffas. Det är en trygghet att ha vänner på distans – då kan de inte skada en även om de skulle sprida vidare det man berättar.

Vart vänder sig barn och unga som mår dåligt?

Barnen berättar att de ofta börjar med att söka information på nätet, att det känns lättast att börja där. I vissa fall kan det kännas självklart att vända sig till föräldrar, men andra gånger eller i andra ämnen är det svårare att veta var man kan få stöd och hjälp. Återkommande hos barnen är upplevelsen av att vuxna inte riktigt förstår eller lyssnar.

Familj och vänner i första hand

Många barn berättar att de skulle vända sig till familjen i första hand, föräldrar eller syskon. Men de lyfter också att andra barn kanske inte har möjlighet att prata med sina föräldrar, om problemen är kopplade till hemmet eller om föräldrar har svårt att lyssna och förstå. Många får höra från sina föräldrar att de överreagerar och upplever att de inte tas på allvar när de försöker berätta om hur de mår.

En del killar kan också uppleva att det är svårt att söka hjälp på grund av manlighetsnormer, att de inte ska visa sig svaga. Även hedersnormer påverkar starkt – att ingen utanför familjen ska veta om ens problem och mående.

> Jag vill lösa det på egen hand och inom familjen först.

Bland de barn som svarade på enkäten är det vanligt att vända sig till föräldrar för att få vidare hjälp med kontakten till en kurator eller psykolog.

En 13-årig kille skriver:

> Mådde dåligt i skolan, fick prata med psykologer som mina föräldrar hjälpte mig få träffa. Fick bättre självförtroende och bytte skola och klass när jag började sjuan.

Andra vill helst prata med sina vänner, kanske av rädsla för att föräldrar förstorar och gör saker värre än de är. De vill i stället ha positiv energi från vännerna. De förstorar inte och vet hur det är – de lever i samma värld, det gör ju inte föräldrarna.

Stöd av andra viktiga vuxna

Andra viktiga vuxna som barn kan tänka sig att vända sig till är tränare, skolvärdar, fritidsledare eller andra vuxna i närheten som grannar eller vänner. En vuxen som barnet är bekväm med, som i sin tur kan hjälpa till med att kontakta psykolog eller barn- och ungdomspsykiatrin, BUP.

En 15-årig tjej berättar:

> Jag skulle aldrig gå till BUP eller ungdomsmottagningen för jag är en sådan person som gillar att prata med någon jag känner och som är nära mig. En familj, nära vänner, en lärare eller god granne. Jag skulle inte prata med en främling som jag inte litar på.

Skolan och kuratorn

Barnen upplever det olika lätt eller svårt att vända sig till lärare och skolpersonal för stöd. En del menar att det går att få hjälp om läraren får veta hur man mår och hur man har det hemma. Andra upplever att det inte finns någon att vända sig till, att lärare inte bryr sig på riktigt.

Barnen lyfter skolkuratorn som någon det går att prata med, men det är oklart för många vad som gäller. En del har hört att det inte råder tystnadsplikt och att det inte känns som om kuratorn går att lita på.

En elev berättar:

> Jag litar inte på kuratorn. Säger att det stannar här men sedan ringer de föräldrarna.

I enkätsvaren är det flera barn och unga som uppger att de har vänt sig till skolkuratorn eller kuratorer via ungdomsmottagningen när de mår dåligt. Däremot är det få av dessa barn som upplever att de har blivit tagna på allvar när de försökt upprätta kontakt med en kurator. Det kan handla om att de upplever sig bli avfärdade med motiveringen att ”må dåligt är en del av livet”, eller att kuratorn inte har tid att lyssna.

Flera barn och unga skriver också att det är svårt att få tillit till en kurator eftersom de många gånger tar kontakt med deras föräldrar efter samtalet.

Bris – när hjälpen inte finns

Flera barn som skriver att de mår dåligt nämner också att de inte får någon hjälp av sin omgivning. Då vänder de sig till Bris.

En 11-årig tjej berättar:

> Jag brukar känna mig ledsen ibland men jag får ingen hjälp det är därför jag chattar på Bris.

En 14-årig tjej skriver:

> Jag mår fortfarande inte alls bra men sist skrev jag här på Bris och det hjälpte i den situationen.

Svårt att ta professionellt stöd själv

Det kan upplevas svårt att själv ta sig till vårdcentralen eller BUP som minderårig. Då upplevs det lättare att ta kontakt med exempelvis Bris eller digitala vårdcentraler.

En del har fått råd och hjälp av lärare om vart man kan vända sig. Andra har haft kontakt med ungdomsmottagningen, UMO. Men många har också frågor och är osäkra på vilket professionellt stöd som är tillgängligt, och på huruvida det går att ta kontakt utan föräldrarnas vetskap.

> Vårdcentralen är för hur du mår fysiskt och inte psykiskt.
>
> *Tjej 15 år*

Vad vill barn och unga se för förändringar och förbättringar?

De barn och unga som bidragit med sina synpunkter har många idéer och förslag på förändringar. De tycker att vuxna behöver bli bättre på att se och förstå hur de mår.

Här presenteras tre områden som barnen lyfter fram: skola, vård och elevhälsa, samt fritid.

Ta psykisk hälsa på större allvar

Flera av de barn som deltagit berättar att de inte upplever att deras psykiska hälsa tas på allvar. Av de som svarat på frågan om förslag på förändringar i enkäten på bris.se är det 20 procent som lyft detta. Det kan handla om att de upplever att det läggs större fokus på den fysiska hälsan och att de sällan får frågor om den psykiska hälsan. Att de önskar att de fick regelbundna psykologsamtal för att kolla av hur de mår. Men också att det tar tid att kunna öppna upp sig och berätta om det som är svårt, att det gäller att få chansen och bli lyssnad på.

Barnen efterlyser också mer kunskap hos vuxna om orsakerna till psykisk ohälsa, att vuxna behöver se vad som ligger bakom ätstörningar, stress eller självskadebeteende. Att det också kan handla om neuropsykiatriska diagnoser som är oupptäckta, till exempel.

> Det tar tid att kunna öppna upp sig och berätta om det som är svårt, det gäller att få chansen och bli lyssnad på.

Skolpersonal kan inte bara förvänta sig att kuratorerna ska kunna prata med alla barn, utan lärare behöver kunskap för att kunna lyssna på och ta hand om barn som mår dåligt. Kuratorerna är ofta instängda på sina kontor och ser inte allt som händer i skolan.

En 14-årig tjej berättar:

> Hittills när jag har varit på hälsokontroller i skolan så känns det som att de bryr sig mer om min vikt och längd än om min psykiska hälsa. Jag skulle vilja att de fokuserade mer på hur jag faktiskt mår.

En 15-årig tjej skriver:

> Att vuxna på barn- och ungdomshälsan faktiskt skulle tro på det man säger. Ett av de största problemen som jag haft, och som många andra har, är att man inte vill öppna upp för folk för att man är rädd att de inte ska tro på en. När inte ens vuxna på barn- och ungdomshälsan tar mig seriöst, vet jag inte vad jag ska göra.

Vuxenvärlden måste förstå

Barnen beskriver hur de skulle vilja bli peppade för att bättre kunna prata med sina föräldrar. Men de efterlyser också mer kunskap och stöd till föräldrar, framför allt om tonåringars behov, om hur det är att växa upp i dag. Till exempel förståelse för att det ställs höga krav i skolan och att pressen på att skaffa en god utbildning är stor, eller om livet online och i sociala medier.

> Alla ungdomar i dag får någon gång höra att dagens ungdomar är stökiga, mobilberoende, kaotiska, bråkar. Det är inte allt vi är.

Förbättringar inom vården och elevhälsan

Välkomnande väntrum, stöd via en app och anonyma chattar är några av de konkreta förbättringsförslag barnen kommer med. De lyfter också vikten av mer information, kortare vårdköer, ökad tillgänglighet och individanpassad vård.

Mer information om psykisk ohälsa

De barn som deltagit vill ha mer information om psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Av de barn som gett förslag på förändringar i enkäten på bris.se är det 11 procent som önskar mer information. Precis som att det informeras om hur man själv kan upptäcka bröstcancer, behöver människor få veta vad som främjar och vad som ökar riskerna för psykisk ohälsa – ”som mammografi fast för psykiska sjuk-

domar". Organisationer som arbetar med psykisk hälsa kan också komma och presentera sig i skolan.

Att inte veta vart man ska vända sig, hur man bokar en tid, eller vart man ska gå är också ett vanligt förekommande problem för barn och unga. Många önskar att det fanns mer tillgänglig information om var man kan ta vägen när man behöver prata med någon. Detta hänger ihop med en önskan om att föräldrar inte alltid ska behöva vara involverade i barnets hälsa.

En 14-årig tjej skriver:

> Jag visste till exempel inte om att det fanns en kurator i skolan förrän jag började högstadiet.

En elev föreslår:

> När jag mår dåligt så tycker vi att en ska få en mentor som tar hand om en hela vägen i vården och hjälper en med allt. Man ska träffas en gång i veckan och prata, ta en fika, prata och skapa relationer. Det vore också bra att kunna träffa andra i samma situation. Borde vara obligatoriskt för mentorer att ta upp var man kan söka hjälp när man mår dåligt. Typ när man börjar högstadiet.

Mer tillgänglig elevhälsa

Barnen önskar att skolsköterskan är på plats oftare, och är mer tillgänglig. Att det finns två personer på elevhälsan så att det går att välja den som eleven känner störst förtroende för, är också ett förslag som kom upp. Man ska få söka hjälp när man själv känner att man skulle behöva det, och kunna gå dit en gång i veckan om det behövs.

Det kan vara svårt och kännas pinsamt att gå till skolsköterskan och kuratorn, påpekar barnen. Då kan det underlätta med till exempel en brevlåda där man kan lämna att man vill bli kontaktad och få stöd och hjälp, eller anonyma chattar för de som inte vågar prata direkt med en vuxen. Barnen önskar också att även om de vuxna är utbildade och professionella så ska inte ha åsikter eller ge råd direkt – de måste öva på att bara ge stöd och lyssna.

En elev säger:

> Elevhälsan måste vara på skolan (inte bara tisdagar mellan 13 och 14 ojämna veckor).

En elev föreslår:

> Några av mina tankar för att förbättra ungas hälsa är att få hjälp nu. För om man väntar med de där psykologmötena så kanske det blir värre och värre och till slut kanske det brister över. Och för att förbättra det kan man ha fler timmar som skolsyster, kuratorer och psykologer på skolorna.

Kontinuerlig psykologkontakt för alla

Det är inte enkelt att öppna upp sig för en lärare, menar barnen. Ett förslag är därför att varje elev skickas till någon psykolog eller liknande där den kan fylla i en enkät som kan visa hur den mår – och sedan få hjälp om måendet blir sämre.

Tydlighet kring tystnadsplikt och tillgänglighet

Av de barn och unga som lyft förslag på förändringar i enkäten på bris.se handlar 40 procent om tystnadsplikt och tillgänglighet. Flera av barnen skriver att de inte vågar öppna sig, eller ens ta kontakt med en kurator eftersom de är rädda för att kuratorn sedan ska ta kontakt med föräldrarna. Det leder till att flera har blivit avskräckta från att ta kontakt eller att berätta det allra jobbigaste.

En 13-årig tjej skriver:

> Att även om man berättar om sina djupa tankar så ska de absolut inte säga till våra föräldrar. Fy fan vad jag blev arg när min kurator på ungdomsmottagningen ringde mamma och pappa för att jag berättade. Usch, nä, det skulle jag verkligen velat ändra på.

Det är inte tydligt för barn vart det går att vända sig i dag. Många beskriver erfarenheter av att hamna mellan stolarna. Att inte må tillräckligt dåligt, eller att må för dåligt och bli bollad mellan elevhälsan och psykologen. Att fastna i vårdköer och inte få hjälp i tid.

Korta köerna och gör det enklare att ta kontakt som minderårig

Barnen berättar också om hur de upplever att vården är begränsad, eftersom man inte är myndig och inte kan upprätta kontakt med vården på egen hand. En annan tillgänglighetsfråga hör ihop med svårigheten att få fatta vissa beslut om sig själva och sin egen kropp. Om du inte är myndig kan vuxna ta beslut åt dig, till exempel om abort.

Det finns också en missbelåtenhet i vårdens tillgänglighet vad gäller öppettider och väntetid, att det tar tid att få rätt hjälp. Och att 1–2 månader är väldigt lång tid i en ung människas liv. Även bristen på kontinuitet i vården får kritik, att man kan tvingas byta psykolog ofta till exempel. Barnen ställer frågan: Går det att öppna vårdcentraler med drop-in, men med anpassade välkomnande väntrum för barn och unga? Barnen lyfter också att de vill ha tillgång till sina egna journaler på 1177, i dag är det inte logiskt vilka åldersgränser som gäller, tycker de.

En 12-årig tjej säger:

> Det måste bli enklare att söka vård när man är barn. Man kanske inte vill prata med sina föräldrar.

En 14-årig tjej berättar:

> Jag tycker att allting är bra som det är, förutom att jag tycker att man borde kunna göra en diagnosutredning utan att föräldrarna behöver godkänna/ vara med.
>
> Det måste bli enklare att söka vård när man är barn. Man kanske inte vill prata med sina föräldrar."

Anpassad vård

Individanpassad vård är något som barnen själva lyfter, att vården inte ska vara generaliserad och normativ. Till exempel behöver en person som har ätstörningar inte vara fixerad vid sitt utseende och sin vikt – det kan också vara en konsekvens av en obehandlad depression.

En elev föreslår:

> Jag tycker att det borde finnas mer personal på sjukhus så att det går fortare för dem som behöver hjälp. Så att man slipper att sitta och vänta i flera timmar tills man ens får hjälp.

En elev berättar:

> Ätstörningsmottagningen jobbar inte med orsaken till ätstörning, men det finns alltid en orsak. Barnet kan må bättre och förlora ätstörningen men orsaken är fortfarande där. Då kan det fortsätta under lång tid.

Utveckla det digitala stödet

Barnen efterlyser digitala möjligheter och stöd på deras villkor. Några skulle vilja få stöd via sms, andra efterfrågar en app.

Appen skulle kunna fråga hur man mår och ge ett peppande citat om dagen. Appen skulle även kunna hjälpa en att prata om sitt mående. Om appen ser att du mår sämre kan den ge dig tips och råd på vart du kan vända dig i ditt närområde och även hjälpa dig att kontakta BUP eller vårdcentralen. Appen ska ha utbildade personer som ger dig stöd och hjälp och som du kan prata med. Det ska vara tillgängligt och öppet alla timmar på dygnet.

Skolkuratorn och Bris i samarbete

Fler ställen dit man kan gå och prata anonymt, är förslag som kommer upp. Skolkuratorn och Bris skulle kunna ha ett samarbete – det kan finnas en person som eleverna kan prata med från Bris, som är utvald och ansvarar för ett visst antal skolor eller område. Man kan ha en Bris-app som visar hur det går att komma i kontakt med Bris.

> Det kan vara bra om man får säga allt man håller inom sig, annars skapar man bara en stor klump i magen som växer och växer.
>
> Det måste bli enklare att söka vård när man är barn.
>
> *Tjej 12 år*

Förbättringar inom skolan

Skolan är en stor del av barn och ungas liv. Här kan många förebyggande insatser göras. Barnen lyfter vikten av att ha trygga och närvarande vuxna i skolan som lyssnar, och att skolan kan jobba på att öka barnens självkänsla och minska pressen.

> Det är fel att skylla ungdomars stress, ångest och depression på sociala medier när det i själva verket är tvärtom och skolan är anledningen till att de flesta mår dåligt.

Skolan behöver bli bättre på att lyssna

Alla ska kunna ha någon att prata med i skolan, anser barnen. Lärarna behöver lyssna mycket mer på vad barnen behöver hjälp med. Personalen i skolan måste också kunna ta emot feedback från barnen om sitt bemötande och hantering. Barnen efterlyser fler vuxna i skolan att kunna prata med om hur de mår och om livet, inte bara kopplat till skolresultat och studier.

Minska pressen i skolan

Stress kopplat till skolarbete och prov är återkommande i barnens upplevelser. Om pressen i skolan minskade lite skulle det minska stressen, tycker många. Att barn är olika bra på olika saker skapar också en stress i form av en känsla att inte passa in i skolan. Att inte hänga med i skolan, menar barnen på kan leda till psykisk ohälsa.

Anpassa prov och examination

Barnen efterlyser också mer information om vilka anpassningar som kan göras för att minska stress och psykisk ohälsa när det gäller examinationer – att elever själva ska kunna ges inflytande över hur de genomför prov. Alla kan inte få hjälp hemma med skolarbetet, det är viktigt att det extrastödet finns i skolan.

Hjälp att öka barnens självkänsla

Skolan kan jobba på ett mer systematiskt och strukturerat sätt för att öka elevernas självkänsla, menar barnen, som föreslår lektioner i hur vi ska bemöta varandra och bete oss mot varandra. Men även hur man gör när en kompis mår dåligt, eller när man själv mår dåligt.

Kan man lägga upp komplimanger som post-it lappar överallt på skolan? Avsluta skoldagen med reflektionstid med alla elever kring dagen som varit? Skolan borde också bli bättre på att prata om att det är okej att må dåligt, och att det finns hjälp.

En elev berättar:

> Jag hade velat att det fanns flera vuxna i skolan som bara finns där och inte bryr sig så mycket om just skolan. Utan dom bara finns där för att vi ska kunna prata med dom om allt annat än skolan.

Många lyfter även livet i sociala medier som en svårighet där skolan och vuxenvärlden behöver komma ikapp. Att prata om hur man beter sig på sociala medier, och hur man skyddar sig.

Klasser anpassade efter intressen

När man börjar ettan, föreslår några av barnen, kan man berätta om sina intressen för läraren eller rektorn. Sedan kan skolan sätta ihop klasser med elever med samma intressen. Man ska också kunna byta klass lättare om man vill komma till en klass där fler har samma intressen.

Lärare och rektorer bör veta mer om barnen i klassen för att få till en bättre klassammansättning. I arbetslivet intervjuas man av ju sin chef och kan byta arbetsuppgifter eller arbetsgrupp vid behov. Motsvarande bör ske i skolan.

Öka tryggheten i skolan

Det behövs också åtgärder för att öka tryggheten i skolan och minska mobbningen, menar barnen. Framför allt handlar det om att vuxna behöver vara närvarande, se men också agera. Det är svårt att som barn själv slå larm, eftersom det kan finnas en rädsla både för att det kan bli värre om man skvallrar, och för att inget kommer förändras.

En elev skriver:

> Jag skulle önska att man jobbade mer och var hårdare med mobbning och att man pratar med elever ganska ofta om hur dom mår både på fritiden och i skolan.

Bättre skolmat för att orka

Om elever får bra mat orkar de mer i skolan, och mår bättre, menar barnen. Det gäller både tillgång till skolkafé och bättre skolmat. Eleverna tycker även att de ska vara delaktiga i val av maten som ska serveras.

En elev skriver:

> Mer mat i skolan för att man ska orka hela dagen.

En annan elev föreslår också:

> Det borde även finnas fler matalternativ i skolan så ungdomarna inte skippar maten i skolan och går och köper godis och läsk i stället.

En bättre fritid – för alla

Barnen lyfter själva att ojämlika uppväxtvillkor gör att alla inte har tillgång till meningsfulla fritidsaktiviteter – gratis busskort, öppna fritidsgårdar och gratis aktiviteter kommer upp som förslag.

Meningsfull fritid

Barnen beskriver att de vill ha fler aktiviteter i skolan, och mer varierande lektioner där de kan vara kreativa. På så sätt blir det enklare och roligare att lära sig. De önskar också fler aktiviteter på ungdomsgården och i närområdet som är kostnadsfria för alla barn.

Ungdomsgårdar i varje kommun

Fritidsgårdar och ungdomsgårdar ska vara obligatoriska och finnas i varje kommun och stadsdel, så att kommuner inte kan välja bort dem när det blir dålig ekonomi. Ungdomsgårdar är viktiga för att minska kriminalitet och droganvändande i ett område. Att ungdomsgårdarna är öppna varje dag och på helgerna är viktigt för att ungdomarna ska ha något att göra på sin fritid och hålla sig borta från torget och kriminaliteten.

En 15-årig kille skriver:

> Ungdomarna har väldigt tråkigt under helgerna, då borde fritidsgården vara öppen. Har vi jättetråkigt hänger vi i centrum och där hänger grabbarna som säljer och som kan locka en att göra kriminella saker. Många börjar kriminaliteten för att det är tråkigt och för att de inte har något att göra på sin fritid.

En elev säger:

> För att må bra ska man alltid vara sysselsatt. Sporta, sticka, pyssla, spela spel osv. Alltså det jag vill ska förändras för att barn ska må bättre är att alla barn ska ha minst en aktivitet att satsa på. Det kan vara från att använda hela kroppen till att vara praktisk med händerna.

Jämlika uppväxtvillkor

Barnen lyfter också att uppväxtvillkoren skiljer sig åt och att alla inte har möjlighet att till exempel idrotta eller ha tillgång till meningsfulla fritidsaktiviteter. Här finns förslag som gratis sommarlovsbusskort så alla barn kan ta sig runt i sin kommun och inte behöver vara beroende av sin familjs ekonomi eller behöva planka för att ta sig runt med kollektivtrafik.

Barn efterlyser också kostnadsfria läger, fritidsgårdar i alla städer som har öppet sent, och fler idrottshallar – där det går att idrotta gratis. Och mer pengar till skolorna som ligger i förorterna då de behöver mer stöd och hjälp att kunna hjälpa sina skolelever.

Vad får barn och unga att må bra?

När barnen fick frågan om vad som får barn och unga att må bra i dag lyfte de själva kost, motion och fysisk hälsa, men också nära och viktiga relationer och att ha någon att prata med.

> Du vet att du mår bra när du känner dig glad både inombords och utåt. När du har kompisar och familj att vända dig till när du inte mår så bra.

Kost, motion och hälsa

Många av de barn som deltagit uppger att kost, motion och den fysiska hälsan på många sätt påverkar välmåendet. Det kan handla om att få tillräckligt mycket sömn, att röra på sig varje dag och äta en hälsosam och varierad kost. Musik, sport, djur och natur lyfts också upp.

En 17-årig tjej svarar:

> Att jag känner att min kropp mår bra.

En 13-årig kille skriver:

> Att jag tränar mycket på fritiden och det gör jag.

Vänner, familj och relationer

Flera av barnen uppger att en god relation med både vänner och familj är viktig förutsättning för att må bra. Många skriver att det är lätt att må dåligt när man är ensam och att det därför är viktigt att de sociala relationerna fungerar i vardagen.

En 14-årig tjej beskriver:

> Jag har dåliga och bra dagar för jag har inte en bra relation med min pappa eller hans familj, då de alla lämnat mig. Men det gör inget för jag behöver inte dom längre för jag har hela min mammas och bonuspappas familj som finns för mig och älskar mig.

Att ha någon att prata med

Att ha möjlighet till att prata om sina känslor och kunna vända sig till någon för att få stöd och råd är också omständigheter som påverkar hur barn och unga mår. Flera skriver att möjligheten att prata med någon när det behövs är betydelsefullt för att en ska kunna må bra.

En 17-årig tjej berättar:

> Att ha bra vänner som jag kan lita på, och att kunna prata ut med någon. Det kan vara skolkurator eller någon annan, men att få prata ut.

Rapport God och nära vård

av Föreningen Tilia

Förord

Vi är tacksamma för möjligheten att få samarbeta med denna statliga utredning som genuint och på riktigt ser värdet av ungas egna röster. Unga bär på en unik kompetens, nämligen hur det är att vara ung i dag. Denna kompetens behöver vi lyssna in för att skapa aktuella förändringar i samhället och på individnivå.

Utredningens uppdrag möter Tilias grundtankar om att se människan utifrån ett salutogent holistiskt perspektiv. Utredningens hälsofrämjande- och förebyggande arbete, likväl som att i ökad grad se över tidiga insatser, är ytterligare en beröringspunkt. En ung deltagare från expertgruppen vi arbetat med, vars röst är en av dem som står till grund för denna rapport, uttrycker det så här: ”Det känns väldigt skönt att vi fått ta ett nytt perspektiv, jag har alltid sett att vården enbart är till för dom i nöden. Det känns väldigt bra att vi ska kunna hjälpa innan det blir akut, som exempelvis att förebygga och inte bara hjälpa dom som mår dåligt, utan även de som mår bra, så att de kanske inte behöver hamna där”.

Att sätta in stöd tidigt och tillgängligt är ett sätt att forma insatser efter målgruppens behov. Vi kan på detta sätt minska framför allt mänskligt lidande, men också ekonomiska kostnader, genom att möta barn och unga innan sjukdom uppstår. I dag väntar vi många gånger tills individen utvecklat sjukdom innan hjälp sätts in.

Vi vill därför rikta ett stort tack till Peter Almgren med kollegor som öppet, ödmjukt och med stor respekt har mött vår unga expertgrupp, lyssnat in och tagit vidare deras röster till faktiska förslag. Tillsammans skapar vi ett system där ungas behov styr.

Uppdrag Tilia / S 2019:05

Tilia har i den statliga utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” S 2019:05 bistått med en expertgrupp för att synliggöra brister, lyfta goda exempel och ge förslag på förändringar i vård och stöd vid psykisk (o)hälsa.

Bakgrund

Tilia har sedan 2012 arbetat för psykisk hälsa, på uppdrag av unga. Föreningen grundades utifrån ungas egna röster om vad som behövs, både direkt stödjande och på samhällsnivå.

Under våra verksamma år har vi fått en samlad bild av olika ungas upplevelser kring psykisk (o)hälsa, genom att vi möter dem dagligen.

Vi har även noterat att samhället förändras snabbt och därmed också ungas behov. För att vara förankrade i ungas verklighet och möta dem med insatser som tilltalar dem, krävs ett löpande och ständigt uppdaterat målgruppsarbete.

Vi ser också gemensamma nämnare som inte förändras nämnvärt över tid. Som att ungas hälsa och självkänsla ökar då de känner sig hörda och inkluderade. Enligt Tilia undviker vi slöseri med resurser om vi direkt möter det unga behöver, i stället för det vi tror unga behöver. Denna problembild råder allt för ofta på beslutsfattarnivå, där vuxnas uppfattning om vad unga behöver styr agendan, där unga inte får äga tolkningsföreträdet.

Metod ungas röster

Då vi på Tilia önskar agera föredöme och inspirera fler aktörer i samhället att i ökad grad inkludera unga i processer då beslut ska fattas, har vi formulerat en metod; ungas röster. Inom ramen för metoden bistår vi beslutsfattare med experter, alltså unga själva, samt facilitering kring detta.

Metoden avser att skapa utrymme åt unga att komma till tals i de processer som rör dem. Detta genom att låta unga vara de som primärt formar agendan utifrån sina behov, erfarenheter och önskemål. Detta formuleras sedan till förslag av och med unga med syfte att levereras direkt till beslutsfattare eller professionen som har i ansvar att formulera detta till konkreta förslag utifrån samhällets system.

Det är även av stor vikt att de som leder arbetet inom ramen för metoden har gedigen erfarenhet av arbete nära unga, en bred insyn i det dagliga stödet föreningen erbjuder samt att ledarna har erfarenhet av att leda men inte styra samtal. Det vill säga att skapa ett klimat utifrån öppna frågeställningar, där unga styr samtalet utifrån sina behov. För att detta arbete ska fungera så bra som möjligt krävs goda insikter i perspektiv som åldersmaktsordning, men också kunskap om hur vi i en grupp skapar utrymme för alla att komma till tals trots olikheter.

Vårt syfte med metoden är att vända på arbetsgången, som annars vanligen innebär att beslutsfattare tar fram underlag som unga i bästa fall får tycka till, alternativt får bistå med sin åsikt till en redan formulerad idé, formad utifrån ett vuxenperspektiv. Detta sker dessutom allt för ofta i miljöer där unga är underrepresenterade och i en kontext där vuxnas vokabulär och uttryck står i centrum. Vi vill genom vår metod bidra till att unga får trygga miljöer att tycka till och arbeta i.

Arbetssätt

Arbetssättet i metoden Ungas röster anpassas efter uppdrag, ofta med en grund i en förundersökning för att skapa utrymme åt en större mängd unga att komma till tals på ett övergripande plan.

Vi arbetar sedan vidare med ett mindre antal personer i djupintervjuer eller enkätformulär om den egna erfarenheten. Arbetet tas sedan vidare i workshops, då i mindre grupper med djupgående arbete

och ofta vid återkommande tillfällen. Syftet är att unga ska inkluderas hela vägen från idé till färdigt beslut eller förslag.

Exempel där metoden tidigare använts

- SOU 207:111 För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.
- Nationell samordning och utveckling på området psykisk hälsa (S 2015:09) ”Ungas beställning till samhället”.
- Nationell samordning och utveckling på området psykisk hälsa (S 2015:09) ”Studenternas beställning till samhället”.
- International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL) konferens, 2018 Stockholm. Uppdragsgivare: Folkhälsomyndigheten och Sveriges kommuner och regioner (SKR).
- ”Ungas beställning till samhället” Uppdragsgivare: Region Jämtland Härjedalen 2021.

Tilias ungas röster och God och nära vård

Förarbete

Vi genomförde förarbetet där 95 unga deltog, via Sociala medier, genom frågeställningar på Instagram story och live. Där ställde vi generella frågor om vad som behövs för att vården ska kunna vara god och nära samt riktade frågeställningar om hur olika insatser kan arbeta för att möjliggöra en så god vård som möjligt.

Frågeställningar:

Om du på något sätt söker stöd vid ett dåligt mående:

- Vart vänder du dig?
- Vad gör att du vänder dig dit, alternativt inte vänder dig dit?
- Hinder och möjligheter att söka stöd?
- Vad är viktigt för dig när du får stöd?
- Finns det några huvudfaktorer som hade gjort/skulle göra att du sökte stöd tidigare?
- Vad hade samhället kunna gjort?

Workshops med expertgrupp

Ansökningar från unga som ville medverka i expertgruppen togs emot av Tilia. Deltagarantalet bestämdes till en grupp om totalt åtta. Gruppen har träffats i två omgångar om två timmar per tillfälle. Gruppen bestod av unga med olika könsidentitet (med en majoritet cis-tjejer), i åldrarna 17–24 år, från olika delar av Sverige och med varierad erfarenhet av samhällets stödprocesser vad avser psykisk (o)hälsa. Vi har kommunicerat via skrift, i samtal samt i helgrupp och mindre arbetsgrupper.

Frågeställningar från utredningen:

Utredningen förmedlade nedanstående frågor till Tilia inför första workshopen. Tanken var att rikta frågorna mer direkt mot psykisk hälsa och erfarenheter av vården, särskilt de verksamheter som direktivet pekar på.

1. Hälsa är att känna sig både frisk och glad för det mesta, men också att ha goda relationer med familj och kompisar. Har du en bra hälsa?
   a) Mycket bra
   b) Bra
   c) Ganska dålig
   d) Dålig
2. Vad är viktigast för din hälsa?
3. Kan du berätta om när du inte mådde bra och behövde hjälp? Fick du hjälp och hur gick det i så fall?
4. Vilka förändringar i vården skulle vara viktigast för dig om du fick önska? (inom till exempel elevhälsan, ungdomsmottagningen, vårdcentralen, barnpsykiatrin etc.)?
5. Hur skulle du vilja vara med och påverka din vård i framtiden?

Framtagning av förslag

Workshopen hölls 2020-11-11 via det digitala verktyget Zoom, medverkade på mötet gjorde två medarbetare från Tilia, med syfte att leda och anteckna. Utredningen deltog kort i inledningen för att berätta om utredningen och syftet med fokusgruppen. Arbetssättet i detta första möte har formulerats av unga, där unga själva fått styra samtalen, utifrån vad de anser är relevant att lyfta.

Anteckningarna har sedan i två omgångar skickats ut till deltagarna som kunnat återkomma med ändringar, för att säkerställa att innehållet är korrekt enligt referensgruppen.

Anteckningar och förslag från de unga skickades sedan till utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga S 2019:05.

Uppföljning av förslag

Under ett uppföljande möte 2021-01-13 presenterade utredningen sina förslag preliminära förslag inom bland annat uppdraget psykisk ohälsa för Tilias expertgrupp. Efter presentationen delades expertgruppen upp i bikupor för att diskutera förslagen närmare och lämna utrymme även för utredningen att ställa frågor till expertgruppen, i syfte att få en djupare förståelse för feedbacken.

Expertgruppen från Tilia gav direkt feedback på vad som upplevdes som positiv riktning samt vad utredningen hade möjlighet att förbättra i sina förslag.

Frågeställningar till workshop

Del 1: Vad är psykisk (o)hälsa?

Inledande frågor som besvarades anonymt via verktyget Mentimeter.

- Vad är psykisk hälsa för dig?
- Hur stärker du din psykiska hälsa?
- Hur ser du på psykisk ohälsa?
- Nämn de tre ord som är viktiga för dig när du mår dåligt?

Del 2: Innan du söker stöd

Frågeställning: Vad behöver samhället göra för att du ska söka stöd? Diskuterades i bikupor, samt gemensam diskussion i helgrupp.

Del 3: Du som sökt stöd i vården

Individuellt frågeformulär, se bilaga 1.

Del 4: När du söker stöd

Frågeställning: Vad önskar du få ut av ditt stöd?

Bikupor:

Vad är viktigt för dig för att du ska fortsätta söka det stöd du behöver? Gemensam diskussion i helgrupp.

Bikupor:

1. Ungdomsmottagningar/Vårdcentraler/elevhälsa med flera. Hur kan de arbeta?
2. Specialiserad vård: BUP/Vuxenpsykiatri. Hur kan de arbeta? Gemensam diskussion i helgrupp.

Del 5: Avslut/medskick

Vårdkedja: samverkan/samarbete mellan olika vårdande aktörer Vad är viktigt för att de ska styra detta i en helhetslösning för så många som möjligt: Vad är viktigast att det satsas på systemmässigt? Mer sammanhållet/ändamålsenligt?

Del 6: Avslutande enkät några dagar senare

1. Hur önskar du att dessa aktörer (Umo, vårdcentral, elevhälsa med flera) ska arbeta enskilt eller tillsammans för att skapa den bästa vården för dig och andra unga?
2. Har du konkreta förslag du vill skicka med?

Resultat

Nedan följer en sammanställning av förarbetet och arbetet med expertgruppen. Resultat från både första mötet med öppna frågeställningar och diskussioner samt andra mötet med mer fokuserade frågor kring utredningens förslag är här sammanslagna.

Resultatet består av tre delar:

1. Innan vård.
2. Viktiga komponenter när en söker vård.
3. Specifik feedback till befintliga vårdinsatser.

1 Innan vård

I samråd med unga har denna workshop kategoriserats i behovet som finns innan en söker vård där flertalet unga upplever att det råder informationsbrist om psykisk ohälsa och hälsa samt hur och var en kan söka stöd. Många unga menar att detta förskjuter vårdprocessen och gör att en söker stöd först senare, när läget upplevs mer akut.

En annan viktig faktor för att en ska få rätt stöd handlar givetvis om vad som händer under stödet där flertalet unga identifierat bemötande, delaktighet och samarbete som viktiga faktorer för att en ska fortsätta söka stöd och komma till rätta med känslan som skapar de upplevda symtomen. Nedan följer två viktiga indikatorer för unga, två möjliggörare för att söka stöd.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser

En grundläggande del för att unga ska kunna söka adekvat hjälp tidigt är information. En viktig informativ insats är kunskap om den egna psykiska hälsan, men också om den psykiska ohälsan.

> Har jag inte ord för det, kan jag inte prata om det och därmed inte heller be om hjälp.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Många upplever att de inte får information om vad psykisk (o)hälsa är och inte heller att detta är något annat än psykisk sjukdom. Mycket av det stödet de känner till är till för de med komplex psykiatrisk problematik.

Unga önskar arbeta bort att en måste må på ett speciellt sätt för att ha rätt att söka stöd. En ska kunna söka tidigt, när det ”bara skaver”. Ett sätt är att inkludera psykisk hälsa och hur en stärker sin hälsa i undervisningen i skolan. När en får kunskap, får en också ord för hur en kan kommunicera kring det som pågår och ibland kan bara kunskapen i sig hjälpa till att stärka sin egen hälsa.

Utredningens förslag om en sammanhållen barn- och ungdomshälsa från graviditet till ung vuxen och ett nationellt hälsovårdsprogram med tydliggjort och skärpt hälsofrämjande, förebyggande och hälsoövervakande uppdrag, inte minst gällande den psykiska hälsan, fick enhetligt positiv respons från fokusgruppen.

Förslag

- Vara tydligare med vad det finns för olika typer av stöd att söka.
- I dag vet en sällan om vilka alternativ som finns samt vad dessa alternativ innebär. Förslag är att forma informationen tillsammans med målgruppen, så att informationen är anpassad för och tilltalar målgruppen samt finns på plattformar där målgruppen befinner sig.
- Avdramatisera, det är inte fel att söka stöd och hjälp. Det behövs förutom information om hur en söker stöd, också berättelser som kan avdramatisera hjälpsökande.
- Öka kunskapen om psykisk hälsa, genom att införa det på skolschemat.

Tillgänglighet och anpassning utifrån barn och ungas perspektiv

En viktig del i att möjliggöra hjälpsökande är tillgänglighet. Många menar att det är allt för komplicerat, att en inte vet var en kan söka för vad och att det är för långt borta, för att en ska söka stöd tidigt och därmed avvaktar tills det är akut. Stora skillnader i stödalternativ finns också över landet, mycket är storstadsbaserat. Vi är även medvetna om att några av förslagen finns regelverk kring, men att unga lyfter dem som att de inte görs på vissa vårdenheter, talar för att något är fel och att detta bör följas upp.

Förslag

- Ökad tillgänglighet att söka stöd digitalt, samt möjlighet att även boka tider digitalt då exempelvis telefontider kan kännas som ett stort steg och leda till att en inte söker stöd alls.
- Tydliggör direkt hur och om vårdnadshavare kommer att blandas in, tydlighet skapar trygghet.
- Utökade öppettider även kvällar och helger, kan göra att fler kan söka stöd. Ofta går en i skolan eller jobbar under dagtid. Att ta ledigt eller missa en lektion, kan kännas som ett stort hinder.
- Önskas bredare tidsgränser utifrån individens enskilda situation.
- En närvarande elevhälsa, som går omkring i skolan och skapar igenkänning och trygghet. Bör ingå i uppdraget.
- Kuratorn behöver vara mer synlig och bygga relation och förtroende, alltid finnas på plats, rimlig mängd kuratorer i förhållande till antal elever. Att bygga relation, skapa igenkänning bidrar till att sänka tröskeln till att söka stöd.
- Åldern 18–25 år är en svår tid. Men ändå försvinner mycket stöd här.
- Viktigt att ha med unga vuxna som en särskilt utsatt grupp som varken är barn eller vuxna, behöver beaktas som en heterogen grupp med varierande behov.

- Enhet för ungdomar/unga vuxna för att möta dessa på ett bra sätt, särskild kompetens samt ett minskat glapp (psykiatrin), genom ett utvidgat uppdrag till UMO inom ramen för första linjen.

2. När vård och stöd sökes

Andra viktiga faktorer som är frekvent återkommande när en söker stöd är bemötande, delaktighet och samarbete vilka presenteras närmare nedan. Dessa menas vara avgörande för att en ska fortsätta söka stöd.

Bemötande

En av de viktigaste faktorerna för den som söker stöd är just bemötande. Ett varmt, omtänksamt och empatiskt bemötande där den unga känner sig sedd, hörd och bekräftad och där tydlighet utgjorts. Utan detta spelar resterande väldigt liten roll och unga menar att detta behöver erkännas. Det mänskliga mötet är grunden för att en ska kunna ta emot samtalsbehandling eller annat stöd.

> Bra bemötande är viktigt, något av det viktigaste, men också ha i beaktning att bra bemötande innebär olika för olika individer. Gemensam nämnare för många (alla) är att det är av stor vikt att bli lyssnad på och inte dömd.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Förslag

- Medvetande- och tydlig-göra maktförhållandet mellan behandlare och barn/ung, samt behandlare och patient. Detta bör ingå i alla utbildningar och något alla vårdande aktörer bör arbeta med, utvärdera och följa upp regelbundet.
- UMO bör utbilda andra enheter i att bemöta just unga.
- Kontinuitet behövs – för att bygga relation. Ge vårdpersonal tid för att få arbeta med detta.

- Se människan bakom och inte bara gå efter en mall. Att den professionella använder sitt handlingsutrymme, även om standardisering och mallar kan kännas begränsande

Delaktighet och kommunikation

Det är avgörande att de barn och unga som befinner sig i vården är inkluderande och känner att de har möjlighet att påverka sin behandling, att det snarare är ett samarbete mellan två individer, än något den unga enbart ska förhålla sig till. En annan viktig del är att en tydlig kommunikation med vården, då tydlighet många gånger skapar trygghet.

> Vården är ju till för oss. Då borde vi inkluderas. Få tycka, tänka och bolla tillsammans med behandlaren. Så att vi kan forma det bästa för oss. När jag fått vara med och påverka, har det gett mig större förståelse men också mer motivation.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Förslag

- Att göra tätare och mer konkreta vårdplaner, så att en vet vad en jobbar mot. Följa upp dessa, och samtidigt följa upp måendet. Göra en plan mellan barn/unga och den professionella. till exempel ”nu ska vi jobba med det här under den här perioden, sen följer vi upp det och gör en ny plan”.
- Ha en tydlig uppföljning av detta. Till exempel genom revisioner i vården där unga själva medverkar och utvärderar detta för utveckling av verksamheten. Unga, kan beskriva vad de ser och upplever utifrån sitt perspektiv.

Samverkan: runt barnet

En annan viktig faktor är samarbetet mellan vårdenheterna och patienten. De unga beskriver att de ofta samordnar vårdaktörer, får informera vem som gör vad och att mycket av ens egna tid går åt att berätta om samma sak om och om igen. Unga önskar att systemet rör sig runt dem, inte dem runt systemet, vilket är en grundläggande faktor för att stödet ska ge effekt samt vara av god kvalité.

Förslag

En aktör som ansvarar för att vara en oberoende uppföljare av en persons vård och insatser oavsett kommun- eller region, som ett ombud, som en kan bli tilldelad vid första vårdkontakt. Behöver en person/aktör som har ansvar för personens alla kontakter, och kopplar ihop/följer upp remisser osv så informationsansvaret inte hamnar på individen.

Uppgifter för denna aktör att ansvara för:

- Svårigheten mellan somatik och psykiatri som i dag är uppdelade.
- Synen på en delad människa gör det svårt att samverka och se hela människan.
- De stora problemen är inte i vården utan i samarbetet. Den som remitterar borde ha ansvar att följa upp att kontakten sker. Det behöver ställas krav på kommunikation mellan olika enheter som i dag ofta läggs över på individen. SIP fungerar inte riktigt, ytterligare ett sätt att lägga över ansvaret på varandra (ofta olika arbetssätt/metoder som krockar). Att psykiatrin ser problematiken på ett sätt, socialtjänsten det på ett annat osv. Våga se helhetsbilden, inte bara dela upp utifrån symtom. En oberoende verksamhet som har ansvar för uppföljningen/samordningen.
- Stärka möjligheterna för kommunikationen mellan till exempel elevhälsa och BUP, men också kommunikationen mellan patienten och vården. Detta för att som patient få vara delaktig, men också få information om hur vården tänker. Att få veta att det faktiskt händer något.

3. Feedback till specifika vårdinsatser

Expertgruppen har stor erfarenhet av olika vårdande insatser och deras uppdrag, nedan följer en specifikation med tillhörande förslag till varje specifik vårdenhet. Då arbetet varierar i olika kommuner och regioner följer nedan en generell bild av upplevelsen. Där vissa av förslagen genomförs på vissa platser redan, andra inte alls. Där vissa förslag också är helt nya för region- och kommun.

Elevhälsa

Elevhälsan är en viktig aktör som möter unga på en plattform där flertalet unga känner igen sig. Detta kan skapa en trygghet, till skillnad från exempelvis vårdcentralen som ofta känns långt borta och inte utgör ett stöd i elevernas arbetsmiljö. Det finns fördelar med att fånga upp barn och unga i den miljö de redan befinner sig i. För de unga är det inte avgörande i om det är kommun eller region som har huvudmannaskapet, vilket är en fråga som kom från utredningen. Det viktiga är att det finns hög tillgänglighet och närvaro på skolan.

> Vi behöver mänsklighet, kärlek och värme
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Elevhälsan bör ha ett aktivt uppdrag i att synas mer i skolan, samt att vara på plats i större utsträckning i ett vidgat uppdrag. Detta vidgade uppdrag bör även inkludera att anpassa tider för unga att söka stöd, till exempel på eftermiddagar och kvällar. Kuratorn är ofta tillgänglig under lektionstid, vilket inte nödvändigtvis gör denne tillgänglig för eleverna. Dessutom erbjuder elevhälsan främst samtalsstöd, där vissa elever kan behöva mer stöd än att ”bara” att prata av sig. För vissa elever finns ett behov att elevhälsan erbjuder ett utökat stöd.

Elevhälsan bör ha obligatoriska återkommande elevhälsosamtal där en också inkluderar samtal om den psykiska hälsan, precis som en väger och mäter eleven. Detta för att normalisera samtal, möjliggöra en lägeskoll samt etablera en naturlig dialog med elevhälsoteamet. Hälsosamtal önskas vara ett enkelt samtal utan krav.

> Vi behöver utrymme att få prata om vår hälsa, normalisera samtalet om den psykiska hälsa och göra det lika självklart som att väga, mäta och kolla vår ryggrad. För även vår inre hälsa kan kännas sne.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Förslag

- Psykosocial kompetens i undervisningen, för att ge unga kunskap och vokabulär för den psykiska hälsan.
- Psykiska hälsokontroller. Att få en kallelse från skolan, med syfte att prata om den psykiska hälsan för att exempelvis minska stigmatiseringen.
- Erbjuda kurser rörande psykisk hälsa.
- Utökat uppdrag hos elevhälsan med möjlighet till tydligt ansvar i samverkan med exempelvis BUP eller andra vårdande aktörer.
- Ökad närvaro genom förändrade öppettider (till exempel kvällar) samt inkludera i uppdrag att skapa kontakt med elever och synas i skolan.

Goda exempel

- Kurator som följt upp och kontaktat elev när andra elever som, denne har nära kontakt med, mått väldigt dåligt.
- Elevhälsa som haft bra kontakt med BUP och som haft kontakt med till exempel behandlare och läkare för att vara uppdaterad. Kontakterna rör sig runt den unga och inte tvärtom.
- Kunnat höra av sig till kuratorn utanför bokade tider, att vid behov kunnat gå till elevhälsan.
- Kuratorer som rört sig ute i skolan, till exempel på fiket och försökt skapa relation till eleverna. Gör det tryggare att söka stöd.
- Erbjudande av stödprogram/verktyg som stresshantering.
- Kontakten är frivillig och på elevens villkor.

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningen är den enhet med mest positiv återkoppling och feedback. Ungdomsmottagningarna är i dag den enda verksamhet som vänder sig till åldersgruppen 18–25, en viktig aktör för psykisk hälsa hos unga över 18 år.

Verksamheten får god återkoppling på bemötande, flexibilitet, anpassning utifrån individen, att de har ett fokus på helhetshälsa och en god kunskap om gruppen unga och unga vuxna. Det är en tillgänglig verksamhet där en kan boka samtal online, där det kan finnas möjlighet till kvällstider.

> Där kände jag mig sedd. Jag gick inte in på en vårdenhet utan på en mottagning för mig som ung vuxen. Den enda platsen för mig. Här känner jag att jag kan ha passerat 18 år och ändå må dåligt.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Denna verksamhet önskas få ett utökat uppdrag med målgruppen unga och unga vuxna, som ett komplement till elevhälsan, med syfte att arbeta desto mer med den psykiska hälsan. Ungdomsmottagningarna har inte ett lika stort upptagningsområde och finns främst i större städer. Ungdomsmottagningen skulle eventuellt kunna ha ett rörligt uppdrag i den egna regionen, för att komma närmare alla unga.

Ungdomsmottagningen upplevs som en trygg och avslappnad enhet, på den ungas villkor och sida. Här upplevs det finnas ett generellt bra bemötande av unga, där de som arbetar inte dömer ut en generation utan finns för att lyssna och förstå. De kan både hantera livets svårigheter generellt, men också till viss del finnas som Förstalinjen verksamhet. Att det är en plats för mer än psykiska besvär underlättar också, ofta finns en känsla att här finns plats för hela mig och min utveckling som ung och ung vuxen.

Förslag

- Tydliggöra information om deras verksamhet för psykisk hälsa och ohälsa.
- Stärka deras uppdrag som primär enhet för målgruppen unga och unga vuxna rörande psykisk hälsa.
- Psykisk hälsa-kurser/cirklar/grupper.
- Möjliggöra stödjande samtal i större utsträckning.
- Möjlighet till samtal digitalt för de som inte bor nära ungdomsmottagningen.

Goda exempel

- Fantastiska psykologer och kuratorer som sett människan genom att våga fråga kring och utforska personens situation, inte bara symtom.
- Haft tillit tills en själv varit redo, fått tillåtelse att ta det utifrån individens process. Att få stanna kvar har skapat en trygghet för vidare stöd.
- Möjlighet till tidsbokning via nätet, gör det lättare att söka stöd jämfört med att ringa.
- Bra förståelse och kunskap kring ungas situation. ”Det känns att de är specialiserade på vår situation.”
- Flexibla öppettider, kvällar och ibland helger.

Vårdcentral

Vårdcentralen visar sig vara den som minst antal personer önskar söka stöd hos. Dock uppger unga att det är bra om vårdcentralen har ett samlat uppdrag, med start från födsel. Det blir då stöd under hela barn- och ungdomsåren inte bara vissa åldrar och bitar. Viktigt att enheterna kommunicerar och samarbetar med varandra samt får god möjlighet till detta, då vårdcentralen skulle kunna utgöra en ”spindel- i nätet-funktion”.

> Det känns naturligt att vårdcentralen är en väg in. Där har vi lärt oss att söka stöd för allt det fysiska som allt ifrån halsfluss, allergi och magproblem. Det känns naturligt att vi också skulle söka oss dit när själen gör ont. Men de behöver få den kunskapen och de förutsättningar som de behöver för att axla det uppdraget.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Vårdcentralen som en väg in är en bra idé. De finns med redan från livets start och är den instans en ska vända sig. Vi har ett invant beteende att söka vårdcentralen, vad gäller vår fysiska ohälsa, väldigt bra att kunna söka även för den psykiska hälsan och därmed inte skilja på dessa, då de ofta hänger samman. Däremot krävs ökad kompetens på vårdcentralerna kring det psykiska måendet och hur en kan

bemöta detta. Det anses väldigt bra om vårdcentralerna får ett större ansvar och högre kompetens på området.

Förslag

- Tydliggöra vårdcentralens roll med information om hur en kan söka stöd för sin psykiska hälsa.
- Ha ett holistiskt perspektiv på människan.
- Öka den egna kunskapen om unga och psykisk ohälsa.
- Ge möjlighet att boka digitalt.

Goda exempel

- Upplevs bra när de har tagits på allvar och fått en remiss med tydlig uppföljning.
- Bra och tydligt samtalsstöd med konkreta verktyg från kurator.

Högspecialiserad vård: Psykiatri

Den instans flest känner till för stöd vid psykisk ohälsa är de specialiserade enheterna.

BUP bör var en del av en kedja som hänger ihop med de tidiga insatserna, där de tydligare bör samarbeta med exempelvis vårdcentraler.

> Just för att du inte blir vuxen enbart för att du fyllt 18 år. Inget förändras på en dag till en annan.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

En genomgående upplevelse är att det är många som faller mellan stolarna när de fyller 18. Om BUP släpper en vid ens födelsedag finns en känsla av att ”starta om allting igen” på ny enhet. Det är inget som en orkar när en själv mår dåligt. Det krävs en bättre överlämning, där övergången till vuxenvården planeras.

Glappet som skapas vid 18 år ålder är problematiskt. För individen i sig ändras inget över en natt. En enhet primärt riktad till unga vuxna, 18–25 år, men viss flexibilitet anpassat utifrån individens bästa, skulle kunna ta emot från cirka 15 års ålder beroende på personens

problematik och slutföra en påbörjad behandling även om en passerat 18 års ålder. Detta utifrån ett perspektiv om patientens bästa med trygghet och kontinuitet. En enhet för unga vuxna skulle minska det stora glapp som finns i systemet, samt vara en enhet som också är experter på att möta just unga och unga vuxna, en grupp som tydligt skiljer sig från både barn och vuxna.

Förslag

- Tydliggöra enhet (öppenvård) för unga och unga vuxna till exempel mellan 15–25 år för att minska glappet. Liknande Ungdomsmottagningen, men i syfte att ge specialiserad vård till ungdomar/unga vuxna.
- Möjlighet att tydligare hänvisa med ansvar till en allmän vård till exempel vårdcentral. Där ingen riskerar att hamna i ett glapp, utan i stället med tydlig uppföljning, lämnas över till enhet med tydligt uppdrag om psykiska insatser på primärvårdsnivå.

Goda exempel

- Bra bemötande, som varit det viktigaste av allt. Blivit tagen på allvar och blivit förstådd.
- Möjligheten att byta behandlare om det inte klickar.
- Flexibilitet, att ha kvar en kontakt trots att den bytt enhet och på så sätt få tid till avslut.
- Bra inledande information om hur en behandling går till.

Slutord

> Det känns äntligen som att våra erfarenheter når fram till de som bestämmer. Äntligen försöker vi fixa kommunikationen, så ingen faller mellan stolarna. Det var min främsta önskan att få föra fram och den känns verkligen besvarad av utredningen.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Under Tilias verksamma år har vi utöver den dagliga kontakten med unga i stödverksamhet haft otaliga referens- och expertgrupper med unga, både i egen regi men också för andra verksamheter. Där finner vi att vissa resultat som var högst aktuella förr har passerat och nya behov har växt fram i nutid.

Dessa förändringar sker lika fort som i samhällets övriga takt. Men det finns också behov som varit konstanta. Återkommande uttrycks önskemål från målgruppen såsom att införa psykisk hälsa på skolschemat, få verktyg för hälsa, såsom självkänsla, vikten av att bli hörd och lyssnad till, samt att det bör erbjudas fler trygga sammanhang att få växa i.

Denna återkoppling avspeglar sig även i vårt påverkande arbete, där unga önskar bli hörda, respekterade och tagna på allvar i samhällets utformande av insatser

Det i sig möjliggör ett samhälle anpassat av och för unga, där unga får sina grundläggande behov tillgodosedda. Genom att inkludera unga från start bistår samhället dem med en känsla av att bli hörd och sedd. Vi ser ständigt hur detta påverkar och stärker varje enskild individ och leder till ökad psykisk hälsa. Ett win-win samarbete för och med unga.

Vi anser att vi behöver våga lyssna till unga, vara modiga nog att möta behoven och utforma målgruppsanpassade insatser, där det är avgörande att vi som är vuxna vågar och kan vara lyhörda. Det är inte

en-dagsarbete, utan ett ständigt pågående arbete och ett ansvar vi har för vår generation unga – nu, inte sen.

Innovation och kostsamma insatser önskas sällan. Unga ber om möjlighet att få sina grundläggande behov tillgodosedda: att bli lyssnade på, hörda, sedda och bekräftade.

Det är också ett ansvar att inte bara lyssna. Vi måste därtill agera på det unga säger, så att förändring blir till. Annars återstår dessa kloka förslag enbart som just det, i väntan på att uppfyllas.

När vi agerar skapar vi förändring och ringar på vattnet för närmare en hel generation.

Det gör skillnad.

Bilaga 1: Frågor, enkätundersökning

Har du sökt stöd hos elevhälsan?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något elevhälsan skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).

Har du sökt stöd hos ungdomsmottagning?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något UMO skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).

Har du sökt stöd hos vårdcentral?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något vårdcentralen skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt)

Har du sökt stöd hos psykiatrin?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något psykiatrin skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).
Om du har varit i kontakt med flera aktörer. Ex. både UMO och vårdcentral. Hur upplever du deras samarbete? Finns det saker de kan göra för att förbättra samarbetet och vården för dig?

Övrig feedback till dessa enheter. Finns det något de kan göra för att skapa förbättringar? Eller är det något du upplever fungerar bra som kan inspirera fler?

Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden

Underlagsrapport för den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S 2019:05.

Om samverkansmodeller för och hälsoekonomisk nytta av hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser för barn och unga med särskild fokus på psykisk ohälsa

Författare vid Uppsala universitet:
Anna Sarkadi
Camilla Nystrand
Kine Johansen
Jamile Marchi
Nina Johansson
Josefin Dahlström

Innehåll

Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden 569

Utgångspunkter 571

Ekonomiska argument för att förebygga psykisk ohälsa..... 578

Områden med god ekonomisk evidens för investering..... 584

Områden som har bra effektstudier, men saknar god evidens för kostnadseffektivitet..... 595

Vad är problemet med dagens organisation?..... 599

Goda exempel på samverkan – ”Workarounds” 607

Lyckade exempel på systemomvandlande samverkan 620

Det är inte brist på statlig satsning på området psykisk hälsa, men 631

Vägen framåt 634

Varför är en sammanhållen barn- och ungdomsvård en önskvärd modell?..... 643

Referenser..... 646

Utgångspunkter

Hälsans bestämningsfaktorer

En viktig utgångspunkt för arbetet är hälsans bestämningsfaktorer, vilket också återspeglas i folkhälsomålen som beslutades av Riksdagen. Hälsan hos en individ är beroende av faktorer hos individen (kön, ålder, ärftlighet, mm), hens nära relationer, levnadsförhållanden, som exempelvis boende, levnadsvanor, utbildning, inkomst, arbete och arbetsförhållanden samt den breda samhälleliga kontexten med dess lagar, regler, stödsystem och normer. Hälsan kan därtill ses som resultatet av individens resurser och handlingsfrihet och effektiva insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa bör syfta till att stärka individens resurser och därmed handlingsfrihet (SOU 2017:47).

I Sverige är en persons livslängd och upplevd hälsa socialt skiktat (SOU 2017:47). Det är skillnad i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, mellan män och kvinnor och geografiskt (SOU 2016:55). Ett barns hälsa följer tydligt den sociala gradienten i samhället och är kopplat till familjens ekonomiska och sociala status. Därmed har inte alla barn jämlika förutsättningar då uppväxtvillkor, resurser och chanser i livet är beroende och präglade av föräldrar och andra viktiga och närvarande vuxna under barnets uppväxt (SOU 2017:47).

Samhällets ökade segregering ger även avtryck både inom skolan, förskolan och boendeområden där familjens socioekonomiska position i samhället har en avgörande roll för de förutsättningar och möjligheter familjen har och får i livet (SOU 2017:47). Socialt utsatta områden är mindre attraktiva för arbetsmarknaden vilket avspeglar sig i förskolor och skolor som tenderar att skilja sig i kvalitet i jämförelse med mer attraktiva områden (SOU 2019:40). Skillnaderna påverkar barnens utvecklingsmöjligheter genom förskolepersonalens och skolans antal anställda samt deras kompetensnivå men också möj-

ligheten att erbjuda extra resurser för de barn som inte har möjlighet till utvecklande och stimulerande miljöer hemifrån. På så vis påverkas barn i mindre attraktiva områden ofta mer negativt och barn från mer gynnade socioekonomiska familjer får i sin tur oftare möjlighet att gå på en förskola eller skola av högre kvalitet. Mer privilegierade barn har även ett försprång i sin utveckling då familjens resurser och möjligheter till stimulerande miljöer och stöttning i utvecklingen ofta gynnas mer i familjer med högre socioekonomisk status.

Många samhällssektorer formar hälsans bestämningsfaktorer oavsiktligt, genom policy och olika program (Wismar *et al*. 2006, 2013). Insatser måste därför implementeras utanför hälso- och sjukvårdssystemet, till exempel i skolor, på arbetsplatser och i fritidsmiljöer, för att påverka folkhälsan generellt och den psykiska hälsan specifikt. Detta innebär ofta att man inte bara ska förlita sig på aktörer utanför hälso- och sjukvårdssektorn för ekonomiskt stöd, men också för effektiv förvaltning, administration och samordning för många hälsofrämjande insatser. Många kritiska policyområden kommer att ligga långt utanför hälsosystemens kontroll, såsom transportsäkerhet, miljö och stadsplanering, utbildning och finanspolitik. Naturligtvis är detta inte något nytt – vikten av sektorsövergripande samverkan och delat ansvar för hälsa har länge framhävts av dem som arbetar inom området (WHO 1986). Livsstil, sociala nätverk, levnads- och arbetsvillkor och allmänna socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden är alla mångfacetterade bestämningsfaktorer för hälsan som inte kan hanteras av enbart insatser inom hälso- och sjukvården, eller tillskrivas till en enda policy eller aktivitet utanför hälsosektorn (Dahlgren and Whitehead 1991).

Eftersom hälsans bestämningsfaktorer är ojämlikt fördelade har samhällets hälsofrämjande och förebyggande insatser ett kompensatoriskt uppdrag. Hälsa är ytterst ett resultat av resurser och handlingsfrihet. En effektiv organisation för barn och unga bör därför eftersträva att öka båda delarna. Detta är inte bara av betydelse utifrån mänskliga rättigheter och likvärdighet utan också ur ett ekonomiskt perspektiv.

Från ett folkhälso- till ett ekonomiskt perspektiv

Folkhälsoarbetet har till stor del sin grund i hälsans bestämningsfaktorer, med allt från genetiska risker till livsvillkor och levnadsvanor, där insatser, projekt och arbetssätt struktureras kring att minska riskfaktorer eller främja skyddsfaktorer. Ramverket för folkhälsoarbetet utgår ifrån att framtida hälsa och välmående i populationen beror på samspelet mellan en rad olika faktorer i dag och framöver.

Går man över till ett nationalekonomiskt perspektiv kan man använda sig av ramverk med liknande ansats, men där målet är att vi vill öka produktivitet och därmed driva ekonomisk tillväxt. Michael Grossmans modell från 1970-talet är central för att förklara och förstå hur hälsan har en avgörande roll för ekonomiskt tillväxt på individnivå, alltså ökad inkomst, eller på samhällsnivå (Grossman, 2000). Grossman-modellen har sin ansats i att varje individ föds med en viss mängd hälsokapital som sedan minskar ju äldre man blir, och i samband med negativa förändringar såsom sjukdom. Idén är att man kan upprätthålla eller öka sitt hälsokapital genom investeringar i hälsa över tid. Hälsa betraktas därför ha ett egenvärde och ett mervärde – människor mår bättre och det är en god investering för framtida hälsa och därigenom inkomst, det vill säga att det finns en finansiell avkastning för friskhet.

Därför kan man säga att individer både efterfrågar och producerar olika mycket hälsa utifrån dess förväntade avkastning, beroende på grundkapitalet. Vid ett lägre hälsokapital vid födseln och negativa förändringar i hälsa förväntas antalet arbetsdagar minska, därmed vår produktivitet och således inkomst. På en välfungerande marknad baseras individers inkomst på dess marginalprodukt (hur mycket extra vi producerar) och individer kan på så sätt påverka sin inkomst genom investeringar i sin hälsa. Grossman (2000) menar att den generellt viktigaste faktorn för människors investering i sitt hälsokapital är utbildning. Med utbildning kommer kunskap och lärdomar om vad som krävs för att investera i och förvalta sin hälsa – det vill säga resurser och handlingsutrymme. Däremot så fokuserar teorin på investeringar i hälsa bland vuxna och ser hälsokapital, medfödda förmågor samt dess utveckling som givna. Det betyder att hur hälsa påverkas av barns risk- och skyddsfaktorer inte kan tas hänsyn till, trots att

forskning visar att det spelar en viktig roll för produktiviteten längre fram.

Denna avsaknad av ett livscykelperspektiv är en nackdel när det gäller hur man kan tänka kring investeringar i barn och ungas hälsa. För att ta hänsyn till hur hälsa kan påverka barns utveckling och hur detta senare har en inverkan på produktivitet finns det alternativa teoretiska ramverk.

Humankapitalet

Becker (1975) beskrev tidigt att humankapital är aktiviteter som påverkar vår framtida monetära och fysiska inkomst genom att öka resurserna som människor kan bidra med (Becker, 1975). Humankapital är människors kunskaper, färdigheter, talanger och kompetenser, men också hälsa, som bidrar till deras produktionsförmåga. Likt teorier inom neurovetenskap, utvecklingspsykologi och närliggande områden inkluderar humankapitalteorin följande argument rörande barns utveckling:

- Barns utveckling är en process där senare färdigheter bygger på tidigare färdigheter
- Mängden färdigheter genererade i en period är kritiskt beroende av grunden av färdigheter som skapats under en tidigare period
- Människans utveckling är ett samspel mellan arv och miljö
- Människans möjligheter inkluderar flertalet dimensioner av produktiva färdigheter, både kognitiva (relaterade till inlärning, språklig förmåga och problemlösning) och icke-kognitiva (motivation, preferenser, självbild m.m.), erfarenheter, och hälsa.

Detta ramverk, som också den Nobelprisbelönade forskaren James Heckman utgår ifrån i sin ”Heckman-equation”, belyser vikten av att ta hänsyn till kritiska perioder under utvecklingen. Detta är speciellt viktigt då negativa händelser kan vara särskilt skadliga, eller då en specifik policy kan få särskilt stor effekt, vid vissa kritiska tidpunkter i barns utveckling. Hälsa, kognitiva och icke-kognitiva förmågor avgör alltså till stor del den kapacitet man har för att lyckas inom studier eller på arbetsmarknaden. Ett femte argument används också i humankapitalteorin, men den är beroende av hur starkt sam-

bandet är mellan de olika faktorerna som bidrar till humankapital under olika tidpunkter i livet:

> En investering i humankapital i livets tidiga skede kommer sannolikt att vara mer effektivt än att försöka ta hand om de problem som uppstår senare i livet. Forskning på ansatser där man försökt kompensera för avsaknad av färdigheter genom att satsa på humankapital senare i livet, såsom specialistutbildning på jobbet, har ofta sammanfattat att dessa försök till stor del varit förgäves (Heckman, 2000).

Centralt för förståelsen av humankapitalteorin är idén om att samtliga delar kompletterar varandra, vilket innebär att bra hälsa och goda förmågor i en viss period kan komma att höja produktiviteten av investeringar i nästföljande period. Därför kan utveckling av hälsa och olika förmågor och färdigheter påverkas på olika sätt genom politiska åtgärder. En åtgärd för att främja psykisk hälsa bland barn kan potentiellt öka lärande; ett större utbud att föräldraskapsstödsprogram skulle kunna leda till lägre sjukskrivning bland föräldrar; en investering i att öka barns förmåga att tolka, förstå och reglera känslor skulle kunna öka barns potential till högre utbildning och därmed bättre chanser på arbetsmarknaden.

Då humankapitalteorin gör det tydligt att effekten av en investering kan variera under olika perioder av livscykeln, kan såklart intäkterna från en investering skilja sig åt mellan prevention, behandling och åtgärder vid uppstådda problem. Liksom Grossman-modellen lyfter detta teoretiska ramverk fram att hälsa har betydelse för ekonomins tillväxt, med utbildning som avgörande faktor.

Effekten av att investera i barn och ungas psykiska hälsa på ekonomisk tillväxt kan således undersökas genom dess effekt på utbildning, arbetsutbud och inkomst. Av vikt är de relativt ”små” mekanismerna eller insatserna i utvecklingen av barns kapacitet som kan ha en betydande inverkan på deras hälsa och kan leda till stora socioekonomiska skillnader över ett livstidsperspektiv. Utifrån ett epidemiologiskt, folkhälso- och ekonomiskt perspektiv kan vi därför skapa förståelse för hur vårt medfödda hälsokapital, olika risk- och skyddsfaktorer, timing av investeringar och förändringar i hälsa kan påverka vår utveckling av kapacitet. Det betyder att viss negativ utveckling kan brytas med hjälp av samhällsinsatser, med mest lovande resultat om man vet för vilka, när och hur dessa investeringar gör mest nytta.

Det finns en bred forskningsgrund som tyder på att humankapitalteorin stämmer. Bland annat visade: Currie och Moretti (2003) att en policy som ökade utbildningsnivå bland mammor hade positiv inverkan på deras barns humankapital (Currie and Moretti, 2003). Reynolds, Temple, Robertson och Mann (2001) visade att Chicago Child-Parent Center (CPC) framgångsrikt främjade barns humankapital till en högre grad om man erbjöd barn insatsen redan i förskolan, till skillnad från tidigt i grundskolan. Barn som erbjöds CPC tidigare hade både mindre behov av speciallärare och klarade dessutom av skolan bättre (Reynolds *et al.*, 2001).

En svensk pärla som exempel

I början av 1930-talet avsattes 30 000 kronor, vilket i dagens penningvärde motsvarar cirka 800 000 kronor, för en försöksverksamhet med mödra- och spädbarnsvård. Mellan år 1931 och 1933 pågick försöksverksamheten i 59 utvalda kommuner på landsbygd och i städer. Verksamheten gick ut på att ge förebyggande vård utifrån tre huvudaktiviteter: (1) hälsoundersökningar, (2) information till mödrar om hur de bäst skulle ta hand om sitt barn och (3) hembesök.

Med hjälp av historiska data har man jämfört uppgifter om hälsa och humankapital bland de barn som fick ta del av mödra- och spädbarnsvården, med matchade individer som inte fått tagit del av försöksverksamheten (Karlsson and Nilsson, 2018). Resultaten visade att spädbarnsdödligheten var 24 procent lägre bland barn i försöksverksamheten, samt att risken för att dö senare i livet var sju procent lägre än bland matchade individer utanför verksamheten. Läs- och skrivkunnighet förbättrades också i försöksverksamheten, speciellt bland flickor. Resultaten från studier tydde på att klyftan bland pojkar och flickor som tog examen från realskolan minskade – signifikant fler flickor från försöksverksamheten tog examen än från kontrolldistrikten, medan någon signifikant skillnad inte sågs för pojkar. I medelåldern var inkomsterna i genomsnitt sju procent högre för individer från försöksgruppen, men det berodde helt och hållet på kvinnorna, vars inkomster var 20 procent högre. Resultaten visar sammanfattningsvis att tidig spädbarnsvård kan åstadkomma långvarig förbättring i människors liv, vilket inte minst kan ses från en ekonomisk synvinkel utifrån effekten på humankapital.

Eftersom humankapitalet är sammansatt och består av många olika kognitiva och icke-kognitiva färdigheter måste en organisation som är satt för att främja barn och ungas hälsa klara av ett helhetsperspektiv och att barn har olika förutsättningar och behov.

Ekonomiska argument för att förebygga psykisk ohälsa

Kostnaderna[1] för psykisk ohälsa

World Economic Forum uppskattade att den globala kostnaden för psykisk ohälsa år 2030 kommer att ha mer än fördubblas jämfört med 2010, med totala kostnader upp till 5,7 biljoner euro. Två tredjedelar av den ekonomiska bördan kommer från indirekta kostnader. Denna kostnad skulle stå för mer än hälften av de totala kostnaderna för icke-smittsamma sjukdomar globalt (Bloom *et al.*, 2012).

Stort fokus de senaste åren har legat på att skatta den finansiella bördan av psykisk ohälsa bland barn och unga. Dessa kostnader uppstår ofta inom hälso- och sjukvården relaterad till behandling och mediciner, utbildningssektorn, socialtjänst och den frivilliga sektorn. Kostnader kan också bero på spill-over effekter på familjer. Med ett livstidsperspektiv kan kostnaderna fortsatt öka genom att problem fortskrider, eller genom de ökade riskerna för konsekvenser, inkluderat kriminalitet, substansberoende eller arbetslöshet. Ackumulerade under en livstid riskerar räkningen att bli skrämmande hög.

Blygsamma skattningar för barn i åldrarna 3–8 år med beteendeproblem har visat att resursförbrukning inom offentlig sektor uppgår till ungefär 3,5 gånger så mycket som för barn utan problem (Scott *et al.*, 2001). Om problemen dessutom kvarstår och utvecklas till en diagnos ökar kostnaderna markant. Uppskattningar från Storbritannien visade att resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, utbildning och socialtjänst för barn i åldrarna 5–15 med en psykiatrisk diagnos uppgick till i genomsnitt 3 900 euro per barn årligen (Snell *et al.*, 2013). Foster et al. (2005) jämförde resursförbrukning

[1] Samtliga priser återges i den valuta som presenterats i den ursprungliga studien.

bland barn med trotssyndrom eller uppförandestörning med barn utan denna problematik, och fann att kostnad per barn över en 7-årsperiod översteg 68 000 euro för uppförandestörning och över 18 000 euro för trotssyndrom (Foster and Jones, 2005). Över sextio procent av utgifterna låg hos utbildningssektorn.

De sistnämnda kostnaderna är relativt låga i jämförelse med de extra resurser som elever med psykiska problem får i skolan i Sverige. Utifrån data från Uppsala län skattade Wellander et al. (2016) att den genomsnittliga kostnaden per elev med ADHD, psykosociala problem eller ångest/depression låg på cirka 18 500 euro årligen (Wellander, Wells and Feldman, 2016). I denna skattning har författarna inkluderat kostnader för extra lärare, elevassistenter och specialklass, men exkluderat kostnader för elevhälsa.

Det ekonomiska och sociala värdet av tidiga insatser

En snabbt växande forskningsgrund för utvärderingar av tidiga insatser visar på stor potential för besparingar bland flera av samhällets sektorer som väldigt ofta kan väga upp för de initiala kostnaderna för insatser och producera bättre hälsa.

Ekonomisk utvärdering

Två olika typer av ekonomiska utvärderingar är av relevans vid beslutsfattande – *kostnadsnyttoanalyser* och *kostnadsintäktsanalyser*.

Kostnadsnyttoanalyser är rekommenderade och används ofta som stöd vid resursprioritering inom hälso- och sjukvård. I kostnadsnyttoanalyser ställs *hälsorelaterad livskvalitet* (Quality Adjusted Life Years, QALY) i relation till nettokostnader. Livskvalitémått är något som används istället för kliniska utfall, dels för att de är enklare att förstå för beslutsfattare oavsett klinisk kompetens, men också för att de möjliggör för jämförelser av insatser mellan olika områden. En insats i öppenvård för barn med en viss typ av problematik kan därför jämföras med en insats i specialistsjukvården för barn med andra typer av problem. Likaså kan vi använda dessa för en bredare jämförelse – hur kostnadseffektivt är det med en aktivitetsfrämjande insats bland barn i förskolan, i jämförelse med en antimobbningsinsats i gymnasiet?

Det finns ytterligare ett argument för att använda hälsorelaterad livskvalitet, nämligen att det finns rekommendationer eller gränsvärden för hur mycket samhället är villig att betala för en förbättring av livskvalitén. Detta är ett oerhört försprång i jämförelse med ”områdestypiska” eller kliniska utfall, där vi inte vet om en viss hälsoförbättring för en viss kostnad är på rimlig nivå, eller för kostsam. Vad är vi till exempel villiga att betala för att en ytterligare person ska få behörighet till gymnasiet, för att en mindre person ska utsättas för mobbning eller för att undvika ungdomsbrottslighet? Mäter vi hälsorelaterad livskvalitet kan vi använda oss av rekommenderade gränsvärden och därmed avgöra om en insats är kostnadseffektiv i relation till någon annan insats om den kostnaden är lägre än gränsvärdet. Vi kan därför svara på frågor såsom ”vad ger mest nytta (hälsa) för pengarna” och ”är det värt den extra kostnaden för att implementera en mer effektiv insats, i relation till vad vi är villiga att betala för denna extra effektivitet?”.

Kostnadsintäktsanalyser. Utanför hälsoekonomin återfinns exempel på ekonomiska utvärderingar där man ställer kostnader i relation till *intäkter*, snarare än hälsa. Dessa är så kallade kostnadsintäktsanalyser. Kostnadseffektiviteten av till exempel ett infrastrukturprojekt beskrivs ofta i termer av hur mycket man kan få tillbaka per investerad krona, eller hur stor avkastningen är över tid. Sociala insatser kan rimligtvis också utvärderas utifrån ett liknande perspektiv.

Den främsta förebilden för att ”räkna hem” tidiga insatser för barn och unga utgörs av de ekonomiska modeller som utvecklades av Washington State Institute of Public Policy (WSIPP) (Washington State Institute for Public Policy, 2020). WSIPP sammanställer forskning kring effekter av metoder och insatser inom olika områden relaterade till barn och unga. Analyserna ger en övergripande bild av evidensläget gällande folkhälsoinsatser, dels för att utröna vilka effekter man kan förvänta sig, dels för att slå hål på luftslott, då evidensen inte alltid pekar i den riktning man vill eller förväntar sig. WSIPP använder därefter samhällsekonomiska analysmodeller, skräddarsydda för olika insatsområden, för att beräkna den samhällsekonomiska lönsamheten av olika typer av interventioner. Detta genom att länka insatsernas effekt på riskfaktorer (såsom beteendeproblem) till långsiktiga samhällsekonomiska konsekvenser. WSIPP har bland annat beräknat den långsiktiga avkastningen för preventiva insatser

inom ungdomsbrottslighet, barns psykiska hälsa och missbruk, och inom olika arenor såsom förskola, skola, hälso- och sjukvård.

I Storbritannien har man påbörjat en variant av WSIPPs modellen, med relevanta insatser och kostnader för brittisk offentlig sektor. I Sverige finns ett liknande arbete för att stödja kommunernas beslutsprocess om sociala investeringar, med stöd av stiftelsen Idéer för Livet och framtagen av forskare på Uppsala universitet (Nystrand, Feldman and Sarkadi, 2020). Initiativet tillkom eftersom det både i Sverige och internationellt finns en mångfald av insatser, både med och utan evidens, som erbjuds inom kommunal verksamhet och som syftar till att förebygga eller minska psykiska problem bland barn och unga. Däremot finns det inget stöd för beslutsfattare att sortera mellan dessa metoder, delvis för att svensk forskning saknas och delvis för att det är svåråtkomligt för lokala beslutsfattare.

Sociala konsekvenser av psykisk ohälsa i barndomen

Inverkan av psykisk ohälsa bland barn och unga på utbildning, arbete och inkomst har studerats flitigt. Med hjälp av registerdata och longitudinella kohortstudier har man kunnat följa barn med olika psykiatriska diagnoser och problem upp i vuxen ålder. Man har i dessa studier kunnat kontrollera för en mängd bakomliggande faktorer som också kan komma att påverka utfallen. I vissa studier har man även haft möjlighet att göra långsiktiga uppföljningar av tvillingar, för att kunna kontrollera för genetik och uppväxtförhållanden. Dessa studier är speciellt intressanta, då de ger en bild av den kausala inverkan av psykisk ohälsa på långsiktiga utfall, såsom akademisk förmåga, arbete och inkomst.

Konsekvenserna av psykisk ohälsa i tidig ålder kan uppkomma redan i skolåldern i form av problem med sociala relationer, mobbning och utanförskap. Senare i tonåren ökar även risken för bland annat rökning och alkoholanvändning, och i vuxen ålder en ökad risk för beroendeproblematik eller andra psykiska problem och kriminalitet. I de kohortstudier som nämnts tidigare har man funnit att barn med beteendeproblem löper högre risk för beroendeproblematik, arbetslöshet, problem med sociala relationer och kriminalitet än barn utan underliggande problem. Även svenska registerbaserade studier visar liknande mönster av negativa konsekvenser på humankapi-

talet relaterat till psykisk ohälsa i tidig ålder (Lundborg, Nilsson and Rooth, 2014).

Många studier har följt upp barn med ADHD och uppförandestörning (conduct disorder) eller beteendeproblem (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005; Le *et al.*, 2005; Currie and Stabile, 2006; Breslau *et al.*, 2008; Webbink *et al.*, 2012; Fletcher, 2014). Erskine *et al*. (2016) sammanfattade litteraturen rörande ADHD och uppförandestörning och beräknade den genomsnittliga inverkan av dessa problem (Erskine *et al.*, 2016). Författarna såg att ADHD resulterade i 3,7 gånger högre odds att hoppa av skolan, och 2 gånger högre odds att hamna i arbetslöshet, i jämförelse med barn utan ADHD. Oddsen för att hoppa av skolan för barn med uppförandestörning var 2,7. Skattningar från Nya Zeeland och Storbritannien där man följt barn under 25 respektive 40 år, visar att barn och ungdomar med beteendeproblem har 4 gånger högre odds att få ofullständiga betyg i skolan (Colman *et al.*, 2009), och större risk att vara beroende av ekonomiskt stöd vid 25 års ålder (33 procent av de barn med högst problematik, i jämförelse med 9 procent för barn utan problematik) (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005).

Barn med beteendeproblem löper en 10 gånger högre risk att hamna i olika typer av kriminalitet, eller en 3,8 gånger högre risk att hamna i narkotikaberoende (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005). Register- och kohortdata har också visat att barn med ADHD och trotssyndrom mer frekvent hamnar i beroendeproblematik och en kriminell bana (Fletcher and Wolfe, 2009; Knop *et al.*, 2009; Dalsgaard *et al.*, 2014; Sundquist *et al.*, 2015), med en svensk studie som tyder på kausala samband mellan ADHD som barn och beroendeproblematik i vuxen ålder (Sundquist *et al.*, 2015).

Studier har funnit liknande, om än mindre, negativa samband mellan ångest och depressionsdiagnoser bland barn och unga och arbetsmarknadsutfall (Duchesne *et al.*, 2008; Fletcher, 2013). Problematik gällande alkoholberoende i vuxen ålder har också setts bland barn och unga med depression och ångestsymptomatik (McKenzie *et al.*, 2011).

Det vetenskapliga underlaget är därför entydigt när det kommer till de förhöjda riskerna samt de ekonomiska och sociala konsekvenserna relaterade till tidig psykisk ohälsa. Men det finns ytterligare fördelar med att arbeta med tidig prevention för att minska risken för dessa negativa utfall i vuxen ålder. Å ena sidan är den underliggande problematiken inte något som bara påverkar individen i fråga,

utan också familj, vänner, skolkamrater och lärare. Kan vi förebygga eller minska problemen för dessa individer idag har vi möjlighet att påverka många individers framtid. Å andra sidan kommer de problem vi vill förebygga och de långsiktiga konsekvenserna också med en prislapp. I praktiken innebär det att man med tidiga insatser inte bara bör se till hur humankapitalet och därmed samhällsproduktionen kan komma att påverkas, men också hur tidiga insatser slår mot offentlig sektor, speciellt intäktssidan. Med ett brett perspektiv kan ofta samhällsbesparingar vägas upp mot kostnaden för tidiga insatser, där investering i tidiga insatser ofta resulterar i en ekonomisk lönsamhet utifrån ett långsiktigt perspektiv.

Områden med god ekonomisk evidens för investering

Perinatal depression

Argumentationen för tidiga insatser utifrån ett ekonomiskt perspektiv börjar redan under graviditeten. Mellan 10 procent och 20 procent av kvinnor upplever prenatala depressiva symtom (Gavin *et al.*, 2005; J.Y. *et al.*, 2017). Bättre hantering av psykisk ohälsa under graviditet kan också bidra till att mildra problem som ångest, psykos och posttraumatisk stress. Män upplever också psykiska påfrestningar kopplat till graviditet; nyligen genomförda studier i Storbritannien och Italien rapporterar att 4–6 procent av nyblivna pappor upplever depressiva symtom (Epifanio *et al.*, 2015; Nath *et al.*, 2016) och upp till 18 procent lider av ångestproblematik (Leach *et al.*, 2016). Prenatal psykisk ohälsa kan ha långvariga konsekvenser för barns psykiska hälsa, liksom för fysisk och kognitiv utveckling.

För samhället kostar prenatal depression och ångest för mammor och barn upp till 112 300 respektive 51 600 dollar utifrån ett livstidsperspektiv. Kostnader relaterade till utbildning och rättsväsendet överstiger här kostnader för hälso- och sjukvården (Bauer, Knapp and Parsonage, 2016). Dessa kostnader visar ett tydligt ekonomiskt incitament för att investera i åtgärder för att identifiera risken för depression hos nya och blivande föräldrar. Allt fler länder, inklusive Sverige, Australien, Nya Zeeland och Storbritannien, har i dag program eller riktlinjer för att screena för pre- och postnatal depression. Ett antal ekonomiska utvärderingar visar att det är kostnadseffektivt att förebygga och/eller behandla tidig prenatal depression (Gurung *et al.*, 2018).

Föräldraskapsstödsprogram

Föräldraskapsstödsprogram erbjuds i en majoritet av kommuner i Sverige som förebyggande insats (mödravård, förskolor, socialtjänsten m.m.), både på universell nivå och som riktad eller indikerad insats. Inom många regioner ska föräldraskapsstödsprogram enligt riktlinjer erbjudas som första-linjeinsats för föräldrar vars barn uppvisar beteendeproblematik eller fått diagnoser, som ADHD, trotssyndrom eller uppförandestörning. Det finns även föräldrastöd som är specifikt utvecklade för föräldrar som har underliggande problematik, som missbruk eller psykiska problem, eller för barn med andra diagnoser, till exempel autismspektrumdiagnos.

Föräldraskapsstödsprogram erbjuds i olika format, vilket kan inkludera individuella möten, telefonmöten, gruppträffar och/eller föreläsningar, både online och genom fysiska träffar. Syftet med föräldraskapsstödsprogram är att ge föräldrar verktyg för att förstå och hantera barns beteenden, vilket i sin tur leder till minskade beteendeproblem bland barn, minskad stress bland föräldrar och känsla av ökad föräldrakompetens och allmänt välmående.

Det finns en stabil forskningsgrund när det kommer till den ekonomiska evidensen för föräldraskapsstödsprogram, speciellt då man de senaste fem åren sett en tydlig ökning i antalet publicerade artiklar inom området. I en systematisk litteraturöversikt från år 2020 sammanfattade Sampaio *et al.* kunskapsläget utifrån 45 ekonomiska utvärderingar av föräldraskapsstödsprogram (Sampaio, F., Nystrand, C., Feldman, I., Mihalopoulos, 2020). För att förebygga och minska beteendeproblem hos barn är dessa program kostnadseffektiva, och evidensen ser också lovande ut gällande emotionella problem, som ångest och depression, där dessa insatser ofta är kostnadseffektiva i förebyggande eller lindrande syfte.

Fler av dessa studier har uppföljningstider på längre än sex månader, varpå man kan säga något om hållbarheten av effekten från insatserna. I en nyligen genomförd ekonomisk utvärdering i Storbritannien hämtade man data från fem studier som undersökt föräldraskapsstödsprogrammet de Otroliga Åren, som också finns tillgänglig i Sverige, för föräldrar med barn i 5-årsåldern (Gardner *et al.*, 2017). Med hjälp av ekonomisk modelleringsteknik uppskattade man framtida kostnader och intäkter upp tills barnen blev 30 år, med ekonomiska skattningar för hälso-, socialtjänst- och utbildningssektorn

samt rättsväsendet. Forskarna skattade en avkastning på 4,57 dollar för varje dollar spenderad.

Ekonomiska utvärderingar utförda av WSIPP i USA visar på avkastning mellan 0,6–30,5 dollar per investerad dollar för föräldraskapsstödsprogram, där några av de inkluderade programmen finns tillgängliga i Sverige, bland annat de Otroliga Åren och Triple P (Positive Parenting Program). Dessa skattningar går i linje med vad som setts i svenska studier, där avkastningen varierat mellan 6,3–39 kronor per investerad krona för programmen Cope, Connect, Komet och de Otroliga Åren (Nystrand *et al.*, 2020). Intäkter i den svenska studien inkluderade poster för utbildning och hälso- och sjukvården, samt framtida livstidsinkomst.

I två andra svenska studier använde man livskvalitémått för att skatta insatsernas effekt, något som föredras för hälsoekonomiska utvärderingar utifrån det inbyggda ”värdet” för livskvalitet, som beslutsfattare kan använda som riktlinje för att bedöma kostnadseffektivitet. Dessa utvärderingar inkluderade Cope, Connect, Komet och de Otroliga Åren, självhjälpsboken *Fem gånger mer kärlek*, och programmet Alla Barn i Centrum, ABC (Ulfsdotter, Lindberg and Månsdotter, 2015; Nystrand *et al.*, 2019). Föräldrar till barn i åldrarna 3–12 randomiserades till insatserna, och kostnader beräknades för 5–12-åringar fram tills 18 års ålder. I utvärderingen av de fem förstnämnda gjordes en långtidsuppskattning av de potentiella intäkterna kopplade till minskning av beteendeproblematik bland barn, med fokus på kostnadsbesparingar för utbildningssektorn och hälso- och sjukvården. För insatsen ABC ställdes insatsens kostnader i relation till livskvalitet. Vad båda utvärderingarna visade var en tydlig bild – samtliga insatser var kostnadseffektiva utifrån rådande betalningsvilja, dvs. ”värde” för livskvalitet, som beslutsfattare kan använda som riktlinje. Man såg också besparingar för olika sektorer. Analyser visade också på att ett långsiktigt perspektiv där intäkter ackumuleras över flertalet år inte vad nödvändigt för att uppnå kostnadseffektiva resultat. Detta är särskilt viktigt eftersom den kommunala ekonomin och det politiska klimatet har betydligt lättare att hantera korta tidsperioder mellan insats och effekt.

Evidensen är mer otydlig när det gäller föräldraskapsstöd för andra psykiska problem, för att främja generellt välmående och som specifik selektiv insats. Exempelvis varierar evidensen gällande kost-

nadseffektiviteten av föräldraskapsstödsprogram för föräldrar med missbruksproblematik eller för barn som adopterats.

Skolan som arena för insatser

Skolan är en arena med stor potential för främjande och förebyggande arbete för psykisk hälsa. Få svenska ekonomiska utvärderingar av insatser i skolan har gjorts, men evidens från grannländer, övriga länder i Europa och internationellt är entydiga när det kommer till de ekonomiska argumenten för att arbeta med vissa typer av förebyggande insatser i skolan. Svenska läkarsällskapet (SLS) sammanfattade nyligen i en rapport *Kraftsamling för ungas psykiska hälsa* fem generella insatsområden där det finns en god vetenskaplig grund för att kunna påverka ungas psykiska hälsa och skolresultat. Dessa fem områden innefattar:

1. Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet
2. Balans mellan tid på digitala medier, skola, fysisk aktivitet och sömn
3. Socialt och emotionellt lärande för att stärka självkänsla, hantera stress och skapa positiva förändringar
4. Anpassning av kunskaps- och betygskraven till elevers utveckling och förutsättningar
5. Tidig upptäckt och stöd till unga med risk för sämre psykisk ohälsa.

Några av dessa med god ekonomisk evidens tas upp nedan, nämligen fysisk aktivitet, socialt och emotionellt lärande och tidig upptäckt och stöd till unga med risk för sämre psykisk ohälsa, som självskada, ångest och depression.

Fysisk aktivitet

Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) har i sin rapport från 2018 ”Physical Activity Guidelines Advisory Committee” sammanfattat evidensen av fysisk aktivitet på kognition, livskvalitet, självkänsla och depressiva symptom hos unga i skolåldern. Högre grad av fysisk aktivitet och lägre nivåer av stillasittande bland unga 5–18 år ökar självskattad livskvalitet (3), samtidigt som det finns stark evidens för att fysisk aktivitet har måttlig till hög effekt gällande minskning av depressiva symtom hos barn och ungdomar, med eller utan diagnostiserad depression. Träning har också visat måttlig effekt för att förbättra självkänslan (Das *et al.*, 2016). Cöster *et al*. (2018) visar en studie från Sverige att behörigheten till gymnasiet kan öka för pojkar med en insats som syftar till att öka den fysiska aktiviteten bland skolungdomar (Cöster *et al.*, 2018).

Argument för satsningar inom fysisk aktivitet på befolkningsnivå baseras i allt högre grad på beräkningar av kostnaderna för inaktivitet. Enligt skattningar från WHO är en fjärdedel av den vuxna befolkningen i EU otillräckligt aktiva, och fyra femtedelar av ungdomar. Över 500 000 dödsfall per år kan relateras till fysisk inaktivitet, vilket kan förebyggas genom livsstilsförändringar. Stora kostnadsposter är relaterade till de ökade hälsorisker som fysisk inaktivitet resulterar i, både för hälso- och sjukvården men också gällande samhällsproduktion, då många av dessa resulterar i för tidig död. Direkta kostnader för hälso- och sjukvården utifrån de fyra största riskerna relaterade till fysisk inaktivitet; hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2, kolon- och bröstcancer och indirekta kostnader kopplat till depression och ångestproblematik, uppgår till 80 miljarder euro årligen för EU-länderna. Detta motsvarar 6,2 procent av utgifterna för hälso- och sjukvården i Europa; fem miljarder euro mer än hela världen spenderar på cancerläkemedel varje år eller hälften av den årliga BNP för Irland eller Portugal. Ser vi framåt kommer denna ekonomiska kostnadsbörda att öka – konservativa uppskattningar för år 2030 är att dessa kan uppgå till årliga kostnader på över 125 miljarder euro (ISCA/Cebr, 2015).

Fyra översiktsartiklar har publicerats där man bland annat tittat på den ekonomiska evidensen för fysisk aktivitet bland barn och unga. Laine *et al.* (2014) och Wu et al. (2011) konkluderade att insatser i skolan för att främja fysisk aktivitet generellt är kostnads-

effektiva. Båda översikterna inkluderade dock en mängd olika skolbaserade insatser (från hälsoutbildning till miljöförändringar) som varierade väsentligt när det gäller storleken på kostnadseffektiviteten (Wu *et al.*, 2011; Laine *et al.*, 2014).

Lehnert et al. (2012) inkluderade främst skolbaserade insatser som främjade aktivitet i samband med resa till/från skolan (Lehnert *et al.*, 2012). I denna översikt ansågs inte dessa insatser vara kostnadseffektiva. Lewis et al. (2010) undersökte insatser för fysisk aktivitet i familj- och hemmiljö, skola och samhället. Översikten sammanfattade att vissa insatser var kostnadseffektiva (t.ex. danslektioner och program för vandringsgrupper i stället för skolskjuts), medan andra endast visade sig vara kostnadseffektiva för en viss grupp barn (t.ex. endast för tjejer), eller inte kostnadseffektiva alls (t.ex. gratis simlektioner) (Abu-Omar *et al.*, 2017). Få av dessa ekonomiska utvärderingar har gjort långsiktiga prognoser av insatsernas inverkan på framtida hälsa och humankapital. Däremot kan vi anta än bättre kostnadseffektivitet och potentiella kostnadsbesparingar om dessa skulle ha inkluderats.

Socialt och emotionellt lärande (SEL)

”Sociala och emotionella färdigheter” avser förmågan till att reglera ens tankar, känslor och beteende. Dessa färdigheter skiljer sig från kognitiva förmågor såsom läskunnighet eller förståelse för matematik eftersom de huvudsakligen berör hur människor hantera sina känslor, uppfattar sig själva och interagerar med andra, snarare än deras förmåga att bearbeta information. Sociala och emotionella färdigheter har stor inverkan på ens egna mående, kognitiva utveckling och kan ha en inverkan på mer långsiktiga utfall, såsom skolprestation och framtida fysiska och psykiska hälsa.

Heckman och Kautz (2012) jämförde studenter som hoppat av gymnasiet och fick högskolebehörighet genom att genomföra så kallade ”GED”-tester, med studenter som fått ut en vanlig gymnasieexamen (Heckman and Kautz, 2012). Deras kognitiva förmåga skiljde sig inte åt, men man såg att avhopparna hade sämre sociala och emotionella färdigheter. Det som dock skiljde dem mest åt var inte dessa färdigheter, utan hur det gick senare för dem i livet. Eleverna med sämre SEL färdigheter hade lägre sannolikhet att klara av uni-

versitetsstudier, kortare anställningar, lägre timlön, högre skilsmässonivåer, sämre hälsa, och högre sannolikhet att hamna i kriminalitet. I en studie av Roberts *et al.* (2007) såg man att SEL färdigheter hade en något lägre inverkan än IQ på arbetsrelaterade utfall, men en högre effekt än vad föräldrars inkomst och socioekonomisk status hade (Roberts *et al.*, 2007). Flera studier har tittat mer specifikt på vilka SEL färdigheter som driver olika typer av direkta och mer långsiktiga utfall. Forskningen sammanfattas väl i en nyligen publicerad rapport av OECD (OECD, 2018)

Många SEL-insatser har utvecklats i USA och en del av dem har översatts och kulturanpassats till andra språk och länder. Flera av dessa visat sig vara effektiva både i USA och i andra länder, och för vissa av dessa har det även utförts ekonomiska utvärderingar. Ett exempel på den potentiella ekonomiska lönsamheten när det kommer till SEL-program är från insatsen Good Behavior Game (GBG), som i Sverige går under namnet PAX Samspelet eller Höjaspelet, och som är olika varianter av programmet. GBG syftar till att främja positivt och prosocialt beteende bland barn genom ett belöningsbaserat ”spel”. Då mycket forskning om GBG har visat effekter på både psykisk och fysisk hälsa bland barn, med positiv inverkan på skolresultat som leder till en rad andra förbättringar på sikt, har man skattat att GBG kan leda till en avkastning på upp till 63 dollar per investerad dollar i USA. Detta är om man gör prognoser av individer på sikt som fått tagit del av GBG som barn, där man inkluderat intäkter för bland annat hälso- och sjukvården, arbetsmarknaden och rättsväsendet. GBG har implementerats på flera platser inom och utanför USA, men också i Sverige i olika versioner. Just nu pågår en stor randomiserad studie av GBG i Sverige för att primärt mäta de hälsorelaterade effekterna på lärare i skolan, samt de ekonomiska konsekvenserna för att bedöma kostnadseffektiviteten.

Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) är en annan SEL-intervention där man gjort ekonomiska utvärderingar, speciellt i Storbritannien. PATHS är ett av de mer kända evidensbaserade SEL-programmen. Det manualbaserade programmet riktar sig till barn i åldern 4–11 år och består av separata lektioner för varje årskull, där SEL-färdigheter lärs ut i olika steg som bygger på varandra.

Tre ekonomiska utvärderingar av PATHS från Storbritannien visar att PATHS knappt genererar bättre hälsorelaterade effekter än en kontrollgrupp (Berry *et al.*, 2016; Humphrey *et al.*, 2018; Turner

et al., 2020). Detta beror dock främst på att man i skolor i Storbritannien arbetar mycket med SEL-komponenter i ordinarie läroplan, bland annat med programmet SEAL (Bywater och Sharples, 2012). Att man i samtliga tre studier därför såg små eller inga effekter av insatsen är inte förvånande. Däremot använde två av studierna hälsorelaterad livskvalitet som utfallsmått, och såg, om än små, effekter av insatsen, och att PATHS utifrån dess låga kostnader (cirka 18 pund vid nationell implementering) var kostnadseffektiv. En anledning till kostnadseffektiviteten och den låga kostnaden är att man inte räknat med löner för lärare, utan endast utbildning och materialkostnader. Detta för att lärare arbetar med PATHS under ordinarie lektionstid, varpå inga extra personalresurser krävs. Detta är något som gäller de flesta SEL-insatser, varför de utifrån programmens effektivitet ofta ses som väldigt kostnadseffektiva.

Suicidförebyggande insatser

Den vetenskapliga grunden gällande huruvida suicidförebyggande insatser är kostnadseffektiva för barn och unga är begränsad. Suicid och självskadebeteende beräknades kosta mer än 58,4 miljarder dollar i USA år 2013, varav endast 1,7 miljarder dollar representerar kostnader för hälso- och sjukvården (Shepard *et al.*, 2016). En majoritet av dessa kostnader var relaterade till självskada.

Forskare har tagit fram många effektiva insatser för att förebygga suicid, suicidtankar och självskadebeteende (Zalsman *et al.*, 2016), men det finns fortfarande bara begränsad litteratur gällande dess kostnadseffektivitet. I SEYLE-projektet testade man tre suicidpreventiva insatser i 10 EU-länder med över 10 000 medverkande elever, där Sverige var koordinator för projektet (Wasserman *et al.*, 2015). Insatserna var (1) professionell screening, (2) gate-keeper träning eller (3) Youth Aware of Mental Health program (YAM). Den enda insatsen som visade signifikant minskning av nya suicidförsök (över 50 procent) och allvarliga självmordstankar jämfört med en kontrollgrupp var YAM. YAM är ett program för skolelever som främjar diskussion och utvecklar färdigheter för att möta livets svårigheter och öka kunskap om psykisk hälsa. I en nyligen publicerad studie såg man att YAM också var den mest kostnadseffektiva insatsen, med en kostnad på mellan 47 000–48 000 euro per QALY

för att förebygga ett fall av suicid eller allvarliga suicidtankar (Ahern *et al.*, 2018). Med en sådan kostnad kan YAM anses vara en kostnadseffektiv insats, utifrån rådande riktlinjer för betalningsviljan för en QALY. I studien ställde man endast insatskostnader i relation till hälsoeffekten, och därför exkluderades de långsiktiga fördelarna med att minska suicidtankar och försök, både hälsorelaterade samt ekonomiska. Hade man inkluderat dessa hade insatsen troligen ansetts vara än mer kostnadseffektiv.

Insatser för att förebygga ångest och depression

Flera systematiska översikter och meta-analyser utförda av forskare i Sverige har visat att förebyggande insatser, både universella och riktade, inom ångest och depressionsproblematik har mycket lovande effektivitet, både om de utförs inom ramen för skolans arbete eller hälso- och sjukvården (Ahlen, Lenhard and Ghaderi, 2015; Ssegonja *et al.*, 2019).

Den ekonomiska evidensen inom området är något varierad. I en nyligen publicerad systematisk översikt utförda av forskare på Uppsala universitet, såg man att insatser i skolan inom området har visat på varierad kostnadseffektivitet. De studier som inkluderades i översikten var enbart kostnadsnyttoanalyser där man undersökt kostnaden per QALY. Utifrån de inkluderade studier som utvärderade insatser för barn och unga, var hälften av de som implementerats i skolan inte kostnadseffektiva, oavsett teoretisk utgångspunkt eller komponenter inkluderade i insatserna. Enbart två utvärdering inkluderades där man använt hälso-och sjukvården som arena för att ge förebyggande insatser. I dessa utvärderingar hade man främst implementerat insatser som inkluderade kognitiv beteendeterapi, och båda visade på kostnadseffektiva resultat. Många ekonomiska utvärderingar inom området har använt kliniska utfallsmått, vilka exkluderats från översiktsartikeln.

Barn med ADHD och autism

Autismspektrumtillstånd och ADHD är två av de vanligaste neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna bland barn, där ADHD och autism drabbar 7 procent respektive 1–2 procent av barn världen över (Thomas *et al.*, 2015). Då båda problemen börjar vid tidig ålder krävs tidig identifiering och insats. Tidig intervention för barn med utvecklingsneurologiska och neuropsykiatriska svårigheter har visat sig vara effektiva (Johnston, 2009; Ulrich, 2010; Guralnick, 2011; Zwaigenbaum *et al.*, 2015). Hjärnas formbarhet de första åren gör att man generellt kan säga att det är lättare att främja utveckling och inlärning samt förebygga problem när barnet är mycket litet (Dawson, 2008; Ozonoff *et al*., 2008; van der Meer, 2016). Tidig upptäckt är avgörande för att möjliggöra tidiga insatser för att optimera barnets utveckling samt att förebygga eller minimera utvecklingsförseningar och sekundära problem (Johnston, 2009; Ulrich, 2010; Guralnick, 2011; Zwaigenbaum *et al*., 2015). Men barn med utvecklingsneurologiska och neuropsykiatriska problem/svårigheter ofta upptäcks och får hjälp sent (Tuominen-Eriksson, Svensson och Gunnarsson, 2013). Detta får konsekvenser både för individen och ekonomin.

Studier visar att den samhällsekonomiska bördan av ADHD och autism bland barn är stor: den årliga genomsnittskostnaden för ADHD per barn i Europa ligger på mellan 5 700 euro och 14 400 euro, med höga kostnader för psykologiskt stöd och medicinering. Bland indirekta kostnader beror en majoritet på produktivitetsförlust för vårdnadshavare (Pelham, Foster and Robb, 2007; Le *et al.*, 2014; Quintero *et al.*, 2018). ADHD bland vuxna är också kopplat till stora ekonomiska förluster, relaterade till brottslighet, arbete, problem i sociala relationer och andra psykiatriska problem.

Autism är också kostsamt. Barn i åldrarna 3–17 år med autism kostar hälso- och sjukvården årligen cirka 2 100 euro och 10 000 euro för andra sektorer, i jämförelse med barn utan autism. För utbildningssektorn uppgår kostnaderna årligen till 6 100 euro mer än för barn utan diagnosen (Lavelle *et al.*, 2014). Kostnader förknippade med autism kvarstår till vuxen ålder på grund av de stora kostnaderna för vuxenomsorg och förlorad produktivitet för personer med autism och deras föräldrar.

I en systematisk översikt som nyligen accepterades för publikation, utförd av forskare på Uppsala Universitet, sammanfattades evidensläget rörande kostnadseffektiviteten av insatser för barn och unga med ADHD eller autism (Sampaio *et al.*, 2021). Studien fann endast fyra ekonomiska utvärderingar av tidiga insatser som inte utvärderade kostnadseffektiviteten av medicinering. Hälften av dessa konkluderade att specifika insatser (såsom föräldrastöd och kommunikationsfrämjande individuella insatser) inte var kostnadseffektiva, då insatserna dels kostade mer än de ordinarie tjänster som gavs, och inte visade sig vara mer effektiva. Två av utvärderingarna visade kostnadseffektiva resultat. Speciellt intressant var en utvärdering som utifrån ett livstidsperspektiv inkluderade potentiellt undvikbara kostnader relaterade till utbildning, specialiserad hjälp i hemmet, hälso- och sjukvård, barnens framtida produktivitet samt en skattning av den tid som föräldrars lade ner för att ta hand om barnet. Utvärderingen visade på stora kostnadsbesparingar (upp till 53 000 dollar) över ett livstidsperspektiv, för insatser till barn som visat tidiga varningssignaler relaterade till autism (Penner *et al.*, 2015).

Områden som har bra effektstudier, men saknar god evidens för kostnadseffektivitet

Barn med kommunikations- och inlärningssvårigheter

Tidiga svårigheter med tal, språk och kommunikation kan ha en stor inverkan på framtida liv, välmående och på samhället. En stor kohortstudie som följde barn som vid fem års ålder hade kommunikationssvårigheter upp till vuxen ålder, fann att barnen hade fyra gånger högre risk för lässvårigheter, tre gånger högre risk för psykisk ohälsa och dubbelt så hög risk att hamna i arbetslöshet (Law *et al.*, 2009). I en rapport från Storbritannien uppskattar man att utökat stöd för barn med kommunikationssvårigheter kan generera en avkastning upp emot £ 6,43 per investerad krona, genom dess effekt på livstidsinkomst (Marsh *et al.*, 2010). En systematisk översikt visar dock att mycket evidens saknas, och att rekommendationer utifrån kostnadseffektiviteten av insatser därför är svåra att dra (Law *et al.*, 2012).

Angående tidiga och förebyggande insatser för barn och unga med inlärningssvårigheter, utöver de insatser som finns riktade till barn med autism, rekommenderar bland annat the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannien att gruppbaserade föräldraskapsstödsinsatser bör erbjudas föräldrar till barn under 12 års ålder med inlärningssvårigheter, men även att man i förskolan kan arbeta med olika insatser för att stödja dessa barn (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2015). Dock finns det för få ekonomiska utvärderingar inom området för att kunna dra slutsatser om kostnadseffektiviteten.

Antimobbningsinsatser

Ett lovande område där mer forskning behövs gäller mobbning. År 2019 utsattes uppemot hälften av barn och unga för kränkningar i Sverige (Friends, 2019), och Skolinspektionen rapporterar om en negativ trend gällande trygghet i skolan från 2013 och framåt för elever i årskurs fem, nio och årskurs två på gymnasiet (Skolinspektionen, 2019).

Forskning från Storbritannien visar att barn som har blivit mobbade inte bara har högre risk för psykiska problem utan upplever också långvariga negativa effekter på framtida hälsa, sysselsättning och inkomst (Brimblecombe *et al.*, 2018). Medan de mekanismer som relaterar mobbning till psykisk ohälsa i vuxen ålder inte är helt klarlagda, inkluderar möjliga mekanismer stress – unga människor som utsätts för mobbning har större sårbarhet för stress och psykisk ohälsa när de växer upp (Singham *et al.*, 2017). Ett annat argument är att ungdomar som utsätts för mobbning kan ha en högre risk för att utsättas för mobbning som vuxna, med direkta konsekvenser för deras psykiska hälsa (Arseneault, 2017).

Effektiva insatser för att förebygga och minska mobbning kan vara kostnadseffektiva med tanke på dessa kort- och långsiktiga konsekvenser. En framstående insats för ekonomisk analys är KiVA, en skolbaserad antimobbningsinsats utvecklat i Finland. KiVA fokuserar på att lära ut och stärka empati, handlingsförmåga och attityder kring mobbning bland elever, med fokus på mobbning och nätmobbning. En randomiserad studie i Finland och en efterföljande icke-randomiserad studie med mer än 150 000 studenter visade lägre risker för att mobbas (22 procent minskning) och bli mobbad (18 procent minskning) (Kärnä *et al.*, 2011). KiVA är också effektiv för att hantera nätmobbning (Williford *et al.*, 2013).

Med denna bevisgrund har KiVA nu implementerats i över 90 procent av finska skolor och testas i andra länder, inklusive Storbritannien, där en ekonomisk analys tillsammans med en randomiserad kontrollerad studie pågår (Clarkson *et al.*, 2016). Ekonomiska modelleringar i Storbritannien har också genomförts där man antar effekten man uppmätt i Finland är överförbar, men man använt implementeringskostnader skattade för Storbritannien. Modellen uppskattar att nettobesparingar för en kohort på 200 barn fram till 50 års ålder, inklusive långsiktiga effekter på arbetsmarknaden,

skulle vara cirka 66 100 dollar. Det saknas emellertid fler ekonomiska utvärderingar av KiVA och andra antimobbningsprogram, varför det är svårt göra policyrekommendationer.

Mindfulness

Ett annat område där det krävs mer forskning för att dra slutsatser är universella mindfulness-insatser och mindfulness-baserade program som terapiform. Det vetenskapliga underlaget gällande effektiviteten för att främja välbefinnande och förebygga psykiska problem är långt ifrån konsekvent, men vissa översikter pekar mot att det kan vara ett effektivt alternativ till konventionella metoder för att hantera (prenatal) depression och ångest (Lever Taylor, Cavanagh and Strauss, 2016).

I Storbritannien pågår nu en skolbaserad insats som involverar mer än 5 700 elever, och inkluderar en kostnadseffektivitetsanalys, för att testa om mindfulness kan främja psykisk hälsa och välbefinnande (Kuyken *et al.*, 2017). Mindfulness-baserad kognitiv beteendeterapi har också visat sig vara effektiv för att minska risken för återkommande depression (50), men kostnadseffektiviteten återstår att fastställa (Kuyken *et al.*, 2015).

UVAS/Hemmasittare

Övergången från tonåren till vuxenlivet är en period som präglas av psykiska utmaningar. Unga vuxna som varken arbetar eller studerar (UVAS) riskerar långsiktiga ekonomiska konsekvenser och socialt utanförskap. Risken för att hamna i gruppen UVAS är bland annat relaterad till psykisk hälsa (Rodwell *et al.*, 2018).

Innovativa och inkluderande program har utvecklats för att förebygga ungdomars sociala utanförskap. I Finland använder man Time Out!, en modell för unga män med hög risk för socialt utanförskap (Appelqvist-Schmidlechner *et al.*, 2010). Time Out! har visat sig vara kostnadseffektiv i en randomiserad studie, främst tack vare dess positiva inverkan på möjlighet till anställning. Tröskelvärdet eller ”break-even” för kostnadseffektivitet var en ökning av sysselsättningsgraden med 3–4 procent i gruppen som fick insatsen (Reini, 2016). Dock finns det få andra vetenskapliga underlag från

Europa för att underbygga det ekonomiska argumentet för tidiga och förebyggande insatser för UVAS, och mer forskning krävs därför för att kunna rekommendera investeringar inom området.

Umeå Universitet har tillsammans med stiftelsen Idéer för Livet tagit fram en beräkningsmodell för att kunna skatta de ekonomiska vinsterna relaterade till insatser för UVAS (Umeå Universitet, 2020). Modellen bygger på registerdata där man skattat livsbanor för UVAS i jämförelse med övrig befolkning i Sverige. Vilka insatser som vetenskapligt bevisat ger effekt på UVAS i Sverige finns inte i modellen, men om man som användare kan göra en rimlig och väl argumenterad skattning för en viss insats inom områden, kan beräkningsmodellen användas för att skatta dess ekonomiska inverkan på olika samhällsaktörer och humankapitalet.

Ekonomisk evidens för samverkan

Den ekonomiska evidensen för samverkan inom psykisk hälsa för barn och ungdomar är begränsad. Internationellt finns det få studier generellt som studerat det ekonomiska värdet av samverkansmodeller inom psykisk hälsa, än mindre för den yngre populationen. I Sverige publicerades nyligen två rapporter som Uppsala universitet tagit fram på uppdrag av Länsstyrelsen Stockholm, där det förebyggande och främjande arbetet i två kommuner i regionen samverkat tvärsektoriellt med insatser för barn och unga. Dessa presenteras i detalj under goda nationella exempel på systemomvandlande samverkan i rapporten.

Vad är problemet med dagens organisation?

Psykisk ohälsa bland barn och unga bidrar inte bara till stort lidande för individer, deras familjer och närstående, kamrater och lärare. Det finns också stora risker för att lidandet fortsätter upp i tonåren och in i det vuxna livet, om problemen inte förebyggs, minskar eller behandlas. Teorier som bland annat humankapital ligger till grund för att förstå hur avsaknaden av vissa färdigheter eller företeelsen av vissa problem kan leda till stora samhällsekonomiska konsekvenser senare i livet. Avsaknad av tidiga förebyggande insatser kan därför bidra till betydande kostnader för offentlig verksamhet, men också för familjer och arbetsmarknaden.

Det finns ett flertal problem i dagens vård och service för barn och unga som vi nu ska titta på. Bland problemen återfinns ojämlikhet, en fragmenterad och okoordinerad vård och stort spill av vårdresurser.

Ojämlik vård och välfärd för barn och unga

En god vård är jämlik, något som innebär att hälso- och sjukvården inte skiljer i kvalitet beroende på personliga egenskaper som kön, ras, etnicitet, geografiskt läge eller socioekonomisk status (Socialstyrelsen, 2009; SFS 2017:30). Men tillgången till hälso- och sjukvård samt kvaliteten på vården skiljer sig mellan olika utbildningsgrupper och personer med olika nationaliteter (SOU 2017:47). Även om barnhälsovården i Sverige når 97 procent av alla barn i ålder 0–5 år med universella insatser (Wallby and Hjern, 2011), har man svårare att nå ut med riktade insatser till barn i migrant- och låginkomstfamiljer (SOU 2017:47).

Barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har ojämlik och varierande tillgång till vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2019a), och socioekonomiska faktorer rapporteras att påverka barn och ungas tillgång till vård (Magnusson *et al.*, 2016). Stödet till unga med exempelvis neuropsykiatrisk problematik varierar kraftigt mellan olika kommuner och regioner (Socialstyrelsen, 2019a), och tillgången till barnpsykiatriska/neuropsykiatriska utredningsteam, synen på neuropsykiatriska tillstånd och graden av samverkan mellan hälso- och sjukvården för barn, elevhälsa och socialtjänst varierar. Flickor utsätts för tvångsåtgärder inom barnpsykiatrin oproportionerligt oftare än pojkar: för tvångsvård, avskiljning, fastspänning och läkemedelstillförsel under fastspänning (Socialstyrelsens statistikdatabas, 2014).

Skillnader i stöd, bemötande och insatser kan bero på kunskapsskillnader inom området, men även tillgången till jämlika och enhetliga rutiner för upptäckt, utredning och behandling (Socialstyrelsen, 2019b). Det bristande helhetsperspektivet och samverkan mellan berörda aktörer bidrar till att barn och familjer ofta upplever att de inte får det stöd de behöver (Socialstyrelsen, 2019a), något som leder till ett minskat förtroende för vården både hos barnet och familjen (Nowak, Broberg och Starke, 2013; Carlsson *et al.*, 2016).

Det är inte bara inom vården som det finns omotiverade skillnader i tillgång till stöd och service. Utsatta barn som far illa på grund av eget riskbeteende eller fysiskt våld riskerar att inte få den hjälp och stöd de behöver då endast en minoritet får tillgång till insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården (Vårdanalys, 2018). Av de anmälningar som kommer in i ämnet är det endast en tredjedel som leder till utredning och hälften av dem som leder till insatser. Det finns även omotiverade skillnader i bedömda behov av insatser samt beviljade insatser av socialtjänsten (Vårdanalys, 2018). Det är exempelvis färre pojkar med utländsk bakgrund som bedöms ha behov av insatser jämfört med andra grupper.

Under 1900-talet har idéen om att ökad specialisering leder till större effektivitet och högre produktivitet varit ledande (Tyrstrup, 2014). Genom att dela upp både arbete och befogenheter har man ansett att verksamheter och utförare som fokuserar på väldefinierade uppdrag och moment blir snabbare och mer tidseffektiva i att utföra en bestämd aktivitet. Centralt i denna modell är hur uppgifter och ansvar delas upp, och gränser och gränsdragningar blir viktiga.

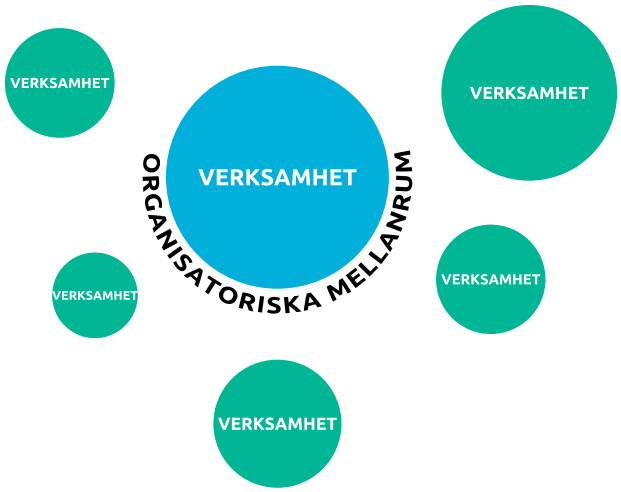
Denna vertikala organisering har lett till det vi idag känner som ”stuprör”, en av de mest använda metaforerna när vi talar om organisering av svensk välfärd idag. Uppdelningen i många olika organisationer som styrs separat har gjort att det i praktiken blivit svårt att koppla samman olika tjänster till en helhet.

Barn och unga i behov av insatser från fler vårdgivare eller fler samhällsinstanser utgör en utmaning för välfärden. Att ha flera behov eller behov inom fler än ett område samtidig som vårdens och välfärdens aktörer har blivit mer specialiserade och mer fokuserad på olika diagnoser och olika typer av utsatthet, har lett till att barnet, ungdomen och deras familjer som regel har många kontakter inom olika verksamheter. Att organisera välfärden i stuprör resulterar inte bara i en fragmenterad vård och omsorg, men ökar också risken för att välfärdstjänsterna som erbjuds blir ineffektiva och ibland motsägelsefulla för barnet och familjen. Organiseringen lägger också en stor börda på familjer som måste samordna och kämpa för adekvat vård, skola och omsorg (Carlsson *et al.*, 2016; Westman Andersson, Miniscalco and Gillberg, 2017).

Det skapas organisatoriska mellanrum

En nästan lika vanlig metafor som ”stuprör” för att beskriva organisering av välfärdstjänster är ”hängrännor” som beskriver vägar för att fånga upp barn och unga som inte får sina behov mötta inom respektive stuprör. Ett annat sätt att beskriva metaforen ”hängrännor” ges av Mats Tyrstrup (2014), nämligen *organisatoriska mellanrum*. Ett organisatoriskt mellanrum uppstår när integrering av aktiviteter till värdeskapande tjänster uteblir, eller misslyckas mellan olika verksamheter (Figur 1).

Figur 91 Organisatoriska mellanrum



Där dagens välfärd definieras av det typiska, huvudsakliga och det som kan förberedas inom varje verksamhet, hamnar undantagen, detaljerna, det oförutsedda och det komplexa i de organisatoriska mellanrummen. De organisatoriska mellanrummen kan vara svåra att identifiera, men de är högst kännbara för de individer eller grupper som drabbas av att de finns. Det är också i dessa organisatoriska mellanrum som vi hittar välfärdens utvecklingspotential. Inte minst blir detta uppenbart när man tar en närmare titt på olika lyckade samverkansprojekt som har blivit framgångsrika just eftersom de lyckas överbrygga, kringgå eller bygga bort ett organisatoriskt mellanrum, något som vi återkommer till längre ned.

Välfärd är inte en produkt – det är en tjänst

Det är lätt att tänka att stora organisationer inom vård, skola och omsorg bedriver storskalig produktion. Men enligt organisationsläran är det arbete som utförs i välfärdssektorn att betrakta som tjänster (Tyrstrup, 2014). Enligt Svenska Akademins ordlista är en tjänst när någon gör något som någon erhåller nyttan av. Välfärdstjänster innebär alltså att någon gör något för att någon annan, till exempel patienten, eleven eller klienten, ska dra nytta av den. Om

välfärdssektorn ses som tjänster är det rimligt att den som tjänsten riktar sig till är den vars perspektiv är viktigast. Således bör brukarperspektivet vara det centrala för hur man organiserar välfärdstjänster och välfärdssektorn (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011) (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011).

Om vårt mål är att utveckla välfärden och förbättra dess kvalitet bör fokus ligga på aktiviteterna som utförs. Det är samordningen av dessa aktiviteter som är själva kärnan i produktionen av välfärd (Tyrstrup, 2014). Därtill bör ett helhetsperspektiv och hänsyn till brukarens behov vara vägledande. Utgångspunkten bör således inte vara hur aktiviteter och resurser ska delas upp, utan hur de kan fogas samman till en meningsfull helhet. Det krävs alltså integrering: en synkronisering av processer och tjänster, och en samordning av hur olika aktörers expertis och kunnande ska tillvaratas (Holmberg and Tyrstrup, 2010). Det är denna synkronisering som skapar helheten som välfärdssektorn erbjuder. Genom samproduktion och integrering av aktiviteter och kompetenser skapar vi välfärdstjänster av hög kvalitet (Tyrstrup, 2014). För välfärdens fortsatta utveckling är integrering av välfärdstjänster och samverkan nödvändig (Tyrstrup, 2014).

Integrering av hälso- och sjukvårdstjänster

Integrerade hälso- och sjukvårdssystem är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) ett tillvägagångssätt för att stärka personcentrerad hälso- och sjukvård (WHO, 2016). Det sker genom att erbjuda tjänster av hög kvalitet som har utformats efter befolkningens och individens behov och som ges av multidisciplinära team som samverkar på olika arenor och på olika vårdnivåer (WHO, 2016). Genom att integrera vårdtjänster är målet att förbättra patienters upplevelse av vården, samt uppnå ökad jämlikhet, tillgång och effektivitet och på så sätt få ut mer av satsade resurser på hälso- och sjukvårdssystemen (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011).

Även om värde skapas genom integrering, så är det inte alltid så att all integrering skapar värde (Tyrstrup, 2014). Integrerad hälso- och sjukvård kan bara anses framgångsrik om den leder till förbättrad upplevelse av vården och förbättrade hälsoutfall (Goodwin and Smith, 2011). Det finns många exempel inom kvalitetsförbättrings-

litteraturen att bättre kvalité i form av förbättrad upplevelse av vården och förbättrade hälsoutfall går hand i hand med förbättrad kostnadseffektivitet (Waters *et al.*, 2011), till stor del på grund av undvikande av olika former av spill.

Det skapas spill inom hälso- och sjukvården

Argumentationen kring att en betydande del av utgifterna för hälso- och sjukvården kan anses vara spill påbörjades systematiskt för drygt tio år sedan (Bentley *et al.*, 2008; Berwick and Hackbarth, 2012). Även om olika definitioner av spill används, handlar det främst om spill som uppstår när:

- Tjänster och processer antingen är skadliga eller inte levererar den nytta de avser
- Kostnader uppkommer till följd av att vi väljer mer kostsamma alternativ för identiska utfall

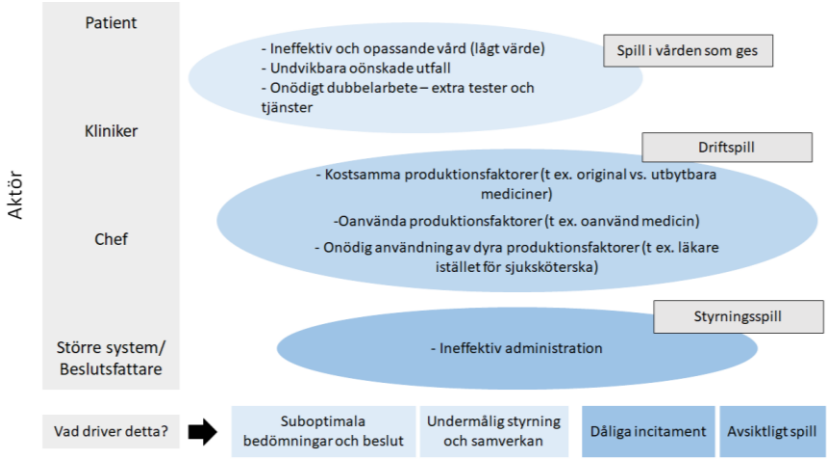
Spill uppkommer i alla organisationsformer och sektorer, men skattningar för hur mycket spill som ackumuleras har främst utförts inom hälso- och sjukvård. En uppskattning i USA tyder på att spill utgör mer än 20 procent av de totala utgifterna inom hälso- och sjukvården; i vissa fall upp till 50 procent (Berwick and Hackbarth, 2012). I Australien visade en undersökning att nästan en tredjedel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården kan ses som onödiga (Swan and Balendra, 2015). En studie i Nederländerna uppskattade att 20 procent av budgeten för akutvård skulle kunna sparas genom att minska onödigt nyttjande av resurser och öka samverkan inom vården (Visser, 2012).

Teorin om spill presenteras i figuren nedan, tillsammans med tre kategorier av spill. Dessa inkluderar (1) spill i den vård som ges, (2) driftspill och (3) styrningsspill.

Spill i vården som ges handlar om spill relaterat till den vård som ges och omfattar fall då patienter inte får rätt vård. Detta inkluderar negativa utfall eller biverkningar som skulle kunna förebyggas, suboptimala beslut och organisatoriska faktorer, särskilt dålig samordning mellan olika vårdprofessioner och enheter. Dessutom inkluderar spill i den vård som ges även ineffektiv och olämplig vård, eller

vård av lågt värde. Denna är främst driven av suboptimala beslut och dåliga incitament. Till sist inkluderar denna kategori även spill relaterat till onödigt dubbelarbete, där bedömningar upprepas utan medicinska skäl eller extra tester och undersökningar ordineras som är onödiga och kostsamma.

Figur 2 **Tre huvudsakliga former av spill inom hälso- och sjukvård**



Översättning av figur från: OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris.

Driftspill uppstår när vård kan produceras med färre resurser samtidigt som patientnyttan bibehålls. Exempel är situationer där lägre priser hade kunnat förhandlas för inköpta medicintekniska produkter, där dyra produktionsfaktorer (t.ex. dyrare vårdpersonal) används i stället för mindre kostsamma utan någon fördel för patienten, eller där produkter kasseras utan att användas. Denna typ av spill involverar oftast chefer eller den större organisationen/beslutsfattare och speglar undermålig organisation, styrning och samordning.

Styrningsspill handlar om ineffektiv administration. Det första är administrativt spill som kan handla om allt ifrån mikro (chef) till makronivå (enheter eller större organisationer). Återigen handlar det om ineffektiv organisation och avsaknad av samordning.

Samtliga aktörer inom hälso- och sjukvården kan generera spill och kan placeras i fyra kategorier: patienter, professionella, chefer (som arbetar på enhetsnivå eller på en mer makronivå – t.ex. inom

hälso- och sjukvårdens systemadministration) och större system eller beslutsfattare (detta kan vara en enda enhet eller flera). Fyra huvudskäl kan förklara varför enskilda aktörer kan bidra till spill av resurser:

- För det första *vet* de inte bättre: fördomar, kunskapsbrister, riskaversion och vanor leder till suboptimala bedömningar och beslut som avvikelser från bästa möjliga praxis.
- För det andra *kan* de inte göra bättre: systemet är inte optimalt organiserat, styrningen är undermålig och samordningen är svag.
- För det tredje kan aktörer *förlora genom att göra rätt*; detta inträffar när ekonomiska incitament inte är justerade efter organisationens mål – till exempel när professionella betalas för att tillhandahålla tjänster oavsett om tjänsterna tillför mervärde.
- För det fjärde *vill* de inte bättre: alla kategorier av aktörer generera spill avsiktligt, med det enda syftet att tjäna deras egenintresse.

I de första två situationerna har aktörerna för det mesta inte för avsikt att generera spill och gör sitt bästa, men med ett suboptimalt resultat. Men det finns tillfällen då aktörer medvetet genererar spill på grund av dåligt utformade incitament. Den sista punkten är i själva verket en variant av den tredje (ineffektiva incitament) men det involverar mer uttryckligen bedrägeri och korruption.

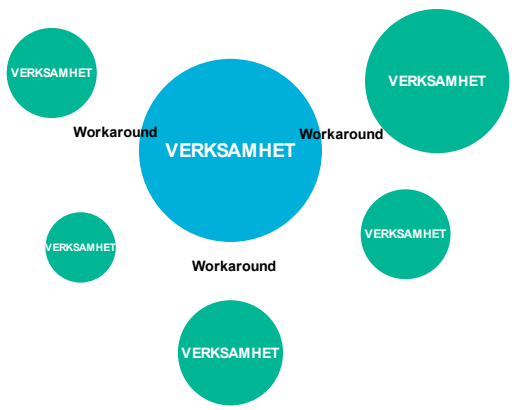
När det gäller den svenska välfärdssektorn framstår en viktig form av spill vara *styrningsspill* – man *kan* inte göra bättre då systemet inte är optimalt organiserat, styrningen är undermålig och samordningen svag. I verksamheter som behöver ständig situationsanpassning har den hierarkiska modellen betydande begränsningar i det operativa arbetet (Tyrstrup, 2014). Om organisationen är uppbyggd enligt den hierarkiska modellen, med många enheter och gränser, kommer medarbetare och chefer ständigt att behöva kompensera för det formellas tillkortakommanden genom informella lösningar på diverse olika frågor och situationer: något vi valt att kalla ”workarounds”.

Goda exempel på samverkan – ”Workarounds”

Svenska exempel

Verksamheter som bygger på utförande av kvalificerade tjänster där den professionella individen själv har ett ansvar för stora delar av arbetsdelningen och merparten av besluten är vertikal styrning alltså snarare en nackdel än ändamålsenlig. Organisationer som ska utföra kvalificerade välfärdstjänster lämpar sig därför i stället för en nätverks- eller projektmodell, där det snarare är horisontellt än vertikalt som flödena måste hanteras. Goda exempel på samverkan är därför ofta lokala och tillfälliga lösningar på samordningsproblem och försök att minimera spill och bristande personcentrering – därav vår benämning ”workarounds”.

Figur 3 **Organisatoriska mellanrum som täcks av Workarounds**



I de nationella exemplen (Tabell 1) är det är tydligt att förskola och skola är med i nästan varje projekt, vilket innebär att dessa verksamheter ofta är del i organisatoriska mellanrum. Att förskolan figurerar i flera projekt är föga förvånande med tanke på att det helt saknas elevhälsa för barn i förskolan. Kontakten mellan förskola och BVC är helt oreglerad och hänger oftast på föräldrarna. Därför blir det ofta stora utmaningar och glapp kring barn som har utmaningar på förskolan där det finns ett behov av såväl specialpedagogiska insatser som specialiserad bedömning och kanske insatser från vården och/eller habiliteringen. Flera projekt berör också barn med multipla eller komplexa behov – det är ju de som lättast hamnar i de organisatoriska mellanrummen.

Det är tyvärr också tydligt att de allra flesta projekten saknar effektutvärdering. Det saknas också undersökning av huruvida dessa projekt bidrar till större jämlikhet i hälsa. Däremot ligger det på ett sätt i sakens natur att barn med sämre förutsättningar och föräldrar med svagare resurser har en större risk att fastna eller försvinna i de organisatoriska mellanrummen. På så vis kan projekt som framgångsrikt täppt igen ett sådant organisatoriskt mellanrum en möjlighet att bidra till att utjämna hälsoskillnader och förbättra barns villkor och livschanser.

Ett intressant exempel nationellt är Region Kronoberg där man sedan 2018 utvecklat nya arbetsformer för en ökad samverkan med varandra i arbetet för barn och unga med inspiration från skottlandsmodellen GIRFEC (Anderberg, Forkby and Thelin, 2020). En beskrivning av den skotska förlagan finns längre ned i rapporten.

”Barnens bästa gäller! – i Kronobergs län” har som syfte att tidigt identifiera barn och unga med behov av samhällsstöd och skapa en välfungerande ansvarsfördelning mellan berörda aktörer vid insatser. Man har anammat några delar från den skotska modellen, till exempel en tydlig samordnare som ser till att alla insatser, från förskola, socialtjänst och sjukvård samordnas och att föräldrar samtycker till att de olika förvaltningarna delar information med varandra. Dock har man inte implementerat essensen i den skotska modellen – gemensamma politiker, gemensam budget och gemensam förvaltning för alla aktörer.

Barnahus och Familjecentraler

Slutligen bör vi nämna Barnahus och Familjecentraler som två etablerade samverkansformer som har funnits över en längre tid. Exakt utformning och vilka aktörer som är med varierar över landet och modellerna har också kritiserats för detta. Men det är trots allt verksamheter som fungerar relativt väl och där kärnuppdraget är just samverkan.

För familjecentraler är det den öppna förskolan som är hjärtat i verksamheten: här träffas föräldrar, pedagoger, socialtjänstens öppna verksamhet och ibland tandvården. Barnmorskemottagning och BVC finns vägg i vägg i de samlokaliserade familjecentralerna. Det finns många processutvärderingar som har visat på fördelar, men ingen effektutvärdering av vare sig samverkan eller resultat för brukarna (Ramböll, 2014). Resultatet av Rambölls utvärdering av familjecentraler på uppdrag av Socialstyrelsen 2014 talar för att familjecentrum genom samverkan kan bidra till att få personer i kontakt med rätt yrkeskompetens.

> Familjecentrumen har däremot sämre förutsättningar för samverkan framför allt när det gäller resurser, roll- och ansvarsfördelning respektive organisatoriskt lärande. I många fall saknas till exempel en gemensam bild av roller och ansvar, samtliga parter tar inte heller sitt ansvar i samverkan och det råder därtill brist på tid och resurser samt lämpliga lokaler. Vidare indikerar studien att den operativa ledningen många gånger är bristfällig vad gäller att stimulera samverkan", skriver man.

När det gäller Barnahus är samverkan inriktad på att samordna den utredning som Åklagarmyndigheten, polisen och socialtjänsten är ålagda att göra när ett barn misstänkts ha utsatts för våld. Även sjukvården är en aktiv part och undersöker barnet på Barnahus för att undvika att barnet utsätts för nya stressiga miljöer med okända vuxna. En utvärdering av Barnahus visar att det finns många välfungerande Barnahus men att det förekommer regionala skillnader i organisation och verksamhet (Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum, 2019). Det finns regionala skillnader och en knapp fjärdedel av kommunerna saknar Barnahus. De främsta brister som lyfts fram i utvärderingen gäller riktlinjerna kring styrning (tex. sekretess och den särskilda företrädarens kompetens och roll) samt tillgång till rättsmedicinsk, barnmedicinsk och barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens.

Det verkar med andra ord som att, även om man lyckas skapa öar av samverkansformer, så blir de lidande av att de ständigt tvingas förhålla sig till diverse moderorganisationer som inte har samverkan som sin uppgift eller ens prioritet. De är som permanentade Workarounds som fungerar så länge det finns eldsjälar som orkar med striderna och de eviga förhandlingarna om villkoren, styrningen, avtalen, målen och innehållet.

Tabell 1 **Nationella exempel på lyckade samverkansprojekt som rör barn och unga**

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemområde	Population	Service	Resultat/ feedback
Team Agera[1]	Skola, socialtjänst	Barn i familjer med missbruks-problematik, psykisk ohälsa eller våld	Grästorp kommuns tre grundskolor, 600 elever	Tvärprofessionell, utökad och fördjupad elevhälsa	Projektets tillgänglighet har stärkts vilket har ökat tilliten till arbetet bland barn och unga.
Essence-team	Psykolog, logoped, fysioterapeut, läkare.	Långa väntetider, många vårdkontakter, ostrukturerade utredningar, ett icke-värdeskapande resurs-användande.	Barn och unga med en sammansatt Essence-problematik (*Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations).*	Berörda aktörer från olika instanser arbetar tillsammans.	Antalet besök under pilotstudiens första 21 veckor halverades för barnen[2] [3] Deltidsutvärdering visar att familjer och team-medlemmar är nöjda med arbetet hittills.[4]

[1] www.hv.se/globalassets/team-agera.pdf.
[2] www.mynewsdesk.com/se/regionvasterbotten/pressreleases/kortare-utredningstid-med-effektivt-team-3054827.
[3] https://meetingsplus.vll.se/welcome-sv/namnder-styrelser/regionstyrelsen/mote-2020-09-29/agenda/halso-och-sjukvardsnamnden-protokoll-ssss-78-91pdf?downloadMode=open.
[4] www.srat.se/Logopederna/Nyheter/20172/2017/essencemottagning.

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemområde	Population	Service	Resultat/ feedback
					Projektet Optimus har genererat att föräldrar känner sig nöjda och trygga med den utredning som gjorts, att utredningstiden förkortades från många månader till drygt 5 veckor med färre besök och tidigare remiss (> 3 år) till habilitering för insatser.[5] [6]
Tidig upptäckt, tidiga insatser.[7]	Förskoleverksamhet och barnhälsovård.	Omständlig processkedja: från upptäckten av utvecklingsmässiga svårigheter till att barnet får korrekt hjälp. Processgången medför risk för glapp, tidstapp och dubbelarbete.	Små barn med breda utvecklingsmässiga svårigheter, Södra Älvsborg.	Skapa en modell för arbetsformer och samarbetsformer mellan berörda verksamheter för att upptäcka, utreda och samordna insatser för barnen.	Projektet har lyckats ta fram en arbetsmodell för tidiga upptäckter och en mer sammanhållen vård.

[5] www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1318262/FULLTEXT01.pdf.
[6] www.fysioterapeuterna.se/globalassets/_sektioner/habilitering-och-pediatrik/kurserutbildning/optimus-barnklinikdagarna-april-2018.pdf.
[7] https://ju.se/download/18.7d241c5015334a41afbaaf9/1520578716298/TUTI Rapport till Socialstyrelsen.pdf.

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemområde	Population	Service	Resultat/ feedback
SIMBA-team[8]	Primärvård, elevhälsa, socialtjänst.	Barn och unga med lindrig psykisk ohälsa.	Barn och unga i Tjärn, Ale, Stenungsund och Kungälv.	Representanter från institution/myndighet möts på veckobasis för att samverka runt barn som behöver kommunala och regionala insatser.	Majoriteten av respondenterna anser att samverkan i SIMBA-teamet varit till nytta för barnet och familjen.
Bryggan Gästrikland [9]	Region Gävleborg samt förskola/skola i Gävle, Sandviken, Hofors och Ockelbo kommun.	Barn med svårigheter kan få en lättare start och närvaro i förskola/skola om de har kännedom om barnets särskilda behov.	Barn med tidiga utvecklingsrelaterade svårigheter i åldrarna 4–6 år.	Samverkansarbetet ska fungera som en brygga mellan förskola och skola, vårdnadshavare och lärare samt mellan kommun och region för att stötta barnet.	Bryggornas väntetid för läkarbesök har varit omkring 2–6 månader och det pedagogiska arbetet har påbörjats.
”Barnens bästa gäller! – i Kronobergs län”[10]	Region Kronoberg och Alvesta, Lessebo, Ljungby, Markaryd, Tingsryd, Uppvidinge, Växjö och Älmhults kommun.	Tidigt identifiera barn och unga i behov av samhällets stöd.	Barn och unga med behov av samhällsstöd.	Ha barnet i centrum för bedömnings-, planerings- och stödprocesser.	Uttalat behov av nya arbetssätt och en ökad samverkan i arbete med barn och unga.

[8] https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/1ebf953d-2943-4065-99be-0c6c0f39b399/ Uppföljningsrapport - SIMBA-teamen våren 2019.pdf?a=false&guest=true.
[9] www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/fou-valfard/fou-rapporter/fou-rapport-2019_4-arbetet-med-foraldraskapsstod-i-gavleborgs-lan.pdf.
[10] www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/folkhalsa/barn-och-unga2/barnens-basta-galler-i-kronobergs-lan/.

Internationella exempel

Tabell 2 Internationella exempel på lyckade samverkansprojekt som rör barn och unga

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
AIDES initiativet[11]	Kanada, AIDES – Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (Intersektoriell insats för barns utveckling och välfärd).	Att främja och stödja samarbetet mellan föräldrar och professioner som arbetar med målgruppen: barn, i åldrarna 0–17, som växer upp i utsatta miljöer. Syfte: att tillgodose barnens behov – med hänsyn till barn- och föräldraperspektivet, samt främja deltagande i analys och besvarandet av behoven.	Föräldrar och professioner som interagerar med barn i åldrarna 0–17 år, som växer upp i utsatta områden.	Den experimentella insatsen tog form av en familjebedömning som inkluderade en fullständig analys av barns utvecklingsbehov. Barn och familjer i kontrollgruppen fick nuvarande service, och mottog inte familjebedömningsinsatsen.	Minskningen av föräldrars riskfaktorer mellan Tid 1 och 2 var förknippad med en förbättring i socio-emotionell utveckling, medan förbättring i hemkvalitén var kopplad till bättre prestation i kognitiv/språktest.

[11] https://initiativeaides.ca/?page_id=24891.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Early Childhood Mental Health[12]	Kanada, Mental Health Commission of Canada.	Att stödja aktiviteter och konversationer som underlättar en mer samordnad och stödjande miljö som främjar positiv utveckling, psykisk hälsa och motståndskraft under hela livet.	Spädbarn och tidig barndom – I kontexten av familj, samhälle och kultur. Från födsel till fem år.	Konsultera med vårdnadshavare och personer som arbetar med små barn och familjer. Identifiera större utmaningar och möjligheter inom service, policys, program och miljöer som stöttar spädbarn, småbarn och deras vårdnadshavare. Identifiera nationella prioriteringar i tidiga barndomens psykiska hälsa. Stödja och sprida bästa praxis och program för tidiga barndomens psykiska hälsa.	De frågade (i enkäter och intervjuer) vad människor såg som de största utmaningar och möjligheter i den tidiga barndomens psykiska hälsa i Kanada.

[12] https://mentalhealthcommission.ca/English.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Partnering For Change (P4C)[13]	Kanada. Som del i CanChild (där ett antal olika studier också kan hittas).	Initialt utvecklades en stödmodell för barn med Developmental Coordination Disorder (DCD), dock har P4C servicemodellen visat sig vara av värde för barn med många olika behov.	Barn med särskilda behov – barn i skolålder.	Tidig identifiering av barn med särskilda behov. Bygga kapacitet hos lärare och familjer för att förstå och hantera barns behov. Förebygga sekundära konsekvenser och underlätta själv- och familjehantering. Förbättra barns möjligheter att framgångsrikt delta i skolan, samhället och i hemmet.	Detta projekt har visat framgången som är möjlig när starka partnerskap skapas mellan forskare, hälso- och sjukvårdssystemet och skolsystemet. Forskning är integrerat i aktuell praxis och leder till hållbarhet och systemförändring.

[13] https://canchild.ca/en/research-in-practice/current-studies/partnering-for-change.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Connecting Care for Children (CC4C)[14]	England (London). Pediatrikläkare på Imperial College Healthcare NHS Trust.	Att förbättra tillvägagångssättet för hur barnhälsovården och öppenvården organiseras och levererar vård för barn. Det behandlar de oproportionerligt höga nivåerna av pediatrisk akutvård och sjukhusvård inom regionen.	Barn	En barnläkare besöker den samlade gruppen allmänläkare var fjärde till var sjätte vecka för att delta i ett multidisciplinärt team-möte, med fokus på barnhälsa. På så sätt kan de stödja ärendehanteringen utan att det behöver ske en separat remittering av patienten. Dessutom hålls en specialistklinik under besöken, där patienten kan bokas in för en gemensam bedömning.	På grund av de lyckade resultaten har CC4C modellen upptagits av fler aktörer inom Storbritannien. Tidiga resultat har visat på lovande utfall inom patientnöjdhet, ökat lärande och minskat användande av sjukhusvård.

[14] www.cc4c.imperial.nhs.uk/.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
The Icelandic Prevention Model[15]	Island	ANDT-användning (alkohol, narkotika, droger och tobak).	Barn och ungdomar.	Förebyggande insatser för barn och ungdomars ANDT-användning. Exempel kontinuerlig mätning av ungdomars uppväxtmiljö, allmänna mående och droganvändning, mer organiserade fritidsaktiviteter, mer tid tillsammans med familjen, gemensamma regler för hemgång, föräldrar kommer överens med varandra.	Efter ett pågående arbete i över 20 år visar statistik från åren 1998–2017 att alkoholanvändning minskat från 42 % till 5 %, narkotikaanvändning från 17 % till 2 % och rökning från 23 % till 6 %. Modellen kan anpassas efter olika kontext och kulturer.

[15] https://planetyouth.org/.

De internationella exemplen (Tabell 2) är brokigare och rör sig om alltifrån breda preventiva insatser, som Islands alkohol- och drog-preventiva ansats till systematisk brukarmedverkan kring insatser för barns hälsa och utveckling och rena förbättringsprojekt för bättre, mer effektiv, jämlik eller kostnadseffektiv hälso- och sjukvård för barn i vissa områden eller med vissa särskilda eller komplexa behov. Dessa utvärderingar har oftare en beskriven utvärdering.

Lyckade exempel på systemomvandlande samverkan

Det finns några få exempel både nationellt och internationellt på samverkan som inte är projekt utan där man har bestämt sig för att organisera sig för samverkan och där det också finns utvärderingar tillgängliga.

Svenska exempel

Norrtälje

I Norrtälje samlas det förebyggande arbetet i en gemensam avdelning, vilken går under namnet Trygg i Norrtälje kommun, Tink (Nystrand, Gebreslassie and Feldman, 2020). Med uppdrag och mandat från politik och ledning leder, samordnar och utvecklar avdelningen trygghetsarbetet i Norrtälje kommun. I Tink har övriga kommunala förvaltningar en stödfunktion, och avdelningen har ansvar för samordningsstrukturen mellan kommunala och regionala samverkansplattformar och andra samhällsaktörer, såsom polis och hälso- och sjukvård. Plattformarna finns på olika nivåer, från chefsnivå till operativa nivåer.

Genom Tink fokuseras arbetet på att minska riskfaktorer och främja skyddsfaktorer, för att förebygga eller minska framtida problematik. Det systematiska trygghetsarbetet utgår från strategiska inriktningar och ett jämlikhetsperspektiv. Ett stort fokus i det förebyggande arbetet som bedrivs av Tink är på barn och unga. Enligt en nyligen publicerad rapport från Uppsala universitet kan det förebyggande arbetet i Norrtälje kommun till stora samhällsbesparingar.

Den årliga budgeten för Tink (cirka 10 miljoner kronor) kan jämföras med exempelvis:

- En tioårsbesparing till följd av minskade våldsbrott vid skolavslutning (16–28 miljoner kronor)
- En årlig besparing utifrån minskat narkotikaberoende (5,7 miljoner kronor)
- En femårsbesparing i och med minskat riskbruk av alkohol bland vuxna (21 miljoner kronor) där 10 miljoner av kostnadsbesparingarna tillfaller kommunen.

Framgångsfaktorer för arbetet i Norrtälje kommun är bland annat:

- Strategiskt förebyggande funktioner har grupperats i den gemensamma avdelningen under kommunstyrelsen, Tink
- Det kommungemensamma förbyggande arbetet leds av Tink utifrån samverkansplattformarna på chefsmässig, strategisk och operativ nivå
- Kommunen arbetar med insatser och metoder som har stöd i forskningen och beprövad erfarenhet.

Botkyrka

På liknande sätt har Botkyrka kommun utformat sitt främjande och förebyggande arbete utifrån sin lokala problembild (Nystrand, Feldman and Gebreslassie, 2020). Information och data från skola, fritidsverksamhet och ungas egen utsago har vittnat om ett hårt klimat bland barn och unga. Socialtjänstens bokslut visade på barn- och ungdomsärenden med våldsinslag. Därför fokuserade samverkansarbetet på just våld genom insatser i förskola, grundskola och gymnasium. Arbetet samordnas genom Botkyrkas Våldspreventiva center, som likt Tink har uppdrag, resurser och mandat att leda samverkan. Utifrån beslut från kommunfullmäktige bedrivs och finansieras det våldsförebyggande arbetet inom ramen för den ordinarie verksamheten, för att säkerställa ett långsiktigt arbete. Inom Våldspreventiva centret i Botkyrka kommun samverkar och samordnas socialtjänst, förskola, fritidsverksamhet, grundskola, polis, räddningstjänst och aktörer i civilsamhället (Figur 4).

Modellen bygger på:

- Samverkan mellan polis, socialtjänst och Åklagarmyndigheten för att arbeta med kriminalitet och det faktiska våldet
- En hela-kommunen-ansats genom förskola, skola, socialtjänst, polis, räddningstjänst och civilsamhälle för att arbeta våldsförebyggande
- Samverkan med civilsamhälle, näringsliv, myndigheter och högskolor för att arbeta med kunskap och metodutveckling. I denna del arbetar man även med att möjliggöra för statliga myndigheter att samverka med lokala aktörer, långsiktigt och strukturerat.

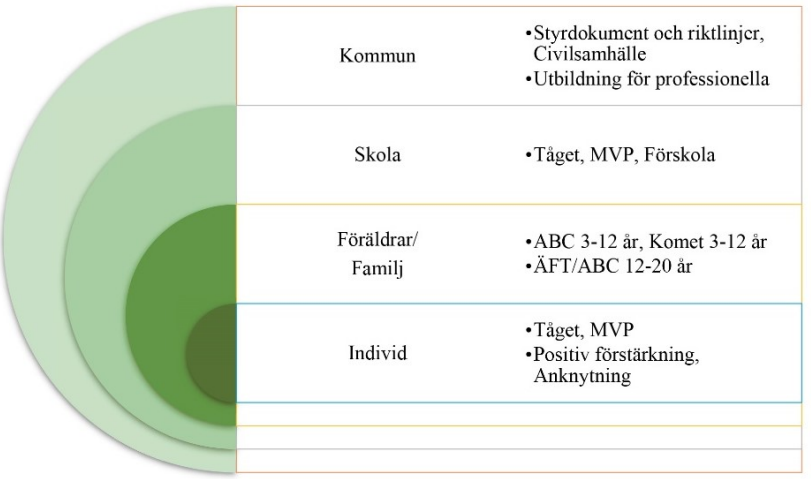
Socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen i Botkyrka kommun har sedan 2014 utvecklat det universella våldspreventiva programmet TÅGET, ett program för barn och unga med ett tydligt genus- och åskådarperspektiv (Länsstyrelsen i Stockholm, 2018). Fokus i programmet är även att lyfta människors styrkor och handlingskraft. Grunden till arbetet är bland annat den svenska grundskolans läroplan kring kunskapsområdet jämställdhet. I programmet arbetar socialförvaltningen, utbildningsförvaltningen, polis, räddningstjänst och civilsamhälle tillsammans för ett våldsfritt samhälle. Programmet drivs i Botkyrkas 10 skolor och är ett arbete som löper över både låg- och mellanstadiet. Programmet TÅGET arbetar utifrån fyra principer:

- **Åskådarperspektivet** som syftar till att aktivera omgivningen kring våldet och utmanar normen att inte lägga sig i
- **Utmana stereotypa könsnormer** genom att synliggöra och diskutera föreställningarna om hur tjejer och killar bör vara, och vad konsekvenserna kan bli av det
- **Ledarskap** genom att skapa en tro på delaktighet och förebilder, och att få unga att vara med och forma sin egen framtid
- **Anknytning** där alla barn ska känna att de har en vuxen på skolan att vända sig till

Resultatet av gjorda utvärderingar visar på en försiktigt positiv utveckling. Då programmet har en universell utformning, är det svårt att påvisa en större effekt. Dock är idén att ett universellt program

som har en liten effekt på många kan vara betydelsefull ur ett befolkningsperspektiv. Programutvärderingen indikerar att TÅGET resulterar i en mer genomarbetad och enhetlig värdegrund och begreppsapparat. Att jobba utifrån en hela-skolan-ansats där elever, lärare och föräldrar involveras har identifierats vara viktiga komponenter för ett förebyggande arbete mot våld och kränkningar i skolmiljö. Detta har konstaterats från stadsrevisionen i Stockholms stad och av Skolinspektionen.

Figur 4 **Botkyrka kommuns tolkning av den socioekologiska modellen och hur de olika insatser som ingår i det våldspreventiva arbetet platser in den**



Källa: Botkyrka kommun

Enligt en rapport från Uppsala Universitet kan det våldsförebyggande arbetet i Botkyrka kommun leda till samhällsbesparingar för olika sektorer vid olika tidpunkter (Nystrand, Feldman and Gebreslassie, 2020). Misstanke om våldsbrott har minskat sedan kommunen började arbeta våldsförebyggande, samtidigt som fler elever blivit behöriga till gymnasiet och tagit gymnasieexamen. Störst besparing kan ses utifrån ett ökat antal elever med gymnasieexamen, som kan generera framtida kostnadsbesparingar på upp till 66 miljoner för kommunen, 40 miljoner för regionen och 107 miljoner för staten.

Malmö

Rapporter om att det finns allt fler barn och unga bland de som utövar dödligt våld har duggat tätt. Sedan 1990-talet har vapenvåldet ökat i Sverige (Ivert and Mellgren, 2021). Våldet har ökat kontinuerligt, med en högre ökningstakt de senaste åren. Mellan 2011–2015 ökade antalet skjutningar i Malmö med 50 procent. Ökningarna kan relateras till ett ökat antal kriminella grupper och nätverk, vilket kan kopplas till utsatta stadsdelar. Vapenvåldet är koncentrerat till få områden. I 10 av Malmö stads 136 stadsdelar skedde det 10 eller fler skjutningar. I hälften av Malmö stads stadsdelar skedde det inga skjutningar under samma tidsperiod.

I Malmö inledde man 2018, efter den amerikanska strategin Group Violence Intervention (GVI), projektet ”Sluta skjut!” (Ivert and Mellgren, 2021). GVI är en problemfokuserad strategi som inkluderar lokala aktörer, som rättsväsendet, kommunen, socialtjänsten och civilsamhället, för långsiktiga förändringar. Strategin använder sig av fokuserad avskräckning och beteendeförändring genom att öka förståelsen för vad som driver våldet, tydliggöra konsekvenser av fortsatt våldsanvändning samt erbjuda stöd och hjälp till individer som vill sluta använda våld/hoppa av en kriminell livsstil. Projektet Sluta skjut infördes i hela Malmö stad. Effektutvärdering av projektet visar en minskning av skjutningarna i Malmö. Vapenvåldet var dock redan i en nedåtgående trend, vilket gör det svårt att med säkerhet säga om projektet har haft effekt eller ej.

Malmö har även tagit initiativ och inför en modell som heter Communities that Care, CTC, ”ett styrsystem för ett långsiktigt och systematiskt preventionsarbete” i fem stadsdelar (Malmö stad, 2021). Utgångspunkten är hälsans bestämningsfaktorer och Malmökommissionens rapport om hur dessa är fördelade lokalt. Centralt i CTC är anpassning efter lokala behov, samverkan, evidensbaserade insatser och lokalt engagemang. Samverkan sker mellan förskola, skola, socialtjänst, polis, räddningstjänst, civilsamhälle, boende och näringsliv. Utvärdering av modellen pågår.

Det skotska exemplet

I Skottland har man sedan 2009 ett nationellt förhållningssätt för att arbeta för barn och ungas hälsa genom modellen Getting It Right For Every Child (GIRFEC) (Anderberg, 2020). Modellen syftar till att förbättra barn och ungas välbefinnande, genom att ha barnet i centrum för bedömnings-, planerings- och stödprocesser.

Målet med förändringsarbetet GIRFEC är att komma ifrån ”stuprörsarbetet” och ge organisatoriska förutsättningar för samverkan för en brukarcentrerad välfärdsinsats för varje barn och familj. En av de stora förändringarna var att de inte bara skapade samverkansteam utan att också *slog ihop olika budgetar* så att budgetarna för socialt arbete, hälsa och utbildning samfinansierar arbetet.

Uppdrag Psykisk Hälsa besökte Perth i Skottland 2014 och tog med sig GIRFEC tillbaka som gott exempel på att arbeta med tidiga insatser för barn och unga. Man beskriver följande kärnkomponenter i GIRFEC (Uppdrag Psykisk Hälsa, 2018).

- **Förskola och skola –** har en samordnande roll i allt arbete kring barn/unga och utgör en del av ” första linjen för barns psykosociala hälsa”. Volontärer och socialarbetare finns på skolorna för att tillsammans med elevhälsan finnas för barnen/ungdomarna och stärka lärarnas möjligheter att bedriva undervisning.
- **Föräldrastödsgrupper –** såväl för blivande föräldrar som de som fått barn.
- **En sammanhållande chef –** för allt samverkansarbete mellan skola, socialtjänst och hälso-och sjukvård.
- **Integrated service co-ordinators –** samordnare, utgör länken mellan hälsa, utbildning och socialt arbete. Skaffar sig en överblick över de olika institutionerna, vilka som gör vad samt utmaningar och förutsättningar för regionen.
- **Integrated service officers –** socialarbetare som finns i skolan som en del av socialtjänstens öppenvård. De ger råd om vad som är bra för barnen. I frågor där det finns oro kring ett barn bedömer de i vilket forum som oron ska hanteras. Detta är ett mindre steg än att ta direktkontakt med socialtjänsten i ett ärende vilket skapade skillnad i skolornas inställning till sitt arbete då de började fokusera mer på ”vad kan vi göra” i stället för att lämna över

ärendet till den delen av socialtjänsten som arbetar med Child protection.

- **”Named person” –** namngiven person för alla barn eller unga. Är en *första kontaktperson* i frågor när det finns oro för barnet eller ungdomen och agerar utifrån detta. För de små barnen brukar det vara BVC-sköterskan, för skolbarn är det oftast rektorn eller någon annan med överordnad funktion i skolan. När behov finns sammankallar ”named person” till ett möte kring barnet och utser en ”lead professional”.
- **”Lead professional” –** utses av ”named person” för att samordna insatser när barnet eller ungdomen har behov av mer än en insats från skola, hälso- och sjukvård eller socialtjänst
- **”Child”s plan” –** när barnet eller ungdomen behöver insatser från fler än en verksamhet ska en ”Child”s plan” upprättas. Planen är en gemensam dokumentation där verksamhetsföreträdare kan skriva och läsa hur man planerar kring barnet eller ungdomen för att denne ska få sina behov tillgodosedda.
- **Samtycke –** föräldrarnas samtycke om informationsdelning i ”Child”s plan” löper från barnets födelse till dess att ungdomen är 18 år.

Arbetet med barn och unga är organiserat med förskolan och skolan som bas. I samma organisation finns verksamheter för barn med funktionsnedsättning, kultur och fritid samt social barn-och ungdomsvård och inte minst primärvården. Utanför organisationen ligger den del av hälso- och sjukvården som innebär inskrivning på sjukhus samt den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Dessa delar drivs av NHS (National Health Service). Samverkan med polis och frivilligsektorn utgör också en viktig del i det kommunala samverkansarbetet, men ingår inte i samma budget.

Utvärderingar har visat att gemensamma politiker med gemensam budget ger förutsättningar för att effektivt implementera GIRFEC. Modellen har lett till ett flertal initiativ som bygger på de förutsättningar för effektiv samverkan som organisationen har skapat. Dessa kännetecknas av att de adresserar viktiga utmaningar som också hänger samman med hälsans bestämningsfaktorer, exempelvis våld i när relationer, nutrition under graviditet och späd-

barnstid, barnfattigdom och barns tidiga utveckling och lärande (Tabell 3). Det finns en tydlig jämlikhetsaspekt och en kompensatorisk ansats.

Initiativen finansieras av statliga medel och hela tiden finns där en ansats att utvärdera och skala upp om modellen visar sig ha goda resultat. Eftersom organisationen för samverkan redan finns där behöver det inte skapas särskilda projektgrupper för att bygga upp samverkan. I stället kan man fokusera på innehållet och utvecklingen av den aktuella välfärdsinsatsen. Flera av de här utprövade modellerna sprids också internationellt.

Tabell 3 Olika initiativ för att påverka hälsans bestämningsfaktorer för barn i det skotska systemet

Modell/arbetssätt	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat
Equally Safe: A National Strategy. Skottlands strategi för att förebygga och utrota våld mot kvinnor och flickor.[1]	Att förebygga och utrita våld mot kvinnor och flickor.	Kvinnor och flickor	Primärt förebyggande, bygga förmåga och kapacitet, rättvisa, tydliggöra ansvar. Mer information går att finna här.[2]	Skottland har gjort stora framsteg, men det finns fortfarande mycket att göra. Mer information går att finna här.[3]
Förbättra nutrition hos gravida och spädbarn: ett insatsramverk [4]	Att förbättra gravida kvinnors och spädbarns nutrition för att ge dem den bästa starten i livet.	Gravida kvinnor, spädbarn och barn upp till tre års ålder.	Ett antal olika program och strategier – mer information går att finna här.[5]	

[1] www.gov.scot/publications/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/.
[2] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2018/04/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/documents/00534791-pdf/00534791-pdf/govscot%3Adocument/00534791.pdf.
[3] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2018/04/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/documents/00534791-pdf/00534791-pdf/govscot%3Adocument/00534791.pdf.
[4] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2011/01/improving-maternal-infant-nutrition-framework-action/documents/0110855-pdf/0110855-pdf/govscot%3Adocument/0110855.pdf.
[5] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2011/01/improving-maternal-infant-nutrition-framework-action/documents/0110855-pdf/0110855-pdf/govscot%3Adocument/0110855.pdf.

Modell/arbetssätt	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat
The Keeping Childbirth Natural and Dynamic (KCND) programme.[6]	Främja normal födsel och öka andelen vaginala förlossningar.	Gravida kvinnor.	Tillhandahålla evidensbaserad vård, minska onödiga ingrepp och införa barnmorskeledd vård som norm för friska gravida kvinnor. De med mer komplexa behov ska ha ett barnmorsketeam som leds av en obstetriker, medan kvinnans allmänläkare har ett övergripande ansvar för den medicinska vården.	Det finns en publikation tillgänglig: "Empowering change: realist evaluation of a Scottish Government programme to support normal birth".
The Early years Framework.[7]	Att bygga lokal kapacitet, förståelse, självförtroende under de tidiga åren för att minska ojämlikheter och främja förbättrade resultat genom användandet av aktivt lärande som verktyg.	Innan födseln upp till åtta års ålder.	Principen om tidiga insatser uppmuntrar till en helhetssyn för att möta behoven hos barn och familjer. Detta omfattar lek, lärande, sociala relationer, känslomässigt och fysiskt välmående tillsammans med hälsa, näring, tillväxt, utveckling och säkerhet.	Det finns en rapport tillgänglig, en publikation från 2011.[8]

[6] www.maternal-and-early-years.org.uk/the-keeping-childbirth-natural-and-dynamic-kcnd-programme.
[7] www.maternal-and-early-years.org.uk/early-years-framework.
[8] www.webarchive.org.uk/wayback/archive/20180521005527mp_/ www.gov.scot/Resource/Doc/337715/0110884.pdf.

Modell/arbetssätt	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat
Projektet Healthier, Wealthier Children (HWC).[9]	Att reducera barnfattigdom genom att hjälpa familjer med ekonomiska svårigheter.	Familjer som upplever barnfattigdom.	Initiativ för ekonomisk integration. Ett antal publikationer med mer detaljerad information går att hitta i den slutgiltiga utvärderingsrapporten.[10]	Överlag har projektet HWC haft en positiv effekt på gravida kvinnor och familjer med småbarn. Det har gett effekt på maximerad inkomst, reducera och hantera skulder samt bistå med stöd i att öka ekonomisk förmåga, självförtroende och välmående.[11]

[9] www.nhsggc.org.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/#.
[10] www.nhsggc.org.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/documents-and-publications/.
[11] www.nhsggc.org.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/documents-and-publications/.

Det är inte brist på statlig satsning på området psykisk hälsa, men …

En nationell samordnare tillsattes i slutet av år 2015, på beslut av regeringen, för att stödja och samordna myndigheter, kommuner, dåvarande landsting och organisationer i deras arbete för psykisk hälsa (SOU 2018:90). Det treåriga uppdraget resulterade i en utredning som samlat in erfarenheter och åsikter från relevanta aktörer.

Sedan slutet på förra millenniet har den svenska staten försökt stärka arbetet inom psykiatri och psykisk (o)hälsa. Majoriteten av satsningarna har varit kortsiktiga, vanligen under en tidsperiod på två till fem år, och mot olika målgrupper. Oberoende sittande regering har prioritet varit att ta fram olika former av satsningar, handlingsplaner och strategier för att öka kapaciteten, kompetensen och innovationen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dock har arbetet, i låg grad, gjorts med hjälp av statens traditionella styrmedel. Arbetet har i stället gjorts genom så kallade mjuka styrformer så som riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser. Det tycks ha funnits en långtgående tilltro till goda exempel vilket har gjort att staten gärna främjat försöksverksamheter, pilotprojekt och andra former av projektverksamheter på kommunal och regional nivå (SOU 2018:90).

Inte minst inom området barn och ungas hälsa och föräldraskapsstöd har det skett nationella satsningar. Man har satsat på tvärsektoriell samverkan för hälsofrämjande insatser för barn och unga, statliga stimulansmedel för en tillgänglig barnhälsovård och förbättrad mödrahälsovård, första linjens insatser för barn med psykisk ohälsa, stärkt suicidpreventivt arbete, m.m., m.m.

Trots det nationellt prioriterade och långtgående riktade arbetet inom området psykisk ohälsa, har den nationella styrningen alltså karaktäriserats av kortsiktighet och styrning utifrån projekt. Efter-

som våra system som har hälsofrämjande och förebyggande uppdrag inom barns psykiska hälsa inte är organiserade för samverkan eller en brukarcentrerad och holistisk syn på välfärdstjänster har många av projekten försökt att åstadkomma just detta. På så vis har staten finansierat ett antal kreativa och lokalt uppskattade – just det – Workarounds, utan möjlighet till vare sig långsiktighet eller skalbarhet.

Satsningen på föräldrastöd är ett exempel där Folkhälsomyndigheten har följt upp arbetet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Man har exempelvis gått tillbaka till projektkommunerna två år efter avslutat projekt. Resultat från dessa kartläggningar visade att arbetet med föräldraskapsstöd fortgick i ganska hög utsträckning, men att det också fanns kommuner där arbetet inte längre bedrevs med samma intensitet. Exempelvis minskade andelen som hade strategier för att samordna arbetet med föräldraskapsstöd. Eftersom organisationerna inte är byggda för samverkan behövdes alltså en person, en samordnare som hade samverkan som sitt uppdrag och kunde driva frågorna och överbrygga de organisatoriska mellanrum som hade förhindrat samarbetet. Men trots att samordningen var så prioriterad att alla projektkommuner valde att anställa en samordnare för projektmedlen försvann dessa resurser i och med projektets slut. Och eftersom även framgångsrika projekt som åtar sig att arbeta i organisatoriska mellanrum – Workarounds – är beroende av en samordnare och fortsatt engagemang var det få om några samverkansmodeller som lyckades hålla sig fast på sikt i de givna strukturerna.

Ovan är också ett exempel på andra eventuella risker med statliga kortsiktiga satsningar: att den temporära supporten i ett system kan skapa brister i ett annat, vilket kan leda till en spiral av att punktinsatser måste göras inom olika system. Vid avsaknaden av en systemanalys uppstår alltså risken att staten, trots sin ambition att bidra till hanteringen av enskilda problem, är medaktörer i att skapa hinder i lokala och regionala prioriteringar vilket i sin tur leder till negativa effekter för brukare, patienter och medborgare på individnivå.

Under de senaste tio åren har alltså över 10 miljarder satsats på att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa. Det är dock svårt att utvärdera eventuella effekter av detta, då satsningarna många gånger varit med korta tidshorisonter och otydliga målsättningar. Då det många gånger inte samlats in eller sammanställts

grunddata eller indikationer, är det inte möjligt att följa den långsiktiga utvecklingen inom området. Man skriver att:

> Nära nog samtliga utvärderingar som har gjorts av de olika satsningarna pekar på att de olika statliga handlingsplanerna och strategierna har satt fokus på viktiga frågor men att dess effekter är oklara eftersom satsningarna har varit ryckiga, kortvariga och i egentlig mening saknar mätbara mål. (SOU 2018:90):s. 126.

Således är staten i högsta grad villig att satsa pengar på området psykisk hälsa och relaterade hälsofrämjande och förebyggande insatser. Frågan är närmast hur dessa pengar investeras på klokast möjliga sätt.

Utredningen ”För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt” (SOU 2018:90) ger bland annat följande rekommendationer:

- Genomgripande förändringar inom området psykisk hälsa kräver ett tydligt politiskt ställningstagande, långsiktighet och uthålliga satsningar
- Strategier och handlingsplaner bör förenas med utvecklingsmedel, vara sammanhållna, konkreta och möjliga att utvärdera
- Det finns stora samhälleliga och personella vinster med att inrikta arbetet på förebyggande och främjande insatser.

I tidigare kapitel har vi tittat på de ekonomiska argument som finns för tidig investering och vilka områden som har god evidens när det gäller kostnadseffektivitet av specifika insatser. Vi har också berört de organisatoriska förutsättningar som idag hindrar helhetssyn, jämlikhet, samverkan och en syn på hälsofrämjande och förebyggande som självklart viktiga investeringar för framtiden, oavsett vilken sektor eller organisation som får del av vinsten i form av sparade kostnader och ökade intäkter. Nu ska vi titta på några sammanställningar av vad som kännetecknar en organisation som förmår att erbjuda välfärdstjänster enlig de principerna.

Vägen framåt

Enligt Mats Tyrstrup är nyckeln till att vidareutveckla välfärdstjänsterna i Sverige en välfärdssektor med en samordnad kravbild på välfärdsverksamheterna med en stödjande infrastruktur för lokal kunskapsöverföring och kreativitet (Tyrstrup, 2014). Han skriver:

> Arbetskraftsintensiva tjänster med stort kunskapsinnehåll behöver frihetsgrader och mandat lokalt för att kunna utföras med hög kvalité och bra resultat. En central tes är att det lokala sammanhanget, där välfärdens tjänster dagligen produceras och skapar värde, måste stödjas av centrala nivåer.

Med andra ord menar Tyrstup att genom att göra horisontell koordinering till huvudsak kan vi skapa förutsättningar för det han kallar för en ”gränsomvandlande verksamhetsutveckling”. Hur vi organiserar den centrala, vertikala ledningen beror på hur mycket horisontell samordning som behövs i verksamheten. Styrningen av verksamheten bör vidare ha samordnade och tydliga krav med stort tillit till professionella och engagemang av brukare (Tyrstrup, 2014).

> Genom samproduktion och integrering av olika specialisters aktiviteter och kompetenser skapas välfärdstjänster av hög kvalitet, bra service och ett respektfullt bemötande.

Om en organisation organiserad för och inriktad på samverkan är lösningen på välfärdens utmaningar idag, vilka utmaningar innebär då att arbeta interprofessionellt och i samverkan?

Möjligheter och utmaningar med interprofessionell samverkan

Under det senaste decenniet har det varit ett större fokus på att organisera samverkansarbete inom vården, för att minska de klyftor som finns (Nooteboom *et al.*, 2021). En sammanfattning av resultaten från olika studier (n=55) presenteras i rapporten ”Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals”, som ett försökt att tydliggöra vilka faktorer yrkesverksamma upplever som möjliggörande och försvårande när de arbetar med samverkan inom vården.

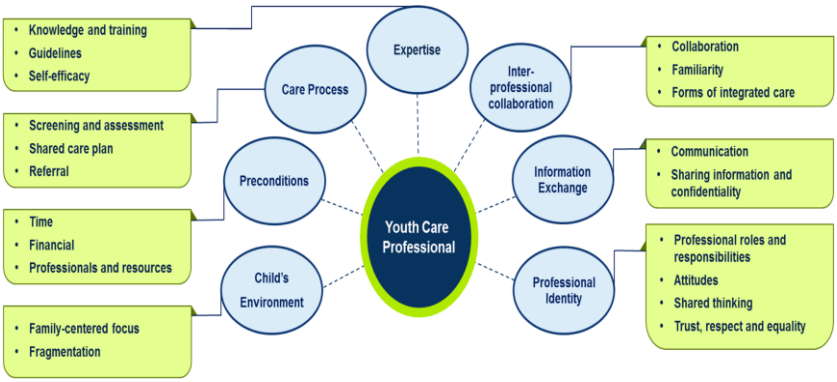
För att skapa en övergripande förståelse för olika sammanhang och professionella discipliner inkluderades studier med olika metoder, population, typ av barn- och ungdomsvård samt olika typer av samverkan. Rapporten identifierade sju olika teman av möjliggörande och försvårande faktorer bland yrkesverksamma inom barn- och ungdomsvård. Figur 5 har extraherats från den systematiska översikten, och illustrerar dessa teman (Nooteboom *et al.*, 2021).

Trots skillnaderna mellan de inkluderade studierna visade evidensbedömningarna att faktorerna för möjliggörande och försvårande ofta var konsekventa genom studierna, och var därför applicerbara i olika kontext. Översikten visar tydligt att samverkan är en komplex process med flera komponenter, vilket kännetecknas av flertalet försvårande och möjliggörande faktorer för yrkesverksamma (Nooteboom *et al.*, 2021).

Utifrån teman och underteman drar studien slutsatsen att både de flesta utmaningar och möjliggörande faktorer återfanns inom interprofessionellt samarbete (den högra sidan av Figur 5). Även om detta i grunden uppfattades positivt krävdes mycket arbete, till exempel tid för interprofessionell grupputveckling, utbildning i interprofessionellt samarbete, och konsten att dela information med andra yrkesverksamma som använder sig av olika begrepp och/eller teorier.

På figurens vänstra sida återfinns faktorer som relaterar till styrning och organisation samt själva barnets miljö och förutsättningar. Man föreslår att breda bedömningar av barnets och familjens problematik och tidsmässigt identifierande av intensitet och typ av vård som familjer behöver, är viktiga aspekter av vårdsamverkan.

Figur 5 **Översikt av möjliggörande och försvårande faktorer som yrkesprofessionella inom barn- och ungdomsvård upplever vid vårdsamverkan**



Figur extraherad från "Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals".

I linje med tidigare arbeten visar studien att samverkan i huvudsak påverkas av processer på professionsnivå (figurens högra sida). Översikten föreslår därför att framtida utveckling av vårdsamverkan som koncept ska fokusera på att involvera yrkesverksamma i den samverkande vården på daglig basis, i stället för att enbart överväga interprofessionellt samarbete på organisationsnivå (Nooteboom *et al.*, 2021). Man föreslår följande:

- **Bedöma och prioritera problem**: För att förbättra yrkesverksammas kompetens inom problemprioritering och delat beslutsfattande rekommenderas diskussion av prioriteringar med familjer och därmed inkludera deras perspektiv i vårdprocessen. Översikten bekräftar, i linje med tidigare studier, att efterlevnaden av riktlinjer förbättras när man har särskilt fokus på strukturerad och anpassad implementering i samarbete med brukarna.
- **Professionella roller och ansvar**: Det är viktigt att kontinuerligt utvärdera roller och ansvar under vårdprocessen, där samtliga intressenter involveras. Dock är det ännu oklart hur och hur länge yrkesverksamma ska arrangera dessa utvärderingsmöten
- **Tid att investera i samverkan:** I försöken att optimera vårdsamverkansprocesser och på sikt spara in tid, är det nödvändigt att investera i längre besökstider, tid för interprofessionell grupp-

utveckling och utvärderingsmöten. Det är viktigt att yrkesverksamma stöttas i effektiv organisering och prioritering av dessa aktiviteter, exempelvis av deras chef eller genom riktlinjer utifrån praxis. Översikten rekommenderar även att utvärdera långtidseffekten av vårdsamverkan genom att skapa ett kontinuerligt rutinsystem för att övervaka arbetet.

Inte minst lyfter man fram vikten av **attityder, kunskap och kompetens** som krävs för samverkan hos de yrkesverksamma. Det är väldigt viktigt att det inte får finnas en naivitet i att alla automatiskt jublar över att få samverka med andra professioner. Det var tydligt i översikten att de flesta utmaningar, men också möjligheter återfanns just inom detta område. Så det är förstås viktigt med en positiv attityd till samverkan i sig och till interprofessionellt samarbete. Likaså är det viktigt med effektiv kommunikation.

Om en organisation organiserad för och inriktad på samverkan kring evidensbaserade insatser för hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser för barn och unga – vilka utmaningar finns det då för att implementera evidensbaserade insatser långsiktigt?

Att implementera evidensbaserade insatser långsiktigt – organisatoriska faktorer av betydelse

Baserat på den systematiska översikten av Weeks *et al.* från 2020, *Important Factors for Evidence-Based Implementation in Child Welfare Settings*, finns det ett antal viktiga organisatoriska faktorer som är avgörande för långsiktig och framgångsrik implementering av evidensbaserade program, modeller eller arbetssätt (Weeks, 2020). Många av faktorerna är egentligen välkända från annan implementeringslitteratur. Det betyder dock inte att de tas hänsyn till i samband med implementering av nya arbetssätt och metoder eller införande av nya rutiner och riktlinjer inom välfärdssektorn. Tvärtom verkar det som att, paradoxalt nog, har den omfattande kunskapen från implementeringslitteraturen haft oerhört svårt att implementeras (Westerlund, Sundberg and Nilsen, 2019). Det är viktigt att inte vara naiv inför ”implementeringens mödosamma konst”, som Folkhälsomyndighetens skrift på temat från 2017 heter (Folkhälsomyndigheten, 2017).

De faktorer som befanns påverka långsiktig implementering av evidensbaserade insatser av Weeks *et al.* återfinns i Tabell 4. De vanligast förekommande faktorerna i översikten presenteras i mer detalj nedan.

1. Ekonomiska resurser och långsiktighet i planeringen.

Initialt behövs finansiering för själva uppstarten av insatsen, men minst lika viktigt är finansiering av spridning och vidmakthållande av fortsatt insats efter initialfasen. Detta kräver en långsiktig planering redan tidigt, både av de ekonomiska resurserna men även av arbetet i stort.

2. Organisationens kultur och klimat.

För att lyckas med implementering är att ha en kultur och ett klimat i organisationen som stödjer införandet av nya metoder avgörande. Även om begreppen låter snarlika finns det skillnader. Organisatorisk kultur är organisationens sätt att se på omvärlden. I kulturen ingår organisationens normer och värderingar. Det är djupt rotat i organisationen och mer stabilt än klimatet, men absolut möjligt att förändra. Organisatoriskt klimat beskrivs i stället som en mer tillfällig stämning som är en blandning mellan organisationens reaktioner på olika händelser (t.ex. framgångar eller motgångar, nedskärningar och nya uppdrag) och organisationens kultur.

Detta kan vara särskilt viktigt att tänka på om man formar och inför en ny organisation eller sammanför flera olika organisationer med sina inneboende kulturer och klimat.

Tabell 4 Faktorer av betydelse för långsiktig implementering av evidensbaserade insatser inom välfärdstjänster för barn och unga

Faktor
Ekonomiska resurser
Organisationens kultur och klimat stödjer implementering
Stöd från ledningen
Tidsresurser
Personalresurser
Stabil finansiering
God intern kommunikation i organisationen
Samarbete med andra aktörer
Utbildning
Expertkunskap/kunskapsstöd finns tillgänglig
Politiskt stöd, engagemang och förankring
Mottagarna upplever att insatsen passar dem
Anställer personal med rätt utbildning
Implementeringsteam

3. Stöd från ledningen

Stöd från ledningen behövs i varje steg i implementeringsprocessen, från att kartlägga behovet till att upprätthålla ett hållbart och långsiktigt arbete. Enligt många publikationer är dock stödet som viktigast initialt i implementeringsarbetet. Att ledningen prioriterar insatsen är också viktigt för att säkra finansiering och andra resurser till arbetet. Ledningen kan också stödja genom att öka möjligheterna för samarbete, uppföljning och utvärdering. Att ha en engagerad ledning som prioriterar arbetet med evidensbaserade insatser kan också ge ökad motivation hos den personal som arbetar med frågan.

4. Tid och personalresurser

Det finns flera aspekter av varför det är viktigt att ha tillräckligt med tid. En är att personalen som jobbar med den nya insatsen måste få tid i sitt schema för att kunna få till stånd det nya arbetssättet. Att som anställd ha flera andra uppdrag som tävlar om tiden när en ny metod ska införas försvårar implementeringen. Att lyckas med alla de steg i införandet kräver tillräckligt med tid för de som arbetar med

implementeringen. En annan aspekt av tid är att det tar en viss tid för en ny metod att befästas, organisationen och människorna i den måste vänja sig vid det nya arbetssättet. Hur lång den tiden är varierar och beror på hur stor förändring som måste ske för det nya arbetssättet.

5. God intern kommunikation, samarbete inom organisationen och med andra aktörer

God intern kommunikation är en mycket vanligt förekommande framgångsfaktor. Samarbete med andra organisationer och samordning med andra aktörer kan ge effektivare användning av resurser för alla inblandade, kunskaps- och erfarenhetsutbyte och en ökad räckvidd av insatser organisationen erbjuder.

6. Utbildning och expert/kunskapsstöd

Att ha personal med rätt kompetens är en ofta förekommande faktor som underlättar implementering. Utbildning och kompetens i insatsen är viktigt för att upprätthålla en god kvalitet. Om det handlar om en specifik metod eller program är det viktigt att säkerställa att dess kärnkomponenter bibehålls för att de tänkta effekterna med insatsen ska uppnås. Urval av personal och utbildning och handledning av dem som ska arbeta med insatsen är sätt att säkra kompetensen. Handledning och återkoppling under arbetets gång är också viktigt för att effekten av utbildningen ska kvarstå. Ett nätverk av utövare kan ge stöd, erfarenhetsutbyte och vidareutbildning.

Att välja ett föräldraskapsstöd som är evidensbaserat och passar i organisationen är en utmaning och i denna fråga kan *expertstöd/kunskapsstöd* behövas.

7. Nationell styrning, politiskt stöd, engagemang och förankring

Lagstiftning, tydliga krav och ekonomiska styrmedel är några exempel på nationell styrning som förekommer i litteraturen. Riktlinjer, kunskapsöversikter, arbetsinstrument och handböcker/manualer

samt enkla metoder för uppföljning är andra och snabbare styrmedel som också tas upp.

Om politiker och andra politiska aktörer (fackförbund, lobbyistgrupper etc.) stödjer implementeringen, den politiska förankringen av arbetssättet är stark och kommunikationen mellan politiker och tjänstemän är god ökar chanserna att lyckas. Detta gäller på lokal, regional och nationell nivå.

Med tanke på betydelsen av nationell styrning och politisk förankring för framgångsrik implementering av evidensbaserade metoder, modeller och arbetssätt enligt litteraturen är det intressant att SOU 2018:90 ”För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt” föreslår ett stort antal åtgärder för att främja sådan styrning.

- Verksamhetsområdet psykisk hälsa bör bli ett nytt politikområde
- En strategi för psykisk hälsa 2020–2030: Frågan om psykisk hälsa/ohälsa rör hela samhället på flera plan. Utredningen bedömer att en långsiktig strategi med tydliga resultatmål kan fylla en viktig funktion för att stimulera gemensamma åtgärder som berör flera politikområden och myndigheter.
- Ett Agenda 2030-sekretariat för övergripande samordning bör inrättas i Regeringskansliet.
- Mål och målstruktur för området psykisk hälsa. Ett övergripande nationellt mål bör antas för det samlade arbetet med frågor kring psykisk hälsa inom ramen för den strategi som utredningen föreslår. Utredningens förslag till nationellt mål är *att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar*.
- Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll bör förtydligas och stärkas. För att stärka samordningen inom området psykisk hälsa på nationell nivå bedömer utredningen att Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll inom området bör förtydligas och stärkas.
- Tvärsektoriell myndighetssamverkan. För att politiken för psykisk hälsa ska få ett faktiskt genomslag på lokal, regional och

nationell nivå krävs förutom en stark nationellt pådrivande aktör en väl upparbetad tvärsektoriell myndighetssamverkan.

På uppdrag av regeringen fick Statens skolverk och Socialstyrelsen 2017 uppgiften att genomföra ett treårigt utvecklingsarbete, med syfte att stärka samverkan mellan elevhälsa, hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Fridolin and Törn, 2017). En rapport från projektet som stöttar 35 samverkansprojekt i landet lyfter också fram ett antal faktorer av betydelse för samverkansarbetet (Skolverket and Socialstyrelsen, 2019).

Framgångsfaktorer

- Politisk förankring över mandatperioder
- Gemensam problembild, samsyn och vilja i de deltagande verksamheterna

Hinder och utmaningar

- Det tar tid att bygga upp hållbara strukturer för samverkan och samordning
- Organisatoriska glapp uppstår då verksamheterna främst är organiserade för att arbeta inom gränser inte över gränser
- Verksamhetsgemensam uppföljning försvåras av rättslig reglering kring behandling av personuppgifter

Dessa sammantagna lärdomar kan vi ha med oss när vi planerar för en ny sorts organisation.

Varför är en sammanhållen barn- och ungdomsvård en önskvärd modell?

Sammantaget vet vi en hel del om vilka möjligheter och hinder som finns kring samverkan generellt, interprofessionell samverkan specifikt och organisatoriska och kontextuella faktorer av betydelse för ett framgångsrikt implementeringsarbete av evidensbaserade arbetssätt som bygger på samverkan. Vi får inte vara naiva och tro att en systemomvandling kan ske smidigt och utan stöd på alla nivåer – lagstiftning, nationell styrning, bred politisk förankring, stabil ekonomi, ledning och styrning med fokus på horisontella processer, teamarbete, uppföljning och analys, och brukarmedverkan. Men vad talar för att ett sådant system kan leverera bättre resultat än dagens?

Svaret kan sammanfattas under fyra punkter:

- Den förväntas minska samhällskostnader jämfört med dagens system
- Den bygger på en modern syn på hälsans bestämningsfaktorer
- Den öppnar för en styrning mot gemensamma välfärdstjänster och resultat snarare än produktion och egna årsbudgetar
- Den råder bot på organisatoriska mellanrum där så mycket förlorat värde, ojämlikhet och spill uppstår

Det finns fyra huvudsakliga sätt att minska *samhällskostnader* inom området psykisk hälsa bland barn och unga. Inledningsvis bör man investera tidigt. Detta argument handlar om att satsa på *humankapitalet*; grunden till många färdigheter, kunskap och talanger vi har, är tidigare färdigheter, kunskap och talanger. Missar vi möjligheten till att barn utvecklas optimalt under vissa kritiska stadier i livet, kan vi helt enkelt inte komma ikapp. Detta har inte bara kon-

sekvenser för barns hälsa och välmående, men också för deras framtida möjligheter och levnadsstandard. Att se bland annat hälsa som ett kapital som vi vill ska generera framtida avkastning utifrån bästa möjliga förutsättningar, krävs investering i det kapitalet. Ju tidigare, desto mer lönsamt, både ekonomiskt och socialt.

Vi vet att timing är av betydelse, inte bara för insatser som handlar om att stärka humankapitalet utan också förebyggande insatser. Många insatser är mer effektiva vid *tidigare ålder*. Dels handlar det om att problemen är då mindre och hjärnan mer plastisk; på sätt och vis är även barnets närmaste miljö, relationen till föräldrar också mer plastisk tidigt – man har inte hunnit fastna i onda cirklar och negativa förväntningar av och föreställningar om varandra och relationen. Dels handlar det om att vi undviker onödiga kostnader om vi inte väntar med insatser tills barnen blir äldre och problemen mer markanta och kostsamma.

En annan viktig faktor är investeringen i sig. *Kostnadseffektivitet* betyder att en insats genererar mer hälsa för pengar, i jämförelse med någon annan investeringsmöjlighet. Här ser man både till effektiviteten av en viss insats, vad den kostar, och ibland hur mycket intäkter (undvikna samhällskostnader) den kan generera. Det finns tydlig forskning som pekar mot att tidiga insatser för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland barn och unga är kostnadseffektivt. Detta gäller inte minst insatser i skolan som syftar till att öka vår kunskap om och möjligheter till hantering av känslor, hur vi interagerar med andra och hur vi löser sociala och emotionella problem. Föräldraskapsstöd är en annan typ av förebyggande insats där evidensen är tydlig, både på kort och lång sikt.

Samtidigt handlar det inte bara om att investera tidigt, och lägga resurserna på evidensbaserade insatser som på kort- och lång sikt kan förebygga psykisk ohälsa. Det handlar också om att *minimera spill* och öka de potentiella vinsterna av samordning, genom att se över organiseringen av de aktörer som möter dessa barn, utvärdera vilka aktiviteter som driver kostnader, och se om dessa bidrar till spill. Högst troligt finns det alltid någon typ av spill gällande de aktiviteter vi gör, men många kan komma att påverkas positivt genom samordning inom och mellan organisationer. Det innebär därför att det inte bara är bättre för enskilda individer eller utsatta grupper om organisatoriska mellanrum elimineras helt utifrån en förankrad, välplanerad och hållbar struktur (snarare än genom workarounds),

utan att det troligtvis också kommer att generera stora kostnadsbesparingar. Det betyder att trots att vi satsar mycket idag – kanske på rätt saker – blir det ofta kortsiktiga stimulansmedel som spenderas på workarounds, helt utan hållbarhet. De miljarder som spenderas idag som stimulansmedel på området psykisk hälsa skulle kunna göra större nytta.

Eftersom *hälsans bestämningsfaktorer* är ojämlikt fördelade har samhällets hälsofrämjande och förebyggande insatser ett kompensatoriskt uppdrag. Det är därför viktigt att ta hänsyn till i vilken mån ett nytt sätt att organisera den nära vården för barn och unga kan ta utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer och ha en kompensatorisk ansats. Hälsa är ytterst ett resultat av resurser och handlingsfrihet. En effektiv organisation för barn och unga bör därför eftersträva att öka båda delarna.

Stora sociala och ekonomiska investeringar krävs för att tidigt kunna ge stöd och insatser till barn med större uttalad problematik, såsom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Detta kräver en helhetssyn, samverkan och en ansats som främjar jämlik tillgång till samhällets resurser.

Har man en *styrning mot gemensamma välfärdstjänster* som möjliggör att bortse från korta mandat- och budgetperioder, eller andra strukturer som ligger i vägen för långsiktiga och hållbara investeringar, finns det många vinster att hämta. Om styrningen sker utifrån en hela-samhället ansats och ett livsloppsperspektiv finns betydande vinster för mer eller mindre samtliga samhällssektorer som någon gång möter barn, unga eller vuxna med underliggande psykiska problem.

Genom att sätta fokus på barnet och ungdomen, eleven och/eller familjerna i stället för ansvarsgränserna och organisationstillhörigheter kan vi *täppa igen de organisatoriska mellanrummen*. Genom sömlös samverkan inom och mellan enheter och organisationer kan vi frigöra potentialen som finns lagrade i dessa mellanrum och förvandla dem till produktiv välfärd.

Referenser

Abu-Omar, K. *et al.* (2017) ”The cost-effectiveness of physical activity interventions: A systematic review of reviews”, *Preventive medicine reports*, 8, s. 72–78. doi: 10.1016/j.pmedr.2017.08.006.

Ahern, S. *et al.* (2018) ”A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes.”, *European child & adolescent psychiatry*, 27(10), s. 1295–1304.

Ahlen, J., Lenhard, F. and Ghaderi, A. (2015) ”Universal Prevention for Anxiety and Depressive Symptoms in Children: A Meta-analysis of Randomized and Cluster-Randomized Trials.”, *The journal of primary prevention*, 36(6), s. 387–403. doi: 10.1007/s10935-015-0405-4.

Anderberg, M. (2020) ”Planer för samverkan kring barn och unga i Skottland och Sverige – ett jämförande perspektiv”, s. 1–21. Available at: https://lnu.se/contentassets/d57b8480291d4b019154fc97dd6863cc/planer-for-samverkan-litteraturgenomgang.pdf.

Anderberg, M., Forkby, T. and Thelin, A. (2020) *Barnens bästa gäller ! i Kronoberg – en enkätstudie*.

Appelqvist-Schmidlechner, K. *et al.* (2010) ”Effects of a Psycho-Social Support Programme for Young Men – Randomised Trial of the Time Out! Getting Life Back on Track Programme”, *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(3), s. 14–24. doi: 10.1080/14623730.2010.9721815.

Arseneault, L. (2017) ”The long-term impact of bullying victimization on mental health”, *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1), s. 27–28. doi: 10.1002/wps.20399.

Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum (2019) *Slutrapport utvärdering av barnahus*. Available at: file:///C:/Users/ninjo384/AppData/Local/Temp/slutrapport-utvardering-av-barnahus-2019-2.pdf.

Bauer, A., Knapp, M. and Parsonage, M. (2016) ”Lifetime costs of perinatal anxiety and depression.”, *Journal of affective disorders*, 192, s. 83–90. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.005.

Becker, G. S. (1975) *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. 2nd edn. New York: National Bureau of Economic Research.

Bentley, T. G. K. *et al.* (2008) ”Waste in the U.S. Health care system: a conceptual framework.”, *The Milbank quarterly*, 86(4), s. 629–659. doi: 10.1111/j.1468-0009.2008.00537.x.

Berry, V. *et al.* (2016) ”The effectiveness and micro-costing analysis of a universal, school-based, social–emotional learning programme in the UK: A cluster-randomised controlled trial”, *School Mental Health*, 8(2), s. 238–256. doi: 10.1007/s12310-015-9160-1.

Berwick, D. M. and Hackbarth, A. D. (2012) ”Eliminating waste in US health care.”, *JAMA*, 307(14), s. 1513–1516. doi: 10.1001/jama.2012.362.

Bloom, D. E. *et al.* (2012) *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Program on the Global Demography of Aging.

Breslau, J. *et al.* (2008) ”Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample.”, *Journal of psychiatric research*, 42(9), s. 708–716. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.01.016.

Brimblecombe, N. *et al.* (2018) ”Long term economic impact associated with childhood bullying victimisation.”, *Social science & medicine (1982)*, 208, s. 134–141. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.05.014.

Bywater, T. and Sharples, J. (2012) ”Effective evidence-based interventions for emotional well-being: lessons for policy and practice”, *Research Papers in Education*, 27(4), s. 389–408. doi: 10.1080/02671522.2012.690242.

Carlsson, E. *et al.* (2016) ”Negotiating knowledge: parents” experience of the neuropsychiatric diagnostic process for children with autism”, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(3), s. 328–338. doi: 10.1111/1460-6984.12210.

Clarkson, S. *et al.* (2016) ”Effectiveness and micro-costing of the KiVa school-based bullying prevention programme in Wales: study protocol for a pragmatic definitive parallel group cluster randomised controlled trial.”, *BMC public health*, 16, p. 104. doi: 10.1186/s12889-016-2746-1.

Colman, I. *et al.* (2009) ”Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 Year follow-up of national cohort”, *BMJ (Online)*, 338(7688), s. 208–211. doi: 10.1136/bmj.a2981.

Cöster, M. E. *et al.* (2018) ”Extended physical education in children aged 6-15 years was associated with improved academic achievement in boys.”, *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 107(6), s. 1083–1087. doi: 10.1111/apa.14278.

Currie, J. and Moretti, E. (2003) ”Mother”s Education and the Intergenerational Transmission of Human Capital: Evidence from College Openings*”, *The Quarterly Journal of Economics*, 118(4), s. 1495–1532. doi: 10.1162/003355303322552856.

Currie, J. and Stabile, M. (2006) ”Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD”, *Journal of health economics*, 25(6), s. 1094–1118. doi: 10.1016/j.jhealeco.2006.03.001.

Dalsgaard, S. *et al.* (2014) ”ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood – a naturalistic long-term follow-up study.”, *Addictive behaviors*, 39(1), s. 325–328. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.09.002.

Dahlgren, G. Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe.

Das, J. K. *et al.* (2016) ”Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews”, *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(4S), s. S61–S75. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.021.

Dawson, G. (2008) ”Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder”, *Development and Psychopathology*, 20(3), s. 775–803. doi: 10.1017/S0954579408000370.

Duchesne, S. *et al.* (2008) ”Trajectories of Anxiety During Elementary-school Years and the Prediction of High School Noncompletion”, *Journal of Youth and Adolescence*, 37(9), s. 1134–1146. doi: 10.1007/s10964-007-9224-0.

Epifanio, M. S. *et al.* (2015) ”Paternal and Maternal Transition to Parenthood: The Risk of Postpartum Depression and Parenting Stress”, *Pediatric reports*, 7(2), p. 5872. doi: 10.4081/pr.2015.5872.

Erskine, H. E. *et al.* (2016) ”Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(10), s. 841–850. doi: 10.1016/j.jaac.2016.06.016.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J. and Ridder, E. M. (2005) ”Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(8), s. 837–849. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x.

Fletcher, J. (2013) ”Adolescent Depression and Adult Labor Market Outcomes”, *Southern Economic Journal*, 80(1), s. 26–49. doi: https://doi.org/10.4284/0038-4038-2011.193.

Fletcher, J. M. (2014) ”The Effects of Childhood ADHD on Adult Labor Market Outcomes”, *Health economics*, 23, s. 159–181.

Fletcher, J. and Wolfe, B. (2009) ”Long-term consequences of childhood adhd on criminal activities”, *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12(3), s. 119–138.

Folkhälsomyndigheten (2014) ”Slutredovisning av uppdrag kring ett utvecklat föräldrastöd”, 1. Available at: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/96c8eeff924946d880ce04d30c520bb7/slutrapport-utvardering-o-utveckling-2014.pdf.

Folkhälsomyndigheten (2017) *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst.* Available at: http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12145/R200720_implementering_web0809.pdf.

Foster, E. M. and Jones, D. E. (2005) ”The high costs of aggression: Public expenditures resulting from conduct disorder”, *American Journal of Public Health*, 95(10), s. 1767–1772. doi: 10.2105/AJPH.2004.061424.

Fridolin, G. and Törn, M. (2017) *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Available at: https://www.regeringen.se/4967a6/contentassets/69578833127048e4a3ebc0d48344d214/uppdrag-att-genomfora-ett-utvecklingsarbete-for-tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga.pdf.

Friends (2019) *Friendsrapporten*. Stockholm.

Gardner, F. *et al.* (2017) *Could scale-up of parenting programmes improve child disruptive behaviour and reduce social inequalities? Using individual participant data meta-analysis to establish for whom programmes are effective and cost-effective*. Southampton (UK). doi: 10.3310/phr05100.

Gavin, N. I. *et al.* (2005) ”Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.”, *Obstetrics and gynecology*, 106(5 Pt 1), s. 1071–1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db.

Goodwin, N. and Smith, J. (2011) *The evidence base for integrated care*.

Grossman, M. (2000) ”The human capital model”, in *Handbook of Health Economics*. Newhouse JP: Elsevier, s. 347–408.

Guralnick, M. J. (2011) ”Why early intervention works: A systems perspective”, *Infants and Young Children*. NIH Public Access, s. 6–28. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182002cfe.

Gurung, B. *et al.* (2018) ”Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: a systematic review of economic evaluations.”, *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), p. 179. doi: 10.1186/s12884-018-1738-9.

Heckman, J. J. (2000) ”Policies to foster human capital”, *Research in Economics*, 54(1), s. 3–56. doi: https://doi.org/10.1006/reec.1999.0225.

Heckman, J. J. and Kautz, T. (2012) ”Hard evidence on soft skills”, *Labour economics*, 19(4), s. 451–464. doi: 10.1016/j.labeco.2012.05.014.

Holmberg, I. and Tyrstrup, M. (2010) ”Well then – What now? An everyday approach to managerial leadership”, *Leadership*, 6(4), s. 353–372. doi: 10.1177/1742715010379306.

Humphrey, N. *et al.* (2018) *The PATHS curriculum for promoting social and emotional well-being among children aged 7–9 years: a cluster RCT*. Southampton (UK). doi: 10.3310/phr06100.

ISCA/Cebr (2015) *The economic cost of physical inactivity in Europe*.

Ivert, A.-K. and Mellgren, C. (2021) *Effektutvärdering av Sluta Skjut – En strategi för att minska det grova våldet*. Available at: https://www.bra.se/download/18.1f8c9903175f8b2aa7056f4/1613562616119/Sluta_skjut_effektutvardering_210217.pdf.

J.Y., K. *et al.* (2017) ”Trends in Postpartum Depressive Symptoms — 27 States, 2004, 2008, and 2012”, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 66, s. 153–158.

Johnston, M. V. (2009) ”Plasticity in the developing brain: implications for rehabilitation”, *Developmental Disabilities Research Reviews*. John Wiley and Sons Inc., s. 94–101. doi: 10.1002/ddrr.64.

Karlsson, M. and Nilsson, T. (2018) *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster*, *SNS Analys*. Stockholm.

Kärnä, A. *et al.* (2011) ”Going to scale: a nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for grades 1–9.”, *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), s. 796–805. doi: 10.1037/a0025740.

Knop, J. *et al.* (2009) ”Childhood ADHD and conduct disorder as independent predictors of male alcohol dependence at age 40.”, *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(2), s. 169–177. doi: 10.15288/jsad.2009.70.169.

Kuyken, W. *et al.* (2015) ”The effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: results of a randomised controlled trial (the PREVENT study).”, *Health technology assessment (Winchester, England)*, 19(73), s. 1–124.

Kuyken, W. *et al.* (2017) ”The effectiveness and cost-effectiveness of a mindfulness training programme in schools compared with normal school provision (MYRIAD): study protocol for a randomised controlled trial.”, *Trials*, 18(1), p. 194. doi: 10.1186/s13063-017-1917-4.

Laine, J. *et al.* (2014) ”Cost-effectiveness of population-level physical activity interventions: A systematic review”, *American Journal of Health Promotion*, 29(2), s. 71–80. doi: 10.4278/ajhp.131210-LIT-622.

Länsstyrelsen i Stockholm (2018) ”En pilotutvärdering av: Det universella våldspreventiva skolprogrammet TÅGET”.

Lavelle, T. A. *et al.* (2014) ”Economic burden of childhood autism spectrum disorders.”, *Pediatrics*, 133(3), s. e520-9. doi: 10.1542/peds.2013-0763.

Law, J. *et al.* (2009) ”Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: literacy, mental health, and employment outcomes.”, *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 52(6), s. 1401–1416. doi: 10.1044/1092-4388(2009/08-0142).

Law, J. *et al.* (2012) ”Cost-effectiveness of interventions for children with speech, language and communication needs (SLCN): a review using the Drummond and Jefferson (1996) ”Referee”s Checklist”.”, *International journal of language & communication disorders*, 47(1), s. 1–10. doi: 10.1111/j.1460-6984.2011.00084.x.

Le, A. T. *et al.* (2005) ”Early childhood behaviours, schooling and labour market outcomes: estimates from a sample of twins”, *Economics of Education Review*, 24(1), s. 1–17. doi: https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2004.04.004.

Le, H. H. *et al.* (2014) ”Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case”, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23(7), s. 587–598. doi: 10.1007/s00787-013-0477-8.

Leach, L. S. *et al.* (2016) ”Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review.”, *Journal of affective disorders*, 190, s. 675–686. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.063.

Lehnert, T. *et al.* (2012) ”The long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions: systematic literature review.”, *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 13(6), s. 537–553.

Lever Taylor, B., Cavanagh, K. and Strauss, C. (2016) ”The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis.”, *PloS one*, 11(5), p. e0155720. doi: 10.1371/journal.pone.0155720.

Lundborg, P., Nilsson, A. and Rooth, D.-O. (2014) ”Adolescent health and adult labor market outcomes.”, *Journal of health economics*, 37, s. 25–40. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.05.003.

Magnusson, D. *et al.* (2016) ”Capturing Unmet Therapy Need among Young Children with Developmental Delay Using National Survey Data”, *Academic Pediatrics*, 16(2), s. 145–153. doi: 10.1016/j.acap.2015.05.003.

Malmö stad (2021) *CTC – Tillsammans för goda uppväxtvillkor*. Available at: https://malmo.se/Communities-That-Care-CTC.html.

Marsh, K. *et al.* (2010) *An Economic Evaluation of Speech and Language Therapy*. London.

McKenzie, M. *et al.* (2011) ”Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with alcohol use disorders in young adulthood: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study”, *Medical Journal of Australia*, 195(S3), s. S27–S30. doi: https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2011.tb03262.x.

van der Meer, A. (2016) *Babies exposed to stimulation get brain boost*.

Nath, S. *et al.* (2016) ”The prevalence of depressive symptoms among fathers and associated risk factors during the first seven years of their child”s life: findings from the Millennium Cohort Study.”, *BMC public health*, 16, p. 509. doi: 10.1186/s12889-016-3168-9.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2015) *Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behaviour Challenges*. NICE Guide. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK).

Nooteboom, L. A. *et al.* (2021) ”Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals”, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48(1), s. 88–105. doi: 10.1007/s10488-020-01049-8.

Nowak, H. I., Broberg, M. and Starke, M. (2013) ”Parents” experience of support in Sweden: Its availability, accessibility, and quality”, *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(2), s. 134–144. doi: 10.1177/1744629513486229.

Nystrand, C. *et al.* (2019) ”Cost-effectiveness analysis of parenting interventions for the prevention of behaviour problems in children”, *PloS one*, 14(12), p. e0225503.

Nystrand, C. *et al.* (2020) ”Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems”, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47(2). doi: 10.1007/s10488-019-00984-5.

Nystrand, C., Feldman, I. and Gebreslassie, M. (2020) *Lönar det sig med våldsförebyggande arbete? – Samhällsekonomisk analys av tvärsektoriellt främjande och förebyggande arbete i Botkyrka kommun*. Stockholm: Länsstyrelsen Stockholm.

Nystrand, C., Feldman, I. and Sarkadi, A. (2020) ”Att sätta värde på tidiga insatser för barn och unga: ett evidensbaserat beslutsstöd för sociala investeringar”, *Socialmedicinsk tidskrift*, 5 och 6.

Nystrand, C., Gebreslassie, M. and Feldman, I. (2020) *Är samverkan för bättre folkhälsa lönsamt? – Samhällsekonomisk analys av tvärsektoriellt främjande och förebyggande arbete i Norrtälje kommun*. Länsstyrelsen Stockholm. Available at: https://www.lansstyrelsen.se/download/18.71fb782917684105d2929e99/1612778003545/R2020-23-Är-samverkan-för-bättre-folkhälsa-lönsamt-Norrtälje-kommun.pdf.

OECD (2018) *Social and Emotional Skills: Well-being, connectedness and success*.

Ozonoff, S. *et al.* (2008) ”Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), s. 644–656. doi: 10.1007/s10803-007-0430-0.

Pelham, W. E., Foster, E. M. and Robb, J. A. (2007) ”The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents”, *Journal of pediatric psychology*, 32(6), s. 711–727. doi: 10.1093/jpepsy/jsm022.

Penner, M. *et al.* (2015) ”Cost-Effectiveness Analysis Comparing Pre-diagnosis Autism Spectrum Disorder (ASD)-Targeted Intervention with Ontario”s Autism Intervention Program.”, *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), s. 2833–2847. doi: 10.1007/s10803-015-2447-0.

Quintero, J. *et al.* (2018) ”Health care and societal costs of the management of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain: a descriptive analysis.”, *BMC psychiatry*, 18(1), p. 40. doi: 10.1186/s12888-017-1581-y.

Ramböll (2014) ”Familjecentrum kartläggning och utvärdering”. Available at: https://familjecentraler.se/wp-content/uploads/2015/04/Kartla4ggning_och_utva4rdering_av_FC_-_slutversion.pdf.

Reini, K. (2016) ”Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset.Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi. [The economic effects of mental health promotion. An evaluation of the Time Out! support model to prevent social exclusion of y”, *Working paper, University of Vaasa*.

Reynolds, A. J. *et al.* (2001) ”Long-term Effects of an Early Childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile ArrestA 15-Year Follow-up of Low-Income Children in Public Schools”, *JAMA*, 285(18), s. 2339–2346. doi: 10.1001/jama.285.18.2339.

Roberts, B. W. *et al.* (2007) ”The Power of Personality: The Comparative Validity of Personality Traits, Socioeconomic Status, and Cognitive Ability for Predicting Important Life Outcomes”, *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), s. 313–345. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00047.x.

Rodwell, L. *et al.* (2018) ”Adolescent mental health and behavioural predictors of being NEET: a prospective study of young adults not in employment, education, or training.”, *Psychological medicine*, 48(5), s. 861–871. doi: 10.1017/S0033291717002434.

Sampaio, F., Nystrand, C., Feldman, I., Mihalopoulos, C. (2020) ”Evidence for investing in parenting interventions aiming to improve child health: A systematic review of economic evaluations”, *In manuscript*.

Sampaio, F. *et al.* (2021) ”The cost effectiveness of treatments for attention deficit-hyperactivity disorder and autism spectrum disorder in children and adolescents: a systematic review”, *European journal of child and adolescent psychiatry*.

Scott, S. *et al.* (2001) ”Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood”, *British Medical Journal*, 323(7306), s. 191–191. doi: 10.1136/bmj.323.7306.191.

SFS 2017:30 (2020) *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2020:1043 – Riksdagen*, *svensk Författningssamling (SFS)*.

Shaw, S., Rosen, R. and Rumbold, B. (2011) *What is integrated care? Research report*.

Shepard, D. S. *et al.* (2016) ”Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications.”, *Suicide & life-threatening behavior*, 46(3), s. 352–362. doi: 10.1111/sltb.12225.

Singham, T. *et al.* (2017) ”Concurrent and Longitudinal Contribution of Exposure to Bullying in Childhood to Mental Health: The Role of Vulnerability and Resilience.”, *JAMA psychiatry*, 74(11), s. 1112–1119. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2678.

Skolinspektionen (2019) *Resultat från Skolenkäten 2017–2018*. Stockholm.

Skolverket and Socialstyrelsen (2019) *Utvecklingsarbeten som ingår i Tidiga och samordnade insatser (TSI)*.

Snell, T. *et al.* (2013) ”Economic impact of childhood psychiatric disorder on public sector services in Britain: Estimates from national survey data”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(9), s. 977–985. doi: 10.1111/jcpp.12055.

Socialstyrelsen (2009) ”Nationella indikatorer för God vård”, s. 1–87.

Socialstyrelsen (2019a) *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar – Behovs- och problemanalys avseende god vård*. Stockholm. Available at: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-25.pdf.

Socialstyrelsen (2019b) *Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn*.

SOU 2016:55 (2016) *Det handlar om jämlik hälsa: Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*. Statens Offentliga Utredningar. Available at: www.regeringen.se/4a52ad/contentassets/ca4b953b5fbf403cbd1d1eaa58f9ea10/det-handlar-om-jamlik-halsa_sou-2016_55.pdf.

SOU 2017:47 (2017) *Nästa steg mot en mer jämlik hälsa Förslag för en god och jämlik hälsa SOU 2017:47 Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*.

SOU 2018:90 (2018) *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrninginom området psykisk hälsa*. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Available at: https://www.regeringen.se/48ddbb/contentassets/906430d9feb248e984afbed18a37e65c/for-att-borja-med-nagot-nytt-maste-man-sluta-med-nagot-gammalt---forslag-for-en-langsiktigt-hallbar-styrning-inom-omradet-psykisk-halsa-sou-2018_90.pdf.

SOU 2019:40 (2019) *Jämlikhet i möjligheter och utfall i den svenska skolan*. Statens Offentliga Utredningar.

Ssegonja, R. *et al.* (2019) "Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents: A meta-analysis and meta-regression", *Preventive Medicine*, 118. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.09.021.

Sundquist, J. *et al.* (2015) "Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for drug use disorder: a population-based follow-up and co-relative study.", *Psychological medicine*, 45(5), s. 977–983. doi: 10.1017/S0033291714001986.

Swan, N. and Balendra, J. (2015) "Wasted", *Four Corners [an invesigative journalism broadcast series]*.

Thomas, R. *et al.* (2015) "Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis.", *Pediatrics*, 135(4), s. e994-1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482.

Tuominen-Eriksson, A. M., Svensson, Y. and Gunnarsson, R. K. (2013) "Children with disabilities are often misdiagnosed initially and children with neuropsychiatric disorders are referred to adequate resources 30 months later than children with other disabilities", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), s. 579–584. doi: 10.1007/s10803-012-1595-8.

Turner, A. J. *et al.* (2020) "Cost-Effectiveness of a School-Based Social and Emotional Learning Intervention: Evidence from a Cluster-Randomised Controlled Trial of the Promoting Alternative Thinking Strategies Curriculum.", *Applied health economics and health policy*, 18(2), s. 271–285. doi: 10.1007/s40258-019-00498-z.

Tyrstrup, M. (2014) *I välfärdsproduktionens gränsland Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg Mats Tyrstrup*.

Ulfsdotter, M., Lindberg, L. and Månsdotter, A. (2015) ”A cost-effectiveness analysis of the Swedish universal parenting program all children in focus”, *PLoS ONE*, 10(12), s. 1–16. doi: 10.1371/journal.pone.0145201.

Ulrich, B. D. (2010) ”Opportunities for early intervention based on theory, basic neuroscience, and clinical science”, *Physical Therapy*, 90(12), s. 1868–1880. doi: 10.2522/ptj.20100040.

Umeå Universitet (2020) *KAMSO – Kalkylverktyg för insatser mot social utsatthet*. Available at: https://www.umu.se/forskning/grupper/kamso/.

Uppdrag Psykisk Hälsa (2018) *GIRFEC – exempel på arbete med samverkansfrågor kring barn och unga*. Available at: www.uppdragpsykiskhalsa.se/girfec-ett-exempel-pa-arbete-med-samverkansfragor-kring-barn-och-unga/.

Vårdanalys (2018) *Lika läge för alla? – Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*. Stockholm. Available at: www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-2018-10-Lika-läge-för-alla.pdf.

Visser, S. (2012) *Kwaliteit als medicijn, aanpak voor betere zorg en lagere kosten [Quality as medicine” approach for better care and lower costs]*.

Wallby, T. and Hjern, A. (2011) ”Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county”, *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 100(11), s. 1495–1503. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02344.x.

Washington State Institute for Public Policy (2020) Benefit-cost Results for Interventions for Children”s Mental Health.

Wasserman, D. *et al.* (2015) ”School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial”, *Lancet*, 385.

Waters, H. R. *et al.* (2011) ”The business case for quality: Economic analysis of the michigan keystone patient safety program in ICUs”, *American Journal of Medical Quality*, 26(5), s. 333–339. doi: 10.1177/1062860611410685.

Webbink, D. *et al.* (2012) ”The effect of childhood conduct disorder on human capital”, *Health Economics*. 2012/07/06, 21(8), s. 928–945. doi: 10.1002/hec.1767.

Weeks, A. (2020) ”Important Factors for Evidence-Based Implementation in Child Welfare Settings: A Systematic Review”, *Journal of Evidence-Based Social Work (United States)*, 18(2), s. 129–154. doi: 10.1080/26408066.2020.1807433.

Wellander, L., Wells, M. B. and Feldman, I. (2016) ”Does Prevention Pay? Costs and Potential Cost-savings of School Interventions Targeting Children with Mental Health Problems”, *J Ment Health Policy Econ*, 19(2), s. 91–101.

Westerlund, A., Sundberg, L. and Nilsen, P. (2019) ”Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox”, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(5), s. 332–334. doi: 10.1111/wvn.12403.

Westman Andersson, G., Miniscalco, C. and Gillberg, N. (2017) ”A 6-year follow-up of children assessed for suspected autism spectrum disorder: Parents” experiences of society”s support”, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, s. 1783–1796. doi: 10.2147/NDT.S134165.

WHO (2016) *Integrated care models: an overview Working document*.

Williford, A. *et al.* (2013) ”Effects of the KiVa antibullying program on cyberbullying and cybervictimization frequency among Finnish youth.”, *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 42(6), s. 820–833. doi: 10.1080/15374416.2013.787623.

Wu, S. *et al.* (2011) ”Economic Analysis of Physical Activity Interventions Shinyi”, *Am J Prev Med.*, 40(2), s. 149–158. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-10-4002.BONE.

Zalsman, G. *et al.* (2016) ”Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review.”, *The lancet. Psychiatry*, 3(7), s. 646–659. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.

Zwaigenbaum, L. *et al.* (2015) ”Early Intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: Recommendations for practice and research”, in *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics, s. S60–S81. doi: 10.1542/peds.2014-3667E.

Underlag till överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri BUP

Utredningen har enligt direktivet i uppdrag att ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Inom ramen för detta arbete ska utredningen analysera och ge skalbara förslag på utökade nationella insatser. I detta delbetänkande ska uppdraget delredovisas och en slutlig redovisning lämnas i utredningens slutbetänkande. Överenskommelser på hälso- och sjukvårdens område träffas mellan regeringen och SKR. Innehållet förhandlas mellan parterna och beslut fattas på politisk nivå av regeringen och SKR:s styrelse. Detta underlag utgör utredningens bedömning av vad som bör beaktas och prioriteras inom ramen för kommande överenskommelser. SKR har avstått från att samråda om föreliggande underlag med hänvisning till överenskommelseprocessen.

Utredningen konstaterar att det inte finns några snabba, enkla eller helt nya lösningar på problemen med tillgängligheten till BUP. Problemen har byggts upp över tid och har flera förklaringar som handlar både om hälso- och sjukvårdens organisation och en ökad andel barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att det fortsatt krävs insatser inom flera områden och av många olika aktörer som möter barn och unga. Huvudmännen inom hälso- och sjukvård och skola behöver med stöd av SKR ta ansvar för att insatserna genomförs med större systematik nationellt. Det är en förutsättning för att skapa en mer likvärdig, sammanhållen, effektiv och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård för barn och unga med psykiska vårdbehov. För hälso- och sjukvårdens del handlar det om insatser både på systemnivå och organisationsnivå. Omställningens

principer till en god och nära vård ska vara vägledande. Insatserna tar därför sikte på att stödja genomförandet av en mer sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga, primärvårdens roll som navet i hälso- och sjukvården även för barns och ungas psykiska vårdbehov och att den specialiserade vården ska finnas nära och tillgänglig i primärvården för konsultation och stöd.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen följande insatser:

1. **Insatser för att utveckla en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård**. I detta bör ingå att huvudmännen deltar i utformningen av och genomförandet av det nationella hälsovårdsprogrammet i hälso- och sjukvårdens verksamheter inklusive elevhälsans medicinska insatser. Huvudmännen bör också skapa olika former för samverkan mellan berörda aktörer inklusive socialtjänsten och tandvården. Särskild fokus bör läggas på samverkan och ett utvecklat partnerskap mellan primärvård och elevhälsa.
2. **Insatser för att stödja utvecklingen av primärvården som första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov**. I detta bör ingå att regionerna organiserar och planerar sin vård så att första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa kan integreras i primärvårdsuppdraget för att på så sätt skapa en tydlig väg in och ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga.
3. **Insatser för att stärka barn- och ungdomskompetensen i primärvården.** Regionerna bör tillsammans med professionen och kunskapsorganisationen samt med stöd av SKR uppnå nationell konsensus kring vilka vanligt förekommande psykiska vårdbehov hos barn och unga som kan mötas i primärvården och vilka kompetenser som behövs i primärvården för att kunna tillgodose barns och ungas psykiska vårdbehov. Dessutom behöver regionerna se över och revidera sina förfrågningsunderlag för att kunna styra primärvårdens verksamhet mot vanligt förekommande vårdbehoven hos barn och unga.
4. **Insatser för att stärka en nära och konsultativ specialiserad vård**. I detta ingår att utveckla rutiner och arbetssätt för att den specialiserade vården ska kunna finnas nära och tillgänglig för konsulta-

tion och annat stöd till primärvårdens verksamheter och elevhälsans medicinska insatser.

5. **Insatser för att fortsatt stimulera arbetet med effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatrin.** Detta handlar framför allt om fortsatt arbete med breda vårdprocesser samt prestationsbaserade insatser som är anpassade till och stödjer målsättningen om en förstärkt vårdgaranti.

Insatserna i det underlag som utredningen presenterar gäller breda organisationsförändringar i hälso- och sjukvården och kan därför vara relevanta i flera överenskommelser. Underlaget ska också ses i ljuset av den tillgänglighetsdelegation som regeringen inrättade i augusti 2020. Delegationen har i uppdrag att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider. I detta ingår bland annat att se över målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti (dir 2020:81).

Ett omfattande dialogarbete med bland annat berörda myndigheter, och organisationer samt barn och unga själva ligger till grund för utredningens underlag.

Tillgängligheten till BUP är fortsatt en utmaning

Tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatrin har varit en viktig fråga under många år. Flera satsningar har genomförts för att öka tillgängligheten både på nationell och regional nivå. Trots det är tillgängligheten till BUP fortsatt en utmaning. Det beror bland annat på olika systembrister i hälso- och sjukvården med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård, ett ökat söktryck samt förhållandevis låg genomströmning av patienter inom BUP. De stegvisa vårdmodeller som finns inom den somatiska vården förekommer inte på samma sätt inom vården av psykiska vårdbehov. Till följd av detta är primärvårdens stöd till barn och unga med psykisk ohälsa eftersatt och primärvården saknar generellt sett i dag vana och kompetenser för att möta sådana vårdbehov hos barn och unga. En betydande andel barn och unga med psykiska vårdbehov remitteras därför direkt till BUP i stället för att fångas upp i primärvården.

Verksamhetsföreträdare lyfter också fram utmaningar med hög personalomsättning, läkarbrist och tidsbrist inom BUP. Antalet besök inom BUP och antalet individer som har kontakt med BUP har ökat påtagligt de senaste åren. Samtidigt har även antalet medarbetare ökat och i internationella jämförelser ligger Sverige bland de länder med allra högsta antal medarbetare per invånare under 18 år.

På regional nivå har flera insatser genomförts för att komma tillrätta med den låga tillgängligheten både när det gäller produktionsplanering och effektivare vårdflöden. SKR har också tillsammans med regionerna utvecklat öppna jämförelser och uppföljning av olika effektivitetsmått och indikatorer som en grund för kvalitetsutveckling. På nationell nivå har två områden varit föremål för tidigare satsningar och överenskommelser. Det gäller dels tillgängligheten till BUP och utvecklingen av den specialiserade vårdens processer, dels en uppbyggnad av första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa som ett sätt att komma tillrätta med bristen på stegvis vård inom området psykisk hälsa. I senare års överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården har även prestationsbaserad ersättning ingått kopplat till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti för BUP.

Överenskommelsens inriktning och syfte

Utredningen har presenterat sex steg som behöver vidtas för att utveckla hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa, (se Förslag och bedömningar, kap 6). Dessa steg ligger till grund för utredningens underlag till överenskommelse mellan staten och SKR. I stegen ingår bland annat att primärvårdens roll för vård och behandling av psykisk ohälsa hos barn och unga behöver förtydligas och att den specialiserade vården utvecklar en konsultativ roll i förhållande till primärvården. Målet med de sex stegen är att hela vård- och omsorgssystemet tidigt och ändamålsenligt samordnar sina insatser runt barn och unga. Målet är också att alla barn och unga ska få universella insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa och vid behov mer fördjupade insatser. Barns och ungas delaktighet är en central del i samtliga steg. Utredningen bedömer att de ovan nämnda stegen ligger väl i linje med den pågående omställningen mot en god och nära vård, men tar en tydligare utgångs-

punkt i barns och ungas behov och rättigheter. Utredningen ser behov av insatser inom tre övergripande områden med utgångspunkt i de sex stegen. Dessa områden beskrivs nedan.

En sammanhållen vård för barn och unga

En sammanhållen barn- och ungdomshälsovård är av avgörande betydelse för att barn och unga ska kunna få likvärdig vård i landet. För att få till stånd en mer sammanhållen vård föreslår utredningen en tydligare och mer enhetlig nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Ett nationellt hälsovårdsprogram för hela uppväxten ska utformas och implementeras. Programmet ska lägga grunden för hälsouppföljning i bred bemärkelse och innefatta insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa och vid behov även fördjupade insatser och föräldraskapsstöd. Det ska tydliggöra ramarna för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet och utgöra ett stöd och ett sammanhållande kitt för professionella och beslutsfattare på alla nivåer inom berörda verksamheter. Samverkan mellan berörda vårdverksamheter för att samordna barns och ungas vårdinsatser är en central förutsättning för genomförandet av programmet. Programmet ska tas fram av Socialstyrelsen i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten och huvudmännen för hälso- och sjukvård och skola, SKR, professions- och patientorganisationer.

Insatser för att stimulera en mer sammanhållen vård för barn och unga

Ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

Utredningen bedömer att arbetet med att ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram för alla barn och unga inom ramen för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård inte kan vänta och att förberedande insatser på flera nivåer därför behöver stimuleras. I detta ingår bland annat att utveckla innehåll, kvalitet och former för en bred hälsouppföljning av barn och unga. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

– Regionerna bör delta i utformningen och ansvara för implementeringen av det nationella hälsovårdsprogrammet. Regionernas kunskapsstyrningsorganisation bör ha en viktig roll i implementeringen av det nationella hälsovårdsprogrammet och det finns fördelar med att kunskapsstyrningsorganisationen är organiserad på ett sådant sätt att barn- och ungas hälsa och välmående under hela uppväxttiden kan stödjas. Det skapar förutsättningar för att bidra i arbetet med att utforma och genomföra det nationella hälsovårdsprogrammet i samtliga aktuella verksamheter. Utredningen ser särskilt behov av att stimulera framtagande av kunskapsstöd och vårdprocesser som inkluderar alla aktörer.

Utvecklingen av samverkansformer

Samverkan mellan berörda aktörer inklusive socialtjänsten och tandvården behöver utvecklas. Det är en viktig förutsättning för att det nationella programmet ska kunna implementeras fullt ut. Särskild fokus bör läggas på samverkan och ett utvecklat partnerskap mellan primärvård och elevhälsa. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

– Huvudmännen bör styra verksamheterna mot samverkan med berörda parter genom beslut, riktlinjer och prioriteringar. Inom regionerna kan det till exempel handla om att tydliggöra krav på samverkan och samordning i förfrågningsunderlag och styr- och ersättningsmodeller.
– Regionerna bör ingå samverkansavtal, upprätta samverkansformer eller utveckla befintliga samverkansforum med de olika skolhuvudmännen (kommuner, enskilda, regioner och staten) i syfte att:
  – Utveckla ett partnerskap mellan primärvården och elevhälsans medicinska insatser för bättre samverkan kring barn och unga med olika vårdbehov.
  – Skapa trygga övergångar för barn och unga mellan elevhälsan och hälso- och sjukvården i övrigt när behov av insatser uppmärksammas av elevhälsan.

  - Dessutom kan samlokalisering vara aktuellt för verksamheter inom elevhälsans medicinska insatser och andra relevanta hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det är viktigt att sådan samlokalisering också omfattar de enskilda skolhuvudmännen.
- SKR och regionerna bör utveckla patientkontrakt så att det anpassas till barns och ungas behov. I detta bör bland annat ingå att utveckla den digitala vårdplaneringen för barn och unga och former för hur samtliga skolhuvudmän (kommunala, enskilda, regionala och statliga) kan inkluderas i patientkontrakten. Användande av patientkontrakt bör särskilt utökas och prövas för barn och unga med långvariga och stora behov.
- Huvudmännen för hälso- och sjukvård bör verka för att sammanhållen journalföring används i ökad utsträckning inom elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt i enlighet med de förutsättningar som gäller för det, för att enklare kunna följa barns och ungas hälsoutveckling.

Ökad delaktighet för barn och unga

Arbetet med att säkerställa att barn och unga och deras närstående kan vara delaktighet vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet behöver intensifieras. Insatser till barn bör ske i enlighet med bland annat barnkonventionens bestämmelser om barnet bästa (artikel 3) och barnets rätt att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande, (artikel 12). Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Utforma digitala och andra vårdtjänster som är anpassade för barns och ungas behov och metoder och arbetssätt för att göra barn och unga delaktighet i sin egen vård och beslut om vård och behandling
- Ta fram anpassad information till barn och unga om hälso- och sjukvårdsorganisationen för barn och unga och primärvården som första vägen in i hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa.

Primärvården ska vara första vägen in för barns och ungas psykiska vårdbehov

Primärvården bör vara navet i hälso- och sjukvården och den första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov. Utredningen bedömer att förslaget från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) att primärvårdens ansvar för vård och behandling för psykiska vårdbehov ska förtydligas bör införas. Det är en förutsättning för en mer likvärdig, enhetlig och tillgänglig hälso- och sjukvård för barn och unga med psykiska vårdbehov. Det bidrar också till att fler barn och unga kan få stöd tidigt i stället för att vänta på insatser från BUP och risken för att deras psykiska ohälsa förvärras. En central del i detta är att pågående och utbyggda projekt av första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa bör integreras i primärvårdsuppdraget. Utredningen bedömer att primärvårdens förutsättningar att erbjuda rätt stöd och insatser ökar genom att använda de strukturer, metoder och kompetenser som redan är uppbyggda i första linjeverksamheterna.

Insatser för att stödja utvecklingen av primärvården som första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov

Första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver bli en del av primärvårdsuppdraget

Primärvården bör vara första vägen in i hälso- och sjukvården för barn och unga med psykiska vårdbehov. Det är en förutsättning för ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

– Regionerna bör organisera och planera hälso- och sjukvården så att primärvården utgör första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov. I detta ingår att integrera första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa i primärvårdsuppdraget. Det handlar bland annat om att förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller behöver anpassas till en sådan utveckling.

Insatser för att stärka barn- och ungdomskompetens i primärvården

Regionerna behöver stärka primärvården med nödvändiga resurser och kompetenser för att primärvården ska kunna tillgodose barns och ungas psykiska vårdbehov. I detta bör bland annat ingår att skapa förutsättningar för tvärprofessionellt och tvärsektoriellt samarbete. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Regionerna bör med stöd av kunskapsstyrningen och SKR komma överens om vilka psykiska vårdbehov som omfattas av primärvårdsuppdraget och därigenom skapa en nationell samsyn.
- Regionerna bör med stöd av kunskapsstyrningen och SKR komma överens om vilka kompetenser som behöver finnas i primärvården för att barn och unga med psykiska vårdbehov ska kunna få god vård.
- Regionerna bör inventera/kartlägga vilken barnkompetens som finns inom primärvårdens verksamheter och göra en långsiktig kompetensförsörjningsplan för att säkra tillgången till sådan kompetens inom primärvården. En viktig del i detta bör vara att se över förutsättningar för att samutnyttja den befintliga barnkompetens som finns inom mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och vård- och hälsocentralerna i dag.
- Regionerna bör se till att arbetssätt och metoder för tvärprofessionellt arbete utvecklas när det gäller barns och ungas psykiska vårdbehov i primärvården. Det kan till exempel handla om att utveckla psykosociala team med psykolog och socionom och andra relevanta yrkeskategorier såsom hälsopedagog, fysioterapeut, arbetsterapeut, eller specialpedagog.
- Regionerna bör genomföra utbildningsinsatser som rustar primärvården att möta barns och ungas psykiska vårdbehov.

En nära och konsultativ specialiserad vård

Utredningen bedömer att den specialiserade vården behöver ha en tydlig konsultativ och stöttande roll i primärvården och elevhälsan. Det är en förutsättning för att barns och ungas psykiska vårdbehov

ska kunna tas om hand tidigt i vårdorganisationen. En sådan utveckling ligger i linje med omställningen till en god och nära vård. Utvecklingen av en nära och tillgänglig specialiserad vård skapar förutsättningar för en effektivare triagering av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån. En sådan effektiv triagering är ett fundament för en fungerande stegvis vård. Det leder till att fler barn och unga får rätt bedömning i ett tidigt skede och därmed tidigare ändamålsenliga insatser vid psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd. Detta innebär också att många av de barn och unga som i dag står i kö till den specialiserade vården kan få vård och stöd i den nära vården, vilket minskar köerna till och avlastar barn- och ungdomspsykiatrin. Utvecklingen mot en mer nära specialiserad vård av barn och unga med psykisk ohälsa bidrar också till att höja primärvårdens kompetens att möta psykisk ohälsa hos barn och unga. Det skapar mer långsiktiga förutsättningar för primärvården att ta ansvar för barns och ungas psykiska vårdbehov. Samtidig sker en naturlig kompetensutveckling och ett ömsesidigt lärande. Den specialiserade vården har också ett behov av ett ökat generalist- och helhetsperspektiv.

Insatser för att stimulera en nära och konsultativ specialiserad vård

Utredningen ser behov av insatser för att stimulera utvecklingen av en nära och konsultativ specialiserad vård. I detta ingår bland annat att utveckla samverkan mellan primärvården, elevhälsan och den specialiserade vården och en systematisk kompetens- och kunskapsöverföring där den specialiserade vården och dess kompetenser tillgängliggörs för att stödja primärvården att utveckla uppdraget om psykisk hälsa. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

– Regionerna bör utveckla rutiner, arbetssätt och metoder för hur den specialiserade vården ska kunna bistå med konsultativa insatser i primärvården. Insatserna ska underlätta primärvårdens förutsättningar att möta fler barn och unga med psykiska vårdbehov. Det kan till exempel handla om rutiner för att göra gemensamma bedömningar, auskultationer, handledning och ut-

bildningsinsatser och att utveckla digitala former av tillgänglighet.

– Regionerna bör stimulera utvecklingen av gemensam triagering och samarbete kring en väg in i hälso- och sjukvården. Sådana projekt pågår i flera regioner, där BUP och primärvårdsnivån verkar tillsammans för en ingång vid psykisk ohälsa.

Insatser för att stimulera arbetet med effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatrin

Insatser behöver fortsatt genomföras för att stimulera effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatrin. Det handlar framför allt om prestationsbaserade insatser som är anpassade till målsättningen om den förstärkta vårdgarantin för barn och unga. Ändamålsenligheten i den förstärkta vårdgarantin till BUP kommer under året att utredas av delegationen för ökad tillgänglighet i vården (dir 2020:81) och deras förslag lämnas till regeringen 2022. Rimligen görs ett nytt ställningstagande till detta i samband med 2023 års överenskommelse. Utredningen vill också betona vikten av ett fortsatt arbete inom BUP för att öka tillgängligheten. Utredningen föreslår därför att följande insatser stimuleras:

– Regionerna och SKR bör fortsatt utveckla öppna jämförelser som en metod för att säkra kvalitet och effektivitet i barn- och ungdomspsykiatrin. I detta ingår att fortsatt utveckla gemensamma nyckeltal som mäter flöden, väntetider och ändamålsenliga insatser som är av värde för patienten.

– Regionerna, kommunerna, skolhuvudmännen och SKR bör fortsatt arbeta fram och implementera effektiva ändamålsenliga vårdprocesser för stora patientgrupper som väntar på insatser från den specialiserade vården, till exempel barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder. I dessa arbeten bör fokus läggas på hela processen från tidiga symtom till specialiserad vård och behandling vilket till exempel inkluderar hälsofrämjande arbete och tidiga samordnade insatser i primärvård och skola.

Ekonomisk omfattning av föreslagna insatser

Utredningen har enligt direktivet i uppdrag att redovisa skalbara förslag på hur utökade nationella insatser kan bidra till att uppnå målet om en köfri barn-och ungdomspsykiatri. Utredningens förslag i denna del handlar om att stimulera en långsiktigt hållbar utveckling av hälso- och sjukvården som är anpassad till barn och unga med psykiska vårdbehov, i linje med omställningen till en god och nära vård. Det är inte möjligt att göra en fullständig kostnadsberäkning av sådana breda insatser som föreslås. Insatserna kan dock läggas på en mer basal nivå och handla om att utveckla rutiner eller arbetssätt eller på en mer avancerad nivå så att huvudmännen kan omsätta arbetssätt och metoder i praktiken. Utredningen bedömer att kostnaderna till exempel bör täcka projektledning, utvecklingen av arbetssätt och metoder, olika utvecklingsprojekt till exempel när det gäller partnerskap mellan primärvården och elevhälsan, en nära och konsultativ roll för den specialiserade vården och stärkt barnkompetensen och utvecklingen av teambaserade arbetssätt inom primärvården. Utredningen bedömer att stimulansmedel bör utgå med 500 000 000 kronor, 750 000 000 kronor eller 1000 000 000 kronor beroende på regeringens ambitionsnivå. Utredningen anser det är viktigt att sambandet mellan de olika överenskommelserna tydliggörs i den mån det rör en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och psykisk hälsa. Ett förslag kan vara att det utformas en särskild överenskommelse för barn och unga som binder samman det som i dag rör god och nära vård, tillgänglighet, psykisk hälsa samt målet om en köfri BUP.

Uppföljning

Utredningen återkommer i slutbetänkandet kring hur insatserna kan följas upp med utgångspunkt från lämpliga indikatorer. En central del i uppföljningen bör handla om att säkra en långsiktig utveckling av hälso- och sjukvården och inte tillfälliga projekt. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bör fortsatt ha uppdraget att följa, stödja och utvärdera de insatser som görs inom ramen för olika överenskommelser på området.

Sammanställning dialogmöten

Utredningen har i enlighet med vad som anges i direktivet, fört dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän för att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå. Dessutom har dialog förts med olika nätverk inom SKR, professions- och patientföreträdare samt andra företrädare för det civila samhället. Syftet med dialogen har varit att fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer. Mot bakgrund av de särskilda förhållanden som pandemin inneburit för alla verksamheter har dialogmötena uteslutande genomförts digitalt. För att skapa struktur och systematik har dialogmötena utformats med utgångspunkt från fyra frågeställningar. Nedan följer en sammanställning över de inspel som lämnats under dialogmötena, fördelat per fråga.

Fråga 1: Om din organisation skulle prioritera barns och ungas hälso- och sjukvård extra mycket under ett års tid – vilka aktiviteter/insatser skulle ni satsa på?

Sätt barnet i centrum

Barnet i centrum lyftes fram vid samtliga dialogmöten. Det handlade till stor del om delaktighet och inkluderande förhållningssätt, en samlad plan för barnet, sammanhållen vårdprocess, men även behov av kunskapshöjning i bemötandefrågor och barnrättsperspektiv. Behovet en koordinator för varje barn nämndes särskilt.

Behov av föräldrainsatser

Även behovet av insatser till föräldrar lyftes fram vid samtliga dialogmöten, till exempel föräldraskapsstöd och insatser för att stärka föräldrarollen.

Tidiga insatser

Tidiga insatser lyftes fram vid samtliga dialogmöten. I detta borde proaktivt arbete, strukturerade insatser, samverkan utanför hälso- och sjukvården ingå. Barnhälsovårdens, socialtjänstens, skolans och förskolans viktiga roller nämndes särskilt. Dessutom nämndes att elevhälsans arbete med tidig upptäckt borde stärkas. Tidig upptäckt av psykisk ohälsa i skolan lyftes fram som ett förbättringsområde.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Hälsofrämjande och förebyggande arbetet lyftes fram genomgående vid dialogmötena. Det handlade bland annat om hur hälsosamtal i skolan skulle kunna utvecklas och att psykisk hälsa borde vara en del av läroplanen. Det konstaterades att skolans uppdrag att skapa goda lärandemiljöer är ett viktigt område att arbeta vidare med.

Psykisk hälsa

Området psykisk hälsa lyftes som en stor utmaning i verksamheterna vid samtliga dialogmöten. Här nämndes behov av tydligare uppdrag till vårdcentraler när det gäller psykisk hälsa. Det nämndes också att skolan behöver kunna möta lättare former av psykisk ohälsa och att psykisk hälsa borde vara en central del av hälsobesöken i skolan. Även i detta sammanhang lyftes proaktiva insatser fram, som till exempel att arbeta med friskfaktorer i skolan. Det konstaterades att ett nytt tankesätt behövs när det gäller den specialiserade vårdens uppdrag och förutsättningar. Den specialiserade vården borde i högre grad kunna erbjuda konsultativa insatser i primärvården för att primärvården ska kunna möta fler barn och unga med psykisk hälsa. Behovet av tidiga insatser lyftes fram även i

detta sammanhang och att barn och unga bör kunna få insatser redan innan en utredning inom BUP är klar.

Elevhälsan

Vid dialogmötena lyftes elevhälsans roll och förutsättningar fram i hög grad. Behovet av en mer likvärdig elevhälsa var ett genomgående tema. Vidare framfördes att elevhälsan borde förstärkas och kompletteras med viktiga kompetenser såsom exempelvis logoped, sjukgymnast, arbetsterapeut.

Samverkan och samordning

Behovet av insatser för att stärka samverkan mellan vårdverksamheter och samordningen av vårdinsatser lyftes fram vid samtliga möten. Här nämndes särskilt smidiga övergångar mellan vårdverksamheter genom strukturerade överlämning och informationsöverföring.

Det behöver vara lätt att komma i kontakt med vården

Vid dialogmötena lyftes det fram att det ska vara lätt att komma i kontakt med vården och att det ska vara tydligt vart barn och unga ska vända sig med framför allt psykiska vårdbehov. Behovet av en väg in för barn och unga nämndes särskilt.

Primärvård som första ingång

Vid flera dialogmötena påtalades behovet av att primärvårdens roll som första ingång för barn och unga i hälso- och sjukvården behöver stärkas. Inom primärvården finns mycket kompetens, men det behövs också kompetensutveckling om specifika grupper och konsultationsinsatser från den specialiserade vården.

Information

Det konstaterades att hälso- och sjukvården behöver utvecklas för att kunna möta barn och unga utifrån deras förutsättningar och behov. Barns delaktighet, anpassad information och stöd till barn och unga att själva kunna navigera i hälso- och sjukvårdssystemet nämndes särskilt liksom utvecklingen av digitala vårdtjänster.

Placerade barns behov

Företrädare för kommunala verksamheter lyfte fram placerade barns behov av ändamålsenliga insatser.

Fråga 2: För att börja med barnen måste olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet samverka. Hur samverkar ni i dag och med vilka aktörer? (Är det för många aktörer?)

Diskussionerna under denna punkt utvecklas mer under fråga 3.

Samverkan är beroende av eldsjälar

Vid flera dialogmöten framfördes att förutsättningarna för samverkan på många håll behöver stärkas och att samverkan i dag i hög grad är beroende av eldsjälar. Vidare lyftes det fram att samverkan mellan elevhälsan, BUP och socialtjänst behöver stärkas liksom mellan elevhälsa, primärvården och BUP.

Fråga 3: För att börja med barnen måste uppdrag och ansvar i hälso- och sjukvården hänga ihop med barnet i centrum – hur fungerar samverkan mellan aktörer och ansvarsfördelning hos er?

Dialoggrupperna instämde i utredningens beskrivning av problembild och vägen framåt.

Otydlig ansvarsfördelning

En otydlighet i ansvarsfördelning och uppdrag mellan de olika verksamheterna lyftes fram som en svårighet vid samverkan. Vid dialogmötena efterfrågades ökad tydlighet i ansvarsfördelning, av roller och uppdrag. Dessutom nämndes behovet av ökad kunskap om de olika vårdverksamheterna och uppdrag och deras förutsättningar i övrigt.

Bättre samordning

Bättre samordning av vårdprocesser nämndes som ett centralt utvecklingsområde. Behovet av ändamålsenliga ersättningssystemen som främjar samverkan nämndes särskilt. Det konstaterades också att uppföljning av samverkan behöver stärkas. Slutligen nämndes att samverkan kräver nya arbetssätt och strukturer som sätter barnet eller den unge och familj i centrum.

Fråga 4: För att börja med barnen måste vi veta mer om deras hälsa. Därför behövs statistik över barns mående och hälsa på nationell nivå. Hur mäter ni barns hälsa i dag?

Behov av samlad nationell statistik

Vid samtliga dialogmöten lyftes behovet av en samlad nationell uppföljning fram som är tillgänglig och uppdateras löpande. Detta sågs som ett område med stor utvecklingspotential. Det konstaterades att det i dag inte finns några bra förutsättningar för att följa upp barns hälsa varse sig på individuell eller aggregerad nivå.

Det lyftes fram att fullföljd skolgång eller fullständiga betyg och orosanmälningar borde följas upp mer systematiskt. Sjukdom mäts i högre grad än hälsa. För medicinska diagnoser finns ofta register inom den specialiserade vården.

På flera håll i landet mäts barns och ungas hälsoutveckling genom enkäter i skolklasser. Det förekommer att denna information delas med regionen. Några exempel på bra uppföljning nämns, bland annat tandvårdens uppföljning av kariesfria barn, uppföljningen Liv och

hälsa ung (om hälsoutveckling), Region Västerbottens enkät för 3-åringar som mäter psykisk hälsa, levnadsvanor och behov av stöd.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Utbildningsdepartementet

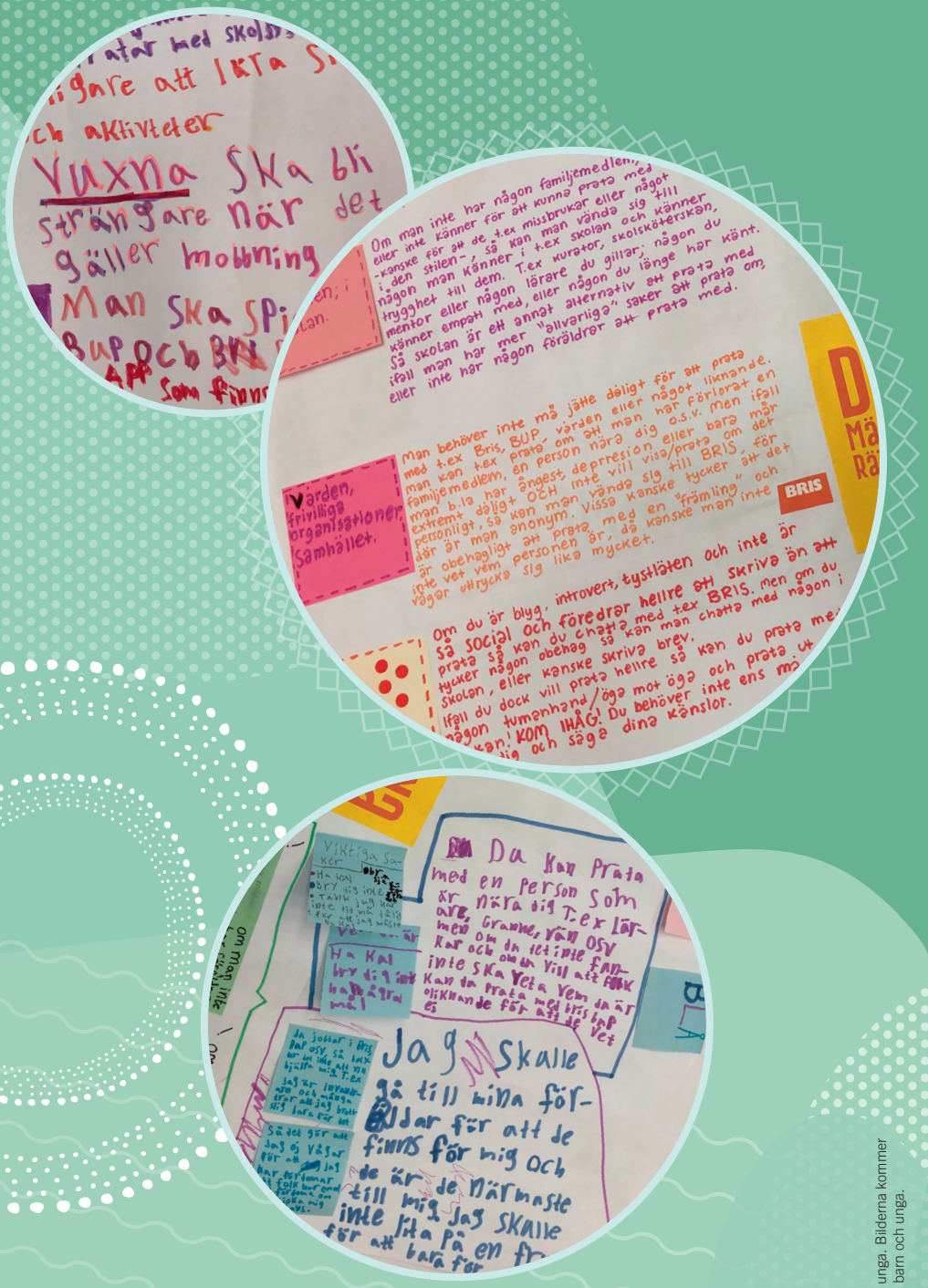
Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden – mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0093-4 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: Agneta S Öberg
Foto: från utredningens arbete med unga. Bilderna kommer just från utredningens dialoger med barn och unga.

Regeringskansliet

Remiss

2021-06-02
S2021/04102

Socialdepartementet

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34)

Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Arbetsmiljöverket

Astma- och Allergiförbundet

Autism- och Aspergerförbundet

Barnens rätt i samhället (Bris)

Barnombudsmannen

Bjurholm kommun

Bodens kommun

Bollnäs kommun

Dietisternas Riksförbund

Distriktssköterskeföreningen

E-hälsomyndigheten

Flickaplattformen

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

Folkhälsomyndigheten

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Friskolornas riksförbund

FSUM - Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förbundet Unga rörelsehindrade

Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning

Föreningen Sveriges Socialchefer

Förvaltningsrätten i Falun

Förvaltningsrätten i Malmö

Göteborgs kommun

Hammarö kommun

Härjedalens kommun

Högskolan i Skövde

Höör kommun

Idéburna skolors riksförbund

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Integritetsskyddsmyndigheten

Justitiekanslern

Jämställdhetsmyndigheten

Kalmar kommun

Karolinska institutet

Katrineholms kommun

Kiruna kommun

Kommunal

Konkurrensverket

Kristinehamns kommun

Kumla kommun

Laholms kommun

Leksands kommun

Linköpings universitetet (Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum)

Lärarförbundet

Lärarnas Riksförbund

Maskrosbarn

Motala kommun

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Nationellt kompetenscentrum anhöriga

Norrköpings kommun

Nynäshamns kommun

Partille kommun

Regelrådet

Region Blekinge

Region Dalarna

Region Gotland

Region Gävleborg

Region Halland

Region Jämtland Härjedalen

Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Kronoberg

Region Norrbotten

Region Skåne

Region Stockholm

Region Sörmland

Region Uppsala

Region Värmland

Region Västerbotten

Region Västernorrland

Region Västmanland

Region Örebro

Region Östergötland

Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexspersoners rättigheter (RFSL)

Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)

Riksförbundet Attention

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)

Riksföreningen för Skolsköterskor

Rädda Barnen

Rädda Barnens Ungdomsförbund

Röda Korset

Socialstyrelsen

Solna kommun

Specialpedagogiska skolmyndigheten

Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Statens skolinspektion

Statens skolverk

Statliga stiftelsen Allmänna barnhuset

Statskontoret

Stenungsunds kommun

Stockholms universitet

Storumans kommun

Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri

Svensk Förening för Socialmedicin och Folkhälsa

Svensk Kuratorsförening

Svensk sjuksköterskeförening

Svenska Barnläkarföreningen

Svenska Barnmorskeförbundet

Svenska Distriktsläkarföreningen

Svenska Logopedförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Svenska Prematurförbundet

Svenska Psykiatriska Föreningen

Svenska skolläkarföreningen

Sveriges Arbetsterapeuter

Sveriges Dövas Ungdomsförbund

Sveriges Elevråd

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Sveriges Skolledarförbund

Sveriges Tandläkarförbund

Sveriges Ungdomsråd

Södertälje kommun

Tibro kommun

Tierp kommun

Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA)

Tjörns kommun

Umeå universitet

Unga Allergiker

Unga Hörselskadade

Unga med synnedsättning

Unga Reumatiker

UNICEF

Upphandlingsmyndigheten

Upplands Väsby kommun

Uppsala kommun

Vellinge kommun

Vetenskapsrådet

Vision

Vi unga

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Västerås kommun

Västra Götalandsregionen

Växjö kommun

Årjängs kommun

Östersunds kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 3 oktober 2021**. Svaren bör lämnas per e-post till **s.remissvar@regeringskansliet.se** och med kopia till **s.fs@regeringskansliet.se**. Ange diarienummer S2021/04102 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 116

Ombyggnad av Värnamo folktandvård

Diarienummer: RJL 2021/1214

Beslut

Presidiet noterar att

- Ärendet hanteras vid nämndsammanträdet den 12 oktober 2021, tillsammans med en presentation kring ämnet, från en sakkunnig tjänsteman.

Sammanfattning

På Värnamo sjukhus bedöms att allmäntandvård, pedodonti, orofacial medicin (sjukhustandvård) samt ortodonti behöver fler rum. Syftet med tillbyggnaden är därför att utöka antalet behandlingsrum. Dessutom har ortodontin två behandlingsrum med två behandlingsplatser i varje och dessa behöver istället vara i enskilda rum. Verksamheten har ökat i volym och det ställer större krav även på andra utrymmen som administrativa arbetsplatser, personalrum och förråd.

Beslutsunderlag

- Missiv daterad 2021-06-07

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Regionstyrelsen

Tillbyggnad av Värnamo Folktandvård

Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- Godkänner beslut om tillbyggnad av Värnamo Folktandvård till en maximal kostnad på 10 400 000 kronor.

Sammanfattning

På Värnamo sjukhus bedöms att allmäntandvård, pedodonti, orofacial medicin (sjukhustandvård) samt ortodonti behöver fler rum. Syftet med tillbyggnaden är därför att utöka antalet behandlingsrum. Dessutom har ortodontin två behandlingsrum med två behandlingsplatser i varje och dessa behöver istället vara i enskilda rum. Verksamheten har ökat i volym och det ställer större krav även på andra utrymmen som administrativa arbetsplatser, personalrum och förråd.

Information i ärendet

Värnamo kommun växer och antalet invånare ökar, vilket innebär ett ökat behov av tandvård. Orofacial medicin (sjukhustandvård) har funnits på sjukhuset sedan 2016 och verksamheten utvecklas. För att möta den ökande efterfrågan på tandvård behövs fler behandlingsrum för både allmäntandvården och för att kunna ge specialisttandvården tillgång till rum efter behov.

Folktandvården har i uppdrag att tillhandahålla specialiteten Orofacial medicin på Värnamo Sjukhus vid sidan av den verksamhet som finns på Länssjukhuset Ryhov. Utökningen av verksamheten har genomförts 2019 och har rymts i befintliga lokaler för allmäntandvårdskliniken, vilket har lett till en undanträngningseffekt för allmäntandvården samt allmänna utrymmen för samtliga tre verksamheter. Utöver detta kommer nya arbetssätt gällande ortodonti att implementeras under första halvan av 2022 och arbetet kommer att flyttas från allmäntandvårdsklinikerna till avdelningen för ortodonti i Värnamo. Detta kommer leda till ett ökat antal remisser och således ett ökat patientflöde till ortodontins lokaler i Värnamo. För Folktandvården som helhet innebär detta dock ett mer effektivt och produktivt flöde då dessa åtgärder i dag tar mer tid att utföra på enskilda allmäntandvårdskliniker.

Ärendet omfattar tillfälliga lokaler för ortodonti i paviljong samt ombyggnad av två behandlingsrum som ortodontin lämnar i befintliga lokaler i hus 08 plan 3 på Värnamo sjukhus. Förslaget är att flytta ortodontin till en paviljong och att beakta

Folktandvårdens lokalbehov i arbetet med lokalförsörjningsplanen för Värnamo sjukhus. Paviljongen placeras på gården mitt emot övriga kliniken och ansluts till förbindelsegången.

Olika alternativ på lösningar har utretts. På grund av att de mer omfattande ombyggnaderna innebär lång genomförandetid, så föreslås att lokalbehovet blir löst genom att köpa en paviljong för ortodontin. Att köpa bedöms lönsammare än att hyra eftersom användningsperioden uppskattas till 8-10 år.

Verksamhetens bedömning av investeringen

Tillbyggnad av Värnamo Folktandvård Rjl 2021/1214	
Ur ett medborgar- och kundperspektiv bidrar investeringen med: (Ingen påverkan/liten påverkan/stor påverkan)	
Ökad tillgänglighet	Stor påverkan
Förbättrad kvalitet	Stor påverkan
Förbättring patientsäkerhet	Stor påverkan
Minskad smittspridning	Liten påverkan
Förbättrad produktion	Stor påverkan
Ur ett process- och produktionsperspektiv bidrar investeringen med: (Ingen påverkan/liten påverkan/stor påverkan)	
Kortare behandlingstider	Stor påverkan
Ändrat arbetssätt	Stor påverkan
Effektivare processer	Stor påverkan
Förbättrad arbetsmiljö	Stor påverkan
Ekonomiskt perspektiv: Investeringens påverkan på verksamhetens kostnader	
Städkostnader och möbler	Ökar

Finansiering

För investeringen på maximalt 10 400 000 kronor finns reserverat utrymme i investeringsplanen. Tillkommande kostnader för lös utrustning och IT finansieras inom verksamhetsområdets ordinarie budget. Projekt kommer inte att leda till ökade personalkostnader för Folktandvården som helhet. Det ökade inflödet av remisser till ortodontin kommer att finansieras solidariskt av allmäntandvårdsklinikerna som idag utför arbetet.

Beslutsunderlag

- Missiv/Tjänsteskrivelse daterad 2021-06-07

Beslut skickas till

Regionledningskontoret Ekonomi
Folktandvården
Verksamhetsstöd och service

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Regiondirektör

Maria Berghem
Ekonomidirektör

Regionstyrelsens arbetsutskott §§ 134-155

Tid: 2021-06-28 kl. 09:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 143

Ombyggnad av Värnamo folktandvård

Diarienummer: RJL 2021/1214

Beslut

Regionstyrelsens arbetsutskott

- Remitterar ärendet till nämnden för folkhälsa och sjukvård före beslut i regionstyrelsen.

Sammanfattning

På Värnamo sjukhus bedöms att allmäntandvård, pedodonti, orofacial medicin (sjukhustandvård) samt ortodonti behöver fler rum. Syftet med tillbyggnaden är därför att utöka antalet behandlingsrum. Dessutom har ortodontin två behandlingsrum med två behandlingsplatser i varje och dessa behöver istället vara i enskilda rum. Verksamheten har ökat i volym och det ställer större krav även på andra utrymmen som administrativa arbetsplatser, personalrum och förråd.

Beslutsunderlag

- Missiv/Tjänsteskrivelse daterad 2021-06-07

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Malin Wengholm (M) har fråga om det är möjligt allmäntandvården som nu bedrivs på Värnamo sjukhus skulle flyttas till en vårdnivå utanför sjukhuset för att frigöra lokalyta.

Beslutsgång

Ordföranden meddelar att ärendet ska passera nämnden för folkhälsa och sjukvård före behandling i regionstyrelsen och att Malin Wengholms fråga får besvaras av nämnden.

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 117

Remiss - God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa

Diarienummer: RJL 2021/887

Beslut

Presidiet noterar att

- Ärendet hanteras vid nämndsammanträdet den 12 oktober 2021.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag SOU 2021:6 God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa som innebär en ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 13 a kap 1 § avseende primärvårdens uppdrag som förtydligar de psykiska vårdbehoven.

Utredningens förslag ligger i linje med Region Jönköpings läns riktlinjer inom området och är en del av vårdcentralernas uppdrag enligt Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län – Regelbok 2021.

Beslutsunderlag

- Missiv daterad 2021-09-06
- Yttrande daterad 2021-09-10

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Socialdepartementet

God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa SOU 2021:6

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag SOU 2021:6 God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa som innebär en ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 13 a kap 1 § avseende primärvårdens uppdrag som förtydligar de psykiska vårdbehoven.

Utredningens förslag ligger i linje med Region Jönköpings läns riktlinjer inom området och är en del av vårdcentralernas uppdrag enligt Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län – Regelbok 2021.

Information i ärendet

I betänkande lämnas förslag på att synliggöra att det i primärvårdens grunduppdrag ingår ett ansvara för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. Vidare redovisar utredningen sina bedömningar av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa under modellen ”Rätt stöd till psykisk hälsa”.

Beslutsunderlag

- Missiv daterad 2021-09-06
- Yttrande daterad 2021-09-10

Beslut skickas till

Socialdepartementet

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Socialdepartementet

God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade betänkande *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa SOU 2021:6.*

Sammanfattning

Region Jönköpings län ställer sig positiv till utredningens förslag som ligger i linje med Region Jönköpings läns riktlinjer inom området och är en del av vårdcentralernas uppdrag enligt Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län – Regelbok 2021.

Synpunkter på förslaget

Utredningen synliggör att primärvårdens grunduppdrag innefattar både psykisk och psykisk ohälsa.

Förslagen i utredningen ligger i linje med Region Jönköpings läns riktlinjer inom området. Den förändrade skrivningen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 13 a kap 1 § avseende primärvårdens uppdrag som förtydligar de psykiska vårdbehoven, är redan noterad och justerad i vårdcentralernas uppdrag enligt Primärvården inom vårdval i Region Jönköpings län – Regelbok 2021.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Rachel De Basso
Ordförande i nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Regionledningskontoret
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

God och nära vård

Rätt stöd till psykisk hälsa

Betänkande av utredningen
Samordnad utveckling för god och nära vård

Stockholm 2021



SOU 2021:6

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Combined AB
Inlagesillustrationer: Gullers Grupp och Combined AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0019-4
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Till särskild utredare förordnades chefläkaren och biträdande landstingsdirektören Anna Nergårdh. Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 3 mars 2017 kanslirådet Louise Andersson. Som sekreterare anställdes fr.o.m. den 2 oktober 2017 t.o.m. den 30 juni 2018 allmänläkaren Karin Träff Nordström och civilekonomen Marie Öberg Lindevall. Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 9 oktober 2017 t.o.m. den 31 mars 2019 juristen Malin Lundberg. Som sekreterare i utredningen anställdes den 22 oktober 2018 t.o.m. den 31 mars 2020 medicinska informatikern Niklas Eklöf, och den 28 januari 2019 juristen Anna-Klara Brage. Som sekreterare anställdes även juristen Caroline-Olivia Elgán fr.o.m. den 1 september 2019 t.o.m. den 3 mars 2020 och fil.kand. Max Printz fr.o.m. den 6 november 2019 t.o.m. den 31 mars 2020.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 departementssekreteraren Malin Bolinder, kanslirådet Anna Brooks, departementssekreteraren Fredrik Friberg, departementssekreteraren Elin Persson samt departementssekreteraren Nina Viberg. Som experter till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 allmänläkaren Peter Berggren, digitala strategen Niklas Eklöf, representanten för Funktionsrätt Sverige Anders Gustafsson, distriktssköterskan

Hanna Lundstedt, folkhälsorådet Iréne Nilsson Carlsson samt SKR:s samordnare för nära vård Emma Spak.

Departementssekreteraren Malin Bolinder entledigades den 19 januari 2018 och samma dag förordnades departementssekreteraren Lisa Midlert som sakkunnig i utredningen. Kanslirådet Anna Brooks, departementssekreteraren Nina Viberg och departementssekreteraren Elin Persson entledigades fr.o.m. den 11 september 2018. Kanslirådet Anna Gralberg, kanslirådet Anna Dahlin och kanslirådet Elin Sundberg förordnades som sakkunniga i utredningen fr.o.m. den 11 september 2018. Digitala strategen Niklas Eklöf entledigades fr.o.m. den 29 oktober 2018. Avdelningschefen Kristina Fridensköld förordnades som expert i utredningen fr.o.m. den 29 oktober 2018. Kanslirådet Fredrik Friberg entledigades fr.o.m. den 27 mars 2019. Ämnesrådet Sverker Lönnerholm förordnades som sakkunnig i utredningen fr.o.m. den 27 mars 2019. Kanslirådet Anna Dahlin entledigades fr.o.m. den 13 september 2019. Samma dag förordnades ämnesrådet Petra Zetterberg-Ferngren som sakkunnig och samverkanschefen Susanne Söderberg samt förvaltningschefen Torill Skaar Magnusson som experter. Den 5 december 2019 entledigades avdelningschefen Kristina Fridensköld och avdelningschefen Annemieke Ålenius förordnades som expert.

Ämnesrådet Petra Zetterberg-Ferngren entledigades fr.o.m. den 12 mars 2020 och samma dag förordnades departementssekreteraren Linda Hindberg som sakkunnig i utredningen samt verksamhetschefen Karl Torring och den medicinskt sakkunnige Niklas Långström att vara experter i utredningen. Den 14 maj 2020 entledigades sektionschefen Emma Spak och samordnaren Lisbeth Löpare Johansson förordnades som expert i utredningen. Kanslirådet Anna Gralberg entledigades fr.o.m. den 22 juni 2020. Departementssekreteraren Linda Hindberg entledigades fr.o.m. den 26 augusti 2020 och samma dag förordnades departementssekreteraren Andrea Larsson som sakkunnig i utredningen.

Den 7 juni 2017 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53).

Den 21 september 2017 fick utredningen tilläggsdirektiv (dir. 2017:97).

Den 1 juni 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).

Den 23 augusti 2018 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2018:90).

Den 5 juni 2019 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – Vård i Samverkan (SOU 2019:29).

Den 15 augusti 2019 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2019:49).

Den 1 april 2020 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

I detta betänkande lämnar vi förslag på att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. Vidare redovisar utredningen sina bedömningar av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa under modellen ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetssätt som tillsammans och/eller kombinerat förbättrar bemötandet och omhändertagandet av den enskilde, och bättre möter behoven på befolkningsnivå.

Utredningen vill rikta ett varmt tack till alla de som med stort engagemang tagit sig tid att på olika sätt bidra till vårt arbete.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6). Utredningens samtliga uppdrag är härmed slutförda.

Stockholm i januari 2021

Anna Nergårdh

/Louise Andersson
Anna-Klara Brage

Innehåll

Sammanfattning **15**

1 Författningsförslag **29**

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 29

2 Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter **31**

2.1 Direktiven 31

2.2 Centrala begrepp för betänkandet 34
2.2.1 Psykiatri 34
2.2.2 Psykologi 37
2.2.3 Socialpsykiatri 38
2.2.4 Psykologisk behandling 39
2.2.5 Psykoedukation/psykopedagogik 39
2.2.6 Psykosocialt omhändertagande och stöd 40
2.2.7 Stegvis vård 41
2.2.8 Hälsolitteracitet 42
2.2.9 Civila samhället 42

2.3 Avgränsningar 42
2.3.1 Specialiserad hälso- och sjukvård 43
2.3.2 Socialtjänst 44
2.3.3 Barn 45

2.4 Utgångspunkter samt närliggande uppdrag och utredningar 46
2.4.1 Utgångspunkter 46
2.4.2 Närliggande uppdrag 49

2.4.3 Pågående statliga utredningar ... 54
2.4.4 Kraftsamling för psykisk hälsa ... 56

2.5 Dialogarbetet ... 56
2.5.1 Generellt ... 56
2.5.2 Referensgrupper samt experter och sakkunniga ... 58
2.5.3 Patient- och brukarrepresentation ... 58
2.5.4 Samverkan med statliga myndigheter och SKR ... 59
2.5.5 Relaterade utredningar ... 59
2.5.6 Digitala verksamhetsbesök ... 59

2.6 Samhällskontexten där uppdraget getts ... 60
2.6.1 Den historiska synen på kroppens och själens sjukdom ... 60
2.6.2 Föreningslivets roll ... 61
2.6.3 Hur står det till med den psykiska hälsan och ohälsan? ... 63
2.6.4 En förändrad syn på samhällets insatser för den psykiska hälsan? ... 65
2.6.5 Hjälp till självhjälp – vem ansvarar för det? ... 66
2.6.6 Hälso- och sjukvårdens förebyggande roll och tidiga insatser av mer generell karaktär ... 68
2.6.7 Det suicidpreventiva arbetet ... 70

2.7 Ytterligare reflektioner över utgångspunkter för uppdraget ... 71
2.7.1 Diagnoser… ... 71
2.7.2 …och livshändelser ... 73
2.7.3 Varför är det viktigt att beskriva detta kontinuum mellan upplevelse och diagnos? ... 74
2.7.4 Personcentrerad vård ... 75
2.7.5 Begränsningar ... 76
2.7.6 Corona och covid-19 ... 77

2.8 Allmänt om begrepp kopplade till psykisk hälsa ... 78
2.8.1 Avsaknad av gemensamma definitioner ... 78
2.8.2 Behovet av definitioner i förhållande till utredningens uppdrag ... 79

2.9 Olika mål- och riskgrupper 83
2.9.1 Kvinnor och män 84
2.9.2 Hbtq-personer 86
2.9.3 Personer i ekonomisk utsatthet 88
2.9.4 Äldre 88
2.9.5 Personer med funktionsnedsättning 90
2.9.6 Personer med riskbruk 91
2.9.7 Personer som vårdar eller stödjer en närstående 92
2.9.8 Asylsökande och nyanlända 94

3 Förutsättningar för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa 97

3.1 Ansvarsförhållanden 97
3.1.1 Staten 97
3.1.2 Regioner och kommuner 99
3.1.3 Arbetsgivare 109
3.1.4 Universitet och högskolor 115
3.1.5 Skola 119
3.1.6 Det civila samhället som samverkanspart 120
3.1.7 Särskilt om rollen som vårdgivare 121
3.1.8 Sammanfattande reflektioner 123

3.2 Tillbakablickar på området 124
3.2.1 Statlig styrning genom satsningar inom området psykisk ohälsa och psykisk hälsa 124
3.2.2 Föreningslivets roll 127

3.3 Kunskapsunderlag 132
3.3.1 Strukturen för kunskapsstyrning 132
3.3.2 Nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa 134
3.3.3 Huvudmännens vård- och insatsprogram vid psykisk ohälsa 135
3.3.4 Andra rapporter och underlag av relevans för uppdraget 136
3.3.5 Sammanfattande reflektioner 138

3.4 Huvudmännens formulering av uppdraget psykisk ohälsa i primärvården ... 140
3.4.1 Inledning ... 140
3.4.2 Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i regionernas primärvård ... 142
3.4.3 Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i kommunernas särskilda boenden ... 151
3.4.4 Sammanfattande reflektioner ... 154

3.5 Möjligheter till uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa ... 156
3.5.1 Utredningens tidigare iakttagelser och bedömningar avseende uppföljning av primärvården ... 157
3.5.2 Möjliga källor till information om psykisk ohälsa i primärvården ... 159
3.5.3 Omfattning – vad går att säga? ... 164
3.5.4 Sammanfattande reflektioner ... 169

3.6 Tjänster på distans ... 170
3.6.1 En möjlighet till personcentrerad nära vård ... 170
3.6.2 Digitala tjänster på området psykisk ohälsa ... 171
3.6.3 1177 Vårdguiden ... 172
3.6.4 Stöd- och hjälplinjer ... 174
3.6.5 Sammanfattande reflektioner ... 175

3.7 Kompetenser och utbildningsinsatser ... 176
3.7.1 Övergripande om olika kompetenser för psykisk hälsa inom primärvården ... 178
3.7.2 Fördjupning i några professioner ... 180
3.7.3 Specifika funktioner av betydelse för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa ... 198
3.7.4 Olika typer av utbildningsinsatser ... 203
3.7.5 Sammanfattande reflektioner ... 206

3.8 Psykisk ohälsa och sjukfrånvaro ... 207
3.8.1 Sjukfrånvaro relaterad till psykiatriska tillstånd ... 207
3.8.2 ”Lättare psykisk ohälsa” och sjukfrånvaro ... 208

4 Internationell utblick 211

4.1 Psykisk ohälsa ett globalt problem 211

4.2 England – Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) 214
4.2.1 Bakgrund 214
4.2.2 Programmets innehåll 216
4.2.3 Resultat 217
4.2.4 Fortsatt utveckling 219

4.3 Norge – Rask psykisk helsehjelp 219
4.3.1 Bakgrund 219
4.3.2 Programmets innehåll 221
4.3.3 Resultat 222

4.4 Finland 223
4.4.1 Bakgrund 223
4.4.2 Organisering 224
4.4.3 Utvecklingsarbete 225

4.5 Sammanfattande reflektioner 226

5 Primärvårdens grunduppdrag 229

5.1 Det ska synliggöras i lag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa 229

5.2 Konsekvensanalys 239
5.2.1 Övergripande konsekvenser av förslaget 239
5.2.2 Samhällsekonomiska konsekvenser 239
5.2.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 241
5.2.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten 244
5.2.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna och kommunerna 244
5.2.6 Konsekvenser för en jämlik vård 245
5.2.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen 245

5.2.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 246
5.2.9 Konsekvenser för vårdens professioner ... 247
5.2.10 Konsekvenser för företagen ... 248
5.2.11 Övriga konsekvenser ... 249

5.3 Ikraftträdande ... 249

6 Primärvårdens organisering ... 251

6.1 En modell för att bättre möta psykisk ohälsa i primärvården ... 251
6.1.1 Om bedömningar ... 251
6.1.2 En samlad modell – ”Rätt stöd till psykisk hälsa” ... 253
6.1.3 Målgrupp ... 255

6.2 Rätt stöd till psykisk hälsa ... 259
6.2.1 Vägen in ... 259
6.2.2 Organisering av primärvårdens insatser mot psykisk ohälsa ... 266
6.2.3 Samverkan och samarbete ... 280

6.3 Förutsättningar för Rätt stöd till psykisk hälsa ... 291
6.3.1 Strukturer för patientdelaktighet och anhörigstöd ... 292
6.3.2 Utbildning och kompetensförsörjning ... 303
6.3.3 Uppföljning och forskning ... 308
6.3.4 Framtida statliga satsningar ... 314
6.3.5 Utvecklingsarbeten ... 317

7 Författningskommentar ... 321

7.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ... 321

Efterord ... 323

Referenser ... 325

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2017:24 341

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2017:97 359

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2018:90 367

Bilaga 4 Kommittédirektiv 2019:49 373

Bilaga 5 Begrepp inom området psykisk hälsa 381

Bilaga 6 Välkommen till verkligheten – en exempelsamling 399

Sammanfattning

Utgångspunkter

I enlighet med våra tilläggsdirektiv från den 15 augusti 2019 ska vår utredning, utöver tidigare uppdrag, utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt (dir. 2019:49). Detta uppdrag bygger på en överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Uppdraget gavs i en kontext av utredningens tidigare förslag och bedömningar.

Tidigare betänkanden

Regeringen fattade den 2 mars 2017 beslut om att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen valde namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Utifrån förslagen i delbetänkandet fattade riksdagen i slutet av maj 2018 beslut om prop. 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Utredningen överlämnade i juni 2018 sitt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39). Utifrån förslagen i delbetänkandet fattade riksdagen i december 2020 beslut

om prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Ytterligare propositioner grundade på förslagen i detta andra betänkande är aviserade.

Utredningen lämnade i juni 2019 sitt tredje delbetänkande God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Det betänkandet innehöll i enlighet med utredningens direktiv en rapport om arbetets inriktning och fortskridande. Delbetänkandet innehöll en analys av och bakgrund till de områden inom vilka utredningen i huvudbetänkandet sedan lämnade förslag. Det tredje betänkandet ska därför läsas tillsammans med förslagsdelarna i huvudbetänkandet.

Utredningen lämnade i april 2020 huvudbetänkandet God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdsystem (SOU 2020:19). Det innehöll förslag på strukturella förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet, med fokus på samverkan mellan de båda huvudmännen, region och kommun. Förslag på hur samverkan kan stödjas på makro- (mellan huvudmännen), meso- (mellan utförare), och mikronivå (utifrån den enskilde individen) lämnades. Betänkandet innehöll förslag på ett stärkt stöd för patienten vad gäller den lagstadgade individuella planen samt förslag på hur patientkontrakt, som en visualisering av den individuella planen, kan regleras i författning. Vidare föreslogs, i enlighet med uppdraget i direktiven, hur verksamheter som drivs enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (den s.k. nationella taxan) bättre kan integreras i framtidens hälso- och sjukvårdssystem. Förslag om hur utbildning i primärvården kan stärkas lämnades, tillsammans med bedömningar av hur forskningens roll kan främjas. En översyn av samtliga beskrivningssystem i hälso- och sjukvården föreslogs, i syfte att underlätta och skapa förutsättningar för omställningen till en god och nära vård. Slutligen lyftes framgångsfaktorer och hinder för omställningen. Betänkandet har remitterats, och förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Det aktuella uppdraget

I och med tilläggsdirektiven från augusti 2019 kom inte utredningens huvudbetänkande att bli det sista betänkandet. Det blir i stället detta betänkande, som besvarar frågeställningarna i direktiven

rörande omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Vi vill tydligt påpeka att även om detta betänkande har fokus på den psykiska ohälsan har utredningen aldrig i det tidigare arbetet skiljt den psykiska hälsan från den fysiska, utan hela tiden tvärtom betonat behovet av en holistisk syn på människan i kontakten med hälso- och sjukvården. I en personcentrerad hälso- och sjukvård utgår insatserna från den enskilda människans behov, och mindre från hur hälso- och sjukvården valt att organisera sig. Just därför är primärvårdens roll i systemet så viktig. I en adekvat resurs- och kompetensförsörjd primärvård finns förutsättningar att arbeta med hela människan, utifrån dennes situation och i dess närmiljö. I kontinuerliga relationer, med såväl förebyggande och hälsofrämjande insatser som med behandling och rehabilitering. Det är viktigt för oss att betona att detta betänkande, och de förslag och bedömningar vi här gör, hänger ihop med tidigare betänkanden och de där presenterade förslagen och bedömningarna i en odelbar helhet.

Berättelsen

På omslaget till detta sista betänkande ser ni Kim. Ni känner igen hen från illustrationen av den personcentrerade hälso- och sjukvården som vi haft med i våra tidigare betänkanden. Personen Kim är förstås fiktiv. Men vi tänker att det finns en berättelse bakom personen. Hen, som många andra, är drabbad av psykisk ohälsa, själv men också i sin omgivning. Hen upplever många gånger vården som fragmentiserad, och ibland utgående mer från hälso- och sjukvårdens organisation än från personens behov. Att samverkan saknas och att bemötandet ibland sviktar. Man möter många olika personer, och det är svårt att känna tillit och förtroende. Det kan göra det särskilt svårt att ta upp frågor om den psykiska hälsan, eller frågor relaterade till psykisk hälsa såsom riskbruk, våld i nära relationer eller annan utsatthet.

Många av de berättelser vi tagit del av i den här fasen av utredningen rör, liksom tidigare, fragmentisering, splittrade insatser och ett system som dumpar komplexiteten i patienter och närståendes knä, mer än ger stöd till bästa möjliga hälsa utifrån var och ens förutsättningar. De här berättelserna har varit viktiga pusselbitar för oss i vårt arbete. De, tillsammans med alla inspel vi fått från vårdens med-

arbetare, som ofta känner en stor frustration i att inte ha de strukturer och arbetssätt man behöver för att möta den stora andelen patienter som söker primärvården just för psykisk ohälsa.

De förslag och bedömningar vi presenterar i det här betänkandet handlar om hur primärvården i regioner och kommuner ska vara ett stöd för människor med psykisk ohälsa, och tillhandahålla redskap som stödjer människor till psykisk hälsa. Det kan handla om insatser från hälso- och sjukvården, men också hur hälso- och sjukvården kan vara en brygga till andra insatser, t.ex. från civila samhället i form av föreningslivet, när de egna resurserna och det nätverk man vanligtvis har omkring sig är för svagt, eller inte räcker till.

Betänkandets form och innehåll

I det följande görs en sammanfattning av betänkandets kapitel, med fokus på de förslag och bedömningar som lämnas. Kapitel 1 och 7 innehåller författningsförslag och författningskommentar, och sammanfattas inte närmare här. Dessa kapitel bör i stället läsas tillsammans med kap. 5.

Kapitel 2. Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

I detta kapitel redogörs inledningsvis för bakgrunden till utredningsuppdraget enligt våra direktiv, och vi presenterar för betänkandet centrala begrepp. Vi beskriver utredningens avgränsningar; bl.a. den specialiserade hälso- och vården, vård tillhandahållen med stöd av socialtjänstlagen samt vården specifikt av barn. Det föreligger uppdrag till andra statliga utredningar, som angränsar till våra direktiv, t.ex. vad gäller samsjuklighet vid missbruk och gällande barn och ungas psykiska hälsa, samt även till statliga myndigheter, och vi redogör för vilka dessa är. Vi beskriver hur utredningen även i denna avslutande fas har upprätthållit en omfattande dialog med många aktörer, men på delvis nya sätt till följd av de förändrade förhållandena under covid-pandemin.

Den samhällskontext där uppdraget givits är central för hur vi tar oss an vårt uppdrag, liksom den historiska synen på kroppens och själens tillstånd. Frågan om gränsdragningen mellan allmänt välbefinnande, nedsatt psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är i högsta

grad aktuell. Det finns en allmänt spridd uppfattning att den psykiska ohälsan ökat de senaste decennierna, men det råder delade meningar om i vilken omfattning, för vilka grupper och hur den förändringen bäst ska beskrivas. Det finns också de som problematiserar om den psykiska ohälsan över huvud taget ökat. Vi noterar att det, inte minst till följd av stigmatisering, finns ett stort behov av lågtröskelverksamheter med fokus på ett öppet och fördomsfritt bemötande av den som söker hälso- och sjukvården med psykisk ohälsa. Vare sig det sedan visar sig vara något som ska hanteras i hälso- och sjukvården, eller där kontakten med hälso- och sjukvården leder vidare till andra insatser. Vi diskuterar i detta sammanhang föreningslivets roll, och den historiskt viktiga faktor som civila samhället spelat i folkhälsofrågor. Vi resonerar kring avsaknaden av gemensamma definitioner inom området psykisk ohälsa och redogör för begreppsanvändningen i detta betänkande, och därmed i utformningen av våra förslag och bedömningar. Slutligen redogör vi för några olika mål- och riskgrupper i förhållande till psykisk ohälsa.

Kapitel 3. Förutsättningar för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Ansvarsförhållanden, tillbakablickar och kunskapsunderlag

Detta kapitel beskriver sammantaget olika aspekter av primärvårdens förutsättningar för arbetet med psykisk ohälsa, och hur det ser ut i nuläget. Inledningsvis redogörs för den bredd av aktörer på olika nivåer som är involverade i den psykiska ohälsan och för det ansvar, utifrån roll och uppdrag, som respektive aktör har.

Efter en kort tillbakablick på såväl statens som föreningslivets roll i detta arbete belyser vi för området relevanta kunskapsunderlag. Utredningen konstaterar att det arbete vad gäller kunskapsstyrning som i nuläget genomförs samordnat mellan ett antal kunskapsmyndigheter samt regioner och kommuner är viktigt för att samordna insatserna inte minst inom området psykisk hälsa.

Vi kan också konstatera att flera uppföljningar och utvärderingar visar att de kunskapsunderlag som finns, t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, inte implementerats i tillräcklig utsträckning. Trots att olika insatser och satsningar genomförts, bl.a. via överenskommelser mellan staten och SKR, är följsamheten fortfarande otill-

räcklig speglat som otillräcklig uppfyllelse av kvalitetsindikatorer kopplade till de nationella riktlinjerna. En reflektion från utredningens sida är att kunskapsunderlagen många gånger förefaller utgå från den specialiserade psykiatrins logik och arbetssätt, trots att huvuddelen av patienterna finns i primärvården. Att inkludera primärvårdens kontext tydligare i framtagandet av kunskapsunderlag för att underlätta implementering är en framgångsfaktor för framtiden. Det bör inom ramen för partnerskapet mellan Socialstyrelsen och huvudmännens modell för kunskapsstyrning finnas goda möjligheter till ett sådant arbetssätt, där också förutsättningarna för att innefatta även kommunernas hälso- och sjukvård bör kunna vara bättre än tidigare.

Huvudmännens formulering av uppdraget

Utredningen redovisar en kartläggning av hur huvudmännen själva formulerar uppdraget gällande psykisk ohälsa i primärvården. Vad gäller regionerna uppvisar genomgången en variation i såväl detaljeringsgrad som specifika krav. En viss variation är att vänta, då en avsikt med att huvudmännen utformar organiseringen är just behovet av anpassning till lokal kontext och olika förutsättningar. Vår genomgång visar dock på skillnader som är svåra att förstå som enbart beroende på sådana anpassningar. Det är anmärkningsvärt att dessa uppdragsbeskrivningar många gånger är på en påfallande övergripande nivå. Detta lämnar ett utrymme för olika tolkningar av olika leverantörer, något som kan resultera i en ojämlik vård t.o.m. för invånare inom samma region. Det torde också försvåra uppföljningen från huvudmannens sida, och göra det svårt för invånarna att veta vad man kan förvänta sig från utförarna av primärvård.

Även vad gäller ett urval av kommunernas primärvård, i vår genomgång illustrerad av den hälso- och sjukvård som ska tillhandahållas för äldre på särskilda boenden, finns det en relativt stor variation, och vi kan konstatera att hälso- och sjukvårdsuppdraget ofta är beskrivet på ett sätt som inte explicit anger att uppdraget omfattar både fysisk och psykisk ohälsa.

Sammanfattningsvis ser vi ett behov av att huvudmännen utvecklar och fastställer tydligare övergripande strukturer och stöd för primärvårdsverksamheternas omhändertagande av psykisk ohälsa.

Uppföljningsmöjligheter och tjänster på distans

I avsnittet belyser vi vilka möjligheter det i dag finns att, på ett systematiskt sätt, följa upp primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Genomgången befäster och understryker behovet av att skyndsamt utveckla en mer systematisk och standardiserad dokumentering och uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa, såväl på verksamhetsnivå som på regional och nationell nivå. En systematisk nationell uppföljning förutsätter också ett arbete med att utveckla datakvaliteten genom att bl.a. säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder runtom i landet. Genom en mer systematisk dokumentation och uppföljning ges förbättrade möjligheter såväl till verksamhetsutveckling som till forskning och utveckling av ny kunskap. Detta är avgörande för en effektiv vård med hög kvalitet.

I detta sammanhang lyfter utredningen, liksom i tidigare betänkanden, behovet av att ett primärvårdsregister i någon form följer av Socialstyrelsens pågående uppdrag kring möjligheten för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. För att sätta mer ljus på, och lära mer om, primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bedömer vi det också som centralt att detta område finns med bland de indikatorer som slutligt väljs för att följa omställningen till en god och nära vård. Om primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården måste den ges förutsättningar att vara det för hela människan, såväl dess fysiska som psykiska hälsa.

Vi gör vidare i kapitlet en beskrivning av olika distanstjänster, inklusive 1177 Vårdguiden, för att möta psykisk ohälsa. I dag finns olika sätt att tillhandahålla vård på distans. Former för detta kan vara e-hälsotjänster, tjänster via telefon eller traditionella behandlingsmetoder som erbjuds via internet. E-hälsolösningar har en särskild potential att tillhandahålla information anpassad till olika målgrupper och vid det tillfälle som passar individen. Detta kan gälla såväl egenvårdsråd som hur man får kontakt med rätt del av hälso-och sjukvården vid olika behov. I detta har 1177 Vårdguiden en särställning så som varande regionernas gemensamma och nationella plattform. Noterbart är den stora roll som olika stödlinjer drivna av andra aktörer än regionerna själva, ofta frivilligorganisationer, har i relation till bemötandet av den psykiska ohälsan jämfört med den fysiska. Detta medför behov av tydliga strukturer för hur samverkan mellan 1177 Vårdguiden och olika stödlinjer beskrivs och bedrivs. Vid ut-

vecklande av alla typer av distanstjänster är det särskilt viktigt att både bejaka möjligheten att inkludera fler, och på nya sätt, än tidigare, men också risken att exkludera de som av olika skäl inte har möjlighet att använda sådana tjänster.

Kompetenser och utbildningsinsatser samt sjukfrånvaro

Många professioner är, i olika grad, involverade i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Primärvården med sitt breda uppdrag är den vårdnivå som har bäst förutsättningar att med ett holistiskt synsätt vara första vårdnivå för människors såväl fysiska som psykiska vårdbehov. För att kunna göra detta på ett ändamålsenligt sätt krävs dock en viss grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och bemötande hos alla som arbetar inom primärvården. Det krävs också en kunskap om vad olika professioner kan bidra med i arbetet med psykisk ohälsa. Det ger förutsättningar att organisera arbetet på effektiva sätt och i enlighet med bästa tillgängliga kunskap, t.ex. genom användande av vårdsamordnare eller organisering av psykosociala team. Utredningens dialoger har visat på utmaningar vad gäller den kunskapen, såväl hos ledningsfunktioner som i kliniska verksamheter.

Vi ser utifrån detta att det finns behov av kompetenshöjning och tillkommande utbildningsinsatser. Hur dessa ser ut varierar dock runtom i landet utifrån lokal kontext, och det finns därmed ett behov av regionala och lokala inventeringar, för att utifrån resultaten kunna tillhandahålla relevanta kompetenshöjande insatser. Såväl till styrnings- och ledningsfunktioner som i de kliniska verksamheterna.

Vi belyser i kapitlet att vi med hjälp av informationen i dagens nationella planeringsstöd inte kan säga något om var i hälso- och sjukvårdssystemet olika resurser finns. Vi kan alltså inte med säkerhet säga vilka, och hur många, professioner som är verksamma i primärvården i olika delar av landet. Det blir därmed mycket svårt att beskriva gapen. Sammantaget utgör båda dessa faktorer stora utmaningar i förhållande till såväl planering av olika utbildningsinsatser framöver som omställningen till en stark primärvård med förmåga att hantera såväl fysisk som psykisk ohälsa.

Vi belyser i kapitlet också hur bristen på reglering av s.k. grundläggande psykoterapiutbildning skapar en betydande otydlighet kring vilka kompetenser personer med sådan utbildning besitter, vilket är

problematiskt för dem som ska bemanna primärvården med kompetenser för psykisk ohälsa, för de patienter de möter och för den utbildade själv.

Slutligen redogörs kort för påverkan på sjukfrånvaro av psykisk ohälsa, och hur insatser tänkta att minska den psykiska ohälsan kan förväntas påverka numerärer vad gäller sjukfrånvaro.

Kapitel 4. Internationell utblick

Sverige står inför utmaningar liknande dem i andra länder vad gäller den psykiska ohälsan och vårt uppdrag placerar sig i en global kontext. Olika länder prövar olika strategier för att bemöta dessa utmaningar. I detta kapitel redogörs kortfattat för några internationella initiativ på området samt sjukdomsbörda globalt vad gäller psykisk ohälsa samt för dess uppskattade konsekvenser, för individer och samhällen. Därefter tittar vi närmare på ett par olika länders ansatser för att hantera s.k. lättare psykisk ohälsa, i enlighet med direktiven att kartlägga om lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något annat land inom EU eller EES-området, t.ex. i Norge eller Storbritannien. Vi belyser även Finland och dess nyligt genomförda arbete med en strategi för psykisk hälsa.

Vi reflekterar i kapitlet över våra svenska förhållanden, med hälso-/vårdcentraler uppbyggda med en bred interprofessionell kompetens som grunden för primärvården. Detta ger oss, rätt använt, goda förutsättningar att dra fördel av primärvårdens och generalisternas specialistkompetens – att se till hela människan, såväl de fysiska som psykiska behoven.

Vår analys är därför att vi bör bygga vidare på denna styrka när vi utvecklar den svenska primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Snarare än att skapa nya separata, organisationer eller strukturer för omhändertagande av den psykiska ohälsan i primärvården bedömer utredningen att vi bör vidareutveckla, bättre strukturera och stärka befintliga primärvårdsverksamheters arbete med psykisk ohälsa.

Samtidigt bedömer vi att det finns viktiga lärdomar att dra från såväl Englands som Norges arbete med att skapa tydliga strukturer till stöd för både patienter och medarbetare. Dessa strukturer bör omfatta tillgänglighet, bedömning och behandling, samt kopplas till

krav på kontinuerlig uppföljning och ständiga förbättringar. Likaså kan Finlands nyligen genomförda arbete med en 10-årig strategi tjäna som inspiration för det svenska kommande strategiarbetet.

Kapitel 5. Primärvårdens grunduppdrag

Förslag till lagändring

Utredningen föreslår att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), om primärvårdens grunduppdrag, ska avseende första punkten formuleras så att inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska regioner och kommuner särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov.

Skäl för utredningens förslag

Det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet har tillkommit i en annan kontext än dagens, när vanligt förekommande vårdbehov var andra än de som är vanligt förekommande i dag. Den psykiska ohälsan har historiskt haft en undanskymd roll i hälso- och sjukvården och i debatten som helhet. När hälso- och sjukvård har diskuterats och planerats har den somatiska vården på olika sätt haft företräde. I dag har den psykiska ohälsan fått ökat fokus, men även om ekonomiska satsningar, uppdrag och utredningar i allt högre grad identifierat och uppmärksammat denna ohälsa har de satsningar som gjorts inte i någon högre utsträckning inkluderat primärvården.

Av primärvårdens definition följer att dess uppdrag inte är begränsat i fråga om t.ex. sjukdomar. Majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns redan i dag i primärvården, i enlighet med avsikten i bl.a. Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området. Våra genomgångar i kap. 2 och 3 visar dock att hälso- och sjukvårdstjänster, och uppföljning av dessa, vad gäller psykiska vårdbehov inte tillhandahålls enligt lika strukturerade former som hälso- och sjukvårdstjänster för fysiska vårdbehov. Det bör därför synliggöras i primär-

vårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa.

Statliga satsningar inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa har bestått och består fortsatt i stor utsträckning i riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser mellan staten och huvudmännen representerade av SKR. Normering har i mindre utsträckning använts som en form för statlig styrning på området. Genom lag och andra föreskrifter skapas dock nationell enhetlighet, långsiktighet och tydlighet. Den nyligt beslutade regleringen av grunduppdraget för primärvården är ett exempel på hur normering har tillämpats i syfte att skapa enhetlighet, och därigenom förutsättningar för en mer jämlik vård. Regleringen är, tillsammans med bl.a. en ändrad definition av primärvården, viktiga steg i omställningen av hälso- och sjukvården och reformen av primärvården. Enligt utredningen bör detta redan påbörjade arbete med författningsändringar i HSL för en stärkt primärvård användas och utvecklas även i syfte att adressera den psykiska ohälsan.

Det har i utredningens dialoger framförts att det skulle underlätta om det fanns ett tydligt stöd i lagstiftning för att primärvården ska organiseras och planeras också med hänsyn till behovet av omhändertagande av den psykiska ohälsan. Det uppfattas som ett stöd för de funktioner som ska planera, organisera och resurssätta hälso- och sjukvården och specifikt primärvården.

Kapitel 6. Primärvårdens organisering

Rätt stöd till psykisk hälsa

I kapitlet presenterar vi utredningens bedömningar (till skillnad från utredningens förslag, i betydelsen förslag till lagreglering) av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa utifrån kartläggningar och analyser i kap. 2, 3 och 4 samt förslaget till ändrad lagstiftning i kap. 5. Dessa bedömningar redogör vi för under tre olika rubriker; *Vägen in, Organisering av primärvårdens insatser* samt *Samverkan och samarbete*. Vi samlar dessa tre områden under ett paraply – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetssätt som kombinerade är avsedda att förbättra bemötandet och omhändertagandet av den enskilde, och bättre möta behoven på befolkningsnivå. Tillsammans avser utredningens bedömningar bidra till

ett förbättrat omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården; av psykiatriska tillstånd, men också av psykiska besvär. Bedömningarna avser utgå från en personcentrerad utgångspunkt och principer för stegvis vård.

Grundtanken är att vid psykisk ohälsa (patientens perspektiv), dvs. vid misstanke om psykiatriska tillstånd (vådens perspektiv), är primärvården oftast vägen in till hälso- och sjukvården. Där görs en första bedömning, ges stöd till egenvård och, om så är indicerat, behandlande insatser. Antingen på primärvårdsnivå eller via kontakt med och hänvisning till annan del av hälso- och sjukvården. I de fall kriterier för psykiatriska tillstånd inte uppfylls, kan insatser för att minska funktionspåverkan av psykiska besvär behöva erbjudas, ibland av primärvården, andra gånger via strukturerad samverkan med andra aktörer, såsom företagshälsovård, studenthälsa eller föreningslivet.

I våra bedömningar visar vi på goda exempel från verksamheter vi varit i kontakt med i olika faser av utredningens arbete. De exempel vi lyfter är valda utifrån att de visar på arbetssätt och metoder där evidens föreligger utifrån aktuellt kunskapsläge, eller där insatserna kopplats till pågående forskning eller egen strukturerad uppföljning.

Utöver dessa exempel har vi under arbetets gång fått till oss ett stort antal exempel på insatser som görs i olika delar av systemet för att tillgodose de behov kopplade till psykisk ohälsa som enskilda huvudmän, verksamheter, professioner och organisationer möter i sin vardag. Dessa redovisar vi, utan inbördes ordning och med vetskap om att evidensgraden för dessa insatser varierar, i bil. 6.

Vi påminner återigen om att de bedömningar vi gör i kapitlet ska ses som sammanhängande med de förslag utredningen lämnat i tidigare betänkanden. Både vad gäller primärvårdens roll som basen i hälso- och sjukvårdssystemet, med ett särskilt uppdrag att fungera samordnande och hälsofrämjande, och vad gäller ett sammanhängande hälso- och sjukvårdsystem. Vi vill också återigen betona vikten av att det i primärvården ges förutsättningar för medarbetarna att arbeta relationellt, med långvariga och kontinuerliga kontakter, med såväl enskilda individer som med och i sin närmiljö. Därmed skapas förutsättningar för förtroendefulla relationer och tillit, och en möjlighet att minska de stigma som många gånger hindrar människor från att lyfta problem med den psykiska hälsan i kontakt med hälso- och sjukvården.

Förutsättningar för Rätt stöd till psykisk hälsa

För att uppnå ett integrerat arbetssätt i enlighet med intentionen i modellen Rätt stöd till psykisk hälsa krävs en infrastruktur som ger förutsättningar och stödjer systemet till en sådan förändring. Det gäller en rad områden; patientdelaktighet, utbildning och kompetensförsörjning, forskning och utveckling, adekvata och evidensbaserade kunskapsstöd samt finansiering. Vi gör därför även ett antal bedömningar av hur sådana förutsättningar kan skapas.

Avslutningsvis presenterar vi en möjlighet till utvecklingsarbeten i form av geografiska modellområden för implementering av Rätt stöd till psykisk hälsa. Vi lyfter där särskilt möjligheten till (och nyttan med) samtidig följeforskning vid ett sådant införande i en avgränsad lokal kontext.

Till sist …

Denna sista del av utredningens uppdrag har på många sätt känts som en av de viktigaste. På området psykisk hälsa och ohälsa finns så många aspekter att belysa, men den som dominerat är den utsatthet och det lidande som drabbar många människor med psykisk ohälsa. Likaså vetskapen om att vi saknar kunskap om bästa sättet att möta och behandla många inom området, och att den kunskap vi har är ofullständig och ojämlikt implementerad. Det ligger stora utmaningar, ibland misslyckanden, från vårdens sida i att möta människorna bakom statistiken vad gäller t.ex. suicidalitet, sjukfrånvaro eller den höga somatiska sjuk- och dödligheten hos många med samtidig psykisk problematik.

Därför har detta uppdrag känts särskilt meningsfullt, inte minst eftersom det kom att utföras under en pågående pandemi. En pandemi vars effekter på den psykiska hälsan det ännu är för tidigt att uttala sig om, men där farhågor om effekter av allt från långa tider i intensivvård till en allmän social oro och påverkan på det dagliga livet blir viktiga att följa och adressera framöver.

Vi vill som alltid rikta ett stort tack till alla som har engagerat sig i vårt arbete, och bidragit med synpunkter och inspel, öppnat sina verksamheter och avsatt tid för dialogen med oss. Ett särskilt tack vill vi rikta till patient-/brukarorganisationer, personer med egen-

erfarenhet och vårdens medarbetare som bidragit i arbetet trots många gånger svåra förhållanden under en pågående pandemi.

Vi avslutar med att ställa oss bakom den globalt accepterade principen ”No health without mental health” – Ingen hälsa utan psykisk hälsa.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs att 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt SFS 2020:1043	*Föreslagen lydelse*
13 a kap.	
1 §	
Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt	
1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,	1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,	
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,	
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och	
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.	

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

2 Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

I detta kapitel redogörs inledningsvis för utredningsuppdraget enligt våra direktiv, liksom några avgränsningar och utgångspunkter för vårt arbete. Vi beskriver även hur vi bedrivit dialogarbetet i denna sista fas av utredningen. Därefter belyser vi den samhällskontext där vårt uppdrag getts, och som är central för hur vi tar oss an vårt uppdrag. Vi resonerar kring avsaknaden av gemensamma definitioner inom området psykisk ohälsa och redogör för begreppsanvändningen i detta betänkande. Slutligen redogör vi för några olika mål- och riskgrupper i förhållande till psykisk ohälsa.

2.1 Direktiven

Den 15 augusti 2019 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till vår utredning (se bil. 4). Utöver tidigare direktiv gavs uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa, i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. Utredningen fick i uppdrag att vid behov lämna förslag på hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt. Uppdraget bygger på en punkt i det s.k. Januariavtalet.[1]

Som beskrivet i direktiven finns i dag ingen enhetlig definition av begreppet psykisk ohälsa. Nedsatt psykiskt välbefinnande kan indikera lättare besvär av psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten genomför vartannat år den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. I undersökningen från 2018[2] uppgav 17 procent av befolkningen ned-

[1] En sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.
[2] Folkhälsomyndigheten, *Hälsa på lika villkor*, 2018.

satt psykiskt välbefinnande, bland kvinnor var andelen 20 procent och bland män 14 procent. Andelen har ökat sedan mätningen 2016, men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast bland unga, och i synnerhet bland unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år angav 33 procent av kvinnorna och 19 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. I undersökningen uppgav 39 procent av befolkningen i åldern 16–48 år lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Det är en ökning sedan 2016, då andelen var 36 procent. Av de tillfrågade kvinnorna angav 46 procent besvär av ängslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland männen var 32 procent.

Män söker vård för psykisk ohälsa i mindre utsträckning än vad kvinnor gör, och de väntar längre innan de gör det. Andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande är vidare dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande. Enligt Försäkringskassan är nästan hälften av dagens sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa, och även om någon ökning generellt inte setts på senare år tenderar sjukfrånvaron relaterad till psykisk ohälsa att bli allt längre.[3]

Många äldre lider av ensamhet och ett minskat socialt sammanhang. En rapport från Socialstyrelsen visar att psykisk ohälsa är vanligare hos kvinnor och män som är över 65 år än hos yngre personer.[4] Det har också uppmärksammats att äldre i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel vid symtom på psykisk ohälsa, trots att de kan ha behov av andra insatser. Liknande problematik har rapporterats även i andra grupper.

I direktiven lyfts ytterligare grupper med stora behov som inte alltid uppmärksammas i tillräckligt hög grad vad gäller det psykiska välbefinnandet; personer med funktionsnedsättning, personer med riskbruk, liksom personer som vårdar eller stödjer en närstående. I uppdraget understryks vikten av att primärvården samverkar med socialtjänsten vid behov vad gäller psykiskt välbefinnande, för att kunna beakta personens hela livssituation, och hitta bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa såsom våld i nära relationer och ekonomisk utsatthet.

[3] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.
[4] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*, 2018.

Det konstateras att hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med psykisk ohälsa av olika slag, från psykiatrisk diagnos till psykiska besvär, ges såväl inom regionernas och kommunernas primärvård, som inom den specialiserade vården. Även andra verksamheter, såsom studenthälsan och företagshälsovården, kommer i kontakt med personer som har behov av stöd vid olika typer av psykisk ohälsa. Regeringens uppfattning, såsom den uttrycks i direktiven, är att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle i vissa fall också dels kunna ge bättre förutsättningar för att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels, genom att vård ges på adekvat plats i systemet utifrån personens behov, bidra till att förbättra tillgängligheten till psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

Fokus för uppdraget är sådan psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. I uppdraget ingår också att definiera målgruppen för den föreslagna insatsen. I utredningens uppdrag ingår sammanfattningsvis bl.a. att:

- Utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar,
- överväga vilka målgrupperna ska vara för de nya insatserna, hur deras behov av stöd ska definieras och vilka typer av insatser som är bäst lämpade för målgrupperna,
- överväga hur och när en medicinsk bedömning av behoven ska ske, utifrån att stödet ska kunna ges skyndsamt och på rätt vårdnivå,
- överväga hur insatserna ska passas in i primärvårdens uppdrag och organisation,
- överväga hur verksamhet såsom studenthälsovård och företagshälsovård kan bidra till och komplettera regionernas och kommunernas primärvårdsuppdrag,
- utreda hur insatserna ska följas upp och hur effekterna ska utvärderas.

Valet att ge vår utredning uppdraget grundade sig i en önskan att inte fragmentisera den nära vården i onödan. Från uppdragsgivarens sida såg man det därför som naturligt att även denna del av primärvården skulle utredas inom ramen för vårt uppdrag. Från utredningens[5] sida ser vi positivt på detta, då våra förslag för och arbete med att stärka primärvården hela tiden med självklarhet omfattat såväl fysisk som psykisk hälsa.

En grundbult i utredningens arbete är liksom tidigare en personcentrerad hälso- och sjukvård, där målsättningen är att skapa förutsättningar för partnerskap och samskapande mellan personen och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Ett förhållningssätt där utgångspunkten alltid är personens behov, preferenser och egna inneboende resurser i det individuella mötet, och där också övergripande mål på befolkningsnivå och den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen alltid måste tas i beaktande.

2.2 Centrala begrepp för betänkandet

2.2.1 Psykiatri

Enligt Svenska Akademiens ordlista betyder psykiatri vetenskapen om psykiska sjukdomar och deras botande.[6]

Om vi tittar mer ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och tar hjälp av MeSH[7] så anges där att det är en medicinsk disciplin som ägnar sig åt orsaker till samt diagnos, förebyggande och behandling av psykiska sjukdomar.

Inom begreppet ryms alltså dels en bredare tolkning som omfattar ett brett vetenskapsområde och dels en snävare tolkning som specifikt syftar på en medicinsk disciplin, och egen specialitet, för bl.a. läkare och sjuksköterskor.

[5] I texten används omväxlande begreppen ”vi” och” utredningen” om vår egen utredning. När det handlar om andra utredningar anges dessa vid namn.
[6] Svenska Akademiens ordböcker, *Psykiatri*.
[7] Svensk MeSH är en översättning av MeSH (Medical Subject Headings), som är den kontrollerade vokabulär som produceras och underhålls av NLM (U.S. National Library of Medicine). MeSH används i databaserna PubMed, SveMed+ och Cochrane Library, se mer på https://mesh.kib.ki.se/info/om-webbplatsen.

Diagnostik inom psykiatri

I Sverige används International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) generellt vid diagnostik inom hälso- och sjukvården. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) används främst inom forskning och inom den specialiserade psykiatrin.

Första linjens psykiatri

Första linjens psykiatri är ett begrepp som används alltmer men inte har någon tydligt fastslagen definition, utan kan innebära olika saker i olika kontexter. Gemensamt är dock att det avser den del av vården som är avsedd att vara den instans som först tar emot den som söker hjälp vid psykisk ohälsa. Det vill säga vård på primärvårdsnivå, oavsett hur den är organiserad.

Det är utredningens förståelse att begreppet i hög grad vuxit fram inom vården av barn och unga. Socialstyrelsen konstaterar bl.a. att:

> … antalet barn och ungdomar som behandlas inom psykiatrin respektive med antidepressiva läkemedel har ökat och fortsätter att öka. För att möta dessa behov har många kommuner och regioner de senaste åren arbetat med att bygga upp en så kallad första linje, alltså en psykiatrisk primärvård för unga. Första linjen finns organisatoriskt mellan den generella nivån (de insatser som erbjuds alla barn och unga) och nivån för specialistinsatser, vilket gör att de kan erbjuda vård och stöd till barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Detta är således första linjen för barn och ungas psykiska hälsa. Första linjen är den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att vara den instans som först tar emot barn och ungdomar – eller familjer som söker hjälp för att ett barn mår dåligt – oavsett om orsakerna till problemet är psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska.[8]

Begreppet används dock även för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa som tillhandahålls till övriga befolkningen (dvs. vuxna och äldre). Till exempel beskriver flera regioner i sina förfrågningsunderlag för hälso-/vårdcentraler att uppdraget innebär att vara första linjen för patienter med psykisk ohälsa.

[8] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019, s. 29.

Specialiserad vård och specialiteter inom psykiatri

Som angetts ovan är psykiatri en egen medicinsk disciplin. Liksom för all vård gäller vid psykisk ohälsa att primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.[9] När det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens för den psykiska hälsan är det i stället den specialiserade psykiatriska vården som ska svara för åtgärderna. Såväl för läkare som för sjuksköterskor finns det statligt reglerade specialiteter inom psykiatri.

Specialistläkare, psykiatri

I Socialstyrelsens målbeskrivning (2015) för samtliga specialiteter anges de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ST-läkaren ska utveckla under specialiseringstjänstgöringen, och hur de förväntas ta sig uttryck i den specialistkompetenta läkarens yrkesutövning.[10] Där anges bl.a. att specialiteten psykiatri karaktäriseras av utredning, bedömning, diagnostik, behandling och uppföljning samt omvårdnad och rehabilitering vid psykiska sjukdomar hos vuxna, där svårighetsgraden är av sådan art att den kräver specialistpsykiatrins samlade resurser.

Begreppet psykisk sjukdom avser här även personlighetsstörning och beroendetillstånd. Det innebär en psykisk dysfunktion med lidande eller funktionsinskränkning, eller både och. Specifika delmål betonar nödvändig kunskap om samordning och uppföljning av patienter över lång tid, kombination av psykofarmakologiska och psykosociala insatser i samarbete med andra yrkesgrupper och brukarorganisationers roll som resurs.

Psykiatri är en basspecialitet till grenspecialiteten rättspsykiatri. Noteras bör att barn- och ungdomspsykiatri är en egen basspecialitet. Givet utredningens fokus på de över 18 år (se avsnitt 2.3.3) utvecklas inte den vidare här.

[9] 2 kap. 6 § *hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30) (HSL). Obs. lydelsen gäller fr.o.m. den 1 juli 2021.
[10] Socialstyrelsen, *Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2015*, 2015.

Specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård

Av examensbeskrivningen framgår att studenten ska

- visa förmåga att observera, bedöma, åtgärda och utvärdera komplexa vårdbehov,
- visa förmåga att möta människor i kris, och
- visa sådan kunskap och färdighet som krävs för att medverka i behandling, habilitering och rehabilitering inom psykiatrisk vård och omsorg.

Psykiatrisk omvårdnad tar utgångspunkt i att alla människor har möjligheter att växa och utvecklas. Vidare att alla personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionsnedsättningar har rätt till kvalitativt god och säker personcentrerad vård som stödjer personens oberoende och självständighet. Omvårdnad inom psykiatrisk vård innebär insatser som syftar till att stärka personens känsla av att ha kontroll över sitt liv, förmåga att hantera känslor av meningslöshet, utveckla strategier, lära sig att hantera sin sjukdom och dess konsekvenser, samt formulera rimliga livsmål och uppnå personlig utveckling. I psykiatrisk omvårdnad betonas hälsoprocesser ur ett helhetsperspektiv liksom de livsförhållanden och levnadsvillkor som bidrar till hälsa.[11]

2.2.2 Psykologi

Enligt Svenska Akademiens ordlista betyder psykologi vetenskapen om själslivet i vid mening; själsliv; psykisk natur; människokännedom. I Svensk ordbok anges att psykologi är läran om själslivet, dvs. om människors upplevelser, känslor, beteenden och tankar i allmänhet.

Om vi även här i stället tar hjälp av svensk MeSH för ordets betydelse ur hälso- och sjukvårdsperspektiv, så anges där att psykologi är läran om psykiska processer och beteendet hos människor och djur.

[11] Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, inriktning psykiatrisk vård*, 2014.

Psykolog

En psykolog i sin tur är en specialist i psykologi. I Sverige motsvarar en psykologexamen fem års heltidsstudier. Utöver examen är tolv månaders praktisk tjänstgöring i psykologarbete (PTP), under handledning, ett krav för legitimation. Sedan 1994 gäller titelskydd för legitimerade psykologer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Psykologers kompetens innebär sammanfattningsvis att på vetenskaplig grund arbeta med människors beteenden, tankar, känslor och relationer. Det kan handla om bedömning, utredning och diagnostik samt psykologisk behandling, exempelvis psykoterapi.

Psykologer är också verksamma inom många andra områden än hälso- och sjukvården, t.ex. inom idrottsvärlden, kriminalvården och Arbetsförmedlingen, samt med handledning och rådgivning i personalgrupper och med att utveckla organisationer.

2.2.3 Socialpsykiatri

Någon allmän fastslagen definition av begreppet socialpsykiatri finns inte. I praktiken har begreppet (efter Psykiatrireformen på 1990-talet) kommit att användas som ett samlande begrepp för den verksamhet för personer med psykiska funktionsnedsättningar som kommunernas socialtjänst bedriver. Det vill säga en kommunal form av öppen vård för personer med psykiska funktionsnedsättningar.[12]

Detta reflekteras i att Socialstyrelsen vanligen delar upp socialtjänstens områden enligt följande: äldre, LSS – barn, LSS – vuxna, barn och unga, våld i nära relation – vuxna, socialpsykiatri, missbruk och ekonomiskt bistånd.[13]

[12] Uppsala Kommun, *Socialpsykiatri – Utredning, kartläggning och analys av verksamhetsområdet socialpsykiatri, Uppsala kommun* 2015, 2016, s. 7; Malmö stad, *Handlingsplan för Socialpsykiatrin*, 2019, s. 5.
[13] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2017 Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialpsykiatri) Guide för att tolka resultaten*, 2017, s. 18.

2.2.4 Psykologisk behandling

Socialstyrelsens termbank

Enligt Socialstyrelsens termbank ingår ”Psykologisk och psykosocial behandling” i åtgärdsgruppen behandling i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och innebär behandling i form av verbal och icke verbal kommunikation. Det utesluter:

- olika former av test som ingår i utredning
- information och undervisning.

Det kan noteras att åtgärdsgruppen ”behandling” i KVÅ avser åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Exempel på behandling är läkemedelsbehandling, medicinteknisk behandling, funktions- och aktivitetsträning, manuell behandling, psykologisk och psykosocial behandling och förebyggande behandling.

Allmänspråkligt

Ur ett mer allmänspråkligt perspektiv kan också sägas att psykologisk behandling är ett samlingsnamn för olika metoder som är grundade på psykologin som vetenskap. Den mest kända är psykoterapi.

Psykoterapi är en behandlingsmetod som oftast innebär att man pratar med en psykolog eller psykoterapeut. Det finns även andra yrkespersoner som erbjuder samtalsbehandling i sjukvården. Läkare, kuratorer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor är några. Eftersom det finns så många olika yrkespersoner som arbetar med detta används ibland begreppen ”behandling” och ”behandlare”.[14]

2.2.5 Psykoedukation/psykopedagogik

De bägge begreppen psykoedukation och psykopedagogik används ofta på ett sinsemellan utbytbart sätt. Det finns ingen definition av begreppen i Svenska Akademiens ordböcker och termerna finns inte heller med i svensk MeSH.

[14] 1177 Vårdguiden, *Psykoterapi och psykologisk behandling*, 2020.

Socialstyrelsen beskriver det som att psykoedukation innebär att lära sig mer om svårigheter och diagnoser. När en person får mer kunskap om och förstår varför olika saker och situationer känns svåra blir det lättare att hantera dem.[15]

Enligt Natur & Kulturs Psykologilexikon är den svenska termen psykoedukation en direktöversättning av den engelska, och eftersom ”education” i den här betydelsen vanligen översätts med ordet pedagogik och ”educative” med pedagogisk, förekommer också varianten psykopedagogik på svenska. En vanlig term är sålunda psykopedagogiskt program för en speciell utformning av psykoedukation. Själva innebörden i begreppen beskrivs som följer:

> Psykoedukation/psykopedagogik avser riktad information i olika former till personer med psykiska eller sociala problem, vanligen också till deras familjer, om problemens natur. Psykopedagogisk rådgivning […] kan också gälla problem och svårigheter som uppstår i samband med olyckshändelse och allvarlig sjukdom.
>
> Det ingår träning enligt beteendeterapeutiska principer i att hantera vardagliga situationer på ett konstruktivt sätt. [...]
>
> Objektiv kunskap ska hos patienter och familjemedlemmar kunna ge upphov till ett sakligare sätt att se på deras egna reaktions- och handlingssätt. Det ska kunna minska oro och ångest och ge en bas för behandling med andra metoder.[16]

2.2.6 Psykosocialt omhändertagande och stöd

Allmänspråkligt avser begreppet psykosocial det som rör samspel mellan psykologiska och sociala förhållanden t.ex. i arbetslivet.[17]

Psykosocialt omhändertagande är enligt Socialstyrelsens termbank psykologiskt, psykiatriskt och socialt stöd som ges till drabbad för att förebygga negativa efterverkningar.

[15] Socialstyrelsen, *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Behovs- och problemanalys avseende god vård*, 2019.
[16] Natur & Kulturs Psykologilexikon, *psykoedukation.*
[17] Svenska Akademiens ordböcker, *psykosocial.*

2.2.7 Stegvis vård

Det finns ingen helt vedertagen definition av begreppet stegvis vård, även om detta är ett begrepp som återkommer i många riktlinjer, både i Sverige och internationellt (t.ex. i England och Norge, se kap. 4).

Grundprincipen kan dock sägas vara att man anpassar behandlingens intensitet efter patientens behov, dvs. ger vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON-principen). Om det behandlingssteg man gick in på inte ger resultat, rör man sig till ett annat steg av tillgängliga insatser. Olika modeller kan dock ha varierande antal steg, varierande modaliteter (t.ex. föreläsning, grupp, självhjälp, individuell behandling) och varierande innehåll (t.ex. *watchful waiting*,[18] KBT, problemlösning, farmakologisk behandling).

Olika tillämpningar av principen kan innebära antingen att patienten konsekvent börjar med de insatser som har lägst intensitet (såsom självhjälp eller vägledd självhjälp), eller att det alltid görs en individuell bedömning och sedan fattas beslut om vilken nivå av insatser patienten startar på. Genom att hjälpa personer på lägsta effektiva nivå är avsikten också att frigöra mer tid för behandling av dem som har behov av mer högintensiva insatser.

I svensk kontext finns flera verksamheter som arbetar utifrån modeller av stegvis vård. En välkänd sådan verksamhet är Gustavsbergs vårdcentral i Region Stockholm. Vårdcentralen är sedan 2014 också kompetenscentrum för psykisk ohälsa i regionen, och tillhandahåller bl.a. utbildningar i stegvis vård.[19]

Flera andra regioner arbetar också enligt varianter av stegvis vård, eller är på väg att utveckla strukturer för det. Ett aktuellt exempel, där regionstyrelsen har beslutat att utveckla en liknande modell för hela regionen, är Uppsala.[20] Även i Västra Götalandsregionen (VGR) organiserar man arbetet enligt en modell för stegvis vård,[21] och i Region Gävleborg pågår utveckling av en lokal modell grundad på konceptet.[22]

[18] På svenska används begreppet ”aktiv expektans”.
[19] Se vidare och ta del av utbildningsmaterial: https://www.kompetenscentrumpsykiskohalsa.se/utbildning/stegvis-vard/en-stegvis-vardmodell/.
[20] I mars 2020 uppdrog regionstyrelsen åt regiondirektören att genomföra rekommendationerna i rapporten *Förbättra psykisk hälsa för vuxna*. Slutrapporten och övriga handlingar finns att hämta här (se ärende 59/20 Förbättrad psykisk hälsa för vuxna): https://opengov.360online.com/Meetings/regionuppsala/Meetings/Details/365470?agendaItemId=213155.
[21] Möte med Lise-Lotte Risö Bergerlind m.fl. från VGR, 2020-09-10.
[22] Region Gävleborg, *Vårdlinjearbetet PV/VUP*, 2020.

2.2.8 Hälsolitteracitet

Begreppet hälsolitteracitet avser individers förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor.[23]

2.2.9 Civila samhället

Det civila samhället definieras som en arena, skild från staten, marknaden och det enskilda hushållet, där människor, grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen. Inom det civila samhället verkar bl.a. ideella föreningar, stiftelser och registrerande trossamfund men även nätverk, upprop och andra aktörer.[24]

2.3 Avgränsningar

För att få brett genomslag i arbetet med att bemöta den psykiska ohälsan i befolkningen krävs en systemsyn på området, och ett gemensamt samhällsåtagande som sträcker sig över flera olika sektorer. Vårt utredningsuppdrag handlar dock specifikt om primärvårdens roll i arbetet med psykisk ohälsa. Det rör sig alltså om en delmängd av hälso- och sjukvårdens arbete inom området, som i sin tur är en delmängd av hela samhällets åtagande.

För att ringa in den målgrupp som omfattas av insatserna, samt möjliggöra ett effektivt utredningsarbete utifrån de frågor som ställs i direktiven, har utredningen inledningsvis fastställt avgränsningar för arbetets genomförande.

Våra förslag och bedömningar utgår från primärvårdens oavgränsade uppdrag när det gäller sjukdomar, ålder och patientgrupper. De avgränsningar som presenteras i det följande innebär dock att vi i utredningsarbetet inte har gjort specifika analyser av dessa grupper, eller hur deras behov särskilt ska mötas inom ramen för vårt uppdrag.

Värt att lyfta i detta sammanhang är den pågående pandemin och dess relevans för frågor relaterade till omhändertagandet av befolkningens psykiska ohälsa. Det är inte möjligt för utredningen att göra en fullödig analys av pandemins påverkan på den psykiska ohälsan,

[23] Svensk MeSH.
[24] Prop. 2009/10:55, *En politik för det civila samhället*, Kulturutskottets betänkande 2009/10:KrU7, *En politik för det civila samhället* samt rskr. 2009/10:195.

framför allt med hänsyn till att den fortfarande är pågående och dess effekter på den psykiska hälsan är ofullständigt kända.

2.3.1 Specialiserad hälso- och sjukvård

Specialiserad psykiatrisk vård

Den primära avgränsningen består i att utredningen ska utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser *inom primärvården*. Med primärvård avses, fr.o.m. den 1 juli 2021, då en ny definition träder i kraft, hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar, enligt kommande lydelse, för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.[25] Primärvården kännetecknas alltså av att verksamheten är beroende av flera olika generalistkompetenser. Den specialiserade vården, som enbart regionen är huvudman för, kännetecknas i stället av behov av insatser av professioner med olika specifika specialistkompetenser. Hälso- och sjukvårdsverksamhet som baseras på sådan specialistkompetens, dvs. den specialiserade psykiatrin, utgör en avgränsning för utredningens uppdrag.

Psykiatrisk tvångsvård

En del av den specialiserade psykiatriska vården utgörs av tvångsvården på området. Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) ger samhället befogenheter att, när särskilda rekvisit i lagen är uppfyllda, ingripa och vårda under tvång när någon bedöms vara i stort behov av psykiatrisk vård men sådan vård inte tas emot frivilligt. Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) avser vård som ges efter att domstol har beslutat om rättspsykiatrisk vård som en påföljd vid brott, samt bl.a. i samband med anhållan, häktning m.m. En av flera förutsättningar för att tvångsvård med stöd av någon av nämnda lagar ska vara aktuellt är, förutom att samtycke till frivillig

[25] Se även kap. 5 där ändringen beskrivs. För nuvarande definition av primärvård, se 2 kap. 6 § HSL.

vård saknas, att den vårdade personen bedöms lida av en allvarlig psykisk störning.

Allvarlighetsgraden på den psykiska ohälsa som är i fråga när tvångsvård är aktuellt, innebär inkludering av specialistkompetens på området. Det är också uppenbart att allvarlig psykisk störning inte faller inom ramen för lättare psykisk ohälsa. Den psykiatriska tvångsvården utgör naturligt en avgränsning i utredningens arbete.

2.3.2 Socialtjänst

Missbruksvård

Vård som ges till personer med missbruksproblematik inkluderar inte alltid ett samtidigt behov av omhändertagande av annan psykisk ohälsa. Att socialtjänstens missbruksvård här omnämns beror dock på att samsjuklighet i form av både psykisk ohälsa och beroendeproblematik är vanligt förekommande.[26]

Kommunen genom socialtjänsten har ett övergripande ansvar för att alla i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Avseende personer med missbruksproblematik har socialnämnden en särskild skyldighet att aktivt tillse att den enskilde får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket.[27] När missbruket är så allvarligt att det finns skäl för tvångsvård, ska socialnämnden ansöka om sådan vård hos allmän förvaltningsdomstol. Flera rekvisit ska vara uppfyllda för att tvångsvård med stöd av lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska vara aktuellt, men möjlighet för socialtjänsten att vårda en enskild med tvång p.g.a. ett missbruk, finns bl.a. när denne till följd av missbruket utsätter sin psykiska hälsa för allvarlig fara. Eftersom socialtjänstens ansvarsområde faller utanför utredningens uppdrag, utgör dess missbruksvård en avgränsning.

Regionen har ett ansvar för behandling av skadligt bruk eller beroende.[28] Regioner och kommuner har således ett delat ansvar gällande missbruk och beroende. Detta delade huvudmannaskap som aktualiseras för människor med både psykisk ohälsa och missbruks- eller beroendeproblematik, är under översyn. I juni 2020 tillsatte reger-

[26] Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019.
[27] 5 kap. 9 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL).
[28] Jfr 8 kap. 1 § HSL.

ingen en utredning med uppgift att se över hur insatser för dessa personer kan ske mer samordnat. Uppdraget för utredningen, som tagit namnet Samsjuklighetsutredningen, beskrivs i avsnitt 2.4.3. Samsjuklighetsutredningens pågående arbete motiverar ytterligare att missbruksvården som sådan utgör en avgränsning i vårt arbete.

Socialpsykiatri

Också för personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykiskt funktionshinder har socialtjänsten ett särskilt ansvar. Insatser kan ges med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), i båda fallen efter en behovsbedömning. Eftersom socialtjänstens ansvarsområde inte ryms i utredningens uppdrag är socialpsykiatrin en avgränsning.

I sammanhanget kan dock noteras att kommunen också är ansvarig för att tillhandahålla hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå (förutom läkarinsatser) för de som efter beslut av kommunen bor i särskilt boende enligt SoL eller i bostad med särskild service enligt LSS och för de som vistas i sådan dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § SoL.

I augusti 2020 lämnade utredningen Framtidens socialtjänst sitt betänkande Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag (SOU 2020:47) med förslag som tillsammans avser att skapa förutsättningar för just en hållbar socialtjänst. Betänkandet bereds inom Regeringskansliet.

2.3.3 Barn

FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, gäller som svensk lag sedan den 1 januari 2020.[29] Med barn enligt konventionen avses varje människa under 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet.[30] Att 18 år är gränsen för myndig i Sverige anges i föräldrabalken (FB).[31]

Det är inte ovanligt att det i olika sammanhang talas om ”barn, unga och vuxna” eller liknande. Inom hälso- och sjukvården kan begreppet unga användas, eftersom vissa verksamheter riktar sig till

[29] Lag (2018:1197) *om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*.
[30] *Barnkonventionen*, art. 1.
[31] 9 kap. 1 § FB.

människor i övergången mellan barn och vuxen. Det finns dock ingen gemensam generell åldersdefinition av ”ung”, utan alla människor är i formell mening att betrakta som antingen barn eller vuxna.

Någon uttrycklig angivelse i våra direktiv om att barn inte omfattas av vårt uppdrag finns inte. I avsnitt 2.4.3 redogörs för den utredning som ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, inklusive barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen ska enligt sina direktiv utgå från och samordna sina förslag med vår utredning. I samråd mellan vår och denna nämnda utredning har konstaterats att deras uppdrag, som specifikt avser barn och unga, innebär att barn naturligt utgör en avgränsning för vår utredning.

Som en följd av att barn är en avgränsning gör utredningen inte särskilda analyser eller bedömningar i fråga om verksamheter som elevhälsa och ungdomsmottagningar, som företrädesvis riktar sig till barn eller unga vuxna i övergången från barn till vuxen. Detsamma gäller barn- och ungdomspsykiatrin, som dessutom utgör en avgränsning genom att vara specialiserad vård.

2.4 Utgångspunkter samt närliggande uppdrag och utredningar

2.4.1 Utgångspunkter

Våra analyser, samt de förslag och bedömningar vi lämnar, utgår från det ansvar primärvården redan i dag har för psykisk ohälsa, och innebär inte någon ändring i detta avseende. En tydlig utgångspunkt är att primärvården ska omhänderta det som faller inom ramen för hälso- och sjukvårdens ansvar, inte något annat. Primärvården ska endast svara för behov av hälso- och sjukvårdstjänster[32] och vi avser inte att flytta gränserna för vad som utgör hälso- och sjukvård.

Viktigt att poängtera är också att detta betänkande ska läsas tillsammans med de förslag och bedömningar vi lämnat tidigare i vårt utredningsarbete.[33] Resonemangen och förslagen i våra tidigare betänkanden är förstås tillämpbara också på psykisk ohälsa. När en god

[32] Se t.ex. beskrivningen av primärvårdens grunduppdrag som närmare redogörs för i kap. 5.
[33] SOU 2017:53, *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan* och SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

och nära vård för psykisk ohälsa analyseras och diskuteras ska resonemangen i detta betänkande således inte läsas isolerat, utan tillsammans med tidigare lämnade förslag och bedömningar från utredningen.

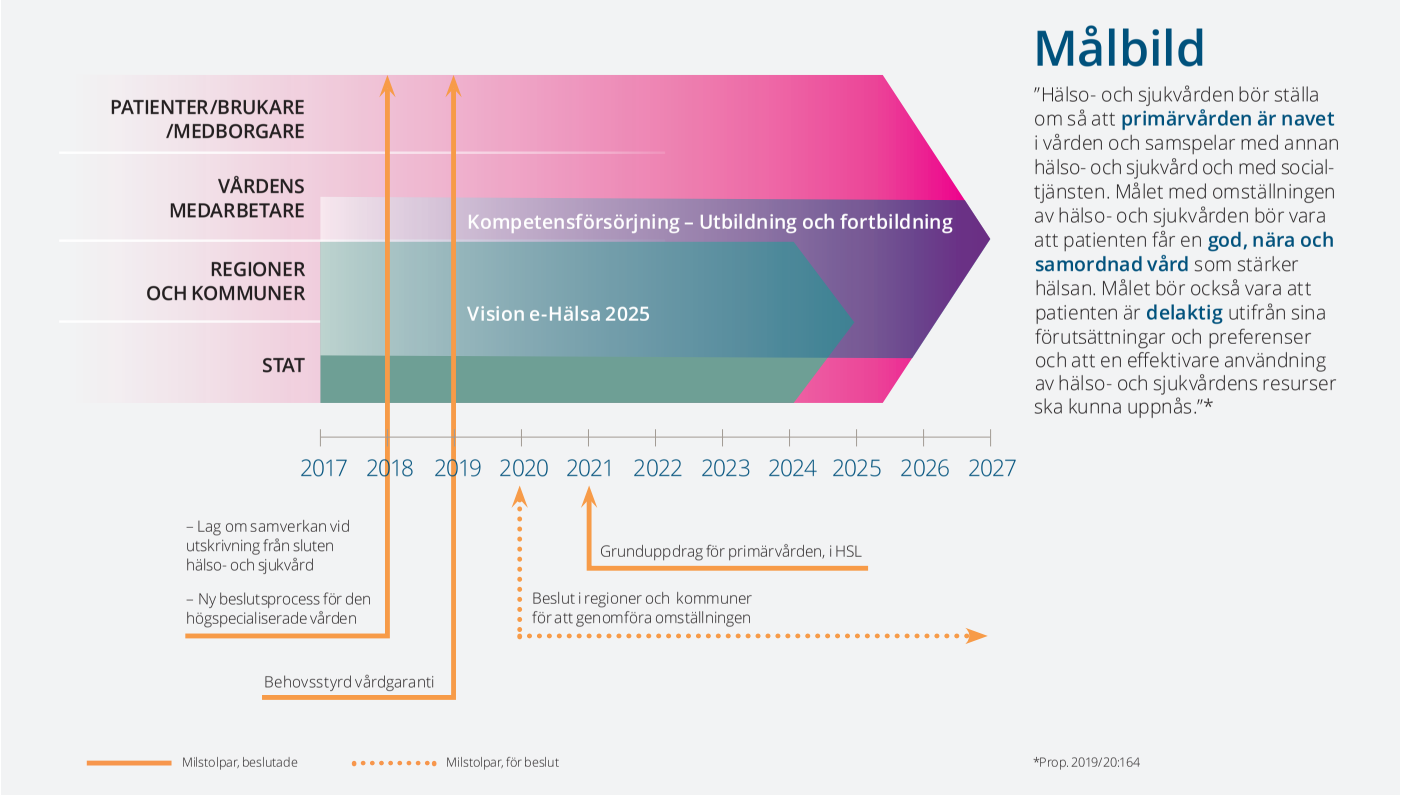
Redan i utredningens första delbetänkande presenterade vi en färdplan och målbild för omställningen till god och nära vård. Detta var vårt sätt att visualisera resan från en hälso- och sjukvård historiskt fokuserad på akuta insatser, och därmed på akutsjukhusvård, till en personcentrerad, integrerad hälso- och sjukvård med primärvården som nav. En tydlig avsikt var också att visa på behovet av en gemensam målbild för alla aktörer i systemet. Vi avsåg illustrera att för att förändra svensk hälso- och sjukvård räcker det inte att fatta beslut om lagändringar på statlig nivå. Här krävs också beslut fattade av huvudmännen, regioner och kommuner, på lokal nivå. Vi ville visa att omställningen måste förväntas ta tid, och la en tidsperiod om tio år på vår tidslinje. Färdplanen fördjupades i vårt andra delbetänkande, mycket grundat på de inspel som inkom i vårt första betänkandes remissrunda. Vi valde också att i bilden lyfta in två aspekter som vi inte har i vårt uppdrag att särskilt adressera, men som vi ser som avgörande för omställningens framgång; frågor om bemanning och kompetensförsörjning samt digitaliseringens möjligheter, uttryckt som Vision e-Hälsa 2025.

I vårt fjärde betänkande, vårt huvudbetänkande, utvecklade vi resonemangen inte minst gällande uppföljningen av omställningen i förhållande till målbilden och färdplanen, men ändrade inte något ytterligare i den. I och med riksdagens beslut om en primärvårdsreform,[34] justerar vi målbilden i enlighet med den av riksdagen beslutade lydelsen. Till följd av att Socialstyrelsen fått uppdrag att utveckla uppföljningen av omställningen justerar vi färdplanen vad gäller uppföljningstillfällen (se figur 2.1).

Vi vill betona att vi aldrig i utredningens arbete skiljt den fysiska hälsan från den psykiska hälsan, utan alltid utifrån ett personcentrerat synsätt i våra förslag sett till hela människans hälsa. Målbilden och färdplanen är därför lika giltig för resonemangen i detta betänkande som i de tidigare.

[34] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

Figur 2.1 **Målbild och färdplan – från akutsjukhus till nära vård**



2.4.2 Närliggande uppdrag

Folkhälsomyndigheten

Via dialog sprida kunskap till allmänheten

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att inrätta en funktion för psykisk hälsa och suicidprevention vid myndigheten. Funktionens roll ska vara att sprida kunskap om psykisk hälsa och suicid till allmänheten samt föra dialog med allmänheten inom området. Funktionen ska i huvudsak inrättas i enlighet med Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdraget om att lämna förslag på hur en sådan funktion kan inrättas vid myndigheten. Vid funktionen, som ska organiseras som en särskild verksamhet inom myndigheten, ska det finnas en företrädare för psykisk hälsa som ska fungera som talesperson för funktionens verksamhet. Arbetet med inrättandet av funktionen ska genomföras i dialog med berörda myndigheter och andra relevanta aktörer. Arbetet vid funktionen startade den 1 januari 2021.[35]

Inkomma med underlag inför en nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Tillsammans med Socialstyrelsen har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att i nära samverkan med ett stort antal andra statliga myndigheter inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.[36] Strategin avser att ersätta den tidigare strategin inom området psykisk hälsa.

Samtliga i uppdraget inkluderade myndigheter ska dels göra en individuell analys av nuläget samt av de långsiktiga behoven inom det egna verksamhetsområdet, inklusive en bedömning av resultatet av genomförda och pågående insatser och hur dessa kan utvecklas, dels göra en gemensam analys samordnad av Folkhälsomyndigheten och

[35] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att inrätta en funktion för psykisk hälsa och suicidprevention*, 2020.

[36] Myndigheterna som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ska samverka med är Arbetsmiljöverket, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg, Jämställdhetsmyndigheten, Kriminalvården, Läkemedelsverket, Migrationsverket, Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Polismyndigheten, Sametinget, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statens institutionsstyrelse, Statens medieråd, Statens skolverk, Trafikverket och Vetenskapsrådet.

Socialstyrelsen. I den individuella analysen ska myndigheterna, inom sina respektive verksamhetsområden, identifiera områden som bör prioriteras i en nationell strategi, analysera målgrupper som berörs av uppdraget och i förekommande fall peka på utvecklingsbehov inom det egna verksamhetsområdet i frågor som berör psykisk hälsa och suicidprevention. Utifrån de individuella analyserna och bedömningarna ska Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, tillsammans med de övriga myndigheterna, samordna framtagandet av en gemensam analys. I det ingår att lämna ett samlat förslag till strategi med mål och prioriteringar för området samt indikatorer för uppföljning liksom att föreslå hur ett eventuellt uppföljningssystem kan förvaltas och administreras på ett kostnadseffektivt sätt. Myndigheterna ska även lämna förslag på hur de kan komma att stödja genomförandet och uppföljningen av den föreslagna strategin. De individuella myndighetsanalyserna ska redovisas till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen senast den 1 september 2021. Uppdraget ska sedan slutredovisas av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen senast den 1 september 2023.[37]

Utreda behovet av en nationell stödlinje

I juli 2020 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje. Stödlinjen ska rikta sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet och till deras anhöriga och närstående. Om Folkhälsomyndigheten bedömer att det behövs en sådan nationell stödlinje, ska myndigheten lämna förslag på hur den kan organiseras och definiera dess verksamhet. Uppdraget ska genomföras i samverkan med Socialstyrelsen och dialog ska föras med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), regioner och kommuner, patient-, brukar- och anhörigorganisationer, det civila samhället och representanter för de nationella minoriteterna. Samråd ska också ske med relevanta aktörer som t.ex. Inera och 1177 Vårdguiden.

I sin kartläggning av behovet av en stödlinje ska Folkhälsomyndigheten beakta de redan etablerade stödlinjerna och analysera den nya stödlinjens roll i relation till dessa. Folkhälsomyndigheten ska i sitt arbete också se över hur stödlinjen förhåller sig till myndighetens

[37] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2020.

övriga arbete inom området, bl.a. den särskilda funktion som har inrättats vid myndigheten (se ovan). Uppdraget har, utöver nedläggningen av Nationella Hjälplinjen, sin bakgrund i den pågående pandemin och de konsekvenser för människors psykiska hälsa och välmående som denna kan komma att innebära. Med ökad psykisk ohälsa relaterat till pandemin, kan mer lättåtkomliga stödåtgärder behövas och den eventuella stödlinjen utgöra en sådan stödinsats. Folkhälsomyndigheten ska redovisa sitt uppdrag senast den 30 januari 2021.[38]

Följa, utvärdera och stödja regioner och kommuner när de genomför insatser inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR om psykisk hälsa

Tillsammans med Socialstyrelsen har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att i nära samverkan följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023. Myndigheterna ska följa utvecklingen och utvärdera resultaten av insatserna i kommuner och regioner i förhållande till de syften och den inriktning som anges i överenskommelsen mellan staten och SKR 2020, om insatser för att stärka psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa. Vidare ska myndigheterna stödja kommuner och regioner i deras arbete med att genomföra insatserna.

Uppföljningen, utvärderingen och stödet från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ska komplettera det SKR gör, i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse och i mindre grad på process. Arbetet ska ske i dialog med SKR, kommuner, regioner, berörda myndigheter, patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt övriga aktörer som myndigheterna finner relevanta för uppdraget. Årliga lägesrapporter ska lämnas till regeringen och en delrapport lämnades i september 2020. Slutredovisning ska ske den 30 september 2024.[39]

[38] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående*, 2020.
[39] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023*, 2020.

Socialstyrelsen

Som framgått ovan har Socialstyrelsen flera pågående uppdrag inom området psykisk hälsa tillsammans med bl.a. Folkhälsomyndigheten. Några andra relevanta uppdrag presenteras nedan.

Implementering av de nationella riktlinjerna avseende ohälsosamma levnadsvanor – för personal som möter personer med psykisk ohälsa

Socialstyrelsen har sedan december 2017 i uppdrag att i samverkan med professionsorganisationerna stödja genomförandet av nationella riktlinjer för förebyggande och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor i hälso- och sjukvården. Uppdraget ska i delar som rör genomförandet av förebyggande insatser i relevanta överenskommelser ske i samråd med SKR. I uppdraget ingår även att fördela medel till professionens organisationer för insatser som ska stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2022.[40]

Förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor vid psykisk ohälsa inom primärvården

I mars 2018 fick Socialstyrelsen i uppdrag att, i nära samverkan med berörda verksamheter och SKR, stödja, analysera och utvärdera utvecklingsarbete i primärvården för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor hos personer med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen lämnade för detta ändamål statsbidrag till regionerna och fördelade för 2020 totalt 15 miljoner kronor till dessa. Satsningen avsåg åren 2018–2020. Slutredovisning ska lämnas av myndigheten senast den 31 mars 2021.[41]

[40] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för att förebygga kroniska sjukdomar*, 2017.
[41] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag om utvecklingsarbete i primärvården för att vid psykisk ohälsa förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor,* 2018.

Motverka ofrivillig ensamhet bland äldre

Med stöd av förordning (2019:474) om statsbidrag för insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre personer delar Socialstyrelsen ut statsbidrag till ideella föreningar med syftet att förebygga och bryta ensamhet och isolering bland äldre.[42] Bidrag får lämnas för anordnande av aktiviteter som bidrar till gemenskap och stimulans bland äldre, skapande av mötesplatser för äldre och kontaktytor mellan äldre och yngre personer och åtgärder som möjliggör att fler äldre kan engagera sig ideellt eller delta i verksamheter som anordnas ideellt. Bidrag får även lämnas för andra åtgärder som bidrar till att förebygga och bryta ensamhet och isolering bland äldre personer.[43]

Suicidprevention i hälso- och sjukvård samt socialtjänst

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram och sprida kunskap som kan stödja hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens arbete med att förebygga suicid. Socialstyrelsen ska även ta fram och sprida kunskap för att stödet till personer som förlorat en anhörig eller närstående i suicid ska kunna stärkas. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2022 och en delrapportering av uppdraget ska ske årligen senast den 30 november.[44]

Universitetskanslersämbetet

Kartlägga universitets och högskolors arbete med studenthälsovård

I november 2019 fick Universitetskanslersämbetet (UKÄ) i uppdrag av regeringen att göra en kartläggning av universitets och högskolors arbete med studenthälsovård. Varje universitet och högskola ansvarar för att studenterna vid lärosätet har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studen-

[42] För närmare precisering vilka ideella föreningar och stiftelser, se 5 och 5 a §§. Insatserna ska huvudsakligen rikta sig till personer över 62 år, 1 §.
[43] Regeringskansliet (Kulturdepartementet), *Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende anslag 13:5 Insatser för den ideella sektorn*, 2019.
[44] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande*, 2019.

ternas fysiska och psykiska hälsa.[45] Studenthälsovården förväntas således omhänderta psykisk ohälsa i viss uträckning. I UKÄ:s uppdrag ingick bl.a. att belysa studenternas tillgång till studenthälsovård och se skillnader i hur den är organiserad på olika universitet och högskolor. Eventuella brister i hur studenthälsovården är organiserad skulle också belysas. Förslag på åtgärder för en mer ändamålsenlig studenthälsovård, inklusive författningsförslag, skulle lämnas vid behov. Uppdraget redovisades i december 2020. Myndigheten gör ett antal bedömningar samt lämnar två förslag; att samarbetet inom studenthälsovården stärks ytterligare genom att ett lärosäte får uppdrag och resurser att nationellt samordna lärosätenas arbete med studenthälsovården samt att insatser görs för att öka den digitala omställningen av studenthälsovården. Avseende det senare förslaget anges bl.a. att en gemensam webbportal till studenthälsovården skulle kunna skapas – studenthälsa.nu – med inspiration från umo.se.[46]

2.4.3 Pågående statliga utredningar

Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05)

I november 2019 tillsattes en utredning som ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.[47] Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga som lider av psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). I direktiven anges att nämnda utredning bl.a. ska utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt, bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, exempelvis genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården samt föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utveck-

[45] 1 kap. 11 § *högskoleförordningen*.
[46] Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet), *Uppdrag att kartlägga studenthälsovården*, 2019, UKÄ, *Studenthälsovården vid Sveriges universitet och högskolor*, 2020.
[47] Dir. 2019:93, *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.

lingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll.

Arbetet med förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Arbetet med att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa ska samtidigt delredovisas. Övriga delar av uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2021.

Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08)

Utredaren ska bl.a. analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet, i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd, kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman, se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman, belysa frågor som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och andra aktörer vars uppdrag berör personer med samsjuklighet och analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 30 november 2021.[48]

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12)

En kommitté i form av en delegation, tillsatt av regeringen i augusti 2020, ska arbeta för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Inriktningen ska vara att korta väntetiderna. Sedan lång tid tillbaka har svensk hälso- och sjukvård haft långa väntetider och bristande tillgänglighet i bred bemärkelse. Därtill kommer de uppskjutna vårdinsatser som den pågående pandemin har förorsakat. Delegationen ska bl.a. stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet, stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter, stödja regionernas och kommunernas arbete

[48] Dir. 2020:68, *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*.

med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård, utreda och lämna eventuella förslag på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden, utreda en utökad vårdgaranti och vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden. Vissa delar av uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2021, andra senast den 15 maj 2022.[49]

2.4.4 Kraftsamling för psykisk hälsa

Kraftsamling för psykisk hälsa bygger på ett initiativ som togs av SKR under 2019 utifrån identifieringen att psykisk hälsa berör alla och att lösningar därför måste vara breda och tvärsektoriella. Kraftsamlingen avser att fungera som en samlande arena för ett långsiktigt och tvärsektoriellt utvecklingsarbete för en bättre psykisk hälsa.[50] Den är öppen för medverkan för alla aktörer, både offentliga och privata. Totalt har cirka 350 organisationer hittills medverkat i kraftsamlingens aktiviteter.[51] Bland deltagarna finns bl.a. representanter från statliga myndigheter, huvudmän, vårdgivare och civila samhället. Kraftsamlingen arbetar inom de tre arbetsområdena ”Ett mer hälsofrämjande samhälle och levnadsätt”, ”Individer rustade för att nå sin fulla potential och välmående” och ”Hållbara stöd till de som behöver”. Målsättningen är att kraftsamlingen och idéerna med densamma ska tillämpas i alla regioner och kommuner.

2.5 Dialogarbetet

2.5.1 Generellt

Som vi beskrivit i tidigare betänkanden har vår utredning i grunden haft ett tvådelat uppdrag. Dels ett traditionellt utredningsuppdrag att ta fram författningsförslag inom utpekade områden. Dels ett uppdrag att bidra till att samordna omställningen av hälso- och sjukvården och föra dialog om, och förankra, utredningens arbete och förslag brett.

[49] Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.
[50] SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa*, 2020.
[51] Morgondagens psykiatri, inspirationsdag 20-10-09 anordnad av NSPH och Riksförbundet Hjärnkoll.

Mot bakgrund av kunskapen att det är avgörande för reformers legitimitet att processerna de tagits fram igenom upplevs som rättvisa och transparenta, har utredningen hela tiden sett detta dialoguppdrag som centralt. Vi har därför från start lagt oss vinn om att arbeta med stor öppenhet och en inkluderande dialog,[52] något som vi hållit fast vid även i detta avslutande uppdrag.

Samtidigt har coronapandemin, som tog sitt grepp om Sverige och världen samtidigt som vi började arbeta med detta uppdrag, påverkat sättet på vilket dialogarbetet har kunnat genomföras. Samtliga möten med referensgrupper samt experter och sakkunniga har fått ställas om till telefon-/videomöten. Vi har inte kunnat resa i landet för att medverka vid olika konferenser och temadagar eller genomföra fysiska verksamhetsbesök på det sätt vi tidigare gjort. I stället har dessa dialoger fått ske via digitala mötesplattformar, telefon och e-post. Detta har dock – tack vare en stor del flexibilitet och det fortsatt stora engagemanget och viljan att bidra som möter oss överallt – fungerat över förväntan. Liksom i andra skeden av utredningen har det också i detta arbete varit en stor bredd i dialogerna. Allt från enskilda individer och medarbetare till företrädare för olika organisationer (för patienter, professioner och andra intresseorganisationer), myndigheter, huvudmän och politiska företrädare på alla nivåer.

Utredningen har också under denna period fortsatt sitt arbete med en kontinuerlig kommunikation via utredningens hemsida och blogg, samt vid några tillfällen tagit in relaterade gästbloggare från patient-/brukarorganisationer samt verksamheter.

I vårt huvudbetänkande inkluderade vi även dialogfrågor kopplade till vårt uppdrag om psykisk ohälsa, som vi välkomnade inspel på. Liksom tidigare när vi använt detta format ledde det till flera inspel och reflektioner såväl från enskilda som olika sammanslutningar av patienter, medarbetare och organisationer. Och liksom tidigare gav det en mycket bred och god belysning av frågorna, ur olika perspektiv.

I detta sammanhang vill vi slutligen också understryka att även om utredningen fullt ut tog sig an uppdraget avseende psykisk ohälsa först efter att vårt huvudbetänkande överlämnats den 1 april 2020, har vi samlat material kring hälso- och sjukvårdssystemet, med fokus

[52] För redovisning av utredningens tidigare dialogarbete, se avsnitt 2.1.3 i SOU 2018:39 *God och när vård. En primärvårdsreform* samt avsnitt 2.2 i SOU 2020:19 *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

på primärvården, sedan utredningens start 2017. I det arbetet har vi givetvis tittat på helheten, dvs. hur man arbetat för att bemöta och förebygga såväl fysisk som psykisk ohälsa.

2.5.2 Referensgrupper samt experter och sakkunniga

Utredningen hade sedan tidigare fem referensgrupper med företrädare för patienter/brukare, professioner, politiska partier (samtliga riksdagspartier), huvudmännen regionerna (i form av hälso- och sjukvårdsdirektörernas nätverk på SKR) och huvudmännen kommunerna (i form av ett nätverk med ett antal kommundirektörer som utsetts av SKR:s kommundirektörsnätverk). Samtliga dessa har kvarstått under detta uppdrag specifikt rörande psykisk ohälsa. Liksom tidigare har vi samlat grupperna cirka två gånger per halvår.

Den grupp med experter och sakkunniga som regeringen utsett till utredningen har kvarstått även under denna del av uppdraget. Gruppen har dessutom utökats med en representant för civilsamhället (Röda Korset) och en representant för psykiatrin.

2.5.3 Patient- och brukarrepresentation

Det finns en tydlig samordningsorganisation för flertalet patient- och brukarorganisationer inom området psykisk ohälsa: Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Utredningen har därför i arbetet med detta betänkande haft NSPH som löpande och primär dialogpart från patient- och brukarrörelsen. Genom NSPH har vi också fått en värdefull kanal in till ett flertal centrala organisationer inom området. Historiskt sett skapades denna organisation (då nätverk) utifrån behovet av att samordna patient-/brukarorganisationerna på området i samband med dåvarande psykiatrisamordnarens arbete i början av 2000-talet (se även avsnitt 3.2.2).

Utöver samverkan med NSPH har vi fört dialog med andra patient-/brukarorganisationer samt enskilda personer med egen patienterfarenhet, bl.a. via vår referensgrupp.

2.5.4 Samverkan med statliga myndigheter och SKR

För detta uppdrag har utredningen haft en kontinuerlig dialog med framför allt Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och UKÄ. De två förstnämnda utifrån deras centrala roller som kunskapsmyndigheter inom folkhälsa respektive hälso- och sjukvård, med flera olika uppdrag inom området psykisk ohälsa. Samverkan med UKÄ har skett utifrån deras uppdrag att kartlägga universitets och högskolors arbete med studenthälsovård (se avsnitt 2.4.2).

Utredningen har liksom tidigare också haft en dialog med SKR, primärt med företrädare för Uppdrag psykisk hälsa, men även med NPO äldre och NPO psykisk hälsa, i det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården.

2.5.5 Relaterade utredningar

Med anledning av detta betänkande har utredningen, i olika former och utsträckning, haft dialog med följande pågående utredningar: S 2019:05 Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, S 2020:08 Samsjuklighetsutredningen, S 2019:02 Fast omsorgskontakt i hemtjänsten och S 2020:12 Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Utredningen har också haft dialog med de tidigare utredarna Mandus Frykman (utifrån betänkandet SOU 2020:24, Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess) och Kerstin Evelius (utifrån betänkandet SOU 2018:90, För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt).

2.5.6 Digitala verksamhetsbesök

Liksom tidigare har utredningen tagit emot inbjudningar, och (digitalt) besökt såväl olika primärvårdsverksamheter från Skåne till Norrbotten, som verksamheter inriktade på specifika områden såsom t.ex. riskbruk. Likaså har vi mött företrädare på mer central och strategisk nivå i olika regioner, samt enskilda medarbetare och forskare inom området. Vidare har vi, utöver mötena med professionsföreträdare i vår referensgrupp, efter inbjudan träffat företrädare för Sveriges Psykologförbund, Sveriges Arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna och Psykoterapeutföreningen inom SSR.

2.6 Samhällskontexten där uppdraget getts

2.6.1 Den historiska synen på kroppens och själens sjukdom

Sjukt och friskt, liv och död, hälsa och sjukvård har engagerat människor i alla tider. Det gäller det kroppsliga, fysiska, det som (ofta) syns på utsidan, men också, och i kanske än högre utsträckning, det som inte är lika lätt att se, definiera, beskriva och sätta etikett på: det själsliga, psykiska. Synen på psykisk hälsa och psykisk sjukdom har varierat över tid och tagit sig ibland oförsonliga och inhumana uttryck med dagens synsätt. Psykisk ohälsa har medfört stigmatisering. Frånvaron av kunskap om psykets sjukdomar och avsaknad av fungerande behandlingsmetoder, tillsammans med föreställningar om bakomliggande orsaker, har ibland öppnat för grymma experiment och ”behandlingar”. Själens mående har illustrerats och beskrivits i olika former i samhället, ofta utifrån kulturell kontext; i litteraturen, musiken, filmen, teatern. Gränsdragningen mellan friskt och sjukt i sinnet, svårigheten att historiskt med fysikaliska mätningar och objektiva fynd klassa sjukt från friskt har öppnat för att det periodvis i samhällen, länder och av regimer varit möjligt att mer eller mindre godtyckligt via diagnoser och etiketter ”medikalisera” det som legat utanför normen.

Det är utifrån detta förståeligt att idéhistoriska strömningar kommit att prägla synen och utvecklingen av den psykiatriska vården kanske mer än den somatiska, och att debatten om den psykiska hälsan och människans välbefinnande återfinns som ett starkt element såväl i äldre tider som i modernismens och postmodernismens tidevarv. Många är skildringarna av såväl själens mående som av synen på vården av psykiatriska tillstånd i olika former de senaste decennierna. Kanske är det också detta som återspeglas i att många av de satsningar som gjorts vad gäller psykisk ohälsa från statligt håll i många länder, inklusive Sverige, ofta präglats av visionära målsättningar och i hög grad utgått från samtids- och omvärldsbevakning.[53]

Vi har redan tidigare i utredningen konstaterat att få frågor engagerar människor så mycket som hälso- och sjukvård, och detta gäller inte minst området psykisk hälsa och ohälsa. Ofta uppfattas gränsdragningen mellan friskt och sjukt, mellan ”normaltillstånd” och patologi, mellan en variation inom det normalas gräns eller ett dia-

[53] SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*.

gnosticerat tillstånd, särskilt svår att göra när det kommer till det psykiska. Denna aspekt har betydelse för vår utredning och det uppdrag vi har. Att försöka hantera frågor om psykisk hälsa och ohälsa utan att respektera och försöka förstå de drivkrafter, den historik och den särskilda komplexitet som präglar och präglat området är utsiktslöst. Det finns en historik, traditioner, förväntningar och en ofta stigmatiserande syn på själens tillstånd som måste vägas in i vårt uppdrag. Det finns en särskild historia att ta sig an för den som vill närma sig området psykisk hälsa på ett personcentrerat sätt.

Ytterligare ökas komplexiteten när vi tar oss an begrepp som *lättare psykisk ohälsa* och *nedsatt psykiskt välbefinnande*. Upplevelsen av det psykiska välbefinnandet är subjektiv, och många gånger relativ till en rad olika faktorer och livsbetingelser. I våra dialoger under utredningens gång har många, i diskussionen om såväl somatisk som psykisk hälsa, återvänt till begreppet KASAM – känslan av sammanhang.[54] Begreppet är centralt i den salutogena teorivärlden. Det utgår från faktorer som bidrar till att människor kan bibehålla eller t.o.m. förbättra hälsan, och beskriver att människor med god förmåga inom vissa områden klarar påfrestningar bättre än de med lägre förmåga inom samma områden. De områden som identifieras som betydelsefulla är Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet. Vi får anledning att återkomma till detta i våra texter, och till nödvändigheten i att utifrån ett salutogent synsätt inte bara inkludera insatser från hälso- och sjukvården när vi beaktar en människas upplevda välmående, utan också den kontext och det sammanhang människan befinner sig i.

2.6.2 Föreningslivets roll

Vi kommer i detta betänkande att diskutera civilsamhällets viktiga roll som samverkanspart till hälso- och sjukvården och inte minst primärvården i regioner och kommuner. Vi har även i tidigare betänkanden lyft behovet av tydligare strukturer för en sådan samverkan.[55] Den psykiska hälsan, och upplevelsen av psykiskt välbefinnande, hänger nära samman med känslan av en meningsfull tillvaro,

[54] Svensk MeSH: *Känsla av sammanhang*, Sense of Coherence: A view of the world and the individual's environment as comprehensible, manageable, and meaningful, claiming that the way people view their life has a positive influence on their health.
[55] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, kap. 7.

och många gånger och för många människor har civila samhället och föreningslivet en avgörande roll att spela. Många är de exempel som påtalats för oss om hur engagemang i en förening skapar sociala kontakter och möjligheter för den som har få sådana. Likaså påtalas den dubbelverkande effekt som ofta uppstår, att nyttan med aktiviteten uppstår både för den som utför och den som omfattas av en sådan insats. Faktorer som på senare år allt tydligare framträtt som viktiga komponenter för att stärka det fysiska och psykiska välmåendet återfinns dessutom inom områden där föreningslivet traditionellt har en stark roll. Ett sådant exempel är fysisk aktivitet, kopplingen mellan ett minskat stillasittande och främjande av hälsa, och idrottsrörelsens verksamheter.

Från föreningslivets sida har under utredningens gång i samband med dialoger och verksamhetsbesök påtalats att man kan se sig ha en större roll, och önskar mer av samverkan, med hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst i frågor kring psykiskt välbefinnande. Att man ibland erbjuder aktiviteter och program för att motsvara av vården beskrivna behov, men inte känner att man får den utväxling eller det genomslag man skulle kunna få, för att man inte når de tänkta målgrupperna. Att det saknas strukturer för samverkan med hälso- och sjukvården. Att man skulle önska en ökad tydlighet i ”vem som gör vad” inom områden där såväl föreningsverksamheten som hälso- och sjukvården och socialtjänsten har aktiviteter på en ort och att bristen på samverkan och samordning kan minska effektiviteten i insatserna, och till och med riskera att skapa förvirring för dem insatserna är till för. Särskilt påtalas också den grupp äldre som har insatser från kommunens socialtjänst i form av hemtjänst, och där möjligheterna att både hitta och ta sig till aktiviteter kan vara begränsade. Ibland finns inte heller lokaler för dessa individer och aktiviteter anpassade för dem på samma sätt som många gånger erbjuds t.ex. i ett särskilt boende. Att stödja dessa individers deltagande i föreningsaktiviteter kan vara ett viktigt sätt att bidra till en meningsfull tillvaro, stärka den psykiska hälsan och minska ensamhetsproblematik. Vi återkommer till detta område i utredningens bedömningar i kap. 6.

2.6.3 Hur står det till med den psykiska hälsan och ohälsan?

Frågan om gränsdragningen mellan allmänt välbefinnande, nedsatt psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa, vilka definitioner, diagnoser och etiketter som ska vara giltiga och vem som har tolkningsföreträde är högaktuell. Det finns en allmänt spridd uppfattning att den psykiska ohälsan ökat de senaste decennierna, men det råder delade meningar om i vilken omfattning, för vilka grupper och hur den förändringen bäst ska beskrivas. Det finns också de som problematiserar om den psykiska ohälsan över huvud taget ökat.[56] Problemen som lyfts är flera. Dels att alltmer av det som förr betraktades som naturliga delar av livet i dag av alltfler upplevs som hälso- och sjukvårdens sak att hantera. Att det har skett en ”medikalisering”, en förändring i hur diagnoskriterier används, vilket gör att allt fler får en diagnos. Men också att det har skett en glidning när det gäller diagnoskriterier så att allt fler också anses uppfylla de uppställda kriterierna. Det har spekulerats i att eftersom särskilda insatser från såväl skola och arbetsgivare som hälso- och sjukvård, liksom möjligheten att ta del av socialförsäkringssystemet, t.ex. sjukskrivning, baseras på diagnossättning, sker en medikalisering av allmänmänskliga tillstånd och adekvata mänskliga reaktioner. Det kan också vara så att även de ersättningssystem som tillämpas i hälso- och sjukvården, och som inte sällan knyts till diagnoser, kan driva mot att fler diagnoser sätts. Från patient- och brukarhåll framhålls att det är viktigt för många människor att få en diagnos, ett kvitto på att ens upplevelse är bekräftad av andra, inte bara en börda för den enskilde att bära själv i ensamhet.

Kanske finns också, till följd av stigmatisering och synen på psykisk ohälsa, gamla föreställningar om att det är mindre skuld-/skambelagt med somatiska än psykiska tillstånd, och kanske leder det ibland till en somatisering av psykiska symtom. Därav skulle såväl överdiagnostik och överbehandling av somatiska tillstånd som underdiagnostik och underbehandling av psykiska tillstånd kunna följa. Detta understryker vikten av att kunskapen om psykosomatiska tillstånd[57] och somatoforma syndrom[58] finns bland de som först möter människor

[56] C Rück, *Olyckliga i paradiset*, 2020; Mind, *Unga mår allt sämre – eller?*, 2018.
[57] Svensk MeSH: Organspecifika besvär där emotionella faktorer orsakar fysiska symtom. Dessa kommer huvudsakligen av överaktivitet i det autonoma nervsystemet och påverkas av individens känslomässiga tillstånd.
[58] Se ICD-10 code F45.1.

i primärvården. Det understryker också vikten av lågtröskelverksamheter och ett öppet och fördomsfritt bemötande av den som söker vården med psykiska besvär. Vare sig det sedan visar sig vara något som ska hanteras i hälso- och sjukvården, eller där kontakten med hälso- och sjukvården leder vidare till andra insatser.

Har den psykiska ohälsan ökat eller minskat?

Vi kommer medvetet från utredningens sida inte att ansluta till någon specifik uppfattning i den frågan. En reflektion är att det är en intressant diskussion, men kanske mest på akademisk nivå. Att man från olika aktörers sida kommer fram till olika slutsatser beror förstås på att det finns olika sätt att betrakta befintliga data, och att beroende på var i systemet man befinner sig, och vilken roll eller utifrån vilket uppdrag man har, gör man olika tolkningar. Det är som det ska vara, och ett bidrag till en levande samhällsdebatt. Däremot framstår det som tydligt för oss att vi som samhälle och i hälso- och sjukvården inte är tillräckligt bra, utifrån rådande kunskapsläge, på att bemöta människor med psykisk ohälsa.

Vi vill därför fokusera på hur man ur samhällssynpunkt bäst stödjer varje individ till bästa möjliga hälsa, utifrån var och ens förutsättningar och resursen i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Då blir det självklart att bejaka synsättet på den psykiska hälsan som ett brett åtagande för alla samhällssektorer, inte bara hälso- och sjukvården.

Människor har olika behov för att uppnå bästa möjliga hälsa utifrån var och ens förutsättningar. Det är olika vilka egna förmågor och inneboende resurser man har tillgång till i sig själv och i sin egen nära omgivning. Därmed har man också olika behov av samhällets kompenserande insatser, och dessa måste vara utformade för att möta olika individuella behov. Stöd till hälsa behöver ibland komma från hälso- och sjukvården, och ibland från andra instanser. Därför är samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer, t.ex. civila samhället, så viktig. Där kan primärvården ha en avgörande roll, med sin möjlighet att arbeta nära människor, utifrån den egna befolkningens behov, och i nära samverkan med lokalsamhället. Detta underlättas av kontinuerliga relationer såsom fast läkarkontakt och fast vårdkontakt eller fast teamkontakt.

Om vi utgår från individens behov och ser mer till hur olika instanser, aktörer och friskfaktorer kan samverka bättre för stöd till hälsa, kanske vi når längre i samhällets gemensamma strävan efter minskade hälsoklyftor på befolkningsnivå och en god upplevd hälsa på individnivå.

2.6.4 En förändrad syn på samhällets insatser för den psykiska hälsan?

En iakttagelse vi gjort under utredningens gång är att synen på psykisk ohälsa, och hur den psykiska ohälsan behöver mötas inte bara av hälso- och sjukvården utan som ett samhällsfenomen som måste lösas tvärsektoriellt, har påverkat och inspirerat ett flertal initiativ de senaste åren. Förslagen i slutbetänkandet av den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa, syftar sammantaget till en systemsyn på området, och också ett gemensamt samhällsåtagande, ett politikområde, för att stärka den psykiska hälsan i befolkningen.[59] Det breda angreppssätt regeringen aviserat för framtagandet av den nya strategin för att möta psykisk ohälsa, där uppdraget getts till ett stort antal aktörer gemensamt, signalerar samma sak.[60] Att Folkhälsomyndigheten är den statliga myndighet som har en ledande och samordnande roll i arbetet mot psykisk ohälsa är ytterligare ett tecken på det breda befolknings- och folkhälsoperspektiv som alltmer präglar frågor om den psykiska hälsan, mer än en angelägenhet enbart för hälso- och sjukvårdens aktörer.

Även i huvudmännens arbete ses det tvärsektoriella sättet att betrakta frågan växa sig allt starkare. Ett exempel är SKR:s arbete med Strategi för hälsa, där man slår fast att Sveriges viktiga välfärdsverksamheter; skola, socialtjänst, vård och omsorg, hälso- och sjukvård behöver ledas, styras och samordnas för att främja hälsa och förebygga ohälsa för hela befolkningen.[61]

[59] SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*
[60] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2020.
[61] SKR, *Strategi för hälsa*, 2019.

Ytterligare ett initiativ från SKR verkar i samma riktning: arbetet med Kraftsamling för psykisk hälsa, tänkt att fungera som en samlande arena för ett långsiktigt och tvärsektoriellt utvecklingsarbete för en bättre psykisk hälsa.[62] Även internationellt är ett sådant angreppssätt vad gäller den psykiska hälsan allt vanligare. Det återspeglas t.ex. i den norska respektive finska strategin för psykisk hälsa.

Utredningen stödjer ett sådant tvärsektoriellt synsätt på området psykisk hälsa, och att den psykiska hälsan i befolkningen inte enbart kan vara en fråga för hälso- och sjukvården. Det är däremot viktigt, nödvändigt tror vi, att definiera vad som är hälso- och sjukvårdssektorns ansvar och uppdrag inom området. Detta för att också kunna definiera och beskriva, ibland även lagreglera, rollen för hälso- och sjukvårdens olika aktörer; huvudmän, vårdgivare och utförare i systemet. Likaså för att beskriva vilka samverkansarenor som behövs, finns och behöver utvecklas eller nyskapas. Allt detta också i syfte att ge invånarna en tydlighet i vart man vänder sig med sina behov på området, och därmed öka tryggheten och tilliten till systemet.

2.6.5 Hjälp till självhjälp – vem ansvarar för det?

Det har i våra möten, och som svar på våra dialogfrågor ställda i tidigare betänkande, lyfts från patienthåll att medan stöd till egenvård och lättillgängliga egenvårdsråd är självklart när det gäller somatisk hälsa är det ett område som fortfarande ser väldigt olika ut, och av många uppfattas som outvecklat, när det kommer till psykisk hälsa. Det gäller i kontakten med hälso- och sjukvården, där utformningen av stödet till egenvård gällande psykisk hälsa varierar mycket mellan olika vård- och hälsocentraler och också i utformningen på 1177 Vårdguiden. Som alltid gäller också, och kanske mer än någonsin när en person vill prata om psykiska besvär, att erbjudandet från vården måste ges anpassat till den enskilda individen.

På liknande sätt har man från medarbetarhåll lyft att till skillnad från beslutsstöden för medarbetare gällande fysiska tillstånd, som är omfattande, är beslutsstöden vad gäller det psykiska inte lika utvecklade. Det förhåller sig också så att medan regionerna via 1177 Vårdguiden på telefon regelmässigt hanterar frågor om fysiska tillstånd i egen regi, alternativt via i särskild ordning upphandlad aktör för en

[62] SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa, informationsmaterial*, 2019.

region, förekommer det att samtal gällande psykisk ohälsa hänvisas till externa aktörer utan att strukturen för en sådan samverkan är närmare beskriven eller någon regelrätt uppföljning av en sådan samverkan sker. Att många aktörer på ett föredömligt sätt tillhandahåller sådana tjänster, t.ex. stödlinjer på telefon eller andra former av stödjande samtal, på ideell basis är naturligtvis bra, men det är viktigt att den verksamhet som bedrivs under ”regionernas flagg” vad gäller den psykiska ohälsan med självklarhet underställs samma krav på strukturerade arbetssätt som när det gäller frågeställningar om somatisk ohälsa.

Utifrån svaren på våra dialogfrågor framgår att många av de som arbetar i hälso- och sjukvården uppfattar att tydliga strukturer för egenvårdsråd på området saknas. En bild vi fått bekräftad från flera håll är att det händer att olika typer av insatser sätts in när en individ söker hjälp i hälso- och sjukvården för psykiska besvär, såväl farmakologiska som andra interventioner, utan att man egentligen fört något närmare resonemang om basala och grundläggande delar i att ta hand om sig själv och sin egen hälsa – att äta, sova och röra sig i enlighet med vad som är rekommenderat för att främja hälsa. Att avancerade insatser vad gäller åtgärder mot upplevd ångest och oro kan initieras utan att man diskuterat grundläggande förutsättningar för god hälsa såsom struktur i vardagen. Vi menar självklart inte att det ena bör eller ska utesluta det andra. Men vi ser ett mönster i behovet av att involvera flera aktörer runt en individ i att skapa förutsättningar för gott välbefinnande – det handlar inte bara om insatser som traditionellt åvilar hälso- och sjukvården.

Hälsolitteracitet

Vi återvänder här till ett begrepp vi lyft tidigare i utredningen – hälsolitteracitet. Det handlar om individers förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor. Graden av hälsolitteracitet kan variera beroende på den situation eller det sammanhang man befinner sig i. I vissa situationer kan en annars god hälsolitteracitet försämras t.ex. om en nära anhörig eller man själv blir sjuk. Hälsolitteracitetsnivån hänger med andra ord inte enbart ihop med den utbildning eller kunskap man har, utan graden av

hälsolitteracitet varierar beroende på hur man mår och i vilken livssituation, kultur eller omgivning man befinner sig. Utgångspunkten för hälsolitteracitet är att människor själva kan främja hälsa, lösa hälsoproblem och vara aktiva samarbetspartners i val av åtgärder och i beslut som fattas. Detta förutsätter förstås en allmän kunskap om hälsofrågor, och att denna kunskap i rimlig omfattning och på ett tillgängligt sätt tillhandahålls och kan inhämtas av alla. Inom området psykisk hälsa kan detta bl.a. beskrivas i termer av tillhandahållande av psykoedukativa/psykopedagogiska insatser.

2.6.6 Hälso- och sjukvårdens förebyggande roll och tidiga insatser av mer generell karaktär

Vi återvänder till det komplexa gränssnittet mellan behovet av stöd för upplevd psykisk ohälsa och hälso- och sjukvårdens traditionella uppgift att hantera diagnosticerade psykiatriska tillstånd. Kan hälso- och sjukvårdens resurser ibland utifrån befolkningens och enskildas behov behöva tas i anspråk för att hantera upplevelsen av psykiska besvär, som inte uppfyller diagnoskriterier? Vi tror att så behöver ske. Psykiska besvär kan påverka en människas funktionsnivå även om diagnoskriterier inte uppfylls. Ibland kan det också vara så att genom att lyssna på personer med egenerfarenhet ökas kunskapen om tillstånd som påverkar den psykiska hälsan. I det arbetet har primärvården en viktig roll. I sammanhanget är det också viktigt att påpeka att tillämpning av diagnoskriterier oundvikligen påverkas över tid.

Det finns ett behov av att öka kunskapen om hur tidiga insatser kan förebygga utvecklingen av psykisk ohälsa. Hälso- och sjukvården har enligt lag att arbeta för att förebygga ohälsa. Vi har i tidigare betänkande diskuterat rollen i att främja hälsa, förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga.[63] Förebyggande insatser är alltid svåra att såväl initiera och implementera som att utvärdera, men på samma sätt som de är en alltmer självklar och naturlig del av synen på somatiska tillstånd bör de vara det vad gäller psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, inklusive de relaterade till skadligt bruk av alkohol, andra substanser och andra typer av missbruk. Frågor om den psykiska hälsan är lika viktiga, och bör uppmärksammas på samma sätt, som frågor gällande den somatiska hälsan vid olika typer av förebyggande

[63] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, kap. 7.

kontakter, såsom vid hälsosamtal, på ungdomsmottagningar, inom barn- och mödravården och vid andra kontakter med regionens och kommunens primärvård. Att knyta detta just till primärvården är särskilt naturligt, eftersom primärvården som navet i hälso- och sjukvårdssystemet är den instans som ska arbeta nära människor, i långvariga relationer och med god kännedom om hur befolkningens behov ser ut just i den geografiska närheten.

Att förebygga svårare psykisk sjukdom och förhindra ökad grad av funktionspåverkan kan många gånger handla om att över huvud taget upptäcka och diagnosticera ett tillstånd. En hög tillgänglighet, adekvat kunskap och evidensbaserade metoder för detta måste finnas och tillhandahållas brett i hälso- och sjukvården, inte minst i primärvården. Ett exempel på att detta synsätt ska tillämpas är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, där metoder för snabbt omhändertagande vid misstänkta tillstånd har högsta prioritet.

Betydelsen av kontinuerliga relationer

Att kunna upptäcka och ge tidiga och adekvata insatser vid psykisk ohälsa ger oss också anledning att återknyta till de förslag vi lämnat i tidigare betänkanden gällande behovet av ökad personkontinuitet i primärvården, och vikten av det relationella i kontakten mellan hälso- och sjukvården och invånarna.[64] Att ha en fast läkarkontakt i primärvården och/eller en fast vårdkontakt: en distriktssköterska på det särskilda boendet, en barnmorska under hela graviditeten eller en fast kontakt inom barnhälsovården ökar möjligheten till en förtroendefull relation och sänker tröskeln för att prata om de frågor som ibland kan vara svårare än andra att ta upp. Det kan gälla frågor om det psykiska måendet allmänt, men också frågor som starkt kopplar till det psykiska måendet, såsom t.ex. våld i nära relationer eller hedersrelaterad problematik. Från patient- och brukarhåll, och även från närståendegrupper, har lyfts att just en öppenhet och hög tillgänglighet vad gäller psykiska besvär i primärvården för många kan kännas som en mindre stigmatiserande ingång än att vända sig till en psykiatrisk mottagning. Motsvarande kan gälla vid risk- eller missbruksproblematik. Att träffa någon som man har förtroende för och

[64] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, kap. 10.

litar på kan vara avgörande också för att våga ta upp de allra svåraste och mörkaste funderingarna, som t.ex. tankar på att avsluta sitt eget liv.

2.6.7 Det suicidpreventiva arbetet

För att ytterligare understryka vikten av tidiga(-re) insatser och en välkomnade, aldrig avvisande, attityd från hälso- och sjukvården vill vi särskilt lyfta området suicidprevention. Det har historiskt funnits en syn på suicid som ”ytterligheten” av psykiatriska tillstånd, att ett försök att avsluta livet av egen vilja alltid föregås av en svår och alltmer progredierande psykisk sjukdom. Senare års forskning har visat att så inte alltid är fallet. Även om det förvisso är så att vid ungefär en tredjedel av de rapporterade suiciden har det funnits en kontakt med den psykiatriska hälso- och sjukvården, har betydligt fler haft kontakt med annan hälso- och sjukvård innan ett fullbordat suicid, och hade därmed potentiellt kunna få hjälp och stöd där i förhindrande syfte.[65] Det finns också en grupp människor som inte haft någon kontakt med hälso- och sjukvården tidigare. Det framstår som möjligt att genom att underlätta kontakten med primärvården, och genom en ökad kunskap vad gäller att uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa, skulle arbetet med att förhindra suicid kunna bli mer framgångsrikt. Detta blir då ytterligare en anledning att ha öppna dörrar och låga trösklar till primärvården när det gäller bedömning av och stöd till det psykiska måendet. Ett sådant förhållningssätt skulle också kunna bidra till ökade möjligheter att studera vilka insatser och hur numerärerna kan påverkas, inte minst i de grupper som hittills har varit svåra att nå med insatser för att förhindra självmord. Vi har också från flera håll uppmärksammats på närståendes situation på detta område. Såväl vid försök till suicid som vid fullbordat suicid uppfattas stödet till närstående många gånger brista. Närstående är i en sådan situation en högriskgrupp vad gäller den egna psykiska hälsan, och bör särskilt tänkas in och omfattas i det suicidpreventiva arbetet och vad gäller stöd till den psykiska hälsan.

[65] Svenska psykiatriska föreningen, *Suicidnära patienter. Kliniska riktlinjer för utredning och vård*, 2013.

2.7 Ytterligare reflektioner över utgångspunkter för uppdraget

Med avstamp i de kontextuella resonemangen ovan vill vi i det följande presentera ytterligare några reflektioner som utgångspunkt för de förslag och bedömningar vi lämnar i betänkandet.

2.7.1 Diagnoser…

Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv är systemet med diagnossättning viktigt och relevant. Det är det klassificeringssystem som i stor utsträckning utgör ramen för uppdraget och kommit att bli en grundval för vilka insatser som ges. Det säkerställer en standardisering och en evidensbaserad handläggning som så långt möjligt borgar för en hög och jämn kvalitet i vårdens insatser. Det ligger också till grund för uppföljning, forskning och utveckling. Många gånger kopplas andra perspektiv, såsom exempelvis det ekonomiska, till systemet med diagnossättning. Det finns alltså starka historiska, traditionella och samhälleliga incitament från många aktörer att sätta en diagnos, en etikett, på varje tillstånd.

Inom området psykiatri har det framförts till oss att det historiskt länge fokuserades mer på specifika metoder och interventioner än på att först bedöma varje patient på ett systematiskt sätt och sedan anpassa insatserna evidensbaserat efter det. Det har därför under de senaste decennierna funnits en rörelse mot alltmer fokus på diagnostik, vilket också varit välgörande för utvecklingen av evidensbaserade metoder. Detta synsätt, ursprungligen härrörande från den specialiserade psykiatrin, har på vissa ställen också implementerats i primärvården.

Men kanske kan även denna pendel svänga för långt? Kanske finns ibland en övertro på att allt går att beskriva, etikettera och diagnosticera? Kanske förlorar diagnossättningens goda syfte en del av sin mening och sitt värde för den enskilde när varje mänskligt tillstånd och varje upplevelse måste beskrivas utifrån en diagnos satt ur hälso- och sjukvårdens perspektiv? Vi har anekdotiskt fått beskrivet att (den historiskt säkert välbehövliga) driften mot diagnostik och evidensbaserade behandlingar inom den specialiserade psykiatrin medfört att för de som inte har en specifik diagnos erbjuds heller inga insatser. Att för just den patientgruppen förväntas primärvården

många gånger finnas där för det allmänna omhändertagandet, och att det då är svårt att veta vilka insatser som kan och ska erbjudas när det uppenbart föreligger en påverkan på funktionsnivån men inga specifika diagnoskriterier uppfylls. Att den logiken ibland gör att det kan gå mycket lång tid i väntan på bedömning i den specialiserade psykiatrin, en tid då inga insatser alls sätts in, och patienten sedan remitteras tillbaka till primärvården. Att den logiken medför ett ytterligare utdraget lidande för patienten, förlänger sjukfrånvaro, och ibland t.o.m. medför att en diagnos sätts för att alla inblandade vet att det är enda sättet att få till ett strukturerat omhändertagande och stödjande insatser för patienten. Det blir inte heller enklare av att många människor i dag har inte bara en diagnos utan flera, och ofta såväl somatiska som psykiatriska diagnoser.

Att detta arbetssätt är rådande är begripligt utifrån hur vi traditionellt erbjuder hälso- och sjukvård, men det är samtidigt viktigt att förstå att just komplexa tillstånd, där ingen specifik diagnos kan sättas, och evidensen vad gäller behandling är få eller obefintliga, ibland kan vara just de som behöver den specialiserade vårdens kompetens bäst, eller ännu hellre samverkan mellan den specialiserade vårdens kompetens och primärvårdens generella kompetens vad gäller hela människans situation. Om det dessutom, vilket ibland förefaller vara fallet, är så att en glidning har skett mot att även primärvården har svårt att se sitt uppdrag för dem som inte har en tydlig diagnos eller en behandlingsbar åkomma, utan avvisar de patienterna, förlorar vi möjligheten såväl till att stödja dessa individer till bästa möjliga hälsa som till att öka kunskapen om tillstånd för vilka vi *ännu* inte har några dokumenterat fungerande behandlingar. Det är också givet att om en diagnos är vad som behövs för att man ska få ta del av hälso- och sjukvårdens stöd och insatser är det naturligt att diagnossättningen drivs allt längre. Finns det tillstånd som har nytta av hälso- och sjukvårdens resurser och kunskap, och därför bör hanteras inom hälso- och sjukvårdens uppdrag, även om de inte går att etikettera med en diagnos, eller om de ännu inte uppfyller kriterierna för diagnos? Finns det anledning för primärvården, med stöd av psykiatrin, att intressera sig just för dessa grupper för att stödja enskilda individer till bättre hälsa, men också öka kunskapen om det som är utmaningar för enskilda individer, på befolkningsnivå och inte minst samhällsekonomiskt i form av t.ex. sjukfrånvaro? Ett område där

detta av många uppfattas som särskilt aktuellt är t.ex. symtom på svårare stress och utmattningssyndrom.

Vi uppfattar att det är viktigt att påminna sig om att dessa individer, med upplevd psykisk ohälsa men där diagnoskriterier inte alltid uppfylls och evidensbaserade behandlingar inte står till buds, redan i dag finns på hälso-/vårdcentraler runtom i landet, och t.o.m. i stort antal. Utredningens uppdrag handlar inte om några nya patientgrupper, utan om grupper som redan finns i väntrummen hos primärvården.

2.7.2 …och livshändelser

Det finns, och har alltid funnits, tillstånd som ligger i gråzonen mellan den normala variationen och en diagnos. Vad som ses som ”normalt” varierar med kultur, tid, normer och sammanhang. I dag finns en diskussion om det vi ibland nämner som ”livets skrubbsår”. Motgångar och negativa känslor som alla människor möter på sin väg genom livet, och i debatten uttrycks farhågor om att vi kanske i vårt trygga samhälle uppfattar varje motgång i livet som patologisk, och något som vi behöver extern hjälp, ofta från hälso- och sjukvården, för att hantera. Vi medikaliserar livet. Denna farhåga har lyfts till oss inte minst i förhållande till vårt uppdrag gällande lättare psykisk ohälsa, och det är, som vi tidigare nämnt, ett aktuellt inslag i samhällsdebatten.

Men många uppmärksammar också att det kan finnas ett nära samband mellan det som kan skava i livet och att uppfylla kriterier för diagnosticerade tillstånd. Och att benägenheten att vända sig till hälso- och sjukvården varierar stort individuellt, och är ”tröskeln” till vården i genomsnitt lagom hög för de flesta, blir den alltför hög för några. Tillstånd som borde bedömas och behandlas evidensbaserat förblir oupptäckta med onödigt lidande för den enskilde som konsekvens. En känsla av att tillvaron inte är meningsfull, eller frånvaron av struktur i det dagliga livet, kan sannolikt öka risken för upplevd psykisk ohälsa. Omvärldsfaktorer såsom frånvaron av positiva sociala kontakter och/eller ändamålsenligt boende eller ekonomisk utsatthet likaså. Även om det inte finns entydig forskning vad gäller enskilda livshändelser och utveckling av psykiatriska tillstånd förefaller det rimligt att tro att fältet inte är svart eller vitt – ingen människa upplever och beskriver sitt känsloliv exakt lika som någon annan, och

inget diagnosverktyg kan med 100 procent objektivitet, sensitivitet eller specificitet säkerställa vad som är ”friskt” eller ”sjukt”. Här kommer alltid att finnas en gråzon, ett kontinuum mellan psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, som motiverar ett välkomnande bemötande och en låg tröskel för att kunna kontakta primärvården med besvär som rör det psykiska måendet. Målet blir att den som söker primärvården för psykisk ohälsa alltid blir väl mottagen, får en adekvat bedömning, ibland blir hänvisad till andra aktörer utifrån väl upparbetad och strukturerad samverkan, men aldrig någonsin känner sig avvisad. I detta ligger förstås också avsikten att väga in och bejaka det behov som finns av att prioritera de gemensamma resurserna rätt och överväga vilka insatser som gör mest nytta var och för vem.

2.7.3 Varför är det viktigt att beskriva detta kontinuum mellan upplevelse och diagnos?

Det finns alltså en gråzon mellan upplevda psykiska besvär och diagnosticerade psykiatriska tillstånd. Yttre omständigheter och faktorer kan avgöra på vilken ”sida av gränsen”, eller var längs detta kontinuum, man befinner sig.

Vi uppfattar att delar av det som omfattas av vårt uppdrag enligt direktiven finns just i området mellan upplevelse och diagnos, mellan insatser från hälso- och sjukvård, egenvård och stöd till egen hälsa. Vi tror att för bästa möjliga hälsa behövs ibland stöd från hälso- och sjukvården, ibland från andra aktörer runt individen, och oftast behövs en samverkan mellan dessa olika aktörer.

Att problematiken vi angriper ligger i ett gränsland medför att de insatser som tillhandahålls ibland måste vara överlappande från dessa olika aktörer, annars riskerar individen att falla i tomrummet mellan olika insatser och ansvarsområden. Vi måste gå från stuprörsstrukturer, där varje aktör arbetar i sin egen bubbla, till samordnade och samverkande insatser. Vi uppfattar att vårt uppdrag är att överväga strukturer för att underlätta en sådan samverkan utifrån varje individs behov.

2.7.4 Personcentrerad vård

Vårt angreppssätt och våra förslag och bedömningar tar avstamp i ett personcentrerat synsätt. Vi behöver flytta oss från ett huvudfokus på hur hälso- och sjukvården utifrån sina befintliga strukturer och sitt traditionella synsätt ser problematiken till hur det ter sig för människan. Vi behöver diskutera tolkningsföreträdet vad gäller problembeskrivningen av det psykiska måendet. Vi behöver samtidigt förhålla oss till målsättningen om en hälso- och sjukvård där de med störst behov ges företräde, och hur vi bäst nyttjar den gemensamma resursen som står till buds. Men kanske är att, i större utsträckning än vad man historiskt har gjort, utgå från människans behov snarare än hälso- och sjukvårdens sätt att organisera sig, också att förespråka mer effektiva arbetssätt. Som i samtliga våra betänkanden vill vi betona att det här är den kanske viktigaste delen i omställningen till en god och nära vård. Kulturförändringen; att arbeta med inkludering, att skapa förutsättningar för delaktighet och samskapande, ökar effektiviteten i de insatser som erbjuds av hälso- och sjukvården och gör att den gemensamma resursen räcker längre och till fler.[66] Det ökar också tillfredsställelsen såväl hos de insatsen är till för som hos hälso- och sjukvårdens medarbetare. Vi behöver i vårt uppdrag hitta och beskriva den gemensamma ytan mellan det som traditionellt är hälso- och sjukvårdens ansvar och uppdrag, och det som befolkningen förväntar sig att få hjälp med i dagens samhällskontext när man vänder sig till hälso- och sjukvården. Ofta är hälso- och sjukvården den naturliga ingången för individen, och vårdens uppgift är att bistå med det som är vårdens reglerade uppdrag. Men hälso- och sjukvårdens medarbetare kan också vara en brygga till andra aktörer och insatser som ur individens synpunkt är viktiga för att nå målet om bästa möjliga hälsa utifrån de egna förutsättningarna.

Behovet av stöd är individuellt

En farhåga som ibland lyfts är risken med att ”överinstitutionalisera” det människor behöver för att må bra i sin vardag. Om vi bygger strukturer för vårdens samverkan med föreningslivet, om samhället

[66] För ytterligare beskrivning av ämnet personcentrerad vård, se t.ex. SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* samt Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, 2018.

tar på sig att ordna mötesplatser och arenor för människor att mötas, upphör eller påverkas den egna drivkraften att aktivera och engagera sig då? Om ingen erbjuder en meningsfull fritidsaktivitet, ordnar människor det själva då? Och kan initiativ som de vi beskriver i våra bedömningar riskera negativa effekter på samhällsnivå? Detta är en risk som förtjänar att lyftas. Man måste samtidigt påminna sig om att alla människor inte har samma förutsättningar och inneboende resurser vad gäller att skapa sig en meningsfull tillvaro och tillräckliga sociala sammanhang. Noterbart är också att en del i att må psykiskt dåligt ofta är att initiativförmågan påverkas negativt. Alla hittar inte till Friskis&Svettis, Friluftsfrämjandet eller Röda Korsets besöksverksamhet på egen hand. Man kan behöva en knuff, ett stöd, en motiverande kontakt för att ta sig ut ur sitt eget sammanhang. Vi bedömer att vården kan vara en brygga, och en möjliggörare för att hitta till aktiviteter t.ex. inom föreningslivet.

2.7.5 Begränsningar

Vi inser fullt att vi inte inom ramen för utredningens arbete kommer att kunna lösa problematiken med psykisk ohälsa i en bredare samhällskontext. Vi delar också uppfattningen att hälso- och sjukvården på egen hand inte kommer att kunna, och inte heller kan förväntas lösa, problematiken med ”lättare psykisk ohälsa”. Det kommer sannolikt alltid att kvarstå en problematik kring vem som ”hör till vilken grupp” – en människa är komplex och mer än sin diagnos. Det gäller förstås inte minst vid psykisk ohälsa av olika slag. Långt innan en demensdiagnos sätts kan psykiska besvär i form av oro och ångest uppträda. När det gäller en diagnos inom risk- eller missbruk kommer många gånger en samsjuklighet till andra psykiatriska tillstånd att finnas där. Många är de med psykiatrisk diagnos som inte får sina behov tillräckligt mötta i den somatiska vården, och många med somatiska symtom kan ha psykiska besvär. Just därför blir primärvårdens roll så viktig.

Vi kommer att kunna uppmärksamma problematiken ur olika perspektiv, och tydligare än vad som är fallet i dag visa på ansvaret från hälso- och sjukvården, och specifikt från primärvårdens sida, för också den psykiska hälsan. Genom att tydliggöra det på normerande nivå skapas bättre förutsättningar för staten att peka på huvudmän-

nens ansvar och för huvudmännen att uppmärksamma ansvaret på vårdgivarnivå. Men åtagandet går också åt andra hållet – det ger vårdgivaren större möjlighet att uppmärksamma huvudmannen på behovet av en adekvat resurssättning och kompetenssättning vad gäller uppdraget psykisk ohälsa. Vi vill återigen uppmärksamma att de förslag och bedömningar vi gör i detta betänkande inte är att se som fristående från utredningens tidigare uppdrag eller förslag. Våra förslag och bedömningar i detta betänkande är en del av en helhet, och grundar sig fortsatt på kunskapen om att bästa sättet att nå en jämlik hälsa i befolkningen är en stark primärvård. Våra förslag och bedömningar i detta betänkande är tänkta att vara ytterligare en del i en väl sammanhållen, personcentrerad och begriplig, god och nära vård.

2.7.6 Corona och covid-19

Under tiden utredningens arbete med området psykisk ohälsa har pågått har omvärlden och allas vår vardag i mycket stora delar präglats av, och på många sätt omdefinierats av, en pandemi. Det nya coronaviruset och covid-19 har på olika sätt påverkat vårt arbete. Det har också inneburit att alla vi träffat på olika sätt drabbats av, och därmed naturligt refererat till det nya viruset och dess effekter. Det finns tecken på att pandemin på olika sätt påverkat det psykiska välbefinnandet och den psykiska hälsan i befolkningen. Precis på vilka sätt går ännu inte att veta. För de många som vårdats för svåra symtom i samband med covid-19 har röster höjts vad gäller behovet av rehabiliterande insatser, inte minst i primärvården. Detta kan också förväntas behövas vad gäller stöd till den psykiska hälsan, som ofta påverkas påtagligt vid svår och livshotande sjukdom i sig, och inte minst i samband med långvarig intensivvård.

Initialt i vårt arbete hade vi förhoppningen att pandemin kanske skulle avklinga, och vi därmed skulle kunna ha möjlighet att på ett mer strukturerat sätt beskriva effekterna utifrån genomförda rapporter och initial forskning. Så blev inte fallet. Pandemin är fortfarande i högsta grad en realitet. Vi uppfattar dock inte att relevansen i utredningens arbete, eller i de förslag och bedömningar vi gör, minskar i och med detta. Fortsatt noggrann observation av pandemins effekter på den psykiska hälsan är av största vikt, och pågående observationer och kommande forskning på området bör fortlöpande ses som

kompletterande till utredningens underlag. I och med att utredningens förslag och bedömningar i huvudsak ligger inom i dag befintliga strukturer, och mer tar sikte på arbetsformer, förbättrad struktur och goda exempel, bör detta inte bjuda särskilda svårigheter. Särskild uppmärksamhet kommer sannolikt framöver att behöva läggas på området digitalisering och e-hälsa i pandemins spår. Här finns såväl möjligheter, när den fysiska distanseringen ökar men den sociala kontakten ska behållas, som risker, med förstärkt digitalt utanförskap som ett exempel.

2.8 Allmänt om begrepp kopplade till psykisk hälsa

2.8.1 Avsaknad av gemensamma definitioner

Ordet definition kan inrymma olika saker. Det kan innebära benämningar på företeelser, en gemensamt överenskommen terminologi eller legala definitioner. Den psykiska hälsan och ohälsan har, på gott och ont, inte i någon större utsträckning omfattats av en enhetlig begreppsvärld, utanför det som definierats utifrån regelrätta psykiatriska diagnoser. Det kan ha medfört en svårighet till uppföljning av de insatser som gjorts, en svårighet att veta vad som avses i samtalet mellan olika aktörer, så som t.ex. i samtalet mellan olika statliga myndigheter, professioner, huvudmän och patient-/brukarföreträdare.

Uttrycket psykisk hälsa är t.ex. brett och generellt hållet. Vi har förstått att detta historiskt och exempelvis under tidigare nationella satsningar uppfattats som fördelaktigt, eftersom det gett utrymme för inkludering av många, och bejakat områdets bredd, allt ifrån nedsatt psykiskt välbefinnande till diagnosticerad psykiatri. Många vi mött uppfattar att fördelarna historiskt övervägt nackdelarna, att det varit hjälpsamt för ett inkluderande och brett angreppssätt, som ändå legat bakom en del av de framgångar som nåtts i samverkan mellan olika aktörer, särskilt på en övergripande nivå i systemet.

Men många påtalar också att bredden i begreppet kan vara problematisk. Det används brett, och vissa använder det för att beskriva den positiva dimensionen av psykisk hälsa, i form av psykiskt välbefinnande, medan andra också inkluderar (och/eller syftar på) psykisk ohälsa, i spektrat från lättare oro till svåra psykiatriska tillstånd.

Mot bakgrund av avsaknaden av en enhetlig begreppsvärld kopplad till psykisk ohälsa har de nationella kunskapsmyndigheterna Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt SKR gjort ett gemensamt arbete och tagit fram ett begrepps-pm som syftar till en enhetlig användning av några centrala begrepp som ofta används inom området psykisk hälsa. Detta förväntas kunna bidra till att beskrivning av nuläge och utveckling inom området, liksom insatsförslag, kan baseras på tydliga och gemensamma grunder. Detta pm återfinns som bil. 5.

2.8.2 Behovet av definitioner i förhållande till utredningens uppdrag

Utifrån rådande situation är det naturligt att våra direktiv också anger att vi – för uppdragets genomförande – behöver definiera vissa begrepp, i förhållande till de förslag och bedömningar vi lämnar. Det gäller specifikt:

- lättare psykisk ohälsa
- vilka målgrupperna för de nya insatserna är och hur deras behov av stöd ska definieras.

För utredningens del faller vårt definitionsuppdrag inom kategorin att beskriva omfattning och avgränsningar av ett begrepp i ett specifikt sammanhang, för en viss insats. Vi har ett behov att klargöra vad som avses med de begrepp vi använder i våra förslag och bedömningar, vad/vilka som omfattas av de begrepp vi använder – och i förlängningen insatserna – och hur begreppen förhåller sig till varandra.

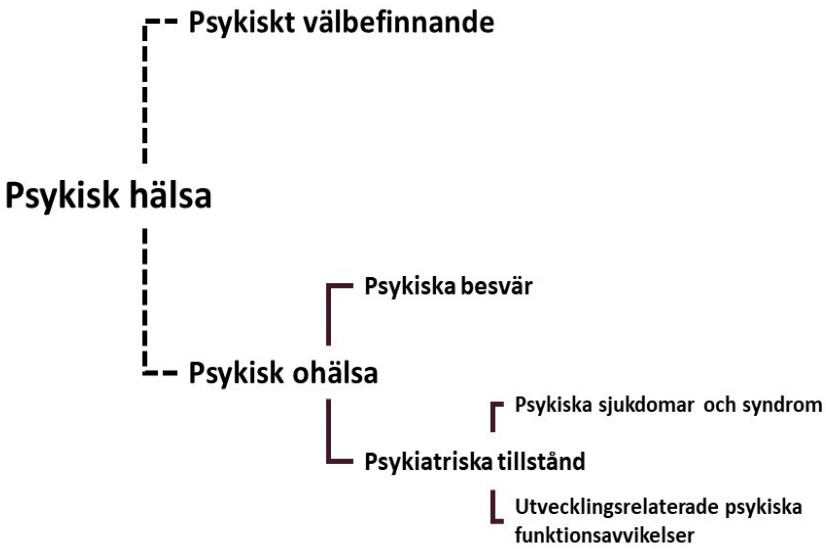
Liksom tidigare har utredningen en önskan att bygga på befintligt arbete och strukturer. Givet att kunskapsmyndigheterna och SKR helt nyligt gjort ett grundläggande begreppsarbete kring psykisk ohälsa (se bil. 5) tar utredningen detta arbete som utgångspunkt för vårt arbete. Detta görs med medvetenhet om att det som publicerats är en första version av modellen som man förväntar sig kommer att utvecklas löpande; på kort sikt när modellen prövats i praktiken, på medellång sikt när exempelvis den svenska versionen av det inter-

nationella diagnossystem ICD-11 är färdigställd och på lång sikt utifrån hur språket i samhället utvecklas.[67]

En begreppsmodell för psykisk hälsa

Nedan återfinns den övergripande modell för hur olika begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra som arbetats fram av kunskapsmyndigheterna samt SKR.

Figur 2.2 Begreppsmodell psykisk hälsa



Källa: Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SBU samt SKR.

Modellen börjar i det överordnade begreppet psykisk hälsa som har dimensionerna psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Det är centralt att notera att psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är olika dimensioner och inte varandras motsatser, även om man visuellt kan få det intrycket. Även om det finns samband mellan dimensionerna så kan exempelvis personer som inte har någon psykisk ohälsa uppleva ett lågt psykiskt välbefinnande. Omvänt kan personer med psykiatriska tillstånd uppleva psykiskt välbefinnande.

[67] Bil. 5, *Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020*.

Begreppet psykisk ohälsa delas in i psykiska besvär och psykiatriska tillstånd beroende på om den psykiska ohälsan uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos. Psykisk ohälsa används alltså som ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, där de senare motsvarar kraven för diagnos. Gemensamt är att båda orsakar lidande, antingen för individen själv eller för omgivningen.

Psykiska besvär är vanligt förekommande i befolkningen och är något vi alla kan drabbas av från tid till annan. Ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Besvären kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder. Psykiska besvär är mindre komplexa än psykiatriska tillstånd och kan t.ex. bestå av enstaka besvär. Ibland kan psykiska besvär förekomma samtidigt som eller orsaka kroppsliga symtom som exempelvis huvudvärk, magont, ryggvärk eller yrsel. På motsvarande vis kan somatiska besvär orsaka psykiska symtom. De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka förmågan att klara av viktiga och nödvändiga vardagsfunktioner – arbeta, studera, ägna sig åt fritidsaktiviteter och hobbyer, ta hand om sig själv och andra – i den miljö som man lever i.

Psykiatriska tillstånd (dvs. tillstånd som uppfyller diagnoskriterier) delas i sin tur in i psykiska sjukdomar och syndrom respektive utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser (eng: neurodevelopmental disorders, kallas i vardagligt tal neuropsykiatriska funktionsnedsättningar) beroende på när i ålder som de debuterar.[68]

Som tidigare nämnts finns emellertid ingen absolut avgränsning mellan upplevda psykiska besvär och diagnosticerade psykiatriska tillstånd. Det är med andra ord inte alltid lätt att skilja ”livets skrubbsår” från dess ”benbrott”.

Tillämpning i utredningens arbete

Lättare psykisk ohälsa

För detta betänkande kommer vi alltså utgå från den begreppsmodell som presenterats ovan. Den modellen hanterar dock inte begreppet ”lättare psykisk ohälsa”, som är centralt för vårt uppdrag såsom det

[68] Bil. 5, s. 4.

är formulerat i direktiven. Hur ska begreppet förstås i förhållande till vårt uppdrag?

Våra direktiv utgår tydligt från folkhälsoperspektivet, och upplevt nedsatt psykiskt välbefinnande, dvs. människors egna upplevelser av psykisk ohälsa. Detta till skillnad från en utgångspunkt i vårdens organisation, och (misstanke om) möjliga psykiatriska tillstånd. Oavsett hur vården i ett senare skede medicinskt bedömer en person med upplevd psykisk ohälsa – om den motsvarar en psykiatrisk (eller annan) diagnos eller inte – så upplever dessa människor problem som de söker hjälp och stöd för att hantera och ofta vänder sig just till primärvården med.

Det som i våra direktiv utrycks som ”lättare psykisk ohälsa” kan alltså motsvara ”psykiska besvär” i modellen. Det kan dock också vara så att den upplevda psykiska ohälsan visar sig motsvaras av en diagnos (t.ex. lindrig depression eller ett lindrigt alkoholbrukssyndrom). Det går inte att avgöra innan hälso- och sjukvården gjort sin bedömning. Därför är det inte heller av relevans att avgränsa målgruppen för insatserna utifrån en persons egen gradering av sin psykiska ohälsa som ”lättare”.

Mot bakgrund av detta och eftersom ”lättare psykisk ohälsa” är ett begrepp som inte heller är inkluderat och definierat i den föreslagna begreppsmodellen, och som dessutom många i dialoger med utredningen lyft som problematiskt,[69] kommer utredningen härefter i betänkandet att övergå till de begrepp som används i nämnda begreppspm. Hur målgruppen för de nya insatserna avgränsas behandlas nedan.

Målgrupperna för de nya insatserna och deras behov av stöd

Givet våra direktivs utgångspunkt i folkhälsoperspektivet, och människors egna upplevelser av psykisk ohälsa, blir det också avgörande för hur vi ska definiera målgruppen för de nya insatser vi ska utreda.

Grunden är att en individ själv identifierar ett behov av stöd från samhället i förhållande till det egna psykiska måendet. Därmed finns från samhällets sida ett behov av att få till stånd en bedömning om den upplevda ohälsan motsvarar ett behov av insatser från hälso- och sjukvården, alternativt andra möjliga stödåtgärder från andra offent-

[69] Mot bakgrund av bristen på tydlig definition av begreppet, men även frågor om vem som avgör vad som är ”lättare”.

liga aktörer och/eller civilsamhället. Och, om så är fallet, att kunna ge en hänvisning till sådana aktörer.

Målgruppen som primärvården behöver organisera sig för att bemöta är alltså personer som upplever psykisk ohälsa som man inte förmår hantera med de verktyg man själv har tillgängliga. Man känner ett behov av externt stöd för att hantera sin psykiska ohälsa. Denna målgrupp stämmer väl överens med primärvårdens uppdrag: att vara den första instansen inom hälso- och sjukvården som möter människors osorterade besvär, och i det mötet utgår från individens situation, symtom och behov.

Utifrån denna definition av målgruppen kan behoven av stöd se olika ut från individ till individ. Alltifrån egenvårdsråd och/eller hänvisning till stöd utanför hälso- och sjukvården, till olika nivåer av hälso- och sjukvårdsinsatser. Precis som alltid gäller att det är hälso- och sjukvården som ska stå för de medicinska bedömningarna.[70]

I de fallen hälso- och sjukvårdens insatser är motiverade ska vård ges på adekvat nivå, enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON). Vården ska också kunna tillhandahållas i linje med bästa tillgängliga kunskap, utgående från relevanta nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd på området.

2.9 Olika mål- och riskgrupper

Den psykiska hälsans omfattning skiljer sig åt mellan olika grupper i Sverige och internationellt, och kan även ta sig delvis olika utryck i olika grupper. Det finns en koppling mellan psykisk ohälsa och annan utsatthet. Att leva med psykisk ohälsa är kopplat till ogynnsamma livsvillkor och sämre villkor i arbetslivet, t.ex. lägre inkomst eller arbetslöshet. Det är också vanligare att personer med exempelvis funktionsnedsättning, asylsökande och nyanlända, hbtq-personer eller personer som varit utsatta för våld t.ex. i en nära relation, uppger ett nedsatt psykiskt välbefinnande.

[70] En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen (se prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* s. 31).

Även om vårt uppdrag inte handlar om att utveckla specifika lösningar för olika målgrupper, så är det en kunskap som är viktig att ha med sig i ett arbete med syfte att bättre identifiera och bemöta psykisk ohälsa, i primärvården. Det är också kunskaper som behöver omsättas i t.ex. kunskapsstöd för såväl triagering som bedömning och behandling i primärvården. Nedan följer därför en översiktlig genomgång av den psykiska ohälsan i några olika grupper.

Överlag kan sägas att kunskapen om hur psykisk hälsa är fördelad mellan olika grupper i samhället fortfarande är begränsad. Därför fick Folkhälsomyndigheten 2016 i uppdrag av regeringen att sammanställa kunskap om ojämlikheter i psykisk hälsa. Uppdraget redovisades 2019 i rapporten Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?[71] Sammanställningen visar tydligt att:

- Det finns sociala skillnader i förekomsten av psykisk hälsa i alla åldersgrupper utifrån både socioekonomisk ställning och diskrimineringsgrunder.
- De viktigaste bestämningsfaktorerna till ojämlikheter i psykisk hälsa bland vuxna är kopplade till sysselsättning och ekonomi.
- Psykisk ohälsa har samband med ogynnsamma livsvillkor och negativa arbetsmarknadsutfall såsom arbetslöshet eller låg inkomst, samt ökad dödlighet.[72]

2.9.1 Kvinnor och män

Ett av de nationella delmålen för jämställdhetspolitiken är jämställd hälsa. Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor.[73] Precis som på många andra områden skiljer sig dock den psykiska hälsan mellan kvinnor och män, flickor och pojkar.[74]

[71] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019.
[72] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 4.
[73] Regeringskansliet, *Delmål 5: Jämställd hälsa*, 2019.
[74] Det finns också personer som identifierar sig på annat sätt än som kvinna eller man, flicka eller pojke. Psykisk ohälsa kopplat till annan könsidentitet belyses under avsnitt 2.9.2.

Jämfört med pojkar rapporterar flickor oftare att de har hälsoproblem, både fysiska och psykiska, och sämre allmänt välbefinnande. Dessa skillnader mellan könen syns också i åldersgruppen 16–24 år.[75] Utsatthet i olika former i barndomen kan också kopplas till risk för psykisk sjukdom i vuxen ålder, så för att förstå psykisk hälsa är det viktigt att se till människors hela livsförlopp.[76] En välfungerande första linje-verksamhet för barns och ungas psykiska hälsa, resurs- och kompetenssatt för tidig identifiering och evidensbaserade insatser, är därmed centralt.

Som redogjorts för i avsnitt 2.4.3 har dock utredningen S 2019:05 ett särskilt uppdrag att utreda hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, exempelvis genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården. Även om primärvårdens uppdrag inte är avgränsat i ålder eller sjukdom, kommer vi därför inte här att närmare fördjupa analyserna kring flickor och pojkar, utan sådana analyser kommer att redovisas av S 2019:05 i det betänkande som ska lämnas senast den 1 maj 2021.

I yrkesverksamma åldrar (25–64 år) och bland äldre (65 år och äldre) är förekomsten av psykisk ohälsa högre bland kvinnor än män. Det gäller både självrapporterade psykiska besvär och psykiatriska diagnoser inom öppen- och slutenvården.[77]

Viss forskning om skillnader i psykisk hälsa lyfter samtidigt att uttryck för psykisk ohälsa är genuskodade. Detta innebär bl.a. att mäns psykiska ohälsa i högre utsträckning tar sig uttryck genom aggressivitet, utåtagerande beteenden och missbruk av droger och alkohol. Detta kan bidra till underdiagnostisering av mäns psykiska ohälsa.[78]

En litteraturöversikt visar att depression får olika konsekvenser för kvinnors respektive mäns sociala och ekonomiska levnadsvillkor och för dödligheten hos de båda könen.[79] Studier visar även att mam-

[75] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 12.
[76] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 4.
[77] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 1.
[78] SOU 2014:6, *Män och jämställdhet, forskningsbilaga*, s. 441.
[79] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 17.

mor i kärnfamiljer[80] rapporterar en lägre förekomst av ängslan, oro och ångest än mammor i de övriga familjetyperna. Bland pappor är skillnaderna utifrån familjetyp mindre än bland mammor, men ensamstående pappor med växelvis boende barn har högre förekomst av besvär av ängslan, oro och ångest än män i andra familjetyper.[81]

Suicidförsöken[82] är fler bland kvinnor än bland män. Störst könsskillnader återfinns bland personer under 20 år där 77 procent av de vårdade var flickor eller unga kvinnor.[83] Suicidtalen däremot är högre bland män. Under 2018 avled sammanlagt 886 män och 382 kvinnor av självmord. Suicidtalet (antal suicid per 100 000 invånare oavsett ålder) i Sverige 2018 var 15. Det högsta fanns bland män 85 år och äldre, med suicidtalet 45, vilket är nästan tre gånger högre än bland män i den yngsta åldersgruppen, 15–29 år. Suicidtalet för kvinnor var högst bland 45–64-åringar. Talet beräknas i relation till åldersgruppernas storlek i befolkningen, och skiljer sig därför från det faktiska antalet suicid.[84]

2.9.2 Hbtq-personer

Det finns stora skillnader i hälsa mellan å ena sidan hbtq-personer, å andra sidan heterosexuella och cispersoner.[85] I synnerhet är den psykiska hälsan sämre bland hbtq-personer.[86] Bland icke-heterosexuella är den självrapporterade psykiska hälsan sämre än bland heterosexuella, och det gäller både unga och personer i yrkesverksamma åldrar. Förekomsten av psykiska besvär är också högre bland homo- och bisexuella personer: 34 procent jämfört med 24 procent bland

[80] Analyserna belyser föräldrars hälsa fördelat på familjetyper utifrån partnerstatus och hur barnen bor efter att föräldrarna separerat; växelvis eller heltid hos ena föräldern.
[81] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på*?, 2019, s. 14.
[82] Statistiken utgår från hur många som får vård på sjukhus p.g.a. avsiktlig självdestruktiv handling. Statistiken omfattar både suicidförsök och skador utan suicidavsikt.
[83] Folkhälsomyndigheten, *Suicidförsök,* 2020.
[84] Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, UO 9, s. 82.
[85] Person vars könsidentitet stämmer överens med hans eller hennes biologiska och juridiska kön. Begreppet rör könsidentitet och könsuttryck, inte sexuell läggning. Motsatsen till cisperson är transperson (*Källa:* Nationalencyklopedin, NE).
[86] Bl.a. rapporter från Statens folkhälsoinstitut (FHI) *Hälsa på lika villkor? – hälsa och livsvillkor bland hbt-personer* (FHI 2006:08) och *Vem får man vara i vårt samhälle? – Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa* (FHI 2008:12).

heterosexuella.[87] Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande.

Att någon gång ha övervägt att ta sitt liv är dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Hälften av dem som identifierar sig som transpersoner har någon gång övervägt att ta sitt eget liv och cirka 20 procent har försökt att ta sitt eget liv. Det ska jämföras med genomsnittet för befolkningen där 5 procent någon gång har försökt att ta sitt eget liv.[88] En studie från Folkhälsomyndigheten om unga transpersoners erfarenhet av suicidalitet och självskada pekar på insatser som kan minska den psykiska ohälsan bland transpersoner. Bland dessa kan bl.a. noteras ett behov av mer kunskap i vården om bemötandet av transpersoner. Om vårdpersonal vet mer om sambandet mellan psykisk ohälsa och könsinkongruens kan problem identifieras och behandlas tidigare, vilket skulle hindra onödigt lidande.[89]

Folkhälsomyndighetens analyser visar även att förekomsten av arbetslöshet och ekonomisk kris är större bland homo- och bisexuella än i befolkningen i stort. Detta gäller framför allt homo- och bisexuella kvinnor. Tittar man på psykosociala livsvillkor är det fler homo- och bisexuella som uppger att de saknar personligt stöd och tillit till andra, än i befolkningen i stort. Att sakna personligt stöd är vanligare bland homo- och bisexuella män än kvinnor, medan avsaknad av tillit till andra är vanligare bland kvinnorna är männen.

Tittar man inom gruppen homo- och bisexuella ser man att bland personer med lång utbildning finns en högre andel med nedsatt psykiskt välbefinnande än bland homo- och bisexuella med kort utbildning. Även mellan homo- och bisexuella födda inom respektive utanför Sverige, samt mellan kvinnor och män ser vi skillnader till nackdel för dem födda utanför Sverige, respektive för kvinnor.[90]

[87] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikheter i psykisk hälsa, Kunskapssammanställning*, 2019.
[88] Regeringen, *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck,* 2014, s. 16.
[89] Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner,* 2020.
[90] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning,* 2019, s. 69 f.

2.9.3 Personer i ekonomisk utsatthet

Det finns socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa i alla åldersgrupper: de med högre socioekonomisk position har genomgående bättre psykisk hälsa, oavsett om vi använder inkomst eller utbildning som mått på socioekonomisk status.

Socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa visar sig i form av en social gradient i psykiatriska diagnoser från den öppna och den slutna vården, på så sätt att de med eftergymnasial utbildning har lägst förekomst av psykiatriska diagnoser, och de med bara förgymnasial utbildning har högst.

För äldre personer (kvinnor över 65 och män över 80) syns en omvänd gradient i öppen och sluten vård, med en större andel diagnoser bland de med eftergymnasial utbildning jämfört med de som bara har förgymnasial utbildning.

Bland de socioekonomiskt utsatta grupperna finns mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa unga vuxna och ensamstående föräldrar, och de har också högre förekomst av psykiska besvär än befolkningen i stort.[91]

2.9.4 Äldre

Socialstyrelsens analys av data från öppna jämförelser visar att psykisk ohälsa är vanligare hos personer 65 år och äldre jämfört med personer 18 till 64 år. År 2016 hade 34 procent av alla över 65 år vårdats för psykisk sjukdom eller använt psykofarmaka. I gruppen 18–64 år var andelen hälften så stor, 17 procent. Analysen visar också att personer 65 år eller äldre med psykisk ohälsa mer sällan träffar en specialist. De äldre får oftast vård inom primärvården.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att äldre personer med psykisk ohälsa ofta har sammansatta och komplexa behov som kräver både somatiska och psykiatriska insatser. De flesta äldre med psykisk ohälsa tar dock inte kontakt med hälso- och sjukvården och får därför ingen behandling. Det är vanligt att äldre söker vård för sina fysiska besvär i stället för sina depressionsrelaterade problem.

[91] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på*?, 2019, s. 13 f.

Det framhålls även att det kan vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre patienter som ofta har flera andra sjukdomar samtidigt. Sjukdomsbilden hos äldre med depression är dessutom ofta annorlunda än hos yngre. Symtom på psykisk ohälsa är ofta mer diffusa hos äldre och det är därför större risk att en psykiatrisk diagnos förbises. Kroppsliga och kognitiva symtom är vanliga och kan vara mer framträdande än affektiva symtom. Depression hos äldre har klara beröringspunkter med kognitiv nedsättning och demens. Socialstyrelsen framhåller att det är viktigt att personal som har regelbundna kontakter med äldre personer med vårdbehov kan identifiera psykisk ohälsa hos äldre för att kunna tillförsäkra en god och säker vård och omsorg.

Ser man till suicid är det vanligare bland äldre män, även om andelen har minskat de senaste tio åren. Bland män över 65 år är det cirka 23 per 100 000 invånare som tar sitt liv, att jämföra med cirka 19 i gruppen män 20–64 år. I gruppen män 80–84 år är det cirka 34 per 100 000 invånare. Sett till statistik över vilken vård som äldre respektive yngre fått 28 dagar före suicid är det också tydligt att äldre i större utsträckning vårdats i den somatiska vården, medan de i gruppen 18–64 år i högre grad vårdats inom psykiatrin.

Analysen visar också att personer 65 år eller äldre med psykisk ohälsa i högre utsträckning får antipsykotiska läkemedel och tre eller fler psykofarmaka jämfört med gruppen 18–64 år. Det framgår även att yngre och högutbildade i högre grad får psykofarmaka utskriven av specialistvården, medan äldre och lågutbildade i högre grad får den via primärvården.[92]

Analyser av äldres hälsa från SWEOLD,[93] för personer 75 år och äldre, visar vidare att isolering har stor inverkan på den psykiska hälsan. Sannolikheten att få depressiva symtom och ångest är högre ju mer socialt isolerad en person är. Analyser visar också att närområdet samvarierar med äldre personers psykiska hälsa, på så sätt att psykisk ohälsa är vanligare bland personer som bor i socioekonomiskt utsatta områden än bland dem som bor i socioekonomiskt priviligierade områden.[94]

[92] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre*, 2018.
[93] Återkommande riksrepresentativ undersökning av Sveriges äldre befolkning.
[94] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikheter i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 19.

2.9.5 Personer med funktionsnedsättning

Begreppet funktionsnedsättning avser en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.[95]

Folkhälsomyndighetens rapportering kring hälsan bland personer med funktionsnedsättning utgår i hög grad från den nationella folkhälsoenkäten, vars frågor främst fångar in fysisk funktionsnedsättning.[96] Av denna data framgår bl.a. att fler personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som dålig jämfört med övrig befolkning. Det finns också skillnader mellan könen då det är en lägre andel kvinnor med funktionsnedsättning som skattar sin hälsa som bra i jämförelse med män med funktionsnedsättning. Personer med funktionsnedsättning uppger också att de i betydligt större utsträckning är trötta, har sömnbesvär, känner stress och har ängslan, oro och ångest jämfört med befolkningen i övrigt.[97] Andelen med funktionsnedsättning är också högre bland dem som är sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos, jämfört med befolkningen i stort.[98]

Det finns samtidigt studier som visar på hög förekomst av psykisk ohälsa även bland personer med psykiska och intellektuella funktionsnedsättningar. Till exempel har internationella studier visat en punktprevalens på 27 procent för ångestsyndrom och 23 procent för depression hos vuxna med autism. Studier har också visat kraftigt förhöjd risk för suicid hos personer med autism. I en svensk registerstudie av drygt 54 000 personer med autism var risken för fullbordat suicid 8 respektive 13 gånger högre hos personer med autism (utan respektive med ADHD) jämfört med matchade kontroller.[99]

I detta sammanhang vill vi återigen hänvisa till den begreppsmodell som presenterats i avsnitt 2.8.2 och understryka att psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är två olika dimensioner, inte motsatser. Det vill säga en person kan ha en psykisk eller intellektuell

[95] Socialstyrelsen, termbanken.
[96] Folkhälsomyndigheten, *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*, 2020, s. 11 f.
[97] Folkhälsomyndigheten, *Hälsan hos personer med funktionsnedsättning,* 2020.
[98] Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 15.
[99] Hirvikoski T, Boman M, *Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study*, Psychol Med 2019 Jun 26:1-12, 2019.

funktionsnedsättning, men ändå uppleva psykiskt välbefinnande. Från personer med funktionsnedsättningar och deras anhöriga rapporteras dock att den psykiska hälsan ofta glöms bort, att allt fokus från vård och omsorg blir på det fysiska och det kognitiva. Att vården enbart ser den diagnos eller funktionsnedsättning man har i grunden och inte det man söker vård för vid ett enskilt tillfälle.[100]

2.9.6 Personer med riskbruk

Missbruk och beroendesjukdomar faller in under psykiatriska diagnoser. Rent begreppsmässigt har man inom hälso- och sjukvården dock rört sig bort från begreppet ”missbruk” till begreppet ”skadligt bruk”, vilket numer används inom diagnossystemen. ”Missbruk” finns dock kvar som juridisk term i t.ex. SoL. Termen ”riskbruk” är ingen medicinsk diagnos, utan beskriver ett beteende med förhöjd risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser.[101]

Det är sedan länge välkänt att personer med beroendesjukdomar har en förhöjd risk för olika former av annan psykisk ohälsa. Omvänt så har personer med psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser en ökad risk för beroende.[102] År 2018 vårdades 52 000 personer, tio år eller äldre, inom specialiserad öppen eller sluten vård p.g.a. avsiktligt intag av beroendeframkallande substanser. Detta motsvarar 0,6 procent av befolkningen. Andelen personer som vårdas för intag av beroendeframkallande substanser har ökat omkring 20 procent den senaste tioårsperioden.[103] Dessa siffror grundar sig på information från Socialstyrelsens patientregister. Eftersom det inte finns uppgifter från primärvården i patientregistret är det svårt att få en uppfattning om storlek och karaktär på gruppen som enbart diagnostiserades och behandlades inom primärvården. Bedömningen är dock att enbart en liten del av alla med problem får behandling, och att många avstår från att söka hjälp p.g.a. bl.a. stigma.[104]

[100] Inspel från utredningens referensgrupp med patienter och brukare; Myndigheten för Delaktighet, *Rivkraft 18 – hälsa, kost och fysisk aktivitet*, 2017.
[101] Region Stockholm, *Vad är riskbruk och beroende?*; Region Skåne, *Riskbruk, missbruk eller beroende*, 2015.
[102] Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019, s. 12.
[103] Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019, s. 37.
[104] Forskning och framsteg, *Få söker vård för hög alkoholkonsumtion*, 2020.

Givet att såväl specialiserad (psykiatrisk) vård som socialtjänst[105] utgör avgränsningar för utredningens uppdrag, ingår personer med omfattande missbruksproblematik inte i den målgrupp som står i fokus för vår utrednings arbete. Personer med riskbruk är dock en grupp som nämns i våra direktiv, och som ofta söker och kan få bedömning och hjälp på primärvårdsnivå.

Det finns i dag beforskade metoder och en del verksamheter på primärvårdsnivå, som riktar sig till personer som upplever sig ha problem med t.ex. bruk av alkohol men inte identifierar sig som beroende, såväl som en del metoder för behandling av skadligt bruk och beroende som lämpat sig för primärvårdskontexten.

Utifrån utredningens dialoger förefaller det dock som att det är mycket olika i vilken grad primärvården har ett strukturerat arbete med t.ex. riskbruk av alkohol, där det finns kompetens att fråga och bemöta dessa personer, eller om personer med den problematiken snarare hänvisas direkt till socialtjänstens missbruks- och beroendevård.

2.9.7 Personer som vårdar eller stödjer en närstående

Närmare en femtedel av den vuxna befolkningen ger omsorg till närstående. De personer som ger omfattande omsorg drabbas av konsekvenser vad gäller såväl hälsa som förvärvsarbete och livskvalitet och är därmed en utsatt grupp.[106] Detta är också reflekterat i lagstiftningen. År 1998 skrevs det in i SoL att kommunen bör stödja anhöriga.[107] År 2009 blev ansvaret att erbjuda stöd till anhöriga obligatoriskt. Sedan dess är lydelsen att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.[108] Med stöd till anhöriga avses olika insatser som

[105] Kommunerna har i enlighet med SoL ansvar för missbruks- och beroendevård inklusive sociala stödinsatser.
[106] Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*, 2014.
[107] Kort om begreppen: I 5 kap. 10 § SoL benämns personer som ger insatser till närstående anhörig eller annan person. Annan person är någon utanför familjekretsen exempelvis en vän eller granne. Ibland används begreppet närstående om de anhöriga, framför allt inom hälso- och sjukvården. I detta betänkande används begreppen anhörig och närstående synonymt.
[108] 5 kap. 10 § SoL.

primärt syftar till att fysiskt, psykiskt och socialt underlätta de anhörigas situation.[109]

Studier från Socialstyrelsen visar att relationen mellan den som ger och den som tar emot omsorg har betydelse för hur givaren upplever situationen. De som ger omsorg till ett barn tycks påverkas i högre grad när det gäller förvärvsarbete, ekonomi och livskvalitet, medan den som ger omsorg till en make, maka eller partner tycks påverkas i högre grad vad gäller hälsa. Anhöriga i åldrarna 30–44 år som ger omsorg till en närstående tycks påverkas mer än andra åldersgrupper vad gäller fysisk och psykisk hälsa, ekonomi och möjligheter till förvärvsarbete.[110]

Omkring två tredjedelar, eller 63 procent, av alla omsorgsgivare rapporterar att de alltid, nästan alltid, ofta eller ibland känner psykisk påfrestning. Den psykiska påfrestningen är högre ju mer omsorg man ger och bland de som ger omsorg en timme eller mer per vecka är det något vanligare att kvinnor känner psykisk påfrestning än att män gör det. Den psykiska påfrestningen är störst bland omsorgsgivare i åldersgruppen 30–44 år där 74 procent i någon utsträckning känner att omsorgsåtagandet är psykiskt påfrestande.[111]

Anhöriga till personer med psykisk ohälsa

NSPH är en samarbetsorganisation för 13 patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. År 2015 gjorde man en enkätundersökning om anhörigas situation. Totalt 1 393 personer besvarade enkäten. Av dessa uppgav 62 procent att de var mammor. Näst vanligast, 13 procent, var att man svarat på enkäten i egenskap av partner, medan syskon stod för 7 procent av svaren. Andelen pappor som svarade var enbart 6 procent. Det vanligaste var att man var anhörig till någon med en neuropsykiatrisk diagnos (70 procent). Därefter kom depression/ångest (29 procent), bipolär (13 procent) och psykossjukdom (11 procent).

[109] Prop. 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 5.
[110] Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*, 2014, s. 7.
[111] Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser,* 2014, s. 23.

74 procent svarade att de behövde stöd för egen del p.g.a. sin situation som anhörig. De flesta hade dock inte fått information om vad kommun eller region erbjöd för slags anhörigstöd. Endast 6 procent ansåg att de hade fått mycket bra information om detta och 37 procent svarade att de fått en del information. Flera lyfte även att det stöd kommunerna erbjöd främst var riktat till äldre. Det bör ses i ljuset av uppgiften från Socialstyrelsens kartläggning att den psykiska påfrestningen är störst bland omsorgsgivare i åldersgruppen 30–44 år.

I detta sammanhang kan också noteras att vid Socialstyrelsens utvärdering av de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom framkom att det i stor utsträckning saknades rutiner för att stödja såväl närstående till barn och unga som till vuxna. Inom primärvården uppgav var femte mottagning att de har en rutin för hur de skulle stödja vuxna närstående till personer med depression eller ångestsyndrom. Oftast var rutinerna enbart muntliga. Det var något vanligare att det fanns rutiner för hur mottagningarna skulle stödja minderåriga barn, 30 procent av mottagningarna hade sådana rutiner, men återigen var de flesta muntliga. Många mottagningar var medvetna om bristen på rutiner och framhöll att stöd till närstående var ett område där de skulle kunna bli bättre.[112]

Vidare var det tydligt av NSPH:s enkät att arbetet påverkades av att vara anhörig. Av de som förvärvsarbetade svarade samtliga att de gått ner i arbetstid, bytt tjänst eller behövt gå ifrån arbetet för att stödja i kontakt med vård och myndigheter eller vid en krissituation. Nästan hälften, 48 procent, hade varit sjukskrivna.[113]

2.9.8 Asylsökande och nyanlända

Asylsökande och andra nyanlända med eller utan uppehållstillstånd som lider av psykisk sjukdom får inte alltid den vård och omsorg som de har rätt till enligt lagstiftningen.[114] De kan ha kontakt med primärvården och sociala myndigheter, men utan att deras psykiska vårdbehov uppmärksammas. Därmed ökar risken för att en psykisk

[112] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019, s. 90 ff.
[113] NSPH, *Vem hjälper dem som hjälper?*, 2015.
[114] Rätten till hälso- och sjukvård för asylsökande och personer som vistas i Sverige utan tillstånd styrs av lagen (2008:344) *om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* och av lagen (2013:407) *om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan tillstånd*.

sjukdom inte upptäcks eller kan behandlas i tid, vilket kan skapa onödigt lidande och utveckling av en kronisk störning som blir handikappande.[115]

Mellan 20 och 30 procent av asylsökande och flyktingar som kommer till Sverige beräknas lida av psykisk ohälsa. Många med psykisk ohälsa har kontakt med primärvården och färre med specialistpsykiatrin. I flera kulturer är det vanligt med stigmatisering av personer med psykiska sjukdomar och många nyanlända migranter undviker därför kontakt med specialistvården. Inom primärvården kan finnas en rädsla för att fråga efter eller på annat sätt upptäcka psykisk ohälsa.[116]

Asylsökande kan ha ett ackumulerat vårdbehov och det gäller särskilt de som har traumatiska erfarenheter bakom sig. De kan uppleva höggradig stress och känna sig isolerade i det nya landet p.g.a. språksvårigheter, kulturskillnader samt asylprocessen. Asyltiden, som ibland kan vara flerårig, kan försämra individens fysiska och psykiska hälsa, samt påverka familjesituationen och barnens hälsa.

Asylsökande befinner sig ofta i högst onormala, otrygga situationer utan ett socialt nätverk och med begränsade språkkunskaper som ger upphov till missförstånd och missnöje. De kan också vara utsatta för kulturkrockar, diskriminering och andra påfrestningar. Detta gör att deras psykiska sjukdomar ofta blir komplexa, med många negativa faktorer. Risken för kroniska och behandlingsresistenta symtom och sjukdomar kan därför vara större jämfört med andra patientgrupper, även vid lätta eller måttliga symtom, något som initialt ofta förbises av behandlare.[117] För asylsökande och papperslösa gäller särskild lagstiftning i fråga om vilken hälso- och sjukvård som regioner är skyldiga att tillhandahålla.[118] Detta försvårar möjligheten att få stöd för den psykiska ohälsan.

I samband med flyktingsituationen 2015 kom ett stort antal ensamkommande barn till Sverige. Sedan dess har flera fyllt 18 år och därmed juridiskt sett blivit vuxna. I samband med detta upphör flera av de stöd och strukturer man kan ha omkring sig som barn. Det gör att en redan utsatt situation, som är påfrestande för den psykiska hälsan,

[115] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015, s. 7.
[116] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015, s. 7.
[117] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015, s. 8.
[118] Lag (2008:344) *om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* samt lag (2013:407) *om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*.

för många blir än mer utmanande. Röda Korset anger att många ensamkommande ungdomar har uttryckt problem med att få information om psykisk hälsa på ett anpassat sätt. Överlag har man bristande information om hälsan och kroppen och specifikt känner man inte till kopplingen mellan fysisk och psykisk hälsa, t.ex. att magont och huvudvärk kan bero på oro, sömnlöshet etc. Här är möten med vården viktiga och – utan att negligera om det finns somatiska förklaringar – behöver man tydliggöra att somatiska besvär ibland kan bero på psykosociala orsaker.[119]

[119] Röda Korsets svar på utredningens dialogfrågor.

3 Förutsättningar för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Detta kapitel beskriver sammantaget olika aspekter av primärvårdens förutsättningar för arbetet med psykisk ohälsa, och hur det ser ut i nuläget. Inledningsvis redogörs för den bredd av aktörer på olika nivåer som är involverade i den psykiska ohälsan och för det ansvar, utifrån roll och uppdrag, som respektive aktör har i omhändertagandet. Efter en kort tillbakablick på såväl statens som föreningslivets roll i detta arbete belyser vi sedan för området relevanta kunskapsunderlag. Därefter redovisar vi utredningens kartläggning av hur huvudmännen själva formulerar uppdraget gällande psykisk ohälsa i primärvården. Vi belyser vilka möjligheter det i dag finns att, på ett systematiskt sätt, följa upp primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Detta följs av en beskrivning av olika distanstjänster, inklusive 1177 Vårdguiden, innan vi går vidare till att beskriva olika kompetenser och utbildningsinsatser kopplade till primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Slutligen redogörs kort för påverkan på sjukfrånvaro av psykisk ohälsa.

3.1 Ansvarsförhållanden

3.1.1 Staten

Staten har möjlighet att påverka huvudmännens bedrivande av hälso- och sjukvården genom olika former av styrning.[1] Genom *normgivning*, dvs. reglering, skapar staten bindande föreskrifter som ut-

[1] Statens möjligheter till styrning har beskrivits i SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*. I detta avsnitt återges delar av vad som där har beskrivits.

formningen av hälso- och sjukvården behöver anpassas efter; av riksdagen genom lag, av regeringen genom förordning och av statlig myndighet, efter bemyndigande, genom föreskrift. Allmänna råd, rekommendationer, riktlinjer m.m. som tagits fram av statliga myndigheter utgör också en sorts statlig styrning, även om de inte är bindande till sitt innehåll. Regleringen på området psykisk ohälsa är omfattande och består av ett stort antal författningar, dels på hälso- och sjukvårdens område, dels på t.ex. socialtjänstens och socialförsäkringens område.

Staten har också möjlighet att styra hälso- och sjukvårdens verksamheter genom olika former av *ekonomiska bidrag*, bl.a. genom generella och riktade statsbidrag. En stor del av de riktade statsbidragen på hälso- och sjukvårdens område lämnas till regioner och kommuner genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

En annan form av styrning består i framtagande av *strategier och handlingsplaner* av olika slag. Dessa har i sig ingen formell status, men kan få det genom att beslutas av riksdagen i t.ex. en proposition. Tidigare och kommande nationella strategier inom området psykisk hälsa och suicidprevention utgör exempel. *Nationella samordnare* är en form, där den senaste nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa utgör ett exempel.

Kunskapsstyrningen är förordningsstyrd genom förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Styrning med kunskap sker genom icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. *Rådet för styrning med kunskap* styrs av nämnda förordning och behandlar strategiskt viktiga frågor som bidrar till att rätt kunskap når fram till huvudmän samt profession inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.[2]

[2] I rådet ingår nio myndigheter och Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande. Myndigheterna som ingår är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård- och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Instruktioner för myndigheternas uppgifter, inriktning, mål och ekonomiska ramar finns angivna i förordningar för respektive myndighet.[3] Dessa instruktioner styr, tillsammans med de årliga regleringsbreven för respektive myndighet, myndigheternas arbete.

Också genom *regeringsuppdrag till myndigheter* har staten möjlighet att påverka arbetet med den psykiska ohälsan. Sådana uppdrag lämnas inom området psykisk ohälsa bl.a. till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Uppdrag av särskild relevans för denna utredning beskrivs i avsnitt 2.4.2.

3.1.2 Regioner och kommuner

Huvudsakligt ansvariga för tillhandahållande av hälso- och sjukvård

Regionerna och kommunerna är som huvudmän de huvudsakligt ansvariga för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Det följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), som anger ramarna för hälso- och sjukvårdens bedrivande. Med hälso- och sjukvård avses bl.a. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.[4] Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Att vården som regioner och kommuner ansvarar för ska vara god, innebär att den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig. I hälso- och sjukvård inkluderas vård för både fysisk och psykisk ohälsa. Likaså avses med god hälsa en fysiskt och psykiskt god hälsa.

En del av den hälso- och sjukvård som regionen bedriver med stöd av HSL, samt all hälso- och sjukvård som kommunen bedriver med stöd av samma lag, faller inom ramen för definitionen av primärvård. Med primärvård avses, fr.o.m. den 1 juli 2021 då en ny definition träder i kraft, hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patient-

[3] Se t.ex. förordning (2013:1020) *med instruktion för Folkhälsomyndigheten*, förordning (2015:284) *med instruktion för Socialstyrelsen* och förordning (2007:1233) *med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*.
[4] 2 kap. 1 § HSL.

grupper. Primärvården ska enligt den nya lydelsen svara för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.[5] Primärvården kännetecknas således av sin generalistkompetens och sitt breda uppdrag. Likt hälso- och sjukvård i övrigt görs ingen åtskillnad på om behovet av vård är av fysiskt eller psykiskt slag.

Det finns en i grundlag reglerad självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt för regioner och kommuner för hälso- och sjukvårdens bedrivande genom den kommunala självstyrelsen. I regeringsformen uttrycks att kommuner, på den kommunala självstyrelsens grund, sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse.[6] Här avses kommuner på både lokal och regional nivå, dvs. även regioner. Den kommunala självstyrelsen ställs ofta mot intresset av en nationell enhetlig reglering. En inskränkning i självstyrelsen bör dock inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett inskränkningen.[7] Vid en bedömning av om en inskränkning är nödvändig ska det göras en proportionalitetsbedömning. Mindre ingripande åtgärder ska alltid övervägas.

Den fria bestämmanderätten för regioner och kommuner begränsas av kommunallagens (2017:725) övergripande bestämmelser om att de endast får ha hand om frågor som faller inom deras befogenhet. Regioner och kommuner får själva ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar. De får inte ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om.[8]

Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården

Från och med den 1 juli 2021 finns det ett i författning angivet grunduppdrag för den primärvård som regioner och kommuner bedriver. Den nya bestämmelsen 13 a kap. 1 § HSL kommer reglera detta

[5] För den tidigare lydelsen samt motivering till ändringen av definitionen, se prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.
[6] 14 kap. 2 § *regeringsformen* (RF).
[7] 14 kap. 3 § RF.
[8] 2 kap. 1 och 2 §§ *kommunallagen*.

uppdrag, vilket utgör ett slags miniminivå för vad primärvård ska tillhandahålla i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster. Bakgrunden till grunduppdraget samt dess innehåll hanteras närmare i avsnitt 5.1, där vi också föreslår att det ska göras ett tillägg till grunduppdragets formulering. Grunduppdraget gäller primärvård som region eller kommun är ansvarig att erbjuda med stöd av HSL. Det gäller således inte hälso- och sjukvård som bedrivs med stöd av annan lagstiftning, oberoende av om vården skulle kunna betraktas som primärvård.

Särskilt om samverkan

I detta betänkande lyfter vi liksom tidigare vikten av god samverkan inom hälso- och sjukvården och mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer i samhället. Mot bakgrund av att utredningens bedömningar, redogjorda för i kap. 6, inkluderar frågan om samverkan, finns anledning att särskilt lyfta regleringen i fråga.

Ansvar för huvudmän

I 16 kap. i HSL regleras samverkan mellan huvudmännen. Här anges bl.a. att regionen, eftersom kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård inte omfattar läkare, ska avsätta de läkarresurser som kommunerna behöver för sitt bedrivande av hälso- och sjukvård i särskilda boenden och dagverksamheter. Detsamma gäller, i de fall en kommun ansvarar för vården, i hemsjukvård. Här anges också att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan när den enskilde behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Vad gäller samverkan med andra än annan huvudman ska regionen och kommunen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, respektive befolkningens behov av sådan vård.[9] Vid planeringen ska regionen och kommunen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Planeringsansvaret omfattar alltså inte bara den egna hälso- och sjukvården utan också den som erbjuds av andra vårdgivare. I förarbetena uttrycks att region och kommun vid planeringen av den egna verksamheten ska

[9] 7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL.

ta hänsyn till det utbud av hälso- och sjukvård som andra vårdgivare svarar för och exemplifierar det med privata vårdinrättningar, privatpraktiserande läkare, skolhälsovård och företagshälsovård.[10] Det framhålls också, när planeringsansvaret diskuteras, att samverkan ska ske med dessa nämnda aktörer.

HSL anger vidare att regioner och kommuner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.[11] Med samhällsorgan avses främst kommuner och statliga myndigheter och organisationer exemplifieras i förarbetena med arbetsmarknadens organisationer samt handikapp-, äldre- och patientföreningar. Genom bestämmelsens utformning är det huvudmännen som formellt sett åläggs samverka. Ordet samverkan avser dock att markera att samarbetet ska vara ett ömsesidigt givande och tagande.[12]

När målen för hälso- och sjukvården diskuterades inför en reglering av desamma i lagstiftning, uttalade regeringen att det, för att en så god hälsa som möjligt hos befolkningen ska kunna åstadkommas, måste förutsättas insatser av många andra samhällsorgan som kan medverka till ett bättre hälsotillstånd hos befolkningen och att hälso- och sjukvården i samverkan med dessa andra samhällsorgan bör främja människors hälsa. Vidare att målen för hälso- och sjukvården bör ligga till grund för den samverkan som erfordras mellan olika vårdgivare, bl.a. statliga och kommunala vårdgivare samt fristående organisationer och enskilda, för att intentionerna i lagstiftningen ska kunna förverkligas.[13]

Inför att hälsovård kom att bli en del av hälso- och sjukvården och vikten av förebyggande insatser diskuterades uttalade regeringen, avseende samverkan med organisationer, följande:

> Ansvaret för att förebygga ohälsa är dock inte en uppgift enbart för hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Även andra myndigheter och organisationer har ett ansvar härför. […] I detta sammanhang vill jag peka på de frivilliga organisationernas betydelse när det gäller t.ex. hälsoupplysning. Jag anser de frivilliga organisationernas arbete inom den förebyggande verksamheten vara av utomordentligt stort värde.

[10] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m*., s. 122 f.
[11] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL.
[12] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m*., s. 124.
[13] Prop. 1981/82:97, o*m hälso- och sjukvårdslag, m.m*., s. 27.

Vidare anförde regeringen, när primärvårdens roll diskuterades, följande:

> Det är sålunda viktigt att primärvården samarbetar med olika samhällsorgan samt med frivilliga organisationer och enskilda för att främja befolkningens hälsa i vidsträckt bemärkelse.

När grundläggande frågor såsom hälso- och sjukvårdens roll i välfärdsstaten och de etiska principer som styr prioriteringarna inom hälso- och sjukvården diskuterades och fastslogs på 90-talet, resonerade regeringen, angående avgränsningen av hälso- och sjukvårdens ansvar, på följande sätt:

> Det är angeläget att hälso- och sjukvården är lättillgänglig för den enskilda människan som inte känner sig frisk eller befarar sjukdom. Det är dock inte ovanligt att sjukvården blir en yttersta hjälpstation för människor som lider av problem som varken kan eller bör lösas med medicinsk vård eller behandling. Hälso- och sjukvårdens ansvar bör så långt möjligt avgränsas till sådana åtgärder som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens. Detta innebär inte någon strikt avgränsning av hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. […] I hälso- och sjukvårdens ansvar bör […] ingå att se till att den som söker hälso- och sjukvårdens tjänster men som i realiteten bör få annat stöd, blir hänvisad till det eller de organ som har kompetens och resurser för uppgiften. Samarbetet måste därför utvecklas, i synnerhet mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och försäkringskassa, så att de hjälpsökande snabbt kan få den rätta hjälpen. [14]

Regeringen berör alltså vikten av att hälso- och sjukvården, i de fall den enskilde varken bör eller kan få hjälp genom hälso- och sjukvårdens tjänster, men ändå har sökt sig till vården med en viss problematik, hänvisar till annan aktör som är bättre lämpad att omhänderta problematiken.

I sammanhanget kan också påminnas om hälso- och sjukvårdens roll för att förebygga ohälsa. När hälso- och sjukvården kom att inkludera just hälsovård och förebyggande insatser resonerade regeringen kring behovet av upplysning och information från hälso- och sjukvården. Sådan upplysning och information torde bl.a. kunna bestå i information om de möjligheter till omhändertagande som andra aktörer, t.ex. föreningslivet, kan erbjuda i de fall en viss problematik inte kan eller ska omhändertas inom hälso- och sjukvården.

[14] Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, s. 10.

Ansvar för huvudmän och vårdgivare

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls.[15] Det anges i HSL:s kap. 5, vilket innehåller bestämmelser för all hälso- och sjukvård, inte bara för sådan som region eller kommun bedriver med stöd av HSL. Kravet på god vård gäller således alla vårdgivare. God vård innebär bl.a. att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Detta behov är utvecklat i patientlagen (2014:821) (PL) som, avseende patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, anger att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.[16] Alla vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård i HSL:s mening har således ett samordningsansvar. Här avses samordning med andra delar av hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag rörande samverkan i huvudbetänkandet

I vårt förra betänkande utgjorde samverkan fokus för en stor del av våra resonemang och analyser. Vi lämnade flera förslag som syftade till stärkt samverkan på olika nivåer och hänvisar till det betänkandet för en utförligare beskrivning av förslagen.[17] Ett av dessa bestod i att bestämmelserna i HSL som anger att regioner och kommuner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare, ska ändras så att det uttryckligen anges i lagtexten att kommuner respektive regioner utgör en samverkanspart. Ett annat förslag bestod i införande av en ny bestämmelse i HSL om att regioner och kommuner för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ska upprätta en övergripande gemensam plan. Vidare föreslog vi att det i HSL ska anges att det, där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet, ska finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att god vård ska kunna ges. Vi lämnade även förslag om förstärkt lagstiftning runt den individuella planen (i vardagligt tal ofta kallad SIP). Bland annat föreslog vi att målet med insatserna samt vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs ska framgå av den individuella planen. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

[15] 5 kap. 1 § HSL.
[16] 6 kap. 1 § PL som gäller alla vårdgivare, 1 kap. 2 § PL e contrario.
[17] SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 159 ff.

Regioner

Ramar för verksamhetsform och organisering

Regionerna har det övergripande ansvaret att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård åt befolkningen. I fråga om verksamhet och form är regionernas ansvar inte preciserat i HSL, utan hälso- och sjukvårdens verksamhetsbedrivande och organisering är en fråga för respektive region. Undantag från utrymmet till organisering efter regionala önskemål består i det obligatoriska inrättandet av valfrihetssystem för primärvården. Sedan 2010 är det obligatoriskt för regionerna att organisera primärvården så att alla som omfattas av deras ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster, dvs. att inrätta valfrihetssystem. Regionerna ska i förfrågningsunderlag, på ett sätt så att alla potentiella utförare behandlas lika, formulera villkor för och krav på primärvårdsverksamheten och som huvudregel anta alla leverantörer som uppfyller de ställda kraven. Vidare finns det krav på sjukhus för den slutna hälso- och sjukvård som regionerna bedriver med stöd av HSL. Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) anger också att psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska ges på regionala sjukvårdsinrättningar.[18]

Eftersom HSL inte anger något om verksamhetsform för den regionala hälso- och sjukvården har regionerna stort utrymme att organisera den utifrån egna regionala önskemål och behov. Den inkluderar i praktiken många gånger vård- eller hälsocentraler, mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagningar m.m. Vad gäller ungdomsmottagningarnas verksamhet riktar den sig till ungdomar i åldern omkring 12–25 år, dvs. i övergången mellan barn och vuxen. Ungdomsmottagningarna avser att förmedla kunskap, ge information, stöd och behandling i frågor som rör ungas fysiska, psykiska och sexuella hälsa. I verksamheten finns t.ex. barnmorska och kurator, ibland också läkare, gynekolog eller psykolog. Ungdomar under 18 år har möjlighet att vända sig till en mottagning utan vårdnadshavares kännedom.

[18] 15 § LPT och 6 § LRV.

Vårdgarantin i primärvården

Utformningen av regionernas hälso- och sjukvård styrs också av den lagstadgade vårdgarantin, där två delar gäller primärvården. Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § HSL. För primärvården ska den garantin innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får:

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården,
2. en medicinisk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt.[19]

Vårdgarantin gäller oavsett sökorsak, t.ex. oberoende av om kontakten med primärvården tas p.g.a. psykiska eller fysiska behov. Sedan den 1 januari 2019 omfattar vårdgarantin i primärvården samtliga legitimerade yrkesgrupper. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hen får träffa. Om patienten vid den första kontakten t.ex. bedöms ha behov av att träffa en psykolog, ska hen få göra det inom tre dagar.

Ansvar att erbjuda koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter

Mot bakgrund av att en mycket stor andel av sjukfrånvaron beror på psykisk ohälsa, kan i sammanhanget uppmärksammas den lagstiftning om s.k. rehabiliteringskoordinatorer som trädde i kraft den 1 januari 2020. Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter ger regionerna skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter i syfte att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Några i lag reglerade kompetenskrav, såsom krav på viss utbildning, finns inte för rehabiliteringskoordinatorerna. Deras insatser är inte hälso- och sjukvård i HSL:s mening då de inte omfattar medicinsk behandling eller medicinska

[19] 2 kap. 3 § PL, 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § *hälso- och sjukvårdsförordningen* (2017:80).

utredningar eller bedömningar och det inte krävs medicinsk utbildning för att utföra dem. Däremot är insatserna att betrakta som hälso- och sjukvård i patientskadelagens (1996:799) och patientsäkerhetslagens (2010:659) (PSL) mening. Det innebär bl.a. att rehabiliteringskoordinatorn är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal enligt PSL.[20]

Lagen stipulerar ett krav på erbjudande av koordineringsinsatser, inte specifikt på rehabiliteringskoordinatorer. Rehabiliteringskoordinator har dock blivit det etablerade uttrycket för dessa koordineringsinsatser, men också andra titlar används, t.ex. sjukskrivningscoach. Genom att använda begreppet koordineringsinsatser i lagtexten var avsikten att tydliggöra att det inte är fråga om en viss obligatorisk organisationsform utan just om vissa åtgärder.

Koordineringsinsatserna som ska erbjudas är inte aktuella enbart vid psykisk ohälsa, utan kan aktualiseras generellt vid ohälsa, så länge den gör patienten arbetsoförmögen. De ska ges efter behov och ska bara inriktas på de behov som ska tillgodoses av regionen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och inte avse insatser som andra aktörer ansvarar för. Insatserna består av tre delar: personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer.

Kommuner

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård är till skillnad från den regionala hälso- och sjukvården preciserat i HSL i fråga om verksamheter. Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård omfattar människor som efter beviljat biståndsbeslut bor i de festa former av särskilt boende eller vistas i dagverksamhet. Kommunens ansvar kan också, efter avtal härom med regionen i fråga, omfatta hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som benämns trygghetsboende. Med trygghetsboende avses en särskild boendeform för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering. I alla regioner utom en har kommunerna genom avtal tagit över ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende.

[20] Se regeringens resonemang kring detta i lagrådsremissen *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, s. 52 ff.

Kommunens möjlighet att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet med stöd av HSL är begränsad till de ovan angivna verksamheterna. Ramarna för kommunens befogenheter i detta avseende finns i kommunallagen, av vilken följer att regioner och kommuner bara får ta hand om angelägenheter som faller inom deras ansvarsområde. Det måste således finns stöd i lag, eller genom annan ordning ett ansvar för hälso- och sjukvård i en viss verksamhet. Med stöd av HSL bedriver kommunen hälso- och sjukvård inom de tre angivna verksamhetsformerna. I annan lagstiftning finns stöd för annan kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Som exempel kan nämnas elevhälsa i kommunalt bedriven skola, som kommunen kan bedriva med stöd av skollagen (2010:800) där ansvaret att erbjuda elevhälsa regleras.

Kommunerna kom att bli ansvariga för ovan nämnda delar av hälso- och sjukvården i och med den s.k. ädelreformen. I enlighet med förarbetena till nämnda reform är den hälso- och sjukvård som kommunerna sedan dess ansvarar för att erbjuda insatser på primärvårdsnivå.

Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar inte hälso- och sjukvård som ges av läkare.[21] Det omfattar däremot övriga yrkesgrupper. När huvudmannaskapet för delar av hälso- och sjukvården i och med ädelreformen flyttades över till kommunerna, fördes ett resonemang kring varför läkarinsatser fortfarande skulle vara en fråga för regionerna:

> Enligt min mening är det angeläget att undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster samt övrig biträdespersonal integreras i den kommunala organisationen. Det är dessa personalgrupper som, vid sidan av de personalkategorier som kommunen har i sin organisation idag, gör de mest omfattande insatserna i de särskilda boendeformerna/bostäderna. Det är samtidigt viktigt att insatserna från läkare görs tillgängliga och dimensioneras så att människor som bor i de särskilda boendeformerna/bostäderna kan få den läkarhjälp som de behöver. Även om läkarmedverkan har stor betydelse i vårdarbetet så är dessa insatser tidsmässigt i allmänhet en liten del av det samlade service- och vårdarbetet. Med utgångspunkt i de motiv som ligger till grund för denna reform ser jag inte skäl att ge kommunerna ett ansvar för sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.[22]

[21] 12 kap. 3 § HSL.
[22] Prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.* s. 58 f.

I resonemanget om vilka yrkeskategorier respektive huvudman skulle ansvara för, omnämns inte psykologer. De omnämns inte som en yrkeskategori som regionen fortsatt borde ha ansvar för, men inte heller som en yrkeskategori som bör inkluderas i kommunens ansvar för hälso- och sjukvård. Med tillämpning av det resonemang som fördes avseende läkare är det möjligt att psykologer, för det fall de funnits med i resonemangen, skulle ansetts vara ett fortsatt ansvar enbart för regionerna. Den i lag angivna begränsningen för den kommunala hälso- och sjukvården i fråga om yrkesgrupper kom dock bara att omfatta läkare. Motsatsvis följer att det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar hälso- och sjukvård som ges av övriga yrkesgrupper, inklusive t.ex. psykologer. Det betyder inte att HSL anger att det är obligatoriskt med psykologer i kommunens hälso- och sjukvård. Däremot att kommunens hälso- och sjukvård får omfatta psykologer. I valet av professionssammansättning har såväl regioner som kommuner att förhålla sig till vad som anges i HSL om att överallt där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.[23]

3.1.3 Arbetsgivare

Arbetsgivares ansvar för arbetstagares arbetsmiljö regleras i arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML), vars ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö.[24] En arbetsgivare ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att en arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall.[25] Det inkluderar psykisk ohälsa.[26] I Arbetsmiljöverkets föreskrifter uttrycks, i kommentar till nämnda bestämmelse, att ohälsa kan vara både sjukdomar enligt medicinska, objektiva kriterier och kroppsliga och psykiska funktionsstörningar av olika slag som inte är sjukdom i objektiv mening, samt att ett exempel på det senare är olika former av stressreaktioner.[27]

[23] 5 kap. 2 § HSL.
[24] 1 kap. 1 § AML.
[25] 3 kap. 2 § AML.
[26] Myndigheten för arbetsmiljökunskap har gett ut riktlinjer vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen.
[27] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) *om systematiskt arbetsmiljöarbete*.

Tillgång till företagshälsovård

Ett i arbetsmiljölagen reglerat ansvar

Arbetsgivarens ansvar att upprätthålla en god arbetsmiljö konkretiseras bl.a. genom skyldigheten att tillse att företagshälsovård finns att tillgå för arbetstagare. I 3 kap. 2 c § AML anges att arbetsgivaren ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Enligt bestämmelsens andra stycke avses med företagshälsovård en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Vidare att företagshälsovården särskilt ska arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Arbetsgivares skyldighet att anordna företagshälsovård infördes i AML 1986. Innan dess förekom inte företagshälsovård som begrepp i lagstiftningen. Någon definition av vad som utgör företagshälsovård fördes inte in 1986, utan en sådan kom till uttryck i lagen först 2000 genom nuvarande bestämmelse. Avsikten med att införa en definition var att förtydliga arbetsgivarens ansvar i fråga om tillhandahållande av företagshälsovård och att renodla företagshälsovårdens uppgifter.

Av bestämmelsens utformning framgår att det inte finns något absolut krav på tillgång till företagshälsovård. Behovet beror i stället på arbetsförhållandena och endast om dessa kräver företagshälsovård aktualiseras arbetsgivarens ansvar. Det finns inte heller några skyldigheter för arbetsgivaren att, när arbetsförhållandena kräver företagshälsovård, anlita en extern sådan. En arbetsgivare kan i stället ordna företagshälsovård inom den egna organisationen som en självständig verksamhet. Att expertresursen ska vara oberoende utgör inget hinder mot detta. Föreskrifter från Arbetsmiljöverket anger att arbetsgivaren måste anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån när kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering.[28]

[28] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) *om systematiskt arbetsmiljöarbete*, 12 § första stycket.

De flesta av Sveriges arbetsgivare har avtalat med ett externt företag att detta ska bedriva företagshälsovården hos arbetsgivaren. Inom den offentliga sektorn tillhandahålls företagshälsovård enligt kollektivavtal. Inom den privata sektorn har cirka två tredjedelar av alla sysselsatta tillgång till företagshälsovård.[29] Omkring 60 procent av alla anställda i Sverige har i dag tillgång till företagshälsovård genom sin arbetsgivare.[30] Elva regioner och elva kommuner av branchorganisationen Sveriges Företagshälsors medlemmar har företagshälsovård i egen regi.[31]

Vad omfattar arbetsgivarens ansvar?

Att företagshälsovården ska avse insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering, arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser och ha kompetens om sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa, innebär att den ska ha både ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv och ett efterhjälpande arbete med arbetsanpassning och rehabilitering för de som är skadade eller har blivit sjuka.

Av bestämmelsen i AML kan utläsas att arbetsgivarens ansvar att tillhandahålla företagshälsovård är begränsat till förhållanden som relaterar till arbetsmiljön. Någon skyldighet att erbjuda arbetstagare företagshälsovård som inkluderar hälso- och sjukvårdsinsatser i mer generell betydelse, för diverse olika besvär, finns således inte för arbetsgivaren. Något hinder för detta finns inte, men ryms alltså inte inom arbetsgivarens skyldighet. I sammanhanget bör dock nämnas att det förstås många gånger är svårt att avgöra om ett visst besvär enbart är arbetsrelaterat eller om det också har andra orsaker.

Ansvaret avseende rehabilitering omfattar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, som ska skiljas från den medicinska. Den senare, som består i åtgärder för att en person så långt som möjligt ska kunna behålla eller få tillbaka sin fysiska och psykiska funktionsförmåga, är hälso- och sjukvården ansvarig för. Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses i stället åtgärder för att hjälpa medarbetaren att behålla eller få tillbaka sin arbetsförmåga.

[29] Sveriges Företagshälsor, *Om företagshälsovård*.
[30] Folkhälsomyndigheten, *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturöversikt – uppdatering 2018*, 2019.
[31] Skriftlig kommunikation med Sveriges Företagshälsor.

Någon precisering av företagshälsovårdens innehåll i fråga om kompetenser och professioner har lagstiftaren inte gjort. Företagshälsovård är heller ingen ”skyddad titel” som inkluderar vissa kompetenskrav och kunskapsnivåer, utan benämningen kan användas oberoende av verksamhetens professionssammansättning och kompetens. Arbetsmiljöverket har tagit fram föreskrifter på området, vilka anger att när företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp anlitas ska den vara av tillräcklig omfattning samt ha tillräcklig kompetens och tillräckliga resurser för detta arbete.[32] Vad som är tillräcklig kompetens är inte utvecklat.

I sammanhanget kan noteras att Sveriges Företagshälsor för medlemskap i organisationen ställer krav på att medlemmen ska ha tillgång till kompetens inom områdena arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik. Organisationen har också ställt upp särskilda utbildnings- och kompetenskrav avseende professioner inom ovan angivna kompetensområden.

Det kan också noteras att för att en arbetsgivare ska kunna få ett s.k. arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd (se nedan), krävs att den anlitade företagshälsovården är godkänd av Försäkringskassan. För ett sådant godkännande ställer Försäkringskassan vissa krav på företagshälsovårdens verksamhet, bl.a. i fråga om kompetens.

Sjukvårdande insatser kan ingå i vad företagshälsovården förväntas erbjuda. Regeringen har uttalat att det inte är möjligt eller lämpligt att helt avskilja sjukvården från företagshälsovården. Företagshälsovårdens fokusering på arbetsrelaterad ohälsa, yrkesrelaterade sjukdomar och arbetslivsinriktad rehabilitering förutsätter att det finns personal med sjukvårdskompetens och att viss sjukvård bedrivs.[33]

I avsnitt 3.1.7 beskrivs några av de allmänna övergripande krav som företagshälsovården har att förhålla sig till när den bedriver hälso- och sjukvård, och därmed är att betrakta som vårdgivare.

Det är arbetsgivaren som avgör företagshälsovårdens innehåll…

Den närmare utformningen av företagshälsovårdens innehåll bestäms av arbetsgivaren, då det är dennes uppgift att bedöma vilken företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver, däribland i fråga om

[32] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) *om systematiskt arbetsmiljöarbete,* 12 § andra stycket.
[33] Prop. 1998/99:120, *Företagshälsovård*, s. 22 och 25.

kompetens. Vilka krav och villkor som arbetsgivaren ställer på den företagshälsovård som den anlitar eller upphandlar avgör alltså företagshälsovårdens omfattning och innehåll. Arbetsplatsers olika karaktär innebär att behovet av insatser från företagshälsovården är skiftande. Utgångspunkten för företagshälsovården är att den är en angelägenhet för arbetsmarknadens parter och att dessa genom kollektivavtal reglerar företagshälsovårdens innehåll.[34]

Den nationella samordnaren för en välfungerande sjukskrivningsprocess, som hade i uppdrag att främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen, lämnade sitt slutbetänkande i april 2020.[35] Samordnaren menar att företagshälsovården, som en av aktörerna i sjukskrivningsprocessen, ofta får kritik i fråga om kompetens och omfattning men att företagshälsovårdens förutsättningar som en aktör på en fri marknad, och arbetsgivarens roll som beställare av företagshälsovårdens tjänster, sällan kommer upp i dessa diskussioner.[36]

…och betalar för den

Företagshälsovården innehåller många gånger inslag av sjukvårdande behandling som inte är relaterad till arbetsmiljön. Flera förklaringar finns till detta, bl.a. arbetsgivarens möjlighet att bestämma företagshälsovårdens utbud. En annan kan vara det tidigare ersättningssystemet. Företagshälsovården kom att finansieras genom generella statsbidrag 1986, då ansvaret att anordna företagshälsovård infördes i författning. Innan dess fick arbetsgivare ersättning via sjukförsäkringssystemet och ersättningens storlek hade tydlig koppling till kostnaderna för den sjukvårdande verksamheten. När det generella statsbidraget infördes 1986 innefattade det i stället en principiell rätt till ersättning under förutsättning att vissa villkor var uppfyllda. Det utgick till företagshälsovården i förhållande till antal arbetstagare och ersättningen var således verksamhetsneutral.

I dag är det arbetsgivaren som beställer och betalar för företagshälsovårdens tjänster. Statsbidraget upphörde den 1 januari 1993, bl.a. mot bakgrund av Riksrevisionsverkets uppfattning att det inte var

[34] Prop. 1998/99:120, *Företagshälsovård*, s. 19.
[35] SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.
[36] Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess S 2018:06, s. 16.

ett effektivt styrmedel för att nå de uppsatta målen för verksamheten.[37]

Arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd

Arbetsgivare kan få ekonomiskt bidrag för att anlita företagshälsovård eller annan anordnare med likvärdig kompetens för att utreda, planera, initiera, genomföra och följa upp arbetsplatsinriktade åtgärder, s.k. arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd.[38] Med ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd avses insatser för en arbetstagare som har eller riskerar att få en nedsatt arbetsförmåga p.g.a. arbetsrelaterade och icke arbetsrelaterade sjukdomar och skador. Med ett sådant stöd avses inte medicinsk eller annan behandling.

Syftet med bidraget är att stödja arbetsgivare att i ett tidigt skede anlita företagshälsovård eller motsvarande kompetens för att härigenom förebygga sjukfall och vid sjukfall öka arbetstagares möjligheter att återgå i arbete. Bidraget lämnas av Försäkringskassan, som först måste ha godkänt den anordnare som arbetsgivaren anlitar. För ett godkännande krävs bl.a. att anordnaren har tillgång till samlad kompetens inom medicin och rehabilitering samt inom minst tre av områdena arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, hälsovetenskap och teknik. Med beteendevetenskap avses legitimerad psykolog, socionom eller person med annan beteendevetenskaplig högskoleexamen på minst likvärdig nivå.[39] Absolut krav på sådan kompetens finns alltså inte, eftersom kravet på kompetens inom beteendevetenskap är formulerat som ett alternativt krav. Av förordningsbestämmelsens utformning framgår att kravet på medicinsk kompetens däremot är ovillkorligt. Med detta avses i sammanhanget legitimerad läkare med specialistkompetens och legitimerad sjuksköterska, företrädesvis med kompetens inom arbets- och miljömedicin eller företagshälsovård. I alla specialistläkares och specialistsjuksköterskors utbildning ingår inslag av utbildning som relaterar till ämnet psykisk ohälsa.

[37] Se prop. 1998/99:120, *Företagshälsovård*, s. 26 f.
[38] Se 1 § förordning (2014:67) *om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete*.
[39] Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2014:1) *om bidrag till arbetsgivare*.

Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa

Folkhälsomyndigheten lämnade 2019 en rapport baserad på resultat från en kartläggande litteraturöversikt om insatser som getts av företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland anställda.[40] Rapporten är bl.a. tänkt att utgöra underlag för företagshälsovårdens arbete med insatser baserade på vetenskapligt grundade metoder. Sammantaget indikerar resultaten att arbetsplatsinriktade insatser med problemlösningsbaserade samtal (PLS) och kognitiv beteendeterapi (KBT) som ges via företagshälsovården kan förkorta tiden till arbetsåtergång bland anställda som är sjukskrivna för psykisk ohälsa. Undersökningen visar också att förebyggande insatser inom företagshälsovården behöver utvecklas och utvärderas ytterligare.

3.1.4 Universitet och högskolor

Tillgång till studenthälsovård

Ett i högskoleförordningen reglerat ansvar

Sedan 1992 är högskolor och universitet, i stället för studentkårer som dessförinnan, huvudmän för studenthälsovården. Sedan 1996 har de en i högskoleförordningen (1993:100) reglerad skyldighet att erbjuda studenter studenthälsovård. Skyldigheten regleras i 1 kap. 11 § i nämnda förordning, där det anges att högskolorna ska ansvara för att studenterna har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa. Med högskola avses också universitet[41] och det är med den innebörden ordet högskola fortsättningsvis används även i denna text.

Av andra stycket i samma bestämmelse framgår att högskolorna också ansvarar för andra uppgifter av studiesocial karaktär som stöder studenterna i deras studiesituation eller underlättar övergången till arbetslivet samt för att studenterna i övrigt har en god studiemiljö. Det ansvaret är dock separat från ansvaret att tillse tillgång till hälsovård. Det räcker således inte att hantera andra uppgifter av

[40] Folkhälsomyndigheten, *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturöversikt – uppdatering 2018*, 2019.
[41] 1 kap. 2 § *högskoleförordningen*.

studiesocial karaktär än hälsovård för att kravet på hälsovård ska anses vara uppfyllt.

Skyldigheten att tillse tillgång till hälsovård gäller endast högskolor som staten är huvudman för.[42] Även andra än staten kan efter tillstånd[43] vara huvudmän för en högskoleutbildning, såsom enskilda fysiska eller juridiska personer, men för dessa är högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen inte tillämpliga. Inget hindrar dock en enskild utbildningsanordnare från att tillhandahålla sådan hälsovård som högskolor under statligt huvudmannaskap är skyldiga att tillhandahålla.

Omfattningen och utformningen av studenthälsovården skiljer sig åt

Den relativt ospecificerade formuleringen i högskoleförordningen avseende högskolornas ansvar för studenthälsovård har inneburit att de olika högskolorna har utformat hälsovården utifrån egna prioriteringar och lokala förutsättningar. Studenthälsovården ser med andra ord olika ut på olika högskolor i fråga om t.ex. kompetenser och organisering. Vissa driver verksamheten i egen regi, medan andra sluter avtal om studenthälsovård med ett annat lärosäte eller med en annan privat eller offentlig vårdgivare.

Att studenthälsovården ser olika ut på olika högskolor har uppmärksammats vid flera tillfällen.[44] Universitetskanslersämbetet (UKÄ) har också helt nyligen haft i uppdrag att kartlägga högskolors arbete med studenthälsovård utifrån kravet i högskoleförordningen, se avsnitt 2.4.2.

Vad innebär hälsovård?

Någon närmare precisering av vad som avses med hälsovård i högskoleförordningens mening finns inte, utöver ordalydelsen som anger att studenthälsovården särskilt ska vara inriktad mot förebyggande arbete och avse både den fysiska och den psykiska hälsan.

---

[42] 1 kap. 1 § *högskoleförordningen*.
[43] Se lagen (1993:792) *om tillstånd att utfärda vissa examina*.
[44] Se t.ex. dåvarande Högskoleverkets rapporter *Högskolans ansvar för studenthälsovården*, Tillsynsrapport 1999:6 R, 1999, och *Studier – karriär – hälsa – en utvärdering av högskolornas arbete med studievägledning, karriärvägledning och studenthälsovård,* Rapport 2007:24 R, 2007.

Det kan avseende begreppet hälsovård inledningsvis konstateras att det i mer generell mening syftar just på förebyggande insatser och att hälsovård likväl som sjukvård i HSL:s mening utgör en del av vad som är hälso- och sjukvård. När hälsovård infördes i HSL som en uppgift för regioner och kommuner, från att tidigare bara ha innefattat sjukvård, gjordes det med motiveringen att sjukvårdshuvudmannen också skulle ha ansvar för förebyggande vård.[45]

Vad gäller begreppet hälsovård i högskoleförordningens mening kan konstateras att studenthälsovården från början, tillkommen bl.a. p.g.a. en begränsat utbyggd hälso- och sjukvård, hade ett relativt stort inslag av sjukvård. Till en början ersatte studenthälsovården alltså i viss mån allmän hälso- och sjukvård. När samhällets hälso- och sjukvård byggdes ut minskade dock behovet av de sjukvårdande delarna. Vilket innehåll studenthälsovården skulle ha resonerade regeringen kring i prop. 1982/83:129, om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel). Det uttalades att studenthälsovård i första hand ska inriktas på förebyggande samt sociala och kurativa insatser. Vidare att den således inte bör vara en ersättning för, utan ett komplement till, den offentliga hälso- och sjukvården.[46] De studerandes behov av somatisk och psykiatrisk sjukvård skulle däremot huvudsakligen tillgodoses inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvården. I SOU 1990:105, Studenten och tvångsanslutningen, uttalades vidare att studenthälsovården närmast är att jämföra med företagshälsovården. Den är en form av företagshälsovård som utvecklats speciellt för de högskolestuderandes behov. Däri ligger, menade utredningen, att studenthälsovård i första hand ska inriktas på förebyggande samt sociala och kurativa insatser. Som konstaterats tidigare skulle vanlig sjukvård i princip skötas av regionen. Utredningen menade emellertid att det inte är möjligt eller önskvärt att helt utesluta den somatiska sjukvården, då denna utgör underlag för de förebyggande insatserna. Omfattningen av den direkta sjukvården fick dock bestämmas av den lokalt ansvariga organisationen.[47]

Några särskilda krav i fråga om professioner har lagstiftaren inte ställt. Det överensstämmer med den generella statliga styrningen av hälso- och sjukvården, elevhälsan undantagen, där frågan om vilken

[45] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 29 ff.
[46] Prop. 1982/83:129, *om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel*), s. 10.
[47] SOU 1990:105, *Studenten och tvångsanslutningen*, s. 135 f.

bemanning som krävs lämnas åt huvudmännen att bestämma utifrån lokala behov och förutsättningar, dock med begränsning av det generella kravet i HSL om att det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.[48] I sammanhanget kan dock noteras att regeringen uttalat att studenthälsovårdens verksamhet bör bygga på, förutom läkare, i första hand kuratorer och sjuksköterskor. Vidare att det kan vara lämpligt att också knyta andra personalkategorier till verksamheten, t.ex. psykologer och fysioterapeuter. Lokala förutsättningar och skiftande behov bör få bestämma personalsammansättningen på den enskilda högskoleorten.[49]

När definitionen av hälso- och sjukvård infördes i 1982 års HSL och det resonerades kring vilka verksamheter och åtgärder som ingick i begreppet hälso- och sjukvård i HSL:s mening, anfördes att till hälso- och sjukvård bl.a. hör företagshälsovården, skolhälsovården och studerandehälsovården.[50]

Sammantaget går lagstiftarens intensioner med kravet på hälsovård att förstå så att den hälsovård som studenter ska ha tillgång till enligt högskoleförordningen utgör sådan hälso- och sjukvård som avses i HSL. Innebörden av detta beskrivs i avsnitt 3.1.7.

Studenthälsovård och psykisk ohälsa

Vad gäller studenthälsovårdens roll i omhändertagandet av psykisk ohälsa framgår av ordalydelsen av aktuell bestämmelse att ingen åtskillnad görs i fråga om fysisk eller psykisk ohälsa. Historiskt tycks avsikten dock i viss mån ha varit att psykisk ohälsa ska utgöra fokus för verksamheten. I samband med att frågan om en särskild studenthälsovård lyftes på 1960-talet, framfördes att denna huvudsakligen borde vara inriktad på sjukdomar av psykisk och psykosomatisk art.[51] Det uttalades också att det var naturligt att de studerande vände sig till den allmänna hälso- och sjukvården, till privatpraktiserande läkare etc. vid behov av vård för somatiska åkommor, olycksfall

[48] 5 kap. 2 § HSL.
[49] Prop. 1982/83:129, *om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel*), s. 10.
[50] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 111.
[51] SOU 1990:105, *Studenten och tvångsanslutningen*, s. 123.

m.m., liksom i fråga om all annan specialistvård än den psykiatriska,[52] men för behandlingen av psykiatriska och psykosomatiska sjukdomar skulle de studerande behöva vård i anslutning till utbildningsmiljön.[53] I samband med att sjukvårdslagen ersattes med den tidigare hälso- och sjukvårdslagen från 1982 uttrycktes att studenthälsovårdens verksamhet främst ska inriktas mot förebyggande verksamhet samt behandling och vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar.[54] Att fokus tidigare skulle vara på psykisk problematik kan ha att göra med den tidigare mindre utbyggda övriga psykiatriska hälso- och sjukvården.

3.1.5 Skola

Elevhälsa

Elevhälsa ska finnas för alla elever i förskoleklass, grundskola, grundsärskola, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Den ska bl.a. omfatta medicinska, psykologiska och psykosociala insatser och ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Vilka professioner som ska finnas inom elevhälsan är reglerat, till skillnad från vad som gäller t.ex. studenthälsovården. För de medicinska, psykologiska och psykosociala insatserna i elevhälsan ska det enligt skollagen finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator.[55] Elevhälsans medicinska delar är således att betrakta som hälso- och sjukvård i den mening som avses i HSL, varvid de generella övergripande kraven för bedrivande av hälso- och sjukvård gäller (se avsnitt 3.1.7).[56]

Utredningen om elevers möjlighet att nå kunskapskraven (U 2017:07) har i uppdrag att analysera hur elevhälsoarbetet kan utvecklas och att föreslå insatser som kan bidra till att skapa ett mer aktivt och välfungerande elevhälsoarbete och därmed stärka elevhälsans kompensatoriska roll. Genom tilläggsdirektiv har utredningen

[52] Uttalandet ska inte förstås så att studenthälsovården skulle omhänderta specialistpsykiatri utan får närmast läsas som att det vid denna tidpunkt knappt torde ha funnits någon annan psykiatri att vända sig till.
[53] Prop. 1967:48, *angående hälso- och sjukvård samt motionsverksamhet för studerande*, s. 35.
[54] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 30.
[55] 2 kap. 25 § *skollagen*.
[56] Se även IVO:s utövande av tillsyn över elevhälsans medicinska delar, bl.a. redovisad i rapporten *Elevhälsan. Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*, 2015.

också i uppdrag att analysera regleringen av tillgång till elevhälsa och att föreslå en ändring så att det förtydligas vad som är en acceptabel lägstanivå.[57]

Det är huvudmannen för skolan som är ansvarig för att elevhälsa finns för eleverna.[58] Kommuner, regioner, staten och, efter godkännande, enskilda, kan alla vara huvudmän.

3.1.6 Det civila samhället som samverkanspart

Det civila samhället i form av bl.a. organisationer och ideella föreningar spelar en stor roll för människors hälsa (för ett utvecklat resonemang, se avsnitt 3.2.2.) Dessa aktörer tillhandahåller tillsammans en stor bredd av olika tjänster och i detta sammanhang kan kort noteras att, i den mån verksamheten faller inom ramen för vad som kan betecknas som hälso- och sjukvård, blir HSL och dess övergripande krav på och målsättningar för vården tillämpliga. Det civila samhällets oberoende roll bör dock också uppmärksammas. Organisationer och föreningar är självständiga aktörer och har inget formellt ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster eller andra insatser för människors hälsa. De eventuella insatser dessa aktörer tillhandahåller får inte innebära ett åsidosättande av regioners och kommuners ansvar för tillhandahållande av hälso- och sjukvård.

Om det civila samhället ska kunna vara en relevant samverkanspartner till det offentliga måste det också ges rimliga förutsättningar för sådan samverkan. Det kan t.ex. handla om långsiktighet i planering, strukturer, regelverk och finansiering.

I detta sammanhang vill vi uppmärksamma förordningen (2020:429) om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention som trädde i kraft den 1 juli 2020. Med stöd av förordningen lämnar Folkhälsomyndigheten verksamhetsbidrag till ideella organisationer som arbetar med frågor som syftar till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid. Ett rekvisit för att få verksamhetsbidrag är att organisationen bedriver riksomfattande verksamhet och riktar sig till utövare på lokal och regional nivå eller bedriver verksamhet av riksintresse.

[57] Dir. 2017:88, *Bättre möjligheter för elever i de obligatoriska skolformerna att nå de kunskapskrav som minst ska nås* och dir. 2020:18, *Tilläggsdirektiv till Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07)*. Uppdraget ska slutredovisas senast den 28 februari 2021.
[58] 2 kap. 8 § *skollagen*.

Redan före förordningens ikraftträdande hade Folkhälsomyndigheten i uppdrag att fördela verksamhetsbidrag till sådana ideella organisationer, men för att säkra ett långsiktigt stöd till det civila samhällets organisationer inom området, och medverka till bättre planeringsförutsättningar för de organisationer som söker bidrag, fördelas bidraget alltså numer via en statsbidragsförordning. Bidraget ska bl.a. förstärka och komplettera statens, regionernas och kommunernas insatser inom området genom stöd till organisationers arbete med utbildning, information och olika former av socialt stödjande arbete.

En särskild form av struktur för samverkan mellan offentliga och idéburna aktörer är idéburna offentliga partnerskap (IOP). Utredningen Idéburna aktörer i välfärden (Fi 2018:04) hade i uppdrag att ta fram ett förslag på en tydlig definition av idéburna aktörer som kan användas för att identifiera och avgränsa dessa från andra aktörer i välfärdsverksamheter och andra närliggande offentligt finansierade och subventionerade verksamheter. Utredningen sammanfattar ett idéburet offentligt partnerskap inom offentligt finansierad välfärdsverksamhet som att partnerskapet är ett samarbete mellan en eller flera offentliga aktörer och en eller flera idéburna aktörer i välfärden, att det syftar till att uppnå ett gemensamt allmännyttigt mål och att såväl den offentliga som den idéburna aktören bidrar med resurser. Utredningen lämnar ett antal förslag som syftar till att öka möjligheterna för idéburna aktörer att delta i utförandet av offentligt finansierade välfärdstjänster.[59] Betänkandet har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

3.1.7 Särskilt om rollen som vårdgivare

HSL gäller regioner och kommuner som huvudmän samt som vårdgivare.[60] Lagen är indelad i fem avdelningar. Avdelning III gäller enbart regionen som huvudman, avdelning IV enbart kommunen som huvudman och avdelning V enbart regioner *och* kommuner som huvudmän. Övriga två avdelningar och dess bestämmelser gäller däremot både regioner och kommuner som huvudmän samt vårdgivare.

[59] SOU 2019:56, *Idéburen välfärd.*
[60] 1 kap. 1 § HSL.

Med vårdgivare i HSL:s mening avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.[61] Hälso- och sjukvård definieras i HSL bl.a. som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Ordet medicinskt har innebörden att det är fråga om verksamhet som bedöms kräva medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med viss annan personal.[62]

Den som bedriver hälso- och sjukvård enligt definitionen är således vårdgivare och omfattas av bestämmelserna i avdelning I och II i HSL. Av tidigare avsnitt har framgått att företagshälsovård, studenthälsovård och elevhälsans medicinska delar faller in här. Likaså att organisationer och föreningar kan göra det, i den mån de bedriver verksamhet som kan betraktas som hälso- och sjukvård.

Innebörden av att vara vårdgivare är bl.a. att dessa verksamheter i sitt bedrivande har att förhålla sig till det generella målet med hälso- och sjukvården om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.[63] Likaså att verksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.[64] Detta behov är utvecklat i patientlagen (2014:821) (PL) som anger, utöver att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses, att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.[65] Vårdgivare omfattas alltså av detta samordningsansvar, dvs. ansvaret att samordna olika insatser för patienten med andra delar av hälso- och sjukvården på ett ändamålsenligt sätt.

Att vården ska vara god innebär också att den ska vara lätt tillgänglig. Vad som innefattas i begreppet lätt tillgänglig går inte att säga entydigt, men alla vårdgivare har att planera sin verksamhet så att detta krav uppfylls. Det kan t.ex. gälla hur ofta eller hur snart kontakt med eller insatser från vården ges. Vidare har den som bedriver hälso- och sjukvård enligt HSL:s definition att förhålla sig till bestämmelsen om att det ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.[66] Även om det i speciallagstiftning inte är

[61] 2 kap. 3 § HSL.
[62] SoU 1981/82:51, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 10.
[63] 3 kap. 1 § HSL.
[64] 5 kap. 1 § 2 HSL.
[65] 6 kap. 1 § PL som gäller alla vårdgivare, 1 kap. 2 § PL e contrario.
[66] 5 kap. 2 § HSL.

reglerat vilka professioner som ska finnas i verksamheten för att kravet på tillhandahållande av viss vård ska vara uppfyllt, finns alltså en skyldighet för samtliga vårdgivare att tillse att verksamheten har personal för ändamålet.

Den som bedriver hälso- och sjukvård i HSL:s mening omfattas också av PSL.[67] Det innebär att utövare av hälso- och sjukvårdsverksamhet står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ska anmäla verksamheten till myndigheten som för vårdgivarregistret över de anmälda verksamheterna.[68] Registret får användas för tillsyn och forskning samt för uttag av statistik. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det vidare finnas en verksamhetschef och ett systematiskt kvalitetsarbete.[69]

Som vårdgivare blir även patientdatalagen (2008:355) (PDL) tillämplig[70] och därmed gäller reglerna om sammanhållen journalföring och s.k. direktåtkomst, vilket under vissa förutsättningar, bl.a. patientens samtycke, kan möjliggöra delning av information mellan olika vårdgivare.[71]

I juni 2019 tillsattes en särskild utredare med uppgift att utreda och lämna förslag rörande personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredningen, som redovisade delar av sitt uppdrag i januari 2021 och slutligt ska redovisa detsamma senast den 31 maj 2021, har bl.a. haft i uppgift att se över möjligheterna att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård.[72]

3.1.8 Sammanfattande reflektioner

I detta delkapitel har vi på ett övergripande plan redogjort för några av de aktörer som utifrån sin roll och sitt uppdrag har del i ansvaret för omhändertagandet av människors fysiska och psykiska ohälsa.

---

[67] 1 kap. 2 § PSL.
[68] 2 kap. 1 och 4 §§ och 7 kap. 1 § PSL.
[69] 4 kap. 2 § och 5 kap. 4 § HSL.
[70] Med vårdgivare i PDL:s mening avses statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).
[71] Utredningen behandlade frågan om informationsdelning mellan vårdgivare genom sammanhållen journalföring och direktåtkomst i SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, avsnitt 4.4.7.
[72] Dir. 2019:37, *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Rollerna hos dessa aktörer är olika och i vilken grad och på vilket sätt verksamhet, innehåll och organisering m.m. är styrt genom reglering varierar. För dem som bedriver hälso- och sjukvård och är vårdgivare i HSL:s mening, däribland företagshälsovård, studenthälsovård och de medicinska delarna av elevhälsan, ska dock det övergripande målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen beaktas. Oavsett aktör ska detta mål genomsyra verksamheten.

Vi tror att bäst förutsättningar att uppnå det målet finns genom ett gemensamt tillvaratagande av alla dessa samhällets aktörers hälso- och sjukvårdsinsatser. Det huvudsakliga ansvaret att erbjuda befolkningen hälso- och sjukvård finns hos regioner och kommuner i deras egenskap av huvudmän enligt HSL. Övriga ovan beskrivna aktörer har dock viktiga kompletterande roller till den hälso- och sjukvård som regioner och kommuner tillhandahåller. Vi tror att dessa verksamheter kan bidra till och komplettera regionernas och kommunernas primärvårdsuppdrag genom att vara just kompletterande. För att det ska finnas förutsättningar för detta behövs kunskaper hos de olika aktörerna om varandras roller och ansvar, utifrån lagstiftarens intentioner. Därigenom kan rätt förväntningar om aktörens bidrag i det gemensamma hälso- och sjukvårdsansvaret skapas. Likaså krävs samverkan dessa aktörer emellan och ett systematiskt arbete kring hur den samverkan ska ske. I kap. 6 resonerar vi mer kring vikten av detta.

3.2 Tillbakablickar på området

3.2.1 Statlig styrning genom satsningar inom området psykisk ohälsa och psykisk hälsa

Mätt på traditionellt sätt är folkhälsan i Sverige generellt mycket god. Den har också ur många aspekter förbättrats under de senaste årtiondena, och de allra flesta svenskar uppger att de har en bra eller mycket bra hälsa. Ett område anses av många dock avvika från denna bild. Den psykiska ohälsan, med symtom som upplevd ångest, oro och sömnproblematik påverkande välbefinnandet, förefaller utifrån olika sätt att mäta inte ha minskat, och i vissa grupper ha ökat, under

de senaste tjugo åren.[73] Detta är problematiskt och betraktas av många som ett samhällsproblem. Den psykiska ohälsan medför också stora konsekvenser för den enskilde, ibland ett livslångt lidande med debut i unga år. Det innebär, och om detta finns en bred enighet, också stora konsekvenser för samhället; lidande och oro för närstående och anhöriga, men också en påverkan ur samhällsekonomiskt perspektiv. Under 2015 stod kostnader för det som rubriceras som psykisk ohälsa, direkt och indirekt, för nästan 5 procent av Sveriges bruttonationalprodukt (BNP), motsvarande över 21 miljarder euro. Av dessa utgjordes drygt 13 miljarder av direkta kostnader för hälso- och sjukvård och socialförsäkring och drygt 8 miljarder av indirekta kostnader, t.ex. som följd av ohälsans konsekvenser på arbetsmarknaden.[74] I befolkningen bedömdes 18,3 procent lida av psykisk ohälsa, inklusive skadligt bruk och beroende.

Utifrån såväl den individuella påverkan som den stora samhällspåverkan har staten sedan en längre tid tillbaka på olika sätt försökt påverka området psykisk ohälsa och hälsa. Ett antal olika satsningar har gjorts inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa. Dessa satsningar har oftast löpt över två till fem år, och haft olika målsättningar och målgrupper. Satsningarna, handlingsplanerna och strategierna har framför allt berört hälso- och sjukvården och socialtjänsten, dvs. riktat sig till huvudmännen (regioner och kommuner) och har på olika sätt syftat till att öka kapacitet och kompetens samt till att stimulera innovation. Påverkan har i mindre utsträckning utövats via normering (lagar och förordningar), och i större utsträckning via s.k. mjuka styrformer; riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser mellan staten och huvudmännen representerade av SKR. Dessa överenskommelser har till stor del fokuserat på den specialiserade psykiatrin och i mindre omfattning på primärvården.

Sammantaget, i ekonomiska mått, har de senaste tio åren satsats över tio miljarder för att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa. Vilka effekter dessa satsningar fått uppfattas av många svårt att bedöma, eftersom mångfalden av satsningar, korta tidshorisonter och olika målsättningar försvårat en sammanhållen utvärdering. Det är också ett område där grunddata och indikatorer ofta saknas för att kunna utgöra ett adekvat underlag för strukturerad utvär-

[73] SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt*, s. 43 ff.
[74] OECD/EU, *Health at a glance: Europe*, 2018.

dering på aggregerad nivå (se vidare avsnitt 3.5). Det är samtidigt viktigt att framhålla att dessa satsningar förstås i sitt sammanhang många gånger förändrat och påverkat utvecklingen till det bättre, även om de inte alltid utformats på ett sätt som möjliggjort en mer långsiktig uppföljning över tid av statens insatser på området.

En ambitiös beskrivning av de satsningar som gjorts, och de konsekvenser dessa fått, görs i slutbetänkandet SOU 2018:90, För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt, och utredningen ställer sig bakom den redogörelse och också till största del de slutsatser som beskrivs där. Den moderna historieskrivningen inom området får anses börja med Psykiatrireformen 1995, som innebar ett paradigmskifte vad gällde synen på psykisk sjukdom och tillhandahållandet av samhällets insatser. Kort sammanfattat kan de statliga initiativ som gjorts inom området psykisk hälsa från 1995 och fram till i dag beskrivas som sju sekventiella satsningar; Psykiatrireformen (1995–1998), Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (2001–2007), Nationell Psykiatrisamordning (2006), Satsning på psykiatri- och socialtjänst, Statens psykiatrisatsning (2007–2011), Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO, 2012–2015) samt Fem fokusområden fem år framåt (2016–2020).[75] Den statliga styrningen har i olika grad utgått från den plan eller strategi som gällt vid varje given tidpunkt. Det förefaller framför allt vara visionära målsättningar som ligger till grund för de olika satsningarna. Vissa av satsningarna svarar mer mot omvärldsanalys, så som Psykiatrireformen och den Nationella samordningen, medan andra kan betraktas mer som försök att stimulera utvecklingen inom området brett, som den Nationella handlingsplanen och Fem fokusområden fem år framåt.

Rehabiliteringsgarantin

Av betydelse för vårt uppdrag är också arbetet med den s.k. rehabiliteringsgarantin. Denna infördes 2008 genom en överenskommelse mellan regeringen och SKR i syfte att möta de ökade sjukskrivningarna för psykisk ohälsa. Överenskommelsen förnyades årligen fram till 2015. Rehabiliteringsgarantin syftade till att ersätta region-

[75] I överenskommelsen mellan staten och SKR om Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention, för 2021–22, klargörs att denna strategin ska ligga till grund för arbetet fram till dess att en ny inriktning kommer på plats.

erna med stimulansmedel för att personer i åldern 16–65/67 år med viss långvarig diffus smärtproblematik eller med viss psykisk ohälsa skulle erbjudas specifika behandlingsmetoder som skulle främja återgång i arbete och förebygga sjukskrivning. Avseende personerna med psykisk ohälsa, utgick medel till regionerna för behandling med KBT eller interpersonell psykoterapi (IPT) vid lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress. Regionerna ersattes med en bestämd summa för varje behandlingsomgång.

Kritik mot rehabiliteringsgarantin bestod bl.a. i det styrda utbudet av behandlingsmetoder. Kritikerna menade att denna styrning riskerade att begränsa tillgången till andra efterfrågade och utvärderade metoder och att möjligheterna till individanpassningar var små. Vidare framfördes kritik mot bristen på kompetenskrav hos behandlarna. De utvärderingar som gjordes under årens lopp visade inte heller med säkerhet att arbetsåtergången för personer med sådan psykisk ohälsa som satsningen omfattade hade ökat.[76]

Utifrån erfarenheterna med den s.k. rehabgarantin fattade regeringen 2015 i stället beslut om ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro där en åtgärd var en permanent koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården. Överenskommelsen avseende rehabgarantin upphörde samma år. Från och med 2016 har regeringen i stället ingått andra överenskommelser med SKR inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Syftet med överenskommelserna har varit att stimulera tillgången till medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser för patienter med smärtproblematik eller lindrig och medelsvår psykisk ohälsa.

3.2.2 Föreningslivets roll

När det gäller det egenupplevda psykiska måendet, kommer även andra aspekter än de historiska satsningarna på områdena psykiatri, psykisk hälsa och psykisk ohälsa in. Frågor om befolkningens psykiska hälsa kan förstås inte reduceras till en hälso- och sjukvårdsfråga eller en fråga för socialtjänsten, eftersom dessa strukturer bara utgör en del av det system som har inverkan på människors psykiska välbefinnande. I den historiska beskrivningen måste därför inkluderas även andra aktörer som haft betydelse för människors psykiska

[76] Riksrevisionen, *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner*, RIR 2015:19.

mående. Utredningen vill därför påminna om den starka föreningstradition som är en del av samhällsbygget historiskt. När vi rör oss i området av inte enbart diagnosticerade tillstånd, utan också individuella upplevelser och tidig misstanke om diagnos, har föreningslivet haft en stor roll i folkhälsans utveckling.

Det gäller såväl generella områden som fysisk aktivitet (idrottsrörelsen och föreningar inriktade på friluftsaktiveter), existentiella frågor (t.ex. trossamfund) men också områden som ligger nära hälso- och sjukvårdens uppdragsområde såsom risk- och missbruk (nykterhetsrörelsen och olika föreningar med stöd till tobaksavvänjning eller spelmissbruk). Här finns också skapande verksamhet och hantverk, internationellt engagemang och socialt lokalt engagemang.

Inte minst när det gäller insatser för barn och unga har föreningslivet traditionellt en stark roll, men i alla åldersgrupper kan civilsamhället skapa mening, utbilda och stärka människor. För de äldre som drabbas av ensamhet erbjuder civilsamhället nya möten och ny mening. För människor mitt i livet erbjuds en plats för reflektion i en kris eller en plats för att hämta energi i en stressig vardag med hårda krav från arbetsliv och stort ansvar i familjen.

Patient- och brukarföreningarnas roll har vidare genom åren blivit allt starkare, och är i dag en självklar och avgörande del av hälso- och sjukvårdens utveckling. Många har under utredningstiden uppmärksammat oss på den dubbla vinsten med ett ideellt engagemang – många gånger blir det ett tillfälle att påverka, men också till social kontakt och meningsfullhet både för den som leder insatser i föreningsform och den som deltar.

En närmare historisk genomlysning av svenskt föreningsliv leder för långt inom ramen för denna utredning, men vi vill påminna om föreningslivets roll historiskt när det gäller positiva effekter på det psykiska välbefinnandet ur många aspekter. Vi kommer därför att återkomma till behovet av strukturerade samverkansformer mellan hälso- och sjukvården och civila samhället och föreningslivet i det följande.

Historisk utveckling av patient- och brukarrörelsen inom psykisk ohälsa

Brukarorganisationer kopplade till psykiatrins område tillkom under 1960-talet som en reaktion på de brister som då fanns inom vården. På dagordningen fanns krav på större inflytande, förbättrad vård och stöd för att kunna fungera i samhället. Med tiden tillkom fler organisationer med liknande inriktning, men orienterade mot specifika grupper och diagnoser. Därmed kom rörelsen att bestå både av personer med psykiatriska sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar. Organiseringen skedde sent i jämförelse med andra grupper. Pionjärer i Sverige var synskadade som slöt sig samman redan i slutet av 1800-talet. Under 1900-talets första hälft bildade grupp efter grupp sina egna organisationer. Gemensamt för alla dessa organisationer är att man kämpar för bättre livsvillkor för sina medlemsgrupper.

Startskottet för ett närmare samarbete mellan organisationerna på området lades när den dåvarande statliga Psykiatrisamordnaren hösten 2004 bjöd in oss till ett samarbete med utredningen. Många av de förslag som lades fram i utredningens slutbetänkande hade vi då utvecklat tillsammans.

Samarbetet hade gett oss en starkare röst och när utredningen var klar kändes det naturligt att fortsätta samverka. De tretton medlemsförbunden[77] bildade våren 2007 nätverket Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Tiden var inte mogen att gå samman i en traditionell ideell organisation, det skulle komma att ske, men först tio år senare. I samma veva fattades ett regeringsbeslut om att bidra till nätverkets arbete med att utveckla, utvärdera och implementera metoder för brukarinflytande i psykiatriska vård- och stödverksamheter.

[77] Frisk & Fri, Attention, Balans, RFHL, RSMH, Schizofreniförbundet, OCD-förbundet, SPES, Sveriges Fontänhus, ÅSS, FMN, SHEDO och Suicide Zero.

Medlen slussades via Socialstyrelsen och ambitionen var att anslaget skulle betalas ut under tre år. Riksförbundet Attention utsågs till medelsförvaltare och förblev det till slutet av 2016 då riksförbundet NSPH bildades.

Regeringens motiv för att stödja NSPH var bl.a.:

> Brukarinflytande över vård- och omsorgsverksamheter främjar enskildas och gruppers delaktighet och påverkan på den egna livssituationen. Inflytandet är också ett sätt att anpassa och utveckla samhällets insatser efter brukarnas behov och önskemål. Detta kan leda till förbättrad psykisk hälsa och minskad stigmatisering samt bli ett led i kvalitetssäkringen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det innebar givetvis en stabilisering för samarbetet och skapade större möjligheter till långsiktiga och uthålliga satsningar. Vi som var aktiva då gladde oss åt möjlighet att utveckla brukarinflytandet brett inom olika områden. Men för att lyckas med det behövde vi samla oss själva och utveckla ramar för vårt samarbete. Före regeringsbeslutet hade vi jobbat tillsammans utan styrdokument, budget eller tydlig organisation.

Den ändamålsparagraf som gällde för nätverket ingår numera som portalparagraf i NSPH:s stadgar. De uppgifter vi påtagit oss är:

- att genom organiserad samverkan medverka till att psykiatrin i vid mening[78] utvecklas på ett humant, effektivt och säkert sätt, genom att berörda samhällsorgan tar tillvara den erfarenhet och kraft som medverkan från patienter, brukare och anhöriga erbjuder
- att stödja och bidra till att utveckla patienters, brukares och anhörigas inflytande på alla nivåer i samhället
- att stödja och bidra till utvecklingen av egenmakt och återhämtning
- att medverka till att psykiatrin kan tillhandahålla vård med god kvalitet, baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet samt vara lättillgänglig, demokratisk och rättssäker

[78] Med psykiatri i vid mening menas här såväl sjukvårdens psykiatriska verksamheter som relaterade verksamheter som bedrivs inom kommunerna (företrädesvis socialtjänsten), arbetsrehabiliterande verksamheter, skolor, utbildningar, barn- och ungdomsverksamheter, kriminalvården m.fl. samhällsorgan.

- att medverka till att samhället utvecklar tidiga och effektiva förebyggande insatser, så att uppkomsten av psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar eller funktionshinder så långt möjligt minimeras,
- att med sin särskilda kompetens medverka i informations- och kunskapsspridning, opinionsbildning och utbildning inom vård, stöd, behandling, bemötande, anpassning och hjälpmedel.

Vi betonade också att vi skulle få möjlighet att fördjupa kunskapen om varandras medlemsgrupper och verksamheter samt samverka med myndigheter och med aktörer på nationell nivå.

Det är som alla ser inga enkla uppgifter utan kräver ett systematiskt och långsiktigt förändringsarbete på många plan och nivåer. Men detta som grund har vi jobbat på. Vi har deltagit i en mängd möten och samråd, svarat på remisser, ordnat seminarier och konferenser, drivit projekt, producerat filmer, böcker och skrifter. Vi har utvecklat metoder och verktyg såsom Patientforum, Brukarstyrda brukarrevisioner, Kvalitetsteam och studiecirklar. Vi har introducerat peer support i Sverige. Peer support är en ny yrkesgrupp och innebär att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa utbildas till att arbeta som stödpersoner inom verksamheter som erbjuder vård, stöd eller rehabilitering. Detta har prövats under flera år i andra länder som USA, Holland och England med stor framgång. Intresset för detta ökar också nu i vårt eget land.

Utåtriktade aktiviteter har alltid varit viktiga för NSPH. Vi har varje år uppmärksammat World Mental Health Day den 10 oktober. I år (2020) var temat framtidsspaning med en tydlig koppling till Agenda 2030.

Vårt mål har hela tiden varit att patienter, brukare och anhöriga ska vara delaktiga i allt som rör dem och ses som en oumbärlig resurs inom vården och omsorgen.

/Anki Sandberg, ordförande, NSPH

3.3 Kunskapsunderlag

3.3.1 Strukturen för kunskapsstyrning

Som vi tidigare beskrivit föreligger för vårt uppdrag två utgångspunkter; hälso- och sjukvårdens syn på psykisk ohälsa, främst uttryckt i diagnosticerade tillstånd, och invånarnas bredare upplevelse av psykisk ohälsa av såväl mer allmän som specifik karaktär. När det gäller det förstnämnda, av hälso- och sjukvården diagnosticerade tillstånd, kopplar dessa till olika typer av mer eller mindre evidensbaserade insatser och behandlingsmetoder med olika grad av vetenskapligt stöd. Dessa insatser och behandlingsmetoder beskrivs i riktlinjer, kunskapsunderlag och översikter. Utifrån det rådande kunskapsläget föreligger också olika typer av sådana sammanställningar på olika nivåer i systemet. De har delvis olika syfte, målgrupp och omfattning.

Tillsammans med ett antal andra statliga myndigheter är Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten kunskapsmyndigheter, med särskilt uppdrag att ta fram kunskapsunderlag inom sina respektive ansvarsområden, inklusive allmänna råd och riktlinjer.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är en statlig myndighet med uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder och insatser inom bl.a. hälso- och sjukvårdens område.

Huvudmännen för hälso- och sjukvården, regioner och kommuner, tar också fram egna underlag och riktlinjer anpassade efter lokala förutsättningar, behov och förhållanden. Sedan 2018 samverkar Sveriges regioner i ett gemensamt system för kunskapsstyrning, ett Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård.[79] Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda i den dagliga verksamheten och i varje patientmöte. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvårdens olika delar. Även kommunerna inkluderas i arbetet, om än i nuläget i varierande utsträckning beroende på diagnosområde. Vad gäller psykisk ohälsa finns en bred repre-

[79] SKR, *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård*, 2019.

sentation från såväl region som kommun inom det nationella programområdet (NPO) psykisk hälsa.

Utöver det ovan nämnda tar professionsorganisationer, professionsföreningar, fackliga organisationer och patient- och brukarorganisationer fram strategidokument, riktlinjer och vårdprogram inom sina respektive kompetensområden eller utifrån sina medlemsgruppers erfarenheter. En närmare genomgång av dessa förhållanden återfinns i SOU 2020:36, Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.

Kunskapsunderlag i urval för vårt uppdrag

Utredningens uppdrag utgår från primärvårdsnivån. När det gäller den diagnosticerade psykiska ohälsan i primärvården är några diagnosområden särskilt vanliga, såsom ångest, depression, stressrelaterade besvär samt missbruk och beroende. Dessa utgör majoriteten av all diagnosticerad psykisk ohälsa. Det blir därför intressant att särskilt lyfta några av de kunskapsunderlag som används för dessa diagnosgrupper. I vår roll som statlig utredning lyfter vi i första hand kunskapsunderlag framtagna för den nationella nivån, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer, men väljer också att lyfta ett urval av andra kunskapsunderlag av särskild betydelse för vårt uppdrag.

Om Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar, och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter inom vård och omsorg bör satsa resurser på. I anslutning till dessa tas också målnivåer och utvärderingar fram, för att följa utvecklingen och kvaliteten i vården och omsorgen. Dessa indikatorer för uppföljning tar sin utgångpunkt i de nationella riktlinjerna. De nationella riktlinjerna vänder sig framför allt till beslutsfattare och profession inom respektive område. Socialstyrelsen baserar beslutet att ta fram riktlinjer på ett specifikt område utifrån att det finns ett stort behov av vägledning i vården eller socialtjänsten. I valet av riktlinjeområden inom hälso- och sjukvården är ett kriterium att området ska omfatta en stor grupp med en svår kronisk sjukdom som tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Nationella riktlinjer

är rekommendationer som bygger på kunskapsläget vid den tidpunkt då riktlinjerna togs fram. De utgör vägledning för vårdgivare och är inte bindande uttalanden om lämpliga behandlingsåtgärder eller rådgivning till patienter i enskilda fall.

3.3.2 Nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa

Inom området psykisk hälsa finns ett antal nationella riktlinjer omfattande depression och ångestsyndrom, demens, missbruk och beroende samt schizofreni. En nationell riktlinje avseende ADHD och autism är under framtagande. Socialstyrelsen tar också, utöver nationella riktlinjer, fram kunskapsstöd för olika tillstånd och diagnosgrupper. I det följande väljer vi att särskilt lyfta några av de nationella riktlinjerna, där urvalet baseras på att de återkommer i utredningens bedömningar (se kap. 6).

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Riktlinjerna från 2017, med en mindre översyn publicerad 2020, behandlar vård vid depression och ångestsyndrom.[80] De omfattar bl.a. diagnostik, utredning och omhändertagande samt behandling. Avgränsningar i riktlinjen är anpassningsstörningar, reaktion på svår stress och bipolär sjukdom. Barn och unga omfattas av riktlinjerna, äldre särredovisas inte. Olika behandlingsformer tas upp, men förmedlingssätt vid psykologisk behandling, t.ex. digitala mötesformer, tas inte upp. I riktlinjen samlas insatser för lätt och medelsvår depression, vilket skiljer sig från länder som särredovisar insatser för dessa båda tillstånd, och då kanske t.ex. rekommenderar fysisk aktivitet som behandlingsmetod för lättare depression i större utsträckning. Vilka insatser som rekommenderas i primärvård redovisas.

I en utvärdering av riktlinjerna 2019 belystes vikten av tidig diagnostik och bristen på uppföljningsmöjligheter. Den ojämna tillgången i landet till psykologisk behandling uppmärksammades.[81]

[80] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning*, 2017, uppdaterade 2020.
[81] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor innehåller rekommendationer om åtgärder för att förebygga och behandla sjukdom genom att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor.[82] Riktlinjerna omfattar tobaksbruk, riskbruk av alkohol, matvanor och fysisk aktivitet. Riktlinjerna tar sikte på levnadsvanor oberoende av diagnos. Noterbart är att Socialstyrelsen även haft ett regeringsuppdrag under åren 2018–2020 att särskilt stödja utvecklingsarbetet i primärvården för patienter med psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor.

3.3.3 Huvudmännens vård- och insatsprogram vid psykisk ohälsa

De nationella vård- och insatsprogrammen för psykisk ohälsa i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning ska, tillsammans med insatser för att stödja implementering, öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan personal och individ. Genom att sammanställa och tillgängliggöra olika kunskapsunderlag på en gemensam plats[83] för både specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst och skola är avsikten att öka förutsättningarna för likvärdiga insatser utifrån en helhetssyn. Innehållet i vård- och insatsprogrammen bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar, men är utformade för att möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan personal och individ.

De nationella vård- och insatsprogrammen arbetas fram av en nationell arbetsgrupp (NAG) med deltagare från regioner och kommuner med spridning över landet. Arbetet sker inom ramen för Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa, en del av Nationellt system för kunskapsstyrning. I nuläget föreligger vård- och insatsprogram för Depression och ångestsyndrom, Missbruk och beroende, Schizofreni och liknande tillstånd samt för Självskade-

[82] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning*, 2018.
[83] SKR, *Nationella vård- och insatsprogram*, 2020.

beteende. Vård- och insatsprogram för ADHD är under utveckling, remissversioner föreligger och arbetet beräknas vara färdigt mars 2021.

Standardiserade vårdförlopp

Med förebild i cancervården påbörjades under 2019 arbetet för att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom ett tiotal olika sjukdomsområden, bl.a. förstagångsinsjuknande i schizofreni samt utredning av kognitiv svikt och demenssjukdomar. Under 2020/21 ska ytterligare vårdförlopp tas fram, för införande under 2021/22, bl.a. gällande självskadebeteende samt ångest och depression. De vårdförlopp som tas fram ska uppfylla följande kriterier:

- De ska kunna inbegripa flera specialiteter.
- De ska kunna starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänstinsatser.
- De ska kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar.
- De ska kunna främja hälsa i hela förloppet.
- De ska utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd.
- De bör utformas på ett sådant sätt att de kan följas i de informationssystem som används i regionerna.

Arbetet med de standardiserade vårdförloppen ska ske inom ramen för regionernas gemensamma nationella system för kunskapsstyrning.

3.3.4 Andra rapporter och underlag av relevans för uppdraget

Utmattningssyndrom – stressutlöst psykisk ohälsa

Stressutlöst psykisk ohälsa och utmattningssyndrom utgör en stor del av sjukfrånvaron kopplad till psykisk ohälsa.[84] På området finns få eller inga evidensbaserade insatser, och därmed få kunskapsunder-

[84] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.

lag att tillgå i hälso- och sjukvården inklusive för primärvården. En rapport om det dåvarande kunskapsläget finns publicerad av Socialstyrelsen 2003.[85] Rapporten sammanställer det rådande kunskapsläget, men påtalar framför allt att man inväntar resultat av pågående studier. I rapporten föreslogs diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom. Rapporten ledde fram till ett svenskt införande av diagnosen Utmattningssyndrom i ICD-10 2005.

Socialstyrelsen har för området tagit fram ett försäkringsmedicinskt underlag, publicerat 2017.[86] Detta riktar sig främst till sjukskrivande läkare och handläggare på Försäkringskassan.

Som ett tecken på avsaknad av stöd för evidensbaserade insatser erbjuder regionerna i varierande utsträckning riktad behandling för denna diagnos. Ett exempel på insatser som erbjuds regionalt är Region Stockholms tillhandahållande av vårdval MMR2 (multimodal rehabilitering) för patienter med svårare utmattningssyndrom eller kronisk smärta.

Området är i nuläget föremål för fortsatt forskning, och många har för oss påtalat vikten av att särskilt inkludera primärvårdsnivån i dessa forskningsinsatser. Det pågår för närvarande ett riktlinjearbete, bl.a. med tydliggörande av diagnoskriterier, avseende utmattningssyndrom.[87]

Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården

SBU publicerade 2012 en systematisk litteraturöversikt om det dåvarande kunskapsläget vad gällde implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården.[88] En av slutsatserna i rapporten var att en förstärkt primärvårdsorganisation, med en för uppgiften tränad yrkesperson, s.k. care manager, utgjorde en effektiv implementeringsstrategi vid behandlingen av personer med depression. De positiva effekterna sågs i kombination med andra åtgärder, såsom utbildning av vårdteamet och återkoppling av patientdata till behandlade läkare. Läkarnas förskrivning av antidepressiva läkemedel blev mer adekvat, och patienternas symtombörda minskade. Effekterna kvarstod minst

[85] Socialstyrelsen, *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa,* 2003.
[86] Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt underlag. Utmattningssyndrom*, 2017.
[87] Svenska psykiatriska föreningen, *SPF:s kliniska riktlinjer*.
[88] SBU, *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt*, 2012.

sex månader efter avslutad intervention, längre än så fanns inte underlag att bedöma. Insatsen bedömdes kostnadseffektiv.

Ytterligare en slutsats var att korta utbildningar, till medarbetarna, som enda åtgärd för att stödja följsamhet till riktlinjer och evidens för depression inte påverkade allmänläkarnas diagnostiska eller kommunikativa förmåga, och heller inte patienternas symtombörda. Sådan utbildning som enda åtgärd bedömdes därmed inte heller kostnadseffektiv.

Vidare konstateras i litteraturgenomgången att effekten av implementering är beroende av var den sker (kontext) och hur förändringsprocessen ser ut. Därför bör studier och systematiska översikter kompletteras med metodik som belyser kontextuella faktorer och just implementeringsprocessen.

3.3.5 Sammanfattande reflektioner

Inom det breda området psykisk ohälsa finns olika typer av kunskapsunderlag framtagna på olika nivåer i systemet. Utredningen konstaterar att det arbete gällande kunskapsstyrning som i nuläget genomförs samordnat mellan ett antal kunskapsmyndigheter samt regioner och kommuner är viktigt för att samordna insatserna inom området. Vi kan också konstatera att flera uppföljningar och utvärderingar visar att de kunskapsunderlag som finns, t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, inte implementerats i tillräcklig utsträckning. Trots att olika insatser och satsningar genomförts, bl.a. via överenskommelser mellan staten och SKR, är följsamheten fortfarande otillräcklig, speglat som uppfyllelse av kvalitetsindikatorer kopplade till de nationella riktlinjerna. En reflektion från utredningens sida är att kunskapsunderlagen många gånger förefaller utgå från den specialiserade psykiatrins logik och arbetssätt, trots att huvuddelen av patienterna finns i primärvården. Att inkludera primärvårdens kontext tydligare i framtagandet av kunskapsunderlag för att underlätta implementering är en framgångsfaktor för framtiden. Det bör inom ramen för partnerskapet mellan Socialstyrelsen och huvudmännens modell för kunskapsstyrning finnas goda möjligheter till ett sådant arbetssätt, där också förutsättningarna för att inkludera även kommunernas hälso- och sjukvård bör kunna vara bättre än tidigare. Samtidigt lyfts farhågan att primärvården generellt

inte inkluderas tillräckligt, bl.a. p.g.a. bristande förutsättningar att delta i utvecklingsarbeten.

Något vi särskilt noterar är bristen på kunskapsunderlag vad gäller utmattningssyndrom och stressutlöst psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa och funktionspåverkan till följd av stress är en mycket vanlig besöksorsak i primärvården. Det är ett område där evidensen vad gäller behandling är svaga, men där det personliga lidandet och samhällskostnaderna, bl.a. till följd av omfattande sjukskrivningar, är höga. Det är inte tillfredsställande att behandling erbjuds på så olika sätt och i så olika utsträckning beroende på var i landet man bor, eller vilken vårdgivare, eller t.o.m. vilken behandlare patienten möter. Viktigt att hålla i minnet är att vårdskador till följd av felaktig behandling förstås förekommer vad gäller såväl psykiska som fysiska besvär. Att göra något, oavsett hur kunskapsläget ser ut, är inte alltid bättre än att inte göra något alls när det gäller sjukvård. Vare sig avseende fysiska eller psykiska tillstånd.

Implementering av kunskap är en känd utmaning i hälso- och sjukvården. Även om det gått några år sedan SBU:s rapport gällande implementering i primärvården publicerades betraktar utredningen dess slutsatser som fortsatt intressanta. Rapporten är en del i det bakomliggande underlaget för Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området, där också funktionen vårdsamordnare, liksom teambaserat omhändertagande, lyfts.

Att effekten av implementering är beroende av var den sker (kontext) och hur förändringsprocessen ser ut styrker utredningens uppfattning att för att bättre implementera evidensbaserad kunskap gällande psykisk ohälsa i primärvården är de bedömningar som görs i kap. 6 gällande huvudmännens organisering, arbetssätt och metoder väl så viktigt som förändrad lagstiftning på området.

Vi vill i detta sammanhang lyfta behovet av ökade forskningsinsatser för ökad kunskap om psykisk ohälsa och dess behandling i primärvårdskontext.

3.4 Huvudmännens formulering av uppdraget psykisk ohälsa i primärvården

3.4.1 Inledning

Som beskrivs i avsnitt 3.5 har vi överlag bristande tillgång till data om det som sker i primärvården generellt, inklusive vad gäller psykisk ohälsa. De som har ansvar att tillhandahålla den offentligt finansierade primärvården är regioner och kommuner, utifrån sina respektive ansvarsområden, såsom beskrivna i HSL. Därför är det centralt hur huvudmännen operationaliserar detta ansvar i sina verksamheter.

Regionernas primärvård

Sedan 2010 är det enligt 7 kap. 3 § HSL obligatoriskt för regionerna att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) tillämpas. Detta brukar i dagligt tal kallas inrättande av vårdval.

Vårdvalssystemet innebär att varje region preciserar lokalt anpassade krav som varje vårdgivare måste uppfylla för att bli godkänd som vårdgivare av offentligt finansierad primärvård. De dokument i vilka dessa krav preciseras heter formellt förfrågningsunderlag. Samma krav gäller för privata leverantörer som för utförare av primärvård inom regionens egen regi.

Av förfrågningsunderlaget ska alltså framgå vilka krav och villkor som samtliga sökande måste uppfylla för att bli godkända som leverantörer inom valfrihetssystemet. Den ekonomiska ersättningen till leverantörerna ska också framgå av förfrågningsunderlaget. Om regionen beskriver att något s*ka* finnas i verksamheten, dvs. beskriver ett s.k. skall-krav, är det en förutsättning att leverantören lever upp till det för att den ska godkännas som leverantör. Om regionen och leverantören har olika uppfattning om ett skall-krav är uppfyllt kan frågan på leverantörens initiativ prövas i allmän förvaltningsdomstol. De krav som anges i förfrågningsunderlagen är att se som en ”miniminivå”. Det vill säga det är möjligt för leverantörerna att tillhandahålla t.ex. fler kompetenser eller insatser än det som speci-

ficeras i förfrågningsunderlagen, men de kommer enbart att bli ersatta utifrån de villkor som anges förfrågningsunderlagen.

Mot denna bakgrund har vi gjort en kartläggning av samtliga 21 regioners förfrågningsunderlag[89] för primärvården och hur dessa beskriver utförarnas uppdrag på området psykisk hälsa. I två regioner är primärvårdsverksamheten organiserad så att delar av uppdraget som gäller psykisk ohälsa är förlagda till separata vårdval (för vuxna) för psykisk hälsa/psykoterapi på primärvårdsnivå.[90] Dessa har också analyserats, och ingår i översikten. Inte oväntat är dessa mer specifika i kraven gällande psykisk ohälsa. Flertalet regioner har organiserat sin mödrahälsovård utanför det breda primärvårdsvårdvalet. Antingen i egen regi, eller som ett separat vårdval. De faller inte inom vår kartläggning.

Samtidigt bör framhållas att det förfrågningsunderlagen beskriver är just det som beställs av huvudmännen. Det säger ingenting om i vilken grad verksamheterna lever upp till kraven.

Kommunernas primärvård

Kommunerna ansvarar enligt HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilda boendeformer, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med regionen, även för hemsjukvård i ordinärt boende, dvs. patientens privata bostad. När det gäller hemsjukvård ligger det lagstiftade ansvaret på regionerna även om kommunerna har fått befogenheter att erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård. Regionen har även möjlighet att, genom en överenskommelse med en kommun, överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård. I dag har alla regioner utom Region Stockholm ingått sådana överenskommelser.

För kommunerna föreligger dock inga krav på att organisera hela eller delar av sin hälso- och sjukvård i valfrihetsystem enligt LOV eller på något annat specifikt sätt. Även om det är en möjlighet som vissa kommuner nyttjar för olika delar av sina vård- och omsorgsverksamheter, finns det därmed inget gemensamt format för uppdragsbeskrivningar som är enkelt tillgängligt på samma sätt som förfrågningsunderlagen för regionernas primärvård.

[89] Såsom de var utformade våren 2020.
[90] Region Kalmar och Region Skåne.

I brist på motsvarande heltäckande underlag har utredningen valt att göra en kartläggning av ett urval av de förfrågningsunderlag som finns tillgängliga för kommunalt finansierad verksamhet, där hälso- och sjukvård ingår i uppdraget. Reglerna och funktionen för förfrågningsunderlagen är desamma som i regionernas primärvård (se föregående avsnitt). Utredningens kartläggning omfattar i denna del de kommuner som valt att upphandla särskilda boenden för äldre enligt LOV. Hösten 2020 var det 23 kommuner, av totalt 290 st. Vi är medvetna om att det inte går att dra några säkra slutsatser om dessa kommuners representativitet. Man kan utifrån olika logiker t.ex. tänka sig att införande av LOV har bidragit till såväl mer detaljerade uppdragsbeskrivningar som mindre. Samt att det skulle kunna uppstå en likriktning bland de kommuner som upphandlar enligt LOV, som skiljer sig från dem som inte gör det. Det är inte möjligt att avgöra utifrån vår kartläggning. Vi kan dock konstatera att det är relativt stor variation på innehållet och detaljeringsgraden även bland kommunernas förfrågningsunderlag, och att kartläggningen visar på en variation som är intressant i sig, även om den enbart skulle gälla de 23 kommuner[91] vi haft möjlighet att titta närmre på.

I det följande redogörs först för resultatet av kartläggningen av hur uppdragen gällande psykisk ohälsa beskrivs avseende regionernas primärvård och därefter i ett urval av kommunernas särskilda boenden för äldre.

3.4.2 Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i regionernas primärvård

Övergripande uppdragsbeskrivning

Vid en genomgång av regionernas förfrågningsunderlag kan konstateras att det skiljer sig åt i vilken omfattning uppdraget avseende psykisk ohälsa beskrivs. På ett övergripande plan framgår av förfrågningsunderlagens utformning att omhändertagande av psykisk ohälsa ingår i primärvårdsuppdraget i alla regioner. I några regioner är uppdragsdelen psykisk ohälsa dock inte särskilt beskriven eller ut-

[91] Danderyds kommun, Halmstads kommun, Huddinge Kommun, Kävlinge kommun, Lidingö Stad, Mölndals stad, Nacka kommun, Norrtälje kommun, Ronneby kommun, Simrishamns kommun, Sollentuna kommun, Solna stad, Staffanstorps kommun, Stockholms stad, Sundbyberg stad, Sölvesborgs kommun, Täby kommun, Upplands-Bro kommun, Upplands Väsby kommun, Uppsala kommun, Uppvidinge kommun, Växjö kommun och Österåkers kommun,

vecklad, t.ex. i form av förväntningar eller krav från regionen på hur verksamheten ska utformas och vad den ska innehålla. I andra regioner har denna uppdragsdel beskrivits, men fortfarande på ett övergripande plan. Uppdraget kan t.ex. vara formulerat i generella termer som att vårdgivaren ska bedöma, behandla, rehabilitera och följa upp patienter med psykisk ohälsa. Uppdraget kan också anges vara att vårdgivaren ska tillhandahålla hälso- och sjukvård vid somatiska och psykiatriska tillstånd, innebärande utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rådgivning och uppföljning. En annan beskrivning kan vara att vårdgivaren ska arbeta aktivt med att identifiera personer med risk för stort vård- och omsorgsbehov avseende bl.a. psykisk ohälsa. Vanligt är också formuleringar som anger att uppdraget avser första linjens hälso- och sjukvård eller första linjens psykiska hälsa. Att psykisk ohälsa ändå är ett område som uppfattas kräva särskild uppmärksamhet reflekteras samtidigt genom att vissa regioner har särskilda satsningar eller tilläggsuppdrag på området, såsom t.ex. att förstärka med vissa professioner, eller högre ersättningar för besök till vissa personalkategorier.

Målgrupper för uppdraget

Regionerna specificerar i sina förfrågningsunderlag på olika sätt vilka målgrupper som omfattas av uppdraget avseende psykisk ohälsa. Ungefär hälften av regionerna avgränsar på ett eller flera sätt uppdraget bl.a. i fråga om diagnoser, grad av diagnos och ålder. Hos resterande hälft är målgruppen för uppdraget psykisk ohälsa inte närmare preciserad.

Avgränsningarna uttrycks ofta som att uppdraget omfattar lindrig till måttlig psykisk ohälsa, utan att specificera vilka diagnoser eller andra tillstånd som kan falla inom ramen för denna lindriga till måttliga psykiska ohälsa. Andra beskriver i stället vilka diagnoser eller tillstånd uppdraget omfattar, utan att närmare precisera allvarlighetsgrad. När diagnoser eller tillstånd omnämns återkommer främst depression, ångestsyndrom, stressrelaterade tillstånd, psykosomatiska tillstånd och krisreaktioner.

De flesta regionerna har inte avgränsat uppdraget avseende psykisk ohälsa till någon särskild åldersgrupp. I ett mindre antal regioner omfattar uppdraget dock inte barn och i ytterligare några få omfattar

uppdraget åldrarna 16 år och uppåt. I en region, där uppdraget omfattar alla åldrar, omnämns särskilt äldre på så sätt att leverantören ska ”säkerställa att äldre patienter med psykisk ohälsa eller sjukdom får denna identifierad och diagnosticerad samt erbjuds stöd och behandling utifrån bästa tillgängliga kunskap”.[92]

Kompetenser

I kartläggningen av regionernas beskrivning av uppdraget psykisk ohälsa har utredningen granskat vilka professioner, dvs. yrkeskategorier, som regionerna ställer krav på inom den delen av uppdraget. I de flesta förfrågningsunderlagen finns ett särskilt avsnitt som avser uppdragsdelen psykisk ohälsa. I vissa fall anges där vilka kompetenser som efterfrågas för den delen av uppdraget. I andra fall är kraven på kompetenser i stället formulerade för primärvårdsuppdraget som helhet. Utredningen har då tittat på kravställandet avseende de professioner som har särskild relevans för uppdragsdelen psykisk ohälsa. Några regioner har särskilda kompetensbeskrivningar i uppdragsdelen rehabilitering och i den mån de professioner som där beskrivs relaterar till psykisk ohälsa har de inkluderats i denna redogörelse.

Hur specifika kompetenskraven är skiljer sig åt. Hos några regioner förekommer endast en generell skrivning i fråga om kraven på kompetens, utan närmare angivelse vilka professioner som ska finnas i verksamheten. Skrivningen formuleras som ett krav på att vårdgivaren ska ha den kompetens och de resurser som krävs för uppdraget, för att omhänderta psykisk ohälsa, eller liknande. Det kan tänkas att det avseende vissa hälso- och sjukvårdsinsatser är nödvändigt med en viss specifik yrkeskategori, medan det avseende andra insatser kan finnas olika bedömningar kring behov av kompetens och yrke. Generellt utformade krav lämnar större utrymme för bedömning i fråga om vårdgivaren kan anses ha tillräcklig kompetens för uppdraget och därmed ha uppfyllt skall-kravet i fråga.

[92] Region Östergötland.

En region[93] ställer upp bör-krav kring kompetens. Utöver en generell skrivning om att den kompetens som krävs för uppdraget ska finnas, anges att insatser avseende psykisk ohälsa *bör* föregås av bedömning av primärvårdsläkare[94] eller annan personalkategori med likvärdig kompetens, samt att de beslutade insatserna *bör* ges av legitimerad psykoterapeut eller sjukvårdsprofession med minst psykoterapeutisk grundutbildning. Noteras kan att en sådan formulering lämnar utrymme för vårdgivaren att avgöra den faktiska förekomsten av de yrkeskategorier som regionen enligt formuleringen i förfrågningsunderlaget anser bör finnas i verksamheten.

I de flesta regionerna har dock kravet på kompetens i stället formulerats så att förekomsten av en viss eller vissa angivna yrkeskategorier utgör villkor för uppdragets fullföljande. Kraven på dessa professioner är i de allra flesta fall formulerade som alternativa krav, med innebörden att någon eller några av de uppräknande professionerna ska finnas. Det finns då utrymme för vårdgivaren att avgöra vilken eller vilka av de i förfrågningsunderlaget angivna professionerna som ska tillhandahållas. De professioner som omnämns i samband med krav på kompetens, som alternativa krav, eller som professioner som bör finnas i verksamheten, är bl.a. legitimerad psykoterapeut, mödra- och barnhälsovårdspsykolog, psykolog, socionom, sjuksköterska, legitimerad hälso- och sjukvårdskurator samt kurator utan specificering i fråga om legitimation, specialistsjuksköterska i psykiatri och försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare. Vanligt är också att kompetens efterfrågas i form av grundläggande psykoterapiutbildning, ibland med hänvisning till motsvarande steg 1-utbildning.

Ovanstående är i någon mån en beskrivning av vilka yrkeskategorier som regioner anser behövliga för uppdragets fullföljande. Att en viss angiven yrkeskategori *ska* finnas för att leverantören ska kunna godkännas, dvs. att yrkeskategorin inte utgör ett alternativt krav, är förhållandevis ovanligt. Här kan också konstateras att formuleringarna många gånger är sådana att det inte med enkelhet går att utläsa om en profession utgör ett alternativt eller ett absolut krav. Det är därför utan exakthet följande kan noteras i fråga om vilka professioner som *ska* finnas i eller tillgänglig för verksamheten. Krav på legitimerad psykolog förekommer i fem regioner.[95] I betydligt fler

[93] Region Blekinge.
[94] Observera att denna beskrivning inte säger något om vilken specialitet som efterfrågas.
[95] Här är kraven inom det separata vårdvalet psykisk ohälsa hos Region Kalmar medräknat, däremot inte Region Dalarna som ställer krav på mödra/barnpsykolog.

regioner är legitimerad psykolog i stället ett alternativt krav. En region ställer krav på legitimerad psykoterapeut. Tre på kurator, utan angivelse om att legitimerad hälso- och sjukvårdskurator avses, en på mödra- och barnhälsovårdspsykolog och en på försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare.[96]

Det är vanligt att det i förfrågningsunderlagen uttrycks att det ska finnas kompetens i form av profession med ”minst grundläggande psykoterapiutbildning”, ”grundutbildning i psykoterapi”, ”lägst basutbildning i psykoterapi”, eller ”steg 1-utbildning”. Omkring en tredjedel av regionerna hänvisar till sådana kompetenskrav. I vilken mån sådana kompetenskrav kombineras med legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildning varierar. Värt att notera är att en s.k. grundläggande psykoterapiutbildning, som ibland benämns t.ex. steg 1-utbildning, är oreglerad och att några nationellt ställda krav på utbildningens innehåll och omfattning inte finns. En beskrivning av grundutbildningen i psykoterapi görs i avsnitt 3.7.2.

En region ställer krav på psykosocialt team.[97] Regionen i fråga anger att lämpliga kompetenser i teamet är kurator, psykolog, psykiatrisjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och läkare. I en annan region utgör förekomsten av ett psykosocialt team en del av uppföljningen, utan att krav på sådant team finns.[98] Andra regioner använder teambegrepp på ett mer övergripande plan och i olika sammanhang, vanligen inom uppdragsdelen rehabilitering. I denna del av uppdraget kan t.ex. anges att det ska finnas möjlighet till teambaserade insatser, att det ska finnas ett rehabteam i form av fysioterapeut, arbetsterapeut, beteendevetare och läkare, att ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt ska tillämpas m.m.

Några regioner omnämner vårdsamordnare i sina underlag men i de flesta av dessa fall avser samordningen av vård de mest sjuka äldre eller utskrivning från sjukhus. En region omnämner dock vårdsamordnare i sammanhanget psykisk ohälsa.[99] Regionens regionala medicinska riktlinje anger att patienter med depression, ångestsyndrom eller stressrelaterad psykisk ohälsa, och som bedöms kunna handläggas i primärvården, bör erbjudas stöd av vårdsamordnare.

[96] Här inkluderas inte professioner som ingår i tilläggsuppdrag inom uppdraget psykisk ohälsa hos region Blekinge.
[97] Region Jönköping.
[98] Region Sörmland.
[99] Västra Götalandsregionen.

Metoder och riktlinjer

Förfrågningsunderlagen innehåller i olika utsträckning krav på att tillhandahålla olika metoder såsom KBT, FACT, ACT, IPT, PDT och MI. I fem regioner omnämns internetbaserad kognitiv beteendeterapi (IKBT) i underlagen när uppdragsdelen psykisk ohälsa beskrivs. I vissa regioner utgör tillhandahållandet av denna behandlingsmetod ett krav, i andra är IKBT snarare omnämnt som en möjlig behandlingsmetod.

I tre regioner förekommer begreppet stegvis vård inom uppdragsdelen psykisk ohälsa. Det uttryckas t.ex. på så sätt att arbetet med psykisk ohälsa ska bedrivas enligt principerna för stegvis vård eller genom formuleringen att primärvården ska erbjuda hög tillgänglighet och att detta kan uppnås genom fokuserade bedömningar och stegvis vård.

I de flesta regionerna görs avseende primärvårdsuppdraget som helhet en generell hänvisning till nationella och/eller regionala riktlinjer och en förväntad följsamhet till dessa. Formuleringen kan t.ex. vara att vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten i samtliga relevanta delar följer riktlinjer som utfärdats av statliga och kommunala myndigheter och verk eller att verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med gällande riktlinjer. I drygt hälften av regionerna görs en specifik hänvisning till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Det görs i sammanhanget när uppdragsdelen hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete beskrivs. Regionerna har olika sätt att uttrycka hur arbetet med sådana åtgärder ska se ut. Samtliga beskriver att arbete med levnadsvanor ska ske eller att levnadsvanor ska identifieras. Två regioner hänvisar till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.

Kopplingen till den kommunala hälso- och sjukvården

Vår genomgång visar att regionernas förfrågningsunderlag inte behandlar frågan om hur kompetens inom psykisk ohälsa på primärvårdsnivå eventuellt ska tillhandahållas personer som har insatser från kommunal hälso- och sjukvård. Det enda som specificeras är

läkarmedverkan,[100] enligt de särskilda avtal som varje region måste sluta med kommunerna.

Fortbildning

Mot bakgrund av fortbildningens betydelse för underhåll av kompetens har utredningen tittat på i vilken utsträckning fortbildning av medarbetarna utgör krav från regionernas sida. Det kan konstateras att i de fall fortbildningskrav över huvud taget förekommer, avser de primärvårdsuppdraget som helhet och ingen åtskillnad görs i fråga om uppdragsdelen psykisk ohälsa och övriga delar av primärvårdsuppdraget.

Krav på fortbildning av medarbetarna finns i drygt hälften av regionerna. Kravet är generellt utformat, ungefär uttryckt så att verksamhetschefen ansvarar för att personalen får den fortbildning eller vidareutbildning som erfordras för att upprätthålla kompetensen. En tredjedel av dessa regioner ställer också krav på deltagande i vissa anvisade utbildningar som regionen ordnar.

Ersättning

Hur uppdragen gällande psykisk ohälsa ersätts i vårdvalen för primärvård ser generellt mycket olika ut mellan olika regioner. Flera regioner anger ingen särskild ersättning kopplat till psykisk ohälsa, utan det omfattas av kapiteringsersättningen.[101] Andra har specifik ersättning för vissa särskilda behandlingar och insatser såsom digital behandling, eller särskilda uppdrag.[102]

En region[103] anger att man särskilt ersätter praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP) och att man inom vårdval primärvård avsatt medel för KBT Basutbildning (steg 1), genom avtal med extern leverantör som tillhandahåller utbildningen.

---

[100] Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §, 16 kap. 1 § HSL.
[101] Vi har i SOU 2018:39 redogjort för ersättningssystemen i primärvården, se avsnitt 5.2.15.
[102] T.ex. psykologbedömningar i Region Kronoberg.
[103] Region Jönköping.

Någon region ger strukturersättning – kopplat till implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder – till hälsocentraler som arbetar aktivt med insatser för bl.a. riskgrupperna depression/ångest samt sömnstörning.[104]

En del har särskild ersättning för besök kopplade till psykisk ohälsa, ibland differentierat utifrån vilken profession patienten får träffa. Några regioner har också specifika ersättningar för gruppbehandlingar. Hos ett par regioner utgår ersättning för specifika funktioner med koppling till psykisk ohälsa såsom vårdsamordnare, kontaktsjuksköterska och rehabiliteringskoordinator (rehabkoordinator).

Uppföljning

Det skiljer sig en hel del även kring hur krav på uppföljning beskrivs i förfrågningsunderlagen. Någon enstaka lyfter inget specifikt kopplat till psykisk ohälsa i delarna om uppföljning. Ett par regioner hänvisar till SKR:s Basmodell för uppföljning av primärvård, där bl.a. följande lyfts:

h. **Depression och ångest**, huvudsakligen enligt SoS riktlinjer 2010 (SoS indikatornummer inom parentes)

Bas: Patient med dessa diagnoser, antal per 1000 listade.

1. Andel som förskrivits och hämtat ut antidepressivt läkemedel minst en gång under året, % (1.4)
2. Andel som följts upp via telefon eller återbesök minst 2 gånger första månaden efter insatt läkemedelsbehandling, % (2.11)
3. Andel som fått internetbaserad KBT, % (2.8)
4. Andel som fått psykologbehandling med KBT, % (2.9)
5. Finns rutin för användning av MADRS, GDS? ja/delvis/nej
6. Kuratorsresurs, heltidstjänst per 1000 listade.[105]

Flertalet anger dock egna indikatorer, i olika kombinationer. Exempel på indikatorer som ska rapporteras från utförarna är antal patienter som diagnosticerats med depression och ångest, andel av diagnosti-

[104] Region Norrbotten.
[105] SKR, *Basmodell för uppföljning av primärvård*, 2014.

cerade patienter som fått psykolog- eller kuratorsbehandling, antal individer med depression där suicidriskbedömning gjorts; antal genomförda hälsoundersökningar, antal besök hos olika personalkategorier samt uppfyllelse av vårdgarantin om medicinsk bedömning inom tre dagar.

Samverkan med den specialiserade psykiatrin

De flesta regioner har någon form av fastslagen rutin, riktlinje eller vägledning för ansvarsfördelning och samverkan mellan primärvården och den specialiserade vuxenpsykiatrin, och cirka hälften av regionerna har en tydlig hänvisning till dessa i sina förfrågningsunderlag.[106] Hos vissa regioner förefaller det pågå ett arbete för att revidera dessa.

En region uppmanar utförare att "upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med andra relevanta vård- och omsorgsgivare i kommunen/stadsdelen", snarare än att det finns övergripande riktlinjer för regionen som helhet. Särskilt ska samverkan med lokal psykiatri och beroendevård prioriteras.[107]

Rehabiliteringskoordinatorer

Utredningen har kartlagt i vilken mån regionerna ställer krav på sådana koordineringsinsatser som enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter ska erbjudas av regionerna till sjukskrivna patienter, i syfte att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Dessa insatser benämns vanligen rehabiliteringskoordinatorer men kan också ha andra benämningar, såsom sjukskrivningscoach. I sammanställningen här används termen rehabiliteringskoordinator även när andra benämningar används i förfrågningsunderlaget.

I drygt hälften av regionerna ställs uttryckligt krav på att det ska finnas en rehabiliteringskoordinator i verksamheten. I andra regioner finns mer generella formuleringar som relaterar till en rehabiliteringskoordinators arbete, utan att för den skull innebära ett uttryckligt krav på denna funktion.

[106] De som har generella hänvisningar till gällande lokala riktlinjer räknas inte in här.
[107] Region Stockholm och Norrtälje.

När det finns ett krav på rehabiliteringskoordinator i verksamheten omnämns inte dennes eventuella arbete med just psykisk ohälsa. I stället görs en mer generell hänvisning till rehabiliteringskoordinators arbete i sjukskrivningsprocessen. En region utgör i detta avseende ett undantag, då den i sitt förfrågningsunderlag beskriver att en stor del av rehabiliteringskoordinators uppdrag riktar sig till patienter som är sjukskrivna p.g.a. lättare och medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta.

I sammanhanget kan uppmärksammas att enbart en region[108] i sitt förfrågningsunderlag omnämner företagshälsovården, som en aktör för samverkan.

3.4.3 Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i kommunernas särskilda boenden

En plats på särskilt boende (säbo) får man efter biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (2001:453), (SoL), men kommunen ansvarar som tidigare beskrivits också för att tillhandahålla hälso- och sjukvård (ej läkarvård) till boende på säbo. Hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå är alltså en del i det uppdrag som ska utföras, så även när man upphandlar privata leverantörer av säbo. Generellt beskriver förfrågningsunderlagen att det finns möjlighet att bedriva två olika typer av säbo för äldre, dels med ”somatisk inriktning” dels ”demensinriktning”, men förfrågningsunderlagen gäller bägge inriktningarna. Även om boenden med somatisk inriktning sedan beskrivs som avsedda för personer vars behovs uppstått till följd av ålderdom, fysiska och psykiska funktionsnedsättningar eller allvarlig sjukdom, kan noteras att benämningen sätter fokus på de somatiska behoven snarare än de psykiska.

Såväl insatser med stöd av SoL, t.ex. för att ge äldre möjlighet till en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra, som regelrätta hälso- och sjukvårdsinsatser är av betydelse för arbetet mot psykisk ohälsa. Givet att vårt uppdrag har sin utgångspunkt i primärvårdens uppdrag fokuserar vår kartläggning här på hur hälso- och sjukvårdsuppdraget är beskrivet i förfrågningsunderlagen, men berör även en del andra aspekter utifrån dess relevans för området, och vikten av att det finns ett helhetsperspektiv i verksamheterna.

[108] Region Halland.

Övergripande uppdragsbeskrivning avseende hälso- och sjukvård

Samtliga analyserade kommuner utom en[109] formulerar övergripande hälso- och sjukvårdsuppdraget som ”hälso- och sjukvård upp t.o.m. sjuksköterskenivå”. I cirka hälften av underlagen säger man upp till sjuksköterskenivå, inklusive fysioterapeut och arbetsterapeut (alternativt inklusive rehabilitering). I vissa övergripande uppdragsbeskrivningar nämns enbart sjuksköterska.

Det varierar i vilken grad man utvecklar hälso-och sjukvårdsuppdraget utöver de krav som är lagstadgade, såsom t.ex. krav på verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)och dokumentation. Där mer utvecklade beskrivningar finns kan det t.ex. formuleras som att:

> För att brukaren ska kunna leva ett aktivt liv, känna trygghet och uppleva hälsa och välbefinnande, ska utföraren arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt med ett hälsoinriktat och rehabiliterande arbetssätt. Utföraren ska ha skriftliga rutiner för hur fastställda metoder för vård och behandling tillämpas, följs upp och omprövas. Utföraren ska ha skriftliga rutiner för hur nya metoder för diagnostik, vård och behandling introduceras så att patientsäkerheten säkerställs samt för hur inaktuella metoder identifieras och avvecklas.[110]

> Den medicinska vården och omvårdnaden ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och ska omfatta såväl psykiska som fysiska behov.[111]

Kompetenser och bemanning

Genomgående beskrivs att de legitimerade hälso- och sjukvårdskompetenser som ska finnas är sjuksköterska samt arbetsterapeut och fysioterapeut. I vissa kommuner tillhandahåller dock kommunen kompetenserna fysioterapeut och arbetsterapeut även till privata utförare. Det skiljer sig också i vilken utsträckning dessa bägge kompetenser ska (kunna) tillhandahållas eller finnas tillgänglig på daglig/veckobasis. Flera lyfter särskilt fysioterapeuter och arbetstera-

[109] I Norrtälje, där man organiserat regionens och kommunens vård gemensamt i kommunalförbundet Tiohundra, inkluderar uppdraget även läkare.
[110] Täby kommun.
[111] Sollentuna Kommun.

peuters ansvar att handleda och stödja omvårdnadspersonal i hälsofrämjande/rehabiliterande och habiliterande arbetssätt.

Det kan också noteras att ett fåtal förfrågningsunderlag anger att man ska ha tillgång till dietist. Inget av de förfrågningsunderlagen vi tittat på ställer krav på specialistsjuksköterska, eller nämner den kompetensen.

Majoriteten av de analyserade förfrågningsunderlagen ställer krav på att utföraren ska tillhandahålla löpande fortbildning och kompetensutveckling för personalen. Några har också krav på individuella kompetensutvecklingsplaner.

Meningsfull vardag

Det stora flertalet har en skrivning eller ett avsnitt om aktiv och meningsfull tillvaro eller motsvarande för de boende. Det vill säga inte regelrätta hälso- och sjukvårdsinsatser, men insatser som är väl så viktiga för att förebygga psykisk ohälsa (och eventuellt behov av behandlande hälso- och sjukvårdsinsatser kopplade till psykisk ohälsa). I dessa sektioner beskrivs på lite olika sätt och olika detaljerat, att utföraren, utifrån den enskildes förmåga och önskemål, ska erbjudas vardagsnära aktiviteter och stimulans. Det kan handla om aktiviteter både inom och utanför boendet och om såväl fysiska aktiviteter som social samvaro.

Ett par kommuner är också tydliga med att det är önskvärt med samarbete med frivilligorganisationer, i syfte att tillgodose de enskildas sociala, kulturella, andliga och mentala behov.

Kunskapsstöd och kvalitetsregister

De nationella riktlinjer som direkt hänvisas till, i några av underlagen, är de för demens samt för palliativ vård. Ett antal har dock mer övergripande skrivningar om att verksamheten ska bedrivas i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd, föreskrifter och riktlinjer. Flertalet anger att utförarna ska registrera i de kvalitetsregister som är utpekade, vanligen Senior Alert, Palliativregistret och BPSD. Det kan också noteras att 4 av de 23 kommunerna ställer krav på anslutning till Nationell patientöversikt (NPÖ).

3.4.4 Sammanfattande reflektioner

Vår kartläggning av hur regionerna samt ett urval av kommunerna formulerar sina primärvårdsverksamheters uppdrag avseende psykisk ohälsa visar på en variation i såväl detaljeringsgrad som specifika krav. En viss variation är att vänta, då en avsikt med att huvudmännen utformar organiseringen är just behovet av anpassning till lokal kontext och olika förutsättningar. Vår genomgång visar dock på skillnader som är svåra att förstå som enbart beroende på sådana anpassningar.

Vad gäller regionernas primärvård är det anmärkningsvärt att dessa uppdragsbeskrivningar många gånger är på en påfallande övergripande nivå. Detta lämnar ett stort utrymme för tolkningar av olika leverantörer, något som kan resultera i en ojämlik vård t.o.m. för invånare inom samma region. Det torde också försvåra uppföljningen från huvudmannens sida, och göra det svårt för invånarna att veta vad man kan förvänta sig från utförarna av primärvård.

Motsvarande gäller den nationella nivån. Uppföljningen på aggregerad nivå skulle underlättas om regionerna i sina förfrågningsunderlag gav utryck för intentionen att följa och följa upp nationella riktlinjer och andra kunskapsunderlag på ett mer likartat sätt. Avsikten med de nationella kunskapsstöden, att säkerställa en jämlik vård i hela landet, skulle därmed kunna främjas. Ett sådant arbete vad gäller mer standardiserade insatser hos huvudmännen är också avsikten med huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning. En större tydlighet vad gäller primärvårdens uppdrag för den psykiska ohälsan skulle kunna vara ett stöd för huvudmännen i det arbetet.

I våra dialoger med företrädare för regionerna har det också lyfts att man ser behov av ett ”omtag” vad gäller primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Detta utifrån att det rör sig om en stor andel av de patienter man i dag handlägger i primärvården, och utifrån avsaknaden av fastslagna strukturer för omhändertagande och uppföljning. Man vet helt enkelt för lite om vad som görs i verksamheterna, och vilka resultat det ger. Detta gör det i sin tur svårare att vara en tydlig beställare, och att adekvat resurssätta, arbetet med psykisk ohälsa. Det blir något av en ond cirkel.

Mot denna bakgrund har flera regioner också inlett, eller planerar att inleda, arbeten för att skapa en bättre överblick av och struktur för arbetet inom området (t.ex. Dalarna, Skåne, Stockholm, Uppsala och Östergötland). I denna kontext har våra dialoger med företrädare för huvudmännen också pekat på att en större tydlighet kring primärvårdens uppdrag gällande psykisk ohälsa skulle kunna vara hjälpsamt i de lokala diskussionerna.

Även vad gäller kommunernas primärvård, här illustrerad av den hälso- och sjukvård som ska tillhandahållas för äldre på säbo, finns det en relativt stor variation, och vi kan konstatera hälso- och sjukvårdsuppdraget ofta är beskrivet på en övergripande nivå. Det mesta som kravställs och beskrivs anknyter till sådant som regleras i HSL. Till exempel verksamhetschef, MAS och dokumentationskrav. I de flesta underlag sägs mycket lite, om något, kring t.ex. kunskapsstöd och rutiner av relevans för uppdraget. Inget nämner några specifika kunskapsstöd eller riktlinjer kopplade till psykisk ohälsa.

Det har i utredningens dialoger lyfts att det kan finnas mycket olika nivåer av kunskap om hälso- och sjukvård, och de olika yrkesgruppernas kompetenser, såväl bland styr- och ledningsfunktioner i kommuner som bland chefer i de verksamheter där det bedrivs hälso- och sjukvård. Detta påverkar möjligheten att göra ändamålsenliga beställningar och att organisera verksamheten på adekvat sätt.

Gällande arbetet mot psykisk ohälsa, ser vi en potential i att säbo är skyldiga att tillhandahålla såväl socialtjänstinsatser som vissa hälso- och sjukvårdsinsatser. Mycket av det som ligger inom socialtjänstens ansvar kan vara centrala delar i ett förebyggande arbete. Om det också mer strukturerat kan samspela med de medicinska kompetenser som ska finnas inom kommunens hälso- och sjukvård finns bättre förutsättningar att såväl förebygga som identifiera och behandla psykisk ohälsa inom kommunens primärvård.

Utöver sjuksköterskor, spelar fysioterapeuter och arbetsterapeuter en viktig roll i att etablera hälsofrämjande och rehabiliterande arbetssätt, och handleda omvårdnadspersonal i detta. Det är insatser som kan vara av stor vikt för att främja de boendes psykiska hälsa. Här gäller det att tillräcklig kompetens finns att tillgå, men även att tid och resurser avsätts för fortbildning och handledning av olika personalkategorier.

Sammanfattningsvis ser vi att kartläggningen av såväl regionernas som kommunernas uppdragsbeskrivningar gällande psykisk ohälsa visar på ett behov av att huvudmännen utvecklar och fastställer tydligare övergripande strukturer och stöd för primärvårdsverksamheternas omhändertagande av psykisk ohälsa.

3.5 Möjligheter till uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

En utmaning för oss, och andra, som har i uppdrag att utveckla och förbättra vården för personer med psykisk ohälsa är att det i dagsläget i stora delar saknas tillräckliga underlag för hur vi i Sverige i dag hanterar den psykiska ohälsan i hälso- och sjukvården; vilka behov som finns, vilka insatser som görs och vilka resultat som nås.

Att beskriva vad som görs, av vem, och vilka resultat som nås, när det gäller psykisk ohälsa generellt, men framför allt i primärvården, låter sig i dag inte göras på ett enkelt, systematiskt sätt, på nationell nivå. Området lider av att man i stora delar fortsatt saknar gemensamt fastslagna definitioner av begrepp och termer, vilket gör att dessa återkommande måste definieras i olika enskilda sammanhang. Såväl på mer strategisk nivå som i mötet kring en enskild patient. Liksom för somatiken blir möjligheterna till uppföljning också lidande av att primärvården, där majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns, inte omfattas av Patientregistret. Samt av det faktum att Patientregistret för den öppna specialiserade psykiatrin enbart omfattar läkare, inte övriga legitimerade professioner, trots att de ofta står för den behandlande insatsen när det gäller psykisk ohälsa.

Den som vill försöka få en bild av såväl nuläge som utveckling över tid måste därför i stället vända sig till andra källor än de som vanligtvis används när patientens väg genom vården ska beskrivas.

I det följande gör vi en tillbakablick på våra tidigare bedömningar gällande behovet av en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, för att sedan titta närmre på några möjliga alternativa källor till information om arbetet med psykisk hälsa i primärvården. Därefter tittar vi närmre på några indikatorer från dessa källor, utifrån vilka vi gör ett antal sammanfattande reflektioner kring uppföljningen av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.

3.5.1 Utredningens tidigare iakttagelser och bedömningar avseende uppföljning av primärvården

God och nära vård. En primärvårdsreform

Som vi beskrivit i tidigare betänkande[112] saknar Sverige i dagsläget en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder. Ett problem som också lyfts av bl.a. Socialstyrelsen, Vård- och omsorgsanalys, SCB och OECD. Vi saknar därmed i stor utsträckning solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige. Det gäller såväl den somatiska som den psykiska hälsan som tas om hand i primärvården.

I vårt betänkande SOU 2018:39, God och nära vård. En primärvårdsreform, gjorde vi därför bedömningen att det var avgörande att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå brådskande börjar byggas upp för att omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård, som vår utredning haft i uppdrag att samordna och stödja, ska komma till stånd. I det betänkandet resonerade vi kring två olika möjliga ansatser, som inte är sinsemellan exkluderande. Dels en utökning av Patientregistret till att även omfatta primärvården, dels en utökad rapportering till väntetidsdatabasen vid SKR, enligt en redan framtagen utökad modell. Den senare kan dock inte i samma utsträckning som Patientregistret ge underlag till ändamål som kvalitetsuppföljning, utvärdering, analys, epidemiologiska studier och forskning. Indikatorerna kan heller inte kopplas till data i andra register och datakällor.

Sedan 2010 pågår en dialog mellan Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen kring förutsättningarna att utöka Patientregistret till att även omfatta primärvården. I avvaktan på resultatet från dessa dialoger valde utredningen att föreslå att regionerna i ett första steg skulle börja rapportera vissa uppgifter (kontakttyp, yrkeskategori, och i förekommande fall diagnos och åtgärdskod) från utförare inom primärvården till en nationell databas.

[112] Se bl.a. avsnitt 8.2 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

Utveckling efter att utredningen överlämnade SOU 2018:39

Mot bakgrund av den påbörjade omställningen mot en god och nära vård, och behovet att kunna följa upp såväl styrning som reformer i primärvården, gav regeringen i juli 2019 Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården. Uppdraget gavs i tre delar där den första delen avser möjligheter för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Den andra handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Det tredje deluppdraget handlar om att följa upp, analysera och rapportera hur omställningsarbetet i regionerna och kommunerna utvecklas, och kommer inte behandlas närmare här.

Gällande deluppdrag I anges att Socialstyrelsen ska ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av regionernas uppgiftslämnande. Detta ska göras utifrån vad som bedöms stå i proportionalitet mellan integritetsintrånget och det allmännas intresse av uppföljning av primärvården avseende vårdens kvalitet, jämlikhet och som möjliggör djupare analyser på nationell nivå. Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2021.[113]

Socialstyrelsen har lämnat två delrapporter kring uppdrag II, en i november 2019 och en i juni 2020, där ett första förslag på möjliga indikatorer presenteras. I syfte att följa utvecklingen av vårdkonsumtionen mellan olika vårdnivåer har Socialstyrelsen i förslaget på möjliga indikatorer, som ska vidareutvecklas, valt ut nio patientgrupper med primärvårdsrelevanta kroniska sjukdomar och följt deras konsumtion av öppen och sluten specialistvård samt läkemedelsuttag i öppen specialistvård respektive primärvård. Bland de nio patientgrupperna återfinns diagnoser avseende depression och ångest. Utöver dessa diagnosgruppers vårdkonsumtion ägnar rapporten också viss uppmärksamhet åt besök och tillgänglighet i primärvården respektive specialiserad vård relaterat till psykisk ohälsa. Detta i syfte att spegla primärvårdens arbete med att förebygga och behandla psykisk ohälsa.[114] Socialstyrelsen konstaterar också att oavsett källa till information om primärvården finns ett behov av att utveckla datakvali-

[113] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2019.
[114] Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer*, 2020, s. 12 f.

teten genom att bl.a. säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder.

I maj 2020 beslutade regeringen om prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform som bygger på utredningens betänkande SOU 2018:39, God och nära vård. En primärvårdsreform. I den konstateras att:

> För att omställningen av svensk hälso- och sjukvård ska komma till stånd bedömer regeringen i likhet med utredningen det som avgörande att det börjar byggas upp en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder och indikatorer m.m. Det finns ett behov av underlag med uppgifter som beskriver olika förhållanden inom primärvården. Det saknas i dag solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra primärvården. Utan sådana underlag saknas möjligheter att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen till en god och nära vård. Regeringen delar utredningens bedömning att detta arbete bör påbörjas skyndsamt.[115]

Det konstateras vidare att regeringen i stället för att gå vidare med den av utredningen föreslagna lagändringen gett Socialstyrelsen ett brett uppdrag om uppföljning av primärvården (se ovan beskrivna uppdrag i tre delar).

3.5.2 Möjliga källor till information om psykisk ohälsa i primärvården

Socialstyrelsen har olika statistiska källor där psykiatriska diagnoser ingår: Diagnoser i sluten vård, Diagnoser i specialiserad öppen vård, DRG i sluten vård, Dödsorsaker, Läkemedel, Missbruk och beroende, Psykiatrisk vård (tvång). Ingen av dessa omfattar det som sker i primärvården, bortsett från läkemedel.

Av läkemedelsregistret går det att utläsa egenskaper på arbetsplatsen där förskrivningen skedde (t.ex. verksamhetsinriktning) och vilket yrke och vilken specialistutbildning förskrivaren har. Det vill säga här kan man få fram information om läkemedel är förskrivna på t.ex. en vårdcentral och/eller av en läkare specialiserad inom allmänmedicin.[116] Dock framgår inte förskrivningsorsak.

[115] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 48.
[116] Socialstyrelsen, *Läkemedelsregistret*, 2020.

Det innebär att om man t.ex. vill studera omfattningen av personer med depression i primärvården och använder förskriven mängd antidepressiva läkemedel som indirekt mått, går det inte med säkerhet att säga om det är förskrivet på indikationen egentlig depression eller annan indikation. Vi har heller inte nationella källor som kan visa på andra typer av behandling än farmakologisk. Utredningen väljer mot denna bakgrund att inte använda läkemedelsförskrivning som en generell approximation för behandling av psykisk ohälsa i primärvården.

Eftersom vårt uppdrag handlar om just hanteringen av psykisk ohälsa i primärvården behöver vi därmed vända oss till andra källor för att försöka få fram information om såväl omfattningen som andra aspekter av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. I det följande undersöker vi några sådana potentiella källor.

Regionernas egen uppföljning av primärvården

Även om vi saknar en systematisk uppföljning av primärvården på nationell nivå så har regionerna utvecklat egna system för att följa den hälso- och sjukvård man är huvudman för, inklusive primärvården. Hur detta görs skiljer sig dock åt mellan regionerna. Detta framgår såväl av hur uppföljningen beskrivs i förfrågningsunderlagen för primärvården (se avsnitt 3.5.5) som av Socialstyrelsens uppföljning av den särskilda satsning på primärvården som fanns med i 2018 års överenskommelse om psykisk hälsa, mellan SKR och regeringen.

Enligt överenskommelsen skulle regionerna som en del av analys och handlingsplan 2018 redovisa:

- uppskattade behov av insatser för psykisk hälsa i primärvården
- uppskattade volymer av insatser för psykisk ohälsa som produceras i primärvården
- eventuellt gap mellan behovet av insatser för psykisk ohälsa i primärvården och de volymer som produceras
- vilka insatser för psykisk hälsa som planeras i primärvården de kommande åren.

Socialstyrelsens uppföljning visade att 13 av 21 regioner rapporterade att de gjort en gap-analys, men analysen visade att enbart fyra hade redovisat någon form av uppskattning gällande volymer av insatser för psykisk ohälsa som producerats i primärvården i respektive region. Även dessa fyra regioner hade redovisat på olika sätt, utifrån t.ex. diagnos, antal besök eller läkemedel. Socialstyrelsens analys visade sammantaget att:

> …ingen region på ett heltäckande och systematiskt sätt i sina handlingsplaner redovisat vilka volymer av insatser gällande psykisk ohälsa som produceras i primärvården. Det finns inget sammanhållet och enhetligt sätt för regioner att mäta och redovisa primärvårdens produktion av insatser inom psykisk hälsa.[117]

PrimärvårdsKvalitet

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården och omfattar kvalitetsindikatorer som speglar primärvårdens uppdrag ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Indikatorerna tas fram av representanter från professionsföreningarna och beskriver såväl akuta infektioner som kroniska tillstånd, psykisk ohälsa, rehabilitering samt kärnområden såsom kontinuitet, samsjuklighet, levnadsvanor och prioritering. Varje ämnes-/sjukdomsområde bygger på evidens för åtgärderna och belyses ur flera perspektiv, t.ex. läkemedelsanvändning, återbesök, rehabilitering, psykoterapi samt omvårdnad. Data hämtas automatiskt ur journalerna, vilket regionerna har valt olika tekniska lösningar för. På vårdcentralerna visas egna data ner på individnivå så att vården av enskilda patienter kan följas upp. Nationellt samlas aggregerade data från varje region till Vården i siffror[118] och återkopplas som referens tillbaka till regionerna.[119]

I juni 2020 kunde 950 vårdcentraler följa sina resultat i PrimärvårdsKvalitet (motsvarande cirka 80 procent av landets vårdcentraler). 291 enheter med rehab hade möjlighet att se sin data i PrimärvårdsKvalitet.[120] Under 2020–2021 ansluter regionerna sig successivt för

[117] Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018. Slutrapport*, 2019.
[118] Vården i siffror är regionernas gemensamma samlingsplats för löpande publicering av data kring hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Den är ett verktyg för kvalitets- och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården och ger ett faktaunderlag för dialog och analys.
[119] Vården i siffror, *PrimärvårdsKvalitet – rapport på vården i siffror*, 2020.
[120] I statistiken inräknas såväl rehab som tillhör en vårdcentral som fristående enheter.

visning av data från PrimärvårdsKvalitet på Vården i siffror. Först ut är Region Gotland, Region Sörmland, Region Västmanland och Region Örebro län. I den första fasen är dock inga indikatorer relaterade till psykisk ohälsa inkluderade.

Psykisk ohälsa – indikatorer

Indikatorsetet för psykisk ohälsa rymmer indikatorer inom följande områden:

- demens
- depression
- kontinuitet
- levnadsvanor (för levnadsvaneindikatorerna finns det underkategorier för demens, depression och stress)
- läkemedel
- prioritering
- samsjuklighet
- samverkan
- ångest
- äldre.

I nuläget är indikatorsetet enbart i bruk på regional nivå. Ett urval av dessa indikatorer förväntas kunna rapporteras på Vården i siffror någon gång under 2021.

Vårdgarantin och väntetidsdatabasen

Ett sätt att skapa sig en bild av i vilken mån primärvården kan möta behoven när det gäller psykisk ohälsa är sedan 2019 – när den förstärkta vårdgarantin trädde i kraft – att titta på i vilken mån regionernas primärvård klarar av att leva upp till vårdgarantin i primärvården (se avsnitt 3.1.2). Enligt den ska patienten få kontakt med primärvården samma dag som den söker kontakt. Tillgängligheten följs upp genom mätningar av telefontillgängligheten i regionernas

primärvård. Primärvården ska också tillhandahålla medicinsk bedömning[121] av relevanta legitimerade professioner såsom t.ex. psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och läkare, inom vårdgarantins tre dagar.

Detta rapporteras av regionerna till väntetidsdatabasen, och redovisas på www.vantetider.se. Även om det finns ett fortsatt behov av utvecklingsarbete för att få bättre kvalitet och mer standardiserad rapportering från de olika regionerna, är möjligheten att följa utvecklingen gällande flera olika professioner, inte bara läkare, ett steg i rätt riktning.

Sjukskrivningar för F-diagnoser

Det finns via Försäkringskassans statistik möjlighet att följa statistik över diagnoser som ligger till grund för sjukskrivningar, och därmed se hur stor del som hänger ihop med psykiatriska diagnoser (F-diagnoser).

Kommunernas hälso- och sjukvård

I enlighet med förarbeten till ädelreformen 1992 är den hälso- och sjukvård som kommunerna sedan dess ansvarar för att erbjuda insatser på primärvårdsnivå. Primärvård är alltså en vårdnivå med både region och kommun som huvudman. Att beskriva arbetet med psykisk ohälsa inom kommunernas hälso- och sjukvård är dock en minst lika stor, om inte större utmaning, än att beskriva regionernas arbete.

Den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården följs upp genom Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Registret innehåller uppgifter om personer som fått sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt HSL. Men det omfattar inte åtgärder som utförts av annan vårdgivare än kommunen. Det vill säga åtgärder som utförs av legitimerad personal hos privata aktörer som utifrån LOV eller lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) t.ex. driver ett säbo för äldre ingår

[121] En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen (se prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 31).

inte, även om kommunen är huvudman även för den hälso- och sjukvården. Registret omfattar omkring 400 000 personer per år.

Fram t.o.m. 2018 innehåller registret enbart uppgifter om personer som fått någon insats inom den kommunala hälso- och sjukvården, uppdelat per kalendermånad. Från och med 2019 ska kommunerna dock även rapportera uppgifter om vilka patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad personal med kommunen som vårdgivare. Åtgärderna ska vara klassificerade på den mest detaljerade nivån i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Dessutom ska uppgifter lämnas om vilket datum åtgärden utfördes samt vilken legitimerad yrkesgrupp som utfört åtgärden. På grund av tekniska problem i flertalet kommuner var dock bortfallet så pass stort att det inte var möjligt att publicera de nya uppgifterna för 2019.[122] På sikt bör dock detta register kunna ge en bild av åtgärder kopplade till psykisk ohälsa som genomförts i kommunens primärvård, och av vilka legitimerade professioner.

3.5.3 Omfattning – vad går att säga?

Studier pekar på att cirka en tredjedel av patienterna i väntrummet på en vårdcentral behöver hjälp med psykisk ohälsa.[123] Data från Socialstyrelsen pekar på att majoriteten av alla vuxna som drabbas av depression eller ångestsymtom söker vård i primärvården, och mer än 70 procent av alla patienter med depression eller ångestsyndrom får vård där. Det är också i primärvården som cirka 65 procent av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut. Endast cirka 20 procent av patienterna remitteras vidare till specialiserad psykiatri.[124] Men vad kan vi i dagsläget mer säga om dessa personer och den vård de får i den svenska primärvården?

[122] Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019*, 2020.
[123] Kallioinen M, Bernhardsson J, Grohp M et al. *Enkät besvarad av över 2000 patienter. Psykisk ohälsa stort problem hos primärvårdens patienter*. Läkartidningen. 2010;107(23):1545-7, 2010, Ansseau et al., *High prevalence of mental disorders in primary care* ,2004, Roca et al., *Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care*, 2009.
[124] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning,* 2017, uppdaterade 2020, s. 17.

Diagnoser

Som redogjorts för ovan finns ingen systematisk aggregerad uppföljning för primärvården på nationell nivå. Vi kan därför inte med säkerhet säga något om t.ex. antalet diagnoser kopplade till psykiatriska tillstånd som ställs i primärvården, eller hur många personer som söker primärvården för besvär relaterade till psykisk ohälsa. Däremot samlar regioner själva, på olika sätt, in data relaterade till detta. För att visa på hur omfattningen kan se ut i två olika delar av landet tar vi hjälp från Region Blekinge och Västra Götalandsregionen (VGR), samt en specifik vårdcentral i VGR.

Västra Götaland och Närhälsan Frölunda vårdcentral

I VGR ligger Närhälsan Frölunda vårdcentral som har cirka 45 anställda och omsätter cirka 60 miljoner kronor per år. Vårdcentralen har 11 660 listade patienter, och det finns en socioekonomisk utsatthet i populationen (CNI 3,8–3,89, de senaste åren). För att möta befolkningens behov har man här förstärkt vårdcentralens arbete mot psykisk ohälsa med ett psykosocialt team. I teamet arbetar en psykiatrisjuksköterska, tre psykologer, en kurator, en rehabkoordinator och en PTP-psykolog i nära dialog med varandra.

Av vårdcentralens 11 660 listade personer är det cirka 18 procent som har en diagnos kopplad till psykisk ohälsa (F-diagnos). Detta kan jämföras med snittet för VGR som ligger runt 16 procent. Under 2019 hade patienter med F-diagnos i genomsnitt 7 besök per år kopplade till vårdcentralen. Detta kan jämföras med patienter utan F-diagnoser som i genomsnitt hade 3,3 besök. Detta innebär att patienter med psykisk ohälsa har mer än dubbelt så många fysiska eller digifysiska besök på vårdcentralen. De vanligaste F-diagnoserna var ångesttillstånd ospecificerat, blandade ångest- och depressionstillstånd, icke-organisk sömnstörning ospecificerad samt depressiv episod ospecificerad.[125]

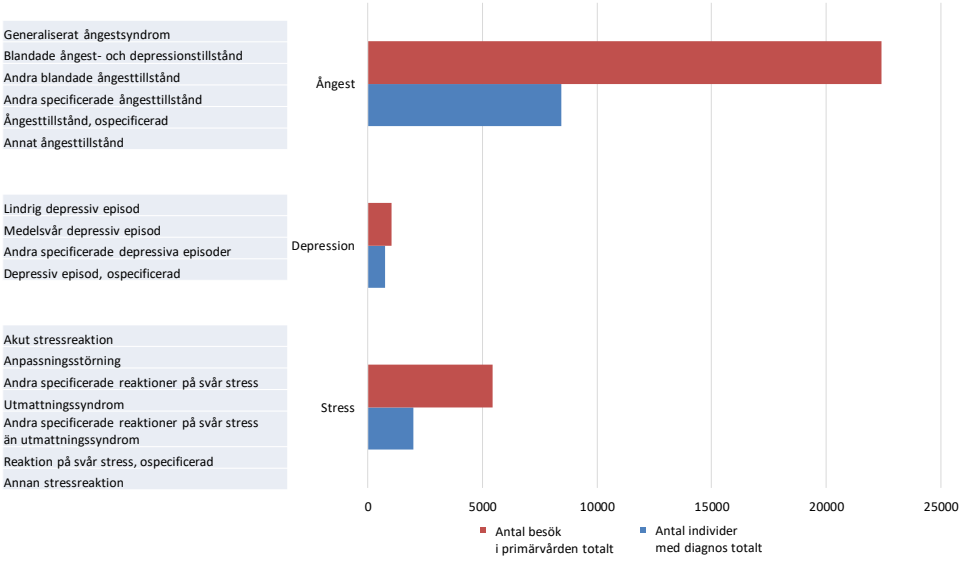
[125] Skriftlig kommunikation med Närhälsan Frölunda vårdcentral. Siffror avseende perioden 190306–200905.

Region Blekinge

Region Blekinge har en befolkning om cirka 160 000 personer. Nedan bild visar en sammanställning av antal besök i primärvården som drivs i egen regi i Blekinge[126] p.g.a. ångest, depression och stress, mellan januari och september 2019. Som framgår är det nästan 29 000 besök p.g.a. dessa tre diagnosområden och drygt 11 000 individer med dessa diagnoser.

Figur 3.1 Antal besök i primärvård p.g.a. ångest, depression och stress

Januari–september 2019



Källa: Blekinge kompetenscentrum, Region Blekinge.

[126] Hösten 2020 var det 12 av 18 vårdcentraler.

Kontakt med primärvården och besök till olika professioner

Som beskrivits ovan (avsnitt 3.5.2) kan vi med hjälp av väntetidsdatabasen få fram data om andelen patienter som fått kontakt med primärvården samma dag kontakt togs, respektive fått medicinsk bedömning inom tre dagar, uppdelat på de olika legitimerade yrkesgrupperna. Våren 2020 var det i genomsnitt 93 procent som fick kontakt med primärvården samma dag (med variationer mellan 80–95 procent hos de olika regionerna).

Vad gäller tillgången till medicinsk bedömning har vi utifrån vårt nuvarande uppdrag valt att titta närmre på de data som rör professionerna kurator, läkare, psykolog och sjuksköterska. Data kan brytas ned på region och vårdcentral, och könsuppdelat. Från mätningen i oktober 2020 kan man notera följande av särskilt intresse. På nationell nivå var det i genomsnitt 42 procent av de som bedömdes behöva träffa en psykolog som fick göra det inom vårdgarantins gräns på tre dagar. Motsvarande siffra för kuratorer var 44 procent. Bakom dessa siffror döljer sig dock stora regionala variationer. För psykologbesök mellan 13 och 87 procent, och för kuratorsbesök mellan 2 och 100 procent.

Det är också stor skillnad på hur många besök som rapporteras in. Tar vi psykologer som exempel har den region som rapporterar minst antal besök bara rapporterat in fyra st., medan den som rapporterat in flest antal besök rapporterat in cirka 4 000. Att omfattningen till viss del skiljer sig är att vänta utifrån olika befolkningsunderlag i olika regioner. Skillnader kan också bero på att det är ett relativt nytt krav på rapportering, där man kommit olika långt med att breddinföra rapporteringen av samtliga legitimerade professioner. Den extremt stora skillnaden mellan olika regioner pekar dock både på behov av vidare arbete med kvalitetssäkring av data, och av en mer jämlik tillgång till (i det här fallet) psykologkompetens.

När det gäller besöken till kuratorer och psykologer är det också stora skillnader mellan män och kvinnor. Av totalt 7 656 besök till psykologer stod kvinnor för 5913besök och män för enbart 2 455. Det vill säga ungefär hälften så många. Motsvarande mönster går igen för kuratorerna där män står för 1 350 besök och kvinnor för 2 997 besök.

Tittar man på siffror för besök till läkare och sjuksköterskor, som fortsatt står för en stor andel av nybesöken (vid behov får man efter det träffa t.ex. en psykolog eller kurator) är andelen som får ett besök inom vårdgarantins tre dagar större. 87 procent för sjuksköterskebesök och 83 procent för läkarbesök. Fördelningen är också betydligt mindre spridd mellan regionerna, och ligger mellan cirka 65 och 94 procent. Även om kvinnor står för en större andel av besöken även till sjuksköterska och läkare så är det inte lika stor skillnad. Männens besök utgör cirka 42–43 procent av besöken.

Sjukfrånvaro

I september 2020 presenterade Försäkringskassan en rapport om sjukskrivning och psykiatriska diagnoser. I den konstateras att det i Sverige är 1,7 procent av befolkningen i arbetsför ålder som under ett år är sjukskriven för en psykiatrisk diagnos, och ytterligare 1,7 procent som har aktivitetsersättning eller sjukersättning. Psykiatriska diagnoser har i Sverige, liksom i många andra länder, blivit den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro.

Det som främst ökat både i Sverige och övriga OECD-länder är dock inte de psykiska sjukdomarna av allvarligare och mer svårbehandlad karaktär, utan de vanligare psykiatriska diagnoserna.

Förstämningssyndrom eller depressioner står för en stor del av sjukfallen och ökade mellan 2005 och 2010 men har därefter minskat. Depressionernas andel har minskat mellan 2010 och 2019 från 42 till 24 procent bland kvinnor och 44 till 31 procent bland män. Övriga ångestsyndrom har ökat något över tid men det som främst har ökat sedan 2010 är den stressrelaterade psykiska ohälsan.

När det gäller den förskjutning som har skett mellan de vanligare psykiatriska diagnoserna, med en minskande andel depressioner och en ökad andel stressreaktioner, så kan det inte uteslutas att en del av förklaringen är s.k. diagnosglidning inom hälso- och sjukvården. Samma symtombild kan således innebära annan diagnossättning. Samsjuklighet är vanligt vid psykisk ohälsa, men också tillsammans med exempelvis smärttillstånd. Vidare var det först några år in på 2000-talet som utmattningssyndrom godkändes som en diagnos och hos vissa av dessa patienter förekom också tydliga depressionssymtom. Sedan 2010 ska diagnoserna för psykiatriska diagnoser, som anges i

läkarintygen som grund för sjukpenning, specificeras på detaljerad 4-ställig nivå. Tidigare studier har visat att för just kategorin F43 (anpassningsstörningar och reaktion på svår stress) har såväl diagnossättning som användandet av detaljerad kodning varierat avsevärt mellan olika delar av landet. Över tid har detta förbättrats. Diagnosstatistiken under senare år ger därför en allt tydligare bild av hur den stressrelaterade ohälsan ser ut. Posttraumatiskt stressyndrom och anpassningsstörningar står för en marginell del av den stressrelaterade psykiska ohälsan. Utmattningssyndrom står däremot för 18 procent av de psykiatriska diagnoserna bland kvinnor och för 13 procent bland män. En stor del utgörs också av akut stressreaktion som står för 15 procent av de psykiatriska diagnoserna bland kvinnor och 12 procent bland män år 2019.[127]

Kommunal hälso- och sjukvård

Eftersom den utökade rapporteringen till Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård inte kom igång under 2019, så finns ännu inte några data kring vilka patientrelaterade åtgärder kopplade till olika dimensioner av psykisk ohälsa som utförts och av vilken legitimerad yrkeskategori. Från 2021 och framåt kommer en sådan kunskap dock förhoppningsvis att kunna börja byggas upp.

3.5.4 Sammanfattande reflektioner

Genomgången i detta delkapitel befäster och understryker behovet av att skyndsamt utveckla en mer systematisk och standardiserad dokumentering och uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Såväl på verksamhetsnivå som på regional och nationell nivå. En systematisk nationell uppföljning förutsätter också ett arbete med att utveckla datakvaliteten genom att bl.a. säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder runtom i landet.

[127] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2019, s. 19–21.

Genom en mer systematisk dokumentation och uppföljning ges förbättrade möjligheter såväl till verksamhetsutveckling som forskning och utveckling av ny kunskap. Detta är avgörande för en effektiv vård med hög kvalitet.

I detta sammanhang ser utredningen det som centralt att ett primärvårdsregister i någon form följer av Socialstyrelsen uppdrag kring möjligheten för nationell insamling av registeruppgifter.

För att sätta mer ljus på, och lära mer om, primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bedömer vi det också som centralt att detta område finns med bland de indikatorer som slutligt väljs för att följa omställningen till god och nära vård. Om primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården måste den ges förutsättningar att vara det för hela människan, såväl dess fysiska som psykiska hälsa.

3.6 Tjänster på distans

3.6.1 En möjlighet till personcentrerad nära vård

I detta avsnitt vill utredningen lyfta och belysa det stora och växande utbudet av distanstjänster relaterade till det psykiska måendet. Som vi beskrivit tidigare i vår målbild och färdplan ser vi digitalisering som en förutsättning för den pågående omställningen av hälso- och sjukvården (se även avsnitt 2.4.1). Här lyfter vi digitaliseringens möjligheter utifrån den enskilde individens perspektiv, men digitaliseringen är förstås också ett verktyg vad gäller att utveckla arbetssätt och metoder i hälso- och sjukvården ur medarbetarperspektiv.

Att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa kan benämnas e-hälsa. E-hälsa har stor potential för behandling av psykisk ohälsa. Digitala kontaktvägar skapar förutsättningar för personcentrerad och nära vård genom att vara ett alternativ till fysisk vårdkontakt och genom möjligheten till kontakt vid andra tidpunkter än vad som kanske varit möjligt tidigare. Samtidigt måste det finnas alternativ till kommunikation för de som inte har möjlighet att använda digitala tjänster. Som alltid i den personcentrerade vården ska insatserna utgå från individens egna behov och preferenser. Liksom vid all vård är det också viktigt att insatserna följs upp, t.ex. vad gäller bortfall under behandlingstid.

3.6.2 Digitala tjänster på området psykisk ohälsa

Former för digital kontakt

Med digitala tjänster avses att tjänsten ges genom digital distanskontakt, dvs. någon form av digital kommunikation. Kommunikationen kan ske genom exempelvis telefoni, videolänk, chatt, e-post, textmeddelanden eller mobilapplikationer. I fråga om innehåll kan det handla både om traditionell behandling vilken, som ett alternativ till fysiskt möte, erbjuds över internet och om råd och stöd i mindre formaliserat format.

Utredningen har tagit del av flera exempel på hur digitala kontaktvägar har använts som ett alternativ till fysisk kontakt inom vården och hur digitala tjänster kan erbjuda människor stöd i sitt psykiska mående. Ett är Piteå hälsocentral som utarbetat en rutin och arbetsmodell för att kunna hantera och behandla en del av sina patienter över telefon. En första slussning görs genom att inringaren genom ett knappval väljer kontaktorsak relaterat till psykisk ohälsa. Därefter gör en sjuksköterska över telefon en bedömning av fortsatta behov utifrån en viss modell för triagering som bl.a. finns för att även annan personal vid behov ska kunna ta samtalen. Ett annat är Östersunds kommun där arbetsterapeuter i kommunen har ersatt många av sina fysiska hembesök med digital distanskontakt över nätet, vilket har förenklat kontakten med vården för patienter som upplever den fysiska kontakten som svår och lett till tidsbesparingar och minskat resande för arbetsterapeuterna. Ett annat exempel är hur framtagande av en mobilapplikation som ger tillgång till sociala internetbaserade aktiviteter, kan minska upplevd ensamhet. Internetbaserad peer support kan också utgöra ett komplement till sedvanlig peer support.

Liksom avseende den somatiska hälsan kan noteras att det finns flera olika privata aktörer som tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster digitalt. Vissa av dem tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster mer generellt medan andra är inriktade på psykisk ohälsa.

Internetbaserad KBT

Digitala tjänster inkluderar också behandling som erbjuds via internet. Här kan särskilt nämnas internetbaserad kognitiv beteendeterapi, IKBT, som är en utbredd form av internetbaserad behandling och för vilken det finns evidens om goda resultat.

IKBT kan enligt vetenskaplig evidens ge samma effekt som sedvanlig KBT samtidigt som fyra gånger fler patienter kan få hjälp med internetförmedlad KBT jämfört med KBT i annat format, räknat i effektiv behandlartid. Det är en form av elektroniskt förmedlat självhjälpsprogram där patienten på egen hand arbetar med KBT. Patienten tar del av skrivna instruktioner och genomför därefter själv behandlingen kombinerat med regelbundna självskattningar och stöd av psykolog via ett webbaserat meddelandesystem.[128] Innan en behandling påbörjas görs en bedömning av om behandlingen passar för patienten, vilket sker genom ett vårdbesök eller ett videosamtal. Vid påbörjad behandling får patienten efter inloggning ta del av innehållet i och arbete med behandlingen via en webbplats. Behandlingen kan bestå av texter, filmer, ljudfiler och övningar och brukar vara upplagda i olika moduler. Vanligen ingår att varje vecka ange sitt mående i syfte att behandlaren i fråga ska kunna följa patienten.[129] Behandlingsprogram genom IKBT finns bl.a. för ångest, nedstämdhet, oro, stress och sömnproblem. IKBT erbjuds av flera regioner.

KBT förekommer i de nationella riktlinjerna för depression och ångest som rekommenderad åtgärd vid vissa tillstånd, ibland i kombinationen med andra insatser. Det gäller bl.a. vid lindrig till medelsvår egentlig depression eller generaliserat ångestsyndrom hos vuxna.

3.6.3 1177 Vårdguiden

1177 Vårdguiden är en nationell samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård. Man kan besöka 1177.se, logga in för personliga e-tjänster och ringa 1177 för sjukvårdsrådgivning. Bakom 1177 Vårdguiden står den svenska hälso- och sjukvården genom alla regioner i samverkan.

[128] Läkartidningen, *Internet-KBT ger effektiv behandling*, 2017.
[129] 1177 Vårdguiden, *KBT på nätet*, 2019.

Avseende sjukvårdsrådgivningen på telefon driver varje region sin egen verksamhet, i egen regi eller genom upphandlad underleverantör, och de ansvarar själva för att bemanna sin regionala sjukvårdsrådgivning.[130] 20 av regionerna använder Ineras s.k. rådgivningsstöd som beslutsstöd för de sjuksköterskor som bemannar 1177 och som ska bedöma vårdbehovet. Region Stockholm har en egen lösning genom Medhelp, men använder också telefonnumret 1177 samt har tillgång till de medicinska beslutsunderlagen. Alla regioner använder därmed samma medicinska underlag i sjukvårdsrådgivningen i Sverige. Rådgivningsstödet är uppbyggt efter symtom, oavsett orsak till symtomet och består av drygt 180 beslutsunderlag. Beslutsunderlagen är uppbyggda med s.k. symtomrader där varje symtomrad är kopplad till en brådskegrad som indikerar hur bråttom det är för inringaren att söka vård, alternativt om vård inte behöver sökas. Beslutsunderlagen nås via en särskild sökfunktion i systemet efter en sökning på ett visst symtom. De är inte kategoriserade efter fysiska eller psykiska symtom. Ett antal av de 180 beslutsunderlagen kan särskilt anses relatera till psykisk ohälsa, såsom förvirring, minnesstörning, nedstämdhet, oro och ångest, stödsamtal, vanföreställningar och ätstörning. Statistik över dessa sju beslutsunderlag anger att det totala antalet samtal till 1177 är drygt 40 000 och att dessa utgör ungefär 1,5 procent av alla samtal till 1177.[131] Till beslutsunderlagen finns länkar till egenvårdsråd, faktablad för fördjupning och relaterade webbsidor, främst 1177.se. I några relevanta beslutsunderlag finns direktlänk till den ideella föreningen Minds självmordslinje.[132]

1177.se och 1177 på telefon är tjänster som aktiebolaget Inera, ägt av SKR Företag och landets regioner och kommuner, tillhandahåller regionerna. Ineras tjänster avser att stödja digitalisering i offentligt finansierad verksamhet och som exempel på tjänster kan nämnas bl.a.:

- Kvalitetssäkrat innehåll om psykisk ohälsa på 1177.se, UMO.se och Youmo.se.
- Förebyggande och hälsofrämjande råd kring psykisk hälsa, kost, sömn och stress.
- Egenvårdsråd och vårdhänvisningar.

[130] Inera, *1177 Vårdguiden på telefon*, 2020.
[131] I denna statistik ingår inte Region Stockholm i och med deras användning av ett annat system- och verksamhetsstöd.
[132] Skriftlig kommunikation med Inera.

- Samlad information med hänvisningar till stöd och hjälp i vården och i ideell sektor samt till civilsamhällesaktörer.
- Stöd till rådgivande sjuksköterskor gällande brådskegrad och hänvisning via 1177 Vårdguiden på telefon.
- Stöd och behandlingsplattformen där regioner och kommuner kan erbjuda stödprogram i inloggat läge för olika psykiska tillstånd och diagnoser.[133]

3.6.4 Stöd- och hjälplinjer

Ett stort antal föreningar och organisationer erbjuder råd och stöd kring måendet på nätet via chattar och över telefon genom stöd- eller hjälplinjer. I dag finns ett stort och brett utbud av sådana stöd- och hjälplinjer, med olika inriktningar beroende på ålder, behov, problematik m.m. Flera av dem är inriktade på och vänder sig till personer med psykisk ohälsa. Kontakten är kostnadsfri och linjerna drivs till stor del av volontärer, många gånger med egna erfarenheter på området.

Utbudet beskrivet på 1177 Vårdguiden

1177 Vårdguiden har på sin webbplats sammanställt stödlinjer och telefonjourer sorterade i olika kategorier; vissa är riktade till barn och unga, andra avser beroendefrågor och ytterligare några relaterar till frågeställningar och mående kopplat till utbrottet av covid-19.

Som exempel kan nämnas Självmordslinjen, Äldrelinjen och Föräldralinjen som den ideella föreningen Mind driver. Självmordslinjen riktar sig till människor med tankar på självmord samt deras närstående och har öppet dygnet runt.[134] Äldrelinjen vänder sig till just äldre personer i behov av att prata och är öppen vardagar 8–19 och helger 10–16.[135] Föräldralinjen, öppen vardagar 10–15 samt torsdagskvällar 19–21, riktar sig till vuxna som är oroliga för sitt eget barn eller för ett barn i sin närhet.[136]

[133] Skriftlig kommunikation med Inera.
[134] Mind, *Självmordslinjen*, 2020.
[135] Mind, *Äldrelinjen*, 2020.
[136] Mind, *Föräldralinjen*, 2020.

Ett annat exempel är Tiliachatten som drivs av den ideella organisationen Tilia, en organisation som vänder sig till unga med bl.a. ångest, oro eller stress och därmed i behov av stöd för ökad psykisk hälsa. Tiliachatten bemannas av volontärer och är öppen varje kväll mellan 21.00–22.30, alla dagar på året, inklusive helgdagar. Verksamheten stöttas bl.a. av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.

Vad gäller stödlinjer kan också nämnas det initiativ som togs inom NSPH, mot bakgrund av pågående pandemi och dess påverkan på peer supportrars arbete, till en stödlinje bemannad av just peer supporters. Linjen var inledningsvis aktiv under maj till augusti 2020 och bemannades av utbildade peer supporters med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Den tidigare Nationella Hjälplinjen

Med stöd av statsbidrag från regeringen startade patient-, brukar- och anhörigorganisationer under 2001 en verksamhet i form av en nationell jourtelefon med syfte att ge stöd och rådgivning till människor i akut psykisk kris samt till dessa personers anhöriga och närstående. Linjen bemannades av socionomer, psykologer och psykiatrisjuksköterskor. Jourtelefonen, som kallades Nationella Hjälplinjen, införlivades under 2012 i Inera, som gemensamt ägs av SKR och kommuner och regioner. Under 2019 fattade Inera, med stöd av rekommendationer från regionerna, beslutet att lägga ned den Nationella Hjälplinjen. Avsikten var, enligt regionerna, att integrera stödinsatserna i den reguljära vården. Sedan den 1 januari 2020 är telefonlinjen stängd.

Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje och ska i det sammanhanget beakta de redan etablerade stödlinjer som i dag drivs främst med ideella krafter samt deras roll (se avsnitt 2.4.2).

3.6.5 Sammanfattande reflektioner

I dag finns olika sätt att tillhandahålla vård på distans. Former för detta kan vara e-hälsotjänster, tjänster via telefon eller traditionella behandlingsmetoder som erbjuds via internet. E-hälsolösningar har en särskild potential att tillhandahålla information anpassad till olika

målgrupper och vid det tillfälle som passar individen. Detta kan gälla såväl egenvårdsråd som hur man får kontakt med rätt del av hälso- och sjukvården vid olika behov. I detta avseende har 1177 Vårdguiden en särskild roll, såsom varande regionernas gemensamma plattform för tillhandahållande av sådana tjänster. Även telefontjänster kan fylla denna funktion.

Noterbart är den stora roll som olika stödlinjer drivna av andra aktörer än regionerna själva, ofta frivilligorganisationer, har. Hänvisning sker i dag till sådana stödlinjer trots frånvaro av strukturerade samarbetsformer.

IKBT är ett framgångsrikt exempel på tillgängliggörande av en tjänst via internet. Utredningen ser stor potential i sådan utveckling även vad gäller andra metoder och tjänster. Det gäller såväl i det direkta patientmötet som mellan olika delar av hälso- och sjukvården och dess medarbetare.

Vid utvecklande av alla typer av distanstjänster är det särskilt viktigt att både bejaka möjligheten att inkludera fler, och på nya sätt, än tidigare, men också risken att exkludera de som av olika skäl inte har möjlighet att använda sådana tjänster.

3.7 Kompetenser och utbildningsinsatser

En väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning är som beskrivits i vår målbild och färdplan en förutsättning för att klara omställningen till en god och nära vård. I enlighet med utredningens direktiv ska vi kartlägga nuvarande kompetenser inom primärvården, analysera vilka utbildningsinsatser som finns i dag och bedöma det eventuella behovet av nya utbildningsinsatser. För att hälso- och sjukvården ska fungera är såväl kliniskt verksamma professioner som mer administrativa roller och stödfunktioner av betydelse. Ett väl fungerande administrativt stöd är avgörande för att alla typer av patientnära arbete ska fungera. Detta har vi bl.a. beskrivit i vårt huvudbetänkande.[137] Vårt nuvarande uppdrag rör dock specifikt insatser för att hantera psykisk ohälsa i primärvården. Vår kartläggning fokuserar därmed på de kliniska professioner som främst är involverade i

[137] Se SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, framför allt kap. 3 och kap. 6.

triagering, rådgivning, bedömning och behandling av patienter med psykisk ohälsa.

Även för denna kartläggning finns utmaningar gällande vilka källor som finns att tillgå. Vad gäller kompetenser och grundutbildningar har vi framför allt utgått från det nationella planeringsstödet som Socialstyrelsen publicerar varje år, som belyser situationen för legitimerade professioner inom hälso- och sjukvården. Det säger dock ingenting om var i hälso- och sjukvården, primärvården eller den specialiserade vården som personalen verkar. Inte heller professionsförbunden har sådana färdigställda sammanställningar över var medlemmarna verkar.

Att säga något om volymer av olika personalkategorier inom primärvården är därmed svårt. Givet det kommunala självstyret är det också upp till huvudmännen att avgöra vilka kompetenser som primärvården behöver bemannas med för att möta behoven vad gäller psykisk ohälsa, och som vi sett i avsnitt 3.4 har man i sina förfrågningsunderlag utryckt detta på olika sätt.

Att ge ett enkelt svar på frågan om vilka kompetenser för psykisk hälsa som i dag finns inom primärvården låter sig alltså inte göras. Utifrån våra dialoger med såväl våra referensgrupper som experter och sakkunniga, samt med olika verksamheter och aktörer runtom i landet, har vi dock fått en bild av hur olika verksamheter arbetar och vilka kompetenser som vanligen efterfrågas för det psykosociala uppdraget i primärvården. Liksom av olika typer av utbildningsinsatser.

I det följande redogörs först övergripande för bedömningar kring tillgång och efterfrågan av olika kompetenser som kan ha roller i vården av psykisk ohälsa i primärvården. Därefter fördjupar vi belysningen av de professioner som utredningen bedömer har, eller borde ha, en tydlig plats i de psykosociala team som i allt större utsträckning inrättas inom primärvården. Därefter tittar vi närmre på några specifika funktioner med betydelse för arbetet med psykisk ohälsa, som på senare år utvecklats inom primärvården. Slutligen görs också en redogörelse för några olika typer av utbildningsinsatser från olika aktörer.

3.7.1 Övergripande om olika kompetenser för psykisk hälsa inom primärvården

Primärvårdens uppdrag är inte avgränsat vad gäller ålder, diagnos- eller patientgrupper, och de olika yrkesgrupper som verkar där behöver en bred generalistkompetens inom sina respektive områden, för att kunna bemöta patienter med såväl fysiska som psykiska vårdbehov. Det gäller t.ex. läkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, barnmorskor, dietister och farmaceuter. Men det finns också professioner vars utbildning redan från start är inriktad mot de psykiska vårdbehoven, såsom psykolog, kurator och hälso- och sjukvårdskurator samt psykoterapeut. För samtliga legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården tar Socialstyrelsen årligen fram bedömningar av tillgång och efterfrågan, där flertalet av dessa professioner ingår (utom kurator och undersköterska). Traditionellt har dessa enbart tittat på regionernas hälso- och sjukvård, men i 2020 års redovisning finns också en ansats att säga något om läget i den kommunala hälso- och sjukvården.

Regionernas hälso- och sjukvård

Samtliga regioner rapporterade 2019 brist på specialistsjuksköterskor, och 20 av 21 bedömde att de även har brist på grundutbildade sjuksköterskor. I 19 regioner bedömdes det råda brist på psykologer och specialistläkare. Regionerna eller andra arbetsgivare bedömde att det var brist på åtminstone 18 av de 21 legitimationsyrkena. Antalet yrken som det bedömdes råda brist inom varierade dock mellan regionerna. Bristen uppgavs även variera inom regionerna och vara som störst utanför städerna. Det var främst erfaren personal som saknades.

För vissa yrkesgrupper var skillnaderna stora mellan de län som hade högst respektive lägst tillgång. Exempelvis fanns det 2017 i Uppsala län nästan 120 psykologer per 100 000 invånare medan Norrbotten hade färre än 40 per 100 000 invånare.[138] Och 2016 hade Stockholms sjukvårdsregion nästan dubbelt så många psykiatriker

[138] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet,* 2020, s. 18.

per invånare som de övriga sjukvårdsregionerna. Samma sak gäller för psykologer och psykoterapeuter.[139]

Inom några yrkesgrupper var en relativt stor andel av de sysselsatta 65 år eller äldre, exempelvis 30 procent av psykoterapeuterna. Bland sysselsatta psykologer, läkare och tandläkare var 13, 12 respektive 10 procent 65 år eller äldre. Det har rapporterats att andelen regionanställd vårdpersonal som arbetade efter 65 års ålder ökade från 1 till 5 procent mellan 2005 och 2017, och de flesta arbetade deltid eller på timbasis.[140]

Psykologer och dietister hörde till de yrkesgrupper där antalet legitimerade och sysselsatta ökade med mer än 5 procent per 100 000 invånare 2013–2017 (det bör dock noteras att ökningen skett från en mycket låg nivå för dietisterna). Tillgången per invånare ökade med mellan 1 och 5 procent för arbetsterapeuter, fysioterapeuter, och läkare, och minskade med mellan 0,6 och 5 procent för t.ex. psykoterapeuter och sjuksköterskor.[141] Dessa siffror stämmer överens med att söktrycket till psykologutbildningen var 9,6 förstahandssökande per antagen. Höga söktryck har även utbildningarna till läkare (5,3), dietist (4,8) och fysioterapeut (4,3). Utbildningen till psykoterapeut hör dock till dem med lägst söktryck (1,3).[142]

Kommunernas hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla uppföljningen av omställningen mot en nära vård. Inom ramen för det uppdraget har en enkät skickats till kommunerna, inklusive frågor om tillgång och efterfrågan på legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård. Svar har inkommit från 226 av 290 kommuner (78 procent) fördelade på samtliga regioner. Följande legitimationsyrken har inkluderats i enkäten: sjuksköterska, specialistsjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist och farmaceut.

[139] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019, s. 28.
[140] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet,* 2020, s. 17.
[141] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet,* 2020, s. 19
[142] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 25.

Kommunernas bedömningar skiljer sig från de som regionerna har gjort. Medan 95 procent av regionerna bedömer att de har brist på sjuksköterskor görs motsvarande uppskattning av 58 procent av kommunerna. Enligt bedömningarna är även specialistsjuksköterskebristen mer utbredd i regionerna än i kommunerna. Samtliga regioner bedömer att de har brist på specialistsjuksköterskor jämfört med 74 procent av kommunerna. Av 226 kommuner uppger 14 st. (6 procent) att yrkesgruppen inte finns i deras verksamhet. Kommunerna har generellt inte uppgett specifika specialiteter som det råder brist inom men en kommun anger att det är brist på specialistsjuksköterskor inom vård av äldre.

Medan 67 procent av regionerna uppskattar att de har brist på arbetsterapeuter görs motsvarande bedömning av 47 procent av kommunerna. Fysioterapeuter tycks i stället saknas i större utsträckning i kommunerna än i regionerna. Drygt hälften av de kommuner som har svarat, 53 procent, bedömer att det är brist på fysioterapeuter, jämfört med 48 procent av regionerna.[143]

3.7.2 Fördjupning i några professioner

I det följande gör utredningen en något fördjupad kartläggning av de professioner som utredningen bedömer har, eller borde ha, en tydlig plats i de psykosociala team som i allt större utsträckning inrättas inom primärvården, i olika kombinationer. Vi tittar dels på de övergripande examensbeskrivningar för respektive yrke som återfinns i examensordningen[144] och dels på vad som går att säga om tillgång och efterfrågan på de olika professionerna.

I examensordningen anges målen med utbildningen och vilka kunskaper och färdigheter m.m. som ska erhållas för examen, den s.k. examensbeskrivningen. Generella kunskaper och förståelser, färdigheter och förmågor samt förhållningssätt som krävs för alla inom en viss utbildning. Dessa mål är på en relativt övergripande nivå, och kompletteras sedan med de preciserade krav som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

[143] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 29 f; Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2020, s. 49.

[144] Bil. 2 till högskoleförordningen innehåller examensordningen. Här anges vilka examina som får avläggas och vilka krav studenterna ska uppfylla för respektive examen.

Då examensbeskrivningen är den ”minsta gemensamma nämnaren” för alla utbildade med en viss examen väljer utredningen att visa på hur dessa övergripande krav delvis skiljer sig åt mellan de professioner som förekommer i psykosociala team i primärvården. Mot denna bakgrund har vi valt att i vår kartläggning lyfta fram de olika målbeskrivningar kopplade till respektive profession som vi finner särskilt relevanta i förhållande till vår utrednings uppdrag. När möjligt och relevant har vi också tittat på kraven för specialiseringar relaterade till psykisk ohälsa. Det är dock inte en komplett redogörelse för respektive professions målbeskrivningar.

Det bör också framhållas att flera målbeskrivningar, som också är av betydelse, är gemensamma för flertalet professioner som verkar inom hälso- och sjukvården. Det gäller t.ex. krav på att studenten ska; visa självkännedom och empatisk förmåga; visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna; visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående; visa förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper.

Slutligen bör även noteras att det i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa även förekommer andra, icke-legitimerade yrkesgrupper, med beteckningar såsom samtalsterapeuter, samtalsbehandlare, KBT-behandlare, steg 1-utbildade eller liknande. Då dessa inte är reglerade titlar finns det dock ingen fastslagen standard för vilka kompetenskrav som ska gälla för dessa, och inte heller någon systematisk uppföljning av dessa på nationell nivå.

Psykolog

Examen

Psykologexamen är en examen på avancerad nivå. Av examensbeskrivningen framgår bl.a. att studenten ska:

– visa fördjupad kunskap om psykologiska metoder för utredning och åtgärd avseende individer, grupper och organisationer,

– visa fördjupad kunskap och förståelse för samhälls- och familjeförhållanden som påverkar olika grupper och individer, såväl barn som kvinnor och män,

– visa fördjupad förmåga att bedriva psykologisk behandling,
– visa förmåga att under handledning bedriva psykoterapi.

Enligt Socialstyrelsens statistik för 2017 var antalet legitimerade och sysselsatta psykologer under 65 år 8 920 st. Antalet legitimerade psykologer som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården var 8 519 och av dem som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården hade knappt 1 800 även en psykoterapeutlegitimation. Enligt SKR arbetade 4 300 i regioner och 1 100 i kommuner 2017. År 2019 bedömde 19 av 21 regioner att det var brist på psykologer, och antal helårsarbetare som uppskattades saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 201 st.

Utbildningen ges vid elva lärosäten och läsåret 2018/2019 tog knappt 630 personer psykologexamen. År 2018 utfärdades 603 legitimationer. Söktrycket till utbildningen är högt, 9,6 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

Specialistordning

Psykologförbundet driver sedan 1992 en reglerad specialistutbildning för psykologer. I dagsläget finns det tio specialiteter. Flera av specialiteterna är i huvudsak kliniska, men andra inriktningar finns, som pedagogisk psykologi och arbets- och organisationspsykologi. Inom ramen för en specialisttjänst kan psykologen åläggas att ansvara för svåra ärenden, handledning och konsultation till såväl psykologer som andra yrkeskategorier, utveckling av metoder och arbetssätt.

För primärvården är följande specialistinriktningar relevanta. Hälsopsykologi, som är ett brett specialistområde, definieras av sambandet mellan mänskligt beteende, psykiska och kulturella faktorer och mellan kroppslig och psykisk hälsa och ohälsa genom hela livscykeln. Klinisk vuxenpsykologi samt klinisk barn- och ungdomspsykologi är också två breda specialiteter som fördjupar kompetensen att bedöma, utreda, diagnosticera, behandla, följa upp samt förebygga psykisk ohälsa och psykiatriska problem. Neuropsykologi kan vara relevant specialistinriktning och fylla funktion vid fördjupad bedömning av kognitiva förmågor vid misstänkt neuropsykiatrisk problematik

eller vid kognitiv svikt vid exempelvis stresstillstånd. En sådan specialisttjänst kan med fördel nyttjas av flera vårdcentraler.

Kurator med socionomexamen

Examen

Socionomexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa kunskap om och förståelse för samspelet mellan individers och gruppers sociala situation, levnadsvillkor, fysiska och psykiska hälsa samt funktionsförmåga i förhållande till samhälleliga och andra bakomliggande faktorer.
- Visa förmåga att förstå, utreda och analysera sociala processer och problem.
- Visa förmåga att identifiera, strukturera, utreda och utvärdera insatser på individ-, grupp- och samhällsnivå.
- Visa kunskap om och förståelse för barns behov och sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns livsbetingelser.

Eftersom kurator med socionomexamen inte är ett legitimationsyrke ingår de inte i Socialstyrelsens statistik över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Söktrycket till utbildningen var höstterminen 2020 3,6 sökande per antagen.[145] Läsåret 2019/20 examinerades 2 174 socionomer i Sverige.[146]

[145] UKÄ, *Antal sökande per antagen (söktryck) till yrkesexamensprogram – socionomexamen HT 2020*, 2020.
[146] UKÄ, *Antal examina. Socionomexamina 2019/2020*.

Hälso- och sjukvårdskuratorsexamen

Examen

Hälso- och sjukvårdskuratorsexamen är en examen på avancerad nivå.[147] Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa fördjupad kunskap om och förståelse för hur sociala och psykosociala faktorer samspelar med hälsa och ohälsa på individ-, grupp- och samhällsnivå.
- Visa kunskap om och förståelse för hur hälsa och ohälsa kan påverka individer och närstående.
- Visa kunskap om och förståelse för sorg, kriser, förluster och trauman.
- Visa förmåga att självständigt utreda och bedöma individers sociala situation i relation till relevanta vård- och omvårdnadssituationer och med utgångspunkt i detta föreslå sociala och psykosociala insatser.
- Visa förmåga att självständigt och i samverkan med patienter och deras närstående planera, genomföra och utvärdera sociala och psykosociala insatser på individ- och gruppnivå.

Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer infördes den 1 juli 2019. Eftersom Socialstyrelsens senaste statistik om tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesgrupper bygger på data från 2017 går det i nuläget inte att på samma sätt som för övriga grupper beskriva storleken på, och behov av, yrkesgruppen. Det kan dock konstateras att sedan den 1 juli 2019 fram till februari 2020 hade Socialstyrelsen utfärdat omkring 990 legitimationer till hälso- och sjukvårdskuratorer.

På sikt blir grunden för legitimation en hälso- och sjukvårdskuratorsexamen, vilket kräver en ny yrkesutbildning om 60 högskolepoäng efter socionomutbildning eller motsvarande. Fram till den 1 juli 2024 kan de som saknar en hälso- och sjukvårdskuratorsexamen ansöka om legitimation enligt övergångsbestämmelser, om de har varit verksamma som kuratorer inom hälso- och sjukvården i

[147] Hälso- och sjukvårdskuratorsexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 60 högskolepoäng. Det ställs också krav på avlagd socionomexamen eller annan motsvarande examen.

minst fem år motsvarande heltid eller i minst två år om de har en vidareutbildning.[148]

Legitimerad psykoterapeut

Examen

Psykoterapeutexamen är en examen på avancerad nivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa fördjupad kunskap om och förståelse för olika psykoterapiformer, olika psykiska sjukdomstillstånd samt psykiatrisk diagnostik.
- Visa kunskap och förståelse för relevanta samhälls- och familjeförhållanden som påverkar individer och grupper.
- Visa sådana fördjupade färdigheter som krävs för att självständigt genomföra diagnostiska bedömningar samt upprätta, genomföra och kritiskt utvärdera psykoterapeutiska behandlingsprogram inom ett av områdena individual-, grupp- eller familjeterapi.

Psykoterapeut skiljer sig från de flesta övriga legitimerade yrken inom hälso- och sjukvården på så sätt att examen och legitimation grundar sig på en påbyggnadsutbildning om 90 högskolepoäng. För behörighet krävs examen som psykolog, specialistläkare inom psykiatri, socionom eller annan motsvarande examen. Med ”annan motsvarande examen” följer alltså att flera olika hälso- och sjukvårdsyrken kan ligga till grund för examen i psykoterapi. Vid examen som socionom eller ”annan motsvarande examen” krävs enligt högskoleförordningen också grundläggande psykoterapiutbildning. För psykologer och specialistläkare inom psykiatri ingår redan grundläggande psykoterapiutbildning i deras utbildningar.

Att flera olika hälso- och sjukvårdsyrken kan ligga till grund för examen i psykoterapi speglas i sammansättningen av de knappt 5 000 legitimerade och sysselsatta psykoterapeuter som 2017 var verksamma. Av dem hade drygt 2 000 en psykologlegitimation, knappt 340 en läkarlegitimation, drygt 330 en sjuksköterskelegitimation, cirka 70

[148] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 24.

en fysioterapeutlegitimation, cirka 40 en arbetsterapeutlegitimation och knappt 40 en annan legitimation.

Enligt Socialstyrelsens statistik fanns det år 2017 3 457 st. legitimerade och sysselsatta psykoterapeuter under 65 år. Antalet sysselsatta legitimerade psykoterapeuter i hälso- och sjukvården var samma år 4 125. Mer än 50 procent av psykoterapeuterna inom hälso- och sjukvården 2017 var 60 år eller äldre.[149] Det kan också noteras att majoriteten av psykoterapeuterna var sysselsatta i privat sektor.

Från regionernas sida var det 8 av 20 regioner som bedömde brist på psykoterapeuter medan 12 regioner bedömde att det är balans.[150] Antalet helårsarbetare som uppskattades saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 21 st. Här kan noteras att många legitimerade psykoterapeuter arbetar under andra titlar, då de ofta är anställda i sin grundprofession och inte i sitt specialistyrke, vilket kan påverka bilden av efterfrågan och brist.

Ser man till utbildningen av psykoterapeuter så tog knappt 160 personer examen läsåret 2018/19 och 210 st. legitimationer utfärdades 2018. Utbildningen finns på tio lärosäten, men antagning sker inte varje år på alla orter. Söktrycket var 1,3 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

Historik

Då psykoterapeututbildningen skiljer sig från andra utbildningar genom att vara en påbyggnadsutbildning och den i olika grad varit reglerad under åren, finns skäl att kort redogöra för utbildningens historik och utveckling.

Fram till 1977 gavs utbildning i psykoterapi främst av föreningar och institut som internutbildning vid vårdinstitutioner och i viss utsträckning inom psykologutbildningen. År 1978 infördes en statlig psykoterapiutbildning, vilken delades upp i två steg. Steg 1 bestod i en allmän orientering med avsikt att ge tillräcklig kompetens för att ingå i ett team eller bedriva psykoterapi under handledning. Steg 2 bestod i att ge färdigheter att behandla samt behörighet att självständigt bedriva psykoterapi. Ett uttalat syfte med steg 1 var att det

[149] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 85.
[150] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020.

skulle utgöra *både* en vidareutbildning för olika yrkesgrupper som skulle ingå i psykoterapeutiska och psykiatriska vårdteam *och* en grund för de som sen skulle läsa steg 2. Steg 1 hade således ett dubbelt syfte. Utvärderingar pekade dock på att steg 1 inte lyckats motsvara förväntningarna om att vara en allmän utbildning för olika vårdyrken. Det ledde till en förändrad utbildning. När dåvarande Universitets- och högskoleämbetet föreslog en förändrad utbildning gjordes psykoterapiutbildningen i stället till en odelad påbyggnadsutbildning om 90 högskolepoäng. Den fick behörighetskrav så att bara de med psykoterapi i sin grund- eller fortbildning var behöriga, således psykologer, läkare med specialisering inom psykiatri, socionomer med den fortbildningskurs med inriktning i psykoterapi som då planerades samt andra, såsom t.ex. sjuksköterskor och arbetsterapeuter, under förutsättning att de hade fortbildning med inriktning psykoterapi. Därigenom fyllde steg 1-utbildningen inte längre något syfte och staten skulle därmed inte längre ansvara för den. I stället såg man att behovet av psykoterapeutisk allmänbildning borde uppfyllas genom kontaktmannautbildningar, utbildningar i psykoterapeutiskt förhållningssätt osv. Uppdelningen av utbildningen i två steg upphörde alltså formellt 1985.

I och med 1993 års högskolereform infördes en psykoterapeutexamen. Att denna examen infördes torde hänga samman med att yrkesexamina normalt infördes för legitimerade grupper. Det innebar att mål för utbildningen ställdes upp, medan den statliga regleringen av utbildningens innehåll upphörde. I beskrivningen av psykoterapeutexamen fanns en uppräkning av behöriga grupper, varav ”socionomer med föreskriven komplettering” var en. När examensbeskrivningen gjordes om 2007 infördes ”grundläggande psykoterapiutbildning” som behörighetskrav på det sätt som fortfarande gäller.[151]

Grundläggande psykoterapiutbildning i dag

Som framgår av ovan hänvisar examensordningen för psykoterapeutexamen till vad som benämns grundläggande psykoterapiutbildning. Sådana kan ges av ett stort antal utbildningsanordnare och kan benämnas på flera sätt, förutom som just grundläggande psykoterapiutbildning t.ex. som basutbildning i psykoterapi, steg 1-utbildning

[151] Högskoleverket, *En ny psykoterapeutexamen*, Rapport 2011:20 R, 2011, s. 11–13.

eller liknande. Majoriteten av anordnarna av psykoterapeutprogrammet förhåller sig dock till behörighetskravet på grundläggande psykoterapiutbildning som motsvarande den tidigare statligt reglerade steg 1-utbildningen. Innehållet i den grundläggande psykoterapiutbildningen granskas särskilt vid antagning. Trots att flera utbildningar kallas grundläggande psykoterapiutbildning, ger alla således inte behörighet till psykoterapeutprogrammen.[152]

En del grundläggande psykoterapiutbildningar ges av statliga högskolor eller av enskilda utbildningsanordnare med tillstånd att utfärda psykoterapeutexamen, medan andra ligger helt utanför högskolan. Eftersom den sistnämnda gruppen inte står under statlig tillsyn eller ingår i något rapporteringssystem finns inte något enkelt sätt att kartlägga den. De olika anordnarna har varierande behörighetskrav. De flesta anger att de vänder sig till yrkesgrupper inom vården och att sökanden ska ha högskolebehörighet. Kravet på faktisk högskolebehörighet är dock inte lika uttalat, i några fall ställs inga krav på utbildning för behörighet, eller bara krav på gymnasiekompetens. Även innehållet i utbildningarna varierar. Många har inriktning mot KBT, familjeterapi eller psykodynamisk terapi, men även t.ex. motiverande samtal förekommer. Längden varierar mellan tre och sex terminer. Yrkeserfarenhet krävs hos vissa. Ungefär hälften kräver att studenten har anställning med inslag av psykoterapi.

Sjuksköterska och specialistsjuksköterska

Såväl grundutbildade sjuksköterskor som specialistsjuksköterskor med olika inriktning fyller viktiga roller i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Sjuksköterskor är ofta den första ingången till hälso-/vårdcentralens verksamheter, och har därmed en avgörande funktion vad gäller triagering. I distriktssköterskans kompetens ingår ofta särskild förmåga att möta människor med komplexa behov och arbeta med förebyggande insatser. Även specialistsjuksköterskor med inriktning mot psykiatrisk vård respektive vård av äldre är särskilt relevanta i sammanhanget.

[152] Skriftlig kommunikation med SSR:s psykoterapeutförening.

Sjuksköterska – examensbeskrivning

Sjuksköterskeexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

– Visa förmåga att självständigt och i samverkan med patienten och närstående identifiera vårdbehov, upprätta omvårdnadsplan samt ge vård och behandling.
– Visa förmåga att identifiera behov av och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Specialistsjuksköterska – examensbeskrivning

Specialistsjuksköterskeexamen är en examen på avancerad nivå, med olika inriktningar. Av examensbeskrivningen framgår att studenten för specialistsjuksköterskeexamen med *inriktning mot psykiatrisk vård* ska:

– Visa förmåga att observera, bedöma, åtgärda och utvärdera komplexa vårdbehov.
– Visa förmåga att möta människor i kris.
– Visa sådan kunskap och färdighet som krävs för att medverka i behandling, habilitering och rehabilitering inom psykiatrisk vård och omsorg.

Det framgår vidare att för specialistsjuksköterskeexamen med *inriktning mot vård av äldre* ska studenten:

– Visa förmåga att självständigt bedöma, planera, genomföra och utvärdera de åtgärder som behövs för att främja den fysiska, psykiska och sociala hälsan och förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer.
– Visa förmåga att hos äldre patienter observera och bedöma komplexa behov av vård och rehabilitering.

För specialistsjuksköterskeexamen med *inriktning mot distriktssköterska* ska studenten:

- Visa förmåga att självständigt bedöma, planera, genomföra och utvärdera de åtgärder som behövs för att främja fysisk, psykisk och social hälsa hos patienter och förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer.
- Visa förmåga att observera och bedöma komplexa behov av vård, habilitering och rehabilitering hos patienter.
- Visa sådan kunskap som krävs för att ansvara för hälsoundersökning och vaccinationsverksamhet.

År 2017 fanns det enligt Socialstyrelsens statistik 116 100 legitimerade och sysselsatta sjuksköterskor under 65 år. 109 515 legitimerade sjuksköterskor var sysselsatta inom hälso- och sjukvården och enligt SKR var 70 000 verksamma i regioner och 18 000 i kommuner. År 2019 var det 20 av 21 regioner som redovisade brist på grundutbildade sjuksköterskor och 132 av 226 rapporterande kommuner rapporterade brist. Antalet helårsarbetare som uppskattas saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 790 grundutbildade sjuksköterskor. Det kan särskilt noterats att omkring 90 procent av arbetsgivarna redovisade brist på nyexaminerade och yrkeserfarna specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård, och stora pensionsavgångar väntas. 168 av 226 rapporterande kommuner rapporterade brist på specialistsjuksköterskor. Grundutbildningen ges vid 24 lärosäten och läsåret 2018/2019 avlade drygt 4 400 personer examen. År 2018 utfärdades 4 839 legitimationer. Söktrycket till utbildningen var 2,1 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.[153]

[153] Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet*, 2020; Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2020 s. 49.

Läkare och specialist i allmänmedicin

Examensbeskrivning läkare[154]

Läkarexamen är en examen på avancerad nivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

– Visa kunskap om, och förståelse för förhållanden i samhället som påverkar hälsan för individer och olika grupper ur ett nationellt och globalt perspektiv.

– Visa fördjupad förmåga till professionellt bemötande av patienter och deras närstående med respekt för patienternas och deras närståendes integritet, behov, kunskaper och erfarenheter.

– Visa fördjupad förmåga att självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden ur patofysiologiskt och psykosocialt samt andra relevanta perspektiv och i samverkan med patienten handlägga dessa.

– Visa förmåga att initiera och medverka i hälsoinriktat och sjukdomsförebyggande arbete för enskilda och grupper samt att redogöra för hur sådant arbete bedrivs på samhällsnivå.

Specialist i allmänmedicin – målbeskrivning

I Socialstyrelsens målbeskrivningar för läkares specialiseringstjänstgöring[155] (ST) finns kompetensbeskrivningar för de olika specialiteterna.[156] För allmänmedicin anges det att specialiteten karaktäriseras av:

- Mötet med patienten.
- Kompetens i bedömning och behandling av patienter i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem, inklusive upplevelser och besvär som inte är orsakade av någon definierbar sjukdom.
- Arbete som vanligen utförs på en vårdenhet med mottagningsverksamhet inom primärvården.

[154] Utbildning i enlighet med den nya examensbeskrivningen kommer att ges hösten 2021.
[155] Socialstyrelsen, *Läkarnas specialiseringstjänstgöring Målbeskrivningar 2015*, 2015.
[156] Obs. att ny version är under utarbetande.

I kompetensen ingår att kunna följa en individs olika hälsoproblem över tid och i bedömningen av hälsoproblemen väga in personens hela livssituation.

Det kan vidare noteras att delmål 13.c specifikt fastslår att den specialistkompetenta läkaren ska behärska handläggning av vanliga och viktiga psykiska sjukdomar med betoning på de stora folksjukdomarna.

Enligt Socialstyrelsens statistik fanns det 2017 43 200 legitimerade och sysselsatta läkare, varav nästan 40 000 inom hälso- och sjukvården. Samma år fanns det 31 800 sysselsatta specialistläkare, varav drygt 29 000 inom hälso- och sjukvården. År 2018 utfärdades 2 064 specialistbevis. Flest inom allmänmedicin (471), internmedicin (179) och psykiatri (130). År 2019 bedömde 19 av 21 regioner att det var brist på specialistläkare. Det totala uppskattade behovet uppgår till 1 252 helårsarbetare, varav 686 inom allmänmedicin och 144 inom psykiatri. Det uppskattade behovet av allmänläkare och psykiatriker skiljer sig mellan regionerna och uppgår till 12–80 per region för allmänmedicinare och 2–41 per region för psykiatriker.

2018 utfärdades 2 306 legitimationer. 51 procent till utbildade i Sverige, 37 procent inom EU eller EES (främst Polen, Danmark och Rumänien), och 12 procent utanför EU eller EES. Läsåret 2018/2019 tog drygt 1 300 personer läkarexamen. Söktrycket var 5,3 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

Fysioterapeut

Examen

Fysioterapeutexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

– visa förmåga att självständigt och i samverkan med individen genomföra fysioterapeutiska åtgärder samt förmåga att initiera och medverka i hälsofrämjande, behandlande, habiliterande och rehabiliterande arbete på individ-, grupp- eller samhällsnivå.

År 2017 fanns det enligt Socialstyrelsens statistik 15 842 legitimerade och sysselsatta fysioterapeuter under 65 år. 13 611 legitimerade fysioterapeuter var sysselsatta inom hälso- och sjukvården och enligt SKR

arbetade omkring 6 000 i regioner och drygt 2 000 i kommuner 2017. År 2019 var det 10 av 21 regioner som redovisade brist på grundutbildade fysioterapeuter och 11 balans. 119 (av 226 rapporterande) kommuner rapporterade brist. Antalet helårsarbetare som uppskattas saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 61 fysioterapeuter.

Grundutbildningen ges vid åtta lärosäten och läsåret 2018/2019 avlade drygt 490 personer examen. År 2018 utfärdades 927 legitimationer. Söktrycket till utbildningen var 4,3 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

Specialistordning – mental hälsa

Specialistutbildning inom mental hälsa enligt Fysioterapeuternas specialistordning är en utbildning på avancerad nivå som förutom klinisk tjänstgöring under handledning innehåller en magisterexamen.[157] Målet för fysioterapi inom psykiatri och psykosomatik är att minska graden av funktionshinder samt höja graden av hälsa och välbefinnande hos barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa och sjukdom. Detta kan yttra sig i störningar i relationen till den egna kroppen, kroppsupplevelse och/eller rörelsebeteende.

Insatserna utgår från ett bio-psyko-socialt perspektiv på ohälsa och sjukdom med tonvikt på den psykosomatiska förståelsen av sambandet mellan kropp och psyke. Individens självkänsla, kopplad till kroppsupplevelse och rörelsefunktion är i fokus, därtill att aktivera individens egna resurser till hälsa, återhämtning och livskvalitet.

Behandlingsinsatserna omfattar, förutom fysisk aktivitet och träning, strategier för att öka medvetenheten om den egna hälsan och kroppen samt för att öka förmåga att identifiera, hantera och reglera kroppsliga förnimmelser, såväl sensoriska som emotionella samt förbättra den sensomotoriska funktionen. Mötet/interaktionsprocessen används medvetet som en del av behandlingen.

Specialiteten bedrivs i såväl öppna som slutna vårdformer, offentligt och privat, samt i övrig verksamhet i den mån arbetssättet är psykiatriskt eller psykosomatiskt inriktat. I dag finns ett 70-tal specialister inom mental hälsa i landet med störst antal i Stockholmsområdet.[158] Arbetet utförs ofta i samverkan med multidisciplinära

[157] Fysioterapeuterna, *Specialistordning för fysioterapeuter, Inrättad 1993*, 2014.
[158] Skriftlig kommunikation med Fysioterapeuterna.

team eller andra enskilda vårdgivare. Samverkan sker inom och utom hälso- och sjukvårdssystemet i olika former av team och andra interprofessionella sammanhang. Dessutom sker samverkan med berörd personal inom primärvård, kommunal vård inklusive hemtjänst, socialtjänst, Försäkringskassan, arbetsvårdande myndigheter, skola, med arbetsledare och företagshälsovård samt med närstående.

Arbetsterapeut[159]

Examen

Arbetsterapeutexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa förmåga att självständigt och i samverkan med individen genomföra arbetsterapeutiska åtgärder som förebygger, förbättrar och kompenserar nedsatt aktivitetsförmåga.
- Visa förmåga att identifiera och genomföra miljöinriktade åtgärder både på individ-, grupp- och samhällsnivå.

År 2017 fanns det enligt Socialstyrelsens statistik 11 464 legitimerade och sysselsatta arbetsterapeuter under 65 år. 9 436 legitimerade arbetsterapeuter var sysselsatta inom hälso- och sjukvården och enligt SKR arbetade omkring knappt 3 700 i regioner och drygt 3 400 i kommuner 2017. År 2019 var det 14 regioner som bedömde att det var brist och 7 som redovisade balans i efterfrågan på arbetsterapeuter. 105 av 226 rapporterande kommuner rapporterade brist. Antalet heltidsarbetare som uppskattas saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 65 arbetsterapeuter.

Utbildningen ges vid åtta[160] lärosäten och läsåret 2018/2019 tog drygt 415 personer examen. År 2018 utfärdades 451 legitimationer. Söktrycket till utbildningen var 1,5 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

[159] Även arbetsterapeuterna har en specialitetsordning, med en annan struktur, där det inte finns någon enskild inriktning mot psykisk ohälsa. Fem områden är definierade: Arbetsliv och utbildning, Folkhälsa, Habilitering och funktionshinder, Hälso- och sjukvård samt Äldrevård och äldreomsorg. För varje område gäller att verksamheten bedrivs oberoende av huvudman.
[160] I nuläget åtta st. men under 2020 beslutade Uppsala universitet att arbeta för att kunna erbjuda utbildning till arbetsterapeutexamen. Arbetet med att bygga upp programmet är igång och det kommer förhoppningsvis kunna starta hösten 2022.

Barnmorskor, dietister och apotekare

Utredningen vill också uppmärksamma följande yrkesgrupper som även de har viktiga roller relaterade till primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa, även om de vanligen inte är del av de psykosociala teamen.

Barnmorskor

Under graviditet och efter förlossning är risken förhöjd att drabbas av psykisk ohälsa. Mödrahälsovården är en del av primärvården[161] och barnmorskor inom mödrahälsovården har kontinuerlig kontakt med föräldrarna och spelar här en stor roll för att identifiera psykisk ohälsa, stödja och hjälpa till rätt vårdinstans. Barnmorskan är ofta spindeln i nätet och den som samordnar vårdkontakter och eventuella socialtjänstkontakter.

Att uppmärksamma och motivera gravida med psykisk ohälsa och sjukdom att ta emot stöd och behandling både för sin egen, familjens och det väntade barnets skull är ett centralt uppdrag för barnmorskorna inom mödrahälsovården.

Dietister

Även om dietisten inte är den profession som i första hand behandlar den psykiska ohälsan, så är det vanligt att dietister i primärvården träffar patienter p.g.a. konsekvenserna av den psykiska ohälsan. För dietister finns också möjlighet till specialisering inom psykiatri i allmänhet och med särskild inriktning mot ätstörningar samt inom psykoterapi.[162]

Vanliga tillstånd där psykisk ohälsa kan vara ett grundproblem eller där tillståndet i sig ger psykisk ohälsa och där dietister ofta är inkopplade är t.ex. övervikt, Irritable Bowel Syndrome (ibs), ätstörningar, metabolt syndrom/diabetes typ 2, eller ohälsosamma matvanor generellt. Utifrån detta kan dietister tillföra central kompetens till teamen runt patienter med psykisk ohälsa, såväl i regionernas som kommunernas primärvård.[163]

[161] Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare mm.*, s. 46 f.
[162] Dietisternas Riksförbund, *Specialistordning för dietister, inrättad 2011*, 2020.
[163] Skriftlig kommunikation med Dietisterna riksförbund.

Apotekare

Kunskap om läkemedel och läkemedelsanvändning är många gånger central i omhändertagandet av patienter som lider av psykisk ohälsa. Många läkemedel som används vid psykiatriska indikationer har interaktioner med andra läkemedel, som behöver hanteras och förklaras. Patientgruppen kan också behöva extra stöd i sin läkemedelsanvändning, p.g.a. att medicinerna inledningsvis kan leda till fluktuationer i det psykiska måendet och att en del läkemedel har beroendepotential.

Farmaceutisk kompetens kan därmed också vara en viktig komponent i en stärkt primärvård, rustad för att hantera psykisk ohälsa. Här har apotekare i primärvården en viktig roll, bl.a. vid läkemedelsgenomgångar, inklusive vid läkemedelsgenomgångar på särskilda boenden och med patienter inskrivna i hemsjukvården.

Av särskild vikt i kommunens primärvård

Särskilt om undersköterskor

Undersköterskor, eller motsvarande, är den största personalgruppen inom den kommunala hälso- och sjukvården. De har därmed en central roll i förhållande till den psykiska hälsan hos dem som får insatser av den kommunala hälso- och sjukvården, inte minst vad gäller att identifiera och uppmärksamma psykisk ohälsa hos dessa personer.

Att bedöma det exakta antalet yrkesverksamma undersköterskor är komplicerat och beror delvis på vilken beräkningsgrund som väljs: utbildning, yrkestitel eller arbetsuppgifter. Enligt yrkesregistret med yrkesstatistik från Statistiska centralbyrån (SCB) finns det i dag cirka 187 000 yrkesverksamma undersköterskor. Antalet ökar betydligt om personal i närliggande yrkeskategorier såsom behandlingsassistenter och socialpedagoger, skötare, vårdare och boendestödjare räknas in. Sådan personal kan ha en utbildning med inriktning mot vård och omsorg. Med utgångspunkt i yrkesregistret med yrkesstatistik från SCB uppskattas personal i de närliggande yrkeskategorierna uppgå till 100 000.[164]

[164] Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser*, s. 11.

En majoritet av undersköterskorna är anställda i kommun eller hos privata utförare av kommunalt finansierad verksamhet. Kommunerna uppger ett spann på 5–40 procent av arbetstiden när det gäller uppgifter av hälso- och sjukvårdskaraktär varav 20–25 procent är den mest återkommande uppskattningen.[165]

När det gäller LSS-verksamhet finns det olika uppfattningar om huruvida det förekommer hälso- och sjukvårdsuppgifter alls till att dessa bedöms utgöra i princip all arbetstid. I dessa fall handlar det om enskilda ärenden som kräver enbart hälso- och sjukvårdsinsatser. Omvårdnad/omsorg uppskattas till mellan 20–80 procent.[166]

På väg mot skyddad yrkestitel

Noteras bör att undersköterska i dag är en anställningsform och det alltså inte är utbildningen i sig (gymnasieutbildning eller någon form av vuxenutbildning) som leder till titeln undersköterska. Eftersom det i nuvarande system inte finns några nationella kompetenskrav eller en reglerad examen varierar innehållet mellan utbildningsanordnare och framför allt inom vuxenutbildningen. Detta innebär att kompetensen hos undersköterskor som utbildats inom vuxenutbildningen kan variera över landet och hos olika arbetsgivare.[167] Något som uppmärksammats och kritiserats.

Mot denna bakgrund tillsatte regeringen utredningen Reglering av yrket undersköterska. Utredningen, som lämnade sitt slutbetänkande i april 2019, bedömde att det fanns relativt utbredda brister i kompetensen hos undersköterskorna och menade att det har en direkt effekt på utförandet av arbetsuppgifterna. Utredningen menade att bristerna kan ses som en konsekvens av att undersköterskeyrket hittills varit oreglerat och föreslog därför att yrket ska regleras med en skyddad yrkestitel.[168]

Regeringen beslutade i december 2019 om ändringar i gymnasieförordningen (2010:2039) och i förordningen (SKOLFS 2010:14) om examensmål för gymnasieskolans nationella program. Ändringarna innebär bl.a. att fler ämnen kommer att bli obligatoriska för alla elever inom vård- och omsorgsprogrammet. Vidare har kursinne-

[165] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg,* s. 112 f.
[166] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*, s. 113.
[167] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*, s. 108.
[168] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg.*

hållet anpassats för att stämma överens med de nationella kompetenskraven för undersköterskor som Socialstyrelsen föreslagit. Det reformerade innehållet inom vård- och omsorgsprogrammet kommer att gälla för utbildning som påbörjas efter den 30 juni 2021. För utbildning som påbörjats före den 1 juli 2021 gäller däremot äldre bestämmelser.[169]

Till följd av vård- och omsorgsprogrammets nya utformning lämnade regeringen i juni 2020 ett delvis annorlunda förslag gällande införande av skyddad yrkestitel för undersköterskeyrket, än det som lämnats av utredningen. Reglerna föreslås träda i kraft 2025, med en övergångsperiod om tio år.[170]

3.7.3 Specifika funktioner av betydelse för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Case manager/vårdsamordnare

På senare år har man på olika ställen utvecklat olika arbetssätt och funktioner av s.k. ”case manager”/vårdsamordnar-typ, för att säkerställa tillgänglighet, kontinuitet och samordning, inte minst för personer med psykisk ohälsa. Detta ligger väl i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer Vård vid depression och ångestsyndrom.[171] Där anges att det vid vård av personer med depression eller ångestsyndrom är särskilt viktigt med kontinuitet och tillgänglighet, vilket är grundförutsättningar för en individuellt anpassad och god vård genom hela sjukdomsförloppet. Ett sätt att tillgodose detta inom primärvården kan enligt riktlinjerna vara att det finns en vårdsamordnare som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med personer med depression eller ångestsyndrom.

Denna typ av samordnarfunktioner exemplifieras här genom VGR:s arbete med vårdsamordnare psykisk ohälsa, vilket är det tydligast dokumenterade och beforskade exemplet på detta som utredningen kunnat identifiera i svensk kontext.

[169] Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser* s. 12.
[170] Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser.*
[171] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning, 2017,* uppdaterade 2020.

Vårdsamordnare psykisk ohälsa

Sedan 2015 har det i VGR pågått forskning och utveckling av funktionen Vårdsamordnare psykisk ohälsa i primärvården. Detta har skett i nära samarbete mellan VGR och Göteborgs universitet (GU).

En vårdsamordnare arbetar med att ge ett samordnat, strukturerat omhändertagande, en aktiv uppföljning av förlopp och behandling av patienter med psykisk ohälsa. Detta innefattar patienter med lindrig till medelsvår depression, ångestsyndrom samt stressrelaterad psykisk ohälsa. Vårdsamordnare psykisk ohälsa ersätter ingen annan insats. Alla vårdsamordnare följer en metod gemensam för hela VGR.

Vårdsamordnaren är en förstärkning av omhändertagandet vid psykisk ohälsa och omfattar en nära patientkontakt, för att ge patienten tillgänglighet och kontinuitet. För patienter innebär den individuella patientkontakten två besök samt regelbunden telefonkontakt under ett antal veckor. Särskild självskattningsskala beroende på diagnos används som underlag vid samtal med patienterna.

Den som utses till vårdsamordnare ska vara anställd på vårdcentralen, ha erfarenhet av arbete i primärvård, ha legitimationsgrundande högskoleutbildning inom hälso- och sjukvården, samt en kvalitetssäkrad utbildning för funktionen på 7.5 högskolepoäng, genom GU. VGR har hittills, tillsammans med GU, utbildat cirka 300 st. Vårdsamordnare psykisk ohälsa. Som stöd i utvecklingen av funktionen medverkar vårdsamordnaren i återkommande metoddagar. Fokus är processarbete och föreläsningar med för funktionen relevanta teman. En gång per termin arrangeras en utvecklingsdag för vårdsamordnare.

Utvecklingen av funktionen sker stegvis, och det finns ingen övre gräns för hur stor del av en tjänst som vårdcentralen väljer att lägga på funktionen vårdsamordnare. Det är vårdcentralens behov och förutsättningar som avgör andelen.[172]

[172] Västra Götalandsregionen, *Vårdsamordnare psykisk ohälsa, Funktionen.*

Forskning om vårdsamordnare psykisk ohälsa

Enligt en vetenskaplig utvärdering från GU har införandet av funktionen gett resultat i form av:

- Snabbare tillfrisknande
- Mer adekvat medicinering
- Bättre tillgång psykologkontakt
- Tidigare återgång till arbete
- Kortare sjukskrivningstid

Utvärdering visar vidare att ur ett samhällsperspektiv kostar vårdsamordnare mindre än sedvanlig behandling och är effektivare. Ser man strikt till kostnader för hälso- och sjukvård är det något dyrare, men effektivare än sedvanlig behandling (medelkostnad per patient på 3 670 kronor vs 2 460 kronor för sedvanlig behandling). Det man på samhällsnivå sparade kostnader på var (bl.a.) sjukskrivningar. Vid sedvanlig behandling var medelkostnaden för sjukskrivning per patient 71 240 kronor, medan medelkostnaden med vårdsamordnare var 58 500 kronor per patient.[173]

Rehabiliteringskoordinator

Som beskrivits i avsnitt 3.1.2 har rehabiliteringskoordinator överlag kommit att bli det etablerade uttrycket för den funktion som inrättas för att uppfylla kravet på erbjudande av koordineringsinsatser som finns i lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter. Lagen ger regionerna skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter i syfte att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Det gäller alltså inte enbart sjukskrivningar p.g.a. psykiska sjukdomar och syndrom. Eftersom de senare står för en stor andel av sjukskrivningarna blir dessa patienter likväl en väsentlig del av rehabkoordinatorns jobb.

[173] Holst A et al, *Cost-effectiveness of a. care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study*, BMJ open 8.11, 2018.

De flesta koordinatorer finns inom primärvården. Några arbetar enbart inom koordineringsfunktionen, andra kombinerar med andra arbetsuppgifter inom vården. Vissa arbetar vid en särskild vårdcentral, andra utför koordineringsuppdraget åt flera vårdcentraler. I vissa regioner lägger rehabkoordinatorer mycket tid på det personliga mötet med patienterna och stöttar dem att hitta lösningar för att återgå i arbete. I andra regioner har koordinatorerna en överordnad roll och inriktar arbetet på att urskilja vilka patienter som ska erbjudas särskilt stöd och verka för att all vårdpersonal arbetar på samma sätt för att främja arbetsåtergång för enskilda patienter. I de flesta regioner har rehabkoordinatorn kontakt med arbetsgivaren och andra aktörer, i andra regioner förutsätts att patienten själv tar nödvändiga kontakter. I vissa regioner har funktionen en ombudsliknande roll och tar kontakterna åt patienten, när hen inte klarar det själv. I rehabkoordinatorns uppgifter ingår ofta i praktiken arbete med sjukskrivningsstatistik och utveckling av interna rutiner kring sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet. De bidrar med kunskaper i försäkringsmedicin på vårdenheten och utgör stöd till läkare i sjukskrivningsfrågor.[174]

Formell kompetens hos koordinatorerna

Det infördes i och med den nya lagen inte något kompetenskrav för att få utföra koordineringsinsatser. I remisshanteringen av aktuell departementspromemoria framfördes att legitimationsyrke borde vara ett krav. Regeringen hänvisade dock till yrkeskvalifikationsdirektivet och där angivna möjligheter att reglera kompetens för ett visst yrke, bl.a. att särskilda krav för att utöva yrkesverksamhet endast får ställas när det finns angelägna skäl för det. Några sådana skäl för kompetenskrav ansåg regeringen inte att det fanns. I stället är det en fråga för respektive arbetsgivare att avgöra vilken kompetens som krävs för uppgiften.[175]

De flesta har vårdutbildning. Många är arbetsterapeuter, fysioterapeuter eller sjuksköterskor, men även undersköterskor och kuratorer. Det finns också de med helt annan utbildning och erfarenhet, såsom t.ex. tidigare handläggare på Försäkringskassan. Många regioner

[174] Lagrådsremiss *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, 2018, s. 15 ff. Se även prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*.
[175] Lagrådsremiss *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, s. 49 ff.

ger rehabkoordinatorn en intern grundläggande försäkringsmedicinsk utbildning eller erbjuder uppdragsutbildning via universitet eller högskola.[176]

Psykosociala team

Vi har i tidigare betänkanden lyft vikten av interprofessionellt lärande och interprofessionella arbetssätt.[177] Även när det gäller primärvårdens arbete med psykisk ohälsa är ett interprofessionellt teamarbete, där man nyttjar alla relevanta kompetenser tillsammans runt patienten, av vikt. Ett effektivt teamarbete förutsätter dock också interprofessionell kompetens. Det räcker inte att bara ”samla olika kompetenser under samma tak”. Man behöver ha förmåga att samverka med andra professioner, ha kunskap om, förståelse och respekt för andra professioners funktioner, roller och etiska värderingar. Den kompetensen anses bidra till att förbättra vårdens kvalitet.[178]

Teamsamverkan runt patienter med psykisk ohälsa benämns ofta som psykosociala team. Allt fler hälso-/vårdcentraler organiserar sitt arbete på detta sätt. Kompetensen i teamen kan se olika ut. Vanliga yrkeskategorier som kan ingå är kurator, psykolog, sjuksköterska, psykiatrisjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Strukturerad och kontinuerlig avstämning mellan det psykosociala teamet och läkargruppen inom vårdcentralen stärker ytterligare det interprofessionella arbetet.

Till stöd för arbetet med såväl triagering som bedömning av det psykosociala teamet utvecklas protokoll och rutiner, vilka även ska säkerställa att man identifierar patienter som har behov av läkarkontakt, eller kontakt med annan profession utanför det psykosociala teamet.

Psykolog med psykologiskt ledningsansvar

Psykolog med psykologiskt ledningsansvar (PLA) utgör en del av verksamhetens ledningsstruktur och ansvarar för utveckling, kvalitetssäkring och implementering av psykologins kunskapsområde inom

[176] Lagrådsremiss *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, s. 16.
[177] Se t.ex. bil. 3 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*
[178] World Health Organization, Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, 2010.

hela verksamheten. En PLA kan verka på olika nivåer: verksamhetsnivå, divisionsnivå, förvaltningsnivå, regionnivå, eller dylikt. Exempel på ansvarsområden kan vara:

- kvalitetssäkring av psykologiska insatser och metoder
- rutiner vid uppföljningar och utvärderingar
- rutiner vid metodutveckling
- bevaka ny forskning och nya riktlinjer såväl nationellt som internationellt
- planering av implementeringen av beslutade insatser enligt punkten ovan
- utveckla patientsäkerhetsarbetet vid psykologiska insatser
- rådgivning kring professionella och etiska frågeställningar
- verka för att psykologins kunskapsområde harmoniserar med övriga kunskapsområden i verksamheten.[179]

3.7.4 Olika typer av utbildningsinsatser

Av utredningens direktiv framgår att vi även ska titta på de olika utbildningsinsatser relaterat till psykisk ohälsa som finns i dag och bedöma det eventuella behovet av nya utbildningsinsatser. Vi har ovan beskrivit hur olika kliniska professioners examensbeskrivningar lyfter aspekter relaterade till arbetet med psykisk ohälsa. I det följande kommer vi att redogöra för olika typer av utbildningsinsatser som ges, utöver de utbildningsmoment som finns i de kliniska professionernas grund- och avancerade utbildningar samt fristående fördjupningskurser på högskolenivå.

I detta sammanhang vill vi inledningsvis framhålla behovet av ett gott bemötande som utgår från olika människors behov och förutsättningar, exempelvis funktionsnedsättning, könsidentitet och könsuttryck eller ålder. För många kan fortfarande begrepp som psykisk ohälsa och terapi i sig vara stigmatiserande och omöjliga att ens reflektera över i förhållande till sin egen situation. Vad gäller bemötande är det av vikt att inkludera både insatser för professioner som är särskilt inriktade på psykisk ohälsa och för övriga personalkate-

[179] Psykologförbundet, *Specialisttjänst och PLA*.

gorier i primärvården. Ett exempel som lyfts till oss är att bemötandet från den som tar emot patienten i reception kan ha avgörande betydelse för om man vänder i dörren eller klarar att stanna kvar, för den som mår psykiskt dåligt.

Socialstyrelsen har under 2020 publicerat ett nytt utbildningsmaterial kopplat till just bemötande som utredningen vill framhålla, benämnt ”Det vi inte ser”.[180] Det är ett flexibelt utbildningsmaterial, där man har möjlighet att plocka ihop ett situationsanpassat underlag eller genomföra ett färdigt utbildningspaket.

Utbildningar i huvudmännens och SKR:s regi

Huvudmännen ordnar också olika utbildningar och utbildningstillfällen i egen regi, och i samverkan med SKR, bl.a. inom ramen för Uppdrag psykisk hälsa. Uppdrag psykisk hälsa tar t.ex. fram olika utbildningar och webbinarier, kopplade till primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.[181]

Region Stockholm är ett exempel på en region där man nyligen tagit ett regionövergripande grepp och satsat 50 miljoner kronor i ett utbildningspaket för att förbättra vården för psykisk ohälsa på vårdcentralerna (finansierat av statsbidrag). Satsningen grundar sig i en studie som visar att behovet av att kunna ge vård för psykisk ohälsa är stort, men personalen upplever osäkerhet. Med start i december 2020 kommer all vårdpersonal på samtliga vårdcentraler i Region Stockholm att erbjudas deltagande i fortbildnings- och informationsinsatser för evidensbaserad handläggning av psykisk ohälsa i primärvården. Målet är att tillgängliggöra utbildning och kunskapsstöd för primärvårdens personal vad gäller bedömning, diagnosticering och behandling för måttlig och lindrig psykisk ohälsa för alla åldrar.[182]

[180] Socialstyrelsen, *Det vi inte ser. Ett flexibelt utbildningsmaterial*, 2020.
[181] Uppdrag psykisk hälsa, *Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa*.
[182] MyNewsDesk, 5*0 miljoner till bättre vård för psykisk hälsa*.

Professionsanknutna utbildningar

De olika professionsförbunden och föreningarna har, i olika utsträckning, också egna utbildningar som relaterar till psykisk ohälsa. Exempel på det är t.ex. att sektionen för Mental Hälsa inom Fysioterapeuterna arrangerar fortbildningsdagar och kortare fortbildningskurser 1–2 gånger/år för sina medlemmar, i vissa fall även öppna för andra sektioners medlemmar.[183]

Sveriges arbetsterapeuter har bl.a. kurser för arbetsterapeuter som syftar till att kunna använda instrument eller interventionsmetoder såsom ReDO®-metoden,[184] Vardag i balans (ViB)[185] och ADL-Taxonomin®.[186]

Personer i kontaktyrken inom vård och omsorg är överrepresenterade vad gäller sjukfrånvaro relaterat till psykisk ohälsa (se avsnitt 3.8.1). Det är därför också viktigt att medarbetare i vården får stöd och verktyg för att förebygga psykisk ohälsa. Vårdförbundet har t.ex. tagit fram ett informationsmaterial om reflekterande avstämningar och samtal.[187] Regelbundna reflektionsavstämningar kan vara ett sätt att förebygga stress och utmattning. Det är korta tillfällen då arbetslaget samlas för att stämma av och reflektera. Det kan ske under arbetspasset och/eller vid arbetspassets slut. Reflektionsavstämningar kan också leda till ett gemensamt lärande i arbetsgruppen. Ett kort möte, bara några minuter kan räcka.

[183] Skriftlig kommunikation med Fysioterapeuterna.
[184] En gruppintervention som riktar sig till människor som har behov av att varaktigt förändra sin vardag, oavsett diagnos eller vårdform. ReDO®-metoden syftar till att de personer som erhåller behandlingen ska återfå vardagshälsa och i de fall det är tillämpligt, återgå i arbete. Genom programmet påbörjas en process för omstrukturering av aktiviteter och rutiner i vardagen mot en mer hälsosam balans. Metoden är från början utvecklad för kvinnor med stressrelaterad ohälsa men har med framgång använts för flera andra grupper i såväl primärvård som slutenvård och i preventivt arbete.
[185] Livsstilsinterventionen ViB riktar sig till personer med olika former av psykisk ohälsa och är baserad på att analysera och åtgärda tidsstruktur och aktivitetsbalans med ett generellt återhämtningsfokus. ViB är en gruppbaserad arbetsterapeutisk intervention som ges i kursform och som i en forskningsstudie visat sig effektiv i form av ökad grad av aktivitet, upplevd aktivitetsbalans och bättre psykosocialt fungerande.
[186] Ett bedömningsinstrument och en systematik för beskrivning av en persons förmåga till vardagliga aktiviteter. Instrumentet används för att bedöma aktivitetsförmåga hos personer med psykisk funktionsnedsättning.
[187] Vårdförbundet, *Reflektionssamtal*.

3.7.5 Sammanfattande reflektioner

Många professioner är, i olika grad, involverade i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Det är en poäng i sig. Primärvården med sitt breda uppdrag är den vårdnivå som har bäst förutsättningar att med ett holistiskt synsätt vara första vårdnivå för såväl människors fysiska som psykiska vårdbehov. För att kunna göra detta på ett ändamålsenligt sätt krävs dock en viss grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och bemötande hos alla som jobbar inom primärvården. Det krävs också en kunskap om vad olika professioner kan bidra med i arbetet med psykisk ohälsa. Såväl hos dem som har ansvar för styrning och ledning av primärvården som hos dem som är kliniskt verksamma inom primärvård. Det ger förutsättningar att organisera arbetet på effektiva sätt och i enlighet med bästa tillgängliga kunskap, t.ex. genom användande av vårdsamordnare eller organisering av psykosociala team.

Utredningens dialoger har dock visat på utmaningar vad gäller den kunskapen, såväl hos ledningsfunktioner som i kliniska verksamheter. I kommunernas verksamheter har också studier om situationen under coronapandemin pekat på brist på hälso- och sjukvårdskompetens hos chefer på olika nivåer inom äldrevården vilket har påverkat verksamheten.[188] Från verksamheter får vi beskrivningar av hur de psykosociala resurser som finns på t.ex. en vårdcentral ofta organiseras som egna små ”verksamheter i verksamheten” (enligt en slags klinik-logik från den specialiserade vården) dit man kommer först efter internremiss. När man gjort interna arbeten för att bättre integrera dessa delar med övrig vård, utarbetat tydligare rutiner för hur och när patienter kan bokas till de psykosociala resurserna, och strävat efter ett omhändertagande mer utgående från patientens situation än organisationens, har både effektiviteten i omhändertagandet och det interprofessionella lärandet ökat.

Vi ser utifrån detta att det finns behov av kompetenshöjning och tillkommande utbildningsinsatser. Hur dessa ser ut varierar dock runtom i landet utifrån lokal kontext, och det finns därmed ett behov av regionala och lokala inventeringar, för att utifrån resultaten

[188] Boström A-M, Marmstål Hammar L, Swall A, *Vårdkvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, 2020.

kunna tillhandahålla relevanta kompetenshöjande insatser. Såväl till styrnings- och ledningsfunktioner som i de kliniska verksamheterna.

Som redogjort för i avsnittet kan vi med hjälp av informationen i dagens nationella planeringsstöd inte säga något om var i hälso- och sjukvårdssystemet olika resurser finns. Vi kan alltså inte med säkerhet säga vilka, och hur många, professioner som är verksamma i primärvården i olika delar av landet. Vi har även sett i avsnitt 3.5 att det inte finns något sammanhållet och enhetligt sätt för regioner att mäta och redovisa primärvårdens produktion av insatser inom psykisk hälsa. Det blir därmed mycket svårt att beskriva gapen. Sammantaget utgör båda dessa faktorer stora utmaningar i förhållande till såväl planering av olika utbildningsinsatser framöver som omställningen till en stark primärvård med förmåga att hantera såväl fysisk som psykisk ohälsa.

Det kan slutligen noteras att bristen på reglering av s.k. grundläggande psykoterapiutbildning skapar en betydande otydlighet kring vilka kompetenser personer med sådan utbildning besitter, vilket är problematiskt för dem som ska bemanna primärvården med kompetenser för psykisk ohälsa, för de patienter de möter och för personer med dessa typer av utbildningar. Avsaknaden av reglerad utbildning gör att det inte heller finns aggregerad information om hur stor gruppen är eller var i systemet de finns. Detta utgör ytterligare en utmaning i att planera för en adekvat kompetenssättning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.

3.8 Psykisk ohälsa och sjukfrånvaro

3.8.1 Sjukfrånvaro relaterad till psykiatriska tillstånd

Enligt Försäkringskassans uppgifter är nästan hälften av dagens sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa, och det tar lång tid att komma tillbaka i arbete för personer sjukskrivna för psykiatriska diagnoser.[189] I december 2016 var drygt 130 600 kvinnor sjukskrivna, varav 49 procent för psykiatriska diagnoser. Vid samma tidpunkt var drygt 66 000 män sjukskrivna, varav 37 procent i psykiatriska diagnoser. Den aktuella situationen med en pågående pandemi till följd av det

[189] Försäkringskassan, *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019*, 2019.

nya coronaviruset har redan, och förväntas på sikt ytterligare, påverka dessa numerärer.

I en nyligt publicerad rapport från Försäkringskassan redovisas att psykiatriska diagnoser fortsatt generellt leder till längre sjukskrivningar än de flesta andra sjukdomar och sjukfallslängden relaterad till psykisk ohälsa har ökat över tid. Den stressrelaterade psykiska ohälsan står för en allt större del av sjukskrivningarna i psykiatrisk diagnos, t.ex. utmattningssyndrom, vilket ofta innebär halvårslånga sjukskrivningar. Dessutom drabbas yngre kvinnor oftare än andra, och vissa yrkesgrupper, både bland hög- och lågutbildade, löper högre risk att drabbas av psykisk ohälsa.

En särskilt drabbad grupp är medarbetare med s.k. kontaktyrken inom vård och omsorg.[190] När vi i utredningen diskuterar insatser för att möta och minska den psykiska ohälsan är det därför önskvärt inte bara att dess effekt på sjukskrivningstalen generellt, där så är möjligt, beaktas. Vi vill också ha ett särskilt fokus på insatser som kan tänkas möta och minska den psykiska ohälsan ur ett arbetsmiljöperspektiv för vårdens och omsorgens medarbetare. Insatser som förbättrar arbetsmiljön för vårdens medarbetare, inte minst inom de områden som av medarbetaren uppfattas som mest belastande och stressande, såsom t.ex. hur patienter med psykisk ohälsa kan få bättre stöd till hälsa, skulle på sikt också kunna få positiva effekter på sjukskrivningstalen i gruppen.

3.8.2 ”Lättare psykisk ohälsa” och sjukfrånvaro

Enligt utredningens direktiv är ett av de föreslagna syftena med att utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar. Som vi tidigare konstaterat (se avsnitt 2.8) finns inte i dag någon enhetlig definition av begreppen psykisk hälsa eller psykisk ohälsa. Begreppen speglar ett brett kontinuum från psykiska besvär (individens subjektiva upplevelse) till en eller flera psykiatriska tillstånd (ställda på mer objektiva kriterier, där den subjektiva upplevelsen endast är en del av underlaget för diagnos).

[190] Försäkringskassan. *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.

Försäkringskassans statistik och uppföljning bygger på diagnosticerade tillstånd, och således förekommer inte någon registrering av ”lättare psykisk ohälsa”, förstått som subjektiva psykiska besvär vare sig i lättare eller svårare form.

Ytterligare av intresse, gällande den begreppsförvirring som råder på området, noterar utredningen att även det bredare begreppet psykisk ohälsa i en av Försäkringskassan nyligt lämnad rapport beskrivs med följande text:

> Det finns ingen allmänt vedertagen definition på detta begrepp, men i allmänhet brukar man inom medicinsk vetenskap avse lindriga eller medelsvåra depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner. Ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv kan psykisk ohälsa i samhället innefatta också svårare psykiska sjukdomar såväl som olika typer av avvikande beteenden som missbruk och kriminalitet. I denna rapport används psykisk ohälsa i den snävare medicinska betydelsen.[191]

Som utredningen redogjort för (se avsnitt 2.8) är det snarare så enligt vår uppfattning och erfarenhet att begreppet vanligtvis används, inte minst inom hälso- och sjukvården, som ett bredare paraplybegrepp, omfattande hela spektrat från subjektivt mående till diagnosticerade tillstånd, t.ex. uttrycks detta i tidigare och nuvarande överenskommelser mellan staten och SKR.

Insatser mot s.k. lättare psykisk ohälsa och påverkan på sjukfrånvaro

Utifrån ovanstående resonemang går det alltså inte att från befintliga data eller beskrivningssystem avgöra hur många individer, eller vilken andel av de som är sjukskrivna för ett psykiatriskt tillstånd, som är sjukskrivna för ”lättare psykisk ohälsa”. Det är inte en datamängd som finns att tillgå, då det inte rör sig om ett diagnosticerat tillstånd. Det blir därmed inte heller möjligt att enkelt mäta och redovisa hur en ny form av insatser inom primärvården för att möta psykisk ohälsa påverkar sjukfrånvaron på aggregerad nivå i befolkningen. Även om man skulle rikta in sig på lättare former av diagnosticerade tillstånd, såsom t.ex. lätt till måttlig depression, uppstår svårigheter, eftersom all diagnosticerad depression på individnivå inte presenterar sig som på varandra följande stadier en ”allvarlighetstrappa”. Lågtröskelinsatser

[191] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.

i primärvården, som kan uppfattas som enklare interventioner utifrån vårdens perspektiv, kan tänkas påverka såväl lättare som svårare depressionstillstånd hos enskilda patienter, särskilt som de ofta ges som en av flera samtidiga insatser.

Att följa sjukfrånvaro som en del i kvalitetsuppföljning

Vi vill dock vara tydliga med att detta inte hindrar att när insatser för att möta psykisk ohälsa görs på verksamhets- eller huvudmannanivå, inom en region eller en kommuns geografiska avgränsningsområde kan, och bör, sjukfrånvaron avseende relevanta diagnoser följas. Den typ av lågtröskelinsatser vi förordar förväntas leda till positiva effekter för individen, som också bör kunna avspeglas i minskade sjukskrivningstal. Det blir en av flera pusselbitar i den lokala uppföljningen av en insats. Det är t.ex. möjligt att följa sjukskrivningsmönstret ur den sjukskrivande vårdgivarens perspektiv, vilket kan avspegla insatser och arbetssätt som vårdgivaren tillämpar. Ett sådant exempel är hur insatser inom ramen för införandet av rehabkoordinatorer i regionernas primärvård utvärderats med hjälp av sjukskrivningstal/återgång i arbete i det egna befolkningsunderlaget. Enligt utredningens uppfattning är denna typ av utvärdering viktig som en del i uppföljningen, och ger möjlighet till strukturerad följeforskning när nya metoder prövas eller införs för att i möjligaste mån öka kunskapen på området. Även i arbeten och metoder som involverar andra samarbetspartners och aktörer bör påverkan på sjukskrivningstalen för målgruppen i möjligaste mån finnas med som en del i den strukturerade uppföljningen.

4 Internationell utblick

Sverige står inför utmaningar liknande dem i andra länder vad gäller den psykiska ohälsan och vårt uppdrag placerar sig i en global kontext. Olika länder prövar olika strategier för att bemöta dessa utmaningar. Här nedan redogörs kortfattat för några internationella initiativ på området samt sjukdomsbörda globalt vad gäller psykisk ohälsa samt för dess uppskattade konsekvenser, för individer och samhällen. Därefter tittar vi närmare på ett par olika länders ansatser för att hantera s.k. lättare psykisk ohälsa, i enlighet med direktiven att kartlägga om lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något annat land inom EU eller EES-området, t.ex. i Norge eller Storbritannien.

4.1 Psykisk ohälsa ett globalt problem

Synen på psykisk hälsa har förändrats de senaste decennierna. Kunskapen om psykiatriska tillstånd har, liksom behandlingsmöjligheterna, ökat i snabb takt till följd av vetenskapliga genombrott. Uppmärksamheten på området har också ökat, och det stigma som tidigare ofta omgärdat psykiatriska tillstånd har aktivt bekämpats och, åtminstone i viss utsträckning, succesivt minskat. Den globala medvetenheten om de stora utmaningar vi står inför när det gäller psykisk ohälsa har vuxit alltmer. Det gäller såväl den stora sjukdomsbördan, som dess vidare effekter på individer och samhällen i stort.

Denna medvetenhet om behovet av ett intensifierat arbete mot psykisk ohälsa speglas bl.a. i att Världshälsoorganisationen (WHO) 2013 antog en global handlingsplan om psykisk hälsa 2013–2020.[1] Det avspeglas också i att psykisk hälsa finns med som en del av Agenda 2030 för hållbar utveckling, som antogs av FN:s generalför-

[1] WHO, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, 2013.

samling i september 2015. Det tredje målet i agendan handlar specifikt om hälsa: ”Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”. Kopplat till det finns en rad olika delmål, bl.a. delmål 3.4: ”Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.”[2]

Även OECD (Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling) har kommit att ägna allt mer uppmärksamhet åt frågan givet dess stora effekter på sjukdomsbördan och samhällsekonomin. Tillsammans med EU ger OECD ut *State of the health in the EU* vilken 2018 fokuserade bl.a. på den psykiska hälsan i EU och dess medlemsländer. År 2018 påbörjade OECD ett projekt som syftar till att skapa ett ramverk för att bättre kunna följa upp och jämföra hur länder presterar inom området psykisk hälsa, som en grund för att kunna förbättra sina utfall. Den sista fasen i detta arbete som avser en systematisk jämförelse av olika policies, utifrån fastslagna dimensioner, har blivit något försenad p.g.a. covid-19 men rapporten förväntas publiceras första kvartalet 2021.[3] Utifrån kontakt med OECD kan dock konstateras att även här gäller att det är en stor utmaning att hitta tillförlitliga mått, som går att jämföra inom och mellan länder. Även internationellt är data för primärvårdens hantering av psykisk ohälsa en särskild utmaning.[4]

Omfattning

Jämfört med den somatiska hälsan har vi mindre kunskap både om omfattning och om vad som görs i olika länder och vad som är framgångsrikt när det gäller att bekämpa psykisk ohälsa. I WHO:s handlingsplan från 2013 anges att 2004 beräknades psykiska, neurologiska, och substansmissbrukssjukdomar stå för cirka 13 procent av den globala sjukdomsbördan. Depression ensamt stod för 4,3 procent av den globala sjukdomsbördan samma år och var också grund för cirka 11 procent av alla år som globalt levs med nedsatt funktion, framför allt för kvinnor.[5]

[2] Regeringen, Agenda 2030 för hållbar utveckling, 2016.
[3] OECD, *Mental Health Performance Network*.; Muntlig kontakt med OECD:s hälsoavdelning.
[4] Muntlig kontakt med OECD:s hälsoavdelning.
[5] WHO, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, 2013.

Enligt EU och OECD:s beräkningar led fler än var sjätte person (17,3 procent) i EU av psykisk ohälsa år 2016, vilket motsvarar nästan 84 miljoner personer. Vanligast var ångestsjukdomar (cirka 5,4 procent av befolkningen i EU) följt av depressiv sjukdom (cirka 4,5 procent av befolkningen).[6] Detta kan jämföras med t.ex. diabetes där prevalensen inom EU beräknas till 6 procent.

Konsekvenser för individer och samhällen

Givet utgångsläget, med sämre kunskap om den psykiska ohälsan än om den fysiska, är beräkningar av förklarliga skäl osäkra men den data som finns pekar på stora kostnader både för individer och samhällen. I WHO:s handlingsplan från 2013 hänvisas till en studie från the Harvard School of Public Health som uppskattar att de globala kostnaderna för psykiatriska tillstånd mellan 2011 och 2030 kommer att uppgå till drygt 16 triljoner USD.[7] Större delen av dessa kostnader beräknas belasta andra sektorer än hälso- och sjukvården, p.g.a. minskad ekonomisk produktivitet och risk för förtida död. Även hälso- och sjukvården påverkas dock i hög grad. Beräkningar för vissa OECD-länder pekar på att kostnaderna för att behandla psykisk ohälsa beräknas motsvara mellan 5 och 18 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården.[8]

För EU:s (då) 28 medlemsländer beräknades kostnaderna för den psykiska ohälsan motsvara mer än 4 procent av BNP, dvs. mer än 600 miljarder euro. Kostnaderna inkluderar:

- 190 miljarder euro (1,3 procent av BNP) på direkta hälso- och sjukvårdskostnader.
- 170 miljarder euro (1,2 procent av BNP) på sociala trygghetssystem inklusive sjukpenning, ersättning till personer med funktionsnedsättningar och arbetslöshetsersättningar.
- 240 miljarder euro (1,6 procent av BNP) på indirekta kostnader p.g.a. lägre sysselsättningsnivå och produktivitet i arbete.[9]

[6] OECD, *Factsheet on Promoting Mental Health*, 2018.
[7] The Harvard School of Public Health, World Economic Forum, *The global economic burden of non-communicable diseases*, 2011.
[8] McDaid D, Hewlett E, Park A, *OECD Health Working Papers No. 97, Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness*, 2017.
[9] OECD, *Health at a glance: Europe 2018, State of Health in the EU cycle*, 2018.

4.2 England – Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

4.2.1 Bakgrund

Allmänt om hälso- och sjukvårdssystemet i England

I Storbritannien har de fyra nationerna (England, Skottland, Wales och Nordirland) egna skattebaserade hälso- och sjukvårdssystem. Samtliga utgår från en offentlig nationell hälsomyndighet (National Health Service, NHS) och tillhandhåller omfattande offentlig hälso- och sjukvård till invånarna, utan patientavgifter vid vårdtillfället. I detta avsnitt kommer vi att fokusera på det engelska systemet, och programmet IAPT som är ett av de mest omfattande och uppmärksammade vad gäller att möta psykisk ohälsa på senare år.

Runtom i England finns drygt 170 s.k. *Clincal Comissioning groups* (CCG)[10] som är beställarfunktioner, ansvariga för att upphandla vård enligt riktlinjer och styrning från NHS centralt. Primärvården i Storbritannien, inklusive England, är generellt sett uppbyggd kring allmänläkarmottagningar med team av allmänläkare, sjuksköterskor och stödjande personal som står för första linjens hälso- och sjukvård samt innehar en grindvaktsroll till övrig specialistvård. Traditionellt sett bestod allmänläkarmottagningarna av egenföretagare, som arbetade själva eller i partnerskap, men på senare tid har det skett en ökning av löneanställda allmänläkare.[11]

En rapport från en oberoende expertgrupp, the *Five Year Forward View for Mental Health* (publicerad 2016), utgör grunden för den nationella strategin för psykisk hälsa. Det finns även en handlingsplan *Mental Health Implementation Plan* 2019/20–2023/24 med finansiering kopplad till sig.[12]

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

År 2004 presenterade NICE, Englands motsvarighet till SBU, riktlinjer för evidensbaserad behandling av depression. Dessa rekommenderade att patienter borde ges tillgång till en stegvis vård, med

[10] Olika CCG:s går samman så antalet förändras över tid. För aktuell sammanställning, se https://www.england.nhs.uk/ccg-details/.
[11] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*
[12] NHS, *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20–2023/24*, 2019.

både låg- och högintensiva insatser, för depression. Insatserna var i hög grad KBT-baserade. Rekommendationen gavs i ett läge där det var mycket få patienter som fick tillgång till psykologisk behandling. Enbart läkemedelsbehandling var vanligt förekommande.

Två år senare följde en rapport från London School of Economics and Political sciences, *The Depression report, A New deal for Anxiety and Depression Disorders*,[13] som argumenterade för en satsning för att få genomslag för NICE rekommendationer, och i större utsträckning erbjuda evidensbaserad vård för personer med depression och ångest. Detta framför allt utifrån ekonomiska argument. Rapporten visade hur, de visserligen stora, kostnaderna med ett program för att skala upp tillgången till psykologisk behandling skulle betala sig genom friskare människor, som kunde arbeta och bidra till samhällsekonomin i större utsträckning. Man menade att det inte var försvarbart att slösa både ekonomiska resurser och människors lidande när evidens pekade på att det fanns effektiva metoder. Det fanns dock utmaningar vad gällde vem som skulle kunna tillhandahålla den psykologiska behandlingen, eftersom tillgången på behandlare var alltför låg. Rapporten skissade därför på att man skulle utbilda 10 000 behandlare under en 7-årsperiod, hälften psykologer och hälften genom en reglerad vidareutbildning för andra personalkategorier inom vården, såsom t.ex. sjuksköterskor och arbetsterapeuter.

Dessa argument fick genomslag på flera håll, både bland professioner och i akademin, och till slut också på den politiska nivån. År 2006 lanserades därmed *Improving Access to Psychological Therapy* (IAPT) genom två piloter, som testade två olika modeller av stegvis vård, bägge i linje med NICE riktlinjer. Dessa piloter följdes under 2007/08 av vidare fördjupning hos elva ”vägfinnare”, som efter ansökan fick finansiering för att testa modellen, med identifierade specialintressen för en viss grupp av sin befolkning, t.ex. äldre. En implementeringsplan för breddinförande i England kom sedan 2008 och de första tjänsterna öppnade upp sent samma år.[14]

Styrningsmässigt byggdes införandet av IAPT och dess finansiering på en överenskommelse mellan hälsodepartementet och finansdepartementet och syftade till att stärka omhändertagande av den

[13] London School of Economics and Political sciences, Centre for Economic Performance, *The Depression report, A New deal for Anxiety and Depression Disorders*, 2006.
[14] University of East Anglia, *About IAPT and the history of the programme*.

psykiska ohälsan. Det hanterades som ett eget område under implementeringen av den nationella strategin för psykisk hälsa, *No health without mental health*.[15] Programmet har kommit att få brett politiskt stöd, och har överlevt flera regeringsskiften.

4.2.2 Programmets innehåll

IAPT har beskrivits som det mest ambitiösa försöket globalt att ge bred tillgång till psykologisk behandling. Programmet riktar sig till vuxna med depression och ångestsjukdomar som kan behandlas i ”uniprofessionell kontext” (med eller utan samtidig läkemedelsbehandling från allmänläkare). Man använder sig av en modell av stegvis vård och programmet kännetecknas enligt NHS av tre delar:

- Evidensbaserade psykologiska behandlingar (baserat på NICE riktlinjer), som tillhandahålls av utbildad och ackrediterad vårdpersonal.
- Löpande uppföljning och monitorering av utfall, under behandling. Inte bara vid början och slut.
- Regelbunden och utfallsfokuserad handledning, så att vårdpersonal får stöd i att kontinuerligt utvecklas.

Organisatoriskt anges IAPT motsvara tjänster på primär- och sekundär vårdnivå. Programmet är uppbyggt som ett separat program, fristående från såväl primärvård som annan vård för psykisk ohälsa. Respektive CCG (dvs. beställarorganisation) ansvarar för att IAPT-tjänster tillhandahålls i det egna området. IAPT-organisationerna är uppbyggda utifrån ett centralt kontor för styrning och administration vilket sedan har ett flertal länkar ut till vårdcentraler, frivilligorganisationer och andra lokala platser där själva terapierna tillhandahålls.

Som patient kan man komma till IAPT såväl genom egenremiss som genom att man blir hänvisad från antingen primärvård, sekundärvård (både för psykisk och somatisk vård) eller från olika samhälls-/frivilligtjänster.

[15] Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients*, 2012, s. 41.

Programmet arbetar med två huvudsakliga nivåer av vård:

– Lågintensiva terapier, vilka tillhandahålls av en s.k. *Psychlogical wellbeing practitioner* (PWP).
– Högintensiva terapier som tillhandahålls av legitimerade psykologer.

Grundantagandet är att för de flesta fall av mild till måttlig depression eller ångestsjukdom kommer den lågintensiva behandlingen att vara tillräcklig, men är den inte det får personens behandling växlas upp till en högintensiv terapi. Enligt nationella råd bör ungefär 40 procent av personalstyrkan som är knuten till en IAPT-utförare vara PWP och cirka 60 procent bör vara behandlare som kan arbeta med de högintensiva terapierna.

Personer med substansmissbruk är inte automatiskt exkluderade från behandling under IAPT. IAPT i sig tillhandahåller dock inte komplexa interventioner för att behandla substansmissbruk. Om sådana krävs är rekommendationen att behandling ges för detta först. Utöver psykologiska terapier tillhandahåller IAPT-utförare också stöd för återgång i arbete, för dem som behöver det.

4.2.3 Resultat

År 2012 presenterade NHS en utvärdering av de första tre åren med IAPT. I den konstaterade bl.a. att programmet hade:

- behandlat mer än en miljon personer
- över 680 000 personer som avslutat en behandlingsomgång (Course of treatment)
- *recovery rates* som konsekvent låg över 45 procent, vilket närmade sig de 50 procent man förväntade sig utifrån de studier som låg till grund för NICE riktlinjer
- sammanlagt nästan 250 000 fall som klassades som ”återställda” (recovering) och cirka 2/3 av de behandlade visade stabil förbättring

- ett uppföljningssystem, som inkluderade varje session, och samlade in data avseende 90 procent av kontakterna med dem som använde IAPT:s tjänster
- utbildat nästan 4 000 nya behandlare i att kunna erbjuda behandlingar i enlighet med NICE riktlinjer
- ekonomiska vinster i form av sysselsättning och återgång i arbete, och mer än 45 000 personer som kunde lämna systemen för sjukersättning.[16]

Samtidigt konstaterades att den initiala framgången också byggt förväntningar, och att efterfrågan ökat så snabbt att det på många håll uppstått väntelistor. Man planerade därför för att utbilda ytterligare 2 000 medarbetare under den kommande treårsperioden. Andra utmaningar som konstaterades vid detta tillfälle rörde jämlik tillgång till tjänsterna (vissa grupper, såsom t.ex. de över 64 år tog inte del av tjänsterna i en utsträckning motsvarande estimerat behov i gruppen), fullföljande av påbörjad behandling, patienternas involvering och valmöjligheter, samt att skapa och vidmakthålla en jämn och hög standard hos alla olika IAPT-utförare.

Uppföljning

Uppföljningen av programmet och insamlingen av lokala data lyfts fram som avgörande för att kunna utvärdera och utveckla arbetet, samt motivera fortsatta investeringar. Lokala IAPT-utförare samlar in data om de personer som nyttjar IAPT-tjänsterna, de behandlingar som ges och om resultatet av behandlingarna. Datan baseras på patientrapporterade utfall, vilka rutinmässigt samlas in i samband med varje klinisk session. På lokal nivå, s.k. *primary care trust (PCT) commissioners*, samlas sedan sju nyckelindikatorer in kvartalsvis och redovisas som öppna jämförelser.[17] NHS Digital redovisar varje månad aggregerade data för hela England kring bl.a. hur många som hänvisats till tjänsten (egenremiss eller från annan organisation), hur

[16] Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients,* 2012, s. 8.
[17] Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients*, 2012, s. 16.

många som påbörjat och avslutat behandling samt *recovery rate.* Man sammanställer också årsrapporter.[18]

4.2.4 Fortsatt utveckling

I linje med Englands *Five Year Forward View for Mental Health* och *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20–2023/24* siktar man under de kommande åren på:

- en vidare utvidgning av tjänster så att 1,9 miljoner vuxna har tillgång till behandling 2024
- en bättre integrering i primärvård, för att säkerställa att man kan möta patienters såväl fysiska som psykiska problem på ett integrerat sätt
- ett fokus på personer som utöver sin psykiska ohälsa också har långvariga (fysiska) problem eller medicinskt oförklarade problem
- att stärka stödet för att människor ska kunna bibehålla eller hitta jobb.[19]

4.3 Norge – Rask psykisk helsehjelp

4.3.1 Bakgrund

Allmänt om hälso- och sjukvårdssystemet i Norge

Liksom i Sverige ansvarar staten i Norge för att stifta lagar och regler (den normerande makten) för hälso- och sjukvården, samt att tillse efterlevnaden av lagarna. Det norska systemet är dock betydligt mer centraliserat än det svenska systemet. År 2001 genomfördes en omfattande strukturreform av det norska hälso- och sjukvårdssystemet. Reformen innebar att staten också tog över ägarskapet och finansieringen av sjukhusvården från 19 fylkeskommuner, dvs. den regionala nivån. I stället inrättades fem (numera fyra) så kallade regionala hälsoföretag, vilka ansvarar för att beställa hälso- och sjukvård åt sina invånare. De regionala hälsoföretagen (drivs som statliga företag) fick

[18] NHS Digital, *Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services 2019–20*; 2020.
[19] NHS, *Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*.

också ansvaret för att styra egna s.k. hälsoföretag, vilka består av ett eller flera offentliga sjukhus. Primärvården ansvarar däremot de 356 kommunerna för, tillsammans med äldreomsorg och övrig socialtjänst. Införandet av *fastlegeordningen* (dvs. ett fastläkarsystem) utgjorde också ett ben i strukturreformen i början av 2000-talet. Av förordning framgår bl.a. att listansvaret för läkare under *fastlegeordningen* omfattar alla allmänläkaruppgifter inom somatik, psykisk hälsa och missbruk, för personerna på hens lista.[20] Kommunerna (som alltså också förordnar fastläkare) har ett brett ansvar för tjänster till personer med missbruksproblematik och psykisk ohälsa, både inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område.[21]

Regeringen har tagit fram en strategi för god psykisk hälsa 2017–2022, *Mestre hele livet*.[22]

Rask psykisk helsehjelp

Med inspiration från England och IAPT utvecklade Norge sitt program, *Rask psykisk helsehjelp* (RHP). Detta startades upp genom 12 piloter 2012/13, i tio kommuner samt två av Oslos stadsdelar. Organisatoriskt gav den norska regeringen sin myndighet Helsedirektoratet (ungefär motsvarande Socialstyrelsen) i uppdrag att under tre år fördela bidrag till kommuner eller kommunförbund.

Syftet med piloterna var bl.a. att:

- tillgängliggöra behandling för milda och medelsvåra besvär av ångest och depression, och därigenom förbättra den psykiska hälsan i befolkningen
- utveckla ett kommunalt behandlingsutbud för personer med mild och medelsvår ångest och depression, grundat på kunskapsbaserade metoder och regelbundet utvärdera detta
- den nya tjänsten skulle samverka med specialistvården, fastläkare och övriga kommunala tjänster
- kunna erbjuda tjänster utan väntetid

[20] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 3.3.1.
[21] Regjeringen.no, *Kommunalt rus og psykisk helsearbeid,* 2014.
[22] Departementen, *Mestre hele livet, Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*, 2017.

– det skulle vara en lågtröskeltjänst, gratis för brukarna och tillgänglig för alla i målgruppen, samt vara bemannad med personal med rätt kompetens för ändamålet
– brukarmedverkan skulle säkras och brukare/patienter ges reellt inflytande på tjänster både på individ- och systemnivå.[23]

Folkhelseinstitutet (FHI) fick i uppdrag att utvärdera piloterna och givet de positiva resultaten etablerades ett fast bidrag som kommuner gavs möjlighet att söka. Kommuner och (motsvarande) kommunalförbund kan söka medel för tjänster som syftar till att öka det samlade utbudet för psykisk hälsa och missbruk, som är avgiftsfritt för medborgarna, tillgängligt för alla i målgruppen (utan remiss) och bemannat med kvalificerad personal.[24] För närvarande har 62 norska kommuner och stadsdelar (av totalt 356) tagit emot bidrag, fördelat på 54 RHP-team.[25]

4.3.2 Programmets innehåll

RHP erbjuder korttidsbehandlingar till personer över 16 år med mild till medelsvår ångest eller depression, begynnande missbruksproblem eller sömnsvårigheter. RHP organiseras enligt principer om stegvis vård, med tre olika steg:

1. vägledd självhjälp
2. kurs i hantering av depression eller ångest
3. tidsbegränsad strukturerad psykologisk behandling, baserad på KBT, med en ram beräknad till 15 timmar.

Man framhåller att RHP ska organiseras utifrån en *mixed care*-modell, med innebörden att patienten först har ett bedömningssamtal med en behandlare och att det på basis av det samtalet, och i samråd med patienten, bedöms vilket trappsteg som bör vara mest effektivt för patienten att starta på. Dvs. det är inte så att alla patienter med automatik börjar på steg 1.

[23] Helsedirektoratet, *Rask psykisk helsehjelp – 12 pilotkommuner*, *veiledende materiell*, 2013.
[24] Helsedirektoratet, *Regelverk for tilskuddsordning: Rask psykisk helsehjelp*, 2019.
[25] NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp*.

Såväl behandling som uppföljning sker i interprofessionella team, med minst en psykolog knuten till varje team. Alla som jobbar med RHP genomgår också vidareutbildning i KBT, hos Norsk förening för Kognitiv Terapi (NFKT).

4.3.3 Resultat

Utvärdering 2016

Regeringen gav FHI i uppdrag att utvärdera de initiala RHP-piloterna, och de presenterade sina resultat i oktober 2016.[26] Av dessa framgick bl.a. att:

- vid starten av behandlingen var det 76,3 procent av patienterna som hade ångest och/eller depression.
- vid slutet av behandlingen kunde 61,6 procent av dessa friskförklaras (s.k. *recovery rate*, definierat som att man inte längre har kliniska mätbara nivåer av ångest eller depression).
- minskningen i depression och ångest var jämnt fördelad mellan kvinnor och män, samt mellan olika åldersgrupper, och personer med olika civilstatus samt mellan dem med invandrarbakgrund och dem utan. Patienter med lägre utbildningsnivå hade dock något sämre utfall.
- de som hade arbete vid behandlingens start visade en större nedgång i symtom på ångest och depression än de som var utan jobb.
- andelen som arbetade hade ökat med 5,6 procent vid slutet av behandlingen.
- minskningen av ångest och depression var stor oavsett längden av behandlingen. De patienter som hade flest möten och längst behandlingsserier visade dock störst nedgång i symtom. För denna grupp kom förändringen gradvis, och kortare behandlingsserier skulle alltså här inte varit ett lika bra alternativ.[27]

[26] Folkhelseinstituttet, *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, 2016.
[27] Folkhelseinstituttet, *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, 2016, s. 8.

Randomiserad kontrollerad studie

Även om FHI:s utvärdering visade på lovande resultat kunde den dock inte säga något om kausaliteten mellan de givna insatserna och de uppmätta resultaten. För att kunna göra detta togs initiativ till två randomiserade kontrollerade studier av RHP-piloterna, Kristiansand och Sandnes.

I studien, som totalt omfattade närmare 700 patienter, bedömdes cirka 60 procent i interventionsgruppen som återställda (*recovery rate* 58,5 procent), jämfört med 32 procent i kontrollgruppen. Patienterna i interventionsgruppen angav också förbättringar i generell funktion och livskvalitet. Däremot kunde studien inte visa på några säkra samband vad gäller RHP:s eventuella effekter på sysselsättning.[28]

4.4 Finland

4.4.1 Bakgrund

Allmänt om hälso- och sjukvårdssystemet i Finland

Det finska hälso- och sjukvårdssystemet är, liksom det svenska, i hög grad decentraliserat, även om ett reformarbete för ökad centralisering pågår. Den statliga nivån är ansvarig för lagstiftning och för att utveckla och implementera policies och reformer, men det är den lokala nivån som huvudsakligen organiserar sjukvården. Kommunerna (i dagsläget över 300) ansvarar för att tillhandhålla grundläggande service såsom skola, hälsa och omsorg. De finansierar och organiserar primärvård (ofta gemensamt) och utgör totalt 20 olika sjukhusdistrikt, i vilka de också finansierar och tillhandhåller sjukhusvård.

Den finska hälso- och sjukvården finansieras dels genom kommunala skatter, dels genom den nationella sjukvårdsförsäkringen. Den senare hanteras av Folkpensionsanstalten (FPA) vilken svarar inför riksdagen. Sjukförsäkringsfonden har två delar – en arbetsinkomstförsäkring och en sjukvårdsförsäkring – och är bl.a. ansvarig för att finansiera öppenvårdsmediciner, hälsorelaterade resekost-

[28] NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp dobbelt så effektiv som vanlig oppfølging*; Knapstad et al, *Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial*, Psychoterapy and Psychosomatics 2020;89:90–105, 2020.

nader och sjukersättning samt föräldraförsäkring. Utöver det ersätter den även kostnader för företagshälsovård, vilket finska arbetsgivare är skyldiga att tillhandhålla sina anställda.[29]

4.4.2 Organisering

I Finland är det kommunerna och den specialiserade sjukvården som organiserar det man kallar ”mentalvårdstjänsterna”[30], dvs. hälso- och sjukvårdstjänster inom området psykisk ohälsa. Tjänsterna omfattar handledning, rådgivning och psykosocialt stöd enligt behov, psykosocialt stöd i krissituationer, undersökning och behandling av störningar i den psykiska hälsan samt rehabilitering.

Den kommunala social- och hälsovården svarar för förebyggande, tidig identifiering och lämplig behandling av störningar i invånarnas psykiska hälsa samt för rehabilitering i anslutning till detta. De öppna tjänsterna och social- och hälsovårdens basservice är de primära vid behandling. Mentalvårdstjänster ordnas också på de psykiatriska poliklinikerna inom den specialiserade sjukvården och i form av psykiatrisk sjukhusvård. Den kommunala socialvården ordnar boendetjänster, hemtjänster och arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte för psykiska rehabiliteringspatienter.[31]

Det kan också noteras att Folkpensionsanstalten ersätter rehabiliterande psykoterapi för att förbättra arbets- eller studieförmågan bland 16–67-åringar som lider av störningar i den psykiska hälsan. Målet med sådan rehabiliterande psykoterapi är att stödja och förbättra personens arbets- eller studieförmåga. Med hjälp av rehabilitering försöker man trygga klientens möjligheter att stanna kvar i eller etablera sig i arbetslivet, att återgå till arbete eller att göra framsteg i studierna. Man kan få psykoterapi som ersätts av FPA om:

- ens arbets- eller studieförmåga är hotad p.g.a. psykisk störning
- man efter att den psykiska störningen konstaterats har fått lämplig behandling i minst tre månader

[29] SOU 2018:39. *God och nära vård. En primärvårdsreform,* avsnitt 3.3.3.
[30] I avsnitten om Finland använder vi det språkbruk och den terminologi som används i den svenska versionen av officiella finska dokument.
[31] Social- och hälsovårdsministeriet, *Mentalvårdstjänster.*

- man utifrån en psykiaters utlåtande bedömer att rehabiliterande psykoterapi behövs för att stödja eller förbättra personens arbets- eller studieförmåga.

Sådan rehabiliterande psykoterapi kan bestå av individuell psykoterapi, grupp-, familje- eller parpsykoterapi. För personer i åldern 16–25 år kan terapin också bestå av musik- eller bildkonstterapi. Psykoterapi för unga kan även innefatta handledningsbesök för föräldrar. FPA ersätter max 80 timmars terapi per år, och totalt max 200 timmar under tre år. Stöd beviljas årligen.[32] Antalet personer som fick rehabiliterande psykoterapi uppgick 2019 till sammanlagt 50 400.[33]

4.4.3 Utvecklingsarbete

År 2020 presenterades en Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030. Strategin identifierar den psykiska hälsans betydelse i en föränderlig värld, där den psykiska hälsan betraktas som en resurs som kan stödjas. Strategin anger att psykiatriska tillstånd kan förebyggas och behandlas effektivt, och den diskriminering och stigmatisering som är förknippad med dem minskas. Eftersom psykisk ohälsa är en utmaning för folkhälsan bör tillgången till vård (inklusive missbruksvård) förbättras så att den motsvarar nivån i övriga social- och hälsotjänster. Strategin ger riktlinjer för beslutsfattandet och inriktningen av verksamheten och resurserna. För att nå målen i strategin krävs ett omfattande samarbete.

Inledningsvis genomförs strategin genom att öka tillgången till förebyggande tjänster och vård på basnivå samt en samarbetsstruktur till stöd för dem. Dessutom utvecklas rehabiliterande mentalvårdstjänster, kompetensen inom psykisk hälsa i kommunerna, samt suicidpreventionen.[34]

Åtgärder i enlighet med målen för strategin för psykisk hälsa genomförs bl.a. som en del av programmet Framtidens social- och hälsocentral. Programmet är en del av reformen av social- och hälsovården och syftar till att utvecklas basservicen och bygga upp heltäck-

[32] FPA, *Rehabiliterande psykoterapi*.
[33] FPA, *FPA-statistik Rehabilitering 2019*, 2020.
[34] *Social- och hälsovårdsministeriet, Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030*, 2020, s. 3.

ande social- och hälsocentraler, där människor får tjänster och hjälp smidigt och enligt sina individuella behov. Programmet genomförs genom regionala utvecklingsprojekt som finansieras med statsunderstöd.[35]

I programmet Framtidens social- och hälsocentral stärks:

– Tillgången till psykoterapi och förebyggande och terapeutiska psykosociala metoder inom primärvården för alla åldersgrupper.
– Samarbetsstrukturen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården för att stödja identifieringen av störningar och genomförandet av interventioner.

Dessutom riktas en del av finansieringen av strategin för psykisk hälsa till andra åtgärder som utvecklar mentalvårdstjänsterna: tjänster för rehabilitering till arbetslivet, kunskaper om psykisk hälsa och förebyggande av självmord.[36]

4.5 Sammanfattande reflektioner

Såväl Englands som Norges och Finlands hälsosystem skiljer sig från det svenska i centrala avseenden. Både Englands och Norges system är mer centraliserade, dvs. staten har en mer operativ roll i såväl styrning som finansiering än i Sverige, där regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvården. Dels har deras hälsosystem historiskt sett byggts mer kring en primärvård utgående från ensampraktiserande allmänläkare, snarare än de svenska vårdcentralerna som vanligen samlar flera olika professioner under samma tak. Även om de nu, liksom i många andra hälsosystem, rör sig mot en mer multidisciplinär, integrerad arbetsstyrka, i primärvården.

Mot denna bakgrund är det begripligt att den lösning man valde i England, IAPT, initialt skapades som en egen organisatorisk entitet, friställd från såväl ordinarie allmänläkarmottagningar som den specialiserade psykiatrin. Efter hand som arbetet med IAPT utvecklats och utvärderats har man dock sett ett behov av bättre integrering med den ordinarie primärvården, för att säkerställa att man kan möta patienters såväl fysiska som psykiska problem på ett sammanhållet

[35] Social- och hälsovårdsreformen, *Programmet Framtidens social- och hälsocentral.*
[36] Social- och hälsovårdsministeriet, *Strategi för psykisk hälsa 2020–2030,* 2020.

sätt. Som vi sett ovan är detta därmed nu ett fokusområde i den fortsatta utvecklingen av IAPT. På motsvarande sätt satsar man även i Finland på att stärka tillgången till psykologisk behandling på social- och hälsocentralerna inom kommunerna.

Norge å sin sida kan ses som lite av en mellanväg, där man tydligt framhöll vikten av att RHP skulle samverka med specialistvården, fastläkare och övriga kommunala tjänster. Avsikten var, även om detta var ett nytt behandlingsutbud, att komplettera, inte ersätta, existerande utbud. I den norska modellen framhålls även att såväl behandling som uppföljning sker i interprofessionella team, snarare en hos en enskild profession.

I Sverige har vi sedan lång tid våra hälso-/vårdcentraler uppbyggda med en bred interprofessionell kompetens som grunden för primärvården. Detta ger oss, rätt använt, goda förutsättningar att dra fördel av primärvårdens och generalisternas specialistkompetens – att se till hela människan, såväl de fysiska som psykiska behoven.

Vår analys är därför att vi bör bygga vidare på denna styrka när vi utvecklar den svenska primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Snarare än att skapa nya separata, organisationer eller strukturer för omhändertagande av den psykiska ohälsan i primärvården bedömer utredningen att vi bör vidareutveckla, bättre strukturera och stärka befintliga primärvårdsverksamheters arbete med psykisk ohälsa.

Samtidigt bedömer vi att det finns viktiga lärdomar att dra från såväl Englands som Norges arbete med att skapa tydliga strukturer till stöd för både patienter och medarbetare. Dessa strukturer bör omfatta tillgänglighet, bedömning och behandling, samt kopplas till krav på kontinuerlig uppföljning och ständiga förbättringar. Likaså kan Finlands nyligen genomförda arbete med en 10-årig strategi tjäna som inspiration för det svenska arbetet.

5 Primärvårdens grunduppdrag

5.1 Det ska synliggöras i lag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa

Utredningens förslag: Det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) om primärvårdens grunduppdrag ska avseende första punkten formuleras så att inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska regioner och kommuner särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov.

Skäl för utredningens förslag

Bakgrunden till ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården

Den 1 juli 2021 träder den nya bestämmelsen 13 a kap. 1 § HSL i kraft, som genom att ange vad som ingår i primärvårdens grunduppdrag fastställer en minsta gemensam nivå för vad primärvården i hela landet ska kunna erbjuda. Bakgrunden till den nya bestämmelsen kan sammanfattas med förväntningar om ett bättre uppfyllande av målet med hälso- och sjukvården om en god hälsa och jämlik vård på lika villkor för hela befolkningen. Genom att reglera ett grunduppdrag för primärvården i författning är avsikten att primärvården ska bli mer enhetlig i landets regioner och kommuner och därmed erbjuda en mer jämlik vård. Det avser att förtydliga de förväntningar och grundläggande krav som finns på primärvården och att skapa

överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå. Enligt regeringen kan ett sådant uppdrag bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.[1]

Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården har sin bakgrund i flera tidigare analyser och förslag om att, i syfte att skapa en mer enhetlig primärvård över landet och därmed bättre förutsättningar för en jämlik vård, tydliggöra primärvårdens uppdrag. Frågan diskuterades bl.a. i samband med att det gjordes obligatoriskt för regionerna att inrätta valfrihetssystem inom primärvården. Även om ett sådant uppdrag då inte kom att regleras, lyfte regeringen behovet av att regionerna, för en likvärdig behandling i hela landet, skapade en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Regeringen uttalade också att behovet av ett fastställt grunduppdrag för primärvården fortsatt skulle övervägas.[2]

När Riksrevisionen granskade hur det obligatoriska vårdvalet hade påverkat primärvårdens möjligheter att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor, noterade myndigheten skillnader i primärvårdarnas innehåll. Myndigheten menade att skillnaderna innebar att hälso- och sjukvårdens grundläggande principer om likvärdig vård och prioriteringar inte uppfylldes och rekommenderade nya initiativ till en formulering av ett mer enhetligt primärvårdsuppdrag.[3] Som svar på Riksrevisionens granskning uttalade regeringen att det fanns fördelar med ett tydligare formulerat grunduppdrag[4] för primärvården och gav Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hur regionerna formulerar sina primärvårdsuppdrag. Även Socialstyrelsen noterade en variation regionerna emellan avseende utformningen av primärvårdsuppdraget och menade att en tydligare definition på nationell nivå skulle kunna bidra till att minska skillnaderna.[5]

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården föreslog i sitt slutbetänkande att primärvårdens uppdrag skulle regleras i HSL.[6] Våra ursprungsdirektiv från 2017 är sprungna ur de förslag som den nationella samordnaren

[1] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 75.
[2] Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 33.
[3] Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?*, RiR 2014:22.
[4] Skr. 2014/15:72, *Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning*.
[5] Socialstyrelsen, *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*, 2016.
[6] SOU 2016:2, *Effektiv vård*.

lämnade. Genom de direktiven fick vi i uppdrag att analysera förslagen vidare, bl.a. det om ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. I SOU 2018:39 lämnade vi vårt förslag till utformning av ett sådant uppdrag.[7]

Vårt förslag behandlades i prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Som skäl för ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården anför regeringen bl.a. följande:

> Enligt regeringens bedömning är det rimligt att utgå ifrån att alla har samma behov av hälso- och sjukvård oavsett var de bor i landet. Varje enskild individ behöver inte använda alla delar av hälso- och sjukvården under sin livstid men överallt i landet finns ett samlat behov av alla hälso- och sjukvårdens delar. Det finns därför ingen anledning för primärvårdens grundläggande utbud att variera. […] Ett nationellt utformat grunduppdrag underlättar för invånarna att veta vad de kan förvänta sig av primärvården oavsett i vilken region eller vilken kommun de befinner sig. […] Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården utgör ett viktigt steg i omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården. [8]

Grunduppdraget för primärvården innebär att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgänglig, tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar, samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården och möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Uppdraget består således av fem delar, angivna i fem punkter i nämnda bestämmelse.

Den första delen av uppdraget, punkt ett, avser primärvårdens tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster för vanligt förekommande vårdbehov. Bakgrunden till formuleringen vanligt förekommande vårdbehov är regeringens bedömning att beskrivningen av primärvårdens grunduppdrag bör inledas med en allmänt hållen bestämmelse om vilka hälso- och sjukvårdstjänster som ska tillhandahållas och bör ha en tydlig koppling till vilka behov av hälso- och sjukvård som primärvården ska tillgodose. Vad som närmare avses med

[7] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 9.2.
[8] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* s. 77.

vanligt förekommande vårdbehov får avgöras av respektive huvudman. Det kan vara fråga om såväl enkla som mer kvalificerade hälso- och sjukvårdstjänster.[9]

Kapitel 13 a är nytt och innehåller denna enda första paragraf. Kapitlet ingår i HSL:s avdelning V, *Övriga bestämmelser för huvudmännen*. Med huvudman i HSL:s mening avses den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Primärvårdens grunduppdrag gäller således endast för hälso- och sjukvård som regioner och kommuner är skyldiga att tillhandahålla med stöd av HSL. Det omfattar således regionalt och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå där ansvaret att erbjuda vården följer av HSL. Kommunalt och regionalt finansierad hälso- och sjukvård där ansvaret att tillhandahålla den inte följer av HSL omfattas således inte, oavsett om verksamheten skulle kunna betraktas som primärvård. Elevhälsa är ett exempel på verksamhet som inte omfattas, där ansvaret att tillhandahålla vården i stället regleras i skollagen (2010:800).[10]

Den psykiska ohälsan i primärvården

Som vi beskrivit från starten av vårt arbete har det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet tillkommit i en annan kontext än dagens, när vanligt förekommande vårdbehov var andra än de som är vanligt förekommande i dag. Vi har i detta betänkande redogjort för hur den psykiska ohälsan historiskt haft en undanskymd roll i hälso- och sjukvården och i debatten som helhet. När hälso- och sjukvård har diskuterats och planerats har den somatiska vården på olika sätt haft företräde. Vi har också resonerat kring hur den psykiska ohälsan på senare tid fått ökat fokus och hur ekonomiska satsningar, uppdrag och utredningar allt eftersom på olika sätt har identifierat och uppmärksammat denna ohälsa, men dessa olika initiativ har inte i någon högre utsträckning inkluderat primärvården (se avsnitt 2.6 och 3.2).

I grunduppdraget för primärvården inkluderas omhändertagande av psykisk ohälsa. Av primärvårdens definition följer att dess uppdrag inte är begränsat i fråga om t.ex. sjukdomar. Majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns redan i dag i primärvården.

[9] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 117 f.
[10] 2 kap. 25 § skollagen.

Som framgår av kap. 2 och 3 tillhandahålls dock inte hälso- och sjukvårdstjänster eller uppföljning för dessa enligt lika strukturerade former som för fysiska vårdbehov.

Kännetecknande för primärvårdsverksamheten är dess breda uppdrag. Den definieras genom sin generalistkompetens och sitt omhändertagande av alla former av ohälsa som kräver hälso- och sjukvård, i den mån specifik specialistkompetens inte krävs. Att uppdraget för primärvården är brett till sin natur och inkluderar flera delar ger stort utrymme för variation av innehåll. Utöver att primärvårdens uppdrag per definition är brett har den heller inte varit föremål för någon uttalad nationell styrning i högre grad. Det har gett ytterligare utrymme för primärvården att utvecklas på olika sätt, inklusive primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Ett exempel består i den stora variationen regionerna emellan i vilken utsträckning bedömning av psykologer och kuratorer tillhandahålls inom vårdgarantins tre dagar (se avsnitt 3.5.3). Kravet på bedömning inom tre dagar, när en sådan har ansetts behövas, uppfylls dessutom i betydligt mindre utsträckning när det gäller psykologer och kuratorer än när det gäller t.ex. läkare och sjuksköterskor. Socialstyrelsens senaste rapport om tillgången på legitimerad personal visar vidare att skillnaden i tillgång till vissa yrkesgrupper av relevans för psykisk ohälsa är stor mellan regionerna (se avsnitt 3.7.1). Den enskilda regionen med flest psykologer i förhållande till antal invånare hade t.ex. mer än tre gånger så många som den med minst antal. År 2016 hade Stockholms sjukvårdsregion nästan dubbelt så många psykiatriker per invånare som övriga sjukvårdsregioner. Samma sak gäller för psykologer och psykoterapeuter.

En rapport från Socialstyrelsen visar vidare att personer över 65 år, hos vilka psykisk ohälsa är vanligare än hos personer yngre än så, i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel och i primärvården, trots att de kan ha behov av andra insatser såsom t.ex. psykologisk behandling.[11] Även om det i denna åldersgrupp finns samma behov av individuella bedömningar i fråga om val av insats som hos befolkningen som helhet, något som också tydliggjorts under coronapandemin.

Av vår kartläggning av regionernas primärvårdsuppdrag inom uppdragsdelen psykisk ohälsa (se avsnitt 3.4) framgår att det varierar i vilken utsträckning denna del av primärvårdsuppdraget är beskrivet

[11] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*, 2018.

i de förfrågningsunderlag som ligger till grund för vårdens innehåll och utformning. Ibland finns ingen tydlig beskrivning, ibland är denna del av uppdraget beskriven på ett mycket övergripande sätt. Många beskriver uppdraget i generella termer såsom att det avser första linjens hälso- och sjukvård eller första linjens psykiska hälsa. Vilka förväntningar eller krav regionen har på verksamhetens bedrivande i dessa delar av uppdraget är därmed inte tydligt formulerat, vilket lämnar stort utrymme för bedömningar och olika sätt att uppfylla kravställandet och att tillhandahålla vården i fråga. Det varierar också regionerna emellan i vilken mån det ställs krav på särskilda professioner för uppdragets bedrivande. Vidare framgår att ungefär hälften av regionerna avgränsar denna del av uppdraget till vissa diagnoser eller tillstånd, men att det hos resterande hälft inte är närmare preciserat vilken eller vilka grupper av patienter som insatserna är tänkta att erbjudas för. Några grundläggande gemensamma ramar för hur insatserna inom ramen för uppdragsdelen psykisk ohälsa ersätts finns inte heller. I flera regioner syns inte området psykisk ohälsa i modellen för ersättning. Det är också otydligt och varierande i vilken mån arbetet med den psykiska ohälsan följs upp.

Psykisk ohälsa är ett område som man, ur olika aspekter och på olika sätt, arbetar med inom många kommunala verksamheter. För utredningens uppdrag är det dock specifikt kommunernas lagstadgade ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård, på primärvårdsnivå, som analyseras. Vad gäller kommunernas primärvårdsuppdrag har det under utredningens dialoger påpekats att hälso- och sjukvård är ett relativt nytt ansvar att organisera för kommunerna, både för politik och tjänstemän, och att hälso- och sjukvårdskompetens varierar bland dem som ska utforma uppdrag och styra verksamheter. Detta, och de konsekvenser det medfört, har också uppmärksammats i samband med coronapandemin.[12]

När vi kartlagt hur hälso- och sjukvårdsuppdraget är beskrivet hos de kommuner som upphandlar särskilt boende (säbo) för äldre enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) (se avsnitt 3.4.8) ser vi att det generellt är en relativt stor variation i såväl detaljeringsgrad som innehåll, och vi kan konstatera att hälso- och sjukvårdsuppdraget ofta är beskrivet på en övergripande nivå, som ”hälso- och

[12] Boström A-M, Marmstål Hammar L, Swall A, *Vårdkvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, 2020.

sjukvård upp t.o.m. sjuksköterskenivå (inklusive arbetsterapeut och fysioterapeut)". Därutöver lyfts hos de flesta framför allt lagstadgade krav, såsom t.ex. krav på verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och dokumentation.

I de flesta underlag sägs mycket lite, om något, kring t.ex. kunskapsstöd och rutiner av relevans för uppdraget. Inget nämner några specifika kunskapsstöd eller riktlinjer kopplade till psykisk ohälsa.

Vad gäller kompetenser kravställs vanligen att det ska finnas sjuksköterska, samt, i olika utsträckning, fysioterapeut och arbetsterapeut. Även krav på tillgång till dietist är vanligt förekommande. Underlagen lyfter dock inte behov av specialistsjuksköterskekompetens, i form av t.ex. distriktsköterska, inom vård av äldre eller inom psykiatri. Inte heller på andra specifika sätt lyfts behovet av kunskap om äldres psykiska hälsa i förhållande till kompetenskrav.

Det bör synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa

Statliga satsningar inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa har bestått och består fortsatt i stor utsträckning i riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser mellan staten och huvudmännen representerade av SKR. Effekterna av dessa satsningar har inte alltid gått att mäta. De löper ofta över ett begränsat antal år och riskerar därmed att ha kortvariga effekter. Det är samtidigt viktigt att framhålla att dessa satsningar förstås i sitt sammanhang många gånger förändrat och påverkat utvecklingen till det bättre, även om de inte alltid utformats på ett sätt som möjliggjort en mer långsiktig uppföljning över tid av statens insatser på området (se avsnitt 3.2).

I mindre utsträckning har normering använts som en form för statlig styrning på området. Genom lag och andra föreskrifter skapas dock nationell enhetlighet, långsiktighet och tydlighet. Regleringen av grunduppdraget för primärvården är ett exempel på hur normering har tillämpats i syfte att skapa enhetlighet och därigenom förutsättningar för en mer jämlik vård.

Det har i utredningens dialoger framförts att det skulle underlätta om det fanns ett tydligt stöd i lagstiftning för att primärvården ska organiseras och planeras också med hänsyn till behovet av omhändertagande av den psykiska ohälsan. Det uppfattas som ett stöd

för de funktioner som ska planera, organisera och resurssätta hälso- och sjukvården och specifikt primärvården. Regleringen av grunduppdraget för primärvården är, tillsammans med bl.a. en ändrad definition av primärvården[13], ett steg i omställningen av hälso- och sjukvården och reformen av primärvården. Dessa författningsändringar avser att förtydliga de förväntningar och grundläggande krav som finns på primärvården och att skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå. Enligt utredningen bör detta redan påbörjade arbete med författningsändringar i HSL för en stärkt primärvård användas och utvecklas i syfte att särskilt adressera den psykiska ohälsan.

Redan av definitionen av primärvård, som bl.a. anger att det är fråga om hälso- och sjukvårdsverksamhet utan avgränsning i fråga om t.ex. sjukdomar, följer att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa, även om det inte anges explicit. Det gäller både den nu gällande definitionen och den nya definition som träder i kraft den 1 juli 2021.[14] Det görs heller ingen indelning i fysisk eller psykisk ohälsa i övriga bestämmelser i HSL. I de sammanhang där begreppen hälso- och sjukvård, hälsa m.m. förekommer, inkluderas omhändertagande av både fysiska och psykiska behov. Det gäller t.ex. definitionen av hälso- och sjukvård, som anger att hälso- och sjukvård bl.a. är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Det gäller också målet med hälso- och sjukvården om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, där god hälsa avser både fysisk och psykisk hälsa. Samma princip gäller bestämmelsen om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Mot bakgrund av att hälso- och sjukvårdstjänster för psykiska vårdbehov i primärvården generellt inte tillhandahålls och följs upp enligt lika strukturerade former som för fysiska vårdbehov, samtidigt som majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns i dessa verksamheter, menar utredningen att det bör synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att de hälso- och sjukvårdstjänster som primärvården särskilt ska tillhandahålla inkluderar både fysiska och psykiska vårdbehov.

[13] Se prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 67 ff.
[14] Se 2 kap. 6 § HSL samt lag (2020:1043) *om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*.

Att explicit ange både fysiska och psykiska aspekter är inte främmande i författning generellt. I socialtjänstlagen (2001:453) som också utgör en ramlag, regleras bl.a. kommuners ansvar för människor med funktionshinder. Här anges t.ex. att socialnämnden och kommunen ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen samt planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder.[15] Att både fysiska och psykiska funktionshinder avses infördes uttryckligen i lagtexten i samband med den s.k. Psykiatrireformen i syfte att tydliggöra kommunens ansvar också för psykiskt funktionshindrade.[16] På liknande sätt är det i lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) uttryckligen angett att insatser för särskilt stöd och särskild service, under vissa angivna förutsättningar, kan ges åt personer med varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder.[17] Tvångsvård med stöd av lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska, under förutsättning att flera i lagen angivna rekvisit är uppfyllda, beslutas när någon till följd av ett fortgående missbruk utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara.[18] Högskoleförordningen (1993:100), där universitets och högskolors ansvar för tillgång till studenthälsovård regleras, anger att studenterna ska ha tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa.[19] I arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML), där arbetsgivares ansvar för arbetstagares arbetsmiljö regleras, anges att arbetsförhållandena ska anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende.[20] Barnkonventionen är ytterligare ett exempel, där det talas om fysisk eller psykisk hälsa samt fysisk eller psykisk funktionsnedsättning.

Att det av ordalydelsen av en bestämmelse i HSL som gäller primärvård framgår att avsedda vårdbehov omfattar både fysisk och psykisk ohälsa innebär inte att övriga bestämmelser i HSL som innefattar begrepp som hälso- och sjukvård, hälsa m.m. exkluderar den psykiska ohälsan. I den specialiserade vårdens organisering får den psykiska ohälsan dock automatiskt ett eget utrymme och därmed en synlighet, inom ramen för de psykiatriska specialiteterna.

[15] 5 kap. 7 och 8 §§ SoL.
[16] Prop. 1993/94:218, *Psykiskt störda villkor.*
[17] 1 § 3 LSS.
[18] 4 § första stycket 3 a LVM.
[19] 1 kap. 11 § högskoleförordningen.
[20] 2 kap. 1 § andra stycket AML.

Primärvårdens organisering skiljer sig från den specialiserade vårdens och till följd av primärvårdens allmänna uppdrag finns ett särskilt behov av att synliggöra den psykiska ohälsan i detta.

Vanligt förekommande fysiska och psykiska vårdbehov

Den nya bestämmelsen 13 a kap. 1 § HSL som träder i kraft den 1 juli 2021 anger, i bestämmelsens första punkt, att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Utredningen föreslår att lydelsen i stället ska vara att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov.

En sådan uttrycklig angivelse om att både fysiska och psykiska vårdbehov omfattas av grunduppdraget tror vi kan öka förutsättningarna för en nära och jämlik primärvård också i de delar som avser psykisk ohälsa. Det synliggör *att* psykiska vårdbehov omfattas. Det synliggör primärvårdens roll i omhändertagandet av psykisk ohälsa för samtliga huvudmän, som har att förhålla sig till denna i planeringen och organiseringen av primärvården. Med hänsyn till det kommunala självstyret är det fortfarande upp till respektive huvudman att i planeringen av hälso- och sjukvården avgöra *vilka* psykiska vårdbehov som är vanligt förekommande och som därmed organisatoriskt ska omhändertas i primärvården.[21] De flesta regioner har mer eller mindre utförliga rutiner och dokument som beskriver vilken form av ohälsa som ska hanteras på vilken vårdnivå.

Det är också upp till respektive huvudman att bedöma hur de vanligt förekommande psykiska vårdbehoven bäst tillgodoses. Det gäller såväl vilka arbetsmodeller och metoder för omhändertagande som ska tillämpas i verksamheten, som vilken kompetens- och resurssättning som krävs. Det senare inkluderar bedömningen hur sammansättningen av kompetenser bör se ut.

[21] På vilken nivå vissa vårdbehov ska omhändertas är bara relevant avseende regionernas primärvård, eftersom all kommunal hälso- och sjukvård utgör primärvård.

Synliggörandet fyller också en funktion på ett mer övergripande plan. Härigenom tydliggörs primärvårdens roll som första instans att möta människor med psykisk ohälsa för allmänhet, patienter, brukare, närstående m.fl. Avseende ett grunduppdrag som sådant uttalade regeringen att ett sådant underlättar för invånarna att veta vad de kan förvänta sig av primärvården, oavsett i vilken region eller kommun de befinner sig.[22] Samma resonemang kan tillämpas avseende det nu föreslagna tillägget. Genom att det tydligt framgår att primärvården som första instans omhändertar även psykisk ohälsa, tror vi att stigmat att vända sig till hälso- och sjukvården med det som av den enskilde kan uppfattas som mildare besvär kan minska, och att möjligheterna att nå ut med hälso- och sjukvårdsinsatser till de som behöver men kanske inte söker dem kan förbättras.

5.2 Konsekvensanalys

5.2.1 Övergripande konsekvenser av förslaget

Utredningens bedömning: Förslaget att det av bestämmelsen i HSL om primärvårdens grunduppdrag uttryckligen ska framgå att med vanligt förekommande vårdbehov avses både fysiska och psykiska vårdbehov, adresserar den psykiska ohälsan i omställningen till en mer nära vård och i utvecklingen av primärvården som nav i hälso- och sjukvården. Det synliggör primärvårdens roll i omhändertagandet av den psykiska ohälsan, dels för huvudmännen i deras planering och organisering av primärvården, dels för patienter och närstående. Härigenom skapas bättre förutsättningar för ett jämlikt omhändertagande och därigenom på sikt en förbättrad psykisk hälsa.

5.2.2 Samhällsekonomiska konsekvenser

Förslaget avser att öka förutsättningarna för ett nära och jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården och därigenom en på sikt förbättrad hälsa. Det har inte några negativa ekonomiska konsekvenser för samhället.

[22] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 77.

Psykisk ohälsa genererar stora samhällskostnader i form av dels vård- och läkemedelskostnader, dels de produktionsförluster som uppstår p.g.a. sjukskrivningar. Under 2015 stod kostnader för det som rubriceras som psykisk ohälsa, direkt och indirekt, för nästan 5 procent av Sveriges bruttonationalprodukt, motsvarande över 21 miljarder euro. Av dessa utgjordes drygt 13 miljarder av direkta kostnader för hälso- och sjukvård och socialförsäkring och drygt 8 miljarder av indirekta kostnader, t.ex. som följd av ohälsans konsekvenser på arbetsmarknaden.[23] Psykiatriska diagnoser är sedan 2014 den vanligaste orsaken till sjukskrivning och den diagnosgrupp som har de längsta sjukskrivningstiderna samt lägst grad av återgång i arbete.[24]

Det finns således stora samhällsekonomiska vinster i ett välfungerande omhändertagande av psykisk ohälsa. Det är inte möjligt att dra några säkra slutsatser kring följderna av vårt förslag till formulering av primärvårdens grunduppdrag, givet att många olika faktorer påverkar. På ett övergripande plan kan dock konstateras att en mer jämlik primärvård över landet kan förväntas leda till förbättrad hälsa och därmed samhällsekonomiska vinster. I prop. 2019/20:164 har redogjorts för de förväntade samhällsekonomiska effekterna av den ändrade definitionen av primärvården och det nationellt utformade grunduppdraget för primärvården, vilka utgör basen för det som betecknas som en primärvårdsreform. Sammantaget syftar de förslagen till att de gemensamma resurserna ska användas mer effektivt. Att synliggöra den psykiska ohälsan i ett sådant sammanhang torde skapa ytterligare förutsättningar för en effektivare användning av resurserna i fråga om vård för psykisk ohälsa.

Vårt förslag till formulering av primärvårdens grunduppdrag kan förstås inte ensamt förväntas leda till samhällsekonomiska effekter i form av ett mer jämlikt omhändertagande, ökat psykiskt välbefinnande och förbättrad folkhälsa. Föreskrifter i lag ger goda möjligheter att synliggöra en viss fråga, men komplexiteten i omhändertagandet av den psykiska ohälsan är betydligt större än att frågan kan lösas enbart med ett synliggörande i lag. För att skapa en jämlik och tillgänglig primärvård som naturligt utgör en första instans att möta människor med psykisk ohälsa, krävs åtgärder på flera administrativa nivåer. Bäst förutsättningar finns när frågan adresseras samtidigt på flera olika sätt och genom olika förslag, insatser och åtgärder. Vårt

[23] OECD/EU, *Health at a glance: Europe*, 2018, s. 26 ff.
[24] Försäkringskassan, *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning,* Korta analyser 2017:1.

förslag till tillägg i bestämmelsen om primärvårdens grunduppdrag utgör ett sådant sätt.

Att synliggöra primärvårdens roll i omhändertagandet av psykisk ohälsa skapar bättre förutsättningar för jämlika strukturer hos huvudmännen, såväl de regionala som de kommunala, i omhändertagandet av den psykiska ohälsa som redan i dag hanteras i primärvårdens verksamheter. Synliggörandet kan också ha inverkan på i vilken utsträckning enskilda individer vänder sig till primärvården med upplevd psykisk problematik. Stora utmaningar finns i att nå många av de människor som mår psykiskt dåligt och som skulle vara hjälpta av kontakt med primärvården. Fortfarande finns hos många ett stigma i att vända sig till hälso- och sjukvården med psykiska besvär och många människor lider utan att hälso- och sjukvården har kännedom om deras ohälsa. Genom vårt förslag till formulering av grunduppdraget tydliggörs primärvårdens roll som första instans att vända sig till vid sådan ohälsa. Härigenom kan möjligheterna att nå enskilda med psykisk ohälsa förbättras.

5.2.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Regeringens konsekvensanalys avseende ett grunduppdrag för primärvården

Regeringen konstaterar i prop. 2019/20:164 att ett reglerat grunduppdrag för primärvården innebär att regioner och kommuner behöver säkerställa att primärvården särskilt utför vissa uppgifter som huvudmännen enligt författning även före ett reglerat grunduppdrag är skyldiga att göra. Eftersom all hälso- och sjukvård hos kommunerna är på primärvårdsnivå anses ett grunduppdrag inte på något påtagligt sätt påverka kommunernas möjlighet att organisera primärvården. Avseende regionerna konstaterades det emellertid stå dem fritt att själva avgöra på vilken nivå vissa insatser i hälso- och sjukvården ska utföras, när det inte är särskilt angett att de ska utföras just i primärvården. Resonemanget fördes avseende punkt 4 och 5 i förslaget till grunduppdrag, som avser samordning av insatser för patienten samt medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Genom att reglera att dessa insatser ska utföras inom primärvården, innebär regleringen av grunduppdraget enligt regeringen en

viss inskränkning i det kommunala självstyret.[25] Inskränkningen bedömdes dock proportionerlig. I denna bedömning vägdes in den breda uppfattningen hos regeringen, tidigare utredningar, remissinstanser m.fl. om behovet av en förändring av strukturen och sättet att organisera vården. En stärkt primärvård, vilket ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården är ett uttryck för, menade regeringen kan ge förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt. Regeringen menade vidare att förslaget till utformning av grunduppdraget är övergripande och omfattar de insatser som typiskt sett, såväl nationellt som internationellt, anses utgöra kärnan i första linjens hälso- och sjukvård. Vidare reglerar inte grunduppdraget hur uppdraget ska utföras, utan utrymme för anpassning till regionala och lokala förhållanden lämnas.

Utredningens konsekvensanalys avseende tillägget om fysiska och psykiska vårdbehov

Omhändertagande av psykisk ohälsa är inte en sådan viss uppgift eller insats som det med tillämpning av regeringens resonemang ovan kan hävdas att vissa regioner[26] enbart hanterar på annan vårdnivå än på primärvårdsnivå. Ansvaret för hälso- och sjukvårdstjänster avseende psykisk ohälsa är bredare än så och gör sig gällande på alla vårdnivåer inom hälso- och sjukvården, inklusive primärvården, oavsett hur regionerna i övrigt har organiserat sin hälso- och sjukvård. Primärvården är per definition heller inte avgränsad i fråga om t.ex. sjukdomar. Den svarar således redan i dag för psykisk ohälsa. En reglering som anger att vanligt förekommande psykiska vårdbehov ska ingå i grunduppdraget för primärvården inskränker således inte regionernas möjlighet att organisera sin hälso- och sjukvård och sitt vårdvalsuppdrag. I sammanhanget kan också noteras att vår kartläggning av hur regionerna organiserar sin primärvård visar att samtliga inkluderar psykisk ohälsa i primärvårdsuppdraget. De allra flesta inkluderar denna del av uppdraget i sitt breda primärvårdsvårdval. Hos ett fåtal regioner är uppdragsdelen psykisk ohälsa i stället till

[25] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 86 f. och s. 104.
[26] Eftersom all hälso- och sjukvård hos kommunerna är på primärvårdsnivå anses ett grunduppdrag inte på något påtagligt sätt påverka kommunernas möjlighet att organisera primärvården.

viss del förlagd till ett separat vårdval, fortfarande på primärvårdsnivå. Vårt förslag påverkar inte denna möjlighet till variation för regionerna.

Vidare innebär inte vårt förslag att huvudmännen får nya eller förändrade skyldigheter avseende *vilka* vanligt förekommande psykiska vårdbehov som ska omhändertas i primärvården. Det är, precis som konstaterades av regeringen avseende vad som utgör vanligt förekommande vårdbehov, fortfarande en fråga för huvudmännen att bedöma och bestämma.

En jämförelse kan göras med regeringens resonemang avseende förslaget om en ändrad definition av primärvården. Förslaget inkluderar bl.a. att ordet *bedömning* läggs till i uppräkningen av de olika slag av insatser som primärvården ska utföra.[27] Definitionen är därigenom tänkt att anpassas till den ändring som gjorts i fråga om vårdgarantin, som sedan den 1 januari 2019 i stället för en försäkran om att den enskilde inom viss tid får besöka läkare inom primärvården, innebär en försäkran om att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.[28] Avseende tillägget av ordet bedömning i definitionen av primärvård uttalade regeringen att primärvården redan i dag svarar för medicinsk bedömning och behandling, även om detta inte uttrycks explicit i definitionen. Förslaget till ändrad definition ansågs, med tillägget av ordet bedömning inkluderat, inte innebära något nytt åtagande för regioner eller kommuner och därmed inte någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. På motsvarande sätt kan konstateras att primärvården redan i dag svarar för omhändertagande av både fysiska och psykiska vårdbehov, även om det inte explicit anges i lagstiftningen. Vårt förslag till formulering av primärvårdens grunduppdrag innebär därmed inte något nytt åtagande för regioner och kommuner. Det leder därmed inte till inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

[27] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 67 ff.
[28] Se 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821) samt prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

5.2.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Vårt förslag medför inte några nya obligatoriska uppgifter för regionerna och kommunerna, utan avser att på ett generellt och övergripande plan synliggöra den psykiska ohälsan. Avsikten är att förslaget ska skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå. Synliggörandet i grunduppdraget för primärvården, som avser att skapa en nationell enhetlighet och därmed en jämlik primärvård, ger förutsättningar för ett jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa i hela landet. Primärvården svarar redan i dag för hälso- och sjukvårdsbehov relaterade till psykisk ohälsa. Redan i dag ska huvudmännen planera primärvården så att både fysisk och psykisk ohälsa kan omhändertas. Då det inte är fråga om några nya obligatoriska uppgifter eller någon skillnad i ambitionsnivå är finansieringsprincipen inte tillämplig och förslaget får därmed inga ekonomiska konsekvenser för staten.

Det kan noteras att regeringen gör flera olika satsningar som syftar till ett förbättrat omhändertagande av den psykiska ohälsan och en generellt sett ökad folkhälsa. I budgetpropositionen för 2021 föreslår regeringen en ökning med 1 177,5 miljoner kronor under 2021 till anslaget för bidrag till psykiatri. Totalt uppgår därmed anslaget till cirka 2 164 miljoner kronor. För 2022 beräknas en motsvarande ökning av resurserna.

5.2.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna och kommunerna

Redan enligt nu gällande lagstiftning är regioner och kommuner skyldiga att i primärvården erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster som tillmötesgår behovet av vård för fysisk och psykisk ohälsa. Vårt förslag medför inte att huvudmännen ges ett utökat ansvar eller fler skyldigheter än de har i dag. Det samlade ansvaret är således detsamma. Den kommunala finansieringsprincipen är därmed inte tillämplig.

Det stora behovet av vård för psykisk ohälsa, enligt vissa beräkningar ökande, som kan konstateras utifrån en mycket stor del av sjukskrivningarna, andelen människor som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande m.m., innebär att det kommer att ställas krav på primärvården. Hur regionerna och kommunerna väljer att fördela de

ekonomiska resurserna mellan olika verksamheter och vårdbehov är en fråga för dem att avgöra, utifrån lokala förutsättningar.

Ett synliggörande av primärvårdens uppdrag avseende psykisk ohälsa kan förväntas underlätta för de funktioner som arbetar med planering, utformning och beställning av olika verksamheter. Det synliggör även behovet av strukturerad uppföljning av primärvårdens insatser vad gäller psykisk ohälsa.

5.2.6 Konsekvenser för en jämlik vård

Utredningen anser att det finns goda förutsättningar för att ett synliggörande av den psykiska ohälsan i det nationellt reglerade grunduppdraget för primärvården kan skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå och därmed förutsättningar för en mer jämlik tillgång till en likvärdig vård i hela landet. Att tydliggöra uppdraget vad gäller psykisk ohälsa kan förbättra förutsättningarna för implementering av evidensbaserade metoder och därigenom tillhandahållande av mer jämlik vård. Avsikten med det reglerade grunduppdraget som sådant är en viss nationell enhetlighet och en miniminivå avseende vad primärvården ska erbjuda. Att inkludera psykisk ohälsa i denna enhetlighet och miniminivå kan bidra till ett mer jämlikt omhändertagande också av psykisk ohälsa.

5.2.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Enligt undersökningar lider fler kvinnor än män i dag av någon form av psykisk ohälsa, med diagnos eller med upplevt nedsatt psykiskt välbefinnande som inte uppfyller kriterierna för diagnosticering. Samtidigt är män överrepresenterade i statistiken avseende suicid. Generellt sett kan insatser som adresserar den psykiska ohälsan således förväntas få effekter på människor av alla könsidentiteter, dvs. kvinnor, män och personer med annan könsidentitet. Det är dock rimligt att förvänta sig att vissa insatser, t.ex. sådana som syftar till förbättrade sjukskrivningstal, kommer kunna visa störst effekt på den psykiska ohälsan hos kvinnor och att insatser riktade mot suicidtalen förväntas visa på störst effekt i fråga om mäns psykiska välmående.

Utredningens förslag till synliggörande av primärvårdens roll i omhändertagandet av den psykiska ohälsan syftar till att skapa bättre förutsättningar för en god, tillgänglig, nära och jämlik primärvård för de som lider av psykisk ohälsa. Förslaget adresserar inte någon särskild form av psykisk ohälsa och det är därför svårt att säga något om olika förväntade konsekvenser för kvinnor, män och personer med annan könsidentitet. På ett generellt plan kan konstateras att ett jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa ger bättre förutsättningar för såväl kvinnor som män som personer med annan könsidentitet, vilket bör kunna påverka jämställdheten i positiv riktning.

5.2.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

En god patientsäkerhet, i syfte att minimera vårdskador, förutsätter en hög medvetenhet och god kunskap hos alla inblandade om såväl den psykiska som den fysiska ohälsan, för att på bästa möjliga sätt se och möta varje persons behov. Att adressera den psykiska ohälsan i grunduppdraget och därigenom skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå ger förutsättningar för ökad sådan kunskap.

För att uppnå bästa möjliga medicinska resultat samt bibehålla och öka invånares, patienters, brukares och närståendes förtroende för primärvården är ett gott och evidensbaserat omhändertagande av såväl den fysiska som den psykiska ohälsan av största vikt. Genom att synliggöra primärvårdens uppdrag för den psykiska ohälsan tydliggörs att huvudmännens uppdrag att möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete i primärvården omfattar även detta område.[29] Därigenom kan möjligheten för forskning, på områden där kunskap i dag saknas, förbättras. Det bidrar till förbättrad kvalitet och patientsäkerhet även för kommande patienter. Till följd av stora behov hos många patienter, relaterat till t.ex. stress och utmattning, förekommer det i dag att metoder som ännu inte är väl beforskade kommer till klinisk användning. Förslaget förväntas bidra till ökat fokus på behovet av att strukturerat samla kunskap om olika metoder och arbetssätt och därmed minska risken för såväl över-

[29] Av den femte punkten i 13 a kap. 1 § HSL om primärvårdens grunduppdrag följer att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

som underbehandling av psykisk ohälsa i primärvården. Bättre kunskap möjliggör också ett mer effektivt användande av den gemensamma resursen.

Eftersom medicinsk kvalitet inom primärvården inte mäts på ett systematiskt sätt på aggregerad nivå är den svår att följa. Det är därmed också svårt att uttala sig om vilka konsekvenser för de medicinska resultaten som utredningens förslag innebär. Socialstyrelsens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen förväntas, särskilt utifrån deluppdrag I som avser nationell insamling av registeruppgifter från primärvården, ge bättre möjligheter till uppföljning.[30]

Att synliggöra primärvårdens roll som första linjens hälso- och sjukvård vid psykisk ohälsa förväntas bidra till en förbättrad upplevelse av vården för patienter och närstående. Det leder till ett tydliggörande för den enskilde att primärvården som utgångspunkt är rätt vårdnivå att vända sig till vid psykisk ohälsa och att de vårdinsatser som där kan erbjudas omfattar sådan ohälsa.

5.2.9 Konsekvenser för vårdens professioner

Förslaget tydliggör inte bara för huvudmännen, enskilda och närstående vilket uppdraget för primärvården är, utan även för primärvårdens medarbetare. Det skapar en tydligare bild av vilka hälso- och sjukvårdstjänster som primärvården ska tillhandahålla och att dessa inkluderar tjänster avseende psykisk ohälsa.

Den stora andelen patienter inom primärvården som söker vård p.g.a. psykisk ohälsa, i kombination med bristen på strukturerat omhändertagande, har stor inverkan på arbetsmiljön för primärvårdens medarbetare. Vårt förslag förväntas bidra till ett mer strukturerat och jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa som på sikt kan förbättra medarbetarnas arbetssituation.

[30] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2019.

5.2.10 Konsekvenser för företagen

Förslaget att synliggöra att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa riktar sig till huvudmännen för hälso- och sjukvård, regioner och kommuner. Det har således inga direkta konsekvenser för företagen.

Samtidigt kan noteras att det finns en stor andel privata företag som är utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård inom primärvården. SCB:s företagsregister anger att antalet registrerade företag som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård var 32 520 år 2018.[31] SCB:s statistik över privata utförare av offentlig hälso- och sjukvård under samma år anger att 2 483 företag utförde primärvård, 1 052 somatisk vård, 416 psykiatrisk vård och 258 övrig hälso- och sjukvård åt regionerna.[32] Siffrorna baseras på den totala mängden köp av verksamhet som regionerna gjort från privata utförare. Dock kan samma utförare förekomma i flera verksamhetsområden och i flera regioner. Avseende den kommunala hälso- och sjukvården är statistiken begränsad. SCB:s ovan nämnda utförarregister anger att 44 privata företag utförde hälso- och sjukvård finansierad av kommunen 2019, fördelat på tre kommuner.

Innehållet i den vård som huvudmännen upphandlar av företagen definieras i förfrågningsunderlag. Det är regionerna och kommunerna, i egenskap av just huvudmän och därmed ansvariga för hälso- och sjukvården, som ensamma formulerar innehållet i underlagen, baserat bl.a. på vad uppdraget kräver samt deras bedömning av hur god vård bäst tillhandahålls. Innehållet i förfrågningsunderlagen ses över löpande av huvudmännen och justeras vid behov.

Det fr.o.m. den 1 juli 2021 gällande grunduppdraget för primärvården förtydligar vad som på en miniminivå förväntas av primärvården, vilket i sin tur kan ha inverkan på hur regioner och kommuner formulerar sina uppdrag och i förlängningen, där relevant, sina förfrågningsunderlag inom uppdraget. Vårt förslag att synliggöra att primärvårdens grunduppdrag avser både fysiska och psykiska vårdbehov kan på motsvarande sätt ha inverkan på hur huvudmännen formulerar sina förfrågningsunderlag. Och därmed på villkoren för de företag som verkar inom primärvården.

[31] SCB, *Företag (FDB) efter näringsgren SNI2007 och storlekskласs. År 2008–2020*.
[32] SCB, *Finansiärer och utförare inom vården, skolan och omsorgen*, 2019.

I våra dialoger har framkommit att flera huvudmän är i begrepp att se över området psykisk ohälsa och dess hantering inom ramen för primärvårdsuppdraget, vilket kan förväntas innebära vissa förändringar i de redan formulerade förfrågningsunderlagen. Vårt förslag, med en tydlig angivelse om att psykisk ohälsa ingår i uppdraget, kan tänkas understödja ett sådan översyn och ändamålsenliga förändringar i kravställande, men följer inte per se av förslaget.

5.2.11 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslaget inte har några konsekvenser för sysselsättningen, miljön, möjligheten att nå de integrationspolitiska målen, det brottsförebyggande arbetet eller för EU-rätten.

5.3 Ikraftträdande

Utredningens förslag: Förslaget till ändrad lydelse av 13 a kap. 1 § HSL föreslås träda i kraft den 1 juli 2022.

Skäl för utredningens förslag

Den nu förslagna modifieringen av lydelsen av primärvårdens grunduppdrag bör införas i författning snarast och i så nära anslutning som möjligt till att grunduppdraget som sådant regleras. Den nya bestämmelsen om primärvårdens grunduppdrag träder i kraft den 1 juli 2021. Av hänsyn till behovet av beredning inom Regeringskansliet av det förslag vi nu lämnar är ett samtidigt ikraftträdande inte möjligt. Samtidigt ser utredningen inte att författningsförslaget föranleder något behov av förberedelse hos regionerna och kommunerna. Förslaget föranleder inte heller behov av några särskilda informationsinsatser. Utredningen föreslår därför att förslaget ska träda i kraft den 1 juli 2022. Behov av övergångsbestämmelser finns inte.

6 Primärvårdens organisering

6.1 En modell för att bättre möta psykisk ohälsa i primärvården

6.1.1 Om bedömningar

I föregående kapitel har vi lagt förslag som syftar till att synliggöra att primärvårdens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar både den fysiska och den psykiska ohälsan. Detta bedömer vi vara centralt för att skapa förutsättningar för primärvården att bemöta den psykiska ohälsan med skyndsamma och ändamålsenliga insatser, i linje med våra direktiv.

Enligt direktiven ska vi utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa. Uppdraget att utreda ”en ny form” innebär att det handlar om *hur* insatser förmedlas, om metoder och arbetssätt i hälso- och sjukvården, med fokus på primärvården. Genom den kommunala självstyrelsen finns samtidigt en i grundlag reglerad självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt för regioner och kommuner för hälso- och sjukvårdens bedrivande. Förslag som innebär inskränkningar i det kommunala självstyret måste stå i proportionalitet till syftet. Att föreslå lagändringar som innebär att alla huvudmän måste organisera sin primärvård enligt en viss metod, eller på ett visst sätt, utgör en mycket långtgående inskränkning i det kommunala självstyret. Det skulle därmed kräva en mycket stark motivering grundad på god evidens. Givet de stora kunskapsluckor (närmare beskrivet i avsnitt 3.5) som finns vad gäller arbetet mot psykisk ohälsa generellt, och i primärvården specifikt, bedömer utredningen att det inte går att motivera att lagstifta om hur huvudmännen ska organisera sin primärvård för att möta vanligt förekommande vårdbehov för psykisk ohälsa.

Utifrån utredningens många dialoger, samt de kartläggningar och analyser som finns presenterade i de föregående kapitlen, menar vi dock att det går att identifiera principer för hur man bör arbeta för att skapa ett skyndsamt och ändamålsenligt omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Avgörande för framgång är sedan hur dessa principer förankras, implementeras och tillämpas utifrån den egna befolkningens behov och i en lokal kontext på huvudmanna- eller utförarnivå.[1]

Sådana principer väljer vi i det följande att lyfta i form av utredningens *bedömningar* av vad huvudmännen särskilt bör beakta i organiseringen av vården, samt vad staten kan göra för att skapa förutsättningar för ett skyndsamt och ändamålsenligt omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Våra bedömningar riktar, i enlighet med uppdraget i direktiven, in sig på *formen* för bemötandet. Bedömningarna blir en del i utredningens särskilda uppdrag i enlighet med ursprungsdirektiven; att inte enbart lämna förslag på ändrad lagstiftning, utan också stödja omställningen till nära vård, och aktivt bidra till att det formuleras strategier, och tas fram regionalt anpassade modeller, för utvecklingen av primärvården mot en mer effektiv och tillgänglig vård.

Bedömningarna utgår från grundantagandet att huvudmännen genomgående har intentionen att arbeta med utgångspunkt i de evidensbaserade insatser som finns beskrivna i relevanta nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, samt i eventuella riktlinjer och insatsprogram i huvudmännens modell för kunskapsstyrning.

De anknyter också till Socialstyrelsens genomgång av tidigare överenskommelser om psykisk ohälsa, där man konstaterade att de främsta behoven av insatser inom primärvården, beskrivna av regionerna i sina respektive handlingsplaner gäller följande områden:

- utökad samverkan och konsultation mellan specialistpsykiatri och primärvård
- förbättrad triagering, bedömning och diagnostisering
- förbättrad tillgänglighet till vård, främst behandling och bedömning

[1] SBU, *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt*, 2012, s. 10.

- kompetenshöjande satsningar för personal i primärvård
- utökade behandlingsresurser inom främst samtalsterapi med fokus på KBT.[2]

6.1.2 En samlad modell – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”

Intentionen med utredningens olika förslag och bedömningar, i detta och tidigare betänkanden, är ett väl integrerat och begripligt hälso- och sjukvårdssystem, som hänger ihop utifrån individers behov. Vi vill inte riskera att motverka det syftet genom att föreslå nya organisationer, strukturer eller byggnader just avseende omhändertagande av den psykiska ohälsan (se även avsnitt 4.5). Vår strävan blir i stället att på ett bättre sätt integrera omhändertagandet av personer med psykisk ohälsa i det ordinarie systemet.

I det följande presenterar vi utredningens bedömningar av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa utifrån kartläggningar och analyser i kap. 2, 3 och 4 samt förslaget till ändrad lagstiftning i kap. 5. Dessa bedömningar samlar vi under tre olika rubriker; *Vägen in, Organisering av primärvårdens insatser* samt *Samverkan och samarbete*. Tillsammans avser dessa bidra till ett förbättrat omhändertagande av psykisk ohälsa (”misstänkta psykiatriska tillstånd”) i primärvården; av psykiatriska tillstånd, men också av psykiska besvär. Vår avsikt är att ha en personcentrerad utgångspunkt – vi väljer att presentera områdena såsom patienten möter dem i olika skeden av en vårdprocess, inte utifrån vårdens organisatoriska stuprör.

Vi samlar dessa tre områden under ett paraply – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetssätt som kombinerade förbättrar bemötandet och omhändertagandet av den enskilde, och bättre möter behoven på befolkningsnivå. Samverkan mellan olika aktörer, såväl inom som utom hälso- och sjukvården, är avgörande i ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem, och det som utmärker en god och nära vård.

Grundtanken är att vid psykisk ohälsa (patientens perspektiv), dvs. vid misstanke om psykiatriska tillstånd (vårdens perspektiv), är primärvården oftast vägen in till hälso- och sjukvården. Där görs en första bedömning, ges stöd till egenvård och, om så är indicerat,

[2] Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse mellan staten och SKL*, Delrapport 2018.

behandlande insatser. Antingen på primärvårdsnivå eller via kontakt med och hänvisning till annan del av hälso- och sjukvården. I de fall kriterier för psykiatriska tillstånd inte uppfylls, kan insatser för att minska funktionspåverkan av psykiska besvär behöva erbjudas, ibland av primärvården, andra gånger via strukturerad samverkan med andra aktörer, såsom företagshälsovård, studenthälsa, föreningsliv eller socialtjänst.

I våra bedömningar visar vi också på goda exempel från verksamheter vi varit i kontakt med i olika faser av utredningens arbete. De exempel vi lyfter är valda för att de visar på arbetssätt och metoder där evidens föreligger utifrån aktuellt kunskapsläge, eller där insatserna kopplats till pågående forskning eller egen strukturerad uppföljning.

Vi vill slutligen påminna om att de bedömningar vi gör i det följande ska ses som sammanhängande med de förslag utredningen tidigare lämnat. Både vad gäller primärvårdens roll som basen i hälso- och sjukvårdssystemet, med ett särskilt uppdrag att fungera samordnande och hälsofrämjande och vad gäller ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Vi vill också återigen betona vikten av att det i primärvården ges förutsättningar för medarbetarna att arbeta relationellt, med långvariga och kontinuerliga kontakter, med såväl enskilda individer som med och i sin närmiljö. Därmed skapas förutsättningar för förtroendefulla relationer och tillit, och en möjlighet att minska de stigma som många gånger hindrar människor från att lyfta problem med den psykiska hälsan i kontakt med hälso- och sjukvården.

6.1.3 Målgrupp

Figur 6.1 När man upplever psykisk ohälsa kan man behöva redskap för att hantera situationen



Figur 6.2 **Stödet till den med psykisk ohälsa kan se olika ut och bestå av många olika insatser**



Patientens perspektiv: När jag upplever behov av stöd för psykisk ohälsa

”Jag känner mig så ensam. Jag vet inte vart jag ska vända mig. Till akuten? Men så akut dåligt mår jag egentligen inte, det har ju känts så här ganska länge nu. Men det blir för mycket. Men vad gör man? Jag tror att jag känner mig extra osäker för att jag haft kontakt med psykiatrin förr. Är det dit jag ska? Det är ju förstås inte säkert att det är samma sak, jag tror inte det själv. Men jag behöver prata med någon som hjälper mig att hitta rätt. Jag tycker det är lite svårt att prata om det här också, om jag ska vara ärlig. Ska jag komma mig för att ta tag i det vill det till att det är enkelt att hitta rätt. Men det vore bra. Jag orkar nog snart inte gå till jobbet som det är nu.

Jag tänker att ett sätt vore att kunna ringa någonstans. Få rådgivning om vad man kan göra, innan det blir värre. Eller kunna chatta med någon. Ibland kanske man bara vill kunna hitta information om hur man kan må bättre. Det vore också bra om jag hade någon jag kände på hälsocentralen. För mig skulle det kännas lättare att ta upp lite svårare saker om mig och de jag har omkring mig om jag fick göra det med någon jag har träffat förut och känner förtroende för.

Min distriktssköterska, eller min läkare. Det är svårt att börja prata om sådant här. Det där måste vara svårt för min vän som bor på ett boende i kommunen. Där är man så beroende av andra, beroende av att de som arbetar där fångar upp tecknen när man inte mår riktigt bra psykiskt. Att det finns folk där som kan ge stöd i vardagen, kanske sådant som att hitta en bra rytm i dagarna. Så det inte känns meningslöst allting.

På hälsocentralen vore det fint om de hade tid att se hela mig. Fundera tillsammans med mig på vad mina besvär kan bero på. Kropp och själ hänger ihop, det har jag alltid tyckt. Man kan behöva någon att prata med om det. Eller hjälp att hitta vad som är fel. En gång hörde jag om någon som gick hos fysioterapeuten för muskelvärk, och sedan kom de fram till tillsammans att det kanske satt mer i själen än kroppen, det där onda. Så tror jag att det kan vara ibland. Och ibland kanske det är tvärtom, man kan känna oro i själen och det visar sig vara kroppen som krånglar. Bra då med just hälsocentralen, där många olika människor jobbar, som kan olika saker. De borde jobba ännu mer ihop, så skulle man få bättre hjälp och stöd. De behöver folk som är utbildade just för psykiska problem också förstås. Så de snabbt kan veta vad som är rätt sak att göra. Vilken behandling man behöver. Jag tänker att det kanske inte alltid är på hälsocentralen, och då borde de samarbeta väldigt mycket med psykiatrin till exempel. Det förstår man ju att de inte kan kunna allt om allt på hälsocentralen, de behöver jobba ihop med andra. Det blir en arbetsmiljöfråga för de som arbetar på hälsocentralen också. Många som söker mår inte bra på insidan. De måste ju få känna att de kan göra ett bra jobb, att de har något att erbjuda den som behöver stöd. Annars blir de själva sjuka.

Det är mycket prat nu om den psykiska ohälsan. Att många i samhället mår dåligt. Att sjukvården inte kan lösa allt. Men jag tycker det är viktigt att ändå kunna vända sig dit och få råd och stöd, för jag kan ju inte säkert veta i förväg om jag behöver hjälp av hälso- och sjukvården. Det är hälsocentralens roll, tänker jag. Och förstås, även om det skulle vara något som behöver behandlas så räcker ju inte det alltid, hela livet ska ju fungera, inte bara det sjukvården ser. Jag tror jag borde röra mer på mig, jag vet att det är bra. Men jag har svårt att komma igång. Och veta vart jag ska gå? Jag tror jag skulle gilla att kunna få kontakt med andra som har varit med om det jag har upplevt. Sådant skulle jag gärna vilja ha tips om.

Ja, att snabbt och enkelt få kontakt med min hälsocentral när jag behöver, att få stöd där, eller få deras vägledning att komma till rätt ställe i hälso- och sjukvården vore bra. Att de på hälsocentralen var bra på att koppla ihop sig, och mig när jag behöver, med andra delar av samhället. Då skulle jag känna mig mer trygg. Det fungerar säkert så här på många ställen. Men inte överallt har jag förstått. Undrar om det går att ordna?"[3]

Vårdens perspektiv: Behov av insatser vid misstänkta psykiatriska tillstånd

I avsnitt 2.8 diskuterade vi behovet av definitioner i förhållande till utredningens uppdrag. Vi ställde oss bakom det begreppsarbete som genomförts av ett antal kunskapsmyndigheter tillsammans med SKR (se bil. 5). Utifrån detta begreppsarbete och våra direktiv konstaterar vi att målgruppen för de insatser vi här beskriver är personer som upplever psykisk ohälsa, som man inte förmår hantera med de verktyg och stöd man själv har tillgängliga runtomkring sig till vardags. Personen själv, eller närstående, upplever ett behov av externt stöd för att hantera det psykiska måendet. Man gör också bedömningen att behovet inte är av akut karaktär, utan kan hanteras på annan vårdnivå än en akutmottagning, förutsatt att väntetiden till kontakt är rimlig.

Utifrån denna beskrivning av målgruppen kan behoven av stöd förstås skilja sig mycket mellan olika individer. Precis som alltid gäller att det är hälso- och sjukvården som ska stå för de medicinska bedömningarna.[4] Stödet som ges kan innebära allt från egenvårdsråd och/eller hänvisning till stöd inom eller utanför hälso- och sjukvården, till olika typer av hälso- och sjukvårdsinsatser eller andra insatser från andra aktörer.

[3] Detta är inte en enskild persons berättelse. Det är en berättelse sammansatt av många, med patient- brukar-, närstående- eller medarbetarerfarenhet, som vi träffat eller på andra sätt fått kontakt med under utredningens sammanlagda tid. Vi har försökt sätta allmänna ord på de berättelserna för att beskriva ett behov, och i det följande (avsnitt 6.2) beskriva arbetssätt och metoder som skulle kunna möta det behovet.

[4] En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen (se prop. 2017/18:83 s. 31).

I de fall hälso- och sjukvårdens insatser bedöms motiverade ska vård på rätt nivå, enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON), kunna tillhandahållas i linje med bästa tillgängliga kunskap, och i enlighet med relevanta nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd på området.

6.2 Rätt stöd till psykisk hälsa

6.2.1 Vägen in

Regionernas primärvård

Bedömning: Det ska vara enkelt och begripligt som invånare var man vänder sig om man behöver stöd med psykisk ohälsa. 1177 Vårdguiden och Folkhälsomyndighetens nya funktion har särskilt viktiga roller i detta avseende.

Regionens primärvård ska tillhandahålla en enkel och skyndsam väg in för den som upplever att hen behöver stöd för sitt psykiska mående och söker sig till primärvården med anledning av detta. Utredningen bedömer att regionerna som huvudmän behöver förtydliga primärvårdens uppdrag som första linjen för psykisk ohälsa.

Utredningen bedömer att regionerna behöver förstärka sitt arbete för att säkerställa tillgängligheten till första bedömning i enlighet med vårdgarantin i primärvården. Även tillgängligheten till behandling, när relevant, behöver säkerställas. För att kunna göra adekvata bedömningar behöver också användandet av strukturerade bedömningsinstrument öka, i enlighet med Socialstyrelsens utvärdering.

Skäl för utredningens bedömning

Behovet av att erbjuda hög tillgänglighet till primär bedömning

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda hög tillgänglighet till en primär bedömning av vårdbehov till personer med symtom på depression eller ångestsyndrom (priori-

tet 1).[5] Detta är viktigt både för att kunna bedöma hur pass allvarligt en persons tillstånd är och för att kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede.

Det framhålls också att de flesta personer med depression eller ångestsyndrom söker vård inom primärvården, och det därmed är angeläget att primärvården har möjlighet att bedöma och utreda dessa personer, och att den vård som erbjuds är individanpassad samt att det finns en hög tillgänglighet till vård. Hög tillgänglighet innebär enligt Socialstyrelsen snabb tillgång till besök, telefontillgänglighet, öppethållande, bemanning och personal med kunskap om psykisk ohälsa.

Som vi sett i avsnitt 3.5 finns det stora brister, och stora variationer, i tillgänglighet till relevanta professioner och cirka hälften av personerna med depression och ångest diagnosticeras aldrig. Mot denna bakgrund bedömer utredningen att tillgängligheten till första bedömning, och när relevant även behandling, i regionernas primärvård behöver öka. Användningen av validerade metoder såsom skattningsskalor behöver ökas.

Att hitta rätt väg in

För att de personer som behöver stöd från hälso- och sjukvården ska ha möjlighet att få det på ett ändamålsenligt sätt och i rimlig tid, behöver man som individ ha viss kunskap om psykisk ohälsa. Det är viktigt att känna igen tidiga tecken, och veta var man kan vända sig för att få kvalitetssäkrad information om man själv eller någon i ens närhet mår dåligt. Om det inte är av den grad att det är den psykiatriska akutmottagningen som är aktuell, och man inte redan har en etablerad kontakt på sin hälso-/vårdcentral, vart vänder man sig då för att få information eller hjälp?

Som regionernas gemensamma samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård har 1177 Vårdguiden en särskilt viktig roll att spela (se avsnitt 3.6). Mot bakgrund av detta bedömer utredningen att huvudmännen genom Inera[6] bör initiera ett arbete för att vidareutveckla såväl egenvårdsråd som beslutsstöd rörande psykiska besvär och psykiatriska tillstånd för rådgivningstelefonen och för

[5] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*, 2017, s. 26.
[6] Inera är ett aktiebolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag.

1177.se. Detta i avsikt att på mer kvalitetssäkrat och strukturerat sätt kunna tillgodose befolkningens behov på området. I ett sådant arbete är det också centralt att säkerställa att den information som tillhandahålls är tillgänglig för olika målgrupper och anpassad utifrån deras olika behov.

En annan central aktör i att öka hälsolitteraciteten och tillhandahålla kvalitetssäkrad kunskap på området blir den funktion för psykisk ohälsa och suicidprevention som Folkhälsomyndigheten har inrättat fr.o.m. den 1 januari 2021. Funktionens roll är att sprida kunskap om psykisk hälsa och suicid, samt föra dialog med allmänheten inom området (se avsnitt 2.4.2). Även här blir tillgänglig och målgruppsanpassad information avgörande.

Utredningen bedömer att såväl 1177 Vårdguiden som Folkhälsomyndighetens nya funktion bör ha en särskild roll i att tillhandahålla kvalitetssäkrad information om psykisk hälsa, och om vart individer kan vända sig om man behöver söka hjälp från hälso- och sjukvården för sin psykiska ohälsa. För att lyckas i detta uppdrag bedömer utredningen vidare att det är av stor vikt att befolkningen som helhet känner till och känner förtroende för dessa offentliga informationskanaler. Givet en mer heterogen befolkning, med fler olika sätt att söka och ta till sig information, kräver detta också ett strukturerat och målgruppsanpassat arbete för att nå ut till hela befolkningen. Här erbjuder olika e-hälsolösningar en möjlighet att ytterligare personcentera insatserna.

Vårdgarantin – 0:an, en första kontakt samma dag

När en person väl söker hjälp hos hälso- och sjukvården finns det redan lagstiftning som ställer krav vad gäller tillgänglighet. Av patientlagen (2014:821) (PL) framgår att patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Vidare ställer vårdgarantin i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) krav på regionerna vad gäller tillgänglighet både till kontakt och medicinsk bedömning i regionernas primärvård (se avsnitt 3.1.2).

Den s.k. ”0:an” i vårdgarantin motsvarar det läge då en person, som upplever psykisk ohälsa som man inte förmår hantera med de stöd man själv har tillgängliga, söker sig till hälso-/ vårdcentralen för

dessa besvär. Alternativt kan det röra sig om en person som söker för somatiska symtom, men där det visar sig att psykisk ohälsa är en bakomliggande orsak. I båda fallen är god tillgänglighet och bred kompetens om såväl fysisk som psykisk hälsa hos den som tar emot kontakten viktiga.

Vanligtvis är det en sjuksköterska som möter patienten, ofta via telefon, och som utifrån en initial anamnes och bedömning triagerar patienten vidare. Om man vid denna initiala kontakt gör bedömningen att patienten bör få en medicinsk bedömning, ska patienten enligt vårdgarantin få det, av relevant legitimerad profession, inom tre dagar (Ett alternativ, vid såväl somatiska som psykiska problem, kan vara att primärvården i första hand ger egenvårdsråd). Det är alltså av stor vikt att den som tar emot patienten vid denna första kontakt har goda kunskaper och tillgång till adekvata rutiner och kunskapsstöd för att kunna hjälpa patienten vidare (se vidare avsnitt 3.3 samt 6.2.2).

3:an, medicinsk bedömning av legitimerad profession inom tre dagar

Om primärvården bedömt att patientens psykiska ohälsa är sådan att patienten behöver få en medicinsk bedömning, ska detta ske inom tre dagar. Beroende på vilken typ av symtom patienten har beskrivit kan man tänka sig att den bedömningen bokas in hos läkare, men också hos t.ex. psykolog, kurator eller kanske en sjuksköterska. Sedan 2019 omfattar vårdgarantin alla legitimerade professioner, vilket innebär att patienten ska tillhandahållas en medicinsk bedömning lika snabbt oavsett om det är t.ex. en läkare eller en psykolog hen bedöms ha behov av att träffa.[7]

Vid ett sådant första möte (medicinsk bedömning) med legitimerad profession görs en initial bedömning av patientens psykiska ohälsa. En fördel är om patienten sedan tidigare har en fast vård-

[7] Fram t.o.m. 2019 omfattade den andra punkten i vårdgarantin inom primärvården i stället en försäkran att inom en viss tid få besöka läkare (om vården vid den första kontakten har bedömt att en medicinsk bedömning behövs). Den 1 januari 2019 trädde dock ny lagstiftning – baserat på utredningens första delbetänkande – i kraft som dels förkortade den tid man som patient ska behöva vänta på en medicinsk bedömning (tidigare besök) från sju till tre dagar och dels utvidgades vårdgarantin så att garantin till medicinsk bedömning omfattar alla legitimerade professioner i primärvården. Inte enbart läkare. Det vill säga om primärvården vid den första kontakten bedömer att patienten bör träffa t.ex. en psykolog för en medicinsk bedömning så ska patienten få göra detta inom tre dagar, likväl som hen ska få träffa en läkare eller en sjuksköterska inom tre dagar om det i stället bedöms vara behovet.

kontakt eller fast läkarkontakt. Med bättre personkännedom blir det tydligare när en persons tillstånd förändras. Avsikten med bedömningen är att, med en ansats av stegvis vård, tillhandahålla en insats på rätt nivå. För att kunna göra adekvata bedömningar behöver också användandet av strukturerade bedömningsinstrument öka.

För vissa patienter kan denna bedömning vara tillräcklig för att sedan inleda en behandling, alternativt kan bedömningen resultera i egenvårdsråd. I de fall egenvårdsråd blir aktuellt är det, på samma sätt som för övrig vård, av stor vikt att råden anpassas till personen i fråga, och ges utifrån dennes förmåga att ta till sig, förstå och agera på sådana råd.

För andra kommer ytterligare fördjupade bedömningar att behövas, potentiellt av någon annan yrkesgrupp än den man först träffat, innan utredningen av den psykiska ohälsan är tillräcklig för att relevant diagnos ska kunna sättas eller rätt insatser sättas in om diagnoskriterier inte uppfylls men det likväl föreligger en påverkan på funktioner i det dagliga livet.

Som vi sett i avsnitt 3.5 är det bristande tillgång, och stor variation, till såväl medicinsk bedömning som behandling. Utredningen bedömer därför att regionerna som huvudmän behöver förtydliga primärvårdens uppdrag som första linjen för psykisk ohälsa. Uppdraget behöver beskrivas, ersättas och följas upp adekvat i förfrågningsunderlag, t.ex. vad gäller kompetenssammansättning. Enskilda verksamheter behöver sedan anpassa sina organisationer och utveckla relevanta rutiner och kunskapsstöd för att kunna tillhandahålla en hög tillgänglighet till medicinsk bedömning, i enlighet med såväl vårdgarantin som nationella riktlinjer. Samt vid behov tillhandahålla kompetensutveckling till personalen för ändamålet.

Kommunernas primärvård

Bedömning: Kommunens primärvård bör ha rutiner och relevanta kunskapsstöd för personalen för att identifiera misstänkt psykisk ohälsa hos de patienter som får hälso- och sjukvård av kommunen; inom hemsjukvård, särskilda boenden och dagverksamheter. God kontinuitet i relationer, t.ex. genom en fast vårdkontakt, spelar även en viktig roll i detta avseende.

Utredningen bedömer vidare att den kommunala primärvården bör utveckla rutiner för att säkerställa att när misstänkt psykisk ohälsa identifieras ges patienten tillgång till medicinsk bedömning av relevant kompetens inom kommunens eller regionens primärvård. I praktiken bör det medföra arbete i psykosociala team som spänner över huvudmannagränser.

Skäl för utredningens bedömning

Behovet av hög tillgänglighet till en primär bedömning av vårdbehov till personer med symtom på psykisk ohälsa (se föregående avsnitt) gäller naturligtvis även de patientgrupper som får sin primärvård (bortsett från läkarinsatsen) genom kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

Den lagstadgade vårdgarantin ålägger dock enbart regionerna att erbjuda vårdgaranti för den som omfattas av regionens ansvar. Om man som patient med hemsjukvård[8] eller boende på ett särskilt boende (säbo) för äldre vänder sig till en hälso-/vårdcentral, har huvudmannen samma ansvar att tillhandahålla vård inom vårdgarantins gränser till den personen som till en person utan hemsjukvård/boende på säbo. Dock är grunden för att personen i fråga har hemsjukvård/ett särskilt boende en bedömning att personen inte har möjlighet att ta sig till vårdcentral eller har behov av särskilda insatser. Kommunen är den huvudman som har ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå för dessa personer (undantaget läkarvård). Som beskrivet i avsnitt 3.1 om ansvarsfördelningen och i kap. 5, omfattar primärvårdens hälso- och sjukvårdsansvar både vanligt förekommande fysiska och psykiska vårdbehov. Det gäller både regional och kommunal primärvårdsverksamhet, utifrån deras respektive ansvar enligt HSL.

Även om det inte finns någon specifik lagstiftning som ålägger kommunerna att erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av kommunernas ansvar så har alltså kommunerna oavsett detta ett ansvar att inkludera både fysiska och psykiska vårdbehov i sin planering. Vidare gäller PL:s bestämmelse om att patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd alla patienter, även i kommunalt finansierad hälso- och

[8] Obs. att vi i SOU 2020:19 har föreslagit att begreppet ”hemsjukvård” i lagstiftning ska ersättas med ”hälso- och sjukvård i hemmet”.

sjukvård. På motsvarande sätt som kontrollpunkterna 0:an och 3:an i vårdgarantin hos regionerna finns det därför ett behov av att i kommunens primärvård ha strukturer för att göra en första triagering av patientens behov, och för dem som behöver därefter också tillhandahålla en medicinsk bedömning.

Många av de personer som får sin primärvård från kommunerna kan i utgångsläget ha nedsatta funktioner av olika slag, såväl fysiska som psykiska och kognitiva. Det kan påverka möjligheten för dessa personer att själva såväl vara medvetna om, som att kommunicera behov relaterade till psykisk ohälsa. Det är därmed centralt att den personal som arbetar i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården har kompetens inom psykisk ohälsa och hur den kan yttra sig i målgrupperna man arbetar med, så att besvär och symtom identifieras skyndsamt.

Utredningen bedömer därför att det finns ett behov att kommunerna som huvudmän, tillsammans med verksamheter som utför kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, utvecklar rutiner för att stödja personalen i att identifiera misstänkt psykisk ohälsa hos de patienter som finns inom kommunens hälso- och sjukvård; inom hemsjukvård, särskilda boenden och dagverksamheter. Samt vid behov tillhandahåller kompetensutveckling till medarbetarna för ändamålet. God kontinuitet i relationen mellan patient och personal, t.ex. genom att patienten har en fast vårdkontakt i den kommunala verksamheten, spelar även en viktig roll i detta avseende. Med bättre personkännedom blir det också tydligare när en persons tillstånd förändras.

När psykisk ohälsa identifieras i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård behöver det också finnas rutiner för hur man säkerställer att patienten ges tillgång till medicinsk bedömning, av relevant kompetens. Inom kommunens eller regionens primärvård, utifrån behov. Detta kräver att fungerande samverkansrutiner finns mellan kommunal primärvård och regional primärvård (framför allt läkare), på samma sätt som för den somatiska vården. En funktionell sådan samverkan bör i praktiken kunna fungera som ett slags psykosocialt team som spänner över huvudmannagränser. Det vill säga ett nära och strukturerat samarbete mellan olika personer och professioner, även om dessa organisatoriskt tillhör olika organisationer och huvudmän. Ett verktyg för att underlätta en sådan strukturerad samverkan utgående från individens behov kan vara arbete med individuell plan, i enlighet

med HSL, socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS).

I detta sammanhang vill vi också påminna om de förslag rörande samverkan som vi lagt i betänkandet God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) (se även avsnitt 3.1.2). Dessa förslag – som rör såväl huvudmanna- och utförarnivå som planeringen runt den enskilde med hjälp av individuell plan – bedömer vi som centrala för att skapa en väl integrerad och sammanhängande vård. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Vad gäller kunskapsstöd vill utredningen slutligen också framhålla följande vägledningar från Socialstyrelsen: Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen, Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa – vägledning för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård.

6.2.2 Organisering av primärvårdens insatser mot psykisk ohälsa

Insatser från huvudmännen, vårdgivare och utförare

Bedömning: Huvudmännen bör organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser. För att säkerställa detta bör det finnas en övergripande struktur för omhändertagande av psykisk ohälsa, beslutad på huvudmannanivå. Strukturen bör ha ett starkt fokus på, och utgå från, primärvården, såsom varande basen i hälso- och sjukvårdssystemet.

De insatser som omfattas bör utgå från relevanta kunskapsunderlag, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kunskapsstöd inom ramen för huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning.

Insatser för att säkerställa en systematisk och kontinuerlig uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bör utgöra en del av den fastslagna övergripande strukturen.

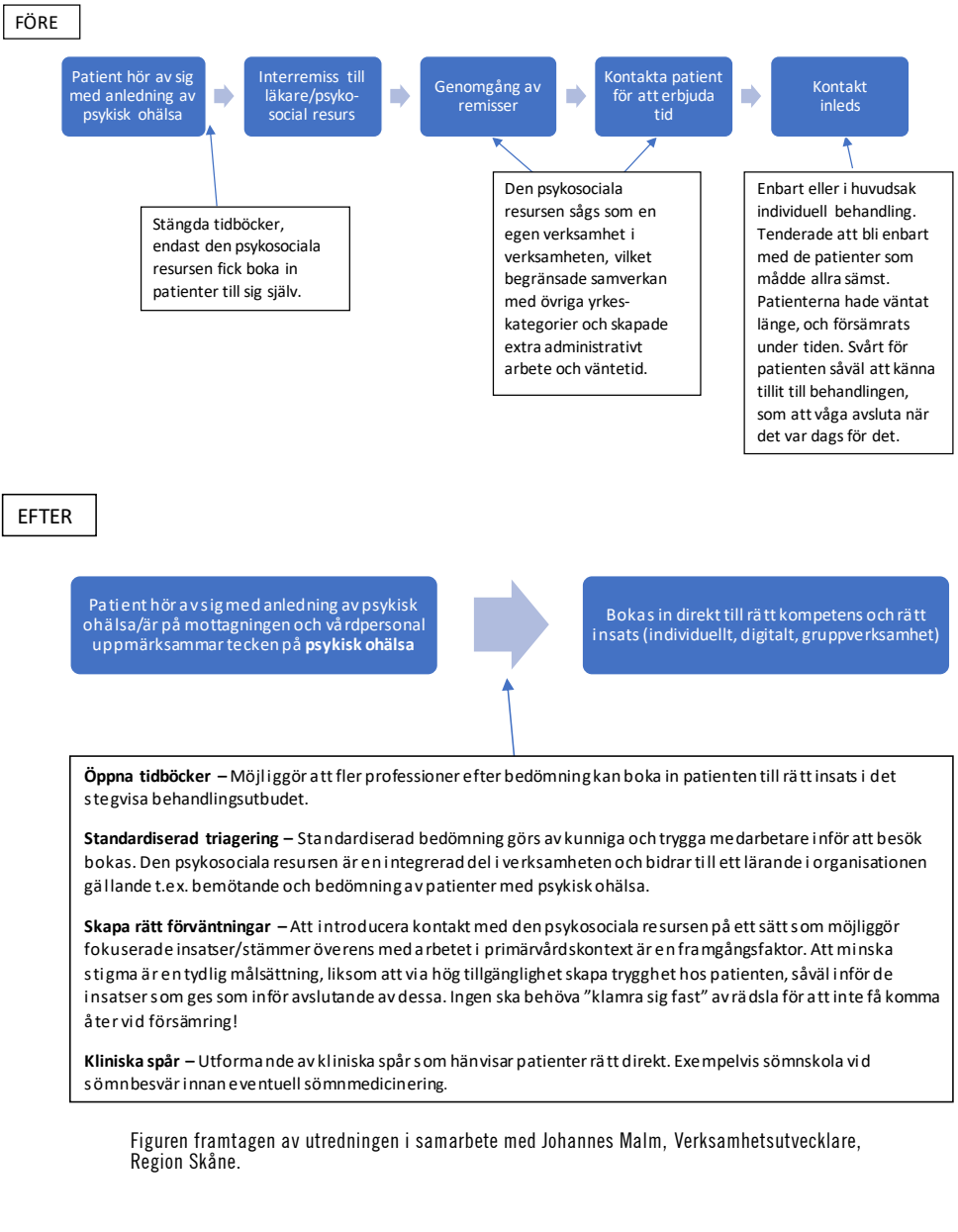
Det finns ett behov av att samla och lyfta framgångsrika metoder och arbetssätt specifikt tillämpade i primärvårdssammanhang.

Skäl för utredningens bedömning

Vår kartläggning har visat på betydande skillnader i hur huvudmännen beskriver och bedriver uppdraget för primärvården vad gäller psykisk ohälsa (se kap. 3). Dessa skillnader är delvis förväntade, och i en del fall motiverade av det lokala sammanhanget. En iakttagelse är dock att det inte alltid förefaller finnas en röd tråd, ett sammanhang, i hur uppdrag, kompetenssättning, ersättning och uppföljning hänger samman mellan olika delar av huvudmannens verksamheter vad gäller psykisk ohälsa. Uppdragsbeskrivningar och förfrågningsunderlag är ofta påfallande övergripande, och speglar inte alltid aktuellt kunskapsläge eller utvecklingsbehov. De förefaller inte heller helt ta hänsyn till hur många människor som faktiskt i dag söker primärvården för psykisk ohälsa. En risk när insatser som tillhandahålls saknar en tydlig gemensam struktur är en fragmentisering av resurserna, och att det blir otydligt vad som kan förväntas av primärvården (och andra delar av vården) när det gäller omhändertagande av psykisk ohälsa. Den otydligheten kan drabba såväl invånare som medarbetare.

Även i utredningens dialoger har detta lyfts. Likaså har framkommit att det ofta saknas strukturer och rutiner för hur man på verksamhetsnivå i primärvården ska omhänderta och bedöma dessa patienter, samt att de insatser som görs följs upp i otillräcklig utsträckning, vare sig på verksamhets- eller individnivå. Det har påpekats att trots att primärvården redan i dag möter en stor andel patienter med psykisk ohälsa utgår mycket av arbetssätten och synsätten från en ”akutsjukhuslogik” eller den specialiserade vårdens stuprörslogik. Härmed går man miste om möjligheten att använda effektiva arbetssätt utifrån det som är primärvårdens styrka – att se hela människan.

Figur 6.3 Schematisk ”före och efter-bild” av primärvårdens organisering, utgående från verksamhetsexempel



Figuren framtagen av utredningen i samarbete med Johannes Malm, Verksamhetsutvecklare, Region Skåne.

Stegvis vård

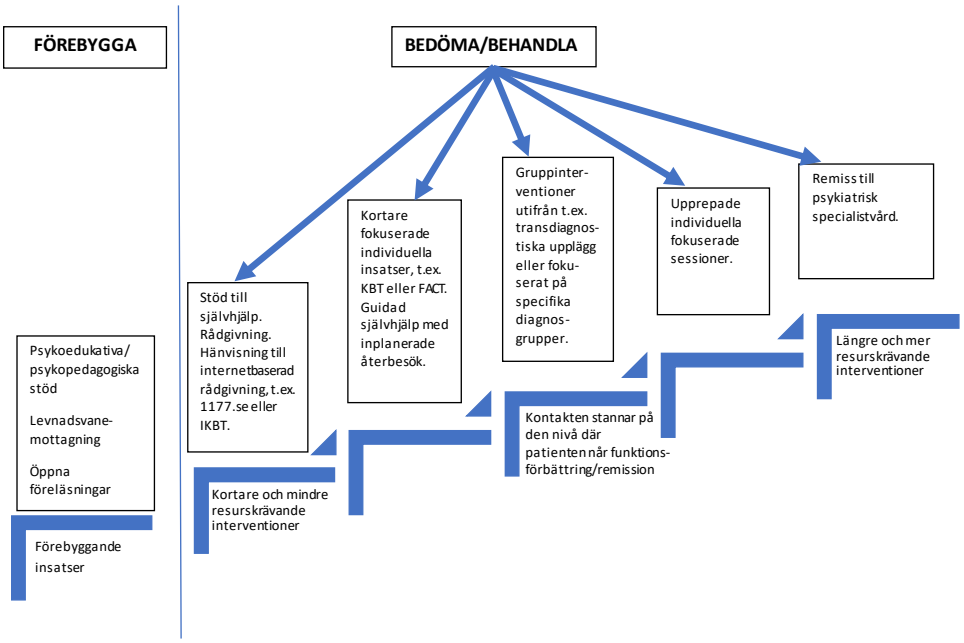
För att åstadkomma ett ändamålsenligt och effektivt omhändertagande av såväl psykiatriska tillstånd som psykiska besvär behöver vårdens insatser organiseras och tillhandahållas på ett personcentrerat sätt utifrån var och ens behov. En övergripande struktur för vilka insatser som erbjuds var och av vem behöver finnas på huvudmannanivå, i avsikt att säkerställa rätt prioriterade resurser i enlighet med principen om Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå (LEON), och tydliggöra uppdrag och ansvar för olika aktörer i systemet. Utredningen bedömer att det finns goda förutsättningar att åstadkomma detta genom användandet av modeller för stegvis vård (se avsnitt 2.2.7 samt 4.2 och 4.3). De olika delarna i huvudmannens tillhandahållna tjänster måste hänga ihop på ett strukturerat sätt utifrån befolkningens behov, den lokala kontexten och förutsättningarna hos varje huvudman. Det är viktigt att påpeka att den övergripande strukturen inte enbart kan vara ett strategidokument på huvudmannanivå, utan även om förankringen ligger på huvudmannanivå måste de insatser som beskrivs vara tillräckligt verksamhetsnära för att ge handfast vägledning i vardagen.

I strukturen för den stegvisa vårdens insatser behöver samtliga vårdnivåer omfattas, och primärvårdsnivån bör i kraft av att vara den första instansen befolkningen möter, och som varande basen i hälso- och sjukvården, ha en särskilt viktig roll. Primärvården har goda förutsättningar att genom hög tillgänglighet och nära geografiska belägenhet, samt utifrån möjligheten att arbeta med hög kontinuitet och teambaserade arbetssätt, uppfattas som en trygg och tillitsfull mottagare för individer med psykisk ohälsa. Primärvården har också, såsom fastslaget i primärvårdens grunduppdrag,[9] en särskild samordnade roll i hälso- och sjukvårdssystemet, något som inte minst är viktigt för individer med psykisk ohälsa.

Det är viktigt att betona att modeller för stegvis vård inte nödvändigtvis handlar om vissa givna insatser i en viss given ordning, utan i stället utgörs av en palett av insatser som tillhandahålls utifrån varje enskild individs bedömda behov. Det är också viktigt att betona att det inte enbart handlar om behandlande insatser, utan också om initial bedömning av relevant legitimerad profession (se avsnitt 6.2.1) och adekvat uppföljning.

[9] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

Figur 6.4 Exempel på stegvis vård för psykisk ohälsa i primärvårdskontext



Figuren framtagen av utredningen i samarbete med Johannes Malm, Verksamhetsutvecklare, Region Skåne.

Även om primärvården är ingången till den stegvisa vårdens palett av insatser är det inte alla behov som kan tillgodoses enbart på primärvårdsnivå, eller hos den vårdgivare där personen initialt sökt.

För många patienter är särskilt samverkan mellan primärvården och psykiatrin viktig. Huvudmannens struktur för stegvis vård måste därför särskilt tillgodose att förutsättningar finns för sådan samverkan. I våra dialoger har ofta påpekats att en sådan samverkan inte är tillräckligt god. Ett sådant samarbete bör också ha som tydlig avsikt att utifrån patientperspektivet korta väntetider och använda olika vårdnivåers kompetenser på bästa möjliga sätt. När modeller för stegvis vård används och implementeras i regional och kommunal kontext bör ett sådant synsätt prägla såväl planering som införande.

Uppföljning och dokumentation

De insatser som tillhandahålls i den stegvisa vården bör så långt möjligt är grundas i evidensbaserade metoder. Som en vägledning till vilka dessa är, samt som stöd för huvudmännens organisering och prioritering, finns Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Ytterligare kunskapsunderlag är de insatsprogram som tagits fram, eller är på väg att tas fram, i huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning. Utöver dessa finns också lokala riktlinjer och vårdprogram.

Som redogjorts för i avsnitt 3.5 saknas det i dagsläget i stor utsträckning tillförlitliga och kvalitetssäkrade underlag för omhändertagande av psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården; vilka behov som finns, vilka insatser som görs och vilka resultat som uppnås. Detta är särskilt tydligt vad gäller psykisk ohälsa i primärvården. För att kunna vidta ändamålsenliga åtgärder framåt i tid behöver kunskapen öka. Att utveckla och kvalitetssäkra uppföljningen i primärvården blir därmed en avgörande del i att på ett effektivt sätt bättre möta människors behov vad gäller psykisk ohälsa. Användningen av kvalitetsregister behöver öka. Till utredningen har lyfts särskilt de kvalitetsregister som omfattar nyare behandlingsmetoder, t.ex. Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR). Likaså kan register som spänner brett över flera insatsområden, såsom det Nationella kvalitetsregistret för vård och omsorg (Senior alert), Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) samt PrimärvårdsKvalitet utgöra viktiga delar i huvudmännens egen verksamhetsuppföljning.

I Socialstyrelsens uppföljning av de nationella riktlinjerna för vård av depression och ångestsyndrom lyfts ett antal rekommendationer specifikt till regionerna som knyter an till den lokala uppföljningen.[10] Utredningen vill särskilt framhålla behovet av att:

- Öka användningen av strukturerade bedömningsinstrument, som t.ex. MINI.
- Utveckla bättre rutiner för psykologisk behandling, bl.a. genom att i större utsträckning använda manualbaserade behandlingar och kontinuerligt utvärdera behandlingseffekter.
- Förbättra dokumentationen så att det bättre går att följa upp andelen patienter som får tillgång till psykologisk behandling.

[10] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

Att samla framgångsrika metoder och arbetssätt i primärvårdskontext

Vi har under utredningstiden fått ta del av en stor mängd framgångsrika arbetssätt i primärvården vad gäller psykisk ohälsa. Till följd av områdets angelägenhetsgrad och utifrån de många patienter som söker primärvården med psykiska besvär pågår många initiativ runt om i landet. Större möjlighet att dela och ta del av dessa olika exempel skulle ge bättre förutsättningar för gemensamt lärande. Vi bedömer att ökade möjligheter att delge och ta del av sådana exempel är viktiga för den fortsatta utvecklingen, och ser behov av att huvudmännen stärker gemensamma strukturer för ökat lärande och erfarenhetsutbyte inom området.

Som ett bidrag i detta avseende redogör vi dels i anslutning till olika bedömningar här i kap. 6 för relaterade goda exempel. Dels har vi sammanställt ytterligare ett antal exempel i bil. 6. I bilagan redovisas dessa utan inbördes ordning och med vetskap om att evidensgraden för insatserna varierar. För den intresserade finns hänvisning till respektive arbete, för egen kontakt och fördjupning. Tanken är att stimulera till ökad kunskap, utveckling och även möjlighet till forskning och vetenskapliga samarbeten.

Ändamålsenliga arbetssätt – goda exempel

Vi vill i det följande lyfta goda exempel på hur arbetsmetoder som kan bidra till en personcentrerad och effektiv vård implementerats i några regioner och verksamheter.

Vårdsamordnare och psykosociala team i VGR och Norrbotten

I Västra Götalandsregionen (VGR) har beslutats att vårdcentralerna i regionen ska erbjuda en vårdsamordnare till patienter med lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom samt till patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa. Inom sju dagar får patienten telefonkontakt med vårdsamordnaren och ett första längre besök ges inom en vecka. Då ses bl.a. levnadsvanor över och eventuell suicidrisk uppmärksammas. En planering för patienten görs, vilken inkluderar flera uppföljande telefonsamtal. Vårdsamordnaren kartlägger också resurserna inom kommunen och från det civila samhället. Funk-

tionen vårdsamordnare har utvärderats vetenskapligt i samarbete med Göteborgs universitet.

På många vårdcentraler i VGR är funktionen vårdsamordnare kopplad till ett psykosocialt team, där t.ex. psykolog, kurator, sjuksköterska, läkare, psykoterapeut, fysioterapeut och arbetsterapeut ingår. Även i region Norrbotten, närmare bestämt på Luleås hälsocentraler, har psykosociala team drivits som en pilot, och till dessa finns också funktionen vårdsamordnare knuten. Avsikten är att kunna ge en snabb bedömning och påbörja behandlande insatser på ett effektivt och strukturerat sätt. En uttalad avsikt med teamen, utöver ett snabbt och strukturerat omhändertagande, är också att öka det interprofessionella lärandet.

Läs mer om verksamheten: https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-vardcentral/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/.

www.norrbotten.se/sv/Utveckling-och-tillvaxt/Utveckling-inom-halso--och-sjukvard/Nyhetsarkiv-FoU/Battre-stod-och-farre-sjukskrivningar-med-halsocentralernas-psykosociala-team/.

Utredningens reflektion: Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid depression och ångestsyndrom anger att det vid vård av personer med depression eller ångestsyndrom är särskilt viktigt med kontinuitet och tillgänglighet. Det är en grundförutsättning för en individuellt anpassad och god vård genom hela sjukdomsförloppet. Ett sätt att tillgodose detta inom primärvården kan enligt riktlinjerna vara att det finns en vårdsamordnare som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med personer med depression eller ångestsyndrom (prioritet 5). Kunskapsläget vad gäller effektiva arbetssätt i primärvården när det gäller psykisk ohälsa är bristfälligt (se avsnitt 3.5). När det gäller funktionen vårdsamordnare finns data som pekar på goda effekter. Att implementera en sådan funktion på bredare front, med fortsatt strukturerad utvärdering, kan tillföra värdefull kunskap på systemnivå, samtidigt som patientnyttan sannolikt ökar.

Behovet av strukturerade interprofessionella arbetssätt är omvittnat. För att klara hälso- och sjukvårdens utmaningar vad gäller kompetensförsörjning behövs strukturer för att använda alla kompetenser tillsammans på ett klokt sätt. Det är en förutsättning för rätt initial bedömning att patientens hela situation tas i beaktande. I en

teambaserad modell finns förutsättningar för detta. Att arbeta nära tillsammans flera olika professioner ökar också möjligheten till lärande mellan yrkesgrupper, och därmed möjlighet för ytterligare ökad effektivitet i verksamheten.

Samarbetsvård, Psykisk Hälsa – Region Dalarna

I Region Dalarna startade 2017 ett arbete för tre år sedan för att förbättra omhändertagandet i primärvården av personer med psykisk ohälsa. Bakgrunden var iakttagelsen att omhändertagandet skilde mycket mellan olika vårdcentraler, och att när viss vård flyttats från psykiatrin till primärvården hade man pratat mer om gränssnittet än det kvalitativa innehållet i den vård som skulle erbjudas. I en första genomlysning tittade man särskilt på möjliga förbättringar avseende triagering, diagnostik, behandling och uppföljning. En utgångspunkt blev de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom. En organisatorisk anpassning gjordes i och med införandet av vårdsamordnare, och som grund för arbetet hämtades inspiration från modellen collaborative care.[11] På vårdcentralsnivå har man utbildat vårdsamordnare, och man arbetar med konsultpsykiater som stöd. Ett initialt fokus var läkemedelsbehandling och dess uppföljning. Man har också arbetat med utökad användning av skattningsskalor, psykoedukativa insatser och strukturerad uppföljning och dokumentation. Ur patientperspektiv har kontinuiteten till en fast vårdkontakt ökat, och tillgängligheten säkerställs via direktnummer på telefon för patienten. Det sätts tydliga mål för all behandling som initieras, och målen sätts i nära samverkan med samtliga i vårdteamet, t.ex. med samtalsbehandlare. Man arbetar med återfallsplaner när patienten nått remission, som ett sätt att säkerställa att återfall uppmärksammas i tid.

Beslut har fattats om breddinförande i regionen. I nuläget deltar 26 vårdcentraler och fem konsultpsykiatriker finns knutna till arbetet. Arbetet har haft ett särskilt fokus på uppföljningen, och man kan kontinuerligt följa hur många patienter på respektive vårdcentral som t.ex. har pågående läkemedelsbehandling samt i vilken omfattning. Data uppdateras dagligen. Arbetet sker i strukturerade journal-

[11] För en närmare beskrivning av modellen se t.ex. Läkartidningen 38/2018: *Samarbetsvård för psykisk hälsa på väg implementeras i Sverige* (Läkartidningen.se 2018-09-17).

mallar. Ett motsvarande uppföljningsarbete planeras vad gäller psykologiska behandlingar.

Läs mer om verksamheten: https://skr.se/tjanster/merfranskr/larandeexempel/larandeexempel/vardsamordnaregertrygghetatpersonermedpsykiskohalsa.34898.html.

Utredningens reflektion: Arbetet med införande av vårdsamordnare har Region Dalarna gemensamt med flera, men det fokus på uppföljning och systematisk insamling av data som ingår i arbetet är särskilt värt att uppmärksamma. Frånvaron av strukturerad data och uppföljning vad gäller psykisk ohälsa i primärvården är omvittnad och en stor utmaning. Genom arbetet med psykiatrisk konsultverksamhet i primärvården får övriga medarbetare ett stöd i arbetet och en möjlighet till kontinuerlig fortbildning och lärande. Utredningen gör iakttagelsen att man i Dalarnas fall har tillhandahållit detta kompetenstillskott på ett sätt som uppfattats som berikande, inte ifrågasättande, av primärvårdens övriga medarbetare.

Cedermodellen för hög tillgänglighet till hälsocentralen vid psykisk ohälsa

Cederkliniken i Piteå är en hälsocentral som arbetar på uppdrag av Region Norrbotten. Vid hälsocentralen har medarbetarna tillsammans utarbetat ett arbetssätt i syfte att med hög tillgänglighet snabbt kunna hjälpa den som drabbats av psykisk ohälsa. Målet med Cedermodellen är att individen så snabbt som möjligt ska få ökade kunskaper om vad man själv kan göra för att må bättre, och vid kvarstående besvär, att ändamålsenliga insatser snabbt ska kunna planeras och genomföras. Modellen bygger på att det varje måndag, på en fast tid, hålls en informationsträff i hälsocentralens lokaler. Den som drabbats av psykisk ohälsa av något slag är välkommen till träffen, och får möta delar av verksamhetens psykosociala rehabteam. De berättar om psykisk ohälsa, förmedlar råd om hur man kan förbättra sitt mående samt informerar om de behandlingsprogram som hälsocentralen erbjuder. Informationsträffen är kostnadsfri, och man behöver inte anmäla sig eller boka tid i förväg. Det uppmuntras att ta med en vän eller anhörig. För den som deltagit i informationsmötet och gjort ett aktivt försök att må bättre på egen hand, men ändå behöver mer

hjälp, finns det möjlighet att träffa en samtalsterapeut för ett rådgivande samtal. Målet med det rådgivande samtalet är en individuell handlingsplan för hur personen skal arbeta vidare med sitt psykiska mående. Finns det behov av läkarkontakt, för ställningstagande till läkemedelsbehandling eller remiss till den specialiserade vården så ombesörjer terapeuterna det.

Läs mer om verksamheten: http://www.ptj.se/cederkliniken/psykiskohalsa/.

Utredningens reflektion: Utifrån verksamhetens kunskap om den egna populationens behov har ett arbetssätt som fungerar lokalt tagits fram. Arbetssättet, en form av stegvis vård, bygger på stöd till egen hälsa och egenvårdsråd, vilket också bidrar till ett lärande i befolkningen. Vid behov finns möjlighet att fånga upp de som är i behov av mer insatser från hälso- och sjukvårdens sida, antingen det är insatser på primärvårdsnivå eller från andra delar av hälso- och sjukvården. Regelbunden uppföljning av arbetssättet genomförs i verksamheten, utifrån t.ex. läkemedelsförskrivning och sjukskrivningstal. Det arbetssätt som tillämpas på Cederkliniken, och på liknande sätt i andra verksamheter vi besökt, är ett gott exempel på hur medarbetarna i primärvården utifrån lokal kunskap och kännedom om sin egen population på ett öppet och tillgängligt sätt kan möta befolkningens behov vad gäller psykiska besvär.

Riddargatan 1 vid riskbruk av alkohol

Sedan 2011 finns inom ramen för Region Stockholms verksamheter Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa. Mottagningens behandlingsverksamhet är inriktad på dem som har alkoholproblem, men som beroendevården hittills har haft svårt att nå. Det handlar om personer som dricker för mycket, men som inte har andra sociala hjälpbehov (som exempelvis försörjnings- eller boendeproblem). Det betyder att den som behöver minska sin alkoholkonsumtion eller sluta helt, kan få hjälp innan allvarliga sociala eller hälsorelaterade konsekvenser är ett faktum. Verksamheten är också en forsknings- och utvecklingsenhet, med uppgift att sprida behandlingsformen till primärvården. Mottagningen ser sitt uppdrag som en

brygga mellan primärvården och den specialiserade vården. I verksamheten arbetar i huvudsak läkare, sjuksköterskor och psykologer tillsammans med socionomer och behandlande terapeuter. De relativt korta behandlingsinsatserna ger möjlighet att finnas tillgänglig för nya sökande, och säkerställer en god tillgänglighet till verksamheten.

På Riddargatan 1 erbjuds ett utbud av olika strukturerade behandlingar, som individanpassas. Behandlingen pågår en begränsad tid, cirka tre månader, med en uppföljning efter ytterligare tre månader. Hemuppgifter och övningar ingår alltid, och omhändertagandet förutsätter ett aktivt engagemang från den som sökt sig till mottagningen. Man uppmuntrar till engagemang från närstående i behandlingen. Till mottagningen kan man kan komma på remiss, men tanken är just att det ska vara enkelt för den som upplever problem i förhållande till sitt drickande att välja att kontakta mottagningen. Mottagningen tillhandahåller också digitala interventioner. Verksamheten har ett omfattande forsknings- och utbildningsuppdrag.

Läs mer om verksamheten: https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/.

Utredningens reflektion: Riskbruk är beteckningen på ett överanvändande av alkohol som i sämsta fall leder vidare till ett skadligt bruk med såväl mänskligt lidande som stora ekonomiska konsekvenser för samhället till följd. Att tillämpa metoder att fånga upp och stödja personer till hälsosammare levnadsvanor vad gäller alkohol måste uppfattas som prioriterat. Många som söker primärvården har symtom relaterade till alkoholbruk, även om det ofta inte uppmärksammas från vårdens sida eller kan kännas svårt att prata om för den som drabbas. Det arbetssätt som tillämpas på Riddargatan 1 är i sig ett gott exempel på hur sådan verksamhet kan organiseras, men också ett gott exempel på tillämpning av metoder som kan implementeras på primärvårdsnivå, på en vård- eller hälsocentral, på ett strukturerat sätt.

Rådrummet i Norrtälje Tiohundra

Rådrummet är en verksamhet som drivs i samverkan mellan Fokushuset Tiohundra, Kommunalförbundet Sjukvård och Omsorg i Norrtälje (KSON) och Norrtälje Kommun. Rådrummet vänder sig till vuxna som behöver prata med någon utomstående om allt från livskriser till vägval i livet, utan att man behöver registrera sig någonstans. Här erbjuds helt enkelt ett bollplank för livets olika skeenden. Tanken med Rådrummet är att lyssna, förmedla kunskap och också kunna ge råd och stöd. Det finns möjlighet att hänvisa vidare till andra verksamheter i kommunen, till exempel till föreningar, intresseorganisationer, socialtjänsten, personligt ombud, primärvården och specialistmottagningen för psykiatri och beroende. Målgruppen är vuxna i Norrtälje kommun som inte redan har kontakt med några av kommunens verksamheter.

Läs mer om verksamheten: https://www.tiohundra.se/samtal.

Utredningens reflektion: I dag efterfrågas platser dit man som människa kan komma och få reflektera tillsammans med någon, när det egna nätverket inte räcker till, eller kanske inte finns där. Olika typer av sådana initiativ har lyfts till oss, och de förekommer i mer eller mindre organiserad form. I exemplet ovan har man i kommunens regi skapat en plats dit man som invånare enkelt kan vända sig när man behöver stöd, råd och kanske hänvisning till såväl offentlig verksamhet som civila samhället. Rådrummet är ett intressant sätt att tillhandahålla en sådan öppen mötesplats i det offentligas regi.

Samverkansstrukturer i Region Gotland

I region Gotland finns en samverkansstruktur som ska skapa förutsättningar för samverkan, kunskapsutveckling och kunskapsstyrning inom de områden där socialförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och utbildnings- och arbetslivsförvaltningen har gemensamma beröringspunkter. Fokus är individer i riskgrupper med komplexa och sammansatta behov men det förebyggande samverkansarbetet är också betydelsefullt. Samverkansstrukturen för åldersgruppen 0–24 år benämns Samverkan Barn och unga. Från 25 år och uppåt används benämningen Samverkan Vuxna och äldre. För att stödja arbetet finns

samverkansledare för respektive struktur. En viktig funktion för strukturen är att fånga initiativ samt vara dialogpartner och länk mellan nationell, regional och lokal nivå så att förutsättningar för en samordnad och effektiv kunskapsstyrning kan skapas.

Som ett resultat av samverkansstrukturen öppnades 2019 Förstalinjenmottagning för barn och unga i åldrarna 6–17 år med lindrigare psykisk ohälsa. Här samverkar hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen i en gemensam verksamhet. Det minskar risken för att individer blir hänvisade mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), och ökar chansen för rätt initial triagering. Ett samlat stöd till familjen kan ges. Unga och deras föräldrar vittnar om att det blivit lättare att söka hjälp och stöd tidigt i förloppet. Den gemensamma insatsen omfattar såväl initial bedömning som olika behandlande insatser. Insatser erbjuds såväl individuellt som i grupp.

Vad gäller uppföljning skattar man högt på nöjdhet hos både barn och unga, samt deras familjer på hög tillgänglighet. Dock har man inte kunnat visa på ett minskat söktryck till BUP, tvärtom är efterfrågan högre än någonsin på barnpsykiatri och socialtjänst för åldersgruppen, samtidigt som skolan rapporterar ökad problematisk skolfrånvaro. Några slutgiltiga slutsatser är svåra att dra, speciellt som Första linjen verkat under pandemin till stor del av projekttiden. Huruvida det stora trycket på alla verksamheter beror på detta, eller om besökarna till Första linjen är en tidigare okänd grupp är oklart och behöver ytterligare analyser. En utmaning för arbetet har varit informationsdelning.

Läs mer om verksamheten: https://www.gotland.se/forstalinjen.

Utredningens reflektion: Många har under utredningstiden vittnat om de ibland vattentäta skotten mellan hälso- och sjukvårdens verksamheter och socialtjänsten. Inte minst under den känsliga tiden för övergång mellan barndom och vuxenlivet blir det särskilt viktigt att ett sammanhållet personcentrerat stöd kan erbjudas, som mer ser till individens behov än organisatoriska faktorer. Exemplet från Region Gotland visar på hur en sådan samverkan kan byggas.

6.2.3 Samverkan och samarbete

Bedömning: En god, nära och samordnad vård som stärker hälsan förutsätter samverkan mellan olika aktörer. Det gäller såväl inom olika delar av huvudmännens hälso- och sjukvård som med elevhälsan, studenthälsovården, företagshälsovården och socialtjänst.

Utredningen bedömer även att samverkan med det civila samhällets aktörer behöver stärkas. Huvudmännen behöver säkerställa att det finns strukturer för att underlätta sådan samverkan mellan hälso- och sjukvårdens verksamheter på primärvårdsnivå och relevanta civilsamhällsaktörer.

Regeringen och huvudmännen bör överväga möjligheterna att utforma tekniska lösningar på nationell nivå, där utbud från civila aktörer kan samlas och tillgängliggöras.

Slutligen bedömer utredningen att huvudmännen, genom Inera, bör initiera ett arbete för att utveckla en mer strukturerad samverkan mellan 1177 Vårdguiden och olika stöd- och hjälplinjer, avsedda att möta psykisk ohälsa.

Skäl för utredningens bedömning

Samverkan inom hälso- och sjukvården samt med närliggande aktörer

Att samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet är centralt i omställningen av hälso- och sjukvården framgår tydligt av det av riksdagen beslutade målet: att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Samt att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.[12] Denna samverkan är avgörande också för vården av psykisk ohälsa.

Trots att samverkan är central har vi i dag ett fragmentiserat hälsosystem med olika delar som behöver kopplas ihop. För att kunna göra det krävs att alla ser sig själv och sin egen del av vårdkedjan som just en del av ett större hälsosystem. Samt att man har kunskap om omkringliggande delar i vård- (och omsorgs-) kedjan och om varandra, även om man inte arbetar i samma formella organisation. Det gäller såväl mellan olika aktörer inom huvudmännens hälso- och

[12] Prop. 2019/20: 164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 32.

sjukvård som med närliggande verksamheter såsom elevhälsan, studenthälsovården, företagshälsovården och socialtjänsten.

Vår bedömning är att befintlig lagreglering på området inte i tillräcklig utsträckning speglas i det strategiska eller operativa arbetet hos huvudmännen, där adekvata strukturer för samverkan mellan olika verksamheter och utförare alltför ofta saknas. Många vittnar också om att sådana samverkansstrukturer ofta offras när budgetar stramas åt. För att ge såväl verksamheter som medarbetare förutsättningar för en meningsfull samverkan bedömer vi att det är centralt att relevanta samverkanstrukturer förtydligas, och resurssätts.

Mot denna bakgrund var samverkansfrågor ett fokus i utredningens huvudbetänkande,[13] och vi lämnade där flera förslag som syftade till stärkt samverkan, på makro-, meso- och mikronivå (se avsnitt 3.1.2). Dessa förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet. Vi ser att de förslag vi lämnat i dessa delar är centrala för att skapa bättre förutsättningar för samverkan, och bedömer fortsatt att de är lika giltiga vad gäller hälso- och sjukvårdens omhändertagande av den psykiska som den fysiska ohälsan. Vi bedömer inte att det utöver detta finns behov av ytterligare författningsreglering som specifikt rör samverkan inom området psykisk ohälsa.

Utredningen vill i detta sammanhang påminna om de viktiga kompletterande roller som elevhälsan, studenthälsovården och företagshälsovården har i det samhälleliga omhändertagandet av människors psykiska ohälsa. Med utgångspunkt i huvudmännens planeringsansvar (se avsnitt 3.1.2) ska planeringen av hälso- och sjukvården även beakta den hälso- och sjukvård som dessa aktörer tillhandahåller. Även dessa aktörer behöver alltså inkluderas i en strukturerad samverkan, och för detta krävs kunskap om varandra och dialog med varandra. De medicinska delarna[14] av elevhälsan, studenthälsovården och företagshälsovården omfattas som vårdgivare också av ett samordningsansvar enligt HSL och PL (se avsnitt 3.1.7). Liksom vi har beskrivit i tidigare betänkanden är också samverkan med socialtjänsten central, även vad gäller psykisk ohälsa (se avsnitt 3.1.2).

[13] SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdsystem*, se bl.a. kap. 3 och kap. 4.
[14] De medicinska delarna avser de delar som bedrivs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

En stärkt samverkan med det civila samhället

Föreningar och organisationer har många gånger goda förutsättningar att vara ett komplement till den hälso- och sjukvård som regioner och kommuner ansvarar för att tillhandahålla, när behoven hos den enskilde inte är sådana att de bäst tas om hand inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. När vi i det följande skriver om det civila samhällets verksamhet så avses annan verksamhet än ren hälso- och sjukvårdsverksamhet.[15] Som utredningen beskriver i avsnitt 2.6.2 finns också många gånger en stark koppling mellan den psykiska hälsan och upplevelsen av en meningsfull tillvaro, vilken för många påverkas av delaktighet i t.ex. en förening eller organisation. De ideella organisationernas roll i det strukturerade arbetet med psykisk ohälsa belyses också av förordningen (2020:429) om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention, som trädde i kraft den 1 juli 2020 (se avsnitt 3.1.6). Dess syfte är att skapa bättre förutsättningar och en större långsiktighet för de sökande organisationerna.

En förutsättning för att det civila samhällets olika aktörers resurser och tjänster ska kunna fungera som samverkanspartner till hälso- och sjukvården är kunskap om dem och deras verksamheter. Många gånger finns erbjudande om aktiviteter men den enskilde ”hittar inte dit”. Flera skäl kan finnas till detta, inklusive brist på motivation, som är vanligt förkommande vid psykisk ohälsa.

Genom utredningens dialoger har framförts att många olika typer av föreningar önskar en större samverkan med hälso- och sjukvården än de har och att de anser sig besitta kunskaper och metoder som kan komma den enskilde till del, som kompletterande stöd till hälso- och sjukvårdens insatser. Verksamheter hos regioner och kommuner känner dock ofta inte till dem och kan därmed inte heller fungera som länk mellan individer och föreningar. Att hälso- och sjukvården kan ha en roll att spela i den enskildes möjligheter att komma i kontakt med föreningar och organisationer har diskuterats i avsnitt 3.1.2. Som där konstateras kan det anses ligga inom ramen för hälso- och sjukvårdens ansvar att informera om de möjligheter till stöd som andra aktörer, t.ex. föreningslivet, kan erbjuda samt att hänvisa till desamma.

[15] Det civila samhället fyller en viktig roll även som vårdgivare inom hälso- och sjukvård, men det är inte det som avses i detta sammanhang.

För att skapa goda förutsättningar för en brygga mellan hälso- och sjukvården, i vårt fall främst primärvården, och det civila samhället bedömer utredningen att det behöver skapas strukturer – på makro-, meso- och mikronivå – för att synliggöra de civila aktörerna och de insatser de kan erbjuda, samt koppla ihop deras tjänster med de som har behov av dem.

Primärvårdens verksamheter (hos såväl region som kommun), som finns nära människor i lokalsamhället, har en särskilt god utgångspunkt för att verka som en sådan brygga till det stöd som civilsamhället kan tillhandahålla. Enligt våra dialoger med företrädare för såväl primärvårdens verksamheter som civilsamhället så är dock sådan samverkan i dag i alltför hög grad ad hoc och personberoende. Finns någon bland medarbetarna på t.ex. en vårdcentral med kopplingar till (del av) det lokala föreningslivet ökar chansen för att det finns informationsmaterial kring deras aktiviteter i väntrummet. Men frånvaro av etablerade strukturer för hur man skapar en aktuell översikt av olika relevanta aktiviteter och stöd som det civila samhället lokalt kan erbjuda gör att den resurs som det civila samhället kan utgöra sällan fullt ut tas tillvara.

Vi bedömer att respektive huvudman (makronivå) bör ta ett samlat grepp för att skapa strukturer som ger förutsättningar för verksamheter och medarbetare i primärvården (mesonivå) att ha en överblick över tillgängliga alternativ som patienter kan få information om (mikronivå). Några av de goda exempel som presenteras nedan är tänkbara sätt hur detta skulle kunna göras. Utredningen vill slutligen liksom tidigare framhålla vikten av att sådana lösningar tillhandahålls på sätt som inte exkluderar vissa grupper. Även om digitala verktyg för många är det mest användarvänliga sättet att få information, så är det inte så för alla. Informationen måste tillhandahållas på olika sätt utifrån mottagarens möjligheter att ta del av den.

Verktyg för samverkan

Utredningen bedömer att regeringen och huvudmännen bör överväga möjligheterna att utforma tekniska lösningar på nationell nivå, som kan användas av huvudmännen för att samla och synliggöra lokalt tillgängliga stödinsatser från civilsamhället. Ett sådant uppdrag skulle

t.ex. kunna utgöra en del av arbetet med första linjens digitala vård[16] och utvecklingen av 1177 Vårdguiden.

Det skulle i så fall också kunna övervägas som ett villkor för verksamhetsbidrag enligt förordningen (2020:429) om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention (se avsnitt 3.1.6), och andra relevanta statliga verksamhetsbidrag till civilsamhället gällande psykisk ohälsa, att den ideella organisationen ansluter sig till eventuella tekniska lösningar som utvecklas på nationell nivå för att samla och synliggöra lokalt tillgängliga insatser från civilsamhället (se ovan), samt att man samverkar med lokala primärvårdsaktörer. På så sätt skulle möjligheten och incitamenten för samverkan öka, vilket också skulle påverka utväxlingen på de offentliga resurser som avsätts inom området.

Redan i dag finns det på 1177.se information om olika stöd- och hjälplinjer, drivna av civilsamhällesaktörer, som kan vara av relevans för personer med psykisk ohälsa. Även telefonrådgivningen 1177 kan hänvisa till dessa (se avsnitt 3.6). Dessa linjer, som ofta bemannas av volontärer, gör ett angeläget arbete och är oerhört viktiga för många som mår dåligt, eller har någon närstående som mår dåligt. Samtidigt saknas det i hög grad kvalitetssäkring av vilka linjer som 1177 Vårdguiden hänvisar till, liksom en strukturerad uppföljning av hur dessa hänvisningar görs eller om hänvisningar på ett relevant sätt hjälper personerna till ändamålsenligt stöd. För att ge bästa möjliga förutsättningar för 1177 Vårdguiden att hänvisa personer till adekvat stöd, och för att ge stödlinjerna bättre förutsättningar att ägna sig åt stödsamtal inom det område som man planerat och kompetenssatt för, bedömer utredningen att huvudmännen, genom Inera, bör initiera ett arbete för att utveckla en mer strukturerad samverkan mellan 1177 Vårdguiden och de olika stödlinjerna.

Goda exempel på samverkan med civila samhället

Uppsala – Förstärkt geografiskt hälsouppdrag inom effektiv och nära vård 2030

Som en del av Region Uppsalas arbete med effektiv och nära vård 2030 (vilket är regionens arbete med omställningen till God och nära vård, och som länets kommuner ställt sig bakom genom beslut under

[16] För mer info om detta se vidare Inera, *Första linjens digitala vård*, 2020.

2019–20) har man fattat beslut om en pilotstudie kring förstärkt geografiskt hälsouppdrag. Avsikten är att hitta formerna för ett arbetssätt som kan breddinföras i hela länet. Pilotstudien pågår från maj 2020 t.o.m. våren 2021 och genomförs i Tierps kommun och Gottsunda, en stadsdel inom Uppsala kommun.

Uppdraget är ett komplement till det hälsouppdrag som finns inom hälso- och sjukvården och syftar till att minska ojämlikhet i hälsa samt att förebygga sjukdomar så att resurserna räcker till de mest sjuka. Vid respektive vårdcentrum (eller hälsocentral i de kommuner som inte har tillräckligt befolkningsunderlag för att ha ett eget vårdcentrum) anställs en hälsosamordnare som samarbetar med verksamheter inom region och berörd kommun samt med ideella organisationer och statliga myndigheter m.fl. I uppdraget ingår bl.a.:

- Inventering och kontinuerlig uppdatering av lokala nätverk, verksamheter och kontaktpersoner inom hälsofrämjande arbete samt proaktivt lokalt nätverksarbete tillsammans med kommunen och andra aktörer.
- Att genomföra behovsinventeringar, vilket innebär identifiering av grupper med behov av hälsofrämjande insatser, vilka genomförs i dialog med kommun och andra lokala aktörer.
- Anordna och genomföra uppsökande hälsofrämjande insatser för befolkningen tillsammans med kommunen och andra aktörer i lokalsamhället.
- Uppföljning, såväl av insatserna som av hälsoläget i befolkningen. Uppföljningsuppdraget avser även hur samarbetet med kommun och andra lokala aktörer fortlöper.

Arbetet avser hälsofrämjande aktiviteter för grupper inom sakfrågorna: otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, riskbruk av alkohol, tobaksbruk, sömnvanor samt stress. Insatserna ska bygga på evidens och tas fram i samarbete med de målgrupper som ska delta. Exempel på aktiviteter är matlagningskurser, promenader, stress- och sömnkurser, hälsosamma matvanor och insatser för att förebygga sjukskrivningar. Exempel på arenor är studieförbund, öppna förskolor, SFI-skolor, träffpunkter, idrottshallar, företagsparker och bibliotek.[17]

[17] Skriftlig kommunikation med Region Uppsala.

Läs mer om Uppsalas omställningsarbete och verksamheten här: https://regionuppsala.se/samverkanswebben/samverkan-och-utveckling/halsa-och-vard/halsa-och-vard/effektiv-och-nara-vard-2030/.

Utredningens reflektion: Uppsalas arbete med Förstärkt geografiskt hälsouppdrag präglas av ett holistiskt synsätt som fångar flera aspekter som vi i utredningen lyft såväl i tidigare betänkande som detta. Arbetet tar fasta på behovet av att känna sin befolkning, och kunna sätta in tidiga insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa, och därmed använda resurser mer effektivt. Det visar också på behovet av samverkan för att nå framgång i detta arbete, såväl med andra delar av regionens verksamheter som med olika verksamheter inom kommunen, och med civilsamhället. Sakfrågorna som står i fokus reflekterar riskfaktorer för såväl fysisk som psykisk hälsa, och kan man nå framgång i att omhänderta dessa kan potentiellt stora hälsovinster nås, både för individer och samhälle.

Social aktivitet på recept (SAR) – pågående forskningsprojekt

SPiS (Social prescribing in Sweden) är ett pågående forskningsprojekt där forskare från Umeå universitet (UmU) tillsammans med kommunal aktivitetssamordnare och primärvård jobbar för att utveckla en svensk modell för Social aktivitet på recept (SAR). Idén är utvecklad och används i England, där man sedan flera år har satsat på att ge primärvården möjligheten att förskriva sociala aktiviteter. Konceptet har inte tidigare provats i Sverige.

SPiS inleddes 2019 och stöds ekonomiskt av Strategiska forskningsområdet Vårdvetenskap, Medicinska fakulteten UmU och Vinnova. Projektet har utvecklat en modell som riktar sig till seniorer som söker hjälp inom primärvården och som upplever ensamhet.[18] Modellen utgår från att alla som arbetar vid hälsocentralen ska vara medvetna och känna sig delaktiga i arbetet att motverka ensamhet. Därför kommer alla professioner som möter patienter att kunna initiera

[18] Ensamhet definieras som ett tillstånd då personen upplever att hens sociala aktiviteter och sociala sammanhang inte är tillfredsställande. Ensamhet har i forskning uppmärksammats som en riskfaktor både för ökad dödlighet och sjuklighet (jämförs med att röka 15 cigaretter per dag, se Holt-Lunstad, *The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors*. Public Policy & Aging Report, 2017, Vol. 27, No. 4, s. 127–130).

frågan om ensamhet. Om personen beskriver en situation av ensamhet ska rutinen vara att hen erbjuds att träffa någon ur SAR-teamet. Detta team består av professioner som har kompetens och erfarenhet av aktivitet som behandling och att möta ensamhetsproblematik. Utifrån bedömning förskrivs social aktivitet på recept och personen guidas till ansvarig för förskriven aktivitet vilken genomförs helt eller delvis av lokala organisatörer, t.ex. pensionärsorganisationer eller i samverkan med kommunala aktivitetsinitiativ. Aktivitetsansvarig ger stöttning att delta i aktiviteten utifrån SAR-receptet.

Modellen kommer testas utifrån genomförbarhet och effekter både på aktivitet, välbefinnande och ensamhet. För projektets genomförande, och möjlighet till uppskalning i senare skede, sker förankring i regionens primärvård såväl som i kommunens ordinarie verksamhet för att ge äldre möjlighet till en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Datainsamlingen har tyvärr tillfälligt pausats p.g.a. coronapandemin men planeras att återupptas när situationen åter tillåter det.[19]

Hör mer om verksamheten:
https://www.umu.se/forskning/popularvetenskapliga-arrangemang/fika-efter-en-forskare/ingeborg-nilsson-morgondagens-medicin--social-samvaro-pa-recept/.

Utredningens reflektion: Ensamhet i sig är inte en diagnos, men som beskrivet är det en riskfaktor både för ökad dödlighet och sjuklighet. Såväl för individers välbefinnande som för samhället i stort är det därmed önskvärt att kunna tillhandahålla stöd för att hjälpa människor ur ensamhet och därmed till bättre psykisk hälsa. Även om det inte är hälso- och sjukvården som kan eller ska tillhandahålla det direkta stödet för att komma ur ensamhet, så kan vi räkna med att människor även fortsatt kommer att vända sig till primärvården utifrån de symtom och den oro som för många följer med ensamheten. Att utveckla fungerande och strukturerade verktyg för att primärvården, i svensk kontext, ska kunna lotsa dessa vidare till andra samhällsaktörer, ofta i civilsamhället, är därmed angeläget.

[19] Samtal med Ingeborg Nilsson 20-09-24; Nilsson Ingeborg, *Kan morgondagens medicin vara social samvaro på recept?*, Hälsa nummer 3, 2020.

App för sociala aktiviteter – pågående projekt (@geing Online)

Ett gott exempel på pågående utveckling av en teknisk plattform i mindre format, som en metod att sprida kännedom om civila aktörer och deras verksamhet, är ett arbete som Umeå universitet i samverkan med Finland gjort. Inom projektet @geing Online arbetar man med att ta fram en applikation för mobil, avsedd att användas av seniora personer, som ger användaren kännedom om pågående eller kommande sociala aktiviteter i dennes närområde. Användaren kan även annonsera egna arrangerade sociala aktiviteter för att få sällskap. Arbetet med att utveckla applikationen har gjorts tillsammans med dels seniora personer, dels med teknikföretag och organisationer som ordnar sådana sociala aktiviteter som applikationen avser att presentera. Arbetet utgör ett gott exempel på hur civila aktörer med digitala hjälpmedel kan tillhandahålla sina tjänster till de som har behov av dem.

Läs mer om verksamheten: https://www.abo.fi/projekt/geing-online-digitala-tjanster-for-meningsfulla-sociala-aktiviteter-bland-botniaregionens-aldre/.

Utredningens reflektion: Projektet är ett intressant exempel på hur man på ett strukturerat sätt försöker synliggöra lokalt tillgängliga insatser från civilsamhället, med involvering av dem som tjänsten är till för i själva utvecklingsarbetet. Sådana applikationer skulle potentiellt också kunna användas i primärvården, för att hänvisa patienter vidare till relevanta stöd och aktiviteter som tillhandahålls av civilsamhällesaktörer fysiskt i närområdet eller digitalt.

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Fysisk aktivitet kan minska risken för eller förbättra symtomen vid flera olika sjukdomar, däribland depression. Den som behöver stöd med detta kan få Fysisk aktivitet på recept, (FaR). FaR är en metod för att främja fysisk aktivitet som utgår från hälso- och sjukvården. I dag står Sveriges regioner som huvudmän för arbetet. FaR innebär att hen får ett recept på någon rörelseaktivitet. Aktiviteten är anpassad till de förutsättningar och önskemål hen själv har. Fysisk aktivitet kan

komplettera och/eller ersätta läkemedel. Ibland är fysisk aktivitet den bästa medicinen där aktiviteten blir huvuddelen av en behandling.

I metoden ingår fem grundkomponenter:

- personcentrerat samtal
- FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling)
- individuell skriftlig ordination
- samverkan med aktivitetsarrangörer, samt
- uppföljning.

Den mest centrala delen i metoden är det personcentrerade förhållningssättet i samtalet som leder fram till rekommendationer för fysisk aktivitet vilka förmedlas genom en skriftlig ordination. Det är kombinationen av dessa komponenter, som i vetenskapliga studier har visats kunna påverka den fysiska aktiviteten hos individen över tid. Kunskapsbanken FYSS sammanfattar evidens för hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla ett stort antal sjukdomar. Exempelvis diabetes, högt blodtryck, kärlkramp, värk i rygg och axlar, sömnproblem och depression.

All legitimerad personal inom hälso- och sjukvården kan förskriva FaR. Till exempel en fysioterapeut, läkare, sjuksköterska, psykolog, dietist, arbetsterapeut eller barnmorska. Det finns många olika aktiviteter som kan rekommenderas i FaR. Många regioner tillhandahåller olika slags förteckningar över tillgängliga aktiviteter.

Flera av aktiviteterna kan genomföras på egen hand och innebär ingen direkt kostnad för patienten. Andra aktiviteter erbjuds av motionsanläggningar och föreningar som ofta tar ut en avgift. Denna avgift betalar patienten själv eftersom den inte ingår i hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd, men många arrangörer ger rabatt mot att man visar upp ett FaR-recept.

Läs mer om verksamheten:
https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/eupap--far-pa-export-till-europa/.

Utredningens reflektion: Sedan dåvarande Statens folkhälsoinstitut utvecklade FaR 2001, har modellen utvecklats och anpassats till regionala och lokala förutsättningar. Likaså har kunskapsstödet i FYSS, som används som grund för ordinationen, kontinuerligt uppdaterats och utvecklats. Likväl signalerar många i hälso- och sjukvården att kunskapen om betydelsen av fysisk aktivitet inte används i tillräcklig utsträckning i hälso- och sjukvården, och att användningen av FaR är ojämnt spridd och olika tillämpad i olika verksamheter. Konceptet är dock etablerat över hela landet och borde därmed kunna nyttjas i än högre grad än i dag och vara en aktiv del av strategier för att bemöta den psykiska ohälsan.

Häng med oss ut 2.0 (HMOU 2.0)

Utifrån forskning kring naturens positiva effekter på återhämtning, kamratstöd och aktivitetens betydelse för hälsa startades 2016 projektet Häng med oss ut, med ekonomiskt bidrag från Region Skåne. Projektet var ett samarbete mellan socialpsykiatrin i Sjöbo kommun och Friluftsfrämjandets lokalavdelning Sjöbo. Projektets syfte var att ”möjliggöra för kunder i socialpsykiatrin att prova på friluftsaktiviteter i en lokal förening”.

Projektet blev så lyckat att fler kommuner ville göra detsamma och projekt ”Häng med oss ut 2.0” blev en treårssatsning som nu (2020) är inne på sitt andra år. Häng med oss ut 2.0 är ett samarbete mellan de socialpsykiatriska verksamheterna i Skånekommunerna: Sjöbo, Ystad, Tomelilla, Skurup och Simrishamn samt Friluftsfrämjandet. Projektet finansieras av samverkansmedel för de fem deltagande kommunerna. Tolv medarbetare som arbetar i socialpsykiatriska verksamheter från tre kommuner gick Friluftsfrämjandets ledarutbildning för att kunna arbeta i projektet. Under första året har 15 personer kopplade till socialpsykiatriska verksamheterna träffats för aktiviteter en eftermiddag var tredje vecka.

För att kunna följa deltagarnas återhämtningsresa intervjuas alla deltagare före medverkan i projektet och sedan efter ett års medverkan, av brukarrevisorer. Från brukarrevisionens första rapport framgår bl.a. följande:

> Deltagarna skulle, precis som vid kick-off-intervjuerna, skatta sitt mående på en skala 1–6 där 1 var det sämsta och 6 det bästa. Olika symtom listades, såsom ångest, depression, social fobi, nedstämdhet, tvångssyndrom,

> självskada, koncentrationssvårigheter, rastlöshet, malande ältande tankar, rädsla, nervositet, glädje, tillfreds. Jämförelsen visar att det skett stegförflyttningar till det bättre på samtliga områden för alla deltagare.
>
> Avslutningsvis kan man säga att det generella måendet har förbättrats. Deltagarna kanske inte tar sig ut i naturen oftare, men nyfikenhet, mod och den sociala förmågan har förbättrats. Deltagare har vågat prova nya saker och har fått nya vänner. De känner sig säkrare och har blivit piggare.

Det kan också noteras att elva deltagare har gått Friluftsfrämjandets utbildning till hjälpledare och är nu aktiva i andra grupper både inom socialpsykiatriska verksamheterna (där de kan fungera som peer support) och i Friluftsfrämjandets övriga grupper.

Inom socialpsykiatrin i Sjöbo finns utöver projektgruppen två HMOU-grupper som ingår i den ordinarie verksamheten.

Läs mer om verksamheten: https://www.sjobo.se/omsorg-och-stod/psykisk-halsa/hang-med-oss-ut.html.

Utredningens reflektion: Denna verksamhet riktar sig till personer som får insatser från socialpsykiatrin i kommunerna. Samtidigt är det troligt att flera i den potentiella målgruppen också kommer i kontakt med regionens och/eller kommunens primärvård utifrån såväl besvär kopplade till såväl fysisk som psykisk ohälsa, vilket gör den till ett gott exempel för många att ta efter. Man kan tänka sig att en strukturerad samverkan mellan såväl olika delar av kommunens verksamhet som mellan kommunens och regionens verksamheter, skulle kunna bidra till att fler i den potentiella målgruppen får möjlighet att ta del av denna typ av stöd. Liknande insatser skulle troligen också kunna erbjudas till andra målgrupper med psykisk ohälsa med liknande effekter. Vidare utveckling och utvärdering av denna typ av insatser är därmed önskvärda.

6.3 Förutsättningar för Rätt stöd till psykisk hälsa

För att uppnå ett integrerat arbetssätt i enlighet med intentionen i modellen Rätt stöd till psykisk hälsa krävs en infrastruktur som ger förutsättningar och stödjer systemet till en sådan förändring. Det gäller en rad områden; patientdelaktighet, utbildning och kompetensförsörjning, forskning och utveckling, adekvata och evidens-

baserade kunskapsstöd samt finansiering. Vi gör här ett antal bedömningar av hur sådana förutsättningar kan skapas.

Avslutningsvis presenterar vi en möjlighet till utvecklingsarbeten i form av geografiska modellområden för implementering av Rätt stöd till psykisk hälsa. Vi lyfter där särskilt möjligheten till (och nyttan med) samtidig följeforskning vid ett sådant införande i en avgränsad lokal kontext.

6.3.1 Strukturer för patientdelaktighet och anhörigstöd

Bedömning: Utredningen bedömer att huvudmännen tillsammans med verksamheter på primärvårdsnivå behöver utveckla metoder för att strukturerat inkludera patienters synpunkter och erfarenheter för uppstart, utveckling och uppföljning av verksamheten gällande psykisk ohälsa.

För att människor ska ha goda förutsättningar att vara delaktiga i sin vård och tillgodogöra sig insatser från vården, behöver befolkningens hälsolitteracitet beaktas och stärkas. Utredningen bedömer att huvudmännen bör stärka och utveckla utbudet av relevanta psykopedagogiska insatser för psykisk hälsa.

Utredningen delar Socialstyrelsens bedömning att huvudmännen bör utveckla skriftliga rutiner för stöd till närstående,[20] för att därigenom öka andelen som får ta del av stödinsatser.

Skäl för utredningens bedömning

Vikten av delaktighet

Att hälso- och sjukvården så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten framgår av PL. Likaså att patientens medverkan i vården alltid ska utgå från de egna önskemålen och förutsättningarna.[21] Av tradition har dock vården i hög grad utgått från sina egna perspektiv, och från sina egna stuprör, i förhållande till diagnoser, organ, professioner och organisationer.

[20] Kort om begreppen: I 5 kap. 10 § SoL benämns personer som ger insatser till närstående anhörig eller annan person. Annan person är någon utanför familjekretsen exempelvis en vän eller granne. Ibland används begreppet närstående även om de anhöriga, framför allt inom hälso- och sjukvården.
[21] 5 kap. 1 och 2 §§ PL.

För att skapa den moderna vården, som möter dagens behov och förväntningar, behöver vi lära av patienter och deras närstående och låta deras behov, preferenser och resurser vara en utgångspunkt i utformningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Patienters medskapande till sin egen hälsa och vård är en ofta förbisedd resurs som i högre utsträckning behöver tillvaratas och stödjas.[22] Det handlar om ett skifte från att se patienter som mottagare av vårdtjänster till aktörer i ett gemensamt partnerskap med hälso- och sjukvården. Detta innebär såväl ett kultur- som maktskifte. Detta skifte medför också att vi skapar möjlighet för den som vill och kan att ta större ansvar för sin egen vård. Det finns enligt utredningens mening ingen motsättning mellan ett sådant förhållningssätt och behovet av standardiserade insatser på gruppnivå, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Tvärtom förutsätter ett individanpassat arbetssätt tydliga strukturer för hur vården ska utformas på gruppnivå, och utifrån beslutade prioriteringsordningar. Detta har utredningen beskrivit även i tidigare betänkanden.[23]

Utredningen konstaterar i detta sammanhang att flera olika begrepp kan användas för att beskriva ett sådant medskapande. Ibland används termer som patientinvolvering eller patientinflytande, andra gånger partnerskap eller patientdelaktighet. Delaktighet är det begrepp som används i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning (PL), och vi väljer därför att använda oss av detta begrepp i det följande.

Kopplat till delaktighet talas det om såväl patientdelaktighet som brukardelaktighet. Detta främst utgående från vilken typ av verksamhet det rör sig om. När man är inom hälso- och sjukvården är man enligt lagstiftningen patient, och som mottagare av insatser under SoL benämns man ofta som brukare. Med medvetenhet om att en människa inte bara är patient och/eller brukare, utan just en människa, med ett liv även bortom de tjänster hen får med stöd av hälso- och sjukvården och/eller socialtjänsten, kommer vi här att utgå från begreppet patient, eftersom vårt uppdrag utgår från ett hälso- och sjukvårdssammanhang.

[22] Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, 2018, s. 3.
[23] Se framför allt avsnitt 3.2.1 i SOU 2020:19 *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* samt avsnitt 5.1.7 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

”Inget om oss utan oss”

Utredningen vill liksom i tidigare betänkanden framhålla vikten av patientdelaktighet på alla nivåer, såväl individuell som organisatorisk nivå och såväl på verksamhets- som övergripande strategisk nivå. I det följande väljer vi att fokusera på vikten av att skapa förutsättningar för delaktighet vad gäller just organisatorisk nivå, dvs. styrning och utveckling av vården.

Det kan upplevas svårt att få till stånd hållbara strukturer för patientdelaktighet inom kommun och region samtidigt som behovet av långsiktiga strategier för att etablera fungerande arbetsformer är stort. Utredningen bedömer att huvudmännen tillsammans med verksamheter på primärvårdsnivå bör utveckla metoder för att strukturerat inkludera patienters synpunkter och erfarenheter, som en del av underlaget för uppstart, utveckling och uppföljning av verksamheter, inklusive utbildning, gällande psykisk ohälsa. Genom att samverka med etablerade patient-/anhörigorganisationer eller nätverk i detta arbete ges goda förutsättningar för representanter att inhämta synpunkter från och förankra beslut hos sin organisation och andra patienter. Från patientrörelsen har framförts att det finns ett behov av att detta görs på sätt som långsiktigt bygger strukturer och kompetens inom området, inte bara genom kortsiktiga projekt.

Detta är också i linje med SiS[24] standard ”Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård” (SS-EN 17398:2020). I denna lyfts att ledningsgrupper, organisationer och beslutsfattare/politiker ska säkerställa:

a) ett interprofessionellt förhållningssätt, för kvalitetsförbättring på operativ och strategisk utvecklingsnivå, inklusive deltagande av ombud för patient

b) en strukturerad utvärdering och uppföljning av patientrapporterade resultatmätningar (PROM), såsom symtom, funktionell kapacitet, livskvalitet, hälsostatus och patientrapporterade erfarenhetsmätningar (PREM) under och efter vårdperioderna

c) stöd för och tillhandahållande av nödvändiga resurser och strukturer för patientdelaktighet på organisations- och systemnivå, samt vid behov inrättande av patientorganisationer

[24] Svenska institutet för standarder.

d) utbildning och fortbildning i patientdelaktighet som en del av utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal

e) skapande av strukturer och policyer för systematisk kvalitets- och säkerhetsförbättring beträffande patientdelaktighet

f) periodisk uppföljning av dokumenterade vårdplaner som inkluderar patientens mål och delat beslutsfattande. Om de fastställda målen inte uppfylls ska en förbättringsplan utvecklas, genomföras och utvärderas inom det följande året.

Nedan följer några exempel på former och metoder för arbetet med strukturerad patientdelaktighet.

Peer support

Peer support (översätts ibland till kamratstödjare eller mentor i svensk kontext) innebär att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning/variation blir professionellt verksamma inom vård och omsorg för att stötta brukare och patienter i deras återhämtningsprocesser. De kan verka på en rad olika sätt och i olika verksamheter. Gemensamt är att de erbjuder hjälp och stöd som en jämlike och delar personliga erfarenheter av återhämtning på ett sätt som inger hopp. Då de har egen erfarenhet av att ha hittat sätt att hantera kriser tillför de självförtroende och engagemang i stödet till andra.

Peer support är en relativt ny, men växande yrkesroll. I flera länder är yrkeskategorin en naturlig del i den psykiatriska vården. Det ökande användandet av yrkesgruppen går i linje med ett ökat fokus inom psykiatrin på att stödja patienternas hälsa, eget engagemang och s.k. personlig återhämtning. Personlig återhämtning handlar om att finna mening och hopp i livet och att leva ett tillfredställande liv, definierat av personen själv. Till skillnad från klinisk återhämtning så förutsätter inte personlig återhämtning att personen är symtomfri.

Internationell forskning gällande effekten av att få stöd av en mentor/peer support för patienter visar på fördelar såsom både ökad återhämtning och ökad livskvalitet, empowerment, ökad social förmåga och integration, en känsla av hopp och kontroll samt ökad upplevelse av social inkludering och tillfredställelse med livet. Andra studier pekar mot minskat behov av psykiatrisk vård och minskad

nivå av symtom. Även om många studier visar på fördelar behövs fler studier för att visa på en effekt. Forskning visar också att det ligger många utmaningar i implementeringen av denna nya yrkesroll.[25]

Patient-/brukarrevisioner

En brukarrevision är enligt Riksförbundet för Social och Mental Hälsas (RSMH) och Schizofreniförbundets definition en granskning av en enhet eller verksamhet som ger vård, stöd eller service till personer med psykiska funktionshinder som utförs av brukare och/eller närstående. En brukarrevision är alltså en granskning av en verksamhet som utförs av personer med egen erfarenhet och där dessa kommer fram till vad som ska undersökas, utför intervjuerna som ingår i granskningen, tar fram rapport kring vad som enligt granskningen varit bra i verksamheten som granskats, mindre bra och utvecklingsförslag, samt återkopplar dessa resultat till verksamhetens ledning och personal.

I utvärderingen av Psykiatrireformen lyfts brukarrevision fram som en metod som regioner (då landsting), kommuner och brukarorganisationer bör ta initiativ till för att öka brukarinflytandet och därigenom höja kvaliteten av vård och omsorg.[26]

Brukarrevisioner har de senaste tio åren börjat användas i allt större skala. Ofta har brukarrevisioner genomförts på psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter, t.ex. öppenvårdsmottagningar, heldygnsvårdsavdelningar och boendestöd. I flera regioner har brukarrörelsen byggt upp team av brukarrevisorer och brukarrevisionssamordnare och utvecklar såväl psykiatrins som socialpsykiatrins verksamheter. På andra håll i Sverige har intresset för brukarrevisioner mer nyligen aktualiserats.

Som namnet antyder är det en metod som hittills främst använts inom socialtjänstens område, men själva grundprinciperna för modellen bedömer utredningen, i likhet med flera i patient-/brukarrörelsen, att man kan utveckla och använda i hela vårdkedjan, inklusive primärvården.

[25] Argentzell E, *"Som en länk mellan patient och personal" – Utvärdering av införandet av mentorer som en ny yrkeskategori inom Psykiatri Skåne*, 2017, s. 2 (ytterligare referenser finns i denna källa).
[26] NSPHiG, *Brukarstyrd brukarrevision som inventerings- och uppföljningsverktyg*, 2015.

Hälsolitteracitet som en förutsättning för meningsfull delaktighet

För att människor ska ha goda förutsättningar att vara delaktiga i sin vård och tillgodogöra sig insatser från vården, vad gäller såväl fysisk som psykisk hälsa, behöver befolkningens hälsolitteracitet beaktas och där relevant stärkas. Att uppnå ett mer strukturerat arbete vad gäller befolkningens hälsolitteracitet kräver insatser på olika nivåer i systemet, och hos många olika samhällsaktörer.

Ett sätt att stärka hälsolitteraciteten inom området psykisk hälsa kan vara psykopedagogiska insatser. Utredningen bedömer att huvudmännen, såväl regioner som kommuner, bör stärka och utveckla utbudet av relevanta psykopedagogiska insatser kopplade till psykisk hälsa.

I vårt huvudbetänkande ställde vi dialogfrågor; bl.a. om det i dag saknas kunskap kring hur man ska ta hand om sig själv för att må så bra som möjligt; om hur man bör förstå tidiga tecken på psykisk ohälsa; och hur man bör agera när en själv eller närstående drabbas. I de svar vi fått framgår att det ibland, och kanske framför allt i vissa grupper, finns utmaningar vad gäller kunskap om psykisk hälsa jämfört med fysisk hälsa, bl.a. utifrån stigma. Men minst lika mycket lyfts utmaningar med att faktiskt sålla i ett stort informationsflöde, och tillämpa den kunskap man har, framför allt om man mår dåligt.

Nästan genomgående utrycks dock att det finns för lite kunskap om hur man kan förstå och känna igen tidiga tecken på psykisk ohälsa, och att detta kan gälla såväl individer själva som personer som möter dem i samhället. Våra dialoger pekar också på att i vissa mål- och riskgrupper, t.ex. nyanlända och asylsökande, är t.ex. 1177 Vårdguiden mer eller mindre okänt. Olika personer har dessutom olika nivåer av såväl digital färdighet som grundläggande hälsolitteracitet, och därmed olika förmåga att själv söka, värdera och ta till sig adekvat information. Återigen har hälso- och sjukvården en avgörande funktion i att bidra till att utjämna dessa skillnader, och genom att bidra med målgruppsanpassad information och psykopedagogiska insatser, underlätta hanteringen av den psykiska ohälsan i vardagen.

Anhörigas roll och delaktighet

Som vi har sett i avsnitt 2.9 är anhöriga, dvs. personer som vårdar eller stödjer en närstående (oavsett om denne lider av fysisk eller psykisk ohälsa) en grupp som själva riskerar att drabbas av ohälsa, inklusive psykisk ohälsa. För dessa personer är det av stor vikt att de – utifrån den egna förmågan och situationen – görs delaktiga i vården av den närstående, med beaktande av den närståendes integritet. Eftersom den närståendes mående i hög grad påverkar det egna måendet är välfungerande relationer till dennes vård- och omsorgskontalter av stor vikt. Detta stöds också av PL som anger att patientens anhöriga/närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindar detta.[27]

Utöver detta upplever dock också många ett behov av eget stöd i sin roll som anhörig, samt upplever att man i dag inte får information om och/eller tillgång till sådant stöd. Detta trots att kommunerna har ett lagreglerat ansvar att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Regionerna har också enligt HSL en skyldighet att särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.[28]

Den bristande tillgången till stöd speglas också i Socialstyrelsens noteringar om en frånvaro av rutiner i hälso-och sjukvårdens verksamheter för hur stödet till närstående ska gå till.[29] Utredningen bedömer därför att det är angeläget att huvudmännen och primär-

[27] 5 kap. 3 § PL.
[28] 5 kap. 7 § HSL.
[29] Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

vårdsverksamheter i såväl region som kommun säkerställer att det finns rutiner för hur stöd till närstående ska tillhandahållas.

Utredningen vill också framhålla vikten av samverkan mellan såväl olika verksamheter som olika huvudmän för att kunna erbjuda ett relevant och ändamålsenligt stöd till anhöriga. Det kan t.ex. handla om insatser för att få mer kunskap om den närståendes funktionsnedsättning/sjukdom men också om stödsamtal, rådgivning och/eller avlösarservice för den anhöriga själv.

Goda exempel

Digital peer support – verksamhetsexempel

I VGR har man arbetat med att införa internetbaserad behandling i primärvården, via Stöd- och behandlingsplattformen (SoB) på 1177 Vårdguiden, för bl.a. sömnproblem, ångest och panik, stresshantering samt depression. Kopplat till detta arbete finns också ett antal pågående forskningsprojekt, bl.a. om digital peer support.

Peer support har tidigare använts inom psykiatri och socialpsykiatri. En ny forskningsstudie visar att det är genomförbart och upplevdes som positivt av patienterna att involvera peer support även i internetbaserad vård vid psykisk ohälsa i primärvården. I studien genomgick patienter som sökte för ångestproblem i primärvården ett åtta veckors långt internetbaserat KBT-program och erbjöds extra stöd av peer supportrar under tiden för behandlingen.

Patienterna hade en positiv upplevelse av kontakten med peer supportrarna och upplevde att det gav en personlig kontakt att kunna dela svårigheter med en professionell person som hade liknande erfarenheter med sig. Resultaten visade också att patienterna, med stöd av peer support, upplevde ökad känsla av ”empowerment” (på svenska: egenmakt) tre månader efter behandlingens slut, samt att de upplevde minskade ångestsymtom efter behandlingens slut, vilket höll i sig vid en tremånaders uppföljning. Studien föreslår att man utvärderar effektiviteten av peer supportrar i internetbaserad vård i större randomiserade kontrollerade studier.

Studien genomfördes i samarbete mellan FoU primärvård Södra Älvsborg, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet och brukarorganisationen Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg (NSPHiG).

Läs mer om verksamheten:
https://www.vgregion.se/f/regionhalsan/FoU-primarvard/forskningsplattformar/psykisk-halsa-och-ohalsa/aktuellt-inom-plattformen/peer-support/.

Utredningens reflektion: Detta arbete visar på hur e-hälsolösningar möjliggör tillhandahållande av peer support digitalt, med goda resultat för deltagarna. Använda på rätt sätt, och utvecklade tillsammans med dem tjänsterna är till för – såsom i den aktuella studien – har e-hälsolösningar även i detta avseende möjlighet att öka ett personcentrerat stöd- och behandlingsutbud. Samtidigt måste det alltid säkerställas att digitala lösningar inte blir det enda sättet att få viss hjälp, eller på andra sätt utestänger vissa grupper.

Brukarrevision av Region Uppsalas och Uppsala läns arbete med statsbidraget psykisk hälsa

I Uppsala har man använt sig av brukarrevision för att följa upp Region Uppsalas och Uppsala läns arbete med statsbidraget för psykisk hälsa för 2019 utifrån ett brukar- och delaktighetsperspektiv. Brukarrevisionen hade också till syfte att ta fram ett underlag som tjänstemannaledningen, Hälsa, Stöd, Vård och Omsorg (HSVO) kan använda i sitt fortsatta arbete med brukardelaktighet i denna satsning och i det övergripande arbetet för att stärka brukardelaktigheten inom Uppsala län. Frågorna man ville ha svar på var:

- Hur säkerställs demokratiperspektivet, dvs. representativ brukardelaktighet utifrån faktorer som ålder, kön och olika former av psykisk ohälsa, i arbetet med statsbidraget psykisk hälsa i Uppsala län?
- På vilken eller vilka nivåer är brukarföreningarna delaktiga i arbetet med statsbidraget psykisk hälsa i Uppsala län?
- Hur får huvudmännen ut det de behöver i brukardelaktighet?
- Förbättringsförslag utifrån brukarrevisionen.

Uppdraget utfördes av Brukarrevisionsbyrån i Uppsala län och innebar att intervjua brukarföreningar och nyckelpersoner inom Region Uppsala och två utvalda kommuner i Uppsala län[30] som berörs av arbetet med den länsgemensamma handlingsplanen för psykisk hälsa 2019. Intervjuerna skedde både i grupp och enskilt med representanter från psykiatriföreningarna i Uppsala och Tierps kommun som är verksamma inom området psykisk hälsa samt med Funktionsrätt Uppsala län och Forum för brukarinflytande. Intervjuer genomfördes med tjänstemän inom Region Uppsala, Uppsala kommun och Tierps kommun.

Förbättringsförslagen från psykiatriföreningarna kunde samlas under tre huvudsakliga områden:

1. Ett ökat stöd som kan ta sig uttryck i form av anställning, stöd och arvodering. För att möjliggöra medverkande.
2. Kommunikation: mer och tydligare kommunikation samt fungerande kommunikationsvägar.
3. Bemötande och lika villkor.

Läs mer om verksamheten: https://briu.se/wp-content/uploads/2020/02/Brukarrevsion-Psykisk-ha%CC%88lsa-slutversion-200215.pdf.

Utredningens reflektion: Som vi sett ovan har utvärdering av typen brukarrevision hittills främst använts i psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter. Exemplet från Uppsala visar dock på hur man använt samma struktur för att titta på helheten i arbetet under länets – här i bemärkelsen både region och kommuner – arbete med statsbidragen som följer av överenskommelsen om psykisk ohälsa. Detta bör kunna tjäna som exempel och inspiration för att tillämpa metodiken på fler områden och verksamheter. Grundprinciperna för modellen bör med fördel kunna utvecklas och användas i hela vårdkedjan, inklusive primärvården.

[30] På grund av arbetsområdets omfattning valde uppdragsgivarna att koncentrera sig på två av regionens kommuner.

Återhämtningsguiden

Återhämtningsguiden är ett pedagogiskt verktyg som fokuserar på återhämtning för personer med psykisk ohälsa och är ett självhjälpsverktyg som tagits fram av brukarrörelsen (NSPH Skåne) i samarbete med professionen, med finansiering av Allmänna Arvsfonden. Den som i sin yrkesroll möter målgruppen kan också använda Återhämtningsguiden som ett stöd i arbetet. Materialen är skrivna av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och bygger på en framtagningsprocess bestående av egenerfarna, anhöriga, professionella, forskare m.fl. I nuläget finns tre olika återhämtningsguider:

- *Återhämtningsguiden för dig som mår dåligt*. Riktar sig till den som mår dåligt och har behov av återhämtning. Den är uppdelad i fyra kapitel och innehåller bl.a. berättelser om återhämtning, vart en kan söka stöd, samt vad som varit hjälpsamt för andra som mått dåligt. Den innehåller också verktyg som ger möjlighet till reflektion kring vad en kan göra för att må bättre.

  Materialet kan användas i verksamheter som möter personer som mår dåligt, t.ex. hälso-/vårdcentraler, öppenvårdsmottagningar, socialpsykiatrin, studenthälsan, företagshälsovården, föreningar med flera.

- *Återhämtningsguiden för dig som står nära någon som mår dåligt*. Materialet är uppdelat i fem kapitel och innehåller bl.a. berättelser från andra anhöriga, vanliga tankar och känslor, förhållningssätt och bemötande samt vart en kan söka stöd. Den innehåller också verktyg som ger möjlighet till reflektion om vad som kan vara viktigt i den egna återhämtningen.

  Materialet kan användas i verksamheter som möter anhöriga, t.ex. av anhörigkonsulenter, inom psykiatrin, socialpsykiatrin, studenthälsan, företagshälsovården, föreningar m.fl.

  Denna guide tas fram genom ett projekt från Allmänna Arvsfonden under perioden 2019–2022 och kommer på sikt även att lanseras som mobilapplikation samt studiecirkel.

- *Återhämtningsguiden för dig inom heldygnsvård*. Ett verktyg för den som är inlagd på en heldygnsvårdsavdelning och syftar till att skapa en förståelse för nuläget och en plan för såväl återhämtning, som tiden efter utskrivning.

Läs mer om verksamheten: http://www.aterhamtningsguiden.se/.

Utredningens reflektion: Att återhämta sig efter en kris eller period av psykisk ohälsa är en individuell process, som ofta kan vara utmanande. Som vi sett i avsnitt 2.2.5 kan psykoedukation medföra att det blir lättare att hantera olika svårigheter och diagnoser, genom att man får mer kunskap om och förstår varför olika saker och situationer känns svåra. Återhämtningsguiderna är exempel på sådana material, initierade av egenerfarna och framtagna tillsammans med såväl dem de berör som med forskare. Dessa kan spela en viktig roll, både vad gäller att förmedla hopp om att livet kan bli bättre igen, och samtidigt visa på att processerna ofta tar tid. Återhämtningsguiden kan bidra till förståelse för det.

6.3.2 Utbildning och kompetensförsörjning

Bedömning: Nationella vårdkompetensrådet bör inom ramen för sitt uppdrag kartlägga behoven av kompetensförsörjning vad gäller psykisk ohälsa i primärvården. I ett sådant arbete bör man särskilt beakta den kommunala hälso- och sjukvårdens behov.

Huvudmännen bör säkerställa erforderlig kompetens i primärvården vad gäller psykisk ohälsa och vid behov tillhandhålla nödvändiga kompetensutvecklingsinsatser.

Mot bakgrund av verksamhetens behov, och att det återkommande refereras till grundläggande psykoterapiutbildning som kompetenskrav i huvudmännens förfrågningsunderlag, bedömer utredningen vidare att regeringen bör överväga att utreda om det finns behov av att standardisera och kvalitetssäkra utbildningen.

För att kunna stödja andra människor till hälsa måste också goda förutsättningar finnas för den egna hälsan. Därför bör huvudmännen särskilt beakta att det erbjuds ändamålsenliga insatser till stöd för medarbetarnas hälsa.

Skäl för utredningens bedömning

Ökad kunskap om kompetensbehoven

Nationella vårdkompetensrådet med tillhörande kansli inrättades den 1 januari 2020 på Socialstyrelsen. Rådet är ett samverkansforum mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och UKÄ. Nationella vårdkompetensrådets uppdrag innebär att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att tillgängliggöra sammanställningar av fakta- och kunskapsunderlag och utifrån dessa göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven, inklusive behovet av framtidens vårdkompetenser. Syftet är att främja samverkan mellan berörda aktörer och säkerställa att samtliga aktörer har en gemensam bild av kompetensförsörjningsbehoven i vården. Rådets verksamhet omfattar offentlig och privat hälso- och sjukvård, inklusive kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och tandvård. Uppdraget fokuserar initialt på högskoleutbildade yrkesgrupper. Rådet kan lämna bedömningar om behov av förändringar av dimensionering, utbud och innehåll i utbildningar.

Utifrån våra kartläggningar och analyser i kap. 3 gör vi bedömningen att rådet särskilt bör kartlägga behovet av kompetenser för att möta psykisk ohälsa i primärvården, eftersom detta inte går att utläsa av nuvarande rapportering. En sådan sammanställning bör omfatta såväl regioner som kommuner. Sammanställningen bör utgå mer från just den samlade situationen i primärvården, och olika professioners samverkan där, och i mindre utsträckning från kartläggning av enskilda yrkesgrupper som separata stuprör. Digitaliseringens påverkan på kompetensförsörjningen bör beaktas. Det bör noteras i sammanhanget att inom området psykisk ohälsa verkar många yrkesgrupper utan högskoleutbildning, i kommunens verksamheter, men också i regionernas. Exempel på detta är undersköterskor, skötare och i vissa fall personer med grundläggande psykoterapiutbildning. Yrkestitlar som KBT-behandlare och samtalsterapeut förekommer utan närmare specifikation av utbildningsnivå. Då dessa inte är reglerade titlar finns det inte någon fastslagen standard för vilka kompetenskrav som ska gälla, och inte någon systematisk uppföljning på nationell, eller vad vi känner till, regional nivå. Utredningens bedömning är att det vore att föredra att översynen av kompetensförsörjningen omfattar samtliga ingående yrkesgrupper. Om detta

inte är möjligt inom ramen för vårdkompetensrådets uppdrag skulle en sådan översyn också kunna genomföras, vad gäller icke legitimerade yrkesgrupper, av annan aktör, t.ex. Socialstyrelsen.

Bristen på medarbetare med kompetens att utföra psykologiska behandlingar har upprepade gånger lyfts av Socialstyrelsen i uppföljning av nationella riktlinjer, och det har också varit i fokus för överenskommelser mellan staten och SKR. Vi gör därför bedömningen att bättre kunskap om kompetensförsörjningen och gapen på området är av avgörande betydelse för att uppnå de mål avseende kvalitet och patientsäkerhet som ställs inom området.

Vi bedömer vidare att huvudmännen behöver säkerställa att man har erforderlig kompetens i primärvården vad gäller psykisk ohälsa. Samt identifiera behov av utbildningsinsatser. Det finns därmed ett behov av regionala och lokala inventeringar, för att utifrån resultaten kunna tillhandahålla relevanta kompetenshöjande insatser. Såväl till styrnings- och ledningsfunktioner som i de kliniska verksamheterna.

Särskilt om grundläggande psykoterapiutbildning

Utredningen bedömer att regeringen bör överväga att utreda om det finns behov av att standardisera och kvalitetssäkra den grundläggande psykoterapiutbildningen. Som framgår av vår kartläggning av kompetenser finns en särskild historik gällande denna (se avsnitt 3.7.2). Som där beskrivet hänvisar examensordningen för psykoterapeutexamen fortfarande till ”grundläggande psykoterapiutbildning”, och trots att delningen av psykoterapiutbildningen i två steg formellt upphörde för över 30 år sedan lever den kvar i praktiken. Utbildningar så som basutbildning i psykoterapi, steg 1-utbildning eller dyl., ges i dag av ett stort antal utbildningsanordnare, och med olika krav på förkunskaper. Innehållet i utbildningarna varierar stort. Det illustreras bl.a. av att det förekommer att utbildningar som kallas grundläggande psykoterapiutbildning inte ger behörighet till psykoterapeutprogrammen.

Som beskrivet i kap. 3 hänvisar omkring en tredjedel av regionerna i sina förfrågningsunderlag till kompetenskrav uttryckt som t.ex. minst grundläggande psykoterapiutbildning, grundutbildning i psykoterapi, som lägst basutbildning i psykoterapi eller steg 1-utbildning. Ett sådant krav säger ingenting om vilken formell kompetens

som efterfrågas av huvudmannen, och även om många av de enskilda individer som genomgått grundläggande psykoterapiutbildning förstås besitter stor individuell kunskap och skicklighet är detta inte med säkerhet tillfredsställande ur kvalitets- och patientsäkerhetssynpunkt.

Förutsättningar för medarbetarnas hälsa

För att kunna stödja andra människor till hälsa måste också goda förutsättningar finnas för den egna hälsan. Att i stor utsträckning möta människor med psykisk ohälsa ställer särskilda krav på en hållbar arbetsmiljö för primärvårdens medarbetare. Sjukfrånvaron relaterad till psykisk ohälsa hos personer med s.k. kontaktyrken i vård och omsorg är hög. I våra kartläggningar och dialoger har lyfts att trots att medvetenheten är stor om att andelen patienter som söker primärvården med anledning av psykisk ohälsa är stor, är frånvaron av strukturerade data, och därmed i många fall tillräcklig och adekvat resurs- och kompetenssättning, påtaglig. Det förefaller också vara så att beroende på historik och tradition förekommer strukturerat stöd i form av t.ex. handledning i olika utsträckning för olika yrkesgrupper som alla möter människor med psykisk ohälsa. Utredningen gör bedömningen att huvudmännen särskilt bör beakta att det erbjuds ändamålsenliga insatser till stöd för medarbetarnas hälsa.

Gott exempel

4 Ess (Smart Samverkan i Småland Sydost)

4 Ess står för Smart Samverkan i Småland Sydost. Projektet pågick mellan 2017 och 2020, i Torsås, Ljungby och Vimmerby kommuner. Syftet med projektet var att minska sjukskrivningstalen bland kommunanställda. Idéen var att koppla in arbetsgivarna tidigt i processen och ge dem bättre möjlighet att ta sitt ansvar för att förebygga ohälsa. Fokus låg på första linjens chefer, och en önskan att rusta dem med bättre verktyg. Konkret innebar projektet att kommunen som arbetsgivare samverkade med Försäkringskassan och med hälsocentraler.

Projektet bestod dels av en strukturell del, som handlade om att förebygga sjukskrivningar på organisatorisk nivå. Projektets olika parter träffades på ortgruppsmöten för att finjustera insatser och samarbete. Man utbildade också alla chefer i arbetsmiljöarbete.

Den andra delen av projektet var individuell. Den vände sig till kommunanställda som antingen var, eller låg i riskzonen för att bli, långtidssjukskrivna. Till den delen bjöd man in runt hundra deltagare via deras närmaste chef eller via hälsocentralen. En viktig poäng var att fånga upp dem tidigt, redan vid de första signalerna på psykisk ohälsa eller diffus smärtproblematik. Sedan fick de snabbt komma på ett möte med sin chef, kommunens HR-person, Försäkringskassans handläggare och hälsocentralens rehabkoordinator. Under mötet lades en plan för rehabiliteringen upp. Efter mötet och uppföljningssamtalet övertog arbetsgivaren ansvaret att fortsätta rehabiliteringen. Projektet rapporteras ha gett tydliga resultat avseende sjukskrivningstal och Torsås kommun har fortsatt med samma arbetssätt efter avslutad projekttid.

Läs mer om projektet här:
https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/hallbar-rehabilitering/4-esssankte-sjukskrivningstalen-i-smaland/.

Utredningens reflektion: Att strukturerat arbeta med att försöka identifiera framgångsfaktorer vad gäller de ökande sjukskrivningstalen hos personer i s.k. kontaktyrken i vård och omsorg är nödvändigt. Sjukfrånvaron i gruppen ligger i stor utsträckning inom området psykisk ohälsa. Effekten av tidiga insatser som involverar flera aktörer, inklusive hälso-/vårdcentralen, behöver vidare undersökas. Att göra det i en lokal kontext, och koppla strukturerad uppföljning till arbetet, bidrar till ökad kunskap inom området. När det gäller att sprida goda exempel är det viktigt att det finns kanaler för att göra detta på ett strukturerat sätt. Sunt Arbetsliv ger inspiration och verktyg i arbetet för friska arbetsplatser inom kommun- och regionsektorn. Plattformen, som drivs av de fackliga organisationerna i samverkan med SKR och regionerna samt Sobona, är i sig ett gott exempel på arbete för sådan spridning.

6.3.3 Uppföljning och forskning

Systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Bedömning: I betänkandet God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) gjorde vi bedömningen att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå brådskande bör byggas upp. Utan en sådan saknas möjligheter att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård. Bedömningen kvarstår och är av lika stor betydelse för att kunna följa den psykiska ohälsan såväl som den fysiska.

Utredningen vill därmed understryka vikten av det utredningsarbete som görs av Socialstyrelsen om möjligheter för uppgiftsinsamling på primärvårdsnivå, vilket ska redovisas i februari 2021.

Utredningen bedömer slutligen också att det är av stort vikt att primärvårdens arbete med psykisk ohälsa blir belyst i det förslag på indikatorer för att följa omställningen till en god och nära vård som utvecklas av Socialstyrelsen.

Skäl för utredningens bedömning

Som utredningen i tidigare betänkanden beskrivit[31] ser vi det som en central förutsättning för den påbörjade omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård att Sverige brådskande börjar bygga upp en nationell systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå.

Utan en sådan saknas i stor utsträckning också solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige, då den bedrivs i primärvården. I likhet med Socialstyrelsen, Vård- och omsorgsanalys, SCB och internationella organisationer såsom OECD anser vi att detta är problematiskt.

Detta leder även till påtagliga utmaningar gällande vad vi kan säga om hur vi hanterar psykisk ohälsa inom svensk hälso- och sjukvård. Majoriteten av t.ex. de med depression eller ångestsyndrom söker vård inom primärvården, och många kommer aldrig till den specialiserade psykiatrin utan bedöms och behandlas i primärvården. Dessa grupper inkluderas då inte i t.ex. forskning, som använder patient-

[31] Se framför allt avsnitt 5.3 och 8.4 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

registret för att skapa sina populationer. För att få en proxyvariabel för omfattningen av psykisk ohälsa hanterad i primärvården vänder sig många till läkemedelsregistret, där man kan få data om t.ex. mängden antidepressiva förskriven i primärvården. Detta innebär en betydande osäkerhet, då läkemedel i registret inte är kopplade till indikation. Vi har i dag heller ingen nationell systematisk datainsamling om andra interventioner än farmakologisk behandling, och heller inte interventioner av andra yrkesgrupper än läkare, som bedrivs i primärvården.

I juli 2019 gav regeringen Socialstyrelsen ett tredelat uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården (se avsnitt 3.5.1). Den första delen avser just möjligheter till nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Socialstyrelsen ska inom uppdraget ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av regionernas uppgiftslämnande. I uppdraget ingår att göra detta utifrån vad som bedöms stå i proportionalitet till integritetsintrånget och det allmännas intresse av uppföljning av primärvården avseende vårdens kvalitet, jämlikhet och som möjliggörare för djupare analyser på nationell nivå. Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2021. Mot bakgrund av ovan och tidigare beskrivna utmaningar vill utredningen understryka vikten av detta utvecklingsarbete för såväl hela omställningen mot en god och nära vård som det specifika uppdrag vi här behandlar.

Det andra deluppdraget handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Som vi sett i avsnitt 3.5.1 inkluderar det preliminära förslag som Socialstyrelsen hittills utvecklat indikatorer rörande diagnoserna depression och ångest, samt besök och tillgänglighet i primärvården respektive specialiserad vård relaterat till psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att det är av stort vikt att primärvårdens arbete med psykisk ohälsa blir belyst i det förslag på indikatorer för att följa omställningen till en god nära vård, som slutligt läggs fram av Socialstyrelsen.

Forskning

Bedömning: Möjligheterna till forskning inom primärvården gällande psykisk ohälsa bör stärkas. Genom att stärka forskningen i primärvården ökar kunskapen och det blir möjligt att i större utsträckning erbjuda ändamålsenliga och effektiva insatser. Att finansiera forskning i primärvård är en fortsatt utmaning, och insatser bör göras, på såväl statlig som huvudmannanivå, för att på olika sätt stimulera denna.

Skäl för utredningens bedömning

Vi har i tidigare betänkanden belyst problematiken med kulturen och förutsättningarna att bedriva forskning i primärvårdens verksamheter.[32] Vi vill återigen lyfta området när det gäller det breda området psykisk hälsa. Våra tidigare resonemang, inklusive vad gäller finansiering av allmänmedicinsk forskning och forskning i primärvården gäller i lika hög utsträckning för området psykisk som fysisk hälsa. Utredningen ser därför mycket positivt på satsningarna på såväl ökad forskningskompetens i primärvården som generellt på området psykisk hälsa i den nyligt presenterade forskningspropositionen.[33]

Som tidigare konstaterats finns områden som berör stora grupper människor, såväl i form av lidande som ur samhällsekonomiskt perspektiv, där kunskapen i dag är bristfällig. Ett sådant område är t.ex. stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom. Det förekommer att arbetsformer och metoder som inte är beforskade används i den kliniska vardagen. Där skulle forskning just i primärvårdspopulationen ge stora möjligheter till ökat lärande och högre effektivitet i de insatser som erbjuds. Detta i syfte att undvika såväl över- som underbehandling, och tillgodose att den gemensamma resursen används på bästa möjliga sätt.

Primärvårdens breda uppdrag erbjuder unika möjligheter till tvärsektoriell forskning som inte bara ser till hälso- och sjukvårdens insatser, utan också till samspelet mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer som har en del i att påverka individens psykiska hälsa.

[32] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, kap. 9; SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, kap. 8; SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, kap. 6.
[33] Prop. 2020/21:60, *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*.

Vi vill därför återknyta och igen betona vikten av att de förslag och bedömningar utredningen tidigare gjort vad gäller behovet av ökade forskningsinsatser i primärvården är valida även vad gäller området psykisk ohälsa.

Kunskapsstöd

Nationell nivå

Bedömning: För att tillhandahålla ändamålsenliga insatser är det av största vikt att befintliga kunskapsunderlag ger ett gott stöd för att möta såväl fysisk som psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa bör tydligare uppmärksammas i kommande översyner av Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Detta avseende såväl effekten av levnadsvanor på den psykiska hälsan, som vikten av hälsosamma levnadsvanor för dem med samtidig psykisk ohälsa.

Ett arbete med ett nationellt kunskapsstöd avseende stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom bör initieras av Socialstyrelsen, även om kunskapsläget vad gäller behandlingar är bristfälligt, i syfte att ge förutsättningar för mer jämlik vård i hela landet samt möjlighet till strukturerad uppföljning och forskning av de insatser som ges hos huvudmännen.

Utifrån ökad kunskap om interventioner vid lindrig depression bör övervägas att vid kommande översyn av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom särskilja insatser vid lätt respektive måttlig depression. Detta också för att underlätta för huvudmännen i den lokala organiseringen av insatser.

Skäl för utredningens bedömning

För att säkerställa en god och jämlik vård i hela landet är gemensamma och adekvata kunskapsunderlag avgörande. Detta gäller såväl diagnostik som olika typer av behandlingar och interventioner, inkluderande förebyggande insatser. För att säkerställa en väl sammanhållen hälso- och sjukvård behöver samtliga berörda vårdnivåer inkluderas i sådana kunskapsunderlag. Det finns en tendens att vissa områden historiskt betonats mer än andra i framtagandet av kunskapsunder-

lag. Det kan gälla den fysiska hälsan i förhållande till den psykiska, eller förebyggande insatser i förhållande till behandlande. Utredningen gör bedömningen att i kommande översyn av Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor vore det önskvärt att aspekter kopplade till den psykiska hälsan tydligare synliggjordes. Detta avseende såväl effekten av levnadsvanor på den psykiska hälsan, som avseende vikten av hälsosamma levnadsvanor för dem med samtidig psykisk ohälsa. Likaså bör arbetet med hälsosamma levnadsvanor, och kopplingen till adekvata kunskapsstöd, tydligt kopplas till övrigt arbete med nationella riktlinjer gällande psykisk ohälsa.

Stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom är ett område där evidensen vad gäller behandling är svaga. Samtidigt är det en stor samhällsutmaning, orsakande mänskligt lidande och höga kostnader inte minst i form av sjukfrånvaro. Vilken vård som erbjuds varierar också stort över landet, till följd av avsaknad av gemensamma riktlinjer. Socialstyrelsen tillhandahåller i dag ett försäkringsmedicinskt stöd för tillståndet. I brist på evidens vad gäller behandling finns inte några nationella riktlinjer i övrigt. Utredningen gör bedömningen att till följd av problematikens omfattning, såväl vad gäller antal individer som gällande samhällskostnader och det ojämlika utbudet av insatser som erbjuds i landet, bör ett arbete med ett nationellt kunskapsstöd på området genomföras. Utredningen förespråkar ett sådant uppdrag till Socialstyrelsen. Det riktlinjearbete som pågår via Svenska psykiatriska föreningen[34] bör beaktas vid ett sådant nationellt riktlinjearbete. Ytterligare ett syfte med ett sådant kunskapsunderlag blir möjliggörandet av standardiserad uppföljning av de i ett sådant underlag förordade insatserna, och därmed en ökad kunskap på området.

Ytterligare ett stort diagnosområde som involverar primärvårdsnivån är depressioner och ångestsyndrom. Till följd av tillkommande kunskap och viss ökad evidens för nya interventioner, ofta andra än läkemedelsbaserade, vid framför allt lindrig depression gör utredningen bedömningen att det bör övervägas om det vore att föredra att insatser för lindrig och måttlig depression beskrevs var för sig i framtida riktlinjearbete, eller i annat tillhörande kunskapsunderlag. Detta skulle också kunna bidra till en ökad tydlighet på huvudmanna- och vårdgivarnivå om var i systemet en insats bäst ska ske utifrån lokala förutsättningar och förhållanden. Utredningen ser positivt på

[34] Svenska psykiatriska föreningen, *SPF:s kliniska riktlinjer*.

det pågående arbetet hos Socialstyrelsen med att tydligare inkludera förebyggande insatser i riktlinjearbetet.

I samtliga riktlinjer gällande psykisk ohälsa bör förebyggande insatser inkluderas tydligare än i dag, och den kommunalt finansierade hälso- och sjukvårdens behov tydligt beaktas.

Huvudmanna- och verksamhetsnivå

Bedömning: Såväl regionens som kommunens primärvård bör ha tillgång till relevanta kunskapsstöd, utformade utifrån primärvårdskontext, för att triagera, bedöma och behandla personer med psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att arbetet med regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning, och de insatsprogram som där tas fram, kan utgöra sådana kunskapsstöd.

Utredningen bedömer vidare att standardiserade vårdförlopp, med avsikt att inkludera såväl primärvård som annan hälso- och sjukvård och socialtjänst, kan möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan individ och personal.

Skäl för utredningens bedömning

Vi har tidigare beskrivit det nationella arbetet med vård- och insatsprogram för psykisk ohälsa i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning (se avsnitt 3.3.3). De nationella vård- och insatsprogrammen arbetas fram av en nationell arbetsgrupp (NAG) med deltagare från regioner och kommuner med spridning över landet. Arbetet sker inom ramen för Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa. En styrka är att NPO psykisk hälsa har en bred representation från såväl regioner som kommuner. Utredningen gör bedömningen att dessa vård- och insatsprogram väl skulle kunna motsvara det upplevda behovet av kunskapsstöd i primärvården vad gäller omhändertagande av psykisk ohälsa. I dagsläget finns sådana insatsprogram för Depression och ångestsyndrom, Schizofreni och liknande tillstånd, Självskadebeteende och Missbruk och beroende. Program för ADHD är under utveckling.

Under 2019 påbörjades arbetet med att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom en rad olika sjukdomsområden, bl.a. förstagångsinsjuknande i schizofreni och utredning av kognitiv svikt och demenssjukdomar. Under 2020/21 ska ytterligare vårdförlopp tas fram, bl.a. gällande självskadebeteende samt ångest och depression.

En styrka med de standardiserade vårdförloppen är avsikten att utgående från en persons symtom omfatta samtliga aktörer som kan tänkas involveras i patientens process. Detta stämmer väl överens med utredningens syn på behovet av integrerade och samordnade insatser mellan såväl primärvård, som annan hälso- och sjukvård och socialtjänst där så är behövligt. Processen för framtagande av ytterligare standardiserade vårdförlopp utgår från en förfrågan till de nationella programområdena, som själva får anmäla intresse för att ta fram vårdförlopp. Under arbetets gång är avsikten att involvera såväl företrädare för patienter som vårdens professioner. Utredningen bedömer att detta arbetssätt har möjlighet att ge goda förutsättningar att framgångsrikt bidra till adekvata kunskapsstöd inom området. Ytterligare ett skäl för utredningen att lyfta arbetet med de standardiserade vårdförloppen är den breda representationen i NPO psykisk hälsa från såväl region som kommun. Härmed skapas goda förutsättningar för en sammanhållen och integrerad vård.

6.3.4 Framtida statliga satsningar

Bedömning: Framtida statliga satsningar inom området psykisk hälsa/ohälsa bör ha en ramstruktur som tydligt adresserar de olika nivåerna av arbete med psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården, i syfte att inte enbart beakta delarna utan helheten. De bör därför omfatta såväl specialiserad psykiatri som primärvård (regional och kommunal), och samordningen dem emellan.

Utredningen bedömer att detta är centralt för att säkerställa att delar av finansiella medel och utvecklingsarbete tar sikte på arbetet med psykisk ohälsa i såväl kommunernas som regionernas primärvård. Och att sådant utvecklingsarbete kan bedrivas med viss långsiktighet.

Utredningen bedömer också att det är önskvärt att än mer samla de olika satsningarna på hälso- och sjukvårdens arbete mot psykisk ohälsa.

Skäl för utredningens bedömning

I enlighet med budgetpropositionen för 2021 beslutade riksdagen om en ökning med 1 177,5 miljoner kronor under 2021 till anslaget för bidrag till psykiatri. Totalt uppgår därmed anslaget till cirka 2 164 miljoner kronor.[35] För 2022 beräknas en motsvarande ökning av resurserna. Medlen ska användas till att utveckla det förebyggande och främjande arbetet på grupp- och befolkningsnivå samt att stärka tillgänglighet och kvalitet i vård, omsorg och andra stödinsatser för personer med psykisk ohälsa och sjukdom. En stärkt samverkan mellan huvudmän och ett utvecklat arbete med suicidprevention är viktiga delar i detta arbete. I budgeten aviserades vidare att regeringen bedömer att evidensbaserade behandlingsmetoder behöver användas i större utsträckning samt att det kvalitets- och utvecklingsarbete som bl.a. har initierats genom stöd till kvalitetsregister behöver fortgå. Samt att det finns ett behov av att prioritera forskning kring psykisk hälsa, vilket är särskilt angeläget mot bakgrund av covid-19.[36]

I linje med detta, och för att främja en jämlik tillgång till vård vid psykisk ohälsa, vill utredningen framhålla bedömningen att det är centralt att statliga tillskott inom området framöver även adresserar utvecklingen av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Detta inte bara i form av enskilda satsningar enstaka år, utan uthålligt och med avsikt att stärka primärvården som den första linje för psykisk ohälsa som den faktiskt är i systemet. Därför bedömer utredningen att kommande statliga satsningar inom området psykisk hälsa/ohälsa bör ha en ramstruktur som tydligt adresserar samtliga de olika nivåerna av arbete med psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården. Detta innebär att finansiella medel avsätts för såväl specialiserad psykiatri som primärvård, det senare med både region och kommun som huvudman.

[35] Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, UO9, anslag 1:8.
[36] Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, UO9, s. 107 f.

För att huvudmännen ska kunna arbeta långsiktigt och kvalitativt bedömer utredningen vidare att det finns behov av en tydlighet om inriktningen på dessa satsningar som sträcker sig över en längre tidshorisont. Utifrån tidigare utvärderingar[37] från såväl Socialstyrelsen som huvudmännen, samt mot bakgrund av de analyser och bedömningar kopplade till modellen Rätt stöd för psykisk hälsa som vi lagt fram i avsnitt 6.2, bedömer vi att satsningar vad gäller primärvården bör inriktas mot följande områden:

1. Vägen in
   - Intensifierat arbete för att implementera den förstärkta vårdgarantin i primärvården, samt förbättrad triagering, bedömning, diagnostisering och behandling inom området psykisk ohälsa.
   - Initiering av ett arbete, genom Inera, för att förstärka egenvårdsråd och beslutsstöd rörande psykisk ohälsa på 1177 Vårdguiden.
2. Organisering
   - Utveckling och implementering av övergripande strukturer, hos respektive huvudman, för omhändertagande av psykisk ohälsa. Strukturen bör inkludera såväl primärvård som specialiserad vård, och samverkan dem emellan. Den bör utgå från relevanta kunskapsunderlag, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer, samt kunskapsstöd inom ramen för huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning.
   - Förbättrad dokumentation och uppföljning av patienter med psykisk ohälsa, såväl på nationell som på huvudmanna- och utförarnivå.
3. Samverkan
   - Utveckling av metoder och verktyg för en strukturerad samverkan med civilsamhället.
   - Initiering av metoder och verktyg för en strukturerad samverkan med civilsamhället.

[37] Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting* 2016–2018 Slutrapport, 2019, s. 98; Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

Slutligen konstaterar utredningen att de senaste dryga tio åren har satsningar mot psykisk ohälsa kanaliserats genom minst två parallella överenskommelser. Dels en övergripande om psykisk hälsa, dels olika överenskommelser med fokus på sjukskrivningsprocessen. De senare har haft just personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa, som ska behandlas inom primärvården, som uttalad målgrupp för delar av stödet. Utredningen bedömer att det är önskvärt att samla de olika satsningarna på hälso- och sjukvårdens arbete mot psykisk ohälsa i en och samma överenskommelse, för att säkerställa koherens för verksamheter och patienter samt förenkla administration hos huvudmännen.

6.3.5 Utvecklingsarbeten

Bedömning: Regeringen bör initiera två till tre utvecklingsarbeten som syftar till att utveckla modeller för hur primärvården inom ett geografiskt län – såväl den regionala som den kommunala primärvården i samverkan – kan skapa metoder och strukturer för ett stegvis integrerat omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Modellerna bör även inkludera gränssnittet till specialiserad psykiatri samt andra aktörer såsom det civila samhället i linje med den modell som beskrivs i avsnitt 6.2, Rätt stöd till psykisk hälsa.

Utvecklingsarbetena bör pågå under tre år och ha såväl strukturerad uppföljning som forskning av oberoende aktör knuten till sig från start.

Skäl för utredningens bedömning

Som redogjorts för i bakgrunds- och analysdelarna i detta betänkande, och vidare analyserats i förslag och bedömningar, är bristen på kunskap om vad som görs (gällande både metoder/interventioner och arbetssätt) och vilka effekter det får en utmaning för att kunna ge tydliga rekommendationer om hur primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bör bedrivas. Som beskrivet i avsnitt 6.3.3 bedömer vi därmed att möjligheterna till forskning inom primärvården gällande psykisk ohälsa bör stärkas.

För att bidra till den nödvändiga kunskapsutvecklingen gällande primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bedömer utredningen att regeringen bör initiera två till tre utvecklingsarbeten, som löper över tre år. Dessa bör syfta till att utveckla modeller för hur primärvården inom ett geografiskt län – såväl den regionala som den kommunala primärvården i samverkan – kan skapa metoder och strukturer för ett stegvis, integrerat, omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Modellerna bör även inkludera gränssnittet till specialiserad psykiatri samt andra aktörer såsom det civila samhället. Tydliga strukturer för involvering av patienter/brukare i såväl utveckling som genomförande bör vara ett krav.

Sådana utvecklingsprojekt skulle kunna utarbetas på liknande sätt som, och med beaktande av erfarenheter från, pilotprojekten om samordnat folkhälsoarbete på regional nivå samt från de modellområden för god och nära vård som etablerats i de fyra regionerna i Norra sjukvårdsregionen, utifrån regeringens stöd till vård i glesbygd. I likhet med folkhälsopiloterna skulle ett sådant arbete kunna göras i två steg, där steg 1 innebär att utvalda regioner och kommuner tillsammans tar fram en projektplan, och att man utifrån dessa sedan i steg 2 ger uppdrag om genomförande av projektplanerna. I sådana projektplaner bör också ingå en plan för hur utvecklingsarbetet skulle kunna inlemmas i den ordinarie styrningen av hälso- och sjukvården, efter projekttidens slut.

Respektive utvecklingsarbete bör även ha såväl strukturerad uppföljning som forskning av oberoende aktör knuten till sig från start, vilket bör beskrivas i projektplanen. Likaså bör det etableras en form av gemensam övergripande stödgrupp för projekten, i vilken förslagsvis såväl SKR som företrädare för relevanta statliga myndigheter bör kunna vara representerade. Detta för att underlätta att erfarenheter och lärdomar sprids såväl mellan de ingående områdena som i systemet som helhet.

Utredningen bedömer att huvudmännen själva bör få anmäla intresse, och att sådana utvecklingsarbeten har störst sannolikhet att bli framgångsrika om de bedrivs där huvudmännen själva redan initierat grundläggande arbeten för att ta ett mer strukturerat grepp kring primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. I ett sådant läge kan statliga stöd för ett utvecklingsarbete bidra till bättre förutsättningar att t.ex. tidigt koppla in såväl forskning som samverkan. Detta såväl

inom olika delar av regionernas hälso- och sjukvård som mellan regional och kommunal primärvård, men även med det civila samhället.

Mot bakgrund av detta bedömer utredningen att exempel på geografiska regioner som skulle kunna vara lämpliga för sådana utvecklingsarbeten är Dalarna, Gävleborg, Uppsala, Västra Götaland och Östergötland.

Finansieringen av stöd till sådana utvecklingsarbeten bör kunna ske genom medel från UO 9, anslag 1:8, vilket får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa. Anslaget får även användas för utgifter för forskning inom psykiatri och psykisk hälsa.

7 Författningskommentar

7.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

13 a kap.

1 §

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

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

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.1. Ett reglerat grunduppdrag för primärvården behandlades i prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, och är ett resultat av den pågående omställningen av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, med målet att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Det reglerade grunduppdraget fastställer en minsta gemensam nivå för vad primärvården i hela landet ska kunna erbjuda. Vad som utgör primärvård definieras i 2 kap. 6 § HSL. Den första punkten i 13 a kap. 1 § HSL anger att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.

Tillägget av *fysiska och psykiska* i fråga om vilka vanligt förekommande vårdbehov som avses, görs i syfte att särskilt adressera den psykiska ohälsan i den omställning av hälso- och sjukvården och i den primärvårdsreform som nu pågår. Redan i dag svarar primärvården för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster i fråga om psykisk ohälsa. Av definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL framgår att primärvården inte är avgränsad i fråga om t.ex. sjukdomar. Formerna för att tillhandahålla och följa upp hälso- och sjukvårdstjänster för psykisk ohälsa är dock generellt sett inte lika strukturerade som formerna för detta i fråga om fysisk ohälsa. De psykiska vårdbehoven hamnar i detta avseende ofta i skymundan av arbetet som avser de fysiska vårdbehoven. Tillägget synliggör primärvårdens roll avseende båda dessa former av vårdbehov och skapar därigenom bättre förutsättningar för en jämlik nära vård för både fysisk och psykisk ohälsa.

Vad som närmare avses med vanligt förekommande psykiska vårdbehov och vad som därmed ska omhändertas i primärvården är, liksom avseende vanligt förekommande fysiska vårdbehov, upp till respektive huvudman att avgöra (jfr anförd prop., s. 117 f.). Frågan aktualiseras endast för regionerna, eftersom all hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver med stöd av HSL är på primärvårdsnivå. Psykisk ohälsa som kan falla inom ramen för vanligt förekommande vårdbehov kan t.ex. vara mild till måttlig depression eller ångestsyndrom. Socialstyrelsens nationella riktlinjer kan utgöra ledning i huvudmännens bedömning i denna fråga. De hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose dessa vårdbehov kan vara av såväl enkelt som mer kvalificerat slag. De inkluderar förebyggande åtgärder. I tredje punkten anges särskilt att förebyggande insatser faller inom ramen för primärvårdens grunduppdrag, vilket omfattar såväl fysisk som psykisk hälsa.

Av bestämmelsens ordalydelse, som inkluderar både *hälso- och sjukvårdstjänster* och *vårdbehov*, framgår att primärvårdens uppdrag är begränsat till sådan ohälsa, såväl fysisk som psykisk, som faller inom ramen för vad som ska omhändertas av hälso- och sjukvården.

Efterord

Utredningen avslutas – vad händer nu?

I och med detta allra sista betänkande är det dags för utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård att avslutas. Det har varit en fantastisk resa för oss som arbetat i utredningskansliet under de här ganska precis fyra åren. Vi har fått bidra med fem betänkanden, varav förslagen i flera av dem redan tagits vidare i den lagstiftande processen. De har utgjort underlag för lagändringar i syfte att skapa en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Nu är det dags för andra att ta över, och på olika sätt och utifrån sitt uppdrag och sammanhang bidra till ett genomförande i enlighet med den målbild som riksdagen beslutat; hälso- och sjukvården bör ställas 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 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 oss som arbetat i utredningen känns det förstås väldigt bra med de regeringsuppdrag som hittills lämnats till Socialstyrelsen, IVO och Vård- och omsorgsanalys att på olika sätt stödja omställningen. Likaså med det pågående arbete som genomförs av SKR, och av landets många regioner och kommuner.

Samtidigt vill vi skicka med några avslutande ord: det är, och kommer fortsatt att vara, helt avgörande för framgång i denna reform att invånare, patienter och hälso- och sjukvårdens medarbetare aktivt involveras i arbetet med omställningen. Inte enbart informeras, utan *involveras* i framtagandet av strategier och i beslutsprocesser och

genomförande på regional, lokal och verksamhetsnivå. Det är också avgörande att de ekonomiska resurser som avsätts av stat, region och kommun för omställningen verkligen tydligt kommer primärvården till godo, och på ett sätt som syns för dess medarbetare.

Vi skrev om tillit i systemet, eller snarare bristen på tillit, redan i vårt allra första betänkande i juni 2017 och har sedan haft tillitsproblematiken återkommande med i våra betänkanden. Här vilar ett stort ansvar på stat och huvudmän att nu visa såväl invånare som medarbetare i hälso- och sjukvården en beslutsamhet och uthållighet i genomförandet av en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Ett hälso- och sjukvårdssystem som också ger förutsättningar för en god arbetsmiljö och ett hållbart yrkesliv för medarbetarna.

Vi är glada att ha fått bidra med vår del i arbetet, vi som i olika faser varit med i utredningens arbete. En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna. En hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där man som patient och närstående känner delaktighet och trygghet, som skattebetalare känner förtroende och där man som medarbetare väljer att arbeta.

Vi som arbetat i utredningen har lärt oss så mycket av er alla. Vi vill återigen rikta ett stort och varmt tack till alla som gjort vårt arbete möjligt med ert engagemang, er kunskap och er stora vilja att bidra!

Referenser

Författningar

Lagar m.m.

FN:s konvention om barnets rättigheter.

Föräldrabalken.

Regeringsformen.

Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Lag (1988:870) *om vård av missbrukare i vissa fall*.

Lag (1991:1128) *om psykiatrisk tvångsvård*.

Lag (1991:1129) *om rättspsykiatrisk vård*.

Lag (1993:387) *om stöd och service till vissa funktionshindrade*.

Lag (1993:792) *om tillstånd att utfärda vissa examina.*

Socialtjänstlagen (2001:453).

Lag (2008:344) *om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Skollagen (2010:800).

Lag (2013:407) *om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.*

Patientlagen (2014:821).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Kommunallagen (2017:725).

Lag (2018:1197) *om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.*

Lag (2019:1297) *om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.*

Lag (2020:1043) *om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).*

Förordningar

Högskoleförordningen (1993:100).

Förordning (2007:1233) *med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*.

Förordning (2013:1020) *med instruktion för Folkhälsomyndigheten.*

Förordning (2014:67) *om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.*

Förordning (2015:284) *med instruktion för Socialstyrelsen*.

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Förordning (2020:429) *om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention.*

Myndighetsföreskrifter m.m.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) *om systematiskt arbetsmiljöarbete.*

Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2014:1) *om bidrag till arbetsgivare.*

Socialstyrelsen, *Läkarnas specialiseringstjänstgöring Föreskrifter och allmänna råd Målbeskrivningar 2015*.

Socialstyrelsen, *Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen*, 2012.

Socialstyrelsen, *Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård*, 2013.

Socialstyrelsen, *Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa – vägledning för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård*, 2013.

Offentliga tryck

Riksdagstryck

Socialutskottets betänkande 1981/82:51, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

Kulturutskottets betänkande 2009/10:KrU7, *En politik för det civila samhället.*

Riksdagsskrivelse 2009/10:195.

Propositioner och skrivelser m.m.

Lagrådsremiss, *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, 2018.

Prop. 1967:48, *angående hälso- och sjukvård samt motionsverksamhet för studerande*.

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m*.

Prop. 1982/83:129, *om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel)*.

Prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m*.

Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m*.

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Prop. 1998/99:120, *Företagshälsovård*.

Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården.*

Prop. 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående.*

Prop. 2009/10:55, *En politik för det civila samhället.*

Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020.*

Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*.

Prop. 2020/21:60, *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*

Skr. 2014/15:72, *Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning.*

Statens offentliga utredningar

SOU 1990:105, *Studenten och tvångsanslutningen.*

SOU 2014:6, *Män och jämställdhet*.

SOU 2016:2, *Effektiv vård.*

SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*.

SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*.

SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

SOU 2019:56, *Idéburen välfärd*.

SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.

SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*

Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess S 2018:06.

Departementsserien och promemorior

Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser.*

Kommittédirektiv

Dir. 2017:88, *Bättre möjligheter för elever i de obligatoriska skolformerna att nå de kunskapskrav som minst ska nås*.

Dir. 2019:37, *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso-och sjukvårdsverksamhet.*

Dir. 2019:93, *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.*

Dir. 2020:18, *Tilläggsdirektiv till Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07)*.

Dir. 2020:68, *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*.

Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

Rapporter

Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients*, 2012.

Folkhelseinstituttet, *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, 2016.

Folkhälsoinstitutet, *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer (FHI 2006:08*), 2006.

Folkhälsoinstitutet, *Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa (FHI 2008:12)*, 2008.

Folkhälsomyndigheten, *Hälsa på lika villkor*, 2018.

Folkhälsomyndigheten, *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturöversikt – uppdatering 2018*, 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning,* 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner,* 2020.

Folkhälsomyndigheten, *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*, 2020.

Försäkringskassan, *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning*, Korta analyser 2017:1.

Försäkringskassan, *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019*, 2019.

Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.

Helsedirektoratet, *Rask psykisk helsehjelp – 12 pilotkommuner, veiledende materiell,* 2013.

Högskoleverket, *Högskolans ansvar för studenthälsovården,* Tillsynsrapport 1999:6 R, 1999.

Högskoleverket, *Studier – karriär – hälsa – en utvärdering av högskolornas arbete med studievägledning, karriärvägledning och studenthälsovård*, Rapport 2007:24 R, 2007.

Högskoleverket, *En ny psykoterapeutexamen*, Rapport 2011:20 R, 2011.

Inspektionen för vård och omsorg, *Elevhälsan. Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*, 2015.

London School of Economics and Political sciences, Centre for Economic Performance, *The Depression report, A New deal for Anxiety and Depression Disorders*, 2006.

McDaid D, Hewlett E, Park A, *OECD Health Working Papers No. 97, Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness,* 2017.

Mind, *Unga mår allt sämre – eller?,* 2018.

Myndigheten för Delaktighet, *Rivkraft 18 – hälsa, kost och fysisk aktivitet*, 2017.

NSPH, *Vem hjälper dem som hjälper?*, 2015.

OECD, *Health at a glance: Europe 2018, State of Health in the EU cycle,* 2018.

Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?*, RiR 2014:22.

Riksrevisionen, *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner*, RiR 2015:19.

SBU, *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården, en systematisk litteraturöversikt*, 2012.

SKR, *Basmodell för uppföljning av primärvård*, 2014.

SKR, *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård*, 2019.

Socialstyrelsen, *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*, 2003.

Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*, 2014.

Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015.

Socialstyrelsen, *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*, 2016.

Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt underlag. Utmattningssyndrom*, 2017.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2017 Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialpsykiatri) Guide för att tolka resultaten,* 2017.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning*, 2018.

Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*, 2018.

Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse mellan staten och SKL. Delrapport*, 2018.

Socialstyrelsen, *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Behovs- och problemanalys avseende god vård*, 2019.

Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik,* 2019.

Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018. Slutrapport,* 2019.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*, 2017, uppdaterade 2020.

Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019*, 2020.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer,* 2020.

Svenska psykiatriska föreningen, *Suicidnära patienter. Kliniska riktlinjer för utredning och vård,* 2013.

The Harvard School of Public Health, World Economic Forum, *The global economic burden of non-communicable diseases*, 2011.

UKÄ, *Studenthälsovården vid Sveriges universitet och högskolor*, 2020.

Uppsala Kommun, *Socialpsykiatri – Utredning, kartläggning och analys av verksamhetsområdet socialpsykiatri, Uppsala kommun 2015*, 2016.

Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, Rapport 2018:8, 2018.

Övrigt

1177 Vårdguiden, *KBT på nätet*, https://www.1177.se/om-1177-vardguiden/e-tjanster-pa-1177-vardguiden/det-har-kan-du-gora-nar-du-loggat-in/stod-och-behandling-pa-natet/kbt-pa-natet/ (hämtad 20-12-14).

1177 Vårdguiden, *Psykoterapi och psykologisk behandling,* 2020, https://www.1177.se/liv--halsa/psykisk-halsa/att-soka-stod-och-hjalp/psykoterapi-och-psykologisk-behandling (hämtad 20-10-29).

Ansseau et al., *High prevalence of mental disorders in primary care*, Journal of affective disorders, 78(1), 49–55, 2004.

Argentzell E, *Som en länk mellan patient och personal – Utvärdering av införandet av mentorer som en ny yrkeskategori inom Psykiatri Skåne*, 2017.

Boström A-M, Marmstål Hammar L, Swall A, *Vårdkvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, 2020.

Departementen, *Mestre hele livet, Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*, 2017, https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf (hämtad 20-11-01).

Dietisternas Riksförbund, *Specialistordning för dietister, inrättad 2011,* 2020, (https://drf.nu/wp-content/uploads/2020/01/SPECIALISTORDNING-2020-Redigerad-Version-25-jan.pdf (hämtad 20-12-09).

Folkhälsomyndigheten, *Hälsan hos personer med funktionsnedsättning*, 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/funktionsnedsattning/halsan-hos-personer-med-funktionsnedsattning/(hämtad 20-11-24).

Folkhälsomyndigheten, *Suicidförsök*, 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicidforsok/ (hämtad 20-11-23).

Forskning och framsteg, *Få söker vård för hög alkoholkonsumtion*, 2020-11-19, https://fof.se/tidning/2020/11/artikel/fa-soker-vard-for-hog-alkoholkonsumtion (hämtad 20-12-12).

FPA, *FPA-statistik Rehabilitering 2019*, 2020, https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/315063/Kelan_kuntoutustilasto_2019.pdf?sequence=5&isAllowed=y (hämtad 20-12-16).

FPA, *Rehabiliterande psykoterapi*, https://www.kela.fi/web/sv/rehabiliterande-psykoterapi (hämtad 20-08-14).

Fysioterapeuterna, *Specialistordning för fysioterapeuter, Inrättad 1993*, 2014, https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/specialistordning/specialistordning_fysioterapeuterna_lowres_uppdaterad-200206.pdf (hämtad 20-12-12).

Helsedirektoratet, *Regelverk for tilskuddsordning: Rask psykisk helsehjelp*, 2019, https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-rask-psykisk-helsehjelp/Tilskuddsregelverk%20RPH%202019.pdf/_/attachment/inline/b8f8b81a-275a-45ab-ab68-99a9937beb9e:087be0978b3d803f3bfc042806398c0b9cf6067f/Tilskuddsregelverk%20RPH%202019.pdf (hämtad 20-11-01).

Hirvikoski T, Boman M, *Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study*, Psychol Med., Jun 26:1-12, 2019.

Holst A, et al, *Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study*, BMJ open 8.11, 2018.

Inera, *1177 Vårdguiden på telefon*, 2020, https://www.inera.se/tjanster/1177-vardguiden/1177-vardguiden-pa-telefon/ (hämtad 20-12-20).

Inera, *Första linjens digitala vård,* 2020, https://www.inera.se/utveckling/forsta-linjens-digitala-vard/om-forsta-linjens-digitala-vard/#section-1425 (hämtad 20-12-17).

Kallioinen M, Bernhardsson J, Grohp M et al, *Enkät besvarad av över 2 000 patienter. Psykisk ohälsa stort problem hos primärvårdens patienter,* Läkartidningen, 2010;107(23), 2010.

Knapstad et al, *Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial*, Psychoterapy and Psychosomatics 2020;89:90–105, 2020.

Kompetenscentrum psykisk ohälsa, Region Stockholm, *En stegvis vårdmodell*, https://www.kompetenscentrumpsykiskohalsa.se/utbildning/stegvis-vard/en-stegvis-vardmodell/ (hämtad 20-11-21).

Läkartidningen, *Internet-KBT ger effektiv behandling*, 2017, https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/vardutveckling/2017/01/internet-kbt-ger-effektiv-behandling/ (hämtad 20-12-14).

Malmö stad, *Handlingsplan för Socialpsykiatrin*, 2019, https://motenmedborgarportal.malmo.se/welcome-sv/namnder-styrelser/funktionsstodsnamnden/mote-2019-12-16/agenda/handlingsplan-for-socialpsykiatripdf?downloadMode=open (hämtad 20-12-12).

Mind, *Föräldralinjen*, 2020, https://mind.se/hitta-hjalp/foraldralinjen/ (hämtad 20-12-17).

Mind, *Självmordslinjen*, 2020, https://mind.se/hitta-hjalp/sjalvmordslinjen/ (hämtad 12-12-17).

Mind, *Äldrelinjen*, 2020, https://mind.se/hitta-hjalp/aldrelinjen/ (hämtad 20-12-17).

MyNewsDesk, *50 miljoner till bättre vård för psykisk hälsa* https://www.mynewsdesk.com/se/mp-sll/pressreleases/50-miljoner-till-baettre-vaard-foer-psykisk-haelsa-3045984 (hämtad 20-12-03).

NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp*, https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp (hämtad 20-08-13).

NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp dobbelt så effektiv som vanlig oppfølging* https://www.napha.no/content/23829/Rask-psykisk-helsehjelp-dobbelt-sa-effektiv-som-vanlig-oppfolging (hämtad 20-08-14).

Natur & Kultur, *Psykologilexikon*, https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=psykoedukation (hämtad 20-12-12).

NHS, *Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*, https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/ (hämtad 20-08-12).

NHS, *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 – 2023/24*, 2019, https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-20-2023-24.pdf (hämtad 20-11-01).

NHS Digital, *Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services 2019–20*, 2020, https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/psychological-therapies-annual-reports-on-the-use-of-iapt-services/annual-report-2019-20 (hämtad 20-08-12).

Nilsson I, *Kan morgondagens medicin vara social samvaro på recept?*, Hälsa nummer 3, 2020.

NSPHiG, *Brukarstyrd brukarrevision som inventerings- och uppföljningsverktyg,* 2015, http://nsphig.se/wp-content/uploads/2019/01/metodhandbok-final.pdf (hämtad 20-12-13).

OECD, *Factsheet on Promoting Mental Health*, 2018.

OECD, *Mental Health Performance Network,* https://www.oecd.org/health/OECD-Mental-Health-Performance-Framework-2019.pdf (hämtad 20-11-01).

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, inriktning psykiatrisk vård*, 2014, https://psykriks.se/wp-content/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf (hämtad 20-12-12).

Psykologförbundet, *Specialisttjänst och PLA,* https://www.psykologforbundet.se/Lon-och-avtal/specialisttjanst--pla---ansvarsomraden/ (hämtad 20-11-17).

Regeringen, *Agenda 2030 för hållbar utveckling*, 2016, https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-for-hallbar-utveckling/ (hämtad 20-11-01).

Regeringen, *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*, 2014.

Regeringskansliet, *Delmål 5: Jämställd hälsa*, 2019, https://www.regeringen.se/regeringens-politik/jamstalldhetsdelmal-5-jamstalld-halsa/ (hämtad 20-09-22).

Regeringskansliet (Kulturdepartementet), *Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende anslag 13:5 Insatser för den ideella sektorn*, 2019.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för att förebygga kroniska sjukdomar,* 2017.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag om utvecklingsarbete i primärvården för att vid psykisk ohälsa förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor*, 2018.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård,* 2019.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att genomföra ett pilotprojekt avseende samordnat folkhälsoarbete på regional nivå*, 2019.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande,* 2019.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående*, 2020.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023*, 2020.

Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet), *Uppdrag att kartlägga studenthälsovården*, 2019.

Region Gävleborg, *Vårdlinjearbetet PV/VUP*, 2020. https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/kunskapsstod-och-rutiner/Dokument-och-rutiner/samverkansdokument/Psykisk-ohalsa/ (hämtad 20-12-20).

Region Skåne, *Riskbruk, missbruk eller beroende*, 2015, https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/levnadsvanor/handbocker/riskbruk-missbruk-eller-beroende-dec-2015.pdf (hämtad 20-12-11).

Region Stockholm, *Vad är riskbruk och beroende?*, https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/audit-utbildning/riskbruk-och-beroende/ (hämtad 20-12-11).

Region Uppsala, *Handlingar och protokoll, Regionstyrelsen 20-03-31,* 2020, https://opengov.360online.com/Meetings/REGIONUPPSALA/Meetings/Details/365470?agendaItemId=213155 (hämtad 20-12-22).

Regjeringen.no, *Kommunalt rus og psykisk helsearbeid,* 2014, https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/kommunalt-rus-og-psykisk-helsearbeid/id2344815/ (hämtad 20-08-13).

Roca et al., *Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care*, Journal of affective disorders, 119(1-3), 52–58, 2009.

Rück C, *Olyckliga i paradiset*, 2020.

SCB, *Finansiärer och utförare inom vården, skolan och omsorgen*, 2019.

SCB, *Företag (FDB) efter näringsgren SNI2007 och storleksklass. År 2008–2020,* http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__NV__NV0101/FDBR07N/ (hämtad 20-12-22).

SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa*, 2020. https://skr.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/kraftsamlingpsykiskhalsa.28676.html (hämtad 20-12-10).

SKR, *Nationella vård- och insatsprogram*, 2020,

https://www.vardochinsats.se/ (hämtad 20-12-10).

SKR, *Strategi för hälsa*, 2019, https://skr.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html (hämtad 20-12-10).

Social- och hälsovårdsministeriet, *Mentalvårdstjänster,* https://stm.fi/sv/mentalvardstjanster (hämtad 20-08-14).

Social- och hälsovårdsministeriet, *Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030,* 2020.

Social- och hälsovårdsreformen, *Programmet Framtidens social- och hälsocentral,* https://soteuudistus.fi/sv/programmet-framtidens-social-och-halsocentral (hämtad 20-08-14).

Socialstyrelsen, *Det vi inte ser. Ett flexibelt utbildningsmaterial*, 2020, https://www.socialstyrelsen.se/det-vi-inte-ser/ (hämtad 20-12-10).

Socialstyrelsen, *Läkemedelsregistret*, 2020, https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/lakemedelsregistret/ (hämtad 20-09-18).

Socialstyrelsen, *termbanken,* https://termbank.socialstyrelsen.se/ (hämtad 21-01-04).

Svensk MeSH, https://mesh.kib.ki.se/ (hämtad 20-10-29).

Svenska Akademiens ordböcker, https://svenska.se/ (hämtad 20-10-29).

Svenska psykiatriska föreningen, *SPF:s kliniska riktlinjer*. http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/ (hämtad 20-12-10).

Sveriges Företagshälsor, *Om Företagshälsovård*, https://www.foretagshalsor.se/sv/om-foretagshalsovard (hämtad 20-12-14).

UKÄ, *Antal examina – socionomexamina 2019/20*, https://www.uka.se/statistik--analys/statistikdatabas-hogskolan-i-siffror/statistikomrade.html?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F24%3Funiversity%3D1%26year%3D2019%252F20%26group_slug%3D05e750677fee383f73c651a89286be3d8ee74830 (hämtad 20-12-12).

UKÄ, *Antal sökande per antagen (söktryck) till yrkesexamensprogram – socionomexamen HT2020*, 2020, https://www.uka.se/statistik--analys/statistikdatabas-hogskolan-i-siffror/statistikomrade.html?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F99%3Funiversity%3D1%26year%3DHT2020%26group_slug%3D0da39aa2adac5cd8af0ae78608a3220cc666a6b5 (hämtad 20-11-22).

University of East Anglia, *About IAPT and the history of the programme*, https://www.uea.ac.uk/medicine/departments/psychological-sciences/cognitive-behavioural-therapy-training/-about-iapt-and-the-history-of-the-programme (hämtad 20-08-07).

Uppdrag psykisk hälsa, *Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa*, https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/primarvard/ (hämtad 20-12-03).

Vården i siffror, *PrimärvårdsKvalitet – rapport på vården i siffror*, 2020, https://vardenisiffror.se/report/view?id=5ef18c3dcaa52c133839bd6b (hämtad 20-12-20).

Vårdförbundet, *Reflektionssamtal*, https://www.vardforbundet.se/siteassets/rad-och-stod/regelverket-i-varden/vagledning-etisk-stress/high_2_vfb_a4_reflektionssamtal_rgb.pdf (hämtad 20-12-07).

Västra Götalandsregionen, *Vårdsamordnare psykisk ohälsa, Funktionen,* https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-vardcentral/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/funktionen/ (hämtad 20-09-26).

WHO, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, 2010.

WHO, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, 2013.

Kommittédirektiv 2017:24

Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården

Beslut vid regeringssammanträde den 2 mars 2017

Sammanfattning

En särskild utredare ska utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Utredaren ska bl.a.

- fördjupa analyserna av förslag i betänkandet Effektiv vård,
- redovisa förslagens konsekvenser samt
- i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sverige är ett av de länder som har flest sjukhusläkare i världen per capita. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning finns det

sjukhus och den vården kallas för sluten vård. All annan hälso- och sjukvård är öppen vård.

I internationella jämförelser har svensk vård en hög kvalitet när det gäller medicinska resultat, men sämre resultat när det gäller kontinuitet, patientmedverkan m.m. Den demografiska utvecklingen, fler personer med kroniska sjukdomar, begränsade resurser, urbanisering och utvecklingen inom andra områden, exempelvis medicinteknik, it och behov hos vårdpersonal, kommer dock att kräva en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande, ökad kvalitet och bättre tillgänglighet samt öka förtroendet hos befolkningen.

Huvudmän – och därmed de ytterst ansvariga – för hälso- och sjukvården är de landsting och de kommuner som enligt lag ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget eller som efter beslut av kommunen bor i vissa sådana boendeformer eller bostäder som avses i socialtjänstlagen (2001:453).

Primärvården har en central roll

Primärvården, som är en del av den öppna vården, har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet eftersom det är dit patienten först förväntas vända sig för att få en bedömning, behandling eller skickas vidare för utredning eller behandling inom specialistsjukvården. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av brist på annan tillgänglig vårdinstans (Effektiv vård SOU 2016:2). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ska vården 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. Regeringen har därutöver ett delmål för jämställdhetspolitiken om att kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vård och vårdnivå de har behov av och vården erbjuds i rätt tid. Utgångsläget ska vara att ingen ska behöva vårdas på sjukhus i onödan.

Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i en icke optimal vård av patienten, i höga kostnader och vårdskador. En enda akut slutenvårdsepisod motsvarar i genomsnitt kostnaden

för 56 läkarbesök i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre (Ingen på sjukhus i onödan, SKL 2016).

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver därför reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En förstärkning av primärvården är därför nödvändig.

Under det senaste decenniet har primärvården i Sverige genomgått omfattande förändringar såsom införandet av vårdval, lagregleringen av vårdgarantin och möjligheterna att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård utanför det egna landstinget. Dessutom kan vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, genom nya sätt att organisera hälso- och sjukvården samt nya behandlingsalternativ numera även utföras på andra platser än sjukhus. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken successivt förändras. Som exempel kan nämnas att viss vård som tidigare endast kunde ges på sjukhus numera kan erbjudas i hemmet. Den öppna vården kan således utföras på en vårdmottagning men också i patientens hem eller i ett särskilt boende.

Primärvården, och den övriga hälso- och sjukvården, har dessutom flera utmaningar att hantera, t.ex. ökade bemanningsproblem och en bristande digital arbetsmiljö i flera delar av landet. När det gäller den sistnämnda frågan visade myndigheten Vårdanalys i promemorian Ändamålsenliga journalsystem i primärvården att i en internationell jämförelse mellan tio länder så är svenska primärvårdsläkare minst nöjda med sina elektroniska journalsystem. Endast 37 procent svarade att de var nöjda eller mycket nöjda medan motsvarande siffra i Storbritannien var 86 procent. Läkarnas nöjdhet med journalsystemen varierar vidare betydligt mellan olika landsting och regioner inom landet, från 10 procent i Skåne till 78 procent i Kronoberg. Därutöver kommer antalet patienter som behöver ha kontinuerlig kontakt med vården, och flera delar av vården, att öka eftersom fler lever allt längre och därmed hinner utveckla och leva under lång tid med kroniska sjukdomar.

Enligt 5 § HSL ska primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver

sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Förutom denna bestämmelse i HSL finns det inte någon lagstadgad definition av primärvårdens uppdrag. Vad som ingår i uppdraget till primärvården påverkas av landstingens bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det kommunala självstyret innebär dessutom att landstingen har stor frihet att själva besluta om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och nivåstruktureras. I ett landsting kan en verksamhet ingå i uppdraget till primärvården medan samma verksamhet i ett annat landsting ingår i hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras på annat sätt.

Det har framförts förslag om att primärvårdens uppdrag bör tydliggöras. Riksrevisionen har t.ex. granskat hur de statliga reformerna om vårdval och lagstadgad vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I en granskningsrapport som publicerades i oktober 2014 rekommenderade Riksrevisionen att regeringen ska ta initiativ till att göra vårdvalssystemen mer lika och formulera ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag. Enligt Riksrevisionen är det en bland flera åtgärder ”som är värda att pröva i syfte att styra primärvården mot vårdens övergripande målsättningar”. Sedan den 1 januari 2015 har patienter, enligt 9 kap. patientlagen (2014:821), möjlighet att välja utförare inom eller utom det egna landstinget. Det innebär bl.a. att en person som är bosatt i ett landsting kan välja vårdcentral och fast läkarkontakt i ett annat landsting. Detta förhållande kan också i förlängningen öka medborgarnas förväntningar på att få samma eller likvärdiga tjänster oavsett landsting – och därigenom skynda på en utveckling mot en mer jämlik hälso- och sjukvård. Att primärvårdsuppdraget blir mer enhetligt över landet och tydligt för medborgarna är också viktigt för att öka förtroendet för vården.

Beträffande försörjning och finansiering av läkemedel så utgår dagens system från den lagstadgade uppdelningen av vården i öppen respektive sluten vård. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock på öppenvårdsapoteken och be-

kostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna.

En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att ge en nationell samordnare i uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (dir. 2013:104). Analysen skulle bl.a. belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Utredningen antog namnet En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. I januari 2016 överlämnades slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) till regeringen.

I betänkandet framhåller utredningen att det behövs en starkare och mer enhetlig styrning på stukturnivå i hälso- och sjukvården för att åstadkomma förändringar. Utredningen menar bl.a. att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Regeringen delar utredningens övergripande bedömning.

Enligt utredningen har primärvården svårt att klara uppdraget som första linjens vård. Primärvården är underdimensionerad både i förhållande till förväntningar och potential. Öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg. Det kan också konstateras att primärvården i Sverige i jämförelse med andra länder erbjuder en låg grad av kontinuitet för patienten. En bidragande orsak till bristande tillgänglighet och kontinuitet är de svårigheter som landstingen har med kompetensförsörjning och bemanning av bl.a. specialister i allmänmedicin. En växande användning av s.k. hyrläkare påverkar primärvårdens kostnader och därmed landstingens budget. Även kontinuitet för patienten påverkas. Såväl Konkurrensverket som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i rapporter lyft frågan och visat på eventuella negativa konsekvenser av situationen (se Konkurrensverket 2015:10 Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader och IVO 2016 Hyrläkare – vårdgivarens dilemma?).

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården är alltför begränsad i sin funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatser från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst.

Förslagen i Effektiv vård

I betänkandet Effektiv vård föreslås en förändring av de grundläggande styrprinciperna för vårdens organisering. Utredningen menar att de styrande principerna för hälso- och sjukvårdens organisering i dag i stor utsträckning utgår från sluten vård vid sjukhus. Därför föreslår utredningen att lagstiftningen ska utgå från att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården. Huvudprincipen ska vara öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Detta synsätt är enligt utredaren egentligen praxis redan i dag. Utredningen påpekar även att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Vidare anges att gränserna mellan öppen och sluten vård nu är så oklara att det sannolikt inte är ändamålsenligt att upprätthålla någon exakt distinktion. När det gäller den slutna vården föreslår utredningen att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Utredningen föreslår dessutom en lagstiftning med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det innebär att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården, ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov, ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus, remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten och se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Utredningen menar att en principiellt viktig skillnad mot nuvarande lagstiftning är att primärvården ska ta hand om ”de allra flesta vårdbehov” och inte bara ”grundläggande behov” som i dag. Utredningen anser att mer och mer avancerad vård behöver utföras i primär-

vården, och att det kommer att innebära att primärvården behöver förstärkas med personella resurser.

Därutöver innehåller betänkandet förslag som innebär att primärvården ska få ett tydligare akutuppdrag. Primärvården ska vara lättillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Det finns behov av en lagstiftning för att komma till rätta med problemet att patienter söker vård på sjukhusens akutmottagningar för åkommor som kan hanteras på annan vårdnivå.

Utredningen föreslår även att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti ska ändras på så sätt att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården, dvs. lagstiftningen ska inte styra patienten till en specifik profession. Den nuvarande bestämmelsen om vårdgarantin ska således ändras så att ”besöksgarantin” i primärvården istället blir en ”bedömningsgaranti”. Om ”besöksgarantin” blir en ”bedömningsgaranti”, gör utredningen bedömningen att tidsfristen skulle kunna förkortas. Utredningen föreslår därför att en bedömning ska kunna lämnas inom tre dagar från patientens kontakt med vården.

Utredningens bedömning är att det finns en bred uppslutning kring uppfattningen att primärvården behöver stärkas i form av resurser och strukturer. Landstingen behöver omfördela resurser inom sina respektive organisationer. Resurser behöver föras över från sjukhusen till primärvården. Överföringen av resurser bör dock ske gradvis, med en tydlig långsiktig viljeinriktning och ett konsekvent agerande. Små och gradvisa steg är att föredra för att tillväxten ska ske dynamiskt och inte riskera att sjukhusvården påverkas negativt i fråga om kvalitet och effektivitet.

Remittering av betänkandet

Betänkandet har remitterats (dnr S2016/00212/FS). I remissvaren till betänkandet instämmer en stor majoritet av instanserna i utredningens bedömning att Sverige har ett sjukhustungt system och de välkomnar att primärvården ska stärkas och vara första linjens vård. Det betonas dock att detta måste ske gradvis och det finns behov av ytterligare analys. Instanserna är vidare positiva till ett nationellt utformat uppdrag för primärvården och att primärvården får ett tydligare akutuppdrag. En del instanser önskar att den resursöverföring

från sjukhusen till primärvården, som utredningen bygger förslagen på, tydligare hade beskrivits.

Andra kartläggningar och analyser

År 2010 hade Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) följa upp hur vårdval har införts i primärvården. Inom ramen för detta uppdrag studerade Socialstyrelsen även hur landstingen beskrev primärvårdens grunduppdrag och vilka likheter och skillnader som fanns mellan huvudmännen med avseende på hur uppdraget var formulerat. Resultatet av uppföljningen visade att det trots vissa skillnader fanns en ganska stor överensstämmelse mellan landstingen om vad som utgör ett grund- eller basåtagande inom primärvården med utgångspunkt från det allmänmedicinska kompetensområdet.

Socialstyrelsen gjorde även 2012 ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården. I uppdraget ingick bland annat att utarbeta ett konkret förslag på hur en rikstäckande datainsamling inom primärvården kan genomföras samt att föreslå vilka uppgifter som bör samlas in om patienternas besök i primärvården. I dag är uppföljningen av primärvården begränsad och därmed saknas viktig information för att få en mer fullständig bild av hälso- och sjukvården.

År 2012 genomförde SKL en jämförelse av landstingens uppdrag till primärvården. Syftet var att kartlägga och jämföra vårdvalssystemen i samtliga 21 landsting utifrån uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter, samt att studera hur dessa villkor förändrats sedan vårdvalet infördes. Jämförelsen visar att landstingen arbetar med likartade övergripande principer men att det finns skillnader.

Socialstyrelsen genomförde 2013 en kartläggning och analys av primärvårdens insatser för de mest sjuka äldre. Ett flertal utvecklingsområden för primärvården identifierades, bland annat förslag som syftade till att förbättra samordningen av vården och behandlingen för de mest sjuka äldre.

Enligt en undersökning om befolkningens (55 år eller äldre) erfarenheter av hälso- och sjukvården framgår att bland de respondenter som angav att de besökt en akutmottagning de senaste två åren, ansåg 29 procent att deras tillstånd kunde ha behandlats av deras ordinarie läkare eller mottagning. Någon skillnad mellan kvinnor och mäns uppfattning framgår inte av rapporten. (Vården ur patienternas perspektiv, Vårdanalys 2014). I rapporten Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering identifierade Socialstyrelsen två studier kring undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, varav den ena studien avsåg ett litet urval av besök i ett enskilt landsting och den andra studien riktade sig mot äldre kvinnor och män som besökte akutmottagningar. Även om det är svårt att fastslå hur stor andel besök vid sjukhusbundna akutmottagningar som gäller undvikbara akuta tillstånd eller inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, skriver Socialstyrelsen att i storleksordningen en femtedel av besöken hade varit möjliga att behandla i primärvården. I Socialstyrelsens rapport redovisas inte om det föreligger någon skillnad mellan kvinnor och män.

Socialstyrelsen har i en nyligen utförd kartläggning (Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade, 2016) konstaterat att kärnverksamheten i primärvården på en övergripande nivå fortfarande är relativt överensstämmande mellan landstingen. Samtidigt har myndigheten i denna studie fördjupat sig i innehållet i kärnverksamheten och har då observerat att det finns variation mellan landstingen i hur kärnuppdraget till primärvården är formulerat och vad som anses ingå i uppdraget. Myndigheten bedömer att en tydligare definition på nationell nivå kan bidra till att minska skillnaderna mellan landstingen.

När det gäller primärvårdens förutsättningar att tillhandhålla en jämlik och patientcentrerad vård har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en fördjupad analys utifrån ett patient- och medborgarperspektiv (dnr S2015/08135/RS). Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2017.

Inom ramen för överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar genomför SKL bl.a. insatser för att främja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskilt fokus på primärvården. I överenskommelsen ingår bl.a. att främja spridningen och tillämpningen av nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer för ett stort antal kroniska sjukdomar

samt att utveckla ledarskap och stödja uppföljningen av patientresultat i primärvården. I överenskommelsen ingår även att främja utvecklingen av patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården inom ramen för ett projekt som kallas ”flippen”. I detta arbete ingår att stödja utveckling av vårdtjänster på vårdcentraler som passar olika patientgruppers behov och förutsättningar samt att stödja spridningen av ett sådant arbetssätt inom landstingen och erfarenhetsutbyte mellan sjukvårdsregionerna. Överenskommelsen med SKL pågår t.o.m. 2017 och en redovisning av arbetet ska ske i mars 2018.

Utvecklingen av primärvården har även en central roll i andra överenskommelser mellan regeringen och SKL, bl.a. överenskommelsen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa samt överenskommelsen om psykisk hälsa.

När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dnr S2016/07174/FS). Översynens övergripande mål är ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel och följer den etiska plattform som gäller inom hälso- och sjukvården samtidigt som läkemedelskostnaderna kan hållas på en rimlig nivå. Utredningen ska bland annat analysera och överväga om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. Utredaren ska senast den 1 november 2017 lämna en delredovisning som innehåller en övergripande problembeskrivning och en beskrivning av inriktningen för det fortsatta arbetet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2018.

Behovet av ett utvecklingsarbete

Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förutsättningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för de patientgrupper som har störst behov, framför allt personer med kroniska sjukdomar och personer med komplexa vårdbehov. Ett steg i detta är att vidareutveckla primärvården. Primärvårdens samordnande roll kan bidra till en hel-

hetssyn på patienten och skapa förutsättningar för samverkan mellan olika yrkeskategorier. Det möjliggör ett förebyggande förhållningssätt som är en viktig förutsättning för en hållbar hälsoutveckling. Det är angeläget att primärvården förmår bidra till livsstilsförändringar för att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt till att minska risken för felaktig läkemedelsanvändning. Insatser för att förebygga psykisk ohälsa och för att minska antalet sjukskrivningar är angelägna utvecklingsområden för primärvården.

Flera studier visar att investeringar i primärvård kan ha en positiv betydelse för hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet och effektivitet. Det gäller inte minst förutsättningarna för att uppnå en jämlikhet fördelning av vårdens resurser. WHO har även i sin världshälsorapport 2008 lyft fram vikten av en väl fungerande primärvård.

Primärvården måste vara föränderlig och kunna möta de utmaningar som den står inför, bl.a. den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och att allt fler lever med kroniska sjukdomar. Ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning kan bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.

Förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

Forskning och erfarenheter visar att många av dagens kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas. En förbättrad sjukvård för personer med dessa sjukdomar är därför viktig för patientens välbefinnande. Historiskt har dock vården av personer med kroniska sjukdomar varit lägre prioriterad än andra områden. Personer med kroniska sjukdomar har stort behov av kontinuitet och behöver en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och komplexa sjukdomsförlopp och med hög delaktighet från patienten.

Det finns tecken på en positiv utveckling av vården för kroniskt sjuka, bl.a. genom den uppmärksamhet som området fått de senaste åren. Regeringen beslutade 2014 om en satsning för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, och den presenterades i form av en nationell strategi. Strategin syftade till att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige.

Den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården menar att en komponent i lösningen för att effektivisera vården för personer med kroniska sjukdomar är att utveckla primärvården för att bättre än i dag kunna ta detta ansvar.

En bättre vård för personer med kroniska sjukdomar är också viktig för samhällsekonomin. I Sverige har närmare halva befolkningen minst en kronisk sjukdom och ca 80–85 procent av vårdens kostnader kan knytas till vården av dessa patientgrupper (Vårdanalys (2014) VIP i vården). När fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser både för den enskilde och för samhället. Dessa personer är också i högre grad långtidssjukskrivna och står utanför arbetsmarknaden jämfört med dem utan kroniska sjukdomar.

En väl fungerande primärvård är sannolikt den enskilt viktigaste åtgärden hälso- och sjukvården kan göra för en mer jämlik hälsa

Primärvården har betydelse för att vården ska ges på lika villkor och fördelas jämlikt över befolkningen. Att vården generellt sett i dag har problem med att nå socioekonomiskt svaga grupper och tillmötesgå hälso- och sjukvårdsbehov hos dessa är väl känt.

Ojämlikhet i hälsa är ett problem, såväl ur ett individ- som ett samhällsperspektiv. Ökad jämlikhet i hälsa leder till bättre utnyttjande av tillgängliga resurser, och insatser för jämlikhet i hälsa är därför samhällsekonomiskt väl motiverade. Regeringen tillsatte i juni 2015 en kommitté – Kommissionen för jämlik hälsa – med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar. Kommissionen har lämnat två delbetänkanden och ska slutredovisa sitt uppdrag den 31 maj 2017.

En utbyggnad av primärvården är en åtgärd som landstingen kan göra för att uppnå en mer tillgänglig och jämlik vård oavsett om det gäller jämlikhet mellan geografiska områden eller mellan olika grupper i befolkningen.

Ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag kan bidra till detta genom att vårdens innehåll och organisering blir mer likartad över landet och på ett mer transparent sätt kan ge underlag för analyser, jämförelser och utveckling.

Det krävs dock ytterligare analys för att det ska vara möjligt att skapa goda förutsättningar för att primärvården bättre ska kunna tillgodose kvinnors och mäns, flickors och pojkars skilda behov och förutsättningar och fungera som basen i ett effektivt och modernt hälso- och sjukvårdssystem.

Resursöverföring från sjukhusvården

En förstärkning av primärvårdens kapacitet är enligt betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) nödvändig för att nuvarande primärvård ska klara av det primärvårdsuppdrag som samordnaren föreslår. Det kommer därför att krävas en resursöverföring från sjukhusen till primärvården för att primärvården ska kunna ta ett större ansvar för akuta vårdbehov samt för att koordinera hälso- och sjukvårdens insatser. Det bedöms bl.a. handla om att flytta kompetenser och funktioner från sjukhus och annan öppenvård till primärvårdsorganisationen. Sådana exempel finns det gott om, t.ex. att specialister på sjukhusen tjänstgör på vårdcentraler i varierande grad. Det kan göras på flera sätt och måste anpassas till den lokala kontexten. Hur en resursöverföring ska genomföras utan att riskera en försämring av kvaliteten i vården i sin helhet måste analyseras vidare.

En insats i ett större sammanhang

En reformering av hälso- och sjukvården förutsätter att en mängd olika insatser genomförs, där förslagen i Effektiv vård utgör en viktig del. Därutöver är det viktigt att bl.a. stimulera patientkontrakt, slutföra det påbörjade arbetet med betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) samt att ge förutsättningar för att utveckla en god uppföljning av primärvården. Andra centrala delar för en utveckling av vården är fortsatt arbete med kompetensförsörjningsfrågorna och att ta tillvara digitaliseringens möjligheter. Sammanfattningsvis förutsätter en reformering av hälso- och sjukvården att en mängd olika insatser genomförs som tillsammans lägger grunden för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

Uppdraget

För att kunna möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, där en del handlar om att organisera vården utifrån allmänhetens och patienternas behov. Mot bakgrund av ovanstående får en särskild utredare i uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården. En utveckling av primärvården förbättrar också förutsättningarna för en mer tillgänglig vård. Primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet för alla som söker vård, inte minst vid behov av regelbundna vårdkontakter. Till uppdraget ska flera referensgrupper knytas, bl.a. bestående av företrädare för politiska partier och företrädare för professionerna och patienterna.

Analys av förslagen i Effektiv vård

Utredaren får i uppdrag att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade när det gäller primärvården i betänkandet Effektiv vård. Utredaren ska beakta följande förslag:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering
- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning
- ett nationellt utformat uppdrag för primärvården
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård.

I detta ingår att analysera hur ett genomförande skulle kunna ske i praktiken utan att riskera en sämre kvalitet i vården i dess helhet och identifiera och analysera vilka framgångsfaktorer, problem och hinder

som finns för att primärvården ska utvecklas på ett framgångsrikt sätt. En utgångspunkt ska vara kvinnors respektive mäns behov och förutsättningar. En analys ska även göras av de ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenserna. Analysen ska visa på hur förslagen påverkar patienter samt aktörer så som landsting, vårdgivare m.fl.

Dialog med berörda aktörer

En viktig del av uppdraget består i att initiera samarbeten och samordna diskussioner mellan företrädare för landstingen, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna, när det gäller hur primärvården ska utvecklas. Arbetet ska utgå från förslagen i Effektiv vård, den analys som utredaren har i uppdrag att göra utifrån förslagen i betänkandet.

Med utgångspunkt i detta behöver det formuleras strategier och tas fram regionalt anpassade modeller för utvecklingen av primärvården och en mer effektiv vård. I denna del ingår det bl.a. att se över vilka resurser som behöver föras över från sjukhusvården till primärvården, i enlighet med förslagen i Effektiv vård, och hur detta bör ske. Utredaren ska dock inte ta över det ansvar som landstingen, vårdgivarna och andra myndigheter har utan enbart stödja deras arbete och verka för att arbetet samordnas på nationell och regional nivå.

Även andra förutsättningar som är centrala i utvecklingen av primärvården, som t.ex. kompetensförsörjning och kunskaps- och verksamhetsstöd, ska beaktas i analysen och dialogen med huvudmännen. I uppdraget ingår även att lyfta fram exempel på organisering av primärvården som gett gott resultat. Det kan även ske jämförelser med hur primärvården har organiserats i de nordiska grannländerna.

Utredaren ska även stödja arbetet med andra närliggande frågor, som t.ex. utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister, kvalitetsregister, nationell kunskapsstyrning och den nationella väntetidsdatabasen.

Vidare ska utredaren lämna en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön samt jämlik vård över landet.

Samråd och redovisning av uppdraget

Samråd och kunskapsinhämtning

Utredaren ska samråda med SKL och med företrädare för landstingen samt med samtliga myndigheter med centrala uppgifter som berör uppdraget och andra berörda aktörer. I den mån det bedöms lämpligt ska utredaren även föra dialog med andra pågående utredningar, bl.a. utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (dir. 2015:127), utredningen som ska genomföra en översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dir. 2016:95) samt generaldirektören med uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet (S2017/00594/FS).

Utredaren ska även inhämta synpunkter från de referensgrupper som ska biträda utredaren i arbetet, varav en ska vara parlamentariskt sammansatt.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren ta tillvara på kunskaper och erfarenheter från den analys som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att göra när det gäller en jämlik och patientcentrerad primärvård samt de projekt som SKL genomför för att främja nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården som ingår i överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Utredaren ska även ta hänsyn till tidigare utredningar och kartläggningsarbeten som kan vara av betydelse för uppdraget.

Även annat pågående arbete på välfärdsområdet bör beaktas, såsom hanteringen av betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) och övriga insatser som regeringen har initierat och som syftar till att

utveckla primärvården, t.ex. delar av överenskommelserna om att förbättra förlossningsvården och förbättra kvinnors hälsa samt stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

Redovisning

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet och ska senast den 9 juni 2017 lämna en delredovisning som innehåller en beskrivning av inriktningen för det kommande arbetet som utgår från att de nuvarande styrande principerna för vårdens organisering bör ersättas av nya principer som anger närheten till patienten och en tidsplan för detta. Delredovisningen ska även innehålla en analys inklusive konsekvensanalys av förslagen om den nationella vårdgarantin.

En nationell plan, där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten, samt en analys av övriga förslag i Effektiv vård ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2018. Denna redovisning kan även vid behov innehålla förslag till ytterligare lagändringar Uppdraget ska sedan slutredovisas senast den 31 mars 2019. Slutredovisningen ska sammanfatta erfarenheterna och beskriva resultatet av det arbete utredaren har bedrivit samt de initiativ som har tagits.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2017:97

Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 21 september 2017

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 kommittédirektiv om Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Sammanfattning av tilläggsuppdraget

Utredaren ska utöver vad som framgår av redan beslutade kommittédirektiv,

– analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få, och

– utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Utredningens nuvarande uppdrag

Regeringen gav den 2 mars 2017 en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredaren ska även i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Uppdraget utvidgas med två frågeställningar

Är uppdelningen i öppen och sluten vård ändamålsenlig?

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. Med sluten vård avses enligt 2 kap. 4 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Vidare anges i 7 kap. 4 § HSL att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska finnas sjukhus. Med öppen vård avses enligt 2 kap. 5 § HSL annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) görs bedömningen att den nuvarande strukturen vad gäller öppen vård och sluten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. I betänkandet anges att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera hälso- och sjukvården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus numera även kan utföras på andra platser, så som en öppen vårdenhet eller i patientens hem, ibland med hjälp av digitala lösningar. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken

successivt förändras. I betänkandet Effektiv vård anser utredaren att gränserna mellan öppen och sluten vård i dag i realiteten är så flytande att begreppen inte längre är relevanta att upprätthålla. När det gäller den slutna vården föreslås det i betänkandet att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Uppdelningen i öppen och sluten vård är direkt kopplad till huvudmannafrågan där landstinget är huvudman för den slutna vården medan den öppna vården kan ha antingen landsting eller kommun som huvudman. Många vårdprocesser går fram och tillbaka över gränserna mellan öppen och sluten vård, bl.a. när det gäller de standardiserade vårdförlopp som införs i cancervården. Uppdelningen påverkar också organiseringen av åtskilliga separata funktioner och aktiviteter i hälso- och sjukvårdssystemet. Försörjning och finansiering av läkemedel utgår exempelvis i dagens system från denna uppdelning. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel, betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård, t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock via öppenvårdsapoteken och bekostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna. När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (S 2016:07). Utredningen har tagit namnet Läkemedelsutredningen. Inom ramen för den utredningen ska det bl.a. analyseras om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. I direktiven aviseras även att tilläggsdirektiv ska komma att beslutas om att se över regelverket för läkemedelsförsörjningen.

Läkemedelsfrågan och huvudmannafrågan är bara två exempel på aspekter av det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet som beror på, eller påverkas av, uppdelningen i öppen och sluten vård. I delbetänkandet (SOU 2017:53) från utredningen S 2017:01 föreslås att vård ska ges som öppen vård i första hand och att en överflytning av resurser från sluten vård skulle kunna ge kostnadsbesparingar.

Uppdelningen tydliggör ansvarsfördelning och finansieringsansvar men det är angeläget att den inte hindrar effektiva vårdprocesser och kontinuitet eller skapar otrygghet för den enskilda patienten. I ljuset

av en omfattande omorganisation av hälso- och sjukvården behöver denna uppdelning därför utredas närmare.

I tillägg till det tidigare kommittédirektivet (dir. 2017:24) ska utredaren därför

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård med utgångspunkt att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet utifrån den enskildes vårdbehov
- göra analysen utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag och
- redogöra för vilka konsekvenser en förändring skulle kunna få för kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner och landsting, ur ett samhällsekonomiskt perspektiv samt avseende ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen.

Hur kan samverkan mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg underlättas?

Ädel-reformen 1992 innebar att kommunerna övertog viss typ av vård från landstingen. Både landstingen och kommunerna är därmed huvudmän för hälso- och sjukvård. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilt boende, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med landstinget, även i hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I alla landsting utom ett har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtits till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat.

Enligt såväl socialtjänstlagen (2001:453) som HSL har kommunerna och landstingen skyldighet att samverka både på övergripande nivå och på patientnivå. Ett exempel är bestämmelsen om samordnad individuell plan som ska upprättas av landsting och kommun tillsammans för personer som behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av

trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Vad gäller primärvården ska landstinget enligt 7 kap. 3 § HSL organisera den så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Tidigare lagstiftning talade om patientansvarig läkare.

Kontinuitet och samordning utgör emellertid fortfarande stora utmaningar i hälso- och sjukvården och det är ofta svårt för patienterna att navigera rätt. I betänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) beskrivs hur samspelet mellan huvudmännen allt för ofta brister men att det finns goda exempel att lära ifrån. Under åren 2010 till 2014 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting överenskommelsen Bättre liv för sjuka äldre. Inom ramen för överenskommelsen stimulerades en rad verksamheter och initiativ så som Mobilt hembesöksteam i Uppsala och Närvård i västra Skaraborg. Flera av projekten har permanentats.

Regeringen har i år, efter pilotprojekt i tre landsting, aviserat en nationell satsning på s.k. Patientkontrakt. Ett patientkontakt är en sammanhållen plan över inplanerade vårdinsatser som gör patienten mer delaktig i sin vård.

I betänkandet Effektiv vård anförs att primärvården i dag är alltför begränsad i sin funktion när det gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får samt att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare anförs att insatser från olika huvudmän och verksamheter i dag inte är tillräckligt integrerade med varandra och inte möter individens samlade behov.

I betänkandet Effektiv vård föreslås ytterligare ny lagstiftning som ställer krav på att landsting och kommun ska utföra verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov. Förslaget är ett led i att skapa en juridisk ram för verksamhet som behöver hänga ihop. Personer med komplexa behov av vård och omsorg rör sig ofta mellan olika vårdnivåer och huvudmän och det är angeläget, inte minst ur ett patientperspektiv, att vården och omhändertagandet sker smidigt och sömlöst. Betänkandet lyfter också fram behovet av samverkan mellan huvudmännen kring prevention och att förebyggande åtgärder behöver prioriteras mer.

Även patienter som får sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen har ofta en eller flera läkare i primärvården med ett medicinskt ansvar för patienten. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att även primärvården deltar i samarbetet kring den enskilde. Detta tydliggörs också i den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som träder i kraft den 1 januari 2018. En stor mängd vårdplatser uppehålls i dag av utskrivningsklara patienter och det bidrar till överbeläggningar i slutenvården. I den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård tydliggörs att både kommunala verksamheter och primärvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård. Informationsöverföringen mellan huvudmännen måste fungera och beredskap finnas för att ta emot de utskrivna patienterna. Några behöver skrivas ut till ett kommunalt boende medan andra kan komma hem under förutsättning att primärvård och kommunen kan erbjuda den vård och omsorg som behövs. Den nya lagen kommer att påverka både primärvårdens och kommunernas arbetssätt och samverkan. Ett tydligt syfte med lagen är att skapa en större delaktighet från primärvården i den fortsatta planeringen för patienten.

En god samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen är alltså en förutsättning för ett gott omhändertagande och en förbättrad kontinuitet för många patienter. Det är angeläget att närmare utreda relationen mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska därför lämna förslag på

– hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och
– hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Genomförande och redovisning av uppdraget

För frågan som berör ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård ska utredningen föra dialog med Läkemedelsutredningen (S 2016:07). Utredningen förväntas i frågan om samverkan och gränssnitt mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg särskilt beakta införandet av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. Uppdraget ska fortfarande redovisas senast den 31 mars 2019.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2018:90

Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 23 augusti 2018

Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Den 21 september 2017 beslutade regeringen även om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2017:97). Utredningen har lämnat två delbetänkanden (SOU 2017:53 och SOU 2018:39).

Utredningens uppdrag utvidgas till att även omfatta förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan. Vidare ingår att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapeuter, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalsystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2020. En delredovisning ska lämnas den 7 juni 2019.

Samordning av vårdinsatser från flera aktörer

Att samordna insatser för patienter och brukare med omfattande och komplexa vårdbehov är en av de stora utmaningarna för vården och omsorgen. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är det ca en miljon personer i Sverige som har flera vårdbehov och som samtidigt har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Gruppen förväntas därtill växa för varje år i takt med att befolkningen blir äldre. Det ställer stora krav på vården och omsorgen att organisera och möta patienter och brukare efter en komplex behovsbild hos en växande patientgrupp.

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården har lyft fram behovet av att utveckla samordningen av vårdinsatser mellan olika aktörer och huvudmän. I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framhåller samordnaren att det finns väldokumenterade problem med samverkan och samordning av vården, särskilt när det gäller multisjuka äldre, och att problemen bl.a. består i att vårdens organisering är fragmenterad. Samordnaren drar slutsatsen att det inte är ändamålsenligt att dra skarpa gränser mellan huvudmän och att en sådan styrning snarare är kontraproduktiv ur ett effektivitetsperspektiv. Det krävs ökade ansträngningar för att få tillstånd samordnade insatser från olika verksamheter och huvudmän. När samordningen brister riskerar patienter ohälsa och ett försämrat hälsotillstånd vilket i sin tur kan leda till att behovet av akutsjukvård ökar. Detta bidrar i sin tur till ökade kostnader för vården. Behovet av samordning av vården gäller, förutom multisjuka äldre, i hög grad även andra patienter i alla åldrar med allvarliga kroniska sjukdomar, cancer och psykiska sjukdomar.

Regeringen ser behov av att stärka förutsättningarna för samordning i hälso- och sjukvården. Av den anledningen har regeringen bl.a. tagit initiativ till s.k. patientkontrakt. Ett patientkontrakt är en sammanhållen vårdplan som ska användas som ett stöd för gemensam planering och samordning av patientens samtliga vårdkontakter. Den ska ge patienter och närstående en översikt över inplanerade vård- och behandlingsinsatser. Patientkontrakt ska också leda till bättre samordning, tillgänglighet och delaktighet för berörda patienter. Regeringen har ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, den så kallade patientmiljarden, för

att stimulera utvecklingen av och införandet av patientkontrakt i vårdens verksamheter. För att patientkontrakt ska kunna användas som en övergripande vårdplan som innefattar insatser från flera aktörer och huvudmän behöver den rättsliga regleringen för patientkontrakt och de befintliga krav på vårdplaner som finns i den nuvarande lagstiftningen ses över.

Regeringen ser ett behov av att utreda hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare, i alla åldrar, med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras och om patientkontrakt bör författningsregleras för att underlätta samordningen av insatser från flera aktörer och huvudmän. Det är en viktig förutsättning för att effektivisera vården för dessa patienter. Befintliga krav på planer inom vård och omsorg ska ses över med denna inriktning. Primärvården ska vara en viktig bas för de samordnande insatserna. Förslagen ska beakta ett patient-, brukar och jämställdhetsperspektiv. Syftet är att säkerställa en sömlös, sammanhållen vård och omsorg utifrån patienternas individuella behov.

Utredaren ska

- undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras
- se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman,
- klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, så kallad SIP.

Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan bör integreras bättre i primärvården

Genom införandet av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) övertog landstingen den 1 januari 1994 det direkta kostnadsansvaret för ersättning till vissa privata läkare och fysioterapeuter anslutna till Försäkringskassan. Ett särskilt ersättningssystem för de privata läkarna och fysioterapeuterna infördes genom förordningen

(1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi, den så kallade nationella taxan. Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan är verksamma i den öppna vården och vissa av läkarna återfinns i primärvården.

I slutet av 2016 inleddes inom Socialdepartementet en översyn av den nationella taxan. Utgångspunkten var att göra en bred översyn av det nuvarande systemet och föreslå en långsiktig lösning. Regeringen har nyligen skickat ut departementsskrivelsen Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi (Ds 2018:31) på remiss. Promemorian innehåller förslag till ändringar i LOL och LOF, bl.a. att det ska vara möjligt att göra avsteg från kravet på heltidssysselsättning för att få ersättning samt att läkarna och fysioterapeuterna ska medverka till uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. I skrivelsen görs även bedömningen att mer omfattande förändringar av systemet med LOL och LOF kan behöva genomföras på sikt. Detta bör då ske i överensstämmelse med den övriga utvecklingen av hälso- och sjukvården och utifrån den nationella taxans effekter på dagens hälso- och sjukvårdssystem.

Utformningen och regleringen av den nationella taxan har berörts av tidigare utredningar. En gemensam slutsats från dessa utredningar är att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet i den vård som ges inom ramen för den nationella taxan. Regeringen bedömer att den promemoria som nu är ute på remiss utgör ett första steg i utvecklingen av den nationella taxan, men att det finns behov av att fortsätta detta utvecklingsarbete och utreda hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning inom ramen för den nationella taxan bättre ska kunna integreras i den ordinarie öppna vården. Utgångspunkten ska vara att bidra till en mer tillgänglig och jämlik vård av hög kvalitet.

Utredaren ska

– utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalsystem samt i övrig öppenvård, i samklang med de övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården,

– lämna nödvändiga författningsförslag.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. En delredovisning ska lämnas den 7 juni 2019 om uppdragets inriktning och hur arbetet fortlöper. Utredningstiden förlängs till den 31 mars 2020 då uppdraget ska slutredovisas.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2019:49

Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 15 augusti 2019

Utvidgning och förlängd tid

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Den 21 september 2017 och den 23 augusti 2018 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2017:97 och dir. 2018:90). Utredningen har lämnat två delbetänkanden (SOU 2017:53 och SOU 2018:39).

Utredaren ska, utöver vad som sägs i tidigare uppdrag, utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt. Det nya deluppdraget bygger på en överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna.

Utredningstiden förlängs. De delar som utredningen enligt tidigare beslutade direktiv skulle slutredovisa den 31 mars 2020 ska i stället redovisas i form av ett delbetänkande samma datum. Uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa ska redovisas senast den 15 januari 2021.

Bakgrund till uppdraget

I dag finns det ingen tydlig definition av psykisk ohälsa. Nedsatt psykiskt välbefinnande kan indikera lättare besvär av psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten genomför vartannat år den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. 2018 års undersökning visar bl.a. att 17 procent av befolkningen uppgav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland kvinnor var andelen 20 procent och bland männen 14 procent. Andelen har ökat sedan mätningen 2016, men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast bland unga och i synnerhet bland unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år angav 33 procent av kvinnorna och 19 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. I undersökningen uppgav 39 procent av befolkningen i åldern 16–84 år lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Det är en ökning sedan 2016 då andelen var 36 procent. Av de tillfrågade kvinnorna angav 46 procent besvär av ängslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland männen var 32 procent. Män söker dock vård för psykisk ohälsa i mindre utsträckning än vad kvinnor gör och de väntar längre innan de gör det.

Andelen som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande är vidare dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande (Regeringskansliets strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck).

Enligt Försäkringskassan är psykiatrisk diagnos den vanligaste orsaken till sjukskrivning och det tar lång tid att komma tillbaka i arbete för personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser. Genomsnittstiden för att avsluta ett sjukfall är 44 dagar för samtliga diagnoser. För personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser är genomsnittstiden 75 dagar. Psykiatriska diagnoser har därmed de längsta sjukskrivningarna, längre än både hjärt-kärlsjukdomar och tumörsjukdomar (Försäkringskassan, 2017). I december 2016 var, enligt statistik från Försäkringskassan, drygt 130 600 kvinnor sjukskrivna, varav 49 procent var sjukskrivna i psykiatriska diagnoser. Samma månad var drygt 66 000 män sjukskriva, varav 37 procent i psykiatriska diagnoser.

Många äldre lider av ensamhet och ett minskat socialt sammanhang. En rapport från Socialstyrelsen visar dessutom att psykisk ohälsa är vanligare hos äldre kvinnor och män som är över 65 år än hos yngre personer som är mellan 18 och 64 år (Socialstyrelsen 2019, Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre, uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser.). Rapporten visar bl.a. att en högre andel patienter i åldern 65 år eller äldre har förskrivits antipsykotiska läkemedel och tre eller fler psykofarmaka än den yngre gruppen med psykisk ohälsa. Det har uppmärksammats att äldre i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel trots att de kan ha behov av andra insatser. Andra grupper med stora behov som inte alltid uppmärksammas i tillräckligt hög grad är personer med funktionsnedsättning, personer med riskbruk, liksom personer som vårdar eller stöder en närstående. Det är även viktigt att primärvården samverkar med socialtjänsten vid behov för att kunna beakta personens hela livssituation, t.ex. bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa som exempelvis kan handla om våld i nära relationer och ekonomisk utsatthet.

Hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med psykisk ohälsa ges både inom primärvården och den specialiserade vården. Primärvård omfattar inte bara landstingens insatser inom första linjen utan även den kommunala hälso- och sjukvården. Även andra verksamheter såsom studenthälsan och företagshälsovården kommer i kontakt med personer som har behov av stöd och t.ex. samtal vid lättare psykisk ohälsa.

Mot denna bakgrund ser regeringen att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels avlasta och därmed förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

Utreda införandet av en ny form av insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa

Det är viktigt att primärvården, såsom första linjens vårdnivå och som del av den nära vården, klarar att skyndsamt ge ändamålsenligt stöd till personer med lättare psykisk ohälsa, såväl kvinnor som män och personer som identifierar sig på annat sätt. Primärvården har

redan i dag ett sådant uppdrag men tillgängligheten till vården är inte alltid god. Det kan leda till att personer som har behov av vård som hade kunnat ges inom primärvården vänder sig till sjukhusets akutmottagning eller annan specialiserad vård som i första hand vänder sig till personer med mer akuta eller komplicerade medicinska behov.

Det är vidare angeläget att den nära vården inte fragmentiseras i onödan. Det uppdrag som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har skapar förutsättningar för en sammanhängande första linjens vårdnivå. Utredaren har ett brett kontaktnät och kan därmed löpande förankra sina förslag och bedömningar hos verksamheter i hälso- och sjukvården. Även detta tilläggsuppdrag kräver goda kontakter och ingående kunskap om primärvårdens uppdrag och hur den är organiserad.

Fokus för uppdraget är lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. Begreppet lättare psykisk ohälsa bör för uppdragets genomförande definieras närmare. Det skulle till exempel kunna handla om sådan nedstämdhet som inte kan diagnostiseras som depression eller sådan upplevd stress som ännu inte har uppnått sådana nivåer att en stressdiagnos kan sättas. Det är dock upp till utredaren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser.

För att en person som har behov av insatser från hälso- och sjukvården för sin psykiska hälsa ska få rätt vård krävs en bedömning av hur allvarlig den psykiska ohälsan är. Det är viktigt inte minst för att säkerställa att den som har behov av mer kvalificerad vård får det på rätt vårdnivå.

Utredaren ska därför

– utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar,

– överväga vilka målgrupperna ska vara för de nya insatserna och hur deras behov av stöd ska definieras och vilka typer av insatser som är bäst lämpade för målgrupperna,

– överväga hur och när en medicinsk bedömning av behoven ska ske utifrån syftet att stödet ska kunna ges skyndsamt och på rätt vårdnivå,

– överväga hur insatserna ska passas in i primärvårdens uppdrag och organisation,
– överväga hur verksamheter såsom studenthälsovård och företagshälsovård kan bidra till och komplettera primärvårdens uppdrag, samt
– utreda hur föreslagna insatser ska följas upp och hur effekterna ska utvärderas.

Utredaren ska vidare

– kartlägga om liknande lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något land inom EU eller EES-området, exempelvis i Norge eller Storbritannien och överväga i vad mån dessa kan tjäna som goda exempel för verksamheter i Sverige, samt
– i sina överväganden beakta och synliggöra eventuella skillnader som beror på kön, inklusive när det gäller förutsättningar för vården att nå ut till personer med lättare psykisk ohälsa.

Utbildningsinsatser

Det är viktigt att personer som har behov av hjälp och behandling får detta snabbt från medarbetare i vården med rätt kompetens men också på rätt vårdnivå. Det är också viktigt med ett gott bemötande som utgår från olika människors behov och förutsättningar, exempelvis funktionsnedsättning eller ålder. Den specialiserade vården ska ta emot patienter med svår problematik eller diagnos. Primärvården, som en central del i den nära vården, behöver kunna erbjuda vård till patienter som lider av lättare psykisk ohälsa. Dessa patienter ska inte behöva vänta på att få tid inom vuxenpsykiatrin eller till exempelvis psykolog i primärvården. Mycket pekar dock på att det saknas tillräckliga resurser i form av bl.a. utbildad personal för att ta hand om lättare psykisk ohälsa i första linjens hälso- och sjukvård.

Det finns därför anledning att överväga hur fler medarbetare inom den nära vården ska kunna bidra med stöd till patienter med lättare psykisk ohälsa. Utbildningsinsatser för befintliga medarbetare kan naturligtvis vara aktuellt men även för andra som kan bidra till en mer behovsanpassad nära vård. Kompetensförsörjning är en stor

utmaning för hälso- och sjukvården och det är i dag brist på personal, såväl i den nära vården som i den specialiserade vården.

Utredaren ska därför

– överväga vilka kompetenser som bör ligga till grund för det nya stödet, kartlägga nuvarande kompetenser inom primärvården, analysera vilka utbildningsinsatser som finns i dag och bedöma det eventuella behovet av nya utbildningsinsatser och hur sådana i så fall kan erbjudas över hela landet på ett kostnadseffektivt sätt, samt
– överväga vilka personalkategorier i primärvården som i första hand bör erbjudas kompetensinsatser och om även personer som i dag inte arbetar inom hälso- och sjukvården kan utbildas för arbete inom primärvården.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. Konsekvensbeskrivningen för jämställdhet ska inkludera möjligheterna att fånga upp psykisk ohälsa hos kvinnor respektive män samt personer som identifierar sig på annat sätt i ett tidigt skede.

Utredaren ska beräkna och beskriva de administrativa, organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av de förslag som läggs fram. Om förslagen innebär kostnadsökningar för stat respektive landsting och kommun ska utredaren föreslå hur förslagen ska finansieras enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som föranlett förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Utredaren ska särskilt

– beskriva konsekvenserna för primärvården, den specialiserade psykiatrin och berörda myndigheter, samt
– bedöma vilka konsekvenser som på sikt kan uppstå för sjukskrivningstalen och för vuxna med psykisk ohälsa.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med andra statliga utredningar vars uppdrag särskilt berör första linjens hälso- och sjukvård samt även fortsättningsvis arbeta utåtriktat för att på bästa sätt förankra uppdraget hos berörda aktörer.

Utredningstiden förlängs. De delar som utredningen enligt tidigare beslutade direktiv skulle slutredovisa den 31 mars 2020 ska i stället redovisas i form av ett delbetänkande samma datum. Uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa ska redovisas senast den 15 januari 2021.

(Socialdepartementet)

PM: Begrepp inom området psykisk hälsa

En modell som behöver användas och fortsätta utvecklas

I detta PM föreslås en modell och några ingående begrepp för området psykisk hälsa. Detta är en första version modellen och vi ser fram emot att den kommer att utvecklas löpande: på kort sikt när modellen prövats i praktiken; på medellång sikt när exempelvis den svenska versionen av det internationella diagnossystem ICD-11 är färdigställd; på lång sikt utifrån hur språket i samhället utvecklas.

Innehållsförteckning

1. OM DETTA PM ... 3

1.1. Bakgrund och syfte ... 3
1.2. Mål ... 3
1.3. Avsändare ... 3
1.4. Målgrupp ... 3
1.5. Metod ... 3

2. BEGREPP INOM OMRÅDET PSYKISK HÄLSA ... 4

2.1. Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra ... 4
2.2. Psykisk hälsa ... 4
2.3. Psykiskt välbefinnande ... 5
2.4. Psykisk ohälsa ... 5
2.4.1. Psykiska besvär ... 5
2.4.2. Psykiatriska tillstånd ... 5
2.4.2.1. Psykiska sjukdomar och syndrom ... 6
2.4.2.2. Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser ... 6

3. PRINCIPER FÖR ATT BESKRIVA PSYKISK HÄLSA I BEFOLKNINGEN ... 7

4. BEGREPP SOM KAN ERSÄTTAS MED DE BEGREPP SOM FÖRESLÅS I DETTA PM ... 8

BILAGA 1: METOD OCH KÄLLFÖRTECKNING ... 9

Bakgrund ... 9
Deltagare i arbetsgruppen ... 9
Tillvägagångssätt ... 10
Metod ... 10
Internationella modeller ... 11
Vilka modeller används av deltagande organisationer? ... 14
Val av modell ... 15
Svenska begrepp ... 15
En modell som behöver användas och fortsätta utvecklas ... 16
Källförteckning ... 17

1. Om detta PM

1.1. Bakgrund och syfte

Psykisk hälsa är ett begrepp som ofta används i det allmänna samtalet men som ges olika innebörd i olika sammanhang. Ibland avses dess positiva dimension i form av psykiskt välbefinnande. Ofta avses dock psykisk ohälsa som kan inkludera alltifrån lättare oro till svåra psykiatriska tillstånd. Detta innebär en risk för sammanblandning, att olika trender kan missförstås och att felaktiga slutsatser dras.

Syftet med detta PM är att föreslå en enhetlig användning av några centrala begrepp som ofta används inom området psykisk hälsa. Detta förväntas kunna bidra till att beskrivning av nuläge och utveckling inom området, liksom insatsförslag kan baseras på tydliga och gemensamma grunder.

1.2. Mål

Målen med detta PM är att:

i. Beskriva och tydliggöra följande **begrepp**:
   a. Psykisk hälsa
   b. Psykiskt välbefinnande
   c. Psykisk ohälsa
   d. Psykiska besvär
   e. Psykiatriska tillstånd
   f. Psykiska sjukdomar och syndrom
   g. Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser

ii. Beskriva en **modell** som underlättar förståelse av hur begreppen förhåller sig till varandra.

iii. Beskriva ett antal **principer** för hur begreppen bör användas för att på ett tydligt och enhetligt sätt beskriva nuläge och utvecklingen i Sverige.

1.3. Avsändare

De nationella kunskapsmyndigheterna Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SBU samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) står bakom de beskrivningar, den modell och de principer som lyfts fram i detta PM.

1.4. Målgrupp

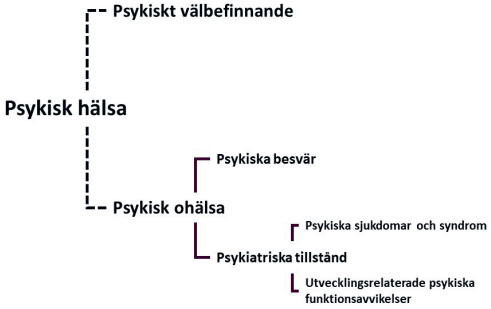
Detta dokument riktar sig till deltagande statliga myndigheter och Sveriges regioner och kommuner, men kan användas av andra aktörer som analyserar och publicerar information inom området psykisk hälsa.

1.5. Metod

Detta begrepps-PM har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av tio personer från deltagande organisationer. Arbetsgruppen genomförde sammanlagt elva arbetsmöten mellan 15 oktober 2019 – 16 juni 2020. Mellan varje arbetsmöte bearbetades utkastet på PM och vissa övergripande genomgångar av vetenskaplig litteratur, rapporter samt svenska och internationella begreppsmodeller studerades och sammanställdes. En närmre beskrivning av metoden inklusive källförteckning återfinns i bilaga 1.

2. Begrepp inom området psykisk hälsa

2.1. Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra



Figur 1 Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra

I figuren ovan visas en övergripande modell för hur olika begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra. Modellen ger en förenklad beskrivning i syfte att underlätta förståelse för och en enhetligare användning av begreppen, men verkligheten är mer komplicerad.

Modellen börjar i det överordnade paraplybegreppet **psykisk hälsa** som har dimensionerna **psykiskt välbefinnande** och **psykisk ohälsa**. Psykiskt välbefinnande och psykiatriska tillstånd är olika dimensioner och inte varandras motsatser. Även om det finns samband mellan dimensionerna så kan exempelvis personer som inte har någon psykisk ohälsa uppleva ett lågt psykiskt välbefinnande. På samma sätt kan personer med psykiatriska tillstånd uppleva psykiskt välbefinnande.

Psykisk ohälsa delas in i **psykiska besvär** och **psykiatriska tillstånd** beroende på om den psykiska ohälsan uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos.

Psykiatriska tillstånd delas i sin tur in i **psykiska sjukdomar och syndrom** respektive **utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser** (kallas i vardagligt tal neuropsykiatriska funktionsnedsättningar) beroende på när i ålder som de debuterar.

De olika begreppen i modellen beskrivs närmre i avsnitten nedan.

2.2. Psykisk hälsa

Psykisk hälsa är ett paraplybegrepp som inbegriper **psykiskt välbefinnande** och **psykisk ohälsa**. Begreppet psykisk hälsa används när diskussioner förs kring området på en övergripande nivå som omfattar hela samhället.

2.3. Psykiskt välbefinnande

Psykiskt välbefinnande handlar inte enbart om frånvaro av sjukdom eller besvär, utan om ett tillstånd som har ett värde i sig och som omfattar både välbefinnande och funktionsförmåga. Mer konkret handlar det om att kunna balansera positiva och negativa känslor, att känna tillfredställelse med livet, att ha goda sociala relationer och att utveckla sin inre potential. Det handlar även om att kunna känna njutning, lust och lycka. Psykiskt välbefinnande är en grundläggande resurs för att man ska kunna bemästra livets olika svårigheter men det är också en tillgång för samhället ur en social och ekonomisk synvinkel.

2.4. Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både **psykiska besvär** och **psykiatriska tillstånd**. Gemensamt är att båda orsakar lidande, antingen för individen själv eller för omgivningen.

Psykisk ohälsa är ofta förenat med svårigheter att fungera i vardagslivet, till exempel i relation till andra människor eller att arbeta eller studera. Dessa svårigheter kan dock se väldigt olika ut bland annat beroende på individens egenskaper, det sociala sammanhanget och vilken typ av psykisk ohälsa det handlar om. Psykiska besvär har vanligen mindre påverkan på vårt sätt att fungera än psykiatriska tillstånd.

Psykisk ohälsa inkluderar alltså såväl psykiska besvär som psykiatriska tillstånd där det finns fastställda diagnoskriterier. Psykiska besvär kan i vissa fall senare leda till att en individ utvecklar psykiatriska tillstånd.

2.4.1. Psykiska besvär

Psykiska besvär är vanligt förekommande i befolkningen och är något vi alla kan drabbas av från tid till annan. Ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Besvären kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder. Psykiska besvär är mindre komplexa än psykiatriska tillstånd och kan till exempel bestå av enstaka besvär. Ibland kan psykiska besvär ge kroppsliga symtom som exempelvis huvudvärk, magont, ryggvärk eller yrsel.

De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka förmågan att klara av viktiga och nödvändiga vardagsfunktioner – arbeta, studera, ägna sig åt fritidsaktiviteter och hobbyer, ta hand om sig själv och andra – i den miljö som man lever i.

Exempel på psykiska besvär är:

- Koncentrationssvårigheter
- Oro och ångest
- Nedstämdhet
- Psykisk trötthet
- Självhat och destruktivitet
- Självmordstankar
- Sömnsvårigheter

I begreppsmodellen används **psykiska besvär** för psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos inte är uppfyllda.

2.4.2. Psykiatriska tillstånd

Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos är uppfyllda. Till skillnad från psykiska besvär måste flera kriterier föreligga för att en diagnos

ska kunna ställas. Symptomen måste även ha varit närvarande under en viss sammanhängande tidsperiod, vanligen minst 14 dagar och medföra en nedsättning av psykisk funktionsförmåga. Psykiatriska tillstånd kan vara av bestående eller av övergående natur och avgränsas utifrån diagnostiska kriterier i internationella diagnossystem (ICD/DSM).

Bland personer med psykiatriska tillstånd inkluderas de som, om de hade sökt hälso- och sjukvård, hade uppfyllt kriterierna för en viss psykiatrisk diagnos, som om den hade ställts av läkare inom specialiserad hälso- och sjukvård, rapporterats till Patientregistret. Ett psykiatriskt tillstånd kan alltså förekomma oavsett om diagnosen fastställts och registrerats av hälso- och sjukvården eller inte. I de mätningar som görs av psykiatriska tillstånd i befolkningen är det av praktiska skäl oftast enbart fastställda och registrerade diagnoser som inkluderas.

Psykiatriska tillstånd kan delas in i **psykiska sjukdomar och syndrom** respektive **utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser.**

2.4.2.1. Psykiska sjukdomar och syndrom

Psykiska sjukdomar och syndrom kan debutera när som helst under livet till skillnad från utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser som utvecklas under barndomen.

Exempel på psykiska sjukdomar och syndrom är:

- Depressiva syndrom
- Ångestsyndrom
- Skadligt bruk och beroende
- Tvångssyndrom
- Trauma- och stressrelaterade syndrom
- Utagerande beteende- och impulskontrollstörningar
- Personlighetssyndrom
- Schizofrenispektrumsyndrom, andra psykoser samt katatoni

2.4.2.2. Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser

Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser[1] är psykiska funktionsavvikelser som debuterar i barndomen. De kvarstår oftast i vuxen ålder. I vardagligt tal kallas de även neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF).

Exempel på utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser är:

- Adhd
- Autismspektrumsyndrom inklusive autism och Aspergers syndrom
- Intellektuell funktionsnedsättning
- Kommunikations- eller språkstörningar
- Specifika inlärningssvårigheter (dyslexi, dyskalkyli)
- Tics/Tourettes syndrom

[1] I den modell som föreslås i detta PM används begreppet ”utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser” utifrån benämningen av dessa tillstånd i DSM V: ”neurodevelopmental disorders”. I den svenska översättningen av DSM V benämns ”neurodevelopmental disorders” enbart ”utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser”. För att förtydliga att det inte handlar om alla utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser läggs ordet ”psykiska” till i begreppet.

3. Principer för att beskriva psykisk hälsa i befolkningen

- Psykisk hälsa och psykisk ohälsa är begrepp på olika nivåer och bör inte användas som varandras motsatser (se modellen). Paraplybegreppet psykisk hälsa inkluderar förutom psykisk ohälsa även psykiskt välbefinnande. Oftast när vi avser psykisk hälsa rör detta en övergripande nivå.
- Vid beskrivning av nuläge eller utveckling baserat på mätningar av enbart psykiska besvär eller enbart psykiatriska tillstånd bör de specifika begreppen (psykiska besvär respektive psykiatriska tillstånd) användas istället för samlingsbegreppet psykisk ohälsa.
- Vid beskrivning av nuläge eller utveckling inom området psykisk hälsa bör alltid anges:
    - Vad beskrivningen avser: psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande, psykisk ohälsa, psykiska besvär, psykiatriska tillstånd, psykiska sjukdomar och syndrom, utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser, eller ett specifikt tillstånd eller besvär.
    - Vad som har mätts, exempelvis prevalens i befolkningen, förekomst utifrån en viss datakälla, vårdkonsumtion eller behandlingar.
    - Om data avser självrapporterade besvär eller symptom eller om det handlar om observerade och registrerade symtom eller funktioner.
    - Vilka datakällor som använts.
    - Vilka felkällor som kan behöva tas hänsyn till exempelvis förändrad diagnossättning, insamlingsmetodik eller rapporteringsfrekvens.
    - Vad man kan uttala sig om utifrån det som har analyserats eller mätts, och vad man inte kan uttala sig om.

4. Begrepp som kan ersättas med de begrepp som föreslås i detta PM

Begrepp	Föreslaget begrepp i detta PM
Diagnostiserad psykisk ohälsa	Psykiatriska tillstånd
Diagnostiserbara psykiska tillstånd	Psykiatriska tillstånd
God psykisk hälsa	Psykiskt välbefinnande
Hedoniskt och eudaimoniskt välbefinnande	Psykiskt välbefinnande
Positiv psykisk hälsa	Psykiskt välbefinnande
Psykiatriska sjukdomar	Psykiska sjukdomar och syndrom
Psykiska sjukdomar	Psykiska sjukdomar och syndrom
Psykiska tillstånd	Psykiatriska tillstånd
Psykiskt välmående	Psykiskt välbefinnande

Bilaga 1: Metod och källförteckning

Bakgrund

Psykisk hälsa är ett begrepp som ofta används i det allmänna samtalet men som ges olika innebörd i olika sammanhang. Ibland avses dess positiva dimension i form av psykiskt välbefinnande. Ofta avses dock psykisk ohälsa som kan inkludera alltifrån lättare oro till svåra psykiatriska tillstånd. Detta innebär en risk för sammanblandning, att olika trender kan missförstås och att felaktiga slutsatser dras.



Med detta som utgångpunkt bildade SKR, Folkhälsomyndigheten, SBU och Socialstyrelsen en arbetsgrupp bestående av tio personer från organisationerna som skulle utarbeta förslag på hur några centrala begrepp inom området psykisk hälsa ska användas.

Deltagare i arbetsgruppen

SKR: Mikael Malm, Lisa Minell och Ing-Marie Wieselgren

Folkhälsomyndigheten: Hillevi Busch, Sara Fritzell och Regina Winzer

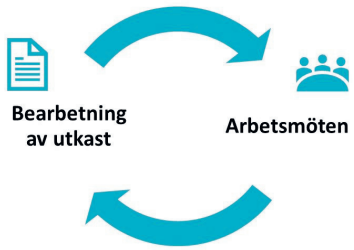
SBU: Marit Eskel

Socialstyrelsen: Martina Barnevik Olsson, Ylva Ginsberg och Kristina Sinadinovic

Externt stöd i framtagandet: Jonas Lundberg och Josefin Klingvall, Lumell Associates.

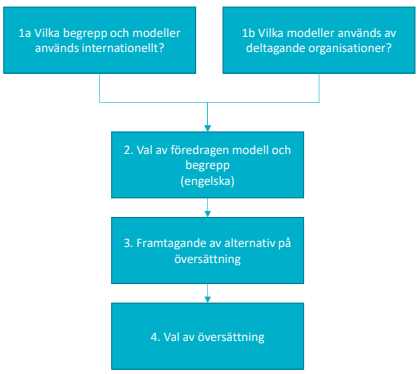
Tillvägagångssätt

PM:et utarbetades av arbetsgruppen under hösten 2019 och våren 2020. Sammanlagt genomförde arbetsgruppen elva arbetsmöten (15 oktober 2019 – 16 juni 2020). Mellan varje arbetsmöte bearbetades utkastet på PM och vissa övergripande genomgångar av vetenskaplig litteratur, rapporter samt svenska och internationella begreppsmodeller studerades och sammanställdes.



Metod

Metoden finns schematiskt beskriven i figuren nedan. Arbetet inleddes med (1a) en genomgång av vilka olika begrepp och modeller som används internationellt. I tillägg gjordes (1b) en genomgång av vilka begrepp och modeller som används av de deltagande organisationerna. I efterföljande arbetsmöten diskuterades för- och nackdelar med de olika modellerna och (2) en föredragen typmodell med engelska begrepp valdes ut. Därefter togs (3) olika alternativ på svenska begrepp fram utifrån vilka arbetsgruppen som ett sista steg (4) enades om en svensk översättning.



När modellen och tillhörande svenska begrepp var klara utarbetade arbetsgruppen detta PM som ska underlätta förståelse av hur begreppen förhåller sig till varandra samt beskriva ett antal principer för hur begreppen bör användas för att på ett tydligt och enhetligt sätt beskriva nuläge och utvecklingen i Sverige.

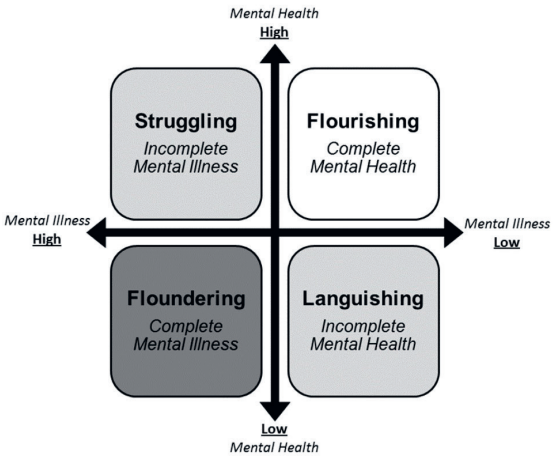
Internationella modeller

Arbetsgruppen identifierade två huvudtyper av modeller som används internationellt: (1) Dual continuum model, (2) Single continuum model. Därutöver identifierades även modeller som enbart fokuserade en av de två dimensionerna i dual continuum model (antingen välbefinnande *eller* ohälsa).

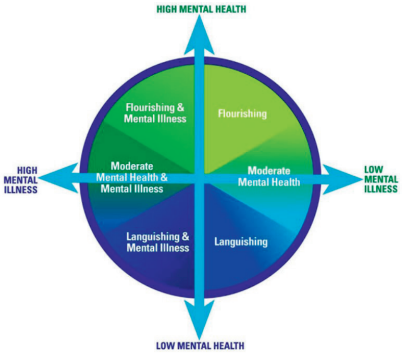
Dual continuum model

De modeller av typen ”dual continuum model” har olika dimensioner för det som på engelska brukar benämnas ”mental health” respektive ”mental illness” (exv. C. L. Keyes, 2002, 2005; Westerhof & Keyes, 2010). Det finns flera varianter av ”dual continuum model” där det är vanligt att dimensionerna visas som ett kors (exv. Tenga, Venning, Winefield, & Crabb, 2015; Tudor, 1996). I detta fall så skapar korset fyra kvadranter som på engelska ofta benämns ”struggling” (High mental health; High mental illness), ”flourishing” (high mental health; low mental illness), ”floundering” (high mental illness; low mental health) och ”languishing” (low mental health, low mental illness). Det finns även exempel där dimensionerna visas som helt separata.(exv. Health and Welfare Canada, 1988).

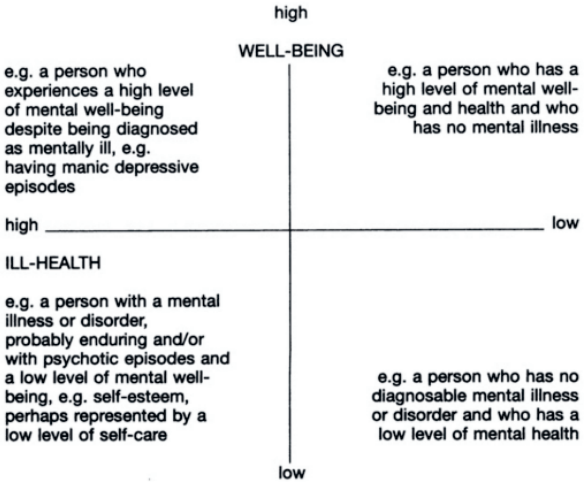
Exempel på ”dual continuum model”



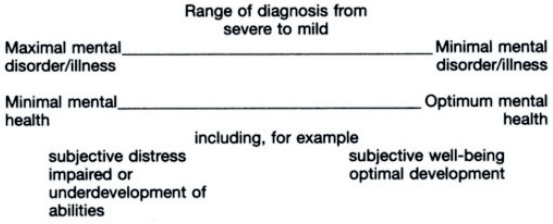
Tenga et al. (2015) visualisering utifrån C. L. Keyes (2002)



Corey LM Keyes (2014)



Tudor (1996) baserad på Downie, Fyfe, and Tannahill (1990)

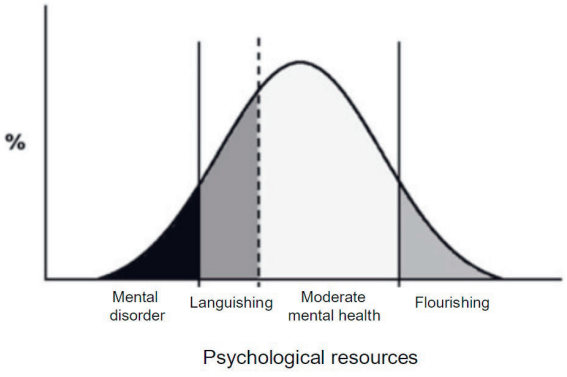


Tudor (1996) baserad på Health and Welfare Canada (1988)

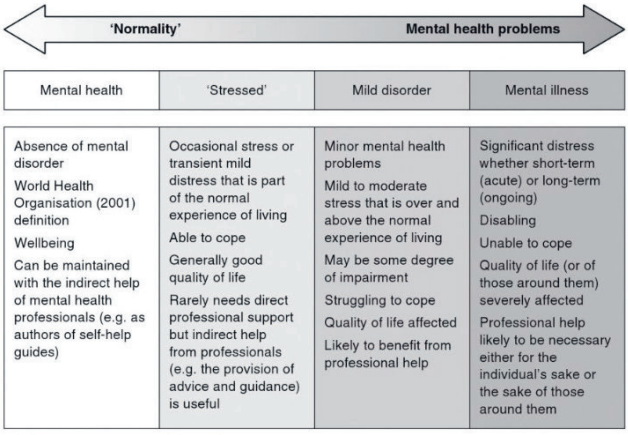
Single continuum model

I modeller av typen ”single continuum model” visas ”mental health” och ”mental illness” som två ytterligheter på en och samma dimension.(exv. Huppert, 2009; Pryjmachuk, 2011).

Exempel på ”single continuum model”



Huppert (2009)



Pryjmachuk (2011)

Vilka modeller används av organisationer i andra länder?

Dual continuum model används bland annat av bland annat CDC i USA: *"Although the terms are often used interchangeably, poor mental health and mental illness are not the same things. A person can experience poor mental health and not be diagnosed with a mental illness. Likewise, a person diagnosed with a mental illness can experience periods of physical, mental, and social well-being."*(Centers for Disease Control and Prevention, 2018) och av NHS Scotland: *"'mental health' is used as an umbrella term to refer to both the concepts of mental health problems and mental wellbeing."* (NHS Health Scotland, 2016).

Samtidigt som NHS Scotland i vissa rapporter använder sig av dual continuum model så använder den skotska regeringen en single continuum model i sin strategi för psykisk hälsa: *"The term mental health is used in many different ways. It applies to a continuum from emotional wellbeing like happiness and sadness, to mental disorder like the acute reaction that can happen to stress, to mental illness like schizophrenia"* (The Scottish Government, 2017). Single continuum används också av exempelvis den kanadensiska armén i deras program "CAF Road to Mental Readiness"(Atuel et al., 2017).

Vilka modeller används av deltagande organisationer?

Det finns exempel på både dual continuum (Folkhälsomyndigheten, 2018, 2019b; Socialstyrelsen, 2019a, 2019b, 2019c; Sveriges kommuner och landsting, 2016) och single continuum modeller (exv. Folkhälsomyndigheten, 2019a) som använts av deltagande organisationer. I vissa fall är det tydligt uttryckt vilken typ av modell som används, medan det i andra fall går att utläsa indirekt. I den genomgång som gjordes inom ramen för detta arbete så framstod det som vanligast att använda en dual continuum modell även om det i

flera fall enbart var en av dimensionerna som beskrevs i rapporterna (antingen ”mental health” eller ”mental illness”).

Val av modell

Baserat på de underlag som hade gåtts igenom och vilka modeller som organisationerna tillämpar idag enades arbetsgruppen om att föreslå en ”dual continuum” modell som inkluderade följande delar:

- Ett överordnat paraplybegrepp som kan användas för att beskriva både det som på engelska benämns ”mental health” (eller ”mental wellbeing) och ”mental illness” (eller ”mental disorders”)
- Ett begrepp för dimensionen ”mental health”
- Ett samlingsbegrepp för dimensionen ”mental illness”, med en uppdelning i
    - Tillstånd som uppfyller kriterierna för en diagnos
    - Tillstånd som *inte* uppfyller kriterierna för en diagnos)

Svenska begrepp

Deltagande organisationer använder i första hand ”psykisk hälsa” som översättning av paraplybegreppet för hela området. Vad gäller samlingsbegreppet ”mental illness” använder deltagande organisationer begreppet ”psykisk ohälsa”.

För den dimension som på engelska benämns ”mental health” (eller ”mental wellbeing) använder deltagande organisationer framför allt begreppen ”psykisk hälsa”, ”psykiskt välbefinnande”, ”positiv psykisk hälsa” eller ”god psykisk hälsa”.

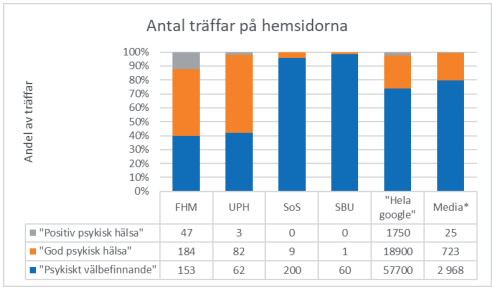
För de tillstånd av psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för en diagnos använder deltagande organisationer bland annat begreppen: ”psykiatriska tillstånd”, ”psykiatrisk diagnos”, ”psykiska sjukdomar”, ”psykiatriska tillstånd och psykiska sjukdomar”, ”olika psykiska syndrom som uppfyller kriterier för en diagnos”, ”psykisk sjuklighet”, ”mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos”, ”allvarliga tillstånd eller funktionsnedsättningar” och ”psykiska sjukdomar och psykisk funktionsnedsättning”.

För de tillstånd av psykisk ohälsa som *inte* uppfyller kriterierna för en diagnos använder deltagande organisationer bland annat begreppen: ”psykiska besvär”, ”självrapporterade psykiska besvär”, ”mindre allvarliga psykiska problem”, ”tillfälliga besvär av oro, nedstämdhet eller sömnbesvär”, ”lindriga psykiska tillstånd”, ”psykiska eller psykosomatiska besvär”, och ”nedsatt psykiskt välbefinnande”.

Val av svenska begrepp

Begreppen ”psykisk hälsa” (för det överordnade paraplybegreppet) och ”psykisk ohälsa” (för samlingsbegreppet ”mental illness”) valdes ut då de redan idag är klart vanligast använda. I och med att ”psykisk hälsa” valdes för det överordnade begreppet kunde det inte användas för dimensionen ”mental health” (eller ”mental wellbeing”), för detta valdes

istället ”psykiskt välbefinnande” då det var det mest frekvent använda av de tre återstående alternativen samt en bra översättning av ”mental wellbeing”.



	FHM	UPH	SoS	SBU	"Hela google"	Media*
"Positiv psykisk hälsa"	47	3	0	0	1750	25
"God psykisk hälsa"	184	82	9	1	18900	723
"Psykiskt välbefinnande"	153	62	200	60	57700	2 968

*Googlesökning genomförd i april 2020. *För media är sökning gjord i Retriver.*

För tillstånd av psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för en diagnos valdes begreppet ”psykiatriska tillstånd”; psykiatriska tillstånd istället för psykiska tillstånd då diagnoser sätts i hälso- och sjukvården; psykiatriska tillstånd istället för psykiatriska diagnoser då arbetsgruppen uppfattar ett det finns ett värde i att fokusera på tillståndet som individen har snarare än att fokusera på diagnosen som sätts av vården.

För tillstånd av psykisk ohälsa som *inte* uppfyller kriterierna för en diagnos valdes begreppet ”psykiska besvär” då detta är det begrepp som Folkhälsomyndigheten i första hand använder för detta, samt att de psykiska besvären inte nödvändigtvis behöver vara lindrigare eller mindre allvarliga än vissa psykiatriska tillstånd.

I tillägg gjordes valet att komplettera modellen genom att dela in ”psykiatriska tillstånd” i två delar: ”Psykiska sjukdomar och syndrom”, som kan debutera när som helst under livet respektive ”Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser” som utvecklas under barndomen.

En modell som behöver användas och fortsätta utvecklas

Den föreslagna modellen och ingående begrepp kommer att behöva utvecklas löpande: på kort sikt när modellen prövats i praktiken; på medellång sikt när exempelvis den svenska versionen av det internationella diagnossystem ICD-11 är färdigställd; på lång sikt utifrån hur språket i samhället utvecklas.

Källförteckning

Atuel, H., Dworak-Peck, S., Black, T., Castro, C., Cox, D., de Boer, C., . . . Mb, R. (2017). *Veterans' Identities and Well-being in Transition to Civilian Life-A Resource for Policy Analysts, Program Designers, Service Providers and Researchers*.

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Learn About Mental Health. Retrieved from www.cdc.gov/mentalhealth/learn

Downie, R. S., Fyfe, C., & Tannahill, A. (1990). *Health promotion: models and values*.

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige?* Retrieved from https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/628f1bfc932b474f9503cc6f8e29fd45/varfor-psykiska-ohalsan-okat-barn-unga-18023-2-webb-rapport.pdf.

Folkhälsomyndigheten. (2019a). Så tar vi fram statistik om psykisk hälsa och suicid. Retrieved from https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/sa-tar-vi-fram-statistik-om-psykisk-halsa-och-suicid/

Folkhälsomyndigheten. (2019b). Vad är psykisk hälsa? Retrieved from https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/

Health and Welfare Canada. (1988). Mental health for Canadians: Striking a balance. In: Minister of Supply and Services Canada Ottawa.

Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences†. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 1*(2), 137-164. doi:10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x

Keyes, C. L. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of health and social behavior, 43*(2), 207-222. doi:10.2307/3090197

Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol, 73*(3), 539-548. doi:10.1037/0022-006x.73.3.539

Keyes, C. L. (2014). Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 179-192): Springer.

NHS Health Scotland. (2016). *Good mental health for all*.

Pryjmachuk, S. (2011). *Mental Health Nursing: An Evidence Based Introduction*: Sage.

Socialstyrelsen. (2019a). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. Retrieved from https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf.

Socialstyrelsen. (2019b). *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga - Öppna jämförelser 2019*. Stockholm Retrieved from https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2019-12-6475.pdf.

Socialstyrelsen. (2019c). *Våga tala om psykisk ohälsa!* Retrieved from https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-27.pdf.

Sveriges kommuner och landsting. (2016). *Positionspapper: Psykisk hälsa, barn och unga*. Retrieved from https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-328-4.pdf?issuusl=ignore.

Tenga, E., Venning, A., Winefield, H., & Crabb, S. (2015). Half Full or Half Empty: The Measurement of Mental Health and Mental Illness in Emerging Australian Adults. *Social Inquiry into Well-being, 1*(1), 1-12. doi:10.13165/SIIW-15-1-1-01
The Scottish Government. (2017). *Mental Health Strategy: 2017-2027.* Retrieved from https://www.gov.scot/publications/mental-health-strategy-2017-2027/.
Tudor, K. (1996). *Mental health promotion: Paradigms and practice*: psychology press.
Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110-119. doi:10.1007/s10804-009-9082-y

Välkommen till verkligheten – en exempelsamling

Rubriken på denna bilaga är ett citat från ett av våra verksamhetsbesök, närmare bestämt på Piteå hälsocentral. Vi lånar det som illustration till allt det goda arbete som görs runt om i landet av så många engagerade människor. Under utredningens arbete med att beskriva mer ändamålsenliga insatser i primärvården för att möta den psykiska ohälsan har vi stött på många exempel på förbättringsarbeten på mer strategisk och/eller verksamhetsnära nivå. Vår bedömning är att det säger något om såväl behoven av insatser på området, som om den maktlöshet många känner i rollen som politiker, tjänsteperson och medarbetare i vården när det gäller att möta behoven i befolkningen gällande psykisk ohälsa. Som vi tidigare beskrivit i betänkandet saknas många gånger kunskap om hur dessa behov bäst kan mötas, liksom om hur omfattande behoven egentligen är och vilket ansvar som åligger olika aktörer i systemet.

Kunskapen behöver öka. Ett sätt att göra det är att i det lilla, utifrån verksamhetens kunskap och erfarenhet, bedriva förbättringsarbeten, och till dessa koppla strukturerad uppföljning för ökat lärande. Ett annat sätt är att bidra till att goda exempel sprids.

Ett gott exempel är gott, ibland just i kraft av hur en insats har planerats, genomförts, följts upp och anpassats utifrån en enskild verksamhet, och sedan kunnat skalas upp och visat sig vara generaliserbar till andra verksamheter. Det kan också vara gott i det att sättet att leda, agera och inkludera i en verksamhet skapat en lärandekultur, som genom att beskrivas och spridas kan möjliggöra nya förbättringsarbeten i andra verksamheter.

I det följande vill vi bidra till förbättring genom att sprida goda exempel som kommit till oss på olika sätt under vårt arbete. Det har efterfrågats en sammanställning av pågående arbeten och initiativ, för att undvika att samma hjul uppfinns om och om igen.

En reflektion från utredningens sida är att det pågår väldigt mycket inom området psykisk ohälsa, men också att strukturerade utvärderingar, uppföljningar och följeforskning inte så sällan saknas. En förhoppning med denna bilaga är därför att kunna koppla ihop verksamheter med forskare och forskningsintresserade. Vi vill understryka att varje exempel förstås måste ses i sin lokala kontext, men tror att även den kontexten kan vara till nytta att studera för den intresserade.

Vi hoppas denna sammanställning kan vara hjälpsam, och att en motsvarande projektportfölj kanske kan sammanställas och förvaltas av någon aktör i systemet i framtiden. Exemplen presenteras utan inbördes ordning och utan någon värdering från utredningens sida.

MindShift Gotland

I syfte att främja psykisk hälsa är Region Gotland tillsammans med flera andra aktörer med i en rörelse, MindShift, för att lyfta frågan om främjande av psykisk hälsa. MindShift Gotlands första projekt är Guldhjärnan, med mål att sprida kunskap om Första hjälpen till psykisk hälsa så att 10 procent av befolkningen har den kunskapen inom 5 år.
Läs mer här: https://www.gotland.se/mindshift.

Rådrummet i Norrtälje

Rådrummet är en verksamhet som drivs i samverkan mellan Fokushuset Tiohundra, Kommunalförbundet Sjukvård och Omsorg i Norrtälje (KSON) och Norrtälje Kommun. Rådrummet vänder sig till vuxna som behöver prata med någon utomstående om allt från livskriser till vägval i livet.
Läs mer här: https://www.tiohundra.se/radrummet-2020.

Cederkliniken i Piteå

Cederkliniken i Piteå är en hälsocentral som arbetar på uppdrag av Region Norrbotten. Vid hälsocentralen har medarbetarna tillsammans utarbetat ett arbetssätt i syfte att med hög tillgänglighet snabbt kunna hjälpa den som drabbats av psykisk ohälsa. Målet med Cedermodellen är att individen så snabbt som möjligt ska få ökade kunskaper om vad man själv kan göra för att må bättre, och vid kvarstående besvär, att ändamålsenliga insatser snabbt ska kunna planeras och genomföras.
Läs mer här: http://www.ptj.se/cederkliniken/psykisk-ohalsa/.

Vårdcentralen Aroma i Vetlanda

Vårdcentralen Aroma startade 2010 och är en vårdcentral som arbetar på uppdrag av Region Jönköpings län. Vårdcentralen strävar efter en hög synlighet och ett engagemang i lokalsamhället. Bland annat drivs ett gym i verksamhetens lokaler för att uppmuntra till friskvård och rörelse hos alla, även de som kanske inte annars är vana gymbesökare. Vårdcentralen håller utbildningar och föreläsningar för allmänheten om exempelvis levnadsvanor och har ett brukarråd för tillvaratagande av egenerfarna personers tankar och idéer om hur verksamheten kan utvecklas.
Läs mer här: https://www.vardcentralenaroma.se/.

Psykosociala teamet på Frölunda Vårdcentral, i Göteborg

På Frölunda vårdcentral i Göteborg arbetar man i ett psykosocialt team bestående av rehabiliteringskoordinator, psykiatrisjuksköterska/vårdsamordnare, medicinsk rådgivare, psykolog och PTP. Teamet har veckovisa möten om patienterna där remisser gås igenom och patienter fördelas mellan personerna i teamet. Teamet har även veckovisa möten med läkargruppen.
Läs mer här: https://www.narhalsan.se/hitta-mottagning/goteborg/goteborg-vastra/narhalsan-frolunda-vardcentral/.

Psykosociala teamet Hertsöns hälsocentral i Luleå

Vid Hertsöns hälsocentral i Luleå finns ett psykosocialt team bestående av en arbetsterapeut/rehabiliteringskoordinator, fysioterapeut, kurator och vårdsamordnare dit alla patienter med misstanke om psykisk ohälsa triageras. All personal på hälsocentralen har också utbildats för att kunna identifiera psykisk ohälsa, bemöta patienten och triagera rätt.
Läs mer här: https://www.norrbotten.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Vardcentraler1/Lulea/Lulea-Hertsons-halsocentral/Psykosociala-teamet/.

Må bra med kultur, Stockholm

För att motverka psykisk ohälsa, bryta isolering och skapa känsla av sammanhang bland unga nyanlända och asylsökande prövas ”Må bra med kultur”. Projektet går ut på att undersöka om dans, skriva, musik och teater fungerar som buffert mot stress och psykisk ohälsa. Satsningen genomförs av Akademiskt PrimärvårdsCentrum i nära samarbete med asylmottagningar och kommunernas kulturförvaltningar och kulturinstitutioner på uppdrag av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm. Projektets övergripande syfte är att ta fram effektiva modeller för att kunna ordinera kulturaktiviteter för unga asylsökande och nyanlända i åldrarna 15–20 år, som riskerar eller har uttalad psykisk ohälsa. Kulturaktiviteterna ligger utanför vården och leds av professionella kulturkoordinatorer och kulturpedagoger från kommunerna. Potentiella deltagare bedöms och rekryteras av sjuksköterskor/processledare på de asylmottagningar som är med i projektet. De ungdomar som deltar i projektet följs upp av sjuksköterskorna på de medverkande asylmottagningarna. Projektet utvärderas också vetenskapligt. Förhoppningen är att projektet kan fungera som en bro mellan hälso- och sjukvård och övriga delar av samhället.
Läs mer här: http://akademisktprimarvardscentrum.se/nyheter?view=paper&id=811.

Vårdsamordnare i Västra Götaland

I Västra Götalandsregionen (VGR) har beslutats att vårdcentralerna i regionen ska erbjuda en vårdsamordnare till patienter med lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom samt till patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa. Funktionen vårdsamordnare har utvärderats vetenskapligt i samarbete med Göteborgs universitet.
Läs mer här: https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-vardcentral/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/.

Digitalt stöd vid psykisk ohälsa i Norrbotten via Digitalen

Digitalen är region Norrbottens portal för e-hälsotjänster. Under 2020, i samband med corona-pandemin, har arbetet utökats till att omfatta även psykisk ohälsa. Förhoppningen är att fler ska söka vård för psykiska besvär i ett tidigt skede. Den som söker vård via Digitalen för psykisk ohälsa får chatta med en sjuksköterska. Sjuksköterskan kan sedan sätta patienten i kontakt med läkare eller boka in en chatt hos en vårdpersonal med särskild kompetens inom psykisk hälsa. Utökningen av Digitalens tjänster finansieras av ett riktat statsbidrag för att utveckla och stärka möjligheterna till vårdkontakter för personer som lider av psykisk ohälsa.
Läs mer här: https://www.norrbotten.se/sv/Om-Region-Norrbotten/Press/Pressmeddelanden-2020/Nytt-med-vard-for-psykisk-ohalsa-via-Digitalen/.

Storumans sjukstuga, drop in kvällstid om psykisk ohälsa och riskbruk

I Storuman arbetar man sedan 2016 i samverkansgruppen B4 (Before), i syfte att långsiktigt och systematiskt stärka och främja den psykiska hälsan i befolkningen. B4 är ett samarbete mellan Storumans kommun, Region Västerbotten och polisen i Södra Lappland. Insatserna som genomförs vilar på fyra ben: Bemöta, Behandla, Bygga, Begränsa. Man har bl.a. arbetat med suicidförebyggande insatser, och arbetet sker i samverkan med civilsamhällets aktörer. Med start under våren 2020 erbjuder regionen och kommunen öppen mottag-

ning och drop in för psykisk ohälsa och riskbruk en kväll i veckan på sjukstugan i Storuman. Tillfällena är välbesökta.
Läs mer här: https://www.storuman.se/Omsorg--hjalp/Psykisk-ohalsa/b4-ska-arbeta-mot-psykisk-ohalsa/.

Självhjälpsprogram för oro vid covid-19, Region Stockholm

Till följd av corona-pandemin och covid-19 finns i Region Stockholm ett KBT-baserat självhjälpsprogram mot oro. Självhjälpsprogrammet är kostnadsfritt och tillhandhålls via 1177 Vårdguiden. Programmet tar cirka tre veckor att arbeta med, och riktar sig till den som självständigt vill arbeta med att lära sig hantera sin oro. Det innehåller text, film, illustrationer och övningar. Programmet är utvecklat och vetenskapligt utvärderat av forskare vid Karolinska Institutet.
Läs mer här: https://www.1177.se/Stockholm/om-1177-vardguiden/e-tjanster-pa-1177-vardguiden/det-har-kan-du-gora-nar-du-loggat-in/stod-och-behandling-pa-natet/program-i-stod-och-behandling---stockholm/stod-och-behandling---oro-i-samband-med-covid-19/.

Deplyftet, en uthållig modell för implementering av kunskapsbaserad vård

Deplyftet är en modell för att implementera kunskapsbaserad vård, ge kliniska färdigheter i att bedöma och behandla depression, och värdera och hantera självmordsrisk hos barn och ungdomar. Arbetet startade inom ramen för en överenskommelse mellan SKR och regeringen 2014, utifrån målet att stödja arbetet med välutvecklade insatser för psykisk ohälsa både i första linjen och på specialistnivå. I nuläget sker en nationell implementering. Arbetet drivs av en arbetsgrupp inom Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) och administreras av Psykiatrin i Halland, Region Halland.
Läs mer här: http://www.sfbup.se/deplyftet/.

Chatt i Vallentuna kommun

Vallentuna kommun har startat en chatt öppen två timmar varje helgfri vardag med fokus på psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Den riktar sig till invånare i kommunen som upplever ökad press och en svår livssituation. Här kan man anonymt få vägledning om vart man kan vända sig med sin problematik.
Läs mer här: https://www.vallentuna.se/omsorg-och-hjalp/nyheter/ny-chatt-ska-vagleda-vid-psykisk-ohalsa/.

Sunt arbetsliv och samverkansprojektet 4 Ess i Småland

Sunt Arbetsliv drivs av de fackliga organisationerna i samverkan med SKR och Sobona och har till uppdrag att bidra till friska arbetsplatser inom kommun- och regionsektorn. 4 Ess står för Smart Samverkan i Småland Sydost och var ett samverkansprojekt 2017–2020 i Torsås, Ljungby och Vimmerby kommun med syftet att minska sjukskrivningstalen bland kommunanställda. Idéen var att koppla in arbetsgivarna tidigt i processen och ge dem bättre möjlighet att ta sitt ansvar för att förebygga ohälsa. Konkret innebar projektet att kommunen som arbetsgivare samverkade med Försäkringskassan och med hälsocentraler.
Läs mer här: https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/hallbar-rehabilitering/4-ess-sankte-sjukskrivningstalen-i-smaland/.

Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa

Behandlingsverksamheten på Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa, är inriktad på personer som själva upplever att de dricker för mycket, men som inte har andra sociala hjälpbehov. Behandlingen pågår en begränsad tid, cirka tre månader, med en uppföljning efter ytterligare tre månader. Man kan komma till mottagningen på remiss, men tanken är att det ska vara enkelt för den som upplever sig ha ett riskbruk av alkohol att själv välja att kontakta mottagningen.
Läs mer här: https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/.

Verksamheten Promenadvän i Karlshamn

Verksamheten Promenadvän vänder sig till äldre som söker extra sällskap. Projektet går ut på att seniorer i Karlshamn paras ihop med volontärer. De träffas sedan utanför seniorens bostad för en promenad och fika utomhus. Även gruppromenader förekommer. Det är den frivilliga organisationen Hej Blekinge som dragit igång projektet som finansieras av Socialstyrelsen. Samverkansparter är Karlshamns kommun och lokalt näringsliv.
Läs mer här: https://www.facebook.com/hejblekinge/.

Initiativet Varmprat

Den ideella föreningen Mind vill med initiativet Varmprat uppmuntra fler till att våga ta kallpratet till nästa nivå och få oss att prata mer om vårt psykiska mående. Mind har tagit fram tio konversationsstartare som öppnar upp för djupare samtal mellan människor i vardagen.
Läs mer här: https://mind.se/kampanj/varmprat/.

Bättre psykisk hälsa hos äldre i Markaryd

Markaryds kommun genomför ett projekt för förbättrad psykisk hälsa hos äldre. Målet är att personal som arbetar med personer i ordinärt boende ska känna att de har kunskap om äldres psykiska hälsa och bemötandets påverkan på den enskilde individen samt att hitta de äldre som har kommunala insatser och som lider av psykisk ohälsa. Avsikten är att sociala insatser ska ge den äldre en känsla av välbefinnande och trygghet och att tiden som denne kan bo hemma ska kunna förlängas. En annan del i projektet är ett förstärkt samarbete med civilsamhället och att arbeta för att bryta ofrivillig isolering även för de målgrupper som inte nödvändigtvis har kommunala insatser.
Läs mer här: https://www.markaryd.se/arkiv/nyheter/2018-05-28-battre-psykisk-halsa-hos-aldre.html.

Integrerad beteendehälsa i Östergötland

Integrerad beteendehälsa, IBH, är en vårdmodell för bedömning och behandling av personer med psykisk ohälsa. Från och med 2018 pågår ett stegvis införande av modellen på intresserade vårdcentraler i Region Östergötland. Syftet med IBH är att stärka samtalsbehandlarens roll och underlätta för övriga medarbetare att arbeta med psykisk ohälsa och livsstilsrelaterade besvär på samma sätt som de arbetar med somatisk ohälsa i dagsläget.
Läs mer här: https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Riktlinjer/Primarvard/Integrerad-beteendehalsa/.

Samverkansstrukturer i Region Gotland

Som ett resultat av modellen Regional samverkans- och stödstruktur i Region Gotland öppnades 2019 en första linje-mottagning för barns och ungas psykiska hälsa. Mottagningen vänder sig till alla mellan 6 och 17 år med lindrigare psykisk ohälsa och deras föräldrar. Här samverkar hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen i en gemensam verksamhet med avsikten att minska risken att individer blir hänvisade mellan socialtjänst och BUP. Den gemensamma insatsen omfattar såväl initial bedömning som olika behandlande insatser. Insatserna erbjuds såväl individuellt som i grupp.
Läs mer här: https://www.gotland.se/forstalinjen.

Peer support, i VGR

I VGR har man infört internetbaserad behandling i primärvården för bl.a. sömnproblem, ångest och panik, stresshantering samt depression. Kopplat till detta finns ett antal pågående forskningsprojekt, bl.a. om digital peer support, som visar att det är genomförbart och upplevs som positivt av patienterna att involvera peer support även i internetbaserad vård vid psykisk ohälsa i primärvården. I en studie genomgick patienter som sökte för ångestproblem i primärvården

ett åtta veckors långt internetbaserat KBT-program och erbjöds extra stöd av peer supportrar under tiden för behandlingen.
Läs mer här: https://www.vgregion.se/f/regionhalsan/FoU-primarvard/forskningsplattformar/psykisk-halsa-och-ohalsa/aktuellt-inom-plattformen/peer-support/.

Brukarrevision i Region Uppsala

I Uppsala har man använt sig av brukarrevision för att följa upp Region Uppsalas och Uppsala läns arbete med statsbidraget för psykisk hälsa för 2019 utifrån ett brukar- och delaktighetsperspektiv. Uppdraget innefattade intervjuer med brukarföreningar och nyckelpersoner inom Region Uppsala och två utvalda kommuner i Uppsala län som berörs av arbetet med den länsgemensamma handlingsplanen för psykisk hälsa 2019.
Läs mer här: https://briu.se/wp-content/uploads/2020/02/Brukarrevsion-Psykisk-ha%CC%88lsa-slutversion-200215.pdf.

Återhämtningsguiden

Återhämtningsguiden är ett pedagogiskt självhjälpsverktyg som fokuserar på återhämtning för personer med psykisk ohälsa och har tagits fram av brukarrörelsen (NSPH Skåne) i samarbete med professionen, med finansiering av Allmänna Arvsfonden. Den som i sin yrkesroll möter målgruppen kan också använda Återhämtningsguiden som ett stöd i arbetet. Materialen är skrivna av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. I nuläget finns tre st. guider; Återhämtningsguiden för dig som mår dåligt, Återhämtningsguiden för dig som står nära någon som mår dåligt och Återhämtningsguiden för dig inom heldygnsvård.
Läs mer här: http://www.aterhamtningsguiden.se/.

Samarbetsvård, i Dalarna

I Region Dalarna startade 2017 ett, nu i regionen breddinfört, arbete med att förbättra omhändertagandet i primärvården av personer med psykisk ohälsa, bl.a. mot bakgrund av att omhändertagandet skilde

sig åt mellan olika vårdcentraler. Arbetet inkluderar införande av särskilt utbildade vårdsamordnare på vårdcentralsnivå, och man arbetar med konsultpsykiater som stöd. Ett initialt fokus var läkemedelsbehandling och dess uppföljning. Man har också arbetat med utökad användning av skattningsskalor, psykoedukativa insatser och strukturerad uppföljning och dokumentation.
Läs mer här: https://skr.se/tjanster/merfranskr/larandeexempel/larandeexempel/vardsamordnaregertrygghetatpersonermedpsykiskohalsa.34898.html.

Livsberättargrupper för äldre

Sveriges stadsmissioner startade hösten 2016 projektet Äldres existentiella och psykiska hälsa, med bl.a. Livsberättargrupper. Syftet är att bryta ensamhet, förebygga depression och ge ökad delaktighet i livet. Projektet genomförs tillsammans med S:t Lukas och den ideella föreningen Mind. Livsberättargrupper finns runt om i landet. Gruppen erbjuder ett tryggt sammanhang som kan öppna upp för att dela med sig av minnen, tankar och känslor med fokus på existentiella frågor. Varje träff har ett tema som man pratar och diskuterar utifrån. Det kan handla om barndom, uppväxt, vuxenliv eller en händelse som betytt särskilt mycket.
Läs mer här: https://sanktlukas.se/psykoterapi/samtalsstod-for-pensionarer/aldres-halsa-livsberattargrupper/.

Braining

Under 2017 ställdes frågan vid patient- och närståendeutbildningar vid Psykiatri Sydväst i Region Stockholm hur man på ett bra sätt kunde stödja till fysisk träning. Svaret blev ett önskemål om att fysisk träning skulle finnas på plats i verksamheten, så man skulle känna sig trygg både med miljön och situationen. Detta blev upprinnelsen till Braining. Syftet med Braining är att motivera personer med depression och ångest att träna regelbundet. Träningen vänder sig till alla patienter inom öppen och sluten vård och till medarbetarna, och man tränar alltid tillsammans. Brainingformatet inkluderar en introducerande föreläsning, träningspass, motiverande samtal och en individuell utvärdering och återkoppling efter träningsperiodens 12 veckor.

En positiv bieffekt är den sociala samvaron som skapas. Formatet gör att många som haft svårt att komma igång med träning börjar träna regelbundet. Till insatsen har redan från start knutits forskning, och vid tre kliniska uppföljningar har positiva effekter funnits på depressionssymtom, fysiska och sociala parametrar, inklusive medarbetarnas arbetsmiljö.
Läs mer här: https://www.psykiatriforskning.se/utveckling/verksamhetsutveckling-psykiatri/braining-traning-for-hjarnan/.

Projektet @geing Online

Umeå universitet har inom projektet @geing Online i samverkan med Finland tagit fram en applikation för mobil, avsedd att användas av seniora personer, som ger användaren kännedom om pågående eller kommande sociala aktiviteter i dennes närområde.
Läs mer här: https://www.abo.fi/projekt/geing-online-digitala-tjanster-for-meningsfulla-sociala-aktiviteter-bland-botniaregionens-aldre/.

Häng med oss ut i Sjöbo

Häng med oss ut var ursprungligen ett samarbete mellan socialpsykiatrin i Sjöbo kommun och Friluftsfrämjandets lokalavdelning Sjöbo. Projektets syfte var att ”möjliggöra för kunder i socialpsykiatrin att prova på friluftsaktiviteter i en lokal förening". Projektet blev så lyckat att fler kommuner ville göra detsamma. Häng med oss ut 2.0 är en treårig satsning och ett samarbete mellan de socialpsykiatriska verksamheterna i Sjöbo, Ystad, Tomelilla, Skurup och Simrishamn kommun samt Friluftsfrämjandet.
Läs mer här: https://www.sjobo.se/omsorg-och-stod/psykisk-halsa/hang-med-oss-ut.html.

Dans för Hälsa

Dans för Hälsa är metodiken bakom en vetenskaplig randomiserad studie från Universitetssjukvårdens forskningscentrum, Region Örebro län och Örebro Universitet (“dansprojektet”) för att stärka psykisk

hälsa hos unga. Studien visade att regelbunden dans gav hälsoeffekter för tonårsflickor med stressrelaterade kroppsliga och emotionella besvär. *Läs mer här:* https://www.dansforhalsa.se/.

Studiecirkeln Hälsospåret

I samarbete med Studieförbundet Vuxenskolan bedrev NSPH Stockholms län under perioden 2018–2020 studiecirkeln Hälsospåret som syftade till att förbättra deltagarnas psykiska och fysiska hälsa. Cirkeln omfattade tio träffar med teman som sömn, stress, kost, motion m.m. och riktade sig till brukare/patienter och anhöriga. *Läs mer här:* https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/stockholmslan/studiecirkeln-med-fokus-pa-halsa-for-personer-med-psykisk-ohalsa/.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskrafts-invandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskrafts-invandring. [5]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Regeringskansliet

Remiss

2021-04-19
S2021/00866

Socialdepartementet

Remiss av betänkandet God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)

Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Arjeplogs kommun

Barnens rätt i samhället (Bris)

Barnombudsmannen

Danderyds kommun

Distriktssköterskeföreningen

E-hälsomyndigheten

FAMNA

Finska Pensionärernas Riksförbund

Finspångs kommun

Folkhälsomyndigheten

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Funktionsrätt Sverige

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

Fysioterapeuterna

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Föreningen Sveriges Socialchefer

Försäkringskassan

Förvaltningsrätten i Umeå

Förvaltningsrätten i Växjö

Gotlands kommun

Gävle kommun

Hiv-Sverige

Hjo kommun

Huddinge kommun

Håbo kommun

Härryda kommun

Inera AB

Inspektionen för socialförsäkringen

Inspektionen för vård och omsorg

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)

Justitiekanslern

Jönköpings kommun

Karolinska institutet

Kommunal

KRY International AB

Kungsbacka kommun

Linköpings universitet

Linneuniversitetet

Lunds universitet

Läkemedelsverket (LV)

Malmö kommun

Mind

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Mölndals kommun

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)

Nationella nätverket för samordningsförbund

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA)

Neuro

Nora kommun

Nordmalings kommun

Norrtälje kommun

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Regelrådet

Region Blekinge

Region Dalarna

Region Gävleborg

Region Halland

Region Jämtland Härjedalen

Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Kronoberg

Region Norrbotten

Region Skåne

Region Stockholm

Region Sörmland

Region Uppsala

Region Värmland

Region Västerbotten

Region Västernorrland

Region Västmanland

Region Örebro

Region Östergötland

Riksförbundet Attention

Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES)

Riksförbundet PensionärsGemenskap

Rättviks kommun

Röda Korset

Shedo

Sjukhusläkarna

SKPF Pensionärerna

Skövde kommun

Socialstyrelsen

Sollefteå kommun

SPF Seniorerna

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Statskontoret

Stockholms kommun

Suicide Zero

Svedala kommun

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP)

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska Distriktsläkarföreningen

Svenska Logopedförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Svenska Psykiatriska Föreningen

Svenskt Demenscentrum

Sverigefinska Pensionärer

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Säffle kommun

Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA)

Umeå universitet

Universitetskanslersämbetet (UKÄ)

Vetenskapsrådet

VISION

WONSA

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Västra Götalandsregionen

Älvkarleby kommun

Örebro universitet

Örkelljunga kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 30 september 2021**. Svaren bör lämnas per e-post till **s.remissvar@regeringskansliet.se** och med kopia till **s.fs@regeringskansliet.se**. Ange diarienummer S2021/00866 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian. Om remissen är begränsad till en viss del av promemorian, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Promemorian kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av promemorian via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, betankande@elanders.com

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 118

Remiss - Betänkandet Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården

Diarienummer: RJL 2021/1326

Beslut

Presidiet föreslår nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Ärendet hanteras vid nämndsammanträdet den 12 oktober 2021.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat slutbetänkande *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården SOU 2021:39.*

Region Jönköpings län anser att utredningsförslaget innehåller många goda förbättringar med mer tillgängliga och automatiserade lösningar som kan skapa förutsättningar för en ökad tillgänglighet och mer effektiva processer. Region Jönköpings län har dock några synpunkter på förslaget.

Beslutsunderlag

- Missiv daterad 2020-09-13
- Förslag till yttrande daterad 2020-09-21

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården SOU 2021:39

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat slutbetänkande *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården SOU 2021:39.*

Region Jönköpings län anser att utredningsförslaget innehåller många goda förbättringar med mer tillgängliga och automatiserade lösningar som kan skapa förutsättningar för en ökad tillgänglighet och mer effektiva processer. Region Jönköpings län har dock några synpunkter på förslaget.

Information i ärendet

Utredningen föreslår att vård- och omsorgsgivare, med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ska få ge andra fysiska personer (ombud) elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Utredningen föreslår även att de flesta uppgifterna i Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska göras öppet sökbara via internet. Vidare ska socialstyrelsen enligt förslaget få medge andra myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifterna i registret i de fall där tillgången via internet inte är tillräcklig.

Beslutsunderlag

- Missiv daterad 2020-09-13
- Förslag till yttrande daterad 2020-09-21

Beslut skickas till

Socialdepartementet

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Socialdepartementet

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården SOU 2021:39

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården SOU 2021:39*

Sammanfattning

Region Jönköpings län anser att utredningsförslaget innehåller många goda förbättringar med mer tillgängliga och automatiserade lösningar som kan skapa förutsättningar för en ökad tillgänglighet och mer effektiva processer. Region Jönköpings län har dock några synpunkter på förslaget enligt nedan.

Synpunkter på förslaget

5. Tillgång till HOSP-registret

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få besluta att medge en myndighet eller offentlig vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.

Region Jönköpings län anser att detta kan komma att få konsekvenser i möjlighet att kunna nyttja de nationella e-tjänster som Inera förvaltar och utvecklar, då dessa tjänster har behov av uppgifter som legitimation, förskrivningsrätt och förskrivningskod. Inera hämtar idag dessa uppgifter och lagrar dessa i den nationella HSA katalogtjänsten vilket används vid legitimering till de nationella e-tjänsterna samt att Region Jönköpings län laddar hem HOSP innehåll till den lokal katalog för att kunna säkerställa rätt kompetens och att exempelvis legitimation är aktuell.

Eftersom Inera inte är en myndighet eller offentlig vårdgivare kommer de med detta förslag att vara förhindrade att hämta hem dessa uppgifter helt eller delvis. Legitimation och specialistkompetens kommer med förslaget finnas tillgängligt via internet och ska även kunna hämtas via API istället för direktåtkomst. Förskrivarkoder och förskrivningsrätt är dock information som inte ska finnas

Regionledningskontoret
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

tillgängligt via Internet eller via API, utan kräver direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnade, men då enbart till en offentlig vårdgivare och myndighet.

Det kan kompenseras av att Region Jönköpings län, som en offentlig vårdgivare, kan skapa direktåtkomst till HOSP och att uppgifter istället laddas upp från Region Jönköpings läns lokala HSA-katalog till den nationella katalogen, under förutsättning att resurserna finns inlagda i Region Jönköpings län egna HSA-träd. Detta kan dock komma att ge problem för resurser som idag eller framgent inte finns i Region Jönköpings läns HSA träd, exempelvis resurser från bemanningsföretag, privata vårdgivare som inte ingår i vårdval. Problemet består i att Region Jönköpings län inte har rätt att elektroniskt inhämta uppgifter på personer i HOSP som inte ingår i vårt egna träd. Problemet kompliceras av att bemanningsföretagen som inte är en offentlig vårdgivare eller myndighet inte heller kan hämta hem uppgifter elektroniskt, varvid Region Jönköpings län inte kan skapa koppling till nationella HSA-katalogen och resursen kan i värsta fall inte nytta en nationell e-tjänst som kräver legitimation eller förskrivarkod exempelvis i Nationella patientöversikten eller Pascal.

Region Jönköpings län anser därför att det är mycket viktigt att Inera kan göras tillgängliga till direktåtkomst till HOSP, som en egen part inom ramen för nationell e-hälsa alternativt som ombud för regioner och kommuner (offentliga vårdgivare) i syfte att fortsatt kunna upprätthålla god service till den nationella HSA-katalogtjänsten och andra nationella e-tjänster till regionerna.

6. Ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Det är mycket efterfrågat och värdeskapande att en myndig person ska kunna agera ombud för en annan myndig person, exempelvis ombud för sina äldre föräldrar eller för personer med funktionsnedsättning. Det ska givetvis finnas ett godkännande från båda parterna, både ombudet och personen som man agerar ombud åt. Denna typ av ombud ska individerna kunna godkänna själva genom digital signering utan att vårdgivaren behöver vara involverad. Om den ene parten inte har möjlighet till digital signering så ska vårdgivaren ha möjlighet att tilldela ombudet direktåtkomst. I 12 kap. offentlighets- och sekretesslagen finns bestämmelser om den enskildes möjlighet att efterge (häva) sekretess för sina egna patientuppgifter, och därmed behöver inte vårdverksamheten vara involverad i hanteringen av ombuds direktåtkomst. Om lagstiftarna enligt förslaget bara gör ombudets direktåtkomst möjligt via en vårdgivare, så är det ändå ett bra steg på vägen. Det första steget kan i så fall innebära ett lärande och ge underlag för att ge direktåtkomst utan vårdgivarens godkännande.

Sida 107: ”Tanken är alltså inte att den som getts elektronisk tillgång ska kunna vidta några aktiva åtgärder, som att boka eller avboka tider eller begära receptförnyelse för patientens räkning”.
Region Jönköpings län anser att möjligheten för ombud inte bara ska gälla direktåtkomst till journalen. Det är minst lika viktigt och efterfrågat att ombudet ska kunna hantera ärenden åt ombudstagaren, exempelvis förnya recept, hantera

tidbokningar, ställa frågor till vårdpersonal och beställa hjälpmedel. Det ställer krav på en nationell ombudstjänst som alla e-hälsotjänster, Journalen, 1177 Vårdguidens e-tjänster, regionala appar etcetera, ska kunna anslutas till. För att det ska bli begripligt och logiskt måste direktåtkomst till patientens journal (Journalen) och direktåtkomst till nya nationella läkemedelslistan (NLL) och andra e-tjänster från e-hälsomyndigheten utgå från samma regelverk och fungera på samma sätt. Det gäller både den enskildes direktåtkomst, direktåtkomst för vårdnadshavare och direktåtkomst för ombud

Region Jönköpings län ser det som mycket positivt att det i förslaget handlar om ”sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation” där invånaren kan få en sammanhållen direktåtkomst till sin journal och en helhet från både region, privata vårdgivare, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten.

Sida 14 *”Bestämmelsen är frivillig för vårdgivare att använda.”* Region Jönköpings län anser att det är negativt ur ett patient- och jämlikhetsperspektiv att förlaget utformas som frivilligt för vårdgivaren att avgöra om man vill tillämpa möjligheten eller inte.

I förlaget till ändringar i författningen står *det ”Om den enskilde medger det får en vårdgivare ge en annan fysisk person som den enskilde uppger sig känna personligen tillgång genom direktåtkomst…”* . Om vårdgivaren ska administrera hanteringen av ombud kommer detta innebära en hel del arbete för vårdgivaren. Medgivandet från både ombud och ombudstagare måste i första hand kunna ske genom elektronisk signering för att slippa hantering av pappersblanketter. För de invånare som inte kan signera digitalt behöver vårdverksamheten kunna vara behjälpliga.

Bilaga 4 (frågeställning E): Gör det lättare att lämna ut barns uppgifter till vårdnadshavare

Det är mycket olyckligt att det i dag finns ett glapp när barnet är 13-16 år då varken vårdnadshavare eller barnet själv har direktåtkomst till journalen och e-tjänsterna. Självklart är det viktigt att värna barnet rättighet att i takt med stigande ålder och mognad att större hänsyn tas till barnets önskemål och vilja vad till exempel gäller om uppgifter om honom eller henne ska få göras tillgängliga.

Region Jönköpings län ställer sig positiv till utredningens förslag att vårdnadshavare ska ha direktåtkomst till barnets journal till dess att barnet fyller 18 år, eller om det ska vara 16 år och då kan vårdnadshavare agera ombud istället för vårdnadshavare, och att samtidigt införa möjligheten för barnet att motsätta sig vårdnadshavares direktåtkomst till journalen och e-tjänsterna. Barnet ska då de fyller 13 år aktivt ha möjlighet att själv avgöra om deras vårdnadshavare ska ha fortsatt direktåtkomst till journalen samt att de vid varje besök i vården eller socialtjänsten ska informeras om denna möjlighet.

Samtidigt som ovanstående förändring genomförs bör åldern för barnets egen direktåtkomst sänkas till den dag de fyller 13 år (idag är det 16 år). Dessutom bör det göras ett arbete i vårdverksamheten, exempelvis på ungdomsmottagningarna, där användningen av sökord som inte visas vid direktåtkomst förtydligas.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Rachel De Basso
Ordförande i nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården



SLUTBETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
SAMMANHÅLLEN INFORMATION
INOM VÅRD OCH OMSORG

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:39

1314

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården

Slutbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:39

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0106-1 (tryck)
ISBN 978-91-525-0107-8 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Genom beslut den 27 juni 2019 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård (dir. 2019:37). Regeringen beslutade vidare den 29 oktober 2020 att ge den särskilde utredaren i uppdrag att även se över behovet av att göra ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-förordningen) samt, vid behov, föreslå nödvändiga ändringar av den (dir. 2020:112).

Till särskild utredare förordnades från och med den 1 oktober 2019 ordföranden i Arbetsdomstolen Sören Öman.

Som sakkunniga i utredningen förordnades från och med den 15 december 2019 ämnesrådet Jimmy Järvenpää, kanslirådet Henrik Moberg och departementssekreteraren Jenny Wada, samtliga vid Socialdepartementet, samt departementssekreteraren Ingela Alverfors, Infrastrukturdepartementet.

Som experter förordnades från och med den 15 december 2019 avdelningsdirektören Suzanne Isberg, Integritetsskyddsmyndigheten (f.d. Datainspektionen), juristen Maria Jacobsson, E-hälsomyndigheten, juristen Manólis Nymark, Inera AB, juristen Pål Resare, Sveriges Kommuner och Regioner, och juristen Cecilia Östergren, Socialstyrelsen.

Ingela Alverfors entledigades från sitt uppdrag från och med den 15 maj 2020 och ersattes från och med den 18 maj 2020 av kanslirådet Nils Fjelkegård, Infrastrukturdepartementet. Nils Fjelkegård och Henrik Moberg entledigades från sina uppdrag från och med den 21 februari 2021. Henrik Moberg ersattes från och med den 22 februari 2021 av departementssekreteraren Hanna Lobosco, Socialdepartementet.

Som sekreterare i utredningen har kammarrättsassessorn Ingrid Floderus arbetat från och med den 1 oktober 2019, hovrättsassessorn Karin Hagaeus från och med den 1 januari 2020 och hovrättsassessorn Sara Fröding Linebäck från och med den 28 september 2020. Hovrättsassessorn Magdalena Petersson har arbetat som sekreterare i utredningen från och med den 30 november 2019 till och med den 31 juli 2020.

Utredningen, som har antagit namnet *Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg* (S 2019:01), överlämnade den 18 januari 2021 delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4).

Härmed får utredningen överlämna slutbetänkandet *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården* (SOU 2021:39). Utredningens uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm i maj 2021

Sören Öman

/Ingrid Floderus
Karin Hagaeus
Sara Fröding Linebäck

Innehåll

Sammanfattning 13

1 Författningsförslag 19

1.1 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) 19

1.2 Ändring i förslaget till lag (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning 21

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal 24

1.4 Förslag till förordning om ändring i offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) 29

2 Utredningens uppdrag och arbete 31

2.1 Utredningens uppdrag 31

2.2 Utredningens delbetänkande innehåller bakgrundsinformation 32

2.3 Utredningens arbete 32

2.4 Slutbetänkandets disposition 33

BAKGRUND 35

3 Elektronisk tillgång till personuppgifter 37

3.1 Inledning 37

3.2 Innebörden av direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande ... 38
3.3 Elektronisk tillgång och dataskydd ... 40

4 Patientens elektroniska tillgång till sina patientuppgifter ... 43
4.1 Inledning ... 43
4.2 Allmänt om invånarnas användning av e-hälsotjänster ... 44
4.3 Användning av 1177 Vårdguidens e-tjänst Journalen ... 46
4.4 Inledning om gällande rätt ... 48
4.5 Skyldigheten att föra patientjournal ... 48
4.6 Innehållet i en patientjournal ... 49
4.7 Patientjournaler är allmänna handlingar ... 50
4.8 Patientuppgifter omfattas av sekretess och tystnadsplikt ... 52
4.9 Patientens rätt att medge annan tillgång till sina patientuppgifter ... 54
4.10 Sekretess och möjligheten att medge annan tillgång till patientuppgifter för patienter som har legala ställföreträdare ... 57
4.10.1 Barn och deras vårdnadshavare ... 57
4.10.2 Andra personer med ställföreträdare ... 59
4.11 Patienters direktåtkomst till patientuppgifter ... 61
4.12 Direktåtkomst för patienter och deras ombud enligt lagen om nationell läkemedelslista ... 64

5 Tillgång till HOSP-registret ... 67
5.1 Inledning ... 67
5.2 Behörighetskontroll av hälso- och sjukvårdspersonal ... 67
5.2.1 Behörighetskrav för viss hälso- och sjukvårdspersonal ... 67

5.2.2 HOSP-registret 68
5.2.3 HOSP-förordningen 70
5.2.4 Tidigare utredning om direktåtkomst till HOSP-registret 76
5.2.5 Regleringen i några andra länder 77
5.2.6 Regleringen för några andra yrkesregister – en kort jämförelse 78

5.3 Sekretess och sekretessbrytande reglering 81
5.3.1 Sekretessregleringen för uppgifter i HOSP-registret 81
5.3.2 Allmänt om sekretessbrytande bestämmelser 83
5.3.3 Sekretessbrytande bestämmelser till förmån för svenska myndigheter 84
5.3.4 Sekretessbrytande bestämmelser till förmån för andra än myndigheter 87

ÖVERVÄGANDEN och FÖRSLAG 89

6 Ombuds elektroniska tillgång till vård- och omsorgsuppgifter 91

6.1 Inledning 91

6.2 Integritetsanalys 93
6.2.1 Behov av och fördelar med elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården 93
6.2.2 Integritetsrisker och andra nackdelar med elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården 97
6.2.3 Finns det användbara alternativ till elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården? 100
6.2.4 Integritetsstärkande åtgärder 102
6.2.5 Avvägning mellan behov och integritetsrisker 108
6.2.6 Motsvarande avvägning görs för elektronisk tillgång för ombud vid sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation 112
6.2.7 Konsekvensbedömning avseende dataskydd 115

6.3 Reglering i lag 116

6.4 Elektronisk tillgång för patienters ombud 117
6.4.1 Bakgrund 117
6.4.2 Placeringen av den nya bestämmelsen i patientdatalagen 118
6.4.3 Ombudet får som mest ha elektroniska tillgång till samma uppgifter som patienten 120
6.4.4 Ombudet ska vara en fysisk person som patienten uppger sig känna personligen 122
6.4.5 Patientens medgivande 125
6.4.6 Den elektroniska tillgången får ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande 135
6.4.7 Begränsning till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet 136
6.4.8 Skyldighet att anmäla vid misstanke om att förutsättningarna inte är uppfyllda 138
6.4.9 Föreskrifter om säkerhetsåtgärder 140

6.5 Möjlighet att ge ombud elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation 143

6.6 Förhållandet till dataskyddsförordningen 146
6.6.1 Inledning 146
6.6.2 Vård- och omsorgsgivares behandling av personuppgifterna 147
6.6.3 Ombudets behandling av personuppgifterna 151

6.7 Förhållandet till sekretess och tystnadsplikt 153

7 HOSP-registret på internet 157

7.1 Inledning 157

7.2 Allmänhetens behov av att kunna söka uppgifterna på internet 158
7.2.1 Inledning 158
7.2.2 Svenska användares behov 159
7.2.3 Utländska användares behov 160
7.2.4 Patienters behov 161
7.2.5 Allmänhetens tillgång på internet till uppgifter i andra svenska yrkesregister 162

7.3 Andra positiva effekter av att uppgifterna kan sökas på internet ... 163
7.3.1 Inledning ... 163
7.3.2 Behovet av direktåtkomst minskar förmodligen ... 163
7.3.3 Det blir svårare att luras ... 164
7.3.4 Socialstyrelsens arbete blir bättre, enklare och billigare ... 164

7.4 Integritetsrisker och integritetsstärkande åtgärder ... 166

7.5 Avvägning mellan behov och integritetsrisker ... 168

7.6 En sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer ... 169

7.7 Bara personnummer och samordningsnummer får användas som sökbegrepp ... 173

7.8 Vilka uppgifter bör visas i sökresultatet? ... 176
7.8.1 Inledning ... 176
7.8.2 Identifieringsuppgifter ... 177
7.8.3 Folkbokföringsort ... 178
7.8.4 Yrke, specialitet och behörighetsuppgifter ... 178
7.8.5 Prövotid ... 181

7.9 Ett nytt ändamål för HOSP-registret ... 182

7.10 Förhållandet till dataskyddslagstiftningen ... 182
7.10.1 Den rättsliga grunden ... 183
7.10.2 Ett nytt ändamål ... 184
7.10.3 Information till de registrerade ... 185

7.11 Ändringar i sekretesslagstiftningen ... 186

8 Annan elektronisk tillgång till HOSP-registret ... 189

8.1 Inledning ... 189

8.2 Direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande ... 190
8.2.1 Utredningens uppdrag ... 190
8.2.2 Direktåtkomst innebär särskilda integritetsrisker ... 190
8.2.3 Alternativ till direktåtkomst ... 192

8.2.4 Olika ändamål kan kräva olika sorters tillgång.... 194

8.3 Socialstyrelsens möjligheter att medge elektronisk tillgång ... 195
8.3.1 Inledning ... 195
8.3.2 Socialstyrelsen får medge myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång ... 196
8.3.3 Beslutet ska fattas efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten ... 200
8.3.4 Omfattningen av den elektroniska tillgången ... 202
8.3.5 Vad beslutet ska innehålla ... 203
8.3.6 Beslutet får inte överklagas ... 205
8.3.7 Krav på behörighetsstyrning, loggning, åtkomstkontroll och ändamålsbegränsning ... 206
8.3.8 Ändringar i sekretesslagstiftningen ... 209
8.3.9 Information till de registrerade ... 214

8.4 Utlämnanden i enstaka fall genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst ... 215

8.5 Utökad elektronisk tillgång för vissa aktörer ... 216
8.5.1 Inledning ... 216
8.5.2 Försäkringskassan ... 217
8.5.3 Läkemedelsverket ... 220
8.5.4 Universitets- och högskolerådet ... 222
8.5.5 Universitet och högskolor ... 225
8.5.6 Andra myndigheter än de som i dag får ha direktåtkomst ... 227

8.6 De myndigheter som i dag får ha direktåtkomst ... 228

8.7 Nya ändamål för HOSP-registret ... 229
8.7.1 Inledning ... 229
8.7.2 Socialstyrelsens behandling för statistikändamål ... 230
8.7.3 E-hälsomyndighetens behandling för ytterligare ändamål ... 234
8.7.4 Läkemedelsverkets kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i dispensärenden ... 245

8.8 Ändamål om planering för bemanning av krigsorganisationer 248
8.8.1 Inledning 248
8.8.2 Bakgrund 248
8.8.3 Regioners och kommuners ansvar för krigsorganisationer 250
8.8.4 Allmän tjänsteplikt och möjlighet till krigsplacering 251
8.8.5 Utredningens bedömning 253
8.8.6 En möjlig reglering 256

9 Konsekvenser av förslagen 259

9.1 Inledning 259

9.2 Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation 260

9.3 Förslagen gällande HOSP-registret 263
9.3.1 Förslaget om en sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer 263
9.3.2 Förslaget om att Socialstyrelsen får medge myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång 265
9.3.3 Förslaget om att ta bort bestämmelser som ger vissa myndigheter möjlighet att ha direktåtkomst i dag 267
9.3.4 Förslaget om att ta bort möjligheten till regelmässigt utlämnande på medium för automatiserad behandling 267
9.3.5 Förslagen om nya ändamål för HOSP-registret 268
9.3.6 Andra konsekvenser 268

10 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser 271

10.1 Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation 271

10.2 Förslagen om elektronisk tillgång till HOSP-registret 272

11 Författningskommentar 275

11.1 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) 275

11.2 Ändring i förslaget till lag (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning..... 283

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2019:37..... 287

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2020:112..... 309

Bilaga 3 Förordning (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal..... 319

Bilaga 4 Frågeställningar för fortsatt utredning ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv..... 325

Sammanfattning

Många patienter och omsorgsmottagare behöver, t.ex. på grund av hög ålder eller funktionsnedsättningar, hjälp av någon annan för att klara det praktiska kring sina vård- och omsorgsprocesser. Utredningen föreslår därför att vård- och omsorgsgivare, med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ska få ge andra fysiska personer (ombud) elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. I fråga om omsorgsmottagare handlar det om dokumentation av insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar. Ändringarna föreslås börja gälla den 1 juli 2022.

Det är för bl.a. patientsäkerhetens skull viktigt att det är enkelt att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals legitimationer. Därför föreslår utredningen att de flesta uppgifterna i Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska göras öppet sökbara via internet. Bara person- eller samordningsnummer ska få användas som sökbegrepp. Socialstyrelsen ska vidare enligt förslaget få medge andra myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifterna i registret i de fall där tillgången via internet inte är tillräcklig. Förslagen innebär också att ändamålen för registret justeras något. Avsikten är att den som i dag har elektronisk tillgång till uppgifterna ska ha minst samma tillgång. Ändringarna föreslås börja gälla den 1 januari 2023.

Regioner och kommuner bör inte i dagsläget få elektronisk tillgång till uppgifterna i registret för att kunna bemanna sina krigsorganisationer. Det beror på att regioner och kommuner i dag i princip bara kan ha redan anställd personal i sina krigsorganisationer. Ändras det, kan det finnas skäl att ge sådan tillgång.

Ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Utredningen föreslår en bestämmelse i patientdatalagen som gör det möjligt för vårdgivare att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården (ett ombud) elektronisk tillgång till patientuppgifter. Bestämmelsen är frivillig för vårdgivare att använda.

Den elektroniska tillgången, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, får ges till en annan fysisk person som patienten uppger sig känna personligen. Den elektroniska tillgången får som mest omfatta de patientuppgifter som patienten själv får ha elektronisk tillgång till i dag. Den elektroniska tillgången ska på patientens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet. Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen får anledning att misstänka att patientens medgivande inte ger uttryck för patientens fria vilja eller att den enskilde varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett sådant medgivande, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vårdgivare som gett tillgången. Vårdgivaren har då att utreda om det finns skäl att avsluta den elektroniska tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att patienten inte känner den som fått elektronisk tillgång personligen.

Utredningen har tidigare föreslagit lagstiftning om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Utredningen föreslår nu att det förslaget kompletteras med motsvarande bestämmelser om ombuds elektroniska tillgång. Det innebär att omsorgsgivare får, med omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför socialtjänsten tillgång till den dokumentation om insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar som är elektroniskt tillgänglig för andra omsorgs- och vårdgivare i systemet för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Eftersom det är frivilligt att anordna den elektroniska tillgången till vård- och omsorgsuppgifter bedöms förslagen i sig inte få några samhällsekonomiska konsekvenser. Fördelarna med förslagen överväger de integritetsrisker som finns.

Elektronisk tillgång till Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

En sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en persons behörighet i registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, det s.k. HOSP-registret. Socialstyrelsen bör tillhandahålla både en vanlig webbsida med en sökruta och ett öppet applikationsprogrammeringsgränssnitt, ett s.k. API, som gör det möjligt att automatiserat ställa frågor och få svar.

Bara person- och samordningsnummer ska få användas som sökbegrepp, eftersom det är viktigt att sökresultatet ger otvetydigt svar på om en viss person har en legitimation eller inte. Som resultat av sökningen ska bara få visas det angivna person- eller samordningsnumret och anknytande uppgifter i registret om namn, typ av legitimation och när den utfärdades samt omfattningen av legitimationen vid s.k. partiellt tillträde, yrke och specialitet. Sökresultatet ska vara begränsat till personuppgifter om den som har en gällande legitimation. Uppgifter om bl.a. folkbokföringsort, förskrivarkod, återkallade legitimationer, prövotid eller begränsningar av förskrivningsrätt ska inte vara tillgängliga på internet.

De behov av elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret som Försäkringskassan, Universitets- och högskolerådet och vissa universitet och högskolor har kan tillgodoses genom sökfunktionen på internet.

Socialstyrelsen får medge elektronisk tillgång när sökfunktionen på internet inte är tillräcklig

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få besluta att medge en myndighet eller offentlig vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Direktåtkomst får medges bara om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt. Socialstyrelsen ska också få besluta att medge en privat vårdgivare tillgång till uppgifter i registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Den elektroniska tillgången får inte vara mer omfattande än vad

myndigheten eller vårdgivaren behöver för att kunna utföra sina arbetsuppgifter.

Beslut om elektronisk tillgång ska fattas efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten och kan inte överklagas. Av Socialstyrelsens beslut ska framgå för vilka ändamål som tillgången får användas samt vilka uppgifter och vilka legitimerade yrken som tillgången får gälla. Om Socialstyrelsen fattat beslut om att ge elektronisk tillgång, är Socialstyrelsen skyldig att ge den tillgång som beslutats.

Den som medgetts elektronisk tillgång får inte behandla personuppgifterna för något annat ändamål än det för vilket de lämnats ut. E-hälsomyndigheten ska dock få behandla uppgifterna i den nationella läkemedelslistan i enlighet med ändamålen i 3 kap. 2–5 §§ lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista. Den som medgetts elektronisk tillgång ska se till att tillgången till personuppgifterna begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter, att tillgång till personuppgifterna dokumenteras och kan kontrolleras samt att det görs systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter. Elektronisk tillgång får inte medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.

Utredningen föreslår även att Socialstyrelsen i enstaka fall ska få lämna ut uppgifter i registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst utan särskilt beslut och förhandssamråd med Integritetsskyddsmyndigheten.

De bestämmelser som i dag ger Inspektionen för vård och omsorg, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare möjlighet att ha direktåtkomst till uppgifter i registret ersätts av Socialstyrelsens möjlighet att besluta om elektronisk tillgång. Avsikten är att Socialstyrelsen, i de fall sökfunktionen på internet inte är tillräcklig, ska besluta att medge dessa myndigheter elektronisk tillgång i samma utsträckning som i dag. Även Läkemedelsverkets och E-hälsomyndighetens behov av elektronisk tillgång till uppgifter i registret bör tillgodoses genom ett sådant beslut av Socialstyrelsen.

Nya ändamål för HOSP-registret

Utredningen föreslår att tre nya ändamål för behandling av personuppgifter i HOSP-registret införs.

För det första ska uppgifterna, för att möjliggöra sökfunktionen på internet, få behandlas för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet. För det andra ska uppgifterna få behandlas för att framställa statistik om hälso- och sjukvård enligt lagen (2001:99) om den officiella statistiken. För det tredje ska uppgifterna få behandlas för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel.

De ändamål som i dag möjliggör behandling av personuppgifter för utlämnande av uppgifter till E-hälsomyndigheten ersätts med ett ändamål om att lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag.

Justering i sekretesslagstiftningen

Den s.k. folkbokföringssekretessen enligt 22 kap. 1 § första stycket 1 offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska enligt utredningens förslag inte vara tillämplig när Socialstyrelsen gör sökfunktionen tillgänglig för allmänheten eller ger den elektroniska tillgång som Socialstyrelsen beslutat om.

Konsekvenser

Ett genomförande av förslagen kommer att ha positiva effekter för patientsäkerheten, Socialstyrelsen och de som kontrollerar uppgifter i HOSP-registret.

Förslagen förväntas inte medföra några samhällsekonomiska kostnader, utöver vissa initiala kostnader för teknikanpassning och ändrade rutiner som uppvägs av de besparingar som effektiviseringen ger på lite längre sikt. Fördelarna med förslagen överväger de integritetsrisker som finns.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientdatalagen (2008:355)

dels att 5 kap. 4 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 5 kap. 5 a §, av följande lydelse,

dels att det närmast före 5 kap. 5 § ska införas en ny rubrik som ska lyda ”Elektronisk tillgång för patienter och deras ombud”.

5 kap.

4 §

Lydelse enligt förslag i SOU 2021:4.	*Föreslagen lydelse*
Utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter är tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning.	
Om en region eller en kommun bedriver hälso- och sjukvård genom flera myndigheter, får en sådan myndighet ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av någon annan sådan myndighet i samma region eller kommun.	
Ytterligare bestämmelser om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande finns i 5 § och i 2 kap. och 4 kap. 11 § lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.	Ytterligare bestämmelser om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande finns i 5 *och 5 a §§ samt* i 2 kap. och 4 kap. 11 § lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	5 kap.
	5 a §
	Om den enskilde medger det får en vårdgivare ge en annan fysisk person som den enskilde uppger sig känna personligen tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana uppgifter som avses i 5 § första stycket. Sådan tillgång ska på den enskildes begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet.
	Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen får anledning att misstänka att den enskildes medgivande enligt första stycket inte ger uttryck för den enskildes fria vilja eller att den enskilde varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande enligt första stycket, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vårdgivare som gett tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att den enskilde inte känner den som fått tillgång personligen.
	Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som avses i första stycket.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

1.2 Ändring i förslaget till lag (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning

Härigenom föreskrivs i fråga om den föreslagna lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning

dels att 2 kap. 13 § i stället för lydelsen enligt förslaget i SOU 2021:4 ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 2 kap. 13 a och 13 b §§, av följande lydelse.

Lydelse enligt förslag i SOU 2021:4	*Föreslagen lydelse*

2 kap.

13 §

En vård- eller omsorgsgivare får medge en patient eller omsorgsmottagare tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana uppgifter om patienten eller omsorgsmottagaren själv som får lämnas ut till honom eller henne och som en annan vård- eller omsorgsgivare får ha tillgång till enligt 3 §. Patienten eller omsorgsmottagaren får också medges tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådan dokumentation som avses i 15 § första stycket.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som avses i första stycket.

I 5 kap. 5 § patientdatalagen (2008:355) finns det ytterligare bestämmelser om patientens tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till

uppgifter hos vårdgivare om patienten själv.

13 a §

Om patienten eller omsorgsmottagaren medger det får en vård- eller omsorgsgivare ge en annan fysisk person som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana uppgifter som avses i 13 §. Sådan tillgång ska på patientens eller omsorgsmottagarens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss organisatorisk enhet.

Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen eller som utför arbetsuppgifter inom socialtjänsten får anledning att misstänka att patientens eller omsorgsmottagarens medgivande enligt första stycket inte ger uttryck för patientens eller omsorgsmottagarens fria vilja eller att patienten eller omsorgsmottagaren varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande enligt första stycket, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vård- eller omsorgsgivare som gett tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att patienten eller omsorgsmottagaren inte känner den som fått tillgång personligen.

13 b §

I 5 kap. 5 och 5 a §§ patientdatalagen (2008:355) finns det ytterligare bestämmelser om elektronisk tillgång för patienten och andra till uppgifter hos vårdgivare om patienten själv.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som avses i 13 och 13 a §§.

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal

dels att 7 § ska upphöra att gälla,

dels att rubrikerna närmast före 7 § och 7 c § ska utgå,

dels att 1, 5, 7 a–7 e och 8 §§ samt rubriken närmast före 7 a § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 7 f och 7 g §§, och närmast före 7 f och 7 g §§ nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	1 §
För de ändamål som anges i 4 och 5 §§ *skall* Socialstyrelsen med hjälp av automatiserad behandling föra ett register över hälso- och sjukvårdspersonal.	För de ändamål som anges i 4 och 5 §§ *ska* Socialstyrelsen med hjälp av automatiserad behandling föra ett register över hälso- och sjukvårdspersonal.
	5 §[1]
Personuppgifterna i registret får, utöver det som anges i 4 §, behandlas endast för att	
1. utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal,	
2. lämna uppgifter *till den nationella läkemedelslistan enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista,*	2. lämna uppgifter *som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag,*
3. lämna uppgifter till myndigheter och enskilda i enlighet med det som föreskrivs i annan författning eller avtal,	
4. *i samband med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista lämna uppgifter till*	4. *kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet*
	a. i samband med tjänstetillsätt-

[1] Senaste lydelse 2021:69.

den myndigheten för kontroll av identitet och behörighet i fråga om förskrivare, legitimerade sjuksköterskor utan behörighet att förskriva läkemedel, apotekare, receptarier och dietister,	*ning och under anställning eller uppdrag,*
	b. att utfärda intyg, och
	c. vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel,
5. *lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kontroll av förskrivares identitet och behörighet vid expedition på öppenvårdsapotek av läkemedel och andra varor som förskrivits,*	5. *framställa statistik om hälso- och sjukvård enligt lagen (2001:99) om den officiella statistiken, och*
6. *kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag, och*	6. *ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet.*
7. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet att utfärda intyg.	
Direktåtkomst	**Direktåtkomst *och annat elektroniskt utlämnande***
7 a §[2]	
Inspektionen för vård och omsorg får ha direktåtkomst till uppgifterna i registret.	*Socialstyrelsen får, efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten, besluta att medge en myndighet eller offentlig vårdgivare tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till uppgifter i registret. Direktåtkomst får endast medges om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt. Tillgången får inte vara mer omfattande än vad myndig-*

[2] Senaste lydelse 2016:163.

	heten behöver för att utföra sina arbetsuppgifter.
En offentlig vårdgivare får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3 och 5–10.	*Socialstyrelsen får, efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten, besluta att medge en privat vårdgivare tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst till uppgifter i registret. Tillgången får inte vara mer omfattande än vad vårdgivaren behöver för att utföra sina arbetsuppgifter.*
Transportstyrelsen får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3, 5 och 7–9.	*Av beslutet ska framgå* *1. för vilka ändamål enligt 5 § som tillgången får användas,* *2. vilka uppgifter som tillgången får gälla, och* *3. vilka legitimerade yrken som tillgången får gälla.*

7 b §[3]

En myndighet som har medgetts *direktåtkomst ansvarar för* att tillgången till *personuppgifter* begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.	*Den* som har medgetts *tillgång enligt 7 a § ska se till* att tillgången till *personuppgifterna* begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter, *att tillgång till personuppgifterna dokumenteras och kan kontrolleras och att systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter görs.*
Direktåtkomst får inte medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att *behörighets- och säkerhetsfrågorna* är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.	*Tillgång enligt 7 a §* får inte medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att *frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet* är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.

[3] Senaste lydelse 2013:639.

7 c §[4]

Socialstyrelsen ska på begäran av Inspektionen för vård och omsorg lämna ut uppgifter för det ändamål som anges i 5 § 1.

Inspektionen för vård och omsorg har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § första stycket.

Den som har medgetts tillgång enligt 7 a § får inte behandla personuppgifterna för något annat ändamål än det för vilket de lämnats ut.

E-hälsomyndigheten får dock behandla uppgifterna i den nationella läkemedelslistan i enlighet med ändamålen i 3 kap. 2–5 §§ lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.

7 d §[5]

En offentlig vårdgivare har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § andra stycket.

Ett beslut enligt 7 a § får inte överklagas.

7e §[6]

Transportstyrelsen har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § tredje stycket.

Även utan ett beslut enligt 7 a § får Socialstyrelsen i enstaka fall lämna ut uppgifter i registret för ändamål som anges i 4 och 5 §§ genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Uppgiftsskyldighet

7 f §

Socialstyrelsen ska på begäran av Inspektionen för vård och omsorg lämna ut uppgifter för det ändamål som anges i 5 § 1.

Socialstyrelsen ska ge den tillgång som beslutats enligt 7 a §.

[4] Senaste lydelse 2013:639.
[5] Senaste lydelse 2013:639.
[6] Senaste lydelse 2013:639.

Upplysningar till allmänheten på internet

7 g §

Socialstyrelsen ska göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en viss persons behörighet.

Som sökbegrepp får bara användas personnummer eller samordningsnummer.

Som resultat av sökningen får bara visas det angivna personnumret eller samordningsnumret och anknytande uppgifter i registret om namn, typ av legitimation och när den utfärdades samt omfattningen av legitimationen vid partiellt tillträde, yrke och specialitet. Sökresultatet får inte innehålla personuppgifter om annan än den som har en gällande legitimation.

8 §[7]

Utöver vad som framgår av artiklarna 13 och 14 i EU:s dataskyddsförordning ska den som är personuppgiftsansvarig enligt denna förordning lämna information till den registrerade om

1. de sekretess- och säkerhetsbestämmelser som gäller för registret,

2. rätten enligt artikel 82 i EU:s dataskyddsförordning och 7 kap. 1 § lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning till skadestånd vid behandling av personuppgifter i strid med denna förordning,

3. vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande *på medium för automatiserad behandling*, och

3. vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och *annat elektroniskt* utlämnande, och

4. huruvida registreringen är frivillig eller inte.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

[7] Senaste lydelse 2018:464.

1.4 Förslag till förordning om ändring i offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641)

Härigenom föreskrivs i fråga om offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) att 6 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

6 §[8]

Sekretess gäller i nedan angiven verksamhet, som avser registrering av betydande del av befolkningen, för

1. uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till honom eller henne lider men om uppgiften röjs, och

2. uppgift i form av fotografisk bild av den enskilde, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till honom eller henne lider men.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

Verksamheten avser	
centrala hundregistret	
fastighetsregistret	
kommunala fastighetsregister	
passregister och register över nationella identitetskort	
röstlängdsregister	
Skatteverkets databas över identitetskort för folkbokförda i Sverige	
Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal	Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal, *dock inte i fråga om utlämnande enligt 7 f § andra stycket och 7 g § förordningen (2006:196) om regis-*

[8] Senaste 2020:1286.

ter över hälso- och sjukvårdspersonal

Statens tjänstepensionsverks pensionsregister

Totalförsvarets plikt- och prövningsverks register över totalförsvarets personal

Transportstyrelsens vägtrafikregister

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Utredningens uppdrag

Utredningens arbete utgår från utredningsdirektiven (dir. 2019:37) och tilläggsdirektiven (dir. 2020:112). I enlighet med utredningsdirektiven lämnade utredningen i januari 2021 ett delbetänkande, *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4). Utredningen ska senast den 31 maj 2021 slutredovisa sitt uppdrag. I detta slutbetänkande redovisas utredningens uppdrag att

- se över möjligheterna att ge ett ombud elektronisk åtkomst till patientjournalen, och
- sammanställa och översiktligt beskriva eventuella ytterligare frågeställningar som utredningen under arbetet med utredningsuppdraget uppmärksammat och som utredaren bedömer kräver vidare analys ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv, samt
- analysera förutsättningar för och, om lämpligt, föreslå ändringar av bestämmelserna om direktåtkomst och ändamål i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal.

Utredningens båda direktiv i sin helhet bifogas slutbetänkandet, *bilaga 1* och *2*. Även förordningen om register över hälso- och sjukvårdspersonal bifogas slutbetänkandet, *bilaga 3*.

2.2 Utredningens delbetänkande innehåller bakgrundsinformation

I delbetänkandet (SOU 2021:4) redogjorde utredningen noggrant för relevanta delar av dataskyddsregleringen, bl.a. dataskyddsförordningen[1], (se kapitel 3, 4 och 6) och regleringen om sekretess och tystnadsplikt (se kapitel 5). Vidare redogjorde utredningen för de strukturförändringar som påverkar förutsättningarna att bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst (se kapitel 11).

Mot denna bakgrund upprepar utredningen inte det som framgår av delbetänkandet annat än när det är direkt relevant för överväganden och förslagen i detta slutbetänkande. I förekommande fall görs det hänvisningar till delbetänkandet.

2.3 Utredningens arbete

Utredningsarbetet inleddes i oktober 2019. Arbetet med frågorna om personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, utom ombuds åtkomst till patientjournal, redovisas i utredningens delbetänkande *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4).

Utredningsarbetet har bedrivits på sedvanligt sätt med regelbundna sammanträden och andra kontakter med experter och sakkunniga. Under arbetet med slutbetänkandet har utredningen haft tre utredningssammanträden digitalt, varav ett slutjusteringsmöte.

Utredningen har i enlighet med vad som föreskrivs i direktiven haft samråd med andra utredningar med närliggande uppdrag. Samråden har i huvudsak genomförts över telefon eller som digitala möten. Utredningen har haft samråd med företrädare för *Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning* (S 2018:12), *Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen* (S 2018:11), *Framtidens socialtjänst* (S 2017:03), *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01) och *Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap* (S 2018:09).

Utöver detta har utredningen genomfört digitala möten med företrädare för Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Läkemedelsverket, E-hälsomyndigheten, Universitets- och högskolerådet samt Sveriges

[1] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

universitets- och högskoleförbund. Syftet med mötena har varit att fånga upp information, kunskap och synpunkter utifrån myndigheternas och organisationernas perspektiv.

2.4 Slutbetänkandets disposition

Slutbetänkandet är indelat i två delar utöver detta kapitel, författningsförslagen i *kapitel 1* samt en sammanställning av eventuella ytterligare frågeställningar i *bilaga 4*.

Den första delen, som omfattar *kapitel 3–5*, innehåller bakgrund med allmänna utgångspunkter. *Kapitel 3* innehåller en kort beskrivning av den elektroniska tillgången till personuppgifter. I *kapitel 4* beskrivs patientens elektroniska tillgång till sina patientuppgifter. *Kapitel 5* innehåller en redogörelse för HOSP-registret, tillgången till dess uppgifter och regleringen i HOSP-förordningen samt relevanta bestämmelser om sekretess.

I den andra delen, *kapitel 6–11*, redogör utredningen inledningsvis för sina generella överväganden och förslag. I *kapitel 6* redogörs för frågan om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter. I *kapitel 7* motiveras utredningens förslag om att på internet tillgängliggöra vissa uppgifter i HOSP-registret. I *kapitel 8* motiveras utredningens förslag som rör annan elektronisk tillgång till HOSP-registret och de nya ändamålen. Därefter kommer de avslutande kapitlen, *kapitel 9–11*, där utredningen i *kapitel 9* redovisar sin konsekvensanalys av förslagen och i *kapitel 10* redovisar förslag till ikraftträdande- och övergångsbestämmelser. Författningskommentarerna till lagförslagen återfinns i *kapitel 11*.

Slutligen presenteras i *bilaga 4* en översiktlig sammanställning av ytterligare frågeställningar som utredningen under arbetet med utredningsuppdraget har uppmärksammat och som utredaren bedömer kräver vidare analys ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv.

BAKGRUND

3 Elektronisk tillgång till personuppgifter

3.1 Inledning

Det kvarvarande utredningsuppdraget rör utomståendes elektroniska tillgång till personuppgifter, patientuppgifter respektive uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonals legitimation. Den elektroniska tillgången kan ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Dessa begrepp berörs i avsnitt 3.2. I avsnitt 3.3 berörs dataskyddsaspekter på utomståendes elektroniska tillgång till personuppgifter.

Dataskyddsförordningen innehåller inga särskilda restriktioner i fråga om elektroniskt utlämnande av personuppgifter i förhållande till andra former för utlämnande, såsom utlämnande muntligt eller på papper. Om personuppgifter enligt dataskyddsförordningen får lämnas ut till någon, kan utlämnandet således ske elektroniskt så länge säkerheten upprätthålls.

I s.k. registerförfattningar finns det däremot inte så sällan en särskild reglering av just elektroniskt utlämnande. Finns det inte i en registerförfattning någon bestämmelse som reglerar elektroniskt utlämnande, får sådant utlämnande, genom direktåtkomst eller på annat sätt, ske så länge själva utlämnandet inte är otillåtet. Det anses däremot att en bestämmelse i en registerförfattning som reglerar en viss form av elektroniskt utlämnande bör tolkas motsatsvis så att den formen av elektroniskt utlämnande till andra än som särskilt reglerats inte är tillåten inom registerförfattningens tillämpningsområde. Om det anges att någon får ha direktåtkomst till ett författningsreglerat register, innebär det således att andra utomstående inte får ha direktåtkomst. På motsvarande sätt anses en bestämmelse om att elektroniskt utlämnande får ske i t.ex. enstaka fall innebära att elektroniskt utlämnande inte får ske i andra fall, t.ex. regelmässigt.

3.2 Innebörden av direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande

Direktåtkomst är en form av elektroniskt utlämnande av uppgifter. Uppgifter kan dock lämnas ut elektroniskt även på andra sätt än genom direktåtkomst. I s.k. registerförfattningar används ofta begreppet ”utlämnande på medium för automatiserad behandling”, men även begrepp som ”elektronisk åtkomst” och ”elektroniskt utlämnande” används. Några legaldefinitioner av dessa begrepp finns inte. Vad som avses med begreppen anges ofta i förarbetena till de olika registerförfattningarna.[1] Utredningen har i detta betänkande valt att använda begreppet *annat elektroniskt utlämnande* för sådan överföring av uppgifter i elektroniskt format som inte sker genom direktåtkomst.

Informationshanteringsutredningen, som bl.a. hade i uppdrag att avgöra om det fanns skäl att i registerförfattningar upprätthålla åtskillnad mellan olika former av elektroniskt utlämnande, beskrev begreppen *direktåtkomst* och *medium för automatiserad behandling* på följande sätt.

- Med *direktåtkomst* avses vanligtvis att någon har direkt tillgång till någon annans register eller databas och på egen hand kan söka efter information, dock utan att kunna påverka innehållet i registret eller databasen.[2] I begreppet ligger också att den som är personuppgiftsansvarig för registret eller databasen inte har någon kontroll över vilka uppgifter som mottagaren vid ett visst söktillfälle tar del av.[3]
- Med begreppet *utlämnande på medium för automatiserad behandling* avses vanligen ett överlämnande av elektroniskt lagrade uppgifter via något slags medium för lagring eller överföring, exempelvis e-post eller USB-minne. Som regel innefattar denna typ av utlämnande att informationen lämnas ut i en form som medför att mottagaren kan bearbeta informationen.[4] Utlämnande kan också ske elektroniskt genom en s.k. fråga-svar-funktion, se vidare nedan.

[1] Se resonemang i betänkandet *Överskottsinformation vid direktåtkomst*, SOU 2012:90 s. 198 f.
[2] SOU 2012:90 s. 198 f.
[3] SOU 2012:90 s. 198 som hänvisar till prop. 2004/05:164, *Tullverkets brottsbekämpning – Effektivare uppgiftsbehandling*, s. 83 och prop. 2011/12:45, *Kustbevakningsdatalag*, s. 133.
[4] SOU 2012:90 s. 198 som hänvisar till prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 77.

Informationshanteringsutredningen anförde vidare att det, genom informationsteknikens utveckling, har blivit allt svårare att dra gränsen mellan de olika utlämnandeformerna.[5]

Ett visst klargörande beträffande gränsdragningen har skett genom ett avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen (den s.k. LEFI Online-domen), där frågan var om socialnämnderna kunde anses ha direktåtkomst till Försäkringskassans socialförsäkringsdatabas.[6] Domstolen konstaterade att de allmänna handlingar hos en myndighet som en annan myndighet genom direktåtkomst får tillgång till utgör allmänna handlingar även hos denna myndighet.[7] Av dåvarande 2 kap. 3 § andra stycket (nuvarande 2 kap. 6 § första stycket) tryckfrihetsförordningen framgick att en upptagning anses förvarad hos en myndighet, om upptagningen är tillgänglig för myndigheten med tekniskt hjälpmedel som myndigheten själv utnyttjar för överföring i sådan form att den kan läsas eller avlyssnas eller uppfattas på annat sätt. De allmänna handlingar hos en myndighet som en annan myndighet får tillgång till genom direktåtkomst utgör allmänna handlingar även hos denna myndighet.[8] Domstolen anförde vidare att den avgränsning som på detta sätt görs av begreppet direktåtkomst, genom tillämpning av tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingars offentlighet, kan användas även för att bestämma innehållet i detta begrepp i 114 kap. 22 § socialförsäkringsbalken.

I det aktuella fallet var alltså frågan om upptagningen kunde anses förvarad hos socialnämnderna i tryckfrihetsförordningens mening. Socialnämnderna kunde inte på egen hand söka information i socialförsäkringsdatabasen, utan ett utlämnande förutsatte att Försäkringskassan reagerade på en begäran om att de efterfrågade uppgifterna skulle lämnas ut. Försäkringskassan ansågs därmed förfoga över frågan om och i så fall vilka uppgifter som skulle lämnas ut. Någon sådan teknisk tillgång till upptagningar som avses enligt nuvarande 2 kap. 6 § första stycket tryckfrihetsförordningen ansågs socialnämnderna inte ha, vilket innebar att förfarandet inte var att betrakta som direktåtkomst enligt socialförsäkringsbalken.

För att ett elektroniskt utlämnande ska anses utgöra direktåtkomst krävs det alltså att den aktuella upptagningen anses förvarad

[5] SOU 2012:90 s. 199.
[6] HFD 2015 ref. 61.
[7] Prop. 2002/03:135, *Behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration*, s. 90.
[8] Prop. 2002/03:135 s. 90.

hos mottagaren på det sätt som avses i 2 kap. 6 § första stycket tryckfrihetsförordningen, dvs. att upptagningen är tillgänglig för mottagaren med tekniskt hjälpmedel som mottagaren själv utnyttjar för överföring i sådan form att den kan läsas eller avlyssnas eller uppfattas på annat sätt. En sådan fråga-svartjänst med fördefinierade frågor och svar som prövades LEFI Online-domen utgör alltså inte direktåtkomst utan utlämnande på medium för automatiserad behandling, som utredningen i detta betänkande valt att kalla för *annat elektroniskt utlämnande*.

3.3 Elektronisk tillgång och dataskydd

På grund av de sammanställningsmöjligheter och möjligheter till spridning av uppgifter som en automatiserad behandling erbjuder anses det vara mer känsligt från integritetssynpunkt att lämna ut uppgifter elektroniskt än på papper. En myndighet kan således enligt en bestämmelse om uppgiftsskyldighet ha skyldighet att lämna ut vissa uppgifter till en annan myndighet, men den mottagande myndigheten kanske bara har rätt att ha direktåtkomst till vissa av dessa uppgifter.[9]

När det gäller direktåtkomst kan det generellt sägas att sådan åtkomst ökar riskerna för intrång i den personliga integriteten. De upptagningar som direktåtkomsten avser blir allmänna handlingar hos den mottagande myndigheten. Ju fler myndigheter som har direktåtkomst till uppgifter i ett datasystem, desto större blir allmänhetens möjlighet att få tillgång till uppgifterna. Ett annat skäl till att direktåtkomst kan anses innebära särskilda risker är att sådan åtkomst typiskt sett innebär att uppgifter blir tillgängliga för fler personer och att den utlämnande myndighetens möjligheter att kontrollera användningen så att obehöriga inte tar del av uppgifterna minskar. Den utlämnande myndigheten har inte kontroll över vilka uppgifter som mottagaren vid varje enskilt tillfälle tar del av och vem som tar del av uppgifterna. Det förhållandet att en myndighet får tillgång till uppgifter genom direktåtkomst ger dock inte mottagaren rätt att behandla personuppgifterna. Mottagaren måste ha rättsligt stöd i sin egen registerlagstiftning eller i annan tillämplig dataskydds-

[9] Dir. 2011:86, *Integritet, effektivitet och öppenhet i en modern e-förvaltning*, s. 11.

reglering för behandlingen av personuppgifter och även i övrigt uppfylla alla skyldigheter som är förenade med den.

Även elektroniskt utlämnande av personuppgifter på annat sätt än genom direktåtkomst kan innebära risker för den personliga integriteten. Sådant utlämnande innebär nämligen som regel att mottagaren lättare kan bearbeta informationen, t.ex. genom att samköra den med information som hämtas från andra källor och sprida den vidare elektroniskt.

4 Patientens elektroniska tillgång till sina patientuppgifter

4.1 Inledning

I delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4) har utredningen redogjort för gällande rätt när det gäller skyddet för personuppgifter. Utredningen har bl.a. redogjort för att den enskildes rätt till skydd för personuppgifter är ett utflöde av skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet. Dessa grundläggande rättigheter skyddas av såväl svensk grundlag som av för Sverige bindande internationella regelverk (se närmare beskrivning i kapitel 3 i delbetänkandet). Dessutom har utredningen beskrivit dataskyddsförordningen (se kapitel 4 i delbetänkandet) och bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvård (se kapitel 5 i delbetänkandet). Vidare har utredningen redogjort för olika elektroniska former för utlämnanden av personuppgifter, bl.a. direktåtkomst (avsnitt 6.6 i delbetänkandet). Utredningen kommer inte här att upprepa sådant som beskrivs detaljerat i delbetänkandet. I förekommande fall görs hänvisningar till beskrivningarna i delbetänkandet. I detta kapitel kommer utredningen att fokusera på relevanta bestämmelser när det gäller just att låta ombud få elektronisk tillgång, t.ex. genom direktåtkomst, till patientuppgifter.

Nedan följer inledningsvis en beskrivning av invånarnas användning av e-hälsotjänster i allmänhet och 1177 Vårdguidens e-tjänst *Journalen* i synnerhet. Utredningen redogör sedan för bestämmelser om patientjournal inom hälso- och sjukvården, och om sekretess och patienters möjlighet att häva sekretessen och medge att någon annan får del av uppgifterna, t.ex. ett ombud. En särskild redogörelse görs när det gäller sekretess för barn och personer med legala ställföreträdare. Därefter följer en redogörelse av gällande rätt när det handlar

om att medge direktåtkomst till patienten själv samt till dennes ombud. Slutligen redogörs för ombuds direktåtkomst enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.

4.2 Allmänt om invånarnas användning av e-hälsotjänster

Som beskrivs i kapitel 11 i delbetänkandet pågår förändringar i samhället som påverkar förutsättningarna att bedriva hälso- och sjukvård. En sådan förändring är den ökande andelen äldre i befolkningen. Äldre har ofta komplexa och sammansatta vårdbehov. En annan förändring är den tekniska utvecklingen som har lett till en allt högre grad av digitalisering och ökade möjligheter att dela digitaliserad information, både med andra aktörer inom vården och med patienterna.

Regeringen har tillsammans med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kommit överens om *Vision e-hälsa 2025.* Enligt den överenskommelsen ska Sverige år 2025 vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter, bl.a. i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd.[1] Regeringen har även presenterat en nationell digitaliseringsstrategi. Även där är det övergripande målet för digitalisering att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter. Ett av delmålen handlar om s.k. digital kompetens. Digital kompetens innebär att alla människor, oavsett funktionsförmåga och ålder, ska vara förtrogna med digitala verktyg och tjänster samt ha förmåga att följa med och delta i den digitala utvecklingen utifrån sina förutsättningar.[2]

Sverige ligger i framkant i Europa när det gäller digitalisering och internetanvändning. Inom sjukvården har man sedan länge gått över till elektroniska patientjournaler. I princip all information hanteras numera elektroniskt i sådana system. Människor i Sverige är i allmänhet vana digitala användare och har i regel en positiv inställning till att regioner och kommuner erbjuder digital service och kommunicerar digitalt. En majoritet av invånarna har tillgång till dator eller smartphone och internet och förväntar sig att kunna ta del av samhällsservice digitalt. Covid-19-pandemin har på många sätt bidragit till att driva på digitaliseringen av hälso- och sjukvården. Pandemin

[1] Regeringskansliet och SKR, *Vision e-hälsa 2025*.
[2] Regeringskansliet, *För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi* s. 6 och 12 f (dnr N2017/03643/D, publicerat den 18 maj 2017).

har medfört förändrade behov och beteenden hos invånarna, inte minst i kommunikationen med hälso- och sjukvården. En tydlig effekt är att användningen av e-hälsotjänster ökat, särskilt bland äldre.[3] Av en rapport från Internetstiftelsen framgår att internetanvändare som är 76 år eller äldre är en åldersgrupp som markant ökat sin användning av e-hälsotjänster under covid-19-pandemin.[4]

Trots detta finns det människor i Sverige som av olika anledningar saknar förutsättningar att ta del av e-hälsotjänster. Vissa grupper, exempelvis unga, personer med funktionsnedsättningar och äldre, kan ha svårare att på egen hand använda digitala hjälpmedel och att hantera exempelvis sådan e-legitimation som vanligen krävs för att kunna ta del av digitala e-hälsotjänster. För dessa personer riskerar den snabba digitaliseringen att skapa eller förstärka vad som brukar kallas ett digitalt utanförskap. Invånare som räknas som sällan- och icke-användare av internet beräknas enligt Internetstiftelsen uppgå till drygt en miljon människor. De som använder internet i lägre utsträckning, och därmed riskerar ett digitalt utanförskap, är främst personer äldre än 75 år, personer med funktionsnedsättning samt personer med låg utbildning.[5]

I dag behöver nästan en femtedel av befolkningen hjälp att installera ett mobilt bank-id, vilket i många fall är en nödvändighet för att kunna logga in på e-hälsotjänster. Personer med funktionsvariationer behöver i högre grad än befolkningen i övrigt hjälp med att använda digitala tjänster. Allra mest hjälp med digitala aktiviteter behöver de äldsta i samhället. Av de som är 76 år eller äldre behöver närmare 60 procent hjälp med att skaffa mobilt bank-id.[6]

Användningen av e-hälsotjänster skiljer sig åt mellan personer med funktionsnedsättningar och den övriga befolkningen. I en rapport från 2019 beskrivs att det finns en betydande digital klyfta mellan personer med funktionsnedsättningar och personer utan funktionsnedsättningar. En tredjedel av personerna med funktionsnedsättningar tycks inte ha något sätt att identifiera sig digitalt. De

[3] E-hälsomyndighetens fokusrapport *Jämlik e-hälsa Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik* (dnr 2020/05075 2020-11-23) s. 5 f.
[4] Internetstiftelsens rapport *Svenskarna och Internet 2020* s. 36.
[5] E-hälsomyndighetens fokusrapport *Jämlik e-hälsa Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik* (dnr 2020/05075 2020-11-23) s. 18 och Internetstiftelsens delrapport *Digitalt utanförskap 2020 Q1*, delrapport till undersökningen *Svenskarna och internet 2020*.
[6] Internetstiftelsens delrapport *Digitalt utanförskap 2020 Q1*, delrapport till undersökningen *Svenskarna och internet 2020*.

har varken mobilt bank-id eller någon annan e-legitimation.[7] Inom vissa områden är skillnaderna mellan de två grupperna relativt liten, t.ex. när det gäller viljan att boka tider till vården via internet. Personer med funktionsnedsättningar är dock en heterogen grupp med stor inbördes variation när det gäller behov och förmåga att kunna delta i sin vård. Det finns därför variationer inom gruppen när det gäller användningen av e-hälsotjänster. E-hälsomyndigheten konstaterar att ytterligare behovsanpassning av e-hälsotjänster skulle kunna bidra till mer jämlika möjligheter att vara delaktiga i e-hälsotjänsterna.[8]

4.3 Användning av 1177 Vårdguidens e-tjänst Journalen

Som nämnts ovan tillhandahålls i dag en nationell teknisk lösning för att ge patienter direktåtkomst till sina patientjournaler via den landsomfattande e-tjänsten *Journalen*. Denna nationella tekniska lösning tillhandahålls via Inera AB[9]. I *Journalen* kan patienter logga in med sin e-legitimation och få elektronisk tillgång till sina patientuppgifter från de vårdgivare som är anslutna. Informationen hämtas automatiskt från hälso- och sjukvårdens journalsystem. Regionerna har gjort olika bedömningar om vilken patientinformation som ska göras tillgänglig genom direktåtkomst. Vilka uppgifter från patientjournalen som visas i *Journalen*, och från vilka mottagningar, kan således variera mellan olika vårdgivare. Regionerna har gemensamt kommit överens om en målbild och ett antal styrande principer för hur invånare ska kunna ta del av sin egen patientjournal i e-tjänsten *Journalen*. Målbilden var att vid utgången av år 2020 ska alla invånare som fyllt 16 år kunna ha elektronisk tillgång till all information om sig själv som dokumenteras i regionfinansierad hälso- och sjukvård samt tandvård.[10]

Enligt uppgift från Inera har *Journalen* använts av cirka 4,9 miljoner personer och varje månad loggar över en miljon personer in på

[7] Begripsam, rapporten *Svenskarna med funktionsnedsättning och internet* 2019 s. 12.
[8] E-hälsomyndighetens fokusrapport *Jämlik e-hälsa Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik* (dnr 2020/05075 2020-11-23) s. 27.
[9] Inera AB (Inera) är ett bolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag. Inera har till uppgift att koordinera och utveckla gemensamma digitala lösningar för regioner och kommuner. Inera är personuppgiftsbiträde åt regionerna och kommunerna.
[10] E-hälsomyndighetens fokusrapport *Jämlik e-hälsa Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik* (dnr 2020/05075 2020-11-23) s. 20 f.

e-tjänsten. Antalet inloggningar har också ökat stadigt för varje år som tjänsten funnits. Ökningen har skett i samtliga åldersgrupper. Under covid-19-pandemin har antalet besökare till 1177 Vårdguidens e-tjänster ökat kraftigt. Samtidigt har exempelvis tjänsten *Journalen* utvecklats så att invånare i vissa fall kan ta del av sina provsvar från covid-19-test där.

Kvinnor söker generellt vård oftare än män och de använder också 1177 Vårdguidens e-tjänster oftare än män. Bland personer som är 70 år eller äldre är det dock vanligare att män använder 1177 Vårdguidens e-tjänster. Det finns även regionala skillnader i användningen av e-tjänsterna. De allra flesta inloggningarna sker med mobilt bank-id som autentiseringsmetod.[11]

Tidigare fanns en särskild ombudsfunktion i *Journalen* där patienter kunde utse en annan fysisk person att dela sin journal med. På så vis kunde patienter ta hjälp av någon annan, ett ombud, som kunde logga in och få elektronisk tillgång till patientjournalen. Av kontakter med Inera har framkommit att år 2017 delade cirka 4 350 personer sin patientjournal till någon annan via ombudsfunktionen och siffrorna ökade stadigt för varje år. Delningsfunktionen användes av samtliga åldersgrupper men användningen i åldersgruppen 70–79 år stack ut något. Efter en dom i Högsta förvaltningsdomstolen stängdes den tjänsten emellertid i juni 2018 (se nedan i avsnitt 4.11 för närmare beskrivning av domen).

Det finns i dag en funktionalitet i *Journalen* som används för att medge direktåtkomst till legala ställföreträdare i form av förvaltare och gode män[12] samt i vissa fall för personer som har lämnat fullmakter enligt lagen (2017:310) om framtidsfullmakter. Enligt uppgift från Inera hade mellan den 1 januari och den 31 augusti 2020 cirka 30 förordnanden lagts till i denna ställföreträdarfunktion. Den funktionen används således inte i någon större omfattning.

[11] https://www.inera.se/tjanster/statistik-for-ineras-tjanster/statistik-for-1177-vardguidens-e-tjanster/invanare/.

[12] Gode män och förvaltare kan enligt Ineras rutiner medges tillgång till ombudsfunktionen under förutsättning att deras förordnande innefattar att bevaka rätt eller sörja för person, men inte om förordnandet endast avser förvalta egendom.

4.4 Inledning om gällande rätt

Patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Patientdatalagen innehåller även bestämmelser om att föra patientjournal.

Utredningen har i delbetänkandet redogjort bl.a. för bestämmelser i patientdatalagen om tillåtna ändamål för behandling av personuppgifter och om direktåtkomst genom sammanhållen journalföring. Här i slutbetänkandet är i stället bestämmelserna i patientdatalagen om skyldigheten att föra patientjournal (3 kap.) samt om möjligheten att ge en enskild direktåtkomst till uppgifter om sig själv (5 kap. 5 §) av särskilt intresse. Vidare är bestämmelser som möjliggör för den enskilde att häva sekretess till förmån för annan enskild, t.ex. ett ombud, av intresse.

4.5 Skyldigheten att föra patientjournal

Patientdatalagen fastställer att vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter (3 kap. 1 § PDL). En patientjournal definieras i patientdatalagen som en eller flera journalhandlingar som rör samma patient (1 kap. 3 § PDL). Kravet på att föra patientjournal gäller både hos offentliga och privata vårdgivare. Skyldigheten att föra patientjournal har begränsats till personer som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Skyldigheten gäller dock inte all hälso- och sjukvårdspersonal utan endast dem som har mera centrala och självständiga arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.[13] Skyldigheten att föra patientjournal vid vård av patienter omfattar i första hand den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården. I vissa fall är även icke-legitimerad personal skyldig att föra patientjournal (3 kap. 3 § PDL). De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får dock meddela föreskrifter om att en sådan journalhandling får vara skriven på ett annat språk än svenska (3 kap. 13 § PDL).

[13] Prop. 1984:85/189 s. 46.

Att en patientjournal ska föras för varje patient betyder inte att det för varje patient ska finnas endast en journal. För samma patient kan det finnas flera patientjournaler hos en vårdgivare. De som hos en vårdgivare deltar i vården av en patient får föra en gemensam journal om denne. På sjukhus förs vanligen en för patienten gemensam patientjournal på varje klinik. Även inom en vårdcentral kan det finnas flera patientjournaler om samma patient. Vidare anses det uppenbart att de privata vårdgivarna för patientjournal var för sig, men en privat vårdgivare kan liksom en offentlig ha flera patientjournaler för en patient.[14] I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården finns bestämmelser om patientjournalens struktur och innehåll. Det anges att vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna (5 kap. 1 § HSLF-FS 2016:40). Av de allmänna råden till nu nämnda föreskrift framgår att de delar av en patients journal som hör till en och samma individanpassade vårdprocess bör hållas samman.

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är ett stöd för vård och behandling av patienten. Hälso- och sjukvårdspersonal som inte har träffat patienten tidigare kan använda patientjournalen för att bedöma vilka åtgärder som behöver vidtas för att kunna ge patienten en god och säker vård. En patientjournal är även en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, samt forskning (3 kap. 2 § PDL).

4.6 Innehållet i en patientjournal

En patientjournal får innehålla endast de uppgifter som behövs för de ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen (3 kap. 5 § PDL). Kravet på att föra patientjournal gäller således bara den individinriktade verksamheten inom hälso- och sjukvården.

[14] Prop. 1984/85/189 s. 37.

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

- uppgift om patientens identitet,
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
- uppgift om den information som lämnats till patienten,
- dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt
- uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling (3 kap. 6 § PDL).

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes (3 kap. 6 § PDL).

Patientdatalagen reglerar vad som får finnas i en patientjournal (3 kap. 7 § PDL).[15] Därutöver finns bestämmelser i andra författningar om vad patientjournalen får eller ska innehålla, se t.ex. smittskyddslagen (2004:168) och förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Vidare innehåller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården bl.a. bestämmelser om innehållet i patientjournalen.

4.7 Patientjournaler är allmänna handlingar

En handling är allmän, om den förvaras hos en myndighet och enligt 2 kap. 9 eller 10 § i tryckfrihetsförordningen är att anse som inkommen till eller upprättad hos en myndighet (2 kap. 4 § tryckfrihetsförordningen). Hos en offentlig vårdgivare utgör patientjournalen

[15] Prop. 2007/08:126 s. 93.

en allmän handling enligt bestämmelserna i 2 kap. tryckfrihetsförordningen.[16]

Enligt patientdatalagen definieras *patientjournal* som en eller flera journalhandlingar som rör samma patient. *Journalhandling* definieras som framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient. En journalhandling innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder (1 kap. 3 § PDL). Definitionen av patientjournal knyter således an till tryckfrihetsförordningens handlingsbegrepp. Som framgår av bestämmelserna saknar det betydelse om handlingen är pappersbaserad eller digital. Enligt huvudregeln är en handling upprättad hos en myndighet, när den har expedierats (2 kap. 10 § första stycket tryckfrihetsförordningen). Det finns dock undantag från denna huvudregel beträffande vissa sorters handlingar. Diarier, journaler samt sådana register eller andra förteckningar som förs löpande, anses ha upprättats när de har färdigställts för anteckning eller införing (2 kap. 10 § andra stycket tryckfrihetsförordningen).

Högsta förvaltningsdomstolen har i ett rättsfall uttalat bl.a. följande när det gäller frågan om *när* en patientjournal blir en allmän handling (HFD 2013 ref. 33). Patientjournalen kan innehålla olika typer av uppgifter och handlingar. För löpande anteckningar i diarie- eller dagboksform iordningsställs som regel en eller flera särskilda handlingar, i anslutning till patientens första kontakt med den aktuella vårdgivaren eller vårdenheten. Förutom anteckningar i diarie- eller dagboksform kan patientjournalen innehålla även exempelvis röntgenbilder, provsvar, remisser och intyg. Handlingar som tillhör en patientjournal kan därmed bli att betrakta som allmänna vid olika tidpunkter, beroende på vilken bestämmelse i tryckfrihetsförordningen de omfattas av. De delar av en patientjournal som är avsedda för löpande anteckningar rörande vården av patienten omfattas av specialregeln i tryckfrihetsförordningen[17], avseende sådana handlingar som anses upprättade när de färdigställts för anteckning eller införing. Högsta förvaltningsdomstolen uttalade även i målet att de

[16] En privat vårdgivare omfattas som regel inte av tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingar. Patientjournaler hos privata vårdgivare, som inte är s.k. kommunala företag, utgör alltså inte allmänna handlingar. I avsnitt 4.8 nedan redogörs för att uppgifter i patientjournaler hos privata vårdgivare omfattas av bestämmelser om tystnadsplikt.
[17] Nuvarande 2 kap. 10 § andra stycket 1 tryckfrihetsförordningen.

löpande anteckningarna i patientjournalen inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården omedelbart blir en del av den allmänna handlingen, oavsett om anteckningarna har signerats.

Om en utomstående ges direktåtkomst eller annan elektronisk tillgång till en handling, anses handlingen expedierad och därmed upprättad hos myndigheten. Den externa tillgången gör alltså att en handling blir en allmän handling om den inte tidigare var det.

Allmänna handlingar omfattas av offentlighetsprincipen och uppgifterna i handlingarna ska i regel lämnas ut på begäran, såvida de inte omfattas av sekretess. I patientdatalagen anges att en myndighet inom allmän hälso- och sjukvård under vissa förutsättningar är skyldig att lämna ut journalhandlingar och andra handlingar och uppgifter till en patient, samt att detta framgår av tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL (8 kap. 1 § PDL). Även en journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård ska på begäran av patienten, eller av en närstående till patienten, så snart som möjligt tillhandahållas honom eller henne för att läsas eller skrivas av på stället eller i avskrift eller kopia, om de inte omfattas av tystnadsplikt enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) (8 kap. 2 §PDL).

4.8 Patientuppgifter omfattas av sekretess och tystnadsplikt

Uppgifter om patienter i patientjournal omfattas i regel av stark sekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen. Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att personen eller någon närstående lider men (25 kap. 1 § OSL). Presumtionen är att uppgifter i en patientjournal skyddas av sekretess och att uppgifterna inte lämnas ut till någon annan. För närmare beskrivning av regelverket hänvisas till kapitel 5 i delbetänkandet där utredningen allmänt beskrivit innebörden av sekretess och tystnadsplikt (se avsnitt 5.2 i delbetänkandet) och sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården (avsnitt 5.4 i delbetänkandet).

Offentlighets- och sekretesslagen gäller bara för myndigheter och för verksamheter som enligt lagen jämställs med myndigheter, t.ex. s.k. kommunala företag. Inom sådan hälso- och sjukvård som

bedrivs av privata vårdgivare finns bestämmelser i 6 kap. patientsäkerhetslagen om tystnadsplikt för personal inom enskild hälso- och sjukvård som ger motsvarande skydd för uppgifterna. Där anges bl.a. att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda (privata) hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Syftet är att patientuppgifter inte ska få ett sämre skydd när de behandlas i enskild verksamhet än när motsvarande hantering sker hos en myndighet.

I förarbetena till patientdatalagen angavs att vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet är det naturligt att söka ledning i skaderekvisitet som finns i sekretesslagens bestämmelser. Vidare konstaterades att den enskilde ska få samma skydd för sin personliga integritet vare sig han eller hon får vård av en hälso- och sjukvårdsmyndighet eller en privat vårdgivare.[18] Sådant uppgiftslämnande som inte skulle ha hindrats av sekretess om det rört sig om en hälso- och sjukvårdsmyndighet anses alltså inte heller vara ett obehörigt röjande av uppgifterna hos en privat vårdgivare. Det innebär att uppgifter om patienters hälsa och personliga förhållanden har ett motsvarande skydd hos en privat vårdgivare som hos en hälso- och sjukvårdsmyndighet.

Sekretess till skydd för en enskild gäller inte i förhållande till den enskilde själv, om inte annat anges i offentlighets- och sekretesslagen (12 kap. 1 § OSL). En enskild har därmed som huvudregel rätt att ta del av de uppgifter som gäller denne. När det gäller uppgifter om enskild inom hälso- och sjukvård finns en bestämmelse i 25 kap. 6 § offentlighets- och sekretesslagen som innebär att uppgifterna i patientjournalen i vissa särskilda undantagsfall kan hemlighållas även för den enskilde själv. Bestämmelsen anger att sekretessen enligt 25 kap. 1–5 §§ offentlighets- och sekretesslagen gäller i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv för uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av *synnerlig vikt* att uppgiften inte lämnas till honom eller henne.[19] Syftet med bestämmelsen är i första hand att hindra en patient, under de förutsättningar som i övrigt

[18] Prop. 2007/08:126 s. 46.
[19] Detsamma gäller i fråga om sekretess enligt 25 kap. 17 a § offentlighets- och sekretesslagen om uppgiften om hälsotillståndet avser ordinationsorsak i den nationella läkemedelslistan enligt lagen om nationell läkemedelslista.

gäller enligt paragrafen, från att ta del av sin patientjournal. Motsvarande tystnadsplikt gäller för hälso- och sjukvårdspersonal inom privat hälso- och sjukvård.[20] Rekvisitet ”synnerlig vikt” innebär att uppgifter i patientjournalen kan hemlighållas för patienten endast i yttersta undantagsfall. Av rättspraxis på området följer att bestämmelsen i 25 kap. 6 § offentlighets- och sekretesslagen har ett mycket begränsat tillämpningsområde.[21]

Sekretess kan även i vissa andra situationer gälla för uppgifter i patientjournal i förhållande till den enskilde för uppgifter om denne. Exempelvis gäller sekretess för uppgift i anmälan eller utsaga av en enskild om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, i förhållande till den som anmälan eller utsagan avser, om det kan antas att fara uppkommer för att den som har lämnat uppgiften eller någon närstående till denne utsätts för våld eller lider annat allvarligt men om uppgiften röjs (25 kap. 7 § OSL). Sekretess gäller även om uppgiften hänför sig till förundersökning i brottmål eller till angelägenhet som avser användning av tvångsmedel i sådant mål eller i annan verksamhet för att förebygga brott, om det kan antas att syftet med beslutade eller förutsedda åtgärder motverkas eller den framtida verksamheten skadas om uppgiften röjs (18 kap. 1 § OSL). Den senare bestämmelsen kan exempelvis aktualiseras i förundersökningar om barnmisshandel. Vårdnadshavare kan då med hänvisning till sekretess nekas att få tillgång till sin egen eller sitt barns vårddokumentation.

4.9 Patientens rätt att medge annan tillgång till sina patientuppgifter

När det gäller ombuds möjlighet att ta del av uppgifter i patientjournal, är en första förutsättning att den enskilde efterger sekretessen så att den inte gäller i förhållande till ombudet. I 12 kap. offentlighets- och sekretesslagen finns bestämmelser om den enskildes möjlighet att efterge (häva) sekretess som gäller till skydd för honom eller henne.

Eftersom sekretess, som redogjorts för ovan, i regel inte gäller i förhållande till den enskilde själv, kan den enskilde disponera över sina uppgifter. I detta ligger att den enskilde kan välja om den vill att

[20] Prop. 1979/80:2 Del A s. 179.
[21] Se t.ex. RÅ82 Ab 47 och RÅ83 Ab 132.

någon utomstående ska få del av uppgifterna. I offentlighets- och sekretesslagen finns en bestämmelse om undantag från sekretess när den enskilde samtycker till det (10 kap. 1 § OSL). Bestämmelsen anger att sekretess till skydd för en enskild inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan enskild eller till en myndighet, om den enskilde samtycker till det, samt att detta följer av 12 kap. och gäller med de begränsningar som anges där. Av 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen följer att en enskild helt eller delvis kan *häva sekretessen* som gäller till skydd för honom eller henne, om inte annat anges i offentlighets- och sekretesslagen. En patient kan således medge att en annan person får tillgång till uppgifterna i dennes patientjournal, och på så vis häva sekretessen, om det inte finns någon bestämmelse om sekretess som hindrar detta.

För uppgift i patientjournal som omfattas av sekretess med stöd av 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen finns som ovan nämnts ett undantag från huvudregeln att den enskilde har rätt att ta del av dessa och själv förfoga över uppgifterna (se 25 kap. 6 § OSL). Denna bestämmelse utgör ett snävt begränsat undantag från huvudregeln om att den till vars förmån en sekretessbestämmelse gäller själv har rätt att förfoga över sekretessen. Bestämmelsen innebär dock inte att patienten berövas sin rätt att medge att uppgift, dvs. i första hand patientjournalen, lämnas till annan. Medgivande att lämna uppgiften till annan, exempelvis till ett ombud, kan alltså lämnas, även om situationen skulle vara sådan att den enskilde själv inte vet vilka uppgifter medgivandet omfattar.[22]

I förarbetena till sekretesslagstiftningen anges att det i och för sig är tänkbart att en enskild, som begär att få uppgifter om sig själv eller medger att en sekretessbelagd uppgift om honom eller henne lämnas till någon annan, kan vara offer för påtryckningar från utomstående. Trots detta har det inte ansetts komma i fråga att annat än i rena undantagsfall genom särskilda föreskrifter frånkänna hans eller hennes samtycke rättsverkan (jfr RÅ 1991 not. 167). Att en myndighet under hänvisning till den enskildes bästa vägrar att beakta dennes samtycke till utlämnande kan enligt förarbetena i längden medföra större skadeverkningar genom den osäkerhetskänsla som skapas hos den enskilde och den rubbning av förtroendet till myndigheterna som mestadels blir följden. Det framhålls dock att en myndig-

[22] Prop. 1979/80:2 Del A s. 179 och RÅ 1991 not. 167.

het givetvis inte behöver ta hänsyn till ett samtycke som efter vad som framgår saknar giltighet som rättshandling enligt allmänna regler.[23]

JO har uttalat att eftersom hälso- och sjukvårdssekretessen i de flesta fall inte gäller mot patienten själv och sekretessen kan efterges av denne, följer att patienten kan låta någon annan ta del av journalhandlingar som rör denne. Något krav på att patienten först själv tar del av sin journal har inte uppställts i sekretesslagstiftningen. För att en myndighet som har vården om journalhandlingarna ska vara säker på att den som åberopar patientens medgivande att få ta del av journalen verkligen har ett sådant medgivande krävs som regel att vederbörande kan visa upp en skriftlig fullmakt från patienten. Det bör dock framhållas att sekretesslagstiftningen inte innehåller några formföreskrifter i detta hänseende.[24]

JO:s uttalande avsåg den då gällande sekretesslagen (1980:100). Inte heller i den nu gällande offentlighets- och sekretesslagen har det tagits in några formkrav för hur ett medgivande till att någon annan får ta del av uppgifter ska lämnas. Det ska tilläggas att genom förvaltningslagen (2017:900) har det införts vissa behörighetsregler för ombud (14 och 15 §§ förvaltningslagen). Av bestämmelserna följer att det inte finns något krav på att visa upp en fullmakt när en enskild anlitar ett ombud i ett ärende vid myndighet. En myndighet får dock begära att ett ombud ska styrka sin behörighet genom en skriftlig eller muntlig fullmakt (15 § första stycket förvaltningslagen).

Det finns inget hinder mot att ett medgivande ges i förväg, med tanke på en kommande situation. Exempelvis kan man tänka sig situationen att en patient i förväg, inför en vistelse på sjukhus, medger att en anhörig får ta del av tillkommande uppgifter i patientjournalen, t.ex. genom att lämna in en skriftlig fullmakt. I förhållande till myndigheten kan dock ett sådant samtycke alltid återkallas. Ett samtycke får emellertid inte ges ett så generellt innehåll att den enskilde allmänt förklarar sig avstå från sekretessen hos en viss myndighet eller tjänsteman. Om en enskild uppmanas att lämna ett mer eller mindre generellt samtycke, kan omständigheterna vara sådana att samtycket inte bör tillerkännas rättslig giltighet.[25]

[23] Prop. 1979/80:2 Del A s. 329.
[24] JO 1983/84 s. 238 (dnr 2705-1982), angående krav på medgivande från patienter vid utlämnande av deras patientjournal.
[25] Eva Lenberg m.fl., *Offentlighets- och sekretesslagen*, kommentar till 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen, JUNO version:22.

I praktiken hanteras utlämnanden till ombud i dag antingen genom att det antecknas i patientens patientjournal att muntligt samtycke till utlämnande har lämnats eller genom att ett skriftligt samtycke (ofta benämnt fullmakt) tas in i patientjournalen. Därefter lämnas patientjournalen ut enligt vårdgivarens rutiner för utlämnande av patientjournal. Av patientdatalagen följer att om en journalhandling eller en avskrift eller kopia av handlingen har lämnats ut till någon, ska det dokumenteras i patientjournalen vem som har fått handlingen, avskriften eller kopian och när denna har lämnats ut. Detta gäller dock inte utlämnande genom direktåtkomst (3 kap. 11 § PDL). Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) följer att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om samtycken och återkallade samtycken (5 kap. 5 § 9). Hur den närmare hanteringen av samtycken eller fullmakter går till kan variera beroende på omständigheterna i det enskilda fallet och vårdgivarens interna rutiner.

När det gäller privat hälso- och sjukvård innebär patientens medgivande till att någon annan får del av uppgifter givetvis att det inte är obehörigt att göra sådana utlämnanden som patienten gått med på. Tystnadsplikten inom den privata hälso- och sjukvården hindrar alltså inte att uppgifter lämnas ut med patientens medgivande.

4.10 Sekretess och möjligheten att medge annan tillgång till patientuppgifter för patienter som har legala ställföreträdare

4.10.1 Barn och deras vårdnadshavare

Om den enskilde är ett barn[26] gäller sekretess till skydd för barnet även i förhållande till dennes vårdnadshavare (12 kap. 3 § OSL). Sekretessen gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken (FB) har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, såvida det inte kan antas att barnet lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller om det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen. Om sekretess inte gäller i

[26] Med barn avses person under 18 år.

förhållande till vårdnadshavaren, förfogar denne ensam eller, beroende på barnets ålder och mognad, tillsammans med barnet över sekretessen till skydd för barnet.

Som utgångspunkt har vårdnadshavarna rätt att ta del av sekretessbelagda uppgifter som rör barnet. I takt med barnets stigande ålder och mognad ska dock allt större hänsyn tas till barnets integritet och barnets egna synpunkter och önskemål. När ett barn har uppnått en viss mognad och utveckling kan därför vårdnadshavarna inte längre göra anspråk på att få veta vad barnet har berättat för t.ex. en läkare eller en socialsekreterare. Någon fast åldersgräns finns inte angiven till ledning för denna bedömning utan hänsyn måste tas till barnets mognad och utveckling i övrigt. Det kan även förekomma fall där det av hänsyn till barnets bästa kan vara befogat att inte lämna ut vissa uppgifter till vårdnadshavarna även om det är fråga om ganska små barn.[27]

För att närmare förstå sekretessregleringen när det gäller barn och deras vårdnadshavare inom hälso- och sjukvården måste bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen ses i belysning av bestämmelserna i föräldrabalken. Ett barn står under vårdnad av båda föräldrarna eller en av dem, till dess att barnet fyller 18 år (6 kap. 2 § FB). Huvudregeln när det gäller förhållandet mellan en underårig och hans eller hennes vårdnadshavare är att vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren ska dock i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § FB).[28] Om barnet har två vårdnadshavare, ska de utöva denna bestämmanderätt över barnet tillsammans. Bestämmanderätten utövas dock av den ene vårdnadshavaren ensam när den andre till följd av frånvaro, sjukdom eller annan orsak är förhindrad att ta del i beslut rörande vårdnaden som inte utan olägenhet kan uppskjutas. Beslut av ingripande betydelse för barnets framtid får dock inte fattas av den ene vårdnadshavaren ensam, om inte barnets bästa uppenbarligen kräver det (6 kap. 13 § FB).

JO har uttalat att när det gäller åtgärder inom hälso- och sjukvården måste det i många fall anses tillräckligt att samråd sker med

[27] Prop. 1981/82:186 s. 36.

[28] Även inom hälso- och sjukvården finns liknande regler om barns självbestämmanderätt. Exempelvis anges att om patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården så långt som det går klarläggas och dennes inställning ska sedan tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad (4 kap. 3 § patientlagen [2014:821]).

den ene vårdnadshavaren. Man får utgå från att den vårdnadshavare som initierar vårdkontakten informerar den andre vårdnadshavaren. Samråd med den andre vårdnadshavaren ska dock som regel ske om det finns någon särskild anledning att misstänka att denne inte samtycker till åtgärden eller om det är fråga om mera ingripande åtgärder.[29] Är vårdnadshavarna skilda, separerade eller inte har kontakt med varandra kan antagandet att den ena vårdnadshavaren informerar den andra förstås bli problematiskt. JO har i ett senare ärende uttalat att vid ingripande åtgärder som förutsätter båda vårdnadshavarnas samtycke, är det inte godtagbart att förlita sig enbart på den ena vårdnadshavarens uppgifter om ett lämnat samtycke, särskilt inte om vårdnadshavarna är separerade.[30]

4.10.2 Andra personer med ställföreträdare

En person som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person eller inte klarar att vårda sig eller sin egendom, kan under vissa förhållanden få en legal ställföreträdare utsedd i form av en god man respektive en förvaltare (11 kap. 4 och 7 §§ FB). Att en person har en legal ställföreträdare innebär inte att denne saknar egen rättshandlingsförmåga, utan personen kan fortfarande företa vissa rättshandlingar på egen hand. Den legala ställföreträdaren kan dock utföra handlingar som den företrädde inte med rättslig verkan kan utföra själv. Eventuella fullmakter som den enskilde har utfärdat före förvaltarförordnandet förlorar sin verkan inom ramen för förvaltarskapet.[31]

I ett rättsfall har Högsta förvaltningsdomstolen kommit fram till att en god man kunde få ut kopior av huvudmannens deklarationer eftersom denne på grund av sitt hälsotillstånd själv varken kunde begära ut dem eller häva den sekretess som gällde till skydd för honom.[32] I ett senare rättsfall har Högsta förvaltningsdomstolen prövat frågan om en förvaltare har rätt att för huvudmannens räkning ta del av uppgifter som rör ställföreträdarskapet och som omfattas av

[29] JO 2003/04 s. 306 (dnr 2739–2001).
[30] Se JO:s beslut den 27 februari 2018 (dnr 6097–2017) där vårdpersonal utgått från att barnets mamma skulle informera pappan. Informationen nådde inte pappan då föräldrarna inte hade någon kontakt med varandra.
[31] SOU 2004:112 s. 471 f.
[32] RÅ 1999 ref. 38.

sekretess.[33] Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att sekretessen för de aktuella uppgifterna inte gäller i förhållande till huvudmannen själv. Huvudmannen kan också, enligt 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen, häva sekretess som gäller till skydd för honom eller henne. Mot denna bakgrund fick, på motsvarande sätt som i det tidigare fallet, en förvaltare i egenskap av företrädare för en person som varken kan begära ut handlingar eller häva sekretessen, anses ha rätt att ta del av uppgifter som omfattas av sekretess till skydd för huvudmannen. Som förutsättning gäller att uppgifterna rör ställföreträdarskapet och att de behövs för att förvaltaren ska kunna fullgöra uppdraget.

I detta sammanhang bör också nämnas framtidsfullmakter. En person kan ge en framtidsfullmakt åt en fysisk person att företräda denne enligt lagen (2017:310) om framtidsfullmakter. Fullmakten avser det fallet att fullmaktsgivaren på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande varaktigt och i huvudsak inte längre har förmåga att ha hand om de angelägenheter som fullmakten avser. En framtidsfullmakt får omfatta huvudmannens ekonomiska och personliga angelägenheter (1 och 2 §§ lagen om framtidsfullmakter). Bestämmelsen om framtidsfullmaktens omfattning är enligt förarbetena avsedd att överensstämma med de områden som ett godmanskap enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken får omfatta. Till personliga angelägenheter hör bl.a. att hjälpa fullmaktsgivaren i dennes kontakter med hälso- och sjukvården och den sociala omsorgsverksamheten. Dock undantas åtgärder inom hälso- och sjukvård och tandvård från fullmakthavarens behörighet. Regeringen anförde i förarbetena att någon uttömmande uppräkning av vilken hälso- och sjukvård som undantas inte kan lämnas. Det går inte heller att helt undvika att vissa gränsdragningsproblem uppstår. Regeringens utgångspunkt var dock att de begränsningar som anses gälla för god man och förvaltare även ska gälla för framtidsfullmaktshavare.[34]

[33] HFD 2020 ref. 50.
[34] Prop. 2016/17:30 s. 30 och 109 f.

4.11 Patienters direktåtkomst till patientuppgifter

Vårdgivare har möjlighet att ge patienter elektronisk tillgång genom direktåtkomst till sådana uppgifter om sig själv som vårdgivaren får lämna ut. Patientdatalagen anger att vårdgivare får medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen, dvs. för vårddokumentation (5 kap. 5 § PDL[35]). Av samma bestämmelse framgår att den enskilde under samma förutsättningar får medges direktåtkomst till dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen patientdatalagen, dvs. uppgifter om den åtkomst som förekommit till uppgifter om patienten (logglistor). Utredningen har ingående beskrivit bestämmelsen och de förarbetsuttalanden som låg bakom införandet i avsnitt 16.13 i delbetänkandet.

Bestämmelsen är inte tvingande utan ger en *möjlighet* för vårdgivare att, om de så önskar, ge patienter direktåtkomst till uppgifter om sig själva. Vårdgivaren kan även välja att ge direktåtkomst till endast vissa delar av patientjournalen. I dagsläget är alla regioner anslutna till 1177 Vårdguidens e-tjänster. Det finns dock regionala skillnader i hur många verksamheter inom respektive region som tillhandahåller tjänsten. Hur mycket information som patienten kan se när denne loggar in varierar också mellan de olika regionerna. Det kan noteras att eftersom bestämmelsen om patientens direktåtkomst endast utgör en möjlighet som vårdgivare får välja om de vill använda, finns det ingen *rättighet* för patienter att få del av sina uppgifter elektroniskt genom direktåtkomst. Det finns således inte heller någon möjlighet för patienter att överklaga vårdgivares beslut att t.ex. lämna ut enbart viss information ur patientjournalen genom direktåtkomst.[36] En patient som vill få ut uppgifter om sig själv, kan då i stället göra en begäran om att få ut uppgifterna som allmänna handlingar.

Högsta förvaltningsdomstolen har kommit fram till att en vårdgivare enligt gällande regelverk inte ens med samtycke får ge ett ombud

[35] Utredningen har i delbetänkandet föreslagit att bestämmelsen i 5 kap. 5 § patientdatalagen ändras till att även omfatta *annat elektroniskt utlämnande*.
[36] Det framgår av patientdatalagen att några i lagen särskilt angivna beslut av Inspektionen för vård och omsorg får överklagas enligt patientdatalagen. Övriga beslut enligt patientdatalagen får inte överklagas (10 kap. 2 § PDL).

till en enskild direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om den enskilde. Rättsfallet beskrivs nedan.

HFD 2017 ref. 67 om ombuds direktåtkomst till patientjournaler

I HFD 2017 ref. 67 prövade Högsta förvaltningsdomstolen frågan om ombud kan ges direktåtkomst till patienters patientjournaler. Domstolens slutsats var att en vårdgivare som behandlar personuppgifter med stöd av patientdatalagen inte ens med den enskildes samtycke får ge ett ombud till en enskild direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om den enskilde.

Bakgrunden till rättsfallet var att landstinget i Uppsala (numera Region Uppsala) hade gett patienter möjlighet att digitalt ”dela” sin patientjournal med någon annan, ett ombud. Tjänsten kunde nås genom inloggning med godkänd elektronisk identifiering. I tjänsten kunde patienten välja att ”dela” sin patientjournal med ett ombud genom att ange ombudets personnummer och välja om ombudet skulle ges tillgång till hela patientjournalen eller delar av den. Ombudet fick sedan ett meddelande som ombudet kunde acceptera. Ombudet fick då direktåtkomst till uppgifterna om patienten och kunde nå dessa genom att själv logga in i *Journalen* med godkänd elektronisk identifiering. Funktionen var tänkt att användas exempelvis när en patient som ska läggas in på sjukhus vill att anhöriga ska kunna följa vad som händer.

Vid tillsyn av tjänsten förelade Datainspektionen[37] landstinget att upphöra med att ge ombud direktåtkomst. Datainspektionens motivering var att sådan åtkomst enligt lag uttryckligen endast får ges till den enskilde själv, dvs. inte till dennes ombud. Föreläggandet överklagades av regionen som ansåg att vårdgivaren med stöd av en särskild bestämmelse om samtycke i patientdatalagen fick ge ombud direktåtkomst om patienten gav sitt samtycke till det. Målet avgjordes slutligt i Högsta förvaltningsdomstolen.

Frågan i målet var om en vårdgivare som behandlar personuppgifter med stöd av patientdatalagen får ge ombud direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om en enskild under samma förutsättningar som till den enskilde själv. Högsta förvaltningsdomstolen uttalade att ordalydelsen i bestämmelsen i 5 kap. 5 § första stycket patient-

[37] Datainspektionen bytte den 1 januari 2021 namn till Integritetsskyddsmyndigheten.

datalagen inte ger uttryck för annat än att det endast är till patienten själv som vårdgivaren får ge direktåtkomst. Inte heller finns det något i motiven som talar för att lagstiftaren med den bestämmelsen avsett att ge vårdgivaren möjlighet att lämna ut uppgifter genom direktåtkomst till någon annan än patienten.

Frågan var då om regeln om den enskildes samtycke i 2 kap. 3 § första stycket patientdatalagen kunde tillämpas. Enligt den bestämmelsen kan en annars otillåten behandling bli tillåten, om den enskilde samtycker till det. Utgångspunkten var, enligt dåvarande 10 § personuppgiftslagen (numera artikel 6.1 i dataskyddsförordningen), att den enskildes uttryckliga samtycke till en viss behandling av personuppgifter medför att behandlingen blir tillåten. Den enskildes samtycke läkte emellertid inte brister i förhållande till de grundläggande kraven på behandlingen i dåvarande 9 § personuppgiftslagen (numera artikel 5.1 i dataskyddsförordningen). Det finns bestämmelser i patientdatalagen som specificerar de krav som ställdes enligt personuppgiftslagen, numera dataskyddsförordningen, och som därför inte kan åsidosättas med stöd av samtycke. Det stod därmed klart att samtyckesregeln i 2 kap. 3 § första stycket patientdatalagen – trots ordalydelsen – inte kan tillämpas på alla slags regleringar enligt patientdatalagen.

En bestämmelse som ger vårdgivaren möjlighet att ge patienten direktåtkomst till sina journaluppgifter är, enligt Högsta förvaltningsdomstolens mening, inte en bestämmelse av det slag som inte kan åsidosättas med stöd av samtycke. Det var således inte av det skälet uteslutet att samtyckesregeln skulle kunna ge stöd för ett utlämnande till patientens ombud. Bestämmelsen om direktåtkomst i 5 kap. 5 § patientdatalagen måste dock läsas tillsammans med 4 § i samma kapitel, som föreskriver att direktåtkomst till personuppgifter endast är tillåten i den utsträckning som anges i lag eller förordning. Det finns inte några andra bestämmelser som reglerar vårdgivares möjlighet att ge enskild direktåtkomst till journaluppgifter än den i 5 kap. 5 § patientdatalagen.

Högsta förvaltningsdomstolen ansåg att det var tydligt att lagstiftaren genom 5 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen avsett att uttömmande reglera till vem och under vilka förutsättningar en vårdgivare får ge direktåtkomst till en enskild. I den mån detta inte är tillåtet så är det förbjudet. Enligt Högsta förvaltningsdomstolens mening kunde

därför inte den generellt utformade samtyckesregeln åberopas till stöd för att åsidosätta en specialreglering av det slaget.

Datainspektionen hade alltså haft fog för att förelägga landstinget att upphöra med att ge ombud direktåtkomst till landstingets personuppgifter om enskilda. Högsta förvaltningsdomstolen betonade att 5 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen är avsedda att *uttömmande* reglera till vem och under vilka förutsättningar en vårdgivare får ge direktåtkomst till en enskild. Eftersom det inte finns någon bestämmelse som medger att direktåtkomst också får ges till ett ombud, är sådan direktåtkomst således inte tillåten ens med patientens samtycke.

Efter domen stod det klart att den lagtolkning som flera regioner gjort, dvs. att patienter kunde samtycka till att dela sin patientjournal med ett ombud genom direktåtkomst, inte var tillåten. Möjligheten för patienter att dela sina elektroniska journaluppgifter med ombud upphörde och den tjänst som gjorde det möjligt stängdes.

4.12 Direktåtkomst för patienter och deras ombud enligt lagen om nationell läkemedelslista

Lagen (2018:121) om nationell läkemedelslista trädde i kraft den 1 maj 2021.[38] Enligt den lagen får patienten ha direktåtkomst till uppgifter om sig själv. Direktåtkomst får även ges till en annan fysisk person som patienten utsett genom en fullmakt som finns registrerad i den nationella läkemedelslistan (5 kap. 6 § lagen om nationell läkemedelslista).

Patientens direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan omfattar samtliga uppgifter som är att hänföra till patienten, med undantag för uppgifter för vilka sekretess gäller enligt 25 kap. 6 § eller 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen. Sådana uppgifter som omfattas av sekretess i förhållande till patienten själv får således inte lämnas ut till patienten eller dennes ombud. Samtidigt infördes bestämmelser som medför att direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan får ges till en fysisk person som patienten utsett genom fullmakt som finns registrerad i den nationella läkemedelslistan. Registrering av uppgifter om fullmakter

[38] Lagen träder dock i kraft först den 1 maj 2023 i fråga om bestämmelserna i 7 kap. 1 § och 9 kap. 1 §. Genom lagen upphävs lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning.

ska vara ett ändamål för vilket personuppgifter får behandlas i den nationella läkemedelslistan.[39]

När det gäller möjligheten att låta ett ombud få direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan, uttalades i förarbetena att frågan inte är oproblematisk. En sådan ordning skulle kunna leda till ett obehörigt nyttjande av uppgifterna i listan. Det kan finnas en risk att patienten känner sig tvingad eller blir vilseledd till att medge direktåtkomst till uppgifter. Därtill är uppgifterna i den nationella läkemedelslistan integritetskänsliga, kanske något känsligare än registerinnehållet i det tidigare receptregistret. Regeringen ansåg dock att de integritetsrisker som finns, får vägas mot det behov som vissa patienter har av att kunna utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras läkemedelsanvändning. Behovet kan orsakas av att patienten på grund av hög ålder eller fysiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina läkemedel. Att inte ge ombud direktåtkomst till den nationella läkemedelslistan skulle försvåra vissa patienters läkemedelshantering och även kunna leda till patientsäkerhetsrisker. Regeringen föreslog därför att den som patienten (fullmaktsgivaren) utser som ombud ska kunna ges direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan. Med hänsyn till risken för obehörigt nyttjande av uppgifterna i listan måste dock fullmakter som avser direktåtkomst vara registrerade i den nationella läkemedelslistan och får endast avse en fysisk person. Ombudets direktåtkomst omfattar inte uppgifter för vilka sekretess gäller mot fullmaktsgivaren (dvs. patienten).[40]

[39] Prop. 2017/18:223 s.164 f.
[40] Prop. 2017/18:223 s. 165.

5 Tillgång till HOSP-registret

5.1 Inledning

Ett grundläggande syfte med bestämmelserna om behörighetskrav för yrken inom hälso- och sjukvården är patientsäkerheten. Inom hälso- och sjukvården ansvarar såväl vårdgivaren som hälso- och sjukvårdspersonalen för en god och säker vård av patienten. Även patienten kan genom att vara delaktig i den egna vården göra vården säkrare. Möjligheten att försäkra sig om att personalen har rätt behörighet kan ses som ett verktyg för detta. Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-registret) fyller här en viktig funktion.

I detta kapitel redovisas inledningsvis HOSP-registret och regleringen i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-förordningen). Därefter följer en redogörelse för innebörden av elektroniskt utlämnande samt avslutningsvis för sekretessregleringen av uppgifter i HOSP-registret och allmänt om sekretessbrytande bestämmelser.

5.2 Behörighetskontroll av hälso- och sjukvårdspersonal

5.2.1 Behörighetskrav för viss hälso- och sjukvårdspersonal

Frågor om behörighet att utöva yrken inom hälso- och sjukvården regleras särskilt. Behörighetskraven ska garantera en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av myndigheternas och allmänhetens förtroende.[1] Behörig-

[1] Enligt 2 kap. 17 § regeringsformen får begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

hetsreglerna bidrar till att samhällets mål om att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet uppnås och till att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses. En viktig skillnad mellan en examen och en legitimation är att en legitimation kan återkallas om den som innehar den inte längre uppfyller kraven. Legitimationen utgör därför det viktigaste kompetensbeviset för en yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Den är en personlig behörighet och ett uttryck för att den legitimerade står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet inom det område som legitimationen avser. Krav på legitimation för att få utöva sitt yrke gäller flera yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och inom tandvården. Regleringen finns i 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), med närmare föreskrifter i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

Socialstyrelsen prövar ansökningar om legitimation, särskilt förordnande att utöva yrke och bevis om specialistkompetens (4 kap. 10 § patientsäkerhetslagen). Prövningen av en ansökan om legitimation avser dels om den sökande uppfyller de fastlagda kraven på utbildning och i förekommande fall fullgjord praktik för yrket i fråga, dels att förhållandena inte är sådana att legitimationen skulle ha återkallats enligt bestämmelserna i 8 kap. patientsäkerhetslagen om sökanden hade varit legitimerad. Sådana omständigheter är exempelvis om den legitimerade varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke, i eller utanför yrkesutövning gjort sig skyldig till ett allvarligt brott som är ägnat att påverka förtroendet för yrkesutövaren eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket eller på grund av sjukdom eller någon liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande. Socialstyrelsen gör normalt ingen övrig kvalitets- eller lämplighetsbedömning av en yrkesutövare i samband med att legitimation meddelas.

5.2.2 HOSP-registret

Uppgifter om de yrkesutövare som omfattas av legitimationsbestämmelser, samt uppgifter om specialistbevis för läkare och tandläkare registreras i HOSP-registret. HOSP-registret omfattar personer som har sökt och fått legitimation för yrken inom hälso- och sjukvårdens område. För närvarande finns i Sverige följande 22 legitimationsyrken: apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorska,

biomedicinsk analytiker, dietist, fysioterapeut eller sjukgymnast, hälso- och sjukvårdskurator, kiropraktor, läkare, logoped, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, röntgen-sjuksköterska, receptarie, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare.

Det huvudsakliga ändamålet för registret är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen). Uppgifterna i registret används av arbetsgivare, apotek och allmänhet främst för upplysningar om sjukvårdspersonalens identitet och behörighet. Dessutom utgör registeruppgifterna nödvändigt underlag för myndigheternas tillsyn men också för statistik och prognoser över tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal. Registret syftar dock ytterst till att bidra till att upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Det är en rättslig skyldighet för Socialstyrelsen att föra ett register över hälso- och sjukvårdspersonal (1 § HOSP-förordningen). Socialstyrelsen är också personuppgiftsansvarig för registret (3 a § HOSP-förordningen). I registret finns uppgifter om namn, personnummer, folkbokföringsort, yrke, eventuell specialistutbildning och datum då legitimation eller specialistkompetens utfärdades samt eventuell förskrivarkod. Registret innehåller även uppgifter om de fall där prövotid pågår, om en legitimation är återkallad eller om en förskrivningsrätt är begränsad eller indragen, men registret innehåller inga upplysningar om pågående tillsynsärenden. Registret förs utan samtycke från de registrerade och innehåller uppgifter om närmare 480 000 yrkesutövare.

Socialstyrelsen har till utredningen uppgett att antalet förfrågningar om uppgifter i registret har ökat de senaste åren, vilket bl.a. beror på att bemanningsföretag gör fler periodiska kontroller än tidigare och att fler förfrågningar görs av allmänheten. Socialstyrelsen har vidare uppgett att myndigheten i dag svarar på cirka 100 000 e-postförfrågningar per år om innehållet i HOSP-registret. Till det tillkommer cirka 750 större beställningar och cirka 8 000 telefonsamtal. Myndigheten har som mål att svara inom 72 timmar vid förfrågningar om och beställningar av uppgifter från HOSP-registret. Under år 2019 varierade dock svarstiden mellan 5 och 20 arbetsdagar. Socialstyrelsens kostnad för att besvara frågor samt förvalta och utveckla HOSP-registret uppgick samma år till 8,3 miljoner kronor, vilket var en ökning jämfört med år 2018 (7,1 miljoner kronor) och

år 2017 (5,7 miljoner kronor). Socialstyrelsens hantering av HOSP-registret och därtill hörande frågor upptar således en inte obetydlig del av myndighetens resurser. För närvarande arbetar fem personer heltid med hantering av registret.

Behandlingen av uppgifterna i registret regleras främst i HOSP-förordningen.

5.2.3 HOSP-förordningen

HOSP-förordningen reglerar, som ovan sagts, behandling av uppgifter i HOSP-registret. Förordningen innehåller bestämmelser som kompletterar dataskyddsförordningen[2]. Behandling av personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen är endast tillåten om den stöder sig på minst en av de rättsliga grunder som räknas upp i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen. Grunden för sådan behandling av personuppgifter som är nödvändig för att den personuppgiftsansvarige ska kunna uppfylla en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c) eller utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 e) måste fastställas i nationell rätt eller EU-rätt (artikel 6.3).

Vid behandling av personuppgifter enligt HOSP-förordningen gäller dataskyddslagen[3] och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av HOSP-förordningen.

I HOSP-förordningen regleras uttömmande vilka uppgifter som registret får innehålla. Av 6 § följer att registret endast får innehålla följande uppgifter:

1. namn, personnummer, samordningsnummer eller andra liknande identitetsbeteckningar och kön,
2. folkbokföringsort,
3. yrke,
4. grundyrke, läroanstalt, utbildningsland och datum för utfärdande av examen,
5. specialitet,

[2] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av person-uppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).
[3] Lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

6. datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens,
7. datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis enligt 6 upphör att gälla,
8. beslut om partiellt tillträde,
9. beslut om prövotid och återkallelse av legitimation,
10. förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt, och
11. sådana tekniska och administrativa uppgifter som är nödvändiga för att registerändamålen ska kunna tillgodoses.

En person som är registrerad har inte rätt att motsätta sig sådan behandling av personuppgifter som är tillåten enligt HOSP-förordningen (3 §).

Vad som avses med de första punkterna i 6 § är i regel självklart men det kan finnas anledning att närmare förklara vad som avses med punkterna 7–10.

Beslut om tidsbegränsat behörighetsbevis (punkten 7) kan vara aktuellt när yrkeskvalifikationerna är förvärvade i en annan stat inom EES eller i Schweiz och yrkesutövaren avser att tillfälligt utöva ett yrke i Sverige. Regleringen finns i 5 kap. patientsäkerhetsförordningen.

Beslut om partiellt tillträde (punkten 8) kan fattas i enlighet med 3 kap 8 § förordningen (2016:157) om erkännande av yrkeskvalifikationer.[4] Syftet är att kunna ge yrkesverksamma en rätt att utöva ett yrke i ett annat land även om de verksamhetsområden som omfattas av yrket i det mottagande landet är bredare än i det land där den yrkesverksamme fått sina kvalifikationer. Ett beslut om partiellt tillträde kan vara aktuellt under vissa särskilt angivna förutsättningar och innebär att ett erkännande av yrkesutövarens yrkeskvalifikationer begränsas till att avse tillträde till en del av ett reglerat yrke (partiellt tillträde). Om partiellt tillträde till ett yrke har beviljats, ska yrket utövas under ursprungsstatens yrkestitel. Yrkesutövaren ska vid yrkesutövningen lämna tydlig information om behörighetens räckvidd.

[4] Genom förordningen genomförs allmänna bestämmelser i Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, i lydelsen enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU (yrkeskvalifikationsdirektivet).

Beslut om prövotid och återkallelse av legitimation (punkten 9) och annan behörighet fattas av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen och utreder enskilda yrkesutövare med utgångspunkt i patientsäkerheten och de risker som kan finnas i den enskildes utövande av yrket. Om IVO efter genomförd utredning bedömer att det finns skäl för beslut om prövotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning i förskrivningsrätt, ska IVO anmäla detta till HSAN som därefter får fatta beslut. Närmare bestämmelser om prövotid och återkallelse av legitimation finns i 8 kap. patientsäkerhetslagen.

Förskrivarkod (punkten 10) behöver den som ska skriva ett recept för läkemedel. Läkare, tandhygienister och tandläkare får sin personliga förskrivarkod av Socialstyrelsen i samband med beslutet om legitimation. Sjuksköterskor och barnmorskor som har ansökt om förskrivningsrätt får sin personliga förskrivarkod efter beslut från Socialstyrelsen. Förskrivningsrätten för hjälpmedel som gäller exempelvis arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast lämnas i stället lokalt av varje region eller kommun. Förskrivningsrätten kan dras in eller begränsas efter beslut av HSAN om den som innehar rätten på något sätt misskött sig eller missbrukat sin rätt på ett sätt som äventyrar patientsäkerheten (8 kap. 10 och 11 §§ patientsäkerhetslagen). Förskrivningsrätten får också dras in eller begränsas på egen begäran.

Ändamål

Som framförts ovan är det huvudsakliga syftet med registret att föra en aktuell förteckning över all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals behörighet. Uppgifterna i registret används främst av apotek, arbetsgivare, myndigheter och allmänhet för legitimationskontroll och tillsyn. Dessutom utgör registeruppgifterna underlag för viss statistik och prognoser över tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal.

Av 4 § HOSP-förordningen följer att personuppgifterna i registret får behandlas för att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Personuppgifterna i registret får enligt 5 §, utöver detta, behandlas *endast* för att

1. utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal,
2. lämna uppgifter till den nationella läkemedelslistan enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista,
3. lämna uppgifter till myndigheter och enskilda i enlighet med det som föreskrivs i annan författning eller avtal,
4. i samband med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista lämna uppgifter till den myndigheten för kontroll av identitet och behörighet i fråga om förskrivare, legitimerade sjuksköterskor utan behörighet att förskriva läkemedel, apotekare, receptarier och dietister,
5. lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kontroll av förskrivares identitet och behörighet vid expedition på öppenvårdsapotek av läkemedel och andra varor som förskrivits,
6. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag, och
7. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet att utfärda intyg.

De angivna ändamålen är således de enda för vilka uppgifterna i registret får behandlas. Den uttömmande regleringen innebär att principen om ändamålsbegränsning (finalitetsprincipen), som innebär att personuppgifter bara får samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål (artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen), inte är tillämplig i den meningen att vidare behandling av personuppgifterna inte får ske ens för ändamål som inte är oförenliga med de angivna.

I 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) anges att en myndighet på begäran av en annan myndighet ska lämna uppgift som den förfogar över, om inte uppgiften är sekretessbelagd eller det skulle hindra arbetets behöriga gång. Enligt ett avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen ska den personuppgiftsansvariga myndigheten utöver sekretessprövningen inte göra någon kontroll av förenligheten med finalitetsprincipen i samband med lämnande av uppgifter

enligt 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen.[5] Av avgörandet framgår att uppgiftslämnandet också ska vara förenligt med bl.a. de grundläggande principerna för behandling av personuppgifter, exempelvis att uppgiftslämnandet som sådant ska omfattas av lämpliga säkerhetsåtgärder och att fler uppgifter än vad som behövs för att uppfylla mottagarens behov inte får lämnas. Det framkommer även att det ankommer på den utlämnande myndigheten att säkerställa att personuppgifterna lämnas till den mottagande myndigheten i enlighet med tillämpliga dataskyddsregler.

Direktåtkomst

HOSP-registret är inte publikt i den meningen att den som vill få ut uppgifter ur registret måste kontakta Socialstyrelsen med begäran om att få uppgifterna utlämnade. Utlämnanden får göras på medium för automatiserad behandling om uppgifterna ska behandlas för de ändamål som anges i 4 och 5 §§, men inte genom direktåtkomst (7 § HOSP-förordningen). Några aktörer får dock ha direktåtkomst till uppgifterna i registret (7 a § HOSP-förordningen). Vid direktåtkomst är det möjligt för mottagaren att ta del av uppgifter utan att den utlämnande aktören, i detta fall Socialstyrelsen, behöver vidta någon manuell åtgärd. Direktåtkomst ger därmed förutsättningar för att arrangera utlämnanden som sker enkelt, snabbt och utan kontinuerlig manuell administration.

Av 7 a § HOSP-förordningen följer att IVO får ha direktåtkomst till uppgifterna i registret. Av paragrafen följer även att en offentlig vårdgivare får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3 och 5–10 samt att Transportstyrelsen får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3, 5 och 7–9.

Av 7 b § HOSP-förordningen följer att den myndighet som har medgetts direktåtkomst ansvarar för att tillgången till personuppgifter begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter. Det framgår vidare att direktåtkomst inte får medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att behörighets-

[5] HFD 2021 ref. 10. Region Stockholm begärde med stöd av bestämmelsen om uppgiftsskyldighet mellan myndigheter, 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen, att Socialstyrelsen till regionen skulle lämna vissa personuppgifter från HOSP-registret. I målet uppkom frågan om ett sådant uppgiftslämnande är förenligt med den s.k. finalitetsprincipen enligt dataskyddsförordningen och om vilken prövning som ska göras då en myndighet begär att få ta del av personuppgifter med stöd av bestämmelsen.

och säkerhetsfrågorna är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.

Genom en ändring i HOSP-förordningen, som trädde i kraft den 1 augusti 2013, fick den då nyinrättade myndigheten IVO direktåtkomst till uppgifter registret för sin tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. I enlighet med *Utredningen om rätt information i vård och omsorg*s förslag i delbetänkandet SOU 2012:42 medgavs också vårdgivare, men bara offentliga vårdgivare och inte alla som förslaget avsåg, och Transportstyrelsen direktåtkomst till HOSP-registret. Det finns skäl att här kort redovisa de främsta motiven till detta.

IVO:s främsta arbetsuppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Myndigheten, som inrättades den 1 juni 2013, ansågs ha behov av direktåtkomst till samtliga uppgifter i HOSP-registret.

Vårdgivare[6] har ansvaret för att det finns rätt kompetens i verksamheten men också för att hälso- och sjukvårdspersonalen har rätt behörighet för sina arbetsuppgifter[7] och för åtkomst till patientuppgifter i exempelvis journalsystemen. Bestämmelser om vårdgivarens ansvar för detta finns bl.a. i patientsäkerhetslagen och, när det gäller tilldelning av behörighet för åtkomst av personuppgifter, i patientdatalagen (2008:355). Det är alltså nödvändigt att en vårdgivare i egenskap av arbetsgivare lätt och regelbundet kan kontrollera yrkesutövarens kompetens och behörighet; både i samband med rekrytering och under löpande anställning för att kunna säkerställa att den anlitade är behörig att utöva sina arbetsuppgifter och ta del av integritetskänsliga patientuppgifter. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* föreslog därför i sitt delbetänkande[8] att vårdgivare skulle ges direktåtkomst till i princip samtliga uppgifter i registret och att ändamålsbestämmelserna skulle ändras på så sätt att uppgifterna i HOSP-registret får användas för att kontrollera behörigheten såväl vid rekrytering som under pågående anställning. Förslaget

[6] Med *vårdgivare* avses statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, begreppet definieras bl.a. i 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och i 1 kap. 3 § patientdatalagen. Med *offentlig vårdgivare* avses statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för.
[7] Se prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn,* s. 206.
[8] SOU 2012:42, s. 11.

avsåg att ge alla vårdgivare möjlighet att själva direkt mot registret kontrollera yrkesutövares behörighet. I dag har dock endast offentliga vårdgivare möjlighet att ha direktåtkomst till registret. Det ansågs krävas mer omfattande lagändringar om det skulle bli möjligt att erbjuda privata vårdgivare samma förutsättningar. Möjligheten omfattar direktåtkomst till flera av uppgifterna i registret men inte till uppgift om folkbokföringsort, grundyrke, läroanstalt, utbildningsland eller datum för utfärdande av examen.

Transportstyrelsen kontrollerar att den som utfärdat ett synintyg för körkort är legitimerad optiker. Denna kontroll gjordes innan direktåtkomst blev möjlig genom att Socialstyrelsen regelbundet lämnade ut uppgifter till Transportstyrelsen på medium för automatiserad behandling (filöverföring). Enligt Transportstyrelsen hanterades år 2012 omkring 270 000 synintyg per år. För att möjliggöra ett säkrare utlämnande och även höja kvaliteten på uppgifterna som ligger till grund för behörighetskontroll av intyg föreslog *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* att Transportstyrelsen skulle få ha direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret. Utredningen angav också att det inte kunde bortses ifrån att den dåvarande omfattande manuella hanteringen av personuppgifter i själva verket kunde utföras säkrare genom direktåtkomst och därmed även gagna de registrerades personliga integritet.

I avsnitt 5.3.3 redogörs för de sekretessbrytande bestämmelser som finns i HOSP-förordningen.

5.2.4 Tidigare utredning om direktåtkomst till HOSP-registret

Utredningen om rätt information i vård och omsorg hade som deluppdrag att analysera förutsättningarna för att på internet eller genom elektronisk direktåtkomst öka tillgängligheten till vissa personuppgifter i HOSP-registret och föreslog i delbetänkandet *Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal* (SOU 2012:42) bl.a. att Socialstyrelsen skulle få erbjuda allmänheten *direktåtkomst* till ett begränsat antal uppgifter i registret genom t.ex. internetpublicering.

Utredningen föreslog även direktåtkomst för vårdgivare, Apotekens Service AB (numera E-hälsomyndigheten[9]) och Transportstyrelsen.

Av remissvaren på det delbetänkandet framgår bl.a. att förslagen om direktåtkomst för vissa aktörer mottogs i huvudsak positivt men att det skulle kunna finnas ytterligare aktörer med behov av direktåtkomst. Socialstyrelsen föreslog därför i sitt remissvar att myndigheten skulle ges möjlighet att medge direktåtkomst till andra myndigheter som har behov av uppgifter i sin verksamhet och vars syfte med användningen av uppgifterna överensstämmer med registrets ändamål enligt HOSP-förordningen. En majoritet av remissinstanserna såg också ett behov av ett publikt register. Dock ansåg de flesta remissinstanserna att även uppgifter om behörighetsinskränkningar borde göras tillgängliga via direktåtkomst för allmänheten, vilket inte var en del av utredningens förslag. Alla remissinstanser var dock inte positiva till förslagen, främst förslaget om att skapa en direktåtkomst till registret för allmänheten kritiserades.[10] Skälen som angavs var bl.a. att allmänheten inte skulle vara särskilt hjälpt av sökresultaten, att hälso- och sjukvårdspersonal riskerar att uppfattas som olämpliga utifrån sökresultat och att förslaget skulle kunna ge allmänheten uppfattningen att patienten ansvarar för att säkerställa att behandlande hälso- och sjukvårdspersonal är behöriga och lämpliga.

Till följd av utredningen gjordes som ovan nämnts vissa ändringar i HOSP-förordningen. Dock medgavs endast offentliga vårdgivare direktåtkomst, Apotekens Service AB medgavs ingen direktåtkomst, och inte heller förslaget om ett publikt register eller internetpublicering ledde till någon ändring.

5.2.5 Regleringen i några andra länder

Utredningen har inte för avsikt att närmare redogöra för regleringen i andra länder av tillgången till uppgifter om hälso- och sjukhuspersonals behörighet. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* redovisade kortfattat i delbetänkandet *Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen* (2006:196) *om register över hälso- och sjukvårdspersonal* (SOU 2012:42) den grundläggande regleringen

[9] E-hälsomyndigheten bildades den 1 januari 2014, genom en ombildning av Apotekens Service AB.
[10] Se t.ex. remissvar från Sveriges Tandläkarförbund, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Falu kommun.

i frågan i de nordiska länderna samt mycket kortfattat för regleringen i Storbritannien, Irland och Nederländerna.[11] Sammanfattningsvis konstaterades att samtliga nordiska länder förutom Sverige har någon form av publika register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan dock vara av intresse att här redovisa något om vilka olika sökkriterier som används i de nordiska ländernas söksystem. I Finland kan man söka med hjälp av personens namn eller registreringsnummer, i Norge är sökkriterierna antingen ett särskilt norskt HPR-nummer eller ett norskt personnummer. I Danmark och Island är flera uppgifter offentligt tillgängliga på internet. Även i de andra nämnda länderna kunde konstateras att det finns olika former av publika register med uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonal.

5.2.6 Regleringen för några andra yrkesregister – en kort jämförelse

Förutom register för yrken med behörighetskrav och legitimation inom hälso- och sjukvård finns även register för vissa andra yrken, såsom fastighetsmäklare och revisorer. Utredningen ser ett värde i att kortfattat redovisa något om dessa register i jämförande syfte.

Fastighetsmäklarregistret

Fastighetsmäklarinspektionen är en statlig myndighet som ansvarar för registrering och tillsyn av fastighetsmäklare.

Fastighetsmäklarinspektionen ska föra ett register över registrerade fastighetsmäklare och gör detta i fastighetsmäklarregistret.[12] Bestämmelser om registret finns i fastighetsmäklarförordningen (2011:668). Enligt bestämmelserna ska bl.a. följande uppgifter registreras om varje fastighetsmäklare:

– namn, personnummer eller, om sådant saknas, samordningsnummer eller födelsedatum, folkbokföringsadress eller, om sådan saknas, bostadsadress, e-postadress och telefonnummer,

[11] SOU 2012:42 s. 41–44.
[12] I Sverige fanns det år 2020 cirka 7 200 registrerade mäklare.

– i förekommande fall det företagsnamn som mäklaren driver sin verksamhet under,
– eventuell arbetsgivares namn, adress och telefonnummer samt, om arbetsgivaren är en juridisk person, organisationsnummer,
– typ av registrering (fullständig registrering eller registrering för hyresförmedlare),
– nuvarande och tidigare ansvarsförsäkring,
– datum för beslut om registrering, och
– datum för beslut om avregistrering (23 §).

Det är Fastighetsmäklarinspektionen som är personuppgiftsansvarig för registret (21 §).

Fastighetsmäklarinspektionen ska dessutom enligt 26 § hålla följande uppgifter i registret tillgängliga på sin webbplats:

– mäklarens namn,
– mäklarens senaste registreringsdatum,
– typ av registrering (fullständig registrering eller registrering som hyresförmedlare),
– namn och adress till det företag som mäklaren antingen driver eller arbetar hos, och
– om mäklaren har en tillfällig registrering: vilket land (medlemsstat) mäklaren är etablerad i och hur länge den tillfälliga registreringen gäller.

Personuppgifter i fastighetsmäklarregistret får behandlas om det behövs för prövning av en ansökan om registrering eller en underrättelse om tillfällig verksamhet, den tillsyn som Fastighetsmäklarinspektionen utövar över fastighetsmäklare enligt fastighetsmäklarlagen (2011:666), och för information till allmänheten om mäklare som är eller har varit registrerade (22 §).

Personuppgifter som behandlas för ändamål som anges ovan får också behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning. Uppgifterna får även behandlas för andra ändamål, under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ändamål för vilket uppgifterna

samlades in. Utöver detta finns bl.a. bestämmelser om vilka övriga uppgifter som får antecknas i registret i ett tillsynsärende eller för prövning av frågor om registrering (25 §). Det finns även bestämmelser om gallring av personuppgifter i registret (27–30 §§).

Uppgifterna som tillhandahålls på Fastighetsmäklarinspektionens webbplats lagras inte på myndighetens webbplats utan tillhandahålls genom en utvecklad fråga-svarfunktion som ansluter till en utvecklad s.k. nod. Uppgifterna som tillhandahålls är därmed aktuella men genom noden kan den information som tillhandahålls begränsas.

Register för revisorer eller registrerade revisionsbolag

Revisorsinspektionen är regeringens expertmyndighet i frågor om revisorer och revision. Myndigheten utövar tillsyn över godkända och auktoriserade revisorer och registrerade revisionsföretag, samt examinerar och auktoriserar revisorer. För att vara godkänd eller auktoriserad revisor måste man uppfylla särskilda i revisorslagen (2001:883) uppställda krav avseende bl.a. utbildning, erfarenhet och redbarhet.

Revisorsinspektionen ska föra ett register över revisorer, registrerade revisionsbolag och revisorer från tredjeland (40 § revisorslagen).[13] Närmare bestämmelser om registret finns i främst i förordningen (1995:665) om revisorer, revisorsförordningen.[14] Av 15 § revisorsförordningen följer att registret ska för varje revisor innehålla uppgifter om:

– namn, registernummer och personnummer eller, om sådant saknas, födelsedatum,
– bostadsadress och tjänsteadress, och
– i förekommande fall företagsnamn, organisationsnummer, postadress och webbplats för det registrerade revisionsbolag som revisorn utövar verksamhet i.

[13] Vid utgången av år 2020 fanns det cirka 3 100 kvalificerade revisorer, Revisorsinspektionen 2021, *Årlig rapport 2020*, s. 6, dnr 2021–0499.
[14] Även förordningen (2007:1077) med instruktion för Revisorsinspektionen innehåller bestämmelser om att Revisorsinspektionen har som uppgift att föra ett register.

Revisorsinspektionen är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som sker i registret (12 §).

Det framgår dessutom av 17 § att de uppgifter i registret som framgår av 15 § ska hållas tillgängliga på Revisorsinspektionens webbplats. Detta gäller dock inte uppgifterna om personnummer och bostadsadresser. Webbsidan uppdateras en gång varje dygn.

Det finns även bestämmelser om att uppgifter om revisorer eller registrerade revisionsbolag ska tas bort (gallras) ur registret så snart som möjligt efter att ett beslut om upphävande av auktorisation, godkännande eller registrering, eller meddelat beslut om avslag på ansökan om fortsatt auktorisation, godkännande eller registrering har fått laga kraft (16 §).

5.3 Sekretess och sekretessbrytande reglering

5.3.1 Sekretessregleringen för uppgifter i HOSP-registret

Offentlighetsprincipen ger var och en rätt att på begäran ta del av uppgifter som finns i allmänna handlingar hos svenska myndigheter. Offentlighetsprincipen får bara inskränkas om det är påkallat av hänsyn till vissa särskilt angivna intressen, såsom t.ex. skyddet för enskildas personliga förhållanden. Inskränkningar måste anges i en särskild lag eller i annan lag till vilken den lagen hänvisar (2 kap. 2 § tryckfrihetsförordningen). Den särskilda lag som avses är offentlighets- och sekretesslagen.

Enligt 22 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen, gäller sekretess för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. En förutsättning för att sekretess ska gälla enligt denna bestämmelse är bl.a. att uppgiften förekommer i verksamhet som avser folkbokföringen eller annan liknande registrering av befolkningen. I den utsträckning regeringen meddelar föreskrifter om det, gäller sekretess även om uppgiften förekommer i annan verksamhet som avser registrering av en betydande del av befolkningen. Huvudregeln är således att uppgifterna i de register som omfattas av bestämmelsen ska vara offentliga. Endast om det av särskild anledning kan antas att ett utlämnande skulle leda till skada eller men kan uppgifter hemlighållas.

Regeringen har i 6 § offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) meddelat sådana föreskrifter om sekretess i annan verksamhet som avser registrering av en betydande del av befolkningen. Av föreskrifterna framgår att sekretess gäller bl.a. för uppgift om enskilds personliga förhållanden i HOSP-registret, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående lider men om uppgiften röjs. Huvudregeln är alltså att uppgifterna i HOSP-registret är offentliga. Endast om det finns särskild anledning att anta att ett utlämnande skulle leda till skada eller men omfattas uppgifterna av sekretess. Sekretesskyddet för uppgifterna är följaktligen svagt och huvudregeln är att uppgifterna inte får hemlighållas. Socialstyrelsen lämnar därför rutinmässigt ut uppgifter ur registret i enlighet med en begäran, om det inte finns särskild anledning att anta att ett utlämnande i det enskilda fallet skulle leda till skada eller men för den enskilde eller någon som står den enskilde nära. En sådan särskild anledning skulle kunna vara att uppgifterna kan avslöja var någon som är hotad eller förföljd bor eller uppehåller sig. I HOSP-registret finns visserligen inte uppgifter som direkt pekar ut var den registrerade bor eller uppehåller sig, såsom uppgift om bostadsadress eller arbetsplats. Däremot innehåller registret uppgift om folkbokföringsort, vilket om inte annat kan ge en indikation om den registrerades hemvist. Det kan därför inte uteslutas att vissa uppgifter i registret kan bedömas vara sekretessbelagda i ett enskilt fall där den enskilde är hotad eller förföljd. En anledning till att göra en närmare skadebedömning kan således vara att den enskilde efter beslut av Skatteverket har fått skyddade personuppgifter, exempelvis en sekretessmarkering i folkbokföringen, och den informationen nått Socialstyrelsen.

Till skydd för förföljda personer finns dessutom en sekretessbestämmelse för uppgift om enskilds personliga förhållanden oavsett i vilket sammanhang uppgiften förekommer (21 kap. 3 § OSL). I bestämmelsen anges att sekretess gäller för uppgift om en enskilds bostadsadress eller annan jämförbar uppgift som kan lämna upplysning om var den enskilde bor stadigvarande eller tillfälligt, den enskildes telefonnummer, e-postadress eller annan jämförbar uppgift som kan användas för att komma i kontakt med denne samt för motsvarande uppgifter om den enskildes anhöriga, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne

kan komma att utsättas för hot eller våld eller lida annat allvarligt men om uppgiften röjs.

Sekretess gäller vidare för personuppgift, bl.a. om det kan antas att ett utlämnande skulle medföra att uppgiften behandlas i strid med dataskyddsförordningen eller dataskyddslagen (21 kap. 7 § OSL).

Slutligen bör det nämnas att sekretessbestämmelser till skydd för den enskilde som huvudregel inte gäller i förhållande till den enskilde själv (12 kap. 1 § OSL).

5.3.2 Allmänt om sekretessbrytande bestämmelser

Sekretess gäller som huvudregel både mot enskilda och mot andra svenska myndigheter (8 kap. 1 § OSL). I vissa fall måste dock myndigheter kunna utbyta uppgifter för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Sekretessregleringen innehåller därför särskilda sekretessbrytande bestämmelser. Dessa har utformats efter en intresseavvägning mellan myndigheternas behov av att utbyta uppgifter och det intresse som den aktuella sekretessbestämmelsen avser att skydda. Definitionen av en sekretessbrytande bestämmelse är att det är en bestämmelse som innebär att en sekretessbelagd uppgift får lämnas ut under vissa förutsättningar (3 kap. 1 § OSL).

Dataskyddsregler som innebär att uppgifter får lämnas ut i en viss form, dvs. bestämmelser om utlämnande på medium för automatiserad behandling respektive direktåtkomst, har inte någon sekretessbrytande effekt i sig. Dataskyddsreglerna måste därför i många fall kompletteras med särskilda sekretessbrytande bestämmelser för att direktåtkomsten ska kunna komma till stånd.[15] Det beror på att bestämmelser om direktåtkomst har en annan funktion än de sekretessbrytande reglerna. Sekretessbrytande regler anger i vilken mån sekretessbelagda uppgifter överhuvudtaget får lämnas från en myndighet till en annan. Bestämmelser om direktåtkomst tar endast sikte på formen för utlämnandet.

Om avsikten är att sekretessbelagda uppgifter under vissa förutsättningar ska kunna lämnas ut elektroniskt till en viss myndighet eller till en enskild, måste det finnas eller införas regler som har en sekretessbrytande effekt.

[15] Se t.ex. prop. 2004/05:164 *Tullverkets brottsbekämpning – Effektivare uppgiftsbehandling* s. 83, prop. 2009/10:85 *Integritet och effektivitet i polisens brottsbekämpande verksamhet*, s. 189–190 och dir. 2011:86 *Integritet, effektivitet och öppenhet i en modern e-förvaltning*, s. 11.

5.3.3 Sekretessbrytande bestämmelser till förmån för svenska myndigheter

Sekretessbrytande regler som gäller i förhållande till svenska myndigheter ska införas i offentlighets- och sekretesslagen eller i lag eller förordning som den lagen hänvisar till (8 kap. 1 § OSL). Någon hänvisning till den lag eller förordning som innehåller en sekretessbrytande bestämmelse behöver dock inte tas in i offentlighets- och sekretesslagen, om bestämmelsen i fråga utformas som en uppgiftsskyldighet (se 10 kap. 28 § första stycket OSL).

Av 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen följer att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. Det är inte nödvändigt att bestämmelsen om uppgiftsskyldighet har utformats med utgångspunkt från att uppgifterna kan vara hemliga. Däremot krävs för att bestämmelsen ska beaktas att den uppfyller vissa krav på konkretion. Den kan ta sikte på utlämnande av uppgifter av ett speciellt slag, gälla en viss myndighets rätt att få del av uppgifter i allmänhet eller avse en skyldighet för en viss myndighet att lämna andra myndigheter information.[16] Uppgiftsskyldighet mellan svenska myndigheter kan också följa av EU-förordningar, en sådan rättsakt jämställs med lag vid tillämpning av 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen.[17]

När det gäller sekretessbrytande regler till förmån för svenska myndigheter som avser uppgifter om enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden måste hänsyn tas till att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden (2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen). En inskränkning i denna fri- och rättighet får endast göras i lag (2 kap. 20 § första stycket 2 regeringsformen).[18] Detta innebär att en uppgiftsskyldighet i förhållande till en svensk myndighet som omfattar uppgifter om enskilda i vissa fall kan behöva införas på lagnivå.[19]

[16] Prop. 1979/80:2 *med förslag till sekretesslag m. m*, Del A s. 322.
[17] Se t.ex. prop. 2012/13:122 *Ingripande mot marknadsmissbruk vid handel med grossistenergiprodukter*, s. 42.
[18] Jfr dock p. 2 i övergångsbestämmelserna till SFS 2010:1408.
[19] Prop. 2009/10:80 *En reformerad grundlag*, s. 184.

Konsekvenser av att en uppgift lämnas till en annan myndighet

Får en myndighet en sekretessreglerad uppgift från en annan myndighet, gäller sekretess för uppgiften hos den mottagande myndigheten endast om sekretess följer av en primär sekretessbestämmelse som är tillämplig hos den mottagande myndigheten eller av en bestämmelse om överföring av sekretess. Motsvarande gäller om en myndighet har elektronisk tillgång till en sekretessreglerad uppgift hos en annan myndighet (7 kap. 2 § OSL). Det finns alltså inte någon generell regel om överföring av sekretess mellan myndigheter.

Det finns dock en särskild bestämmelse om överföring av sekretess vid elektronisk tillgång för myndigheter. Om en myndighet har elektronisk tillgång till uppgifter i en annan myndighets upptagning för automatiserad behandling och dessa uppgifter omfattas av sekretess hos den utlämnande myndigheten, överförs sekretessen till den mottagande myndigheten (11 kap. 4 § OSL). Med formuleringen att ”en myndighet hos en annan myndighet har elektronisk tillgång till en upptagning för automatiserad behandling” avses att upptagningen ska vara tillgänglig hos den mottagande myndigheten på ett sådant sätt som avses i 2 kap. 3 § tryckfrihetsförordningen, dvs. upptagningen ska vara tillgänglig med tekniskt hjälpmedel som myndigheten själv utnyttjar för överföring i sådan form att den kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas.[20] Av förarbetena framgår att bestämmelsen om överföring av sekretess endast tar sikte på direktåtkomstsituationer.[21] Detta framgår också tydligt av 11 kap. 4 § offentlighets- och sekretesslagen och rubriken till den bestämmelsen. Detta gäller dock inte om en sekretessbestämmelse till skydd för samma intresse redan är tillämplig på uppgifterna hos den mottagande myndigheten (11 kap. 8 § OSL). Om det finns en sekretessbestämmelse som är primärt tillämplig hos den mottagande myndigheten, är det således den bestämmelsen som ska tillämpas i stället för den överförda sekretessen oavsett om den primära sekretessen[22] är starkare eller svagare än den sekundära sekretessen[23]. Även

[20] Lenberg, m.fl., *Offentlighets- och Sekretesslagen*, kommentaren till 11 kap 4 §, JUNO version:22.
[21] Prop. 2007/08:160 *Utökat elektroniskt informationsutbyte*, s. 164 och Lenberg, m.fl., *Offentlighets- och Sekretesslagen*, kommentaren till 11 kap 8 §, JUNO version:22.
[22] En bestämmelse om sekretess som en myndighet ska tillämpa på grund av att bestämmelsen riktar sig direkt till myndigheten eller omfattar en viss verksamhetstyp eller en viss ärendetyp som hanteras hos myndigheten, (3 kap. 1 § OSL).
[23] En bestämmelse om sekretess som en myndighet ska tillämpa på grund av en bestämmelse om överföring av sekretess (3 kap. 1 § OSL).

uttryckliga undantag i offentlighets- och sekretesslagen från den primära sekretessbestämmelsens tillämpningsområde (se t.ex. 39 kap. 2 § 2 st. OSL) har företräde framför den överförda sekretessen. Detta innebär att det kan vara så att en uppgift som omfattas av sekretess hos den utlämnande myndigheten inte gör det hos en myndighet som har direktåtkomst till uppgiften hos den utlämnande myndigheten.

Bestämmelser med sekretessbrytande effekt i HOSP-förordningen

Som ovan nämnts behöver de sekretessbrytande bestämmelserna vara formulerade på olika sätt beroende på om avsikten är att uppgifterna ska lämnas ut på medium för automatiserad behandling eller via direktåtkomst. I HOSP-förordningen finns sekretessbrytande bestämmelser för informationsöverföring genom direktåtkomst i 7 § c andra stycket, 7 d och 7 e §§. I dessa bestämmelser anges att IVO, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare har rätt att vid direktåtkomst ta del av de uppgifter som de enligt förordningen får ha direktåtkomst till i registret. Det är fråga om uppgiftsskyldigheter, eftersom rätten att ta del av uppgifter logiskt motsvaras av en skyldighet för Socialstyrelsen att lämna ut uppgifterna. Här har uppgiftsskyldigheten alltså begränsats till att bara gälla vid direktåtkomst. Om Socialstyrelsen på annat sätt vill lämna ut uppgifter till dessa myndigheter, måste således en sekretessbedömning göras om det inte finns någon annan sekretessbrytande bestämmelse.

I HOSP-förordningen finns bara en generell sekretessbrytande bestämmelse, och den innebär att Socialstyrelsen på begäran av IVO ska lämna ut uppgifter för att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal (7 § c första stycket). Här krävs det alltså en begäran för att Socialstyrelsen utan hinder av sekretess ska få lämna ut uppgifter till IVO (och dessutom att inspektionen ska använda uppgifterna för att utöva tillsyn), men utlämnandet får ske på vilket sätt som helst, muntligen, på papper eller via filöverföring.

5.3.4 Sekretessbrytande bestämmelser till förmån för andra än myndigheter

Någon bestämmelse som motsvarar 10 kap. 28 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen finns inte beträffande uppgiftsutlämnande till enskilda. Sekretessbrytande bestämmelser som gäller i förhållande till enskilda rättssubjekt som exempelvis allmänheten och privata vårdgivare kan föras in i andra lagar än offentlighets- och sekretesslagen eller i en förordning, men då måste en hänvisning till den lagen eller förordningen alltid föras in i offentlighets- och sekretesslagen (8 kap. 1 § OSL). Ett exempel på en sådan hänvisning är bestämmelsen i 27 kap. 7 § offentlighets- och sekretesslagen. Enligt den bestämmelsen hindrar inte viss sekretess till skydd för enskild inom verksamhet som rör skatt och tull att uppgifter lämnas till enskilda enligt vad som föreskrivs i förordningen (2001:646) om behandling av uppgifter i Tullverkets verksamhet (se förordningens 5 och 7 §§).

Konsekvenser av att en uppgift lämnas till en enskild

Om en myndighet har elektronisk tillgång till uppgifter i en annan myndighets upptagning för automatiserad behandling och dessa uppgifter omfattas av sekretess hos den utlämnande myndigheten, överförs som ovan nämnts sekretessen till den mottagande myndigheten (11 kap. 4 § OSL). Det finns dock ingen bestämmelse med motsvarande innebörd när enskilda får elektronisk tillgång till uppgifter i en myndighets upptagning för automatiserad behandling.

Det finns dock en möjlighet att föreskriva om tystnadsplikt för de som arbetar inom mottagande privat verksamhet. Reglering av tystnadsplikt i det allmännas verksamhet finns som framgår ovan i offentlighets- och sekretesslagen. Tystnadsplikt för funktionärer inom den privata sektorn finns i allmänhet i de författningar som reglerar den verksamhet i vilken tystnadsplikten gäller. En sådan föreskrift är som regel straffsanktionerad genom 20 kap. 3 § brottsbalken, förutsatt att det inte i författningen eller på annat håll finns ett särskilt stadgat straff för åsidosättande av föreskriften. Straffansvaret gäller för var och en som röjer en uppgift som han eller hon har skyldighet att hemlighålla enligt lag eller annan författning.

Som exempel på reglering om tystnadsplikt kan nämnas att för personal inom privat hälso- och sjukvård gäller tystnadsplikt enligt 6 kap. 12–14 §§ patientsäkerhetslagen. Där anges bl.a. att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda (privata) hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Med hälso- och sjukvårdspersonal avses enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter, den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare, viss personal vid apotek, Giftinformationscentralen och larmcentral och sjukvårdsrådgivning. Med legitimerad yrkesutövare jämställs även den som enligt särskilt förordnande har motsvarande behörighet. Regeringen får meddela föreskrifter om att andra grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården ska omfattas av lagen.

ÖVERVÄGANDEN
och
FÖRSLAG

6 Ombuds[1] elektroniska tillgång[2] till vård- och omsorgsuppgifter

6.1 Inledning

Patientjournalen har historiskt sett främst varit ett arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonal. Patientjournalen har emellertid kommit att bli en allt viktigare källa till information för patienten. Den tekniska utvecklingen har lett till en allt högre grad av digitalisering inom hälso- och sjukvård. Det har bl.a. blivit mycket enklare att överföra information digitalt på ett säkert sätt. I princip all dokumentation i patientjournaler sker i dag i elektroniska journalsystem. Parallellt med den tekniska utvecklingen har fokus på patientens delaktighet i vården ökat. En grundprincip är att patienten ska kunna få insyn i och kunskap om sin hälsa och vård för att uppnå ökad delaktighet i vården.

I dag finns möjligheter att ge patienter hälsoinformation elektroniskt, exempelvis genom e-hälsotjänster där patienten kan ta del av sin hälsodata via internet och sköta kontakter med hälso- och sjukvården. Genom en bestämmelse i patientdatalagen (2008:355) (förkortad PDL) har vårdgivare en möjlighet att ge en patient direktåtkomst till sådana uppgifter om sig själv som vårdgivaren får lämna ut (5 kap. 5 § PDL). En nationell teknisk lösning för att ge patienter direktåtkomst till patientjournaler, baserat på bestämmelsen i patient-

[1] Med ombud avser utredningen en fysisk person som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen och som patienten eller omsorgsmottagaren vill ska få elektronisk tillgång till patientuppgifter (dvs. personuppgifter som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen och sådan dokumentation, loggar, som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen patientdatalagen) respektive vård- och omsorgsdokumentation enligt den nya lag utredningen föreslagit i delbetänkandet SOU 2021:4.
[2] Med elektronisk tillgång avses direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.

datalagen, tillhandahålls via Inera AB:s[3] digitala tjänst 1177 Vårdguidens e-tjänster via tjänsten *Journalen.* Den som har en e-legitimation och tillgång till internet kan, om vårdgivarna gjort det möjligt, när som helst logga in på 1177 Vårdguidens e-tjänster på internet och få tillgång till och läsa uppgifter i sina patientjournaler.

Många människor behöver hjälp för att kunna vara delaktiga i sin vård. Ofta tar de hjälp av närstående som träder in för att stödja och hjälpa i vårdprocessen. Tidigare tillät därför vissa regioner patienten att utse ett ombud som kunde få ta del av dennes patientjournaler via internet. Patienten angav ombudets personnummer och valde om ombudet skulle ges tillgång till alla uppgifter i patientjournalerna eller bara vissa delar. Efter en dom i Högsta förvaltningsdomstolen[4] fick dock den tjänsten stängas. Detta eftersom Högsta förvaltningsdomstolen bedömde att en vårdgivare, utifrån bestämmelserna i patientdatalagen, inte ens med patientens samtycke får ge ett ombud direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om patienten. En mer utförlig beskrivning av omständigheterna i rättsfallet och domstolens bedömning har getts i avsnitt 4.11.

Många patienter har emellertid behov av att kunna utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras vårdprocesser. Behovet kan bero på att patienten på grund av ålder eller fysiska eller psykiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina sjukvårdsbesök, diagnoser eller läkemedel. Vissa personer kan även ha svårt att på egen hand få tillgång till digitala tjänster och med att installera exempelvis e-legitimation. Invånarnas användning av digitala tjänster och av 1177 Vårdguidens e-tjänster beskrivs närmare i avsnitt 4.2 och 4.3.

Lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista, som trädde i kraft den 1 maj 2021, innehåller bestämmelser som ger möjlighet att ge ett ombud direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan (5 kap. 6 § lagen om nationell läkemedelslista).

Utredningen ska mot denna bakgrund se över möjligheterna att ge ett ombud åtkomst till patientjournalen, vilket görs i detta kapitel. Om förslag lämnas ska utredningen särskilt redogöra för hur hänsyn tagits till behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet samt skydd för den personliga integriteten.

[3] Inera AB (Inera) är ett bolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag. Inera har till uppgift att koordinera och utveckla gemensamma digitala lösningar för regioner och kommuner. Inera är personuppgiftsbiträde åt regionerna och kommunerna.
[4] HFD 2017 ref. 69.

Utredningen överväger i avsnitt 6.5 på eget initiativ om det bör finnas en möjlighet att ge ombud elektronisk tillgång till den sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation som utredningen lämnat förslag om i delbetänkandet.

6.2 Integritetsanalys

6.2.1 Behov av och fördelar med elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården

Utredningens bedömning: Det finns ett klart behov av och klara fördelar med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Många patienter har behov av hjälp av en annan person med det praktiska kring deras vårdprocesser. Behovet kan komma sig av att patienten på grund av ålder eller fysiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina sjukvårdsbesök, diagnoser eller läkemedel. Även personer med funktionsnedsättningar kan behöva hjälp med sina vårdprocesser. För dessa patienter skulle det i många fall vara till fördel om den hjälpande personen fick elektronisk tillgång till patientuppgifterna på ett smidigt sätt. På så vis kan patienten lättare få hjälp med att hålla ordning på mediciner, sjukvårdsbesök och diagnoser. Genom att exempelvis en närstående kan få elektronisk tillgång till patientuppgifter efter ett läkarbesök, uppstår klara fördelar för patienten. Patienten kan då få hjälp att ta vara på sina rättigheter i hälso- och sjukvården. Detta gäller i synnerhet för en äldre patient, eller en person med funktionsnedsättning, som kan ha svårt att minnas eller själv redogöra för samtalet med läkaren. När det gäller exempelvis äldre multisjuka personer med komplexa vårdbehov kan det finnas behov av att ta hjälp av en person som kan få elektronisk tillgång till patientuppgifterna för att få till stånd en ytterligare bedömning (s.k. second opinion) eller en anmälan om upplevda fel eller missförhållande.

Det kan även handla om att en patient, som annars inte behöver hjälp med hälso- och sjukvården, inför en viss konkret vårdsituation

vill låta en närstående få insyn i patientuppgifter. Det kan t.ex. vara inför en planerad sjukhusvistelse, en operation eller ett akut insjuknande med inläggning på sjukhus, där patienten önskar att en närstående är behjälplig och kan hållas uppdaterad. I sådana situationer kan det finnas behov av att ge en annan person smidig elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Språket i patientjournaler är som huvudregel svenska. Patienter som inte kan läsa svenska, eller som har svårt att förstå den typ av medicinska uttryck och termer som används i patientjournalen, kan behöva hjälp av en närstående som förstår svenska språket för att sätta sig in uppgifterna och kunna bli mer delaktig i den egna vården.[5]

Önskemål om att få ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen, exempelvis en närstående, elektronisk tillgång till patientuppgifter har framförts under lång tid. Patient- och anhörigorganisationer framhöll till utredningen *Rätt information på rätt plats i rätt tid* det positiva med att låta närstående ta del av patientens patientjournal för att på så sätt kunna hjälpa till och hålla sig uppdaterad. Det framhölls också som ett sätt för familjemedlemmar med stora geografiska avstånd mellan varandra att hålla sig uppdaterade och bevaka patientens intressen i sådant som rör hälso- och sjukvårdskontakter. Den utredningen betonade att med enkel och säker tillgång till aktuell information får närstående bättre möjligheter att bidra till ökad hälsa och livskvalitet för nära och kära. Utredningen *Rätt information på rätt plats i rätt tid* föreslog att det skulle anges i lag att vårdgivare enligt den enskildes anvisning får medge en annan fysisk person än den enskilde direktåtkomst till sådana uppgifter och sådan dokumentation som får lämnas ut till den enskilde genom direktåtkomst.[6] Att patienter och närstående ser ett behov av att låta närstående få elektronisk tillgång till patientuppgifter bekräftas även av en förstudie i projektet *Din journal på nätet.*[7]

Att det finns ett stort intresse för att låta anhöriga få elektronisk tillgång till patientuppgifter visas också av att Inera tidigare hade en ombudsfunktion som användes i relativt stor omfattning. Efter att tjänsten stängts hörde bl.a. anhöriga till personer med funktionsnedsättningar som använt ombudsfunktionen av sig till Inera och uttryckte sin besvikelse över att funktionen togs bort.

[5] Se dock avsnitt 6.4.4 för utredningens bedömning om yrkesverksamma tolkar.
[6] SOU 2014:23 s. 911 f.
[7] *Din journal på nätet – förstudien* (Inera, 2011).

Genom en smidig elektronisk tillgång till patientuppgifter kan man öka patienters delaktighet i vården. Som ett led i detta finns det fördelar med att låta patienter själva få disponera över vilka utanför hälso- och sjukvården som kan få elektronisk tillgång till patientuppgifter. Därmed kan den som har svårt att använda sin egen möjlighet till elektronisk tillgång ändå, via någon annan, bli mer delaktig i sin vård. Det är särskilt viktigt för vissa grupper, exempelvis äldre och personer med funktionsnedsättningar, som kan ha särskilda svårigheter att använda sig av digitala e-hälsotjänster. Även för den som själv kan använda digitala e-hälsotjänster kan det öka delaktigheten i vården om det blir möjligt att ta hjälp av en annan person som kan ges elektronisk tillgång till patientuppgifterna. På så vis skapas bättre förutsättningar för att patienter som så vill kan diskutera sin hälsa och vård med andra personer.

I förarbetena till bestämmelsen om patientens direktåtkomst i patientdatalagen uttalade regeringen att patienter genom bestämmelser i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen har getts rätt till information, delaktighet och medinflytande. Att ge patienter direktåtkomst till sina patientuppgifter bidrar till deras möjligheter att på ett bättre sätt aktivt delta i sin vård. Patienterna skulle t.ex. bli mer informerade om sitt hälsotillstånd. Vidare skulle de kunna kontrollera att uppgifter som de lämnat till hälso- och sjukvårdspersonalen uppfattats på ett korrekt sätt. De skulle även kunna titta på resultat från provtagningar, vilket framför allt skulle spara tid för patienter som det regelbundet tas prover på och som ständigt behöver övervaka sitt sjukdomsförlopp. Av samma skäl ansåg regeringen att det också skulle vara tillåtet för vårdgivare att ge sina patienter direktåtkomst till logglistor som avser elektronisk åtkomst till uppgifter om dem.[8]

Argumenten för att underlätta patientens möjligheter till insyn och delaktighet i vården genom att ge patienten direktåtkomst, gör sig enligt utredningen gällande även när det gäller möjligheten för vårdgivare att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter. Ur ett patient- och närståendeperspektiv finns det klara fördelar med att närstående kan få elektronisk tillgång till patientuppgifter. Exempelvis ökar möjligheten för vuxna barn att bistå sina åldrade föräldrar och för anhöriga

[8] Prop. 2007/08:126 s. 158 f.

till personer med funktionsnedsättningar att hjälpa dem att ha insyn i vården.

Det ligger också i linje med de övergripande politiska önskemålen om ökad elektronisk tillgång till patientuppgifter och ökad delaktighet för patienter att tillåta elektronisk tillgång för anhöriga så att de bättre kan stödja sina nära inom vårdprocesser. Utvecklingen av e-hälsotjänster är dessutom prioriterade aktiviteter i genomförandeplanen för *Vision e-hälsa 2025*.[9]

Den ökade användningen av e-hälsotjänster, särskilt till följd av covid-19-pandemin, visar att invånarna både vill och har ett behov av att använda e-hälsotjänster såsom elektronisk tillgång till sina patientjournaler. Utbudet av e-hälsotjänster, och allmänhetens förväntningar på tillgång till sådana, kommer sannolikt att fortsätta öka. För att uppnå visionen om jämlik vård och ökad digital tillgänglighet, är det angeläget att skapa legala förutsättningar som underlättar för personer som av olika anledningar kan ha svårigheter att använda e-hälsotjänster att vara delaktiga.

En grundläggande förutsättning för att hälso- och sjukvård ska kunna ges på lika villkor är att den är tillgänglig för alla. Samma sak gäller digital offentlig service. Lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service syftar till att ingen ska hindras från att använda digital service på grund av funktionsnedsättning. Lagen omfattar även privata aktörer som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård som till någon del är offentligt finansierad. När hälso- och sjukvård blir mer digitalt tillgänglig blir det allt viktigare att säkerställa att fördelarna med e-hälsa kommer till nytta för alla.

En anledning till att människor hamnar i vad som brukar kallas digitalt utanförskap är att den digitala servicen inte är tillräckligt behovsanpassad, vilket leder till exkludering av personer med särskilda behov. E-hälsotjänster kan öka förutsättningarna att anpassa vården utifrån olika patienters behov. E-hälsomyndigheten har konstaterat att digitaliseringen kan bidra till en ökad jämlikhet genom att vården blir mer tillgänglig och kommer närmare invånarna. Samtidigt kan digitaliseringen skapa nya hinder och utanförskap om inte tillgänglighetsaspekten finns med vid utveckling och utformning av produkter och tjänster (se avsnitt 4.2).[10] Att patienter som av olika

[9] Regeringskansliet och SKR (2020), *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020–2022*.
[10] E-hälsomyndighetens fokusrapport *Jämlik e-hälsa Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik* (dnr 2020/05075 2020-11-23) s. 15 f.

skäl har svårt att själva hantera digitala e-hälsotjänster har möjlighet att medge att någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen får elektronisk tillgång, och därmed enklare kan hjälpa dem, skulle öka förutsättningarna för en jämlik och tillgänglig digital vård.

Lagen om nationella läkemedelslista ger möjlighet för patienter att utse ombud som ges direktåtkomst till läkemedelsuppgifter om patienten. Det framstår som fördelaktigt och i konsekvens med detta att det också är möjligt att med patientens medgivande ge elektronisk tillgång till andra patientuppgifter.

Möjligheten för vårdgivare att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter skulle sammanfattningsvis sannolikt leda till en större delaktighet i vården för patienter som riskerar ett digitalt utanförskap. Det skulle därmed bidra till en mer jämlik vård. Även för den som själv kan använda sin elektroniska tillgång kan det öka delaktigheten i vården och möjligheten att ta till vara sina rättigheter om det blir enklare för personer utanför hälso- och sjukvården som patienten vill diskutera sin hälsa och vård med att få tillgång till patientuppgifter. Närstående med egen elektronisk tillgång till patientuppgifter skulle inte behöva oroa sig för att de missat väsentliga uppgifter om patientens hälsa och vård och skulle kunna känna att de kan bistå patienten på ett informerat sätt.

6.2.2 Integritetsrisker och andra nackdelar med elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården

Utredningens bedömning: Det finns vissa risker med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Fördelarna med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter måste vägas mot de risker och eventuella andra nackdelar som detta kan medföra. Det kan handla om risker för den

personliga integriteten. Det kan även finnas risker för missbruk av patientuppgifterna eller för att uppgifterna används på ett sätt som inte är önskvärt.

En risk är att någon mot patientens egentliga vilja bereder sig insyn i patientuppgifter. Detta skulle kunna ske med hot eller genom någon form av påtryckning. Ett skäl som anfördes i förarbetena mot att ge patienter direktåtkomst till sina journaluppgifter var just risken för att patienten utsätts för påtryckningar från t.ex. anhöriga eller blivande arbetsgivare att visa dem uppgifterna. Regeringen anförde då att det naturligtvis inte går att helt bortse från risken att några patienter kan komma utsättas för sådana påtryckningar. Samtidigt påpekade regeringen att en sådan risk ändå redan fanns. En person kunde t.ex. förmå en anhörig att ge honom eller henne fullmakt att begära ut journaluppgifter beträffande denne.[11] Det skulle kunna finnas risk att anhöriga eller andra utövar påtryckningar för att en patient ska medge elektronisk tillgång för att på så vis bereda sig tillgång till patientuppgifter. Vidare kan man tänka sig situationer där kontrollerande anhöriga som inte i alla avseenden har patientens bästa för ögonen får del av patientuppgifter. Det kan handla om en förövare av våld i nära relationer, en vårdnadshavare som vill ha kontroll i en s.k. hederskontext eller en kontrollerande partner. Dessa skulle då kunna använda den elektroniska tillgången till patientuppgifter för att bevaka och kontrollera patienten och kanske utsätta denne för något negativt på grund av uppgifterna. På motsvarande sätt som regeringen anfört i äldre förarbeten, konstaterar dock utredningen att så kan ske redan i dag genom att någon förmår en patient att använda patientens egen elektroniska tillgång i den andres närvaro. Alternativt kan någon i dag bereda sig tillgång till patientens e-legitimation eller förmå patienten att lämna en fullmakt att få tillgång till patientuppgifter muntligt eller på papper.

Förutom kontrollerande närstående finns andra som kan ha ett intresse av att få elektronisk tillgång till patientuppgifter på ett sätt som inte rimligen bör tillåtas. Ett försäkringsbolag kan ha intresse av att få elektronisk tillgång till patientjournaler t.ex. som ett villkor för att ingå ett försäkringsavtal. Ett försäkringsbolag får bara i vissa i försäkringsavtalslagen (2005:104) angivna fall, med patientens samtycke, bereda sig tillgång till uppgifter om enskild persons hälsotillstånd. Försäkringsbolagens tillgång har begränsats med hänsyn till

[11] Prop. 2007/08:126 s. 159.

integritetsskyddsskäl och för att förhindra förtroendebrister för deras verksamhet.[12] Det finns även andra jämförbara situationer där elektronisk tillgång till patientuppgifter inte rimligen bör tillåtas. En arbetsgivare skulle t.ex. kunna begära att få elektronisk tillgång till patientuppgifter om arbetssökande och arbetstagare. Även andra rent kommersiella aktörer skulle kunna ha ett intresse av patientuppgifter och därmed vilja begära att patienten medger elektronisk tillgång.

Man kan även tänka sig att hälso- och sjukvårdspersonal (utan aktuell patientrelation) och forskare kan ha intresse av att få elektronisk tillgång till patientuppgifter för att på så vis kunna löpande ta del av patientuppgifterna utan att använda sig av det vanliga regelverket. Det finns i dessa fall en risk för att den elektroniska tillgången används för att kringgå andra regelverk, t.ex. bestämmelserna om sammanhållen journalföring i patientdatalagen eller krav på s.k. etikgodkännande enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, på ett sätt som inte bör tillåtas eller underlättas. Det har också framförts farhågor om att personer genom egen elektronisk tillgång till patientuppgifter kan få information om att en patient använder narkotiska preparat och sedan tillskansar sig dessa. En annan risk är att den som medgetts elektronisk tillgång får del av mer information än vad patienten egentligen vill. En ytterligare faktor att beakta är att den fysiska person som medges elektronisk tillgång till patientuppgifter normalt sett inte omfattas av någon tystnadsplikt. Därmed kan det finnas risk för att uppgifterna sprids på ett sätt som inte är förenligt med integritetsskyddet.

Om patienten vill medge någon annan elektronisk tillgång, måste personuppgifter om denne registreras av vårdgivaren. Utredningen har svårt att se att behandlingen av personuppgifter om den som patienten vill medge elektronisk tillgång kan leda till några beaktansvärda integritetsrisker som inte motverkas på ett fullgott sätt genom bestämmelserna i dataskyddsförordningen om bl.a. de registrerades rättigheter.

[12] Prop. 2009/10:241 s. 20 ff.

6.2.3 Finns det användbara alternativ till elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården?

Man kan fråga sig om att införa en möjlighet till just egen elektronisk tillgång till patientuppgifter är den lämpligaste lösningen för att närstående till patienter ska kunna stödja och hjälpa till i vården. Redan i dag förekommer det sannolikt att patienter som själva har svårt att använda e-hälsotjänster ber anhöriga om hjälp och ”lånar ut” sin e-legitimation. På så vis kan patienten genom den närståendes försorg ta del av exempelvis *Journalen* digitalt. E-legitimationen är dock en personlig tjänst för att legitimera sig digitalt. Det är inte tänkt att den ska användas av andra. Det framstår inte som tillfredsställande att vissa patienter ska vara hänvisade till att, förmodligen i strid med villkoren för användning av e-legitimationen, låta andra logga in med patientens e-legitimation. Genom att låta den närstående logga in med patientens e-legitimation kan denne kanske dessutom få tillgång till fler e-tjänster på 1177 Vårdguiden än vad patienten önskar. Att patienter kan låna ut sin e-legitimation framstår därför, av flera skäl, inte som ett gott alternativ.

En annan möjlighet som står till buds i dag är t.ex. att patienten kan medge att en anhörig hos vårdgivaren får ta del av patientuppgifter på papper eller får muntlig information från denne. I sådana fall torde vårdgivaren regelmässigt – om det inte finns skäl att ifrågasätta riktigheten av det lämnade medgivandet – lämna ut kopior av patientuppgifterna till den anhörige enligt interna rutiner för att lämna ut handlingar, exempelvis i form av papperskopior. På så vis kan den anhörige alltså ta del av patientuppgifter. Detta förfarande är dock administrativt krångligare än elektronisk tillgång. Därtill innebär det en fördröjning i tid då den anhörige måste framställa en formell begäran till vårdgivaren för att därefter få ut handlingarna. Till skillnad från vid användning av tjänsten *Journalen* på 1177 Vårdguiden måste man då ofta vända sig till respektive sjukhus, klinik eller vårdinrättning för att kunna ta del av alla patientuppgifter hos vårdgivaren. Genom den elektroniska tillgången kan man på ett smidigare sätt få överblick över patientuppgifter från olika aktörer inom hälso- och sjukvården. En annan stor fördel är att den som fått elektronisk tillgång själv fortlöpande kan ta del av nya patientuppgifter så länge patienten vill det.

Det finns vissa möjligheter för legala ställföreträdare att ta del av sina huvudmäns patientuppgifter elektroniskt. Inera har en funktion i tjänsten *Journalen* som används för olika former av legala ställföreträdare, däribland gode män och förvaltare, under förutsättning att förordnandet anses omfatta att ta del av patientuppgifter. Det förefaller dock finnas oklarheter och osäkerhet kring vad ställföreträdarskapet omfattar och i vilken mån ställföreträdaren har rätt att ta del av patientuppgifter.[13] Alldeles oavsett finns det många personer som inte behöver legala ställföreträdare, utan vars behov är just att kunna ta hjälp av en närstående med vårdkontakter och tillgång till patientuppgifter.

Sedan 2017 finns lagen (2017:310) om framtidsfullmakter enligt vilken en enskild kan utse någon som får företräda denne för det fall han eller hon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande varaktigt och i huvudsak inte längre har förmåga att ha hand om de angelägenheter som fullmakten avser. Framtidsfullmakten avser alltså det förhållandet att fullmaktsgivaren i en situation som uppstår längre fram, i framtiden, inte längre kan sköta sina angelägenheter. Framtidsfullmakten kan omfatta huvudmannens ekonomiska och personliga angelägenheter. Till personliga angelägenheter hör bl.a. att hjälpa fullmaktsgivaren i dennes kontakter med hälso- och sjukvården. Dock undantas i lagen om framtidsfullmakter åtgärder inom hälso- och sjukvård eller tandvård från det område som är möjligt att överlåta till en fullmaktshavare.[14] Det är utredningens bedömning att inte heller lagen om framtidsfullmakter kan användas som ett fullgott alternativ för att patienter ska kunna utse någon som får elektronisk tillgång till deras patientuppgifter.

Utredningen anser sammanfattningsvis inte att de alternativ som står till buds för att den som patienten utsett ska kunna ta del av patientuppgifter är tillfredställande. Det finns uppenbara fördelar med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen just elektronisk tillgång till patientuppgifter.

[13] Rättsläget har möjligen klarnat efter rättsfallet HFD 2020 ref. 50. Högsta förvaltningsdomstolen ansåg där att en förvaltare i egenskap av företrädare för en person, som varken kan begära ut handlingar eller häva sekretessen, under vissa förutsättningar har rätt att ta del av uppgifter som omfattas av sekretess till skydd för huvudmannen.
[14] Prop. 2016/17:30 s. 109 f.

6.2.4 Integritetsstärkande åtgärder

Utredningen har ovan redogjort för att det finns ett klart behov av och klara fördelar med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter. Från ett integritetsperspektiv är det viktigt att möjligheten bara används i de fall som den är avsedd för så att den inte öppnar upp för vad som kan betecknas som missbruk av patientuppgifterna. Att en vårdgivare ger någon elektronisk tillgång till patientuppgifter innebär att vårdgivaren behandlar personuppgifter i dataskyddsförordningens mening. Det är därför viktigt att de flesta allmänna principerna för behandling av personuppgifter i artikel 5.1 i dataskyddsförordningen beaktas, även om det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är möjligt att i nationell rätt avvika från dessa under vissa förutsättningar.

Enligt *principen om uppgiftsminimering* ska personuppgifterna vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (artikel 5.1 c i dataskyddsförordningen). Vidare ska personuppgifterna enligt *principen om integritet och konfidentialitet* behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet för personuppgifterna. I detta ingår skydd mot obehörig eller otillåten behandling, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder (artikel 5.1 f i dataskyddsförordningen). Observera att det alltid är den personuppgiftsansvarige, dvs. vårdgivaren, som ansvarar för och ska kunna visa att principerna i artikel 5.1 i dataskyddsförordningen efterlevs (*principen om ansvarsskyldighet*, artikel 5.2 i dataskyddsförordningen).

Utredningen anser att en grundförutsättning för att någon utanför hälso- och sjukvården ska få ges elektronisk tillgång till patientuppgifter är att detta är ett uttryck för patientens verkliga och fria vilja. Det ska således helt och hållet bygga på frivillighet från patientens sida att lämna ett medgivande. I förarbetena till patientdatalagen angavs att ett vanligt sätt att beskriva begreppet personlig integritet i samband med informationshantering är att den enskilde ska kunna kontrollera spridningen av uppgifter om sig själv eller ha en rätt att bestämma vilka uppgifter om sig själv som han eller hon vill dela med sig till andra.[15] Utredningen gör bedömningen att patientens intresse

[15] Prop. 2007/08 126 s. 110.

av självbestämmande i fråga om vilka utanför hälso- och vården som har elektronisk tillgång i sig väger tungt. Detta är också och i linje med intentionerna bakom hälso- och sjukvårdslagen i fråga om självbestämmande och frivillighet. Det ligger även i dataskyddsförordningens anda att använda den registrerades inställning till behandlingen som en integritetsstärkande åtgärd.

Observera att enligt utredningens bedömning är samtycke inte i sig den rättsliga grunden för vårdgivarens behandling av personuppgifter i dataskyddsförordningens mening. Den rättsliga grunden beskrivs närmare i avsnitt 6.6. När utredningen talar om patientens medgivande eller samtycke i detta sammanhang handlar det dels om samtycke till att efterge sekretesskyddet som annars gäller för uppgifterna, dels om samtycke som en integritetsstärkande åtgärd.

För att minska risken för kringgående av regelverken om hälso- och sjukvårdspersonalens elektroniska tillgång, om forskning som innefattar behandling av känsliga personuppgifter och om försäkringsbolags möjligheter att få tillgång till uppgifter om hälsotillstånd bör bara *fysiska personer* som patienten uppger sig känna personligen, ges elektronisk tillgång till patientuppgifter. Juridiska personer, såsom kommersiella aktörer, bör således inte få ges elektronisk tillgång. Genom kravet på att patienten ska *uppge sig känna den fysiska personen personligen* motverkas i viss mån risken för att hälso- och sjukvårdspersonal, forskare, juridiska personer via bulvaner och enskilda näringsidkare ges elektronisk tillgång. Det är dock inte meningen att vårdgivaren i varje enskilt fall ska kontrollera eller godkänna personen ”på förhand”. Tanken är att patienten, genom att t.ex. kryssa i en ruta i webb-gränssnittet, uppger sig känna den fysiska personen som den vill ge elektronisk tillgång personligen. Därmed får vårdgivaren göra patientuppgifterna elektroniskt tillgängliga för den som patienten uppgett sig känna personligen.

Det är viktigt att säkerställa att ett lämnat medgivande verkligen ger uttryck för patientens fria vilja, och inte är ett utslag av exempelvis påtryckningar. Frågan är då hur man på ett väl avvägt sätt kan säkerställa att medgivandet ger uttryck för patientens verkliga fria vilja, samtidigt som man uppnår syftet med att införa möjligheten att ge elektronisk tillgång, nämligen att underlätta för patienter att låta någon hjälpa dem i deras vårdprocesser.

I förarbetena till sekretesslagstiftningen angavs att det, trots risken för påtryckningar, inte kunde komma i fråga att annat än i

rena undantagsfall genom särskilda föreskrifter frånkänna personens samtycke rättsverkan. Att en myndighet under hänvisning till den enskildes bästa skulle vägra att beakta dennes samtycke kan enligt förarbetena i längden medföra större skadeverkningar genom en osäkerhetskänsla hos den enskilde och den rubbning av förtroendet till myndigheterna som mestadels blir följden. I förarbetena framhölls dock att en myndighet givetvis inte behöver ta hänsyn till ett samtycke som efter vad som framgår saknar giltighet som rättshandling enligt allmänna regler.[16] Dessa förarbetsuttalanden måste ses mot bakgrund av den grundlagsfästa offentlighetsprincipen som sekretesslagstiftningen utgör preciserade undantag från. Att efterge (häva) sekretessen innebär att den grundlagsfästa och därmed överordnade offentlighetsprincipen får ett större genomslag. Om man inför en möjlighet, men ingen skyldighet, för vårdgivare att ge elektronisk tillgång, får vårdgivaren fritt välja om denne i det enskilda fallet vill ge sådan tillgång eller låta den fortgå. Den som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter har dock att följa regeringsformens krav på att iaktta saklighet och opartiskhet och beakta allas likhet inför lagen. Utredningens uppdrag är som nämnts begränsat till att se över *möjligheterna* att ge elektronisk tillgång.

En tänkbar metod för att bedöma medgivandets frivillighet är att vårdgivaren, när en patient ger uttryck för att den önskar medge någon elektronisk tillgång, kallar patienten till någon form av besök eller samtal med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att innan den elektroniska tillgången ges, försöka utröna om ett lämnat medgivande verkligen ger uttryck för patientens fria vilja. Under förutsättning att hälso- och sjukvårdspersonalen har insyn i patientens situation och hemförhållanden skulle det kunna bidra till att man säkerställer att medgivandet är frivilligt. För en stor majoritet av patienterna torde det dock handla om en verklig och fri vilja att medge någon elektronisk tillgång. En sådan generell förhandskontroll, där frågor behöver ställas kring hemförhållanden och relationer till närstående, skulle också i sig kunna upplevas som integritetskränkande av många patienter och närstående. Det skulle även fördröja processen och öka vårdgivarens administrativa börda, vilket i sin tur skulle riskera att vårdgivare väljer att inte använda möjligheten att ge elektronisk tillgång. Det kan också ifrågasättas om en sådan generell förhandskontroll är ett proportionerligt medel för att

[16] Prop. 1979/80:2 Del A s. 329.

uppå målet. En kontrollerande anhörig som önskar få tillgång till patientuppgifter kan, som beskrivits tidigare, redan i dag använda olika metoder för att bereda sig tillgång till uppgifterna.

Utredningen anser att vårdgivarens möjlighet till kontroll i stället bör komma till uttryck genom att hälso- och sjukvårdspersonal ska vara skyldig att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om att patientens medgivande inte ger uttryck för dennes fria vilja. En sådan anmälan ska göras närhelst en misstanke om detta uppstår. Därmed får vårdgivaren möjlighet att utreda om misstanken är befogad och överväga om den elektroniska tillgången ska avbrytas.

På motsvarande sätt bör hälso- och sjukvårdspersonal vara skyldig att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om att patienten inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen. Därmed får vårdgivaren möjlighet att utreda om patientens uppgift om att denne känner den fysiska personen är riktig och överväga om den elektroniska tillgången ska avbrytas. Även genom kontroller av vilka fysiska personer som getts elektronisk tillgång till många olika patienters uppgifter kan vårdgivaren få indikationer på att patienterna inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen.

Elektronisk tillgång får enligt förslaget ges bara om patienten medger det. Det innebär en integritetsstärkande åtgärd att patienten när som helst, av vilken orsak som helst och på vilket sätt som helst kan ta tillbaka sitt medgivande med följd att vårdgivaren genast måste avsluta den elektroniska tillgången. Det kan emellertid inträffa att den som lämnat ett medgivande blir oförmögen att ta tillbaka det. För att vårdgivaren ska uppmärksamma att så har blivit fallet och kunna överväga om den elektroniska tillgången bör få fortsätta, föreslås att hälso- och sjukvårdspersonalen ska vara skyldig att anmäla misstankar om att patienten inte längre kan lämna ett medgivande, dvs. är beslutsoförmögen.[17]

Vårdgivaren ges genom förslaget en möjlighet att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till patientuppgifter. Det ska alltså inte vara fråga om en rättighet, för patienten eller den som patienten medgett elektronisk tillgång, att någon ges elektronisk tillgång. En vårdgivare kan således välja att överhuvudtaget avstå från att ge elektronisk tillgång. Vårdgivaren kan som nämnts också i ett enskilt fall neka eller avsluta

[17] Se avsnitt 6.4.5 om utredningens närmare överväganden när det gäller personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga.

sådan tillgång, om tillgången t.ex. med anledning av en anmälan inte (längre) bedöms lämplig och det är förenligt med regeringsformens krav på saklighet och opartiskhet. En vårdgivare kan även på förhand göra bedömningen att det exempelvis inte framstår som lämpligt att ge elektronisk tillgång till vissa typer av patientuppgifter, t.ex. sådana som en psykiatrisk klinik registrerat, eller att sådan tillgång bör ges bara till patientuppgifter om äldre och personer med funktionsnedsättningar eller om personer som är inlagda på sjukhus. Under förutsättning att kraven på saklighet och opartiskhet följs kan vårdgivare ta fram rutiner för hur tilldelning av elektronisk tillgång ska gå till och exempelvis välja att införa rutiner för vilken typ av patientuppgifter som får omfattas av den elektroniska tillgången.

En annan farhåga med att ge någon annan elektronisk tillgång till patientuppgifter är att denne skulle komma att ta del av för mycket information, exempelvis inaktuella journalanteckningar som ligger långt bakåt i tiden. Det kan handla om exempelvis uppgifter från förlossning, vistelser inom psykiatrisk vård eller andra känsliga uppgifter som registrerats för länge sedan. Syftet med att införa en möjlighet att låta någon annan ha elektronisk tillgång till patientuppgifter är, utifrån utredningens perspektiv, att kunna bistå i vården ”här och nu”. Tanken är inte att möjligheten ska användas för att kringgå sekretessbestämmelser och läsa gamla patientjournaler som inte har något att göra med patientens nuvarande situation. En integritetsstärkande åtgärd för att minimera denna risk är att patienten ska kunna begränsa den elektroniska tillgången till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet hos vårdgivaren, t.ex. ett sjukhus, en sjukhusavdelning eller en klinik. Patienten ska kunna medge elektronisk tillgång endast till patientuppgifter registrerade från och med ett visst datum, t.ex. den dag medgivandet lämnas eller något tidigare eller senare datum. En sådan begränsning ska patienten kunna begära, ändra eller upphäva när som helst och av vilket skäl som helst. Det är alltså patienten som ska få välja vilka patientuppgifter denne vill att någon annan ska ha elektronisk tillgång till. Detta framstår som förenligt med dataskyddsförordningens princip om uppgiftsminimering. Samtidigt är det förenligt med grundprincipen om att patientens fria vilja och självbestämmande ska respekteras.

Såvitt utredningen har förstått fanns tidigare motsvarande spärrmöjligheter i den ombudsfunktion som Inera administrerade.

Utredningen anser dock att det bör komma till uttryck i lagen att så *ska* kunna ske. På så vis blir det ännu tydligare att det är patienten som förfogar över vilka uppgifter denne vill medge elektronisk tillgång till.

Förslaget innebär ingen inskränkning av principen om integritet och konfidentialitet och bestämmelserna om säkerhetsåtgärder i dataskyddsförordningen. En förutsättning för att ge elektronisk tillgång är således att den kan ske på ett säkert sätt, t.ex. genom säker inloggning med e-legitimation, säker överföring av personuppgifter, säker separation av olika patienters uppgifter så att det bara ges elektronisk tillgång till avsedda uppgifter och så att den som getts elektronisk tillgång under inga förhållanden kan ändra eller tillföra patientuppgifter. Tanken är alltså inte att den som getts elektronisk tillgång ska kunna vidta några aktiva åtgärder, som att boka eller avboka tider eller begära receptförnyelse för patientens räkning.

En annan integritetsstärkande åtgärd är att patienten när som helst ska kunna ta tillbaka sitt medgivande, vilket vårdgivaren får förutsättas kunna hantera på ett smidigt sätt. Exempelvis bör det kunna ske genom att patienten legitimerar sig genom att logga in på webb-tjänsten med sitt bank-id och kryssar i att behörigheten ska spärras eller liknande. Då ska omedelbart behörigheten att få elektronisk tillgång till patientuppgifter avslutas. Även när en patient på annat sätt kontaktar vårdgivaren och meddelar att denne inte längre vill att någon ska ha elektronisk tillgång till patientuppgifter ska detta respekteras. Några skäl behöver inte uppges. Funktionen ska alltså helt och hållet bygga på att det är frivilligt från patientens sida att låta någon ha elektronisk tillgång till patientuppgifter. Genom att patienten när som helst kan ta tillbaka sitt medgivande och häva behörigheten säkerställs att behörigheten hela tiden bygger på frivillighet från patientens sida.

6.2.5 Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Utredningens bedömning: Behoven av och fördelarna med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter överväger integritetsriskerna. Detta förutsätter dock att vissa integritetsstärkande bestämmelser införs.

Rätten till skydd för den personliga integriteten är inte absolut utan kan inskränkas. Rättigheten måste förstås utifrån sin kontext i samhället och vägas mot andra grundläggande rättigheter utifrån en proportionalitetsbedömning (skäl 4 till dataskyddsförordningen). För att det ska vara motiverat att införa utvidgade möjligheter till informationsdelning måste behovet av behandlingen av personuppgifterna väga tyngre än den enskildes intresse av skydd för den personliga integriteten. En annan aspekt av den personliga integriteten är att den enskildes vilja ska respekteras.

Om en patient frivilligt medger att någon som denne uppger sig känna personligen får elektronisk tillgång till patientens uppgifter, finns det enligt utredningens mening mycket som talar för att detta som utgångspunkt ska respekteras. Det ligger i linje med de grundläggande kraven i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) om att verksamheten ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Det är även förenligt med dataskyddsförordningen. Redan i dag godtas att hälso- och sjukvårdspersonal hos en vårdgivare med patientens samtycke ges elektronisk tillgång till patientuppgifter hos en annan vårdgivare för vården av patienten.

Att införa en möjlighet för vårdgivare att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter skulle underlätta för många patienter som utan hjälp har svårt att vara delaktiga i sin vård. Det skulle också underlätta för närstående som vill hålla sig löpande informerade om och hjälpa till i vården av exempelvis sina gamla föräldrar. Utredningen har även fått information om att anhörigvårdare och andra närstående redan i dag hjälper sina anhöriga genom att ”låna” deras e-legitimation och därmed får elektronisk tillgång till patientuppgifter, låt vara att det i dag

sker utan lagstöd och förmodligen står i strid med villkoren för användningen av e-legitimationen. Med en åldrande befolkning och allt större fokus på primärvård och vård i hemmet blir anhöriga en viktig resurs i vården och omsorgen. Därför anser utredningen att det finns ett stort och välmotiverat behov av att vårdgivare, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, kan ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

När det gäller risken för att den som får elektronisk tillgång och som normalt sett inte omfattas av lagstadgad tystnadsplikt sprider patientuppgifterna vidare på ett sätt som patienten inte vill kan följande noteras. Patienten har redan i dag rätt att ge andra som inte har tystnadsplikt tillgång till uppgifterna muntligt eller på papper genom att efterge sekretess eller genom att själv berätta för personen. Den elektroniska användningen av personuppgifterna för obehörig vidarespridning omfattas – i praktiken hindras – normalt av dataskyddsförordningen. Detta gäller dock inte om det är fråga om sådan s.k. rent privat behandling av personuppgifter som avses i artikel 2.2 c i dataskyddsförordningen. Patienten har dock alltid möjlighet att uttryckligen avtala med den som har elektronisk tillgång om tystnadsplikt, och sanktioner vid brott mot tystnadsplikten, innan den elektroniska tillgången medges. Patienten har vidare i förhållande till offentliga vårdgivare, enligt 12 kap. 2 § andra stycket offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL), möjlighet att göra sitt medgivande beroende av att hälso- och sjukvårdsmyndigheten gör ett s.k. sekretessförbehåll som vid straffansvar skapar en tystnadsplikt för mottagaren. Genom förbehållet inskränks mottagarens rätt att lämna uppgifter vidare eller utnyttja dem. Viss vidarespridning av patientuppgifter träffas vidare av straffbestämmelserna om förtal. Om en vårdgivare får reda på att patientuppgifterna obehörigt sprids, kan den elektroniska tillgången genast avbrytas. Eftersom utredningen föreslår en frivillig bestämmelse, finns det aldrig någon skyldighet för vårdgivaren att göra patientuppgifter elektroniskt tillgängliga för en annan fysisk person, oaktat om patienten begärt detta.

Enligt utredningens mening är befintlig reglering tillräcklig för att motverka en eventuell ökad risk för obehörig vidarespridning av patientuppgifter till följd av den elektroniska tillgången. Eftersom lagen om nationell läkemedelslista redan tillåter att ombud ges direktåtkomst till läkemedelsuppgifter, bedöms risken för att någon

får information om att en patient använder narkotiska preparat och tillskansar sig dessa inte öka om vårdgivare får möjlighet att ge elektronisk tillgång till även andra patientuppgifter.

De övriga risker som finns med att ge vårdgivare möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter kan enligt utredningens mening på ett tillfredsställande sätt motverkas genom integritetsstärkande åtgärder. Risken för att patientens medgivande inte är verkligen frivilligt kan motverkas genom en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om detta så att dessa kan utredas och den elektroniska tillgången kan avbrytas om det finns några tveksamheter. Utredningen föreslår en sådan skyldighet. Risken för att någon får del av patientuppgifter genom att utöva påtryckningar mot patienten kommer dessutom enligt utredningens bedömning sannolikt inte att öka påtagligt genom att vårdgivare får möjlighet att med patientens frivilliga medgivande ge någon utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Regeringen gjorde i förarbetena till sekretesslagstiftningen, patientdatalagen och lagen om nationell läkemedelslista bedömningar som ligger i linje med detta när det gäller risken för att någon utomstående tvingar till sig tillgång till känsliga uppgifter.[18]

Det finns en risk för att den som lämnat ett frivilligt medgivande blir oförmögen att ta tillbaka det och att fortsatt elektronisk tillgång enligt medgivandet kan innebära ett integritetsintrång. För att vårdgivaren ska uppmärksamma att patienten blivit beslutsoförmögen och kunna överväga om den elektroniska tillgången bör få fortsätta föreslås att hälso- och sjukvårdspersonalen ska vara skyldig att anmäla misstankar om att patienten inte längre kan lämna ett medgivande. Detta får enligt utredningens mening anses tillräckligt för att motverka den aktuella risken, som inte lär aktualiseras särskilt ofta. Risken för att någon genom den elektroniska tillgången kan ta del av mer information än vad patienten vill kan motverkas genom att patienten får möjlighet att begränsa den elektroniska tillgången till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet hos vårdgivaren. Utredningen föreslår att vårdgivare som ger elektronisk tillgång ska erbjuda patienten en sådan möjlighet. Risken för att den som fått elektronisk tillgång till något som registrerats

[18] Prop. 1979/80:2 Del A s. 329, prop. 2007/08:126 s. 159 och prop. 2017/18:223 s. 165.

efter medgivandet som patienten inte vill att denne ska få veta motverkas av att patienten, om denne är förmögen till det, själv har elektronisk tillgång till det som registreras. Patienten har möjlighet att när som helst ta tillbaka sitt medgivande eller begränsa den elektroniska tillgången.

Förslaget innebär ingen inskränkning av principen om integritet och konfidentialitet och bestämmelserna om säkerhetsåtgärder i dataskyddsförordningen. Dessa bestämmelser får, tillsammans med de bestämmelser om behörighetsbegränsningar, loggning och loggkontroll som finns i patientdatalagen, anses tillräckliga för att motverka risker som har med säkerheten att göra.

Risken för att personer som patienten inte vill ska ha elektronisk tillgång till patientuppgifter får det kan på ett tillfredsställande sätt motverkas av bestämmelser som innebär att juridiska personer inte får ges elektronisk tillgång och att bara fysiska personer som patienten uppger sig känna personligen får ges elektronisk tillgång. Utredningen föreslår sådana bestämmelser tillsammans med bestämmelser om skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om att patienten inte känner den som fått tillgång personligen. Genom dessa bestämmelser motverkas också risken för att hälso- och sjukvårdspersonal, forskare, juridiska personer, via bulvaner, och enskilda näringsidkare har elektronisk tillgång på ett sätt som inte rimligen bör tillåtas. Denna risk motverkas även genom att vårdgivaren har möjlighet att kontrollera vilka fysiska personer som getts elektronisk tillgång till många patienters uppgifter.

Utredningen anser sammanfattningsvis att det finns vissa risker med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter. Utredningen anser att det också finns ett klart behov av och klara fördelar med detta. Vissa risker kan på ett tillfredsställande sätt motverkas genom befintliga bestämmelser och de integritetsstärkande åtgärder som föreslås. De kvarvarande riskerna måste vägas mot de behov som finns och de fördelar som kan uppnås. Enligt utredningens bedömning är behoven och fördelarna så stora och påtagliga att de kvarvarande riskerna får accepteras. Utredningen vill i det sammanhanget betona att förslagen helt bygger på frivillighet; vårdgivare och patienter behöver inte gå med på elektronisk tillgång och den som fått sådan tillgång behöver inte använda den. Utredningen bedömer

således att behoven och fördelarna överväger integritetsriskerna. Utredningen föreslår därför att det ska införas bestämmelser som gör det möjligt att ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

6.2.6 Motsvarande avvägning görs för elektronisk tillgång för ombud vid sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Utredningens bedömning: Det finns behov av och fördelar med att vård- och omsorgsgivare vid sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation får möjlighet att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till sådan dokumentation som får göras tillgänglig för patient eller omsorgsmottagare. Behoven och fördelarna överväger integritetsriskerna. Detta förutsätter dock att vissa integritetsstärkande bestämmelser införs.

I delbetänkandet föreslog utredningen att det ska införas s.k. sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Förslaget innebär att vård- och omsorgsgivare får göra dokumentation om patienter och omsorgsmottagare elektroniskt tillgänglig mellan sig under vissa i förutsättningar.[19] Inom socialtjänsten gäller förslagen bara dokumentation om insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar. I sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan således ingå uppgifter som dokumenterats i patientjournaler respektive i socialtjänstens dokumentation om enskilda omsorgsmottagare som rör insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar.

Utredningens uppdrag är nu att se över möjligheterna att ge ett ombud elektronisk tillgång till *patientuppgifter*. Sådan dokumentation som förs inom socialtjänsten omfattas därmed inte. Utredningens uppdrag har emellertid också varit att se över möjligheterna att in-

[19] Med *omsorgsgivare* avses i den föreslagna lagen myndigheter och privata företag som ansvarar för eller utför insatser för äldre eller personer med funktionsnedsättningar. Den som fått eller får sådana insatser eller som fått eller får behovet av sådana insatser bedömda kallas i lagen *omsorgsmottagare*. Se kapitel 16 i delbetänkandet för utredningens förslag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

föra direktåtkomst, i likhet med den möjlighet som i dag ges genom sammanhållen journalföring, mellan vissa verksamheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Utredningen föreslog därför i delbetänkandet en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. De nuvarande bestämmelserna i patientdatalagen om sammanhållen journalföring togs in i den föreslagna lagen.

Som utredningen betonade i delbetänkandet finns det en möjlighet enligt 5 kap. 5 § patientdatalagen för patienter att genom direktåtkomst ta del av uppgifter om sig själva oavsett om vårdgivaren deltar i sammanhållen journalföring eller inte. I konsekvens med detta föreslog utredningen att den nya lagen ska innehålla en bestämmelse som medger att en patient eller omsorgsmottagare ges tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till sådana uppgifter om personen själv som får lämnas ut till honom eller henne och som andra vård- och omsorgsgivare får ha tillgång till genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Ett annat skäl till att införa en sådan bestämmelse i den föreslagna lagen var att en särskild bestämmelse om att en patient får ha elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation om sig själv skulle göra regelverket kring sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation tydligare än om endast 5 kap. 5 § patientdatalagen skulle tillämpas avseende sådan tillgång. En hänvisning i lagen till 5 kap. 5 § patientdatalagen föreslogs dock av tydlighetskäl.[20]

I utredningens uppdrag ingår alltså att föreslå ett system med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som liknar det för sammanhållen journalföring. Att överväga en motsvarande möjlighet att, i enlighet med omsorgsmottagarens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten som omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ligger i linje med utredningens uppdrag. Ett övergripande syfte med utredningens förslag är att införa en mer sammanhållen informationsöverföring inom vård och omsorg. Det skulle därför framstå som inkonsekvent att införa en möjlighet för enbart vårdgivare att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

[20] Se utredningens delbetänkande *Sammanhållen information inom vård och omsorg,* (SOU 2021:4) s. 475.

De behov och fördelar som utredningen ovan redogjort för när det handlar om att ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter, gör sig gällande på motsvarande sätt i fråga om omsorgsgivares dokumentation i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det ska framhållas att det är endast uppgifter om insatser för *äldre* och *personer med funktionsnedsättningar* som får ingå i systemet för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Detta är de grupper där det enligt utredningens bedömning lär finnas störst behov av att ta hjälp av t.ex. en närstående som kan hjälpa till i kontakterna med både vården och omsorgen. När det gäller integritetsrisker och andra nackdelar samt frågan om det finns användbara alternativ till elektronisk tillgång gör utredningen motsvarande överväganden som ovan avseende patientuppgifter (se avsnitt 6.2.2 respektive 6.2.3). Riskerna kan vägas upp med integritetsstärkande åtgärder enligt vad utredningen angett i avsnitt 6.2.4.

Utredningen gör vid en avvägning mellan behov och integritetsrisker motsvarande bedömning som i avsnitt 6.2.5. Utredningen bedömer således att behoven och fördelarna tillsammans med föreslagna integritetsstärkande åtgärder överväger integritetsriskerna. Därtill framstår det som lämpligt och i konsekvens med utredningens gjorda avvägningar att uppgifter om omsorgsmottagare som ingår i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation på motsvarande sätt kan få göras elektroniskt tillgängliga för en närstående fysisk person med stöd av omsorgsmottagarens medgivande. Utredningen föreslår därför att den tidigare föreslagna lagen tillförs bestämmelser som gör det möjligt att, med omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten som omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Vårdgivare får redan en sådan möjlighet genom den nya bestämmelse som nu föreslås i patientdatalagen. Bestämmelsen i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning bör dock omfatta även vårdgivares möjlighet till detta, eftersom det gör regelverket kring sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation tydligare än om endast den i patientdatalagen föreslagna bestämmelsen ska tillämpas avseende sådan tillgång. En erinran om att den nya bestämmelsen i patientdatalagen finns bör dock av tydlighetskäl finnas i lagen.

6.2.7 Konsekvensbedömning avseende dataskydd

Utredningens bedömning: Den här gjorda konsekvensbedömningen avseende dataskydd uppfyller kraven i artikel 35.10 i dataskyddsförordningen. En vårdgivare eller en omsorgsgivare behöver därför i regel inte göra en egen konsekvensbedömning avseende dataskydd innan ett system för att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation införs.

Utredningen har i sitt delbetänkande beskrivit principen om ansvarsskyldighet i artikel 5.2 i dataskyddsförordningen, som innebär att det är den personuppgiftsansvarige som ska säkerställa och kunna visa att dataskyddsförordningens grundläggande principer efterlevs. Huvudregeln är att den personuppgiftsansvarige ska genomföra en konsekvensbedömning avseende dataskydd före en behandling av personuppgifter som sannolikt medför hög risk för de registrerade. Under vissa förutsättningar finns en möjlighet att genomföra en konsekvensbedömning avseende dataskydd redan i lagstiftningsarbetet (artikel 35.10 i dataskyddsförordningen).

Utredningen har i sitt delbetänkande närmare redogjort för vilka krav som ställs på en konsekvensbedömning avseende dataskydd enligt dataskyddsförordningen samt sina bedömningar i samband med de lagförslag som där lämnades (se avsnitt 12.3.12, 13.3.5 och 14.6.6. i delbetänkandet). Utredningen kommer inte att här upprepa vad som där angetts om gällande rätt.

Utredningen bedömer att den riskanalys, med de gjorda avvägningarna mellan behov och integritetsrisker, som genomförs i detta kapitel i sig är en sådan konsekvensbedömning avseende dataskydd enligt artikel 35.10 i dataskyddsförordningen som görs i samband med ett lagstiftningsärende. Det innebär att en särskild konsekvensbedömning avseende dataskydd i de allra flesta fall inte behöver göras av varje vård- och omsorgsgivare innan ett system för att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation införs.

I undantagsfall, t.ex. om vård- eller omsorgsgivaren vill använda teknik som inte används i dag och som kan påverka den personliga integriteten, kan det förmodligen krävas att vård- eller omsorgsgivaren gör en egen konsekvensbedömning avseende dataskydd. Det är den personuppgiftsansvarige vård- eller omsorgsgivaren som har att ta ställning till om det krävs en konsekvensbedömning avseende dataskydd i det enskilda fallet och i så fall hur eventuella risker ska kunna minimeras.

6.3 Reglering i lag

Det anges i 5 kap. 4 § patientdatalagen att utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter är tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning. Något motsvarande krav på reglering i lag eller förordning vid direktåtkomst finns inte i de registerförfattningar som reglerar socialtjänstens verksamhet, lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoLPUL, och förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoLPUF. Som beskrivs närmare i delbetänkandet (se t.ex. avsnitt 3.2 i delbetänkandet) är dock riksdagen och regeringen överens om att myndighetsregister med ett stort antal registrerade och ett särskilt känsligt innehåll bör regleras särskilt i lag. En reglering som gör det möjligt för vårdgivare och omsorgsgivare att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till patientuppgifter respektive sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör därför redan av denna anledning regleras i lag. Härtill kommer att patientens egen elektroniska tillgång redan regleras i lag och att den elektroniska tillgången till den egna vård- och omsorgsdokumentationen föreslagits reglerad i lag. Möjligheterna att medge någon annan elektronisk tillgång till ens uppgifter anknyter till möjligheterna att själv ha sådan tillgång.

6.4 Elektronisk tillgång för patienters ombud

Utredningens förslag: Om den enskilde medger det får en vårdgivare ge en annan fysisk person, som den enskilde uppger sig känna personligen, elektronisk tillgång till sådana uppgifter som avses i 5 kap. 5 § första stycket patientdatalagen. Sådan tillgång ska på den enskildes begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet.

6.4.1 Bakgrund

Patienters rätt till insyn och delaktighet blir allt viktigare inom hälso- och sjukvården. Som ett led i detta har möjligheten för enskilda att ta del av sina patientuppgifter genom direktåtkomst införts i patientdatalagen (5 kap. 5 § PDL). Som beskrivits i avsnitt 6.2.1 finns det dock många patienter som har svårigheter att ta del av digital information och använda sin direktåtkomst. Dessa personer kan behöva utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras vårdprocesser. Behovet kan komma sig av att personerna på grund av ålder eller fysiska eller psykiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina besök, diagnoser eller läkemedel.

Från och med den 1 maj 2021 finns möjlighet att ge ett ombud direktåtkomst till uppgifter om en patient i den nationella läkemedelslistan (5 kap. 6 § lagen om nationell läkemedelslista). Tidigare tillhandahölls en ombudsfunktion i 1177 Vårdguidens e-tjänst *Journalen*. Efter Högsta förvaltningsdomstolens dom i HFD 2017 ref. 67 står det dock klart att en vårdgivare som behandlar personuppgifter med stöd av patientdatalagen inte enligt gällande rätt får ge ett ombud till en enskild direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om den enskilde. Högsta förvaltningsdomstolen betonade att 5 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen är avsedda att *uttömmande* reglera till vem och under vilka förutsättningar en vårdgivare får ge direktåtkomst till en enskild. Eftersom det inte finns någon bestämmelse som medger att direktåtkomst även får ges till ett ombud, är sådan direktåtkomst inte tillåten ens med patientens samtycke. Ombudsfunktionen i *Journalen* fick stängas, men eftersom behovet kvarstår har utredningen fått i uppdrag att se över möjligheterna införa bestämmelser som ger ombud åtkomst till patientjournalen.

I avsnitt 6.2 redogör utredningen för att det finns ett klart behov av och stora fördelar med att låta vårdgivare, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter. Vid en avvägning mellan behov och integritetsrisker har utredningen gjort bedömningen att behoven av och fördelarna med att vårdgivare får denna möjlighet överväger integritetsriskerna. Utredningen föreslår därför att det ska införas en bestämmelse som ger vårdgivare möjlighet att i enlighet med patientens frivilliga medgivande ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Nedan redogör utredningen för hur en sådan bestämmelse bör utformas och för de rekvisit som föreslås. Det redogörs bl.a. för vilka uppgifter den elektroniska tillgången föreslås omfatta och till vem den enskilde får medge elektronisk tillgång till patientuppgifterna. En särskild fråga är vad det innebär att den enskilde lämnar ett giltigt medgivande. I anslutning till detta diskuterar utredningen vad som gäller för personer som av olika skäl har nedsatt beslutsförmåga och vad som gäller för barns medgivande. Som utredningen redogör för i avsnitt 6.2.4 behöver bestämmelsen åtföljas av vissa integritetsstärkande åtgärder, för vilka också redogörs nedan.

Utredningen gör motsvarande avvägning mellan behov och integritetsrisker för elektronisk tillgång till vård- och omsorgsdokumentation för någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten (se avsnitt 6.2.6). Utredningen föreslår därför att det införs en särskild bestämmelse för att på motsvarande sätt som för patientuppgifter som behandlas enligt patientdatalagen, kunna ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Även detta ska bygga på patientens eller omsorgsmottagarens frivilliga medgivande, och den elektroniska tillgången får ges till någon som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen.

6.4.2 Placeringen av den nya bestämmelsen i patientdatalagen

I 5 kap. 5 § patientdatalagen finns en bestämmelse om en patients direktåtkomst till uppgifter om sig själv. Det anges att en vårdgivare får medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den

enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen (dvs. för ändamålet vårddokumentation). Den enskilde får under samma förutsättningar medges direktåtkomst till sådan dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen (dvs. uppgifter om den åtkomst som förekommit till uppgifter om patienten, s.k. logglistor).

Utredningen anser att det är lämpligt att den nya bestämmelsen om att vårdgivare har möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande ge någon utanför hälso- och sjukvården som denne känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter, placeras närmast efter 5 kap. 5 § patientdatalagen.

”Ombud” är det uttryck som i allmänhet används för att beskriva någon utanför hälso- och sjukvården som patienten har utsett och som ges elektronisk tillgång till patientuppgifter.[21] Uttrycket används i lagen om nationell läkemedelslista, där rubriken till 5 kap. 6 § är ”*Direktåtkomst för patient och ombud*”. Utredningen anser dock inte att ordet ombud bör användas i den föreslagna bestämmelsen (se motivering i avsnitt 6.4.4). Däremot framstår det av pedagogiska skäl som lämpligt att använda ordet ”ombud” i en rubrik. Utredningen föreslår därför att det införs en ny rubrik med lydelsen ”*Elektronisk tillgång för patienter och deras ombud*” närmast före 5 kap. 5 § i patientdatalagen.

I 5 kap. 4 § patientdatalagen finns en bestämmelse om utlämnande genom direktåtkomst. I paragrafens tredje stycke finns en upplysning som hänvisar till ytterligare bestämmelser om direktåtkomst i patientdatalagen. Utredningen har i delbetänkandet föreslagit att den bestämmelsen ändras bl.a. så att utlämnandet även avser annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Utredningen har även föreslagit att hänvisningarna i det tredje stycket i paragrafen ändras som en följd av de lagförslag som lämnats i övrigt om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (se kapitel 18.2.2 i delbetänkandet om följdändringar i patientdatalagen). Enligt den lydelse som föreslagits i SOU 2021:4 ska tredje stycket 5 kap. 4 § patientdatalagen upplysa om att ytterligare bestämmelser om direktåtkomst *och annat elektroniskt utlämnande* finns i 5 kap. 5 § patientdatalagen *och i 2 kap. och 4 kap. 11 § i den föreslagna lagen (0000:000)*

[21] Jfr t.ex. utredningsdirektiven (dir. 2019:37) s. 18 f, HFD 2017 ref. 67 och Ineras tidigare nämnda ombudsfunktion.

om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

Som en följd av att utredningen nu föreslår en ny bestämmelse om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande bör tredje stycket i 5 kap. 4 § patientdatalagen ändras så att det upplyses också om denna senare bestämmelse.

6.4.3 Ombudet får som mest ha elektroniska tillgång till samma uppgifter som patienten

Syftet med att införa en möjlighet att, med stöd av patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter är att patienten ska kunna ta hjälp av närstående i sina vårdkontakter. Tanken är att patienten ska kunna få hjälp med att hålla ordning på läkarbesök, diagnoser, ordinationer m.m. Frågan är då vilka patientuppgifter som ska omfattas.

En vårdgivare får enligt gällande regler medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamålet vårddokumentation. Den enskilde får under samma förutsättningar medges direktåtkomst till sådan dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen, dvs. uppgifter om den åtkomst till uppgifter som förekommit om den enskilde (logglistor) (5 kap. 5 § och 4 kap. 3 § första stycket första meningen PDL). I förarbetena till 5 kap. 5 § första stycket patientdatalagen angavs att patienter genom bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område getts rätt till information, delaktighet och medinflytande. Att ge patienter direktåtkomst till sina patientuppgifter bidrar till deras möjligheter att på ett bättre sätt aktivt delta i sin vård. Patienterna skulle t.ex. kunna bli mer informerade om sitt hälsotillstånd. Vidare skulle de kunna kontrollera att uppgifter som de lämnat till hälso- och sjukvårdspersonalen uppfattats på ett korrekt sätt. De skulle även kunna titta på resultat från provtagningar, vilket framför allt skulle spara tid för patienter som det regelbundet tas prover på och som ständigt behöver övervaka sitt sjukdomsförlopp. Direktåtkomst skulle också kunna vara ett sätt att låta patientjournalen följa patienten genom att

denne då kan låta en vårdgivare som han eller hon besöker för första gången, ta del av uppgifterna.[22]

De argument som anfördes till stöd för patientens egen direktåtkomst gäller enligt utredningens bedömning också när det handlar om att med stöd av patientens medgivande ge en annan fysisk person utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till uppgifterna. Utredningen anser att det är lämpligt att den som patienten har utsett får ha elektronisk tillgång till de uppgifter om patienten som patienten själv får ha sådan tillgång till. På så vis ökar förutsättningarna för att patienter som av olika anledningar har svårt att själva använda sig av sin elektroniska tillgång kan bli bättre informerade om sitt hälsotillstånd och ta tillvara sina rättigheter inom hälso- och sjukvården.

Utredningen redogör i avsnitt 4.9 för patientens rätt att medge någon annan tillgång till sina patientuppgifter. För uppgift i patientjournal som omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen finns ett undantag från huvudregeln om att den enskilde har rätt att ta del av dessa och själv förfoga över uppgifterna. Bestämmelsen innebär att sekretessen gäller i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv för uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne (25 kap. 6 § OSL). Bestämmelsen innebär i och för sig inte att patienten berövas sin rätt att medge att uppgift lämnas till annan. Medgivande att lämna uppgiften till en annan person, skulle i och för sig kunna lämnas, även om situationen är sådan att den enskilde själv inte vet vilka uppgifter medgivandet omfattar. Sekretess kan även i vissa fall gälla i förhållande till patienten själv för t.ex. uppgift i en anmälan eller utsaga (25 kap. 7 § OSL) respektive för uppgifter som hänför sig till förundersökning i brottmål (18 kap. 1 § OSL).

Utredningen anser dock inte att det är lämpligt att den som patienten utsett ska kunna få elektronisk tillgång till sådana ytterst känsliga uppgifter som omfattas av sekretess i förhållande till patienten och som denne därför inte får ha elektronisk eller annan tillgång till. Utredningen anser att den patienten utsett bara bör får ha elektronisk tillgång till sådana uppgifter om patienten som han eller hon får ha elektronisk tillgång till. Om det i undantagsfall förekommer

[22] Prop. 2007/08:126 s. 158.

sådana uppgifter som omfattas av sekretess i förhållande till patienten, kan patienten liksom i dag göra en sedvanlig begäran om att få ta del av allmänna handlingar och då lämna sitt medgivande till att sådana uppgifter lämnas ut till den patienten utsett.

Den patienten utsett bör alltså med patientens medgivande kunna få precis samma elektroniska tillgång till uppgifter om patienten som patienten själv får ha sådan tillgång till. Det är den maximala elektroniska tillgången som den patienten utsett får ha. Vilka uppgifter som den patienten utsett i ett enskilt fall får ha elektronisk tillgång till är också beroende av hur patientens medgivande är utformat. Patienten kan t.ex. begränsa sitt medgivande till att avse bara vissa av de uppgifter som patienten själv får ha elektronisk tillgång till. Om den patienten utsett i detta fall kommer att få någon elektronisk tillgång, lär bero bl.a. på vilka tekniska förutsättningar vårdgivaren har att hantera begränsade medgivanden. I avsnitt 6.4.7 framgår att patienten alltid ska ha möjlighet att begränsa sitt medgivande till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet.

Patienter har varken enligt patientdatalagen eller enligt offentlighetsprincipen i 2 kap. tryckfrihetsförordningen, någon *rätt* att få elektronisk tillgång till sina patientuppgifter. Utredningens uppdrag omfattar inte att lämna förslag om en sådan rätt. Därför bör det inte komma i fråga att, indirekt, ge patienter en sådan rätt genom att ge den patienten utsett en sådan rätt.

Utredningens föreslag innebär alltså endast en *möjlighet* för de vårdgivare som anser att det är lämpligt, att med patientens medgivande ge elektronisk tillgång till en annan fysisk person som patienten uppger sig känna personligen. Någon skyldighet för vårdgivare föreslås inte och således inte heller någon rättighet för patienten eller den patienten utsett i förhållande till vårdgivaren.

6.4.4 Ombudet ska vara en fysisk person som patienten uppger sig känna personligen

Många patienter har behov av och önskemål om att kunna utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras vårdprocesser. Det ligger i sakens natur att det ska handla om någon som patienten har förtroende för. Utredningens förslag om att en annan fysisk person ska kunna ges elektronisk tillgång till patientuppgifter

bygger på att det är patienten själv som väljer vem den vill medge sådan tillgång.

I lagen om framtidsfullmakter finns en offentligrättsligt reglerad möjlighet för enskilda att genom fullmakt utse någon som kan ha hand om deras personliga angelägenheter om de själva skulle bli beslutsoförmögna. I förarbetena till lagen om framtidsfullmakter anges att en möjlighet att själv utse sin företrädare skapar goda förutsättningar för en väl fungerande relation mellan den enskilde och ställföreträdaren. Med allt fler äldre i befolkningen ökar också behovet av hjälp. Det är viktigt att samhällets resurser används på ett så effektivt och ändamålsenligt sätt som möjligt. Detta förutsätter att enskilda kan få hjälp på ett mindre ingripande sätt än att en god man eller förvaltare utses. En utgångspunkt vid samhällets insatser är att de ska bygga på respekt för enskildas integritet. Vidare ska enskilda i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande i frågor som rör dem själva. En annan grundläggande utgångspunkt är att systemet ska vara rättssäkert och skydda enskilda mot utnyttjande. På samma sätt som gäller för vanliga fullmakter vilar framtidsfullmakter på den förutsättningen att det är den enskilde som väljer fullmaktshavare. Det förtroende som han eller hon ger fullmaktshavaren innebär i sig ett skydd mot att denne agerar illojalt.[23]

Utredningens förslag om möjlighet att ge en annan fysisk person, med stöd av patientens medgivande, elektronisk tillgång till patientuppgifter bygger, i likhet med lagen om framtidsfullmakter, på att patienten själv väljer vem som ska utses. Det lär innebära att det är en person som denne har förtroende för, vilket i sig utgör ett skydd mot illojalt agerande.

Utredningen anser dock att det ska införas ett krav på att det är en person som den enskilde uppger att den känner personligen. Med ”känna personligen” avses någon sorts relation i patientens privata sfär. Det kan t.ex. handla om en familjemedlem, en bekant, en granne eller någon annan person som patienten anser sig känna personligen. Det ska inte ställas några närmare krav på vad det innebär att känna någon personligen, utan det är ytterst patienten som får avgöra om den vill uppge att den känner någon personligen. Utredningen föreslår dock att bestämmelsen utformas så att det bara är en *fysisk person* som patienten uppger sig känna personligen som får ges elektronisk tillgång. Juridiska personer får således inte ges elektronisk tillgång.

[23] Prop. 2016/17:30 s. 20 ff.

Ett syfte med detta är att säkerställa att det inte rör sig om någon kommersiell eller yrkesmässig verksamhet som kan bidra till ett kringgående av sekretessreglerna, utan att det rör sig om en person som agerar inom ramen för den privata sfären.

När det gäller personer med legala ställföreträdare i form av gode män eller förvaltare, finns möjligheter att ta del av huvudmannens patientuppgifter redan i egenskap av legal ställföreträdare (se nedan i avsnitt 6.4.5 för närmare överväganden om legala ställföreträdare). Det finns inget hinder mot att en person, som anser att den känner sin gode man eller förvaltare personligen, medger att denne får elektronisk tillgång trots att personen t.ex. yrkesmässigt är god man. Det är för övrigt inte ovanligt att familjemedlemmar eller andra som patienten känner personligen förordnas som gode män. Om patienten vill medge ställföreträdaren elektronisk tillgång till sina patientuppgifter, får den alltså göra det enligt utredningens förslag.

När det gäller patienter som inte förstår svenska, kan dessa i vissa vårdsituationer behöva hjälp av en tolk vid vårdkontakter. Som ett led i detta kan tolken behöva ta del av vissa patientuppgifter. När det är fråga om en person som är yrkesverksam som tolk rör det sig typiskt sett inte om en sådan relation inom patientens privata sfär, som utredningens förslag tar sikte på. Patienten torde i regel inte känna tolken personligen på det sätt som avses. Det ska framhållas att inget hindrar att patienten precis som i dag lämnar sitt medgivande till att de uppgifter som behövs i vårdsituationen lämnas ut till tolken genom ett utlämnande av allmänna handlingar. Avsikten är dock inte att tolkar ska få elektronisk tillgång till patientuppgifter om den patient de tolkar för.

Utredningen föreslår ingen begränsning i antalet fysiska personer som patienten får medge elektronisk tillgång. Det finns således inget hinder mot att en patient medger flera personer samtidigt elektronisk tillgång. Man kan t.ex. tänka sig att en äldre person med vuxna barn vill ge samtliga sina barn elektronisk tillgång. Vårdgivare har dock som nämnts ingen skyldighet att ge elektronisk tillgång. Under förutsättning att kraven på saklighet och opartiskhet iakttas kan vårdgivare ta fram rutiner för hur tilldelning av elektronisk tillgång ska gå till och kan exempelvis välja att införa rutiner för hur många personer som samtidigt får medges elektronisk tillgång till en och samma patients uppgifter.

Utredningen vill betona att förslaget avser en offentligrättslig lagstiftning där patienten genom att lämna sitt medgivande kan häva sekretessen till förmån för en annan fysisk person. Det kan därför vara missvisande att använda uttrycket ”ombud” i den föreslagna bestämmelsen. Ombud kan föra tankarna till det civilrättsliga ombudsbegreppet. Den fysiska person som medges elektronisk tillgång ges vidare inte någon rättshandlingsförmåga, utan personen får endast en passiv läsbehörighet till patientuppgifterna. Därför bör uttrycket ”ombud” undvikas i själva bestämmelsen. Det är bättre att i bestämmelsen tala om en annan fysisk person som den enskilde uppger sig känna personligen.

Det ska betonas att vårdgivaren inte behöver göra någon kontroll eller lämna ett godkännande i det enskilda fallet för att en annan fysisk person ska kunna ges tillgång till patientuppgifterna. Detta markeras i den föreslagna bestämmelsen genom formuleringen ”uppger sig känna personligen”. I praktiken bör detta kunna lösas på ett för patienten smidigt sätt. Exempelvis kan man tänka sig en kryssruta i webb-gränssnittet där patienten får kryssa i att den känner den fysiska person den vill medge elektronisk tillgång personligen.

Det får förutsättas att vårdgivaren kontrollerar att inte en och samma person har elektronisk tillgång till för många patienters uppgifter. I sådana fall bör vårdgivaren undersöka detta och överväga att ta bort personens elektroniska tillgång. Det finns som sagt inte någon skyldighet för vårdgivare att ge en annan fysisk person elektronisk tillgång.

6.4.5 Patientens medgivande

Utredningens bedömning: Patientens frivilliga medgivande är en förutsättning för att ge en annan fysisk person, som patienten uppger sig känna personligen, elektronisk tillgång till patientuppgifter. Ett barn som är tillräckligt moget för att förstå vad saken gäller, och som har rätt att självt disponera sina patientuppgifter, kan lämna sitt medgivande till att en annan fysisk person som barnet uppger sig känna personligen får elektronisk tillgång till barnets patientuppgifter.

Det bör inte införas några särskilda bestämmelser för patienter med varaktigt nedsatt beslutsförmåga.

En grundförutsättning för att ge en annan fysisk person som patienten uppger sig känna personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter är att det bygger på att patienten verkligen vill detta, och manifesterar sin vilja genom att lämna sitt medgivande. Med *medgivande* menas här den typen av medgivande som avses i offentlighets- och sekretesslagen. Medgivandet medför att sekretessen som annars råder för patientuppgifterna hävs till förmån för den person som den enskilde utsett.[24]

En stor del av informationshanteringen inom hälso- och sjukvården förutsätter att patienten själv kan ta ställning och ge uttryck för sin vilja i olika avseenden. Patientens självbestämmande och integritet ska som utgångspunkt respekteras. Endast i rena undantagsfall bör man kunna frånkänna hans eller hennes medgivande rättsverkan. Så gäller även för utredningens förslag. Om patienten lämnar sitt medgivande till att en annan fysisk person får elektronisk tillgång till dennes patientuppgifter, bör detta som utgångspunkt respekteras. En annan sak är att en vårdgivare givetvis inte behöver ta hänsyn till ett medgivande som efter vad som framgår saknar giltighet enligt allmänna regler, exempelvis för att det inte är ett uttryck för patientens fria vilja.

Som beskrivs i avsnitt 4.9 innehåller varken hälso- och sjukvårdslagstiftningen eller sekretesslagstiftningen några formkrav för hur en patient kan lämna ett medgivande till att lämna ut sekretesskyddade uppgifter. Det viktiga är att den utlämnande vårdgivaren är säker på att den som åberopar patientens medgivande har ett sådant medgivande. I dag finns tekniska möjligheter att säkerställa att det verkligen är patientens medgivande genom stark autentisering, t.ex. med mobilt bank-id. Det kan även tänkas ske genom att visa upp en av patienten undertecknad skriftlig handling.

Utredningen anser inte att det bör införas några särskilda formkrav för hur medgivandet kan lämnas. Det ankommer på vårdgivaren att garantera att det rör sig om ett medgivande från patienten, exempelvis genom att tillhandahålla säkra tekniska lösningar. Detta ingår i vårdgivarens personuppgiftsansvar. Som alltid gäller kraven i dataskyddsförordningen på integritet och konfidentialitet (artikel 5.1 f). Det innebär att den personuppgiftsansvarige ska se till att person-

[24] Det brukar även kallas att lämna sitt *samtycke.* Utredningen använder dock här begreppet medgivande för att inte förväxla det med begreppet samtycke som används i dataskyddsförordningen som rättslig grund för att behandla personuppgifter.

uppgifterna behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet för uppgifterna, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder. Exempelvis kan man tänka sig att patientens identitet kontrolleras genom stark autentisering, genom att patienten loggar in med bank-id och medger att en annan fysisk person får elektronisk tillgång till patientuppgifter. Detta bör kunna ske på ett för patienten enkelt sätt, exempelvis genom kryssrutor.

Som utredningen beskrivit finns det många patienter som kan ha svårt att på egen hand ladda ner bank-id och använda digitala tjänster såsom direktåtkomst via *Journalen*. Samtidigt lär det vara dessa patienter som har störst nytta av att ta hjälp av en närstående som kan ges elektronisk tillgång till patientuppgifterna. För att dessa patienter inte ska stängas ute från möjligheten att lämna sitt medgivande är det lämpligt att vårdgivare ser till att det finns möjlighet att lämna sitt medgivande utan att detta kräver att man använder bank-id eller motsvarande digitala lösningar. Annars riskerar förslaget att inte kunna användas av de patientgrupper som har störst behov av det. Det kan tilläggas att inget hindrar att någon hjälper patienten att logga in i den digitala tjänsten, kryssa i rutorna och ange de uppgifter som krävs i webb-gränssnittet.

Den elektroniska tillgången bygger på patientens frivilliga och aktuella medgivande. Patienten ska när som helst kunna ta tillbaka sitt medgivande. Det ankommer därför på vårdgivaren att se till att man på ett enkelt och säkert sätt kan återkalla sitt medgivande. Exempelvis bör det kunna ske genom att patienten legitimerar sig med bank-id eller motsvarande och meddelar att medgivandet återkallas. Även detta bör kunna ske på ett för patienten smidigt sätt genom en kryssruta. Då ska den elektroniska tillgången till patientuppgifter omedelbart avslutas. Vårdgivaren bör även se till att en patient kan kontakta vårdgivaren på andra sätt för att meddela att denne inte längre vill att någon ska ha elektronisk tillgång. Genom att patienten när som helst kan ta tillbaka sitt medgivande säkerställs att den elektroniska tillgången hela tiden bygger på frivillighet från patientens sida.

Utredningen anser inte att det är nödvändigt att uppgifter om medgivanden, ändringar eller återkallelser av sådana, avseende elektronisk tillgång till patientuppgifter antecknas i patientjournalen. Däremot krävs givetvis dokumentation och bevarande av patientens medgivande på lämpligt sätt för att vårdgivaren ska kunna hantera

och hålla ordning på medgivanden och återkallelser av dessa. Det får förutsättas att vårdgivare, i förekommande fall tillsammans med sitt personuppgiftsbiträde, i dag i praktiken Inera AB, utarbetar rutiner för hur detta ska gå till.

Patienter med nedsatt beslutsförmåga

Patientens medgivande är en förutsättning för att ge en annan fysisk person som patienten uppger sig känna personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter. Inom hälso- och sjukvården finns det många patienter som av olika anledningar kan ha svårt att ge uttryck för sin vilja i olika avseenden. Det kan handla om patienter som på grund av ålder, demens eller funktionsnedsättningar av olika slag har svårt att ge uttryck för sina önskemål. Dessa personer har i många fall även nedsatt förmåga att ta emot information och lämna samtycke till olika sorters informationshantering som vårdinsatsen förutsätter. De torde även ha svårigheter att använda sig av e-hälsotjänster och att på egen hand ladda ner och använda e-legitimation. Det är samtidigt sannolikt dessa patienter som har särskilt stor nytta av att kunna ta hjälp av en annan person, som hjälper dem med det praktiska kring deras vårdprocesser, exempelvis att hålla ordning på besök, diagnoser och läkemedel. En särskild fråga är då hur man ska se på möjligheten för personer med olika former av nedsatt beslutsförmåga att lämna medgivande till att en annan person får elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Utredningen vill inledningsvis betona att avgörande för att kunna lämna ett medgivande till att häva sekretessen för patientuppgifterna är att man förstår vad man gör. Medgivandet är ett uttryck för patientens fria vilja att låta en annan person få elektronisk tillgång. Det krävs alltså inte att patienten är insatt i hur den aktuella e-tjänsten fungerar eller känner till regelverket om direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande för att kunna lämna ett sådant medgivande. Det är för övrigt sannolikt många personer, med full eller nedsatt beslutsförmåga, som inte fullt ut har den inblicken. Det som krävs är att medgivandet att häva sekretessen till förmån för en annan person är aktuellt, relevant och specifikt. Utredningen föreställer sig att många patienter, som på grund av hög ålder eller funktionsnedsättningar har svårt att ta till sig viss information, ändå har för-

mågan att ge uttryck för att de vill att en viss annan person ska få elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Vissa personer har dock ett sådant hälsotillstånd eller så nedsatt kognitiv förmåga att de inte kan lämna ett giltigt medgivande till att häva sekretessen. För att kunna lämna ett giltigt medgivande, måste man förstå vad saken handlar om och vad man gör. När det gäller personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga saknas således möjlighet att lämna ett giltigt medgivande till elektronisk tillgång. I de fallen kan den föreslagna bestämmelsen inte tillämpas. Det ingår inte i utredningens uppdrag att utreda särskilda frågor som rör personer med nedsatt beslutsförmåga. Behövs särskild reglering om sådana personer på det område som omfattas av utredningsuppdraget, bör regleringen enligt utredningens direktiv utformas i enlighet med befintlig reglering. Frågan är då om någon särskild reglering för personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga bör föreslås i detta fall.

I delbetänkandet lämnade utredningen förslag till särskilda bestämmelser för personer som inte endast tillfälligt saknade förmåga att ta ställning när det gäller sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. Förslagen utformades med bestämmelsen i 6 kap. 2 a § patientdatalagen som förlaga. Den bestämmelsen gör det möjligt att göra uppgifter om en patient med varaktigt nedsatt beslutsförmåga tillgängliga för andra vårdgivare som är anslutna till systemet med sammanhållen journalföring. En vårdgivare får ta del av uppgifterna under förutsättning att det har betydelse för nödvändig vård och att det efter att ha försökt klarlägga patientens vilja, inte finns skäl att anta att patienten skulle motsätta sig detta. Utredningen ansåg att det kan antas att omsorgsmottagare med nedsatt beslutsförmåga, t.ex. äldre med demens och personer med funktionsnedsättning, tillhör just de grupper som är i störst behov av informationsöverföring mellan instanserna, eftersom de ofta har svårigheter att själva förmedla informationen. När det gäller kvalitetsuppföljning ansåg utredningen att det fanns ett stort och berättigat behov av att uppgifter om patienter och omsorgsmottagare med varaktigt nedsatt beslutsförmåga får ingå i kvalitetsuppföljning.[25]

Det finns en särskild sekretessbrytande bestämmelse som kan bli tillämplig om den enskilde på grund av demens eller annat hälsorelaterat skäl inte kan samtycka. Bestämmelsen anger att om den

[25] Se avsnitt 16.5.6 och 17.5.2 i delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4).

enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område (25 kap. 13 § OSL). I förarbetena motiverades införandet av bestämmelsen med de patientsäkerhetsaspekter som gör sig gällande när vårduppgifter om en enskild i allt större utsträckning sprids på allt fler vårdgivare och de brister i omhändertagandet som finns i integrerade verksamheter, därför att information om den enskilde på grund av sekretessen inte alltid kan förmedlas mellan de olika verksamheterna i tillräcklig utsträckning.[26]

Det lär visserligen vara obestridligt att äldre med demens och personer med funktionsnedsättningar hör till dem med störst behov av stöd och hjälp från andra för att kunna vara delaktiga i vården. Många av dessa torde också ha en förmåga att lämna ett medgivande till att en annan fysisk person ges elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Utredningen anser dock inte att det är lämpligt att här införa särskilda regler för personer som på grund av t.ex. demens eller andra förhållanden har varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Detta har att göra med att en grundförutsättning för att införa en möjlighet för patienten att medge elektronisk tillgång, är att det bygger på patientens egen fria vilja. Att patienten förstår vad den gör, och vill ta hjälp av en närstående, är en förutsättning för att kunna tillämpa den föreslagna bestämmelsen.

Det ska tilläggas att det här, till skillnad från sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation eller den ovan nämnda sekretessbrytande bestämmelsen, inte handlar om att uppgifterna behövs för att ge patienten nödvändig vård. Det finns inte några uttalade patientsäkerhetsbehov som gör sig gällande när det handlar om att ge en person utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till patientuppgifter. Det finns inte heller något berättigat allmänt intresse av att ge personer utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till patientuppgifter, såsom vid kvalitetsuppföljning. Om situationen är sådan att patienten inte själv kan lämna ett frivilligt medgivande, kan

[26] Prop. 2007/08:126 s. 168.

alltså elektronisk tillgång inte ges till någon utanför hälso- och sjukvården.

För personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga som inte kan sköta sina angelägenheter finns möjlighet att förordna en legal ställföreträdare med stöd av bestämmelserna i föräldrabalken. Denne kan i sin tur ges elektronisk tillgång till patientuppgifter, i egenskap av legal ställföreträdare, om detta ingår i uppdraget (se avsnittet nedan med rubriken *Patienter med legala ställföreträdare*).

Patienter vars tillstånd förändras så att de inte längre kan ta ställning till om den elektroniska tillgången ska avslutas

Patientens tillstånd kan över tid förändras på så sätt att det kan ifrågasättas om denne fortfarande är i stånd att ta ställning till om den elektroniska tillgången ska fortsätta. En fråga är, vad som ska gälla om en patient som medgett en närstående elektronisk tillgång senare hamnar i ett varaktigt tillstånd som innebär denne inte längre kan ta ställning till om den elektroniska tillgången ska avslutas, exempelvis vid förvärrad demens.

Utredningen anser inte att den omständigheten att patienten efter medgivandet får sin beslutsförmåga varaktigt nedsatt i sig behöver medföra att den elektroniska tillgången avbryts. Det kan ofta antas, att medgivandet fortfarande är ett uttryck för patientens vilja även om patientens hälsotillstånd eller kognitiva funktioner har försämrats. Det vore också olyckligt om de patienter som sannolikt har det största behovet av hjälp från närstående i sina vårdkontakter skulle berövas det stödet genom att den elektroniska tillgången avslutas.

Att den patient som medgett elektronisk tillgång blir varaktigt oförmögen att ta ställning till om den tillgången ska avslutas innebär dock att man inte längre kan förlita sig på patientens möjlighet att ta tillbaka sitt medgivande som en garanti för att den elektroniska tillgången motsvarar patientens aktuella vilja. När patienten inte längre kan ge uttryck för vad den vill, bör någon annan göra en bedömning av vad som kan tänkas vara patientens verkliga vilja. Den bedömningen kan man inte rimligen överlåta till den som medgivandet avser. I stället bör vårdgivaren i den situationen bedöma om det fortfarande är patientens vilja att personen har elektronisk tillgång. Utredningen anser därför att vårdgivarna bör vara upp-

märksamma på och vid misstanke kontrollera om det finns anledning att anta att patienten *inte* längre vill att den digitala tillgången ska vara kvar, men har blivit oförmögen att återkalla medgivandet själv.

Utredningen föreslår därför att hälso- och sjukvårdspersonal vid misstanke om att patienten varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande ska anmäla detta till vårdgivaren, vilket beskrivs nedan i avsnitt 6.4.8. Vårdgivaren bör då försöka undersöka hur patienten ställer sig till den elektroniska tillgången. Om det inte framkommer något som tyder på att patienten skulle vilja återkalla medgivandet, finns det ingen anledning att avsluta den elektroniska tillgången. Om patienten i sitt nuvarande tillstånd visar ett avståndstagande eller direkt motvilja mot den som getts elektronisk tillgång, vilket kan vara tecken på att inställningen till den elektroniska tillgången ändrats, kan det finnas anledning att avsluta den elektroniska tillgången. Om patienten sedan ändrar sin inställning till den som haft elektronisk tillgång och åter visar förtroende för denna, kan det finnas anledning att, med stöd av det lämnade medgivandet, åter ge personen elektronisk tillgång.

Patienter med legala ställföreträdare

En god man eller förvaltare är en legal ställföreträdare som förordnats för att bevaka huvudmannens rättigheter i vissa avseenden.[27] För personer som har legal ställföreträdare i form av god man eller förvaltare, finns i dag en funktion i *Journalen* där legala ställföreträdare kan ges direktåtkomst till patientens uppgifter om det anses ligga inom ramen för uppdraget. Högsta förvaltningsdomstolen har nyligen uttalat sig i fråga om en förvaltares rätt att för huvudmannens räkning ta del av uppgifter som omfattas av sekretess (HFD 2020 ref. 50). Utredningen vill betona att utredningens förslag varken påverkar eller begränsar den möjlighet som finns för förvaltare och gode män att ha insyn i sina huvudmäns patientuppgifter. Utredningens förslag syftar till att skapa en möjlighet att, vid sidan om existerande regelverk med legala ställföreträdare, låta patienter själva utse en person som de känner personligen som kan hjälpa dem i deras vård-

[27] En förvaltares uppdrag kan innefatta att bevaka rätt, förvalta egendom och sörja för person (11 kap. 7 § föräldrabalken).

kontakter. Om förslaget genomförs, blir det således ett komplement till nuvarande former av ställföreträdarskap.

Det finns inget som hindrar att patienten, om den anser att den känner den gode mannen eller förvaltaren personligen och förstår vad den gör, medger att den gode mannen eller förvaltaren får elektronisk tillgång till patientuppgifterna med stöd av den föreslagna bestämmelsen.

Barn[28] och deras vårdnadshavare

Det finns inga generella åldersgränser för när barn kan samtycka till olika åtgärder inom hälso- och sjukvården. Det finns inte heller någon särskild åldersgräns i offentlighets- och sekretesslagen när det gäller barns medgivande. Som utredningen beskriver i avsnitt 4.10.1 har vårdnadshavare rättigheter och skyldigheter enligt föräldrabalken att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. I takt med barnets stigande ålder och utveckling ska vårdnadshavaren ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. Sekretess för uppgifter om ett barn gäller inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor om barnet. Sekretess gäller dock i förhållande till vårdnadshavaren, om det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren eller om det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen.

Detta betyder att när det gäller yngre barn, får vårdnadshavare i regel ha full insyn i sina barns patientuppgifter, och att vårdnadshavaren (eller vårdnadshavarna gemensamt) kan häva den sekretess som gäller för uppgifterna. Med stigande ålder och mognad kan sedan vårdnadshavaren (eller vårdnadshavarna gemensamt) besluta tillsammans med barnet. Slutligen, särskilt när det gäller äldre barn som närmare sig 18-årsåldern, kan barnet självt disponera över sina uppgifter och häva sekretessen om barnet självt vill. Vårdnadshavarna har då inte längre rätt att ta del av uppgifterna.

Utredningen anser att ett barn som förstår vad saken gäller, och som har rätt att självt disponera sina uppgifter, ska ha möjlighet att lämna sitt medgivande till att någon, som barnet anser sig känna personligen, får elektronisk tillgång till barnets patientuppgifter.

[28] Med barn avses den som är under 18 år.

Det ligger även i linje med Förenta nationernas konvention om barns rättigheter, barnkonventionen, som sedan den 1 januari 2020 gäller som svensk lag. Av barnkonventionen följer bl.a. att barnets bästa ska beaktas och att barnet har rätt att uttrycka sin åsikt och få den beaktad.

En särskild fråga är när ett barn självt kan lämna sitt medgivande. Som beskrivs i avsnitt 4.10.1 måste detta ses i ljuset av vårdnadshavarnas skyldigheter i frågor som rör barnet. Det finns ingen fast åldersgräns i patientdatalagen som anger när ett barn får ges direktåtkomst till sina patientuppgifter. I förarbetena till bestämmelsen tog regeringen inte särskilt upp frågan om barns direktåtkomst.

När det gäller hur barnets åsikter ska beaktas har det i svensk rättspraxis skapats vissa utgångspunkter, t.ex. att en 12-årings vilja normalt ska ges avgörande betydelse. I dataskyddslagen anges att vid erbjudande av informationssamhällets tjänster direkt till ett barn som bor i Sverige ska behandling av personuppgifter vara tillåten med stöd av barnets samtycke, om barnet är minst 13 år. Om barnet är under 13 år, ska sådan behandling vara tillåten endast om samtycke ges eller godkänns av den som har föräldraansvar för barnet (2 kap. 4 § dataskyddslagen).

I praktiken har regionerna i dag i regel löst det så att man automatiskt låter vårdnadshavare få direktåtkomst till sina barns uppgifter genom *Journalen* till dess att barnet fyller 13 år. För barn som fyllt 16 år ges barnet i regel automatisk direktåtkomst till sina egna patientuppgifter. För barn i åldern 13–15 år är det mer komplicerat. Det har att göra med att barnet är i en sådan ålder där det kan variera individuellt om barnet har uppnått sådan mognad att det självt kan disponera över sin sekretess, eller om det är vårdnadshavarna som kan göra det i egenskap av barnets legala ställföreträdare. De offentliga vårdgivarna har tillsammans med sitt personuppgiftsbiträde Inera bedömt att det inte är lämpligt att automatisk ge vare sig barn i åldern 13–15 år eller deras vårdnadshavare direktåtkomst. I praktiken har man infört en lösning som innebär att vårdnadshavares tillgång till sina barns uppgifter i *Journalen* automatiskt stängs ner när barnet fyller 13 år. De barn som nått en sådan mognad vid 13 års ålder att de själva får disponera sina uppgifter, har alltså fått vara styrande för samtliga vårdnadshavares åtkomst till barns patientuppgifter. För barn i åldrarna 13–15 år kan i stället en individuell prövning göras i det

enskilda fallet om barnet självt, eller vårdnadshavarna, ska ges elektronisk tillgång till uppgifter om barnet genom *Journalen*.

Utredningen anser att det inte bör införas någon specifik åldersgräns för när ett barn kan lämna medgivande till att någon annan får elektronisk tillgång. Det framstår som mest lämpligt att barns självbestämmande respekteras på motsvarande sätt som i övrigt inom hälso- och sjukvården, med beaktande av att barnet också självt måste kunna disponera sekretessen enligt offentlighets- och sekretesslagen respektive tystnadsplikten enligt patientsäkerhetslagen. Här får man således utgå från allmänna principer om att allt större hänsyn ska tas till barnets önskemål utifrån dess stigande ålder och mognad. Utredningen anser att detta är förenligt med det särskilda skydd för uppgifter om barn som kommer till uttryck bl.a. i skäl 38 till dataskyddsförordningen.

På motsvarande sätt som görs i dag när det gäller barns egen direktåtkomst till patientuppgifter, kan vårdgivare ta fram rutiner för barns möjlighet att medge någon annan elektronisk tillgång. Det gäller givetvis under förutsättning att det allmänna kravet på objektivitet och saklighet iakttas. När det gäller barn ska också principen om barnets bästa beaktas.

6.4.6 Den elektroniska tillgången får ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande

Utredningens förslag: Den elektroniska tillgången för den som patienten utsett får ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.

I kapitel 3 beskriver utredningen skillnaderna mellan direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande. Direktåtkomst anses vara förknippad med särskilda integritetsrisker. Skillnaden i praktiken för mottagaren mellan direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande genom en fråga-svar-funktion är inte särskilt stor.

Utredningen har i sitt delbetänkande föreslagit att vissa bestämmelser i patientdatalagen som gäller direktåtkomst, bl.a. 5 kap. 5 §, ändras så att de även gäller tillgång genom *annat elektroniskt utlämnande* än direktåtkomst. Utredningen hänvisar till delbetänkandet för den närmare motiveringen till varför förslagen om annat elektroniskt

utlämnande lämnats (se avsnitt 16.3 i delbetänkandet) och varför förslag om att göra motsvarande följdändringar i andra bestämmelser i patientdatalagen som reglerar direktåtkomst lämnas (se avsnitt 18.2 i delbetänkandet). Av motsvarande skäl som angetts i utredningens tidigare bedömningar, anser utredningen att det också här är lämpligt att den elektroniska åtkomsten omfattar inte bara direktåtkomst utan även *annat elektroniskt utlämnande*. Om ett system är utformat som en elektronisk fråga-svar-funktion, trots att bara direktåtkomst är tillåten, skulle det kunna leda till oönskade konsekvenser, såsom att personal hos vårdgivaren begår tystnadspliktsbrott. Om den mest integritetskänsliga formen av utlämnande (direktåtkomst) är tillåten, finns det från integritetsskyddsynpunkt inte skäl att förbjuda andra former av elektroniskt utlämnande.

I detta fall avser den elektroniska tillgången bara uppgifter om en enda person, patienten, och denne får redan i dag ha direktåtkomst till uppgifterna. Att den som patienten utser också får ha elektronisk tillgång till uppgifterna genom annat elektroniskt utlämnande – i stället för genom bara direktåtkomst – är därför logiskt och innebär i sig inga ökade integritetsrisker. Det blir också enklare och billigare för vårdgivarna om patienten och den som denne utser får ha samma slags elektroniska tillgång. Den som patienten utser bör därför få ges elektronisk tillgång genom *direktåtkomst* eller *annat elektroniskt utlämnande*.

6.4.7 Begränsning till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet

För att någon utanför hälso- och sjukvården (och socialtjänsten, enligt utredningens förslag i delbetänkandet) ska få ges elektronisk tillgång till patientuppgifter krävs att patienten har medgivit det. Medgivandet kan avse elektronisk tillgång till alla patientens uppgifter eller vara begränsat på olika sätt. Är medgivandet begränsat, lär det av tekniska skäl ofta vara svårt att ge den som patienten utser någon elektronisk tillgång alls. Det kan därför antas att den patient som egentligen vill att någon ska få elektronisk tillgång till bara vissa uppgifter går med på att denne får elektronisk tillgång till alla uppgifter bara för att det ska bli någon elektronisk tillgång alls. Detta är inte bra och stämmer mindre väl med principen om uppgiftsminimering. Samtidigt måste man ha förståelse för att en vårdgivare

av tekniska och ekonomiska skäl inte gärna kan tillgodose varje individuellt önskemål om begränsad elektronisk tillgång. Krävde man detta, skulle förmodligen få vårdgivare använda möjligheten att införa elektronisk tillgång.

Om vårdgivaren inte är skyldig att inför någon begränsning av den elektroniska tillgången, riskerar det alltså att leda till att patienter medger en mer omfattande elektronisk tillgång än de egentligen önskar. Om å andra sidan vårdgivaren bara fick ge elektronisk tillgång om varje begränsning av patientens medgivande respekterades, skulle det leda till att få vårdgivare var beredda att ge elektronisk tillgång. Man måste som utredningen ser det göra en avvägning av vilka viktiga begränsningar av medgivandet som vårdgivaren ska vara skyldig att respektera för att överhuvudtaget få erbjuda elektronisk tillgång.

Syftet med att införa möjligheten till elektronisk tillgång är, från utredningens synvinkel, främst att den som får tillgången ska kunna bistå patienten i den vård som är aktuell för tillfället. Tanken är således inte att den elektroniska tillgången ska användas för att ta del av patientuppgifter som inte är relevanta för patientens nuvarande situation. En lämplig avvägning är därför enligt utredningens mening att kräva att patienten alltid ska kunna begränsa sitt medgivande till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet. Det gör att patienten i de allra flesta fall bör kunna skräddarsy sitt medgivande så att det motsvarar vad patienten egentligen vill samtidigt som det bör vara förhållandevis enkelt och billigt för vårdgivaren att hantera, bl.a. eftersom det anknyts till vårdgivarens egna organisatoriska enheter.

Med vårdenhet avses enligt Socialstyrelsens termbank organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Vårdenhet förekommer i 4 kap. patientdatalagen som bl.a. reglerar spärrmöjligheter och inre sekretess. Exempelvis får personuppgifter som dokumenterats för vårdändamål hos en vårdenhet eller inom en vårdprocess inte göras tillgängliga genom elektronisk åtkomst för den som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess hos samma vårdgivare, om patienten motsätter sig det (4 kap. 4 § PDL). Det framstår därför som lämpligt att här låta patientens medgivande begränsas utifrån vårdenhet.

Den som vill att anhöriga bara ska kunna följa det aktuella vårdförloppet, t.ex. hur det går med en större operation, kan då begränsa

medgivandet till tiden efter intagningen på sjukhuset och den aktuella kliniken. Patienten kan också förhindra elektronisk tillgång till uppgifter registrerade inom t.ex. psykiatrin eller förlossningsvården. De nämnda begränsningarna i tiden och till en vårdenhet ska kunna göras för varje person för sig. Om patienten utsett flera personer, ska alltså begränsningarna kunna göras olika för respektive person. Patienten kan när som helst ändra sitt medgivande och införa eller ta bort en begränsning. Om patienten anmäler att den vill göra en begränsning som vårdgivaren inte måste respektera (dvs. som gäller något annat än uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet) och kan vårdgivaren inte heller tekniskt respektera begränsningen, måste den elektroniska tillgången avslutas.

Bestämmelsen om vilka begränsningar som alltid måste kunna respekteras hindrar inte att vårdgivaren respekterar även andra typer av begränsningar. Någon skyldighet finns dock inte att respektera andra typer av begränsningar.

6.4.8 Skyldighet att anmäla vid misstanke om att förutsättningarna inte är uppfyllda

Utredningens förslag: Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen får anledning att misstänka att patientens medgivande av elektronisk tillgång inte ger uttryck för patientens fria vilja eller att patienten varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett sådant medgivande, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vårdgivare som gett den elektroniska tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att patienten inte känner den som fått tillgång personligen.

I avsnitt 6.4.5 redogör utredningen för att patientens frivilliga medgivande är en förutsättning för att en annan fysisk person ska ges elektronisk tillgång till patientens uppgifter. I avsnitt 6.2.4 berörs integritetsstärkande åtgärder för att stärka skyddet för att patientens medgivande är frivilligt och återspeglar dennes vilja. Som beskrivits bör vårdgivarens möjlighet – och skyldighet - att säkerställa att medgivandet är frivilligt och aktuellt komma till uttryck genom att det införs en anmälningsplikt. Det ska betonas att det alltid är vårdgivaren som ansvarar för att medgivandet är frivilligt och aktuellt.

Det är vårdgivaren som lämnar ut uppgifterna genom att göra dessa elektroniskt tillgängliga och vårdgivaren är också personuppgiftsansvarig för behandlingen. Detta ansvar ligger inte på hälso- och sjukvårdspersonalen. För att vårdgivaren i praktiken ska kunna efterleva sitt ansvar, bör det dock föreskrivas att hälso- och sjukvårdspersonal genast ska anmäla till vårdgivaren när det finns anledning att misstänka att medgivandet inte ger uttryck för patientens fria vilja eller att patienten varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande.

Hälso- och sjukvårdspersonal bör alltså vara skyldig att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om att patientens medgivande inte ger uttryck för dennes fria vilja. Misstanke kan exempelvis uppstå vid ett vårdmöte om hälso- och sjukvårdspersonalen får indikationer på att en anhörig uppträder hotfullt mot patienten, eller vice versa, eller försöker få insyn i patientens förhållande på ett otillbörligt sätt. Tanken är dock inte att hälso- och sjukvårdspersonalen aktivt ska söka efter information, men får de ändå t.ex. i sitt vårdarbete information som gör att en misstanke kan uppstå är de skyldiga att anmäla det till vårdgivaren.

På motsvarande sätt bör hälso- och sjukvårdspersonal vara skyldig att till vårdgivaren genast anmäla om det uppstår misstankar om att patienten inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen. En sådan anmälan gör det möjligt för vårdgivaren att utreda om patientens uppgift om att denne känner den fysiska personen är riktig och överväga om den elektroniska tillgången ska avbrytas. Även genom kontroller av vilka fysiska personer som getts elektronisk tillgång till patienters uppgifter kan vårdgivaren få indikationer på att patienterna inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen. Om en fysisk person getts elektronisk tillgång till många patienters uppgifter, kan det tyda på att det finns kommersiella eller andra intressen som ligger bakom den elektroniska tillgången, vilket bör föranleda att den elektroniska tillgången avslutas.

Det kan även inträffa att den som lämnat ett medgivande senare blir oförmögen att ta tillbaka det. För att vårdgivaren ska uppmärksamma att så har blivit fallet och kunna överväga om den elektroniska tillgången bör fortsätta bör hälso- och sjukvårdspersonalen vara skyldig att anmäla misstankar om att patienten varaktigt inte längre kan lämna ett medgivande, dvs. är varaktigt beslutsoförmögen. Det kan t.ex. handla om en äldre patient vars tillstånd ändrats så att

den nu uttrycker att den inte längre vill att barnen ska ha elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Det kan även vara fråga om en patient som blivit dement och inte längre känner igen sina släktingar, och ger uttryck för att den inte vill ha med dessa att göra.

En anmälan ska göras närhelst en misstanke uppstår. Detta är avgörande för att vårdgivaren ska kunna utöva sitt personuppgiftsansvar och säkerställa att medgivandet är frivilligt och aktuellt. Redan om det finns *anledning* till misstanke, ska en anmälan göras. Det finns inget formkrav för anmälan, men vårdgivaren kan lämna instruktioner till sin personal om hur anmälan ska göras. Anmälan ska innehålla uppgift om vem patienten är och vilka omständigheter som lett fram till misstanken. Avsikten är inte att hälso- och sjukvårdspersonalen ska efterforska saken närmare genom att ta del av hela patientjournalen eller samla in ytterligare uppgifter. Om hälso- och sjukvårdspersonal anmäler att det finns anledning till misstanke, ankommer på vårdgivaren att hantera och i förekommande fall utreda detta. Genom att anmälan görs så snart som möjligt, får vårdgivaren möjlighet att utreda om misstanken är befogad och överväga om den elektroniska tillgången ska avslutas.

Utredningen anser inte att anmälan i sig är en sådan uppgift som behöver journalföras. Det får förutsättas att vårdgivaren skapar rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna göra en anmälan samt hur anmälan ska dokumenteras. Om så bedöms lämpligt, finns det inget som hindrar att Socialstyrelsen utfärdar allmänna råd om hur anmälningsskyldigheten kan utövas.

Som beskrivs i avsnitt 6.4.5 måste den elektroniska tillgången inte avslutas för att patienten blivit varaktigt beslutsoförmögen. Kravet är alltså endast att en anmälan ska göras vid misstanke, så att vårdgivaren får möjlighet att utreda om det kan finnas skäl att avsluta den elektroniska tillgången.

6.4.9 Föreskrifter om säkerhetsåtgärder

Utredningens förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid den elektroniska tillgången.

Det kan finnas behov av föreskrifter om säkerhetsåtgärder vid den elektroniska tillgången motsvarande dem som Socialstyrelsen kan meddela enligt 5 kap. 5 § patientdatalagen och 2 § patientdataförordningen (2008:360). Det anges även i dataskyddsförordningen att den personuppgiftsansvarige ska genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa och kunna visa att behandlingen utförs i enlighet med dataskyddsförordningen (artikel 24). Frågan är om det är nödvändigt med en reglering eller ett bemyndigande i lag för att säkerhetsföreskrifter ska kunna utfärdas.

Föreskrifter ska meddelas av riksdagen genom lag om de avser åligganden för kommuner (8 kap. 2 § 3 regeringsformen). Också föreskrifter om skyldigheter för enskilda ska meddelas av riksdagen genom lag (8 kap. 2 § 2 regeringsformen). Riksdagen kan dock, med vissa inte här aktuella undantag, bemyndiga regeringen att meddela sådana föreskrifter (8 kap. 3 § regeringsformen). Riksdagen kan då också medge att regeringen bemyndigar en förvaltningsmyndighet att meddela föreskrifter i ämnet (8 kap. 10 § regeringsformen). Regeringen får enligt 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter som inte enligt grundlag ska meddelas av riksdagen och föreskrifter om verkställighet av lag. Enligt 8 kap. 11 § regeringsformen får regeringen bemyndiga en myndighet under regeringen att meddela föreskrifter enligt 8 kap. 7 § regeringsformen.

Enligt patientdatalagen är utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning (5 kap. 4 § första stycket PDL). Den föreslagna bestämmelsen om elektronisk tillgång utgör således såvitt avser direktåtkomst ett undantag från ett i lag angivet förbud, som det är frivilligt att använda sig av. När det gäller utlämnande genom *direktåtkomst* införs alltså en möjlighet för vårdgivare att lämna ut uppgifter på ett sätt som annars inte vore tillåtet. Föreskrifterna kan, på grund av att det handlar om en frivillig möjlighet att använda undantaget från det lagstadgade förbudet, inte sägas avse några åligganden för kommuner eller några skyldigheter för enskilda när det gäller direktåtkomst. Den som frivilligt använder sig av den möjligheten måste dock följa de säkerhetsföreskrifter som kan ha meddelats av regeringen eller bemyndigad myndighet.

Det finns däremot inget generellt lagstadgat förbud mot *annat elektroniskt utlämnande* än direktåtkomst. Annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst är således i dag inte förbjudet utan får ske.

Den föreslagna bestämmelsen kan därmed ses som en inskränkning av den handlingsfrihet som finns i dag. De krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst får därför anses vara åligganden för kommuner och skyldigheter för enskilda. Å andra sidan finns det redan enligt dataskyddsförordningen, bl.a. artikel 32.1, generella krav på säkerhetsåtgärder vid behandling av personuppgifter såsom utlämnande av dem. Det är möjligt för regeringen att enligt 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om verkställighet av EU-förordningar.[29] Det får enligt utredningens bedömning här ses som sådana föreskrifter om verkställighet som regeringen, utan särskilt bemyndigande, får meddela. Därför behövs det inte ett bemyndigande i lag för att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan alltså meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid den elektroniska tillgången. En upplysning om detta bör för tydlighets skull finnas i patientdatalagen.

[29] Prop. 1999/2000:126 s. 135 f.

6.5 Möjlighet att ge ombud elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Utredningens förslag: Om patienten eller omsorgsmottagaren medger det får en vård- eller omsorgsgivare ge en annan fysisk person, som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen, tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. Sådan tillgång ska på patientens eller omsorgsmottagarens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss organisatorisk enhet.

Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen eller som utför arbetsuppgifter inom socialtjänsten får anledning att misstänka att patientens eller omsorgsmottagarens medgivande inte ger uttryck för patientens eller omsorgsmottagarens fria vilja eller att patienten eller omsorgsmottagaren varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vård- eller omsorgsgivare som gett tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att patienten eller omsorgsmottagaren inte känner den som fått tillgång personligen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan elektronisk tillgång.

Det ingår i och för sig inte i utredningens uppdrag att se över möjligheterna att införa någon allmän möjlighet för enskilda att utse ett ombud som kan få tillgång till socialtjänstens dokumentation. I avsnitt 6.2.6 har utredningen emellertid kommit fram till att de behov och fördelar som utredningen redogjort för när det handlar om att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter, gör sig gällande på motsvarande sätt i fråga om omsorgsgivares dokumentation i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Därför föreslår utredningen att en ny bestämmelse ska tas in i den i delbetänkandet föreslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

och kvalitetsuppföljning. Bestämmelsen medför att någon annan får ges elektronisk tillgång till uppgifter om omsorgsmottagare i socialtjänsten i de fall uppgifterna ingår i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Det ska framhållas att det är socialtjänstens uppgifter om äldre och personer med funktionsnedsättningar som får vissa insatser, som får ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det handlar om personer med ett sammansatt vård- och omsorgsbehov som ofta samtidigt får insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta är de grupper där det troligen finns stort behov av hjälp av en närstående med kontakterna med både vården och omsorgen. Den person som den enskilde utser, bör således kunna ges elektronisk tillgång till den sammanhållna vård- och omsorgsdokumentationen, oavsett om uppgifterna härrör från hälso- och sjukvårdens eller från socialtjänstens dokumentation.

Bestämmelsen om elektronisk tillgång i den föreslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning bör ha motsvarande innebörd och utformning som den föreslagna bestämmelsen om elektronisk tillgång i patientdatalagen. Utredningen hänvisar därför i denna del till sina överväganden i avsnitt 6.4 ovan. Här är det dock i stället uppgifter som ingår i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och beskrivs i 13 § första stycket i den förslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning som omfattas. För den närmare innebörden av sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation hänvisas till kapitel 16 i delbetänkandet. Där förklaras ingående vad som avses med omsorgsmottagare, omsorgsgivare, vilka uppgifter som får ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och vilka insatser som omfattas.

Till skillnad från i den föreslagna bestämmelsen i patientdatalagen, där utredningen använder begreppet ”enskild”, föreslås här att den enskilde beskrivs med begreppen *patienten* eller *omsorgsmottagaren*. Detta för att anknyta till de begrepp som används i de föreslagna bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det krävs dock inte att personen har en aktuell patientrelation eller en pågående omsorgsinsats för att kunna lämna sitt medgivande till att en annan fysisk person som denne känner personligen får elektronisk tillgång till uppgifterna.

Utlämnande bör få ske genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, se motiveringen ovan i avsnitt 6.4.6. Utlämnandet får bara avse sådana uppgifter om patienten eller omsorgsmottagaren själv som får lämnas ut till honom eller henne och som en annan vård- eller omsorgsgivare får ha tillgång till genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. En vård- eller omsorgsgivare får således enligt den föreslagna bestämmelsen bara ge elektronisk tillgång till uppgifter som denne själv har dokumenterat och gjort tillgängliga för andra vård- och omsorgsgivare och inte till uppgifter hos andra vård- och omsorgsgivare som vård- eller omsorgsgivaren bara har tillgång till genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det kan dock antas att de allra flesta vård- och omsorgsgivare kommer att anlita ett och samma personuppgiftsbiträde för att hantera den elektroniska tillgången. Därmed bör patienten eller omsorgsmottagaren i praktiken kunna ges en enkel möjlighet att medge elektronisk tillgång till uppgifter hos alla vård- eller omsorgsgivare som anlitat samma personuppgiftsbiträde. På motsvarande sätt som beskrivits i avsnitt 6.4.7 bör den elektroniska tillgången på patientens eller omsorgsmottagarens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss organisatorisk enhet. Med ”*organisatorisk enhet*” är tanken att det är vård- eller omsorgsgivaren själv som avgör vilka organisatoriska enheter den har och gränserna mellan dem.

Det bör också här finnas en skyldighet att genast anmäla till den vård- eller omsorgsgivare som gett tillgången, om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen eller som utför arbetsuppgifter inom socialtjänsten får anledning att misstänka att patientens eller omsorgsmottagarens medgivande inte ger uttryck för patientens eller omsorgsmottagarens fria vilja. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska även anmäla om den får misstanke om att patienten eller omsorgsmottagaren inte längre är i stånd att lämna ett medgivande eller om misstanken avser att patienten eller omsorgsmottagaren inte känner den som fått tillgång personligen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om säkerhetsåtgärder vid elektronisk tillgång. En upplysning om detta bör tas in i lagen. Se avsnitt 16.13.2 i delbetänkandet och avsnitt 6.4.9 för närmare motivering.

I den föreslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning bör det upplysas om att det i patientdatalagen finns ytterligare bestämmelser om elektronisk tillgång för patienten och andra till uppgifter hos vårdgivare om patienten själv.

6.6 Förhållandet till dataskyddsförordningen

Utredningens bedömning: Det är förenligt med dataskyddsförordningen att införa bestämmelser i svensk rätt som ger vård- och omsorgsgivare möjlighet att, i enlighet med ett frivilligt medgivande, ge någon utanför vården och omsorgen som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Den rättsliga grunden för att behandla personuppgifterna är, i vart fall, utförandet av en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen. Stödet för att behandla känsliga personuppgifter finns i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen.

6.6.1 Inledning

En förutsättning för att införa bestämmelser som ger vård- och omsorgsgivare möjlighet att, i enlighet med ett frivilligt medgivande, ge någon utanför vården och omsorgen som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är att detta är förenligt med dataskyddsförordningen. I kapitel 4 i delbetänkandet har utredningen gjort en genomgång av dataskyddsförordningen, bl.a. om vad som utgör behandling av personuppgifter, vad som är en rättslig grund för att behandla personuppgifter och de särskilda förutsättningar som krävs för att få behandla känsliga personuppgifter. I avsnitt 15.3 i delbetänkandet har utredningen redogjort för sina bedömningar om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning och förhållandet till dataskyddsförordningen. Utredningen hänvisar till kapitel 4 respektive

avsnitt 15.3 i delbetänkandet för en fylligare genomgång av kravet på rättslig grund enligt dataskyddsförordningen.

6.6.2 Vård- och omsorgsgivares behandling av personuppgifterna

Rättslig grund för behandlingen

För att en behandling av personuppgifter ska vara tillåten, behöver den stödja sig på (minst) en av de rättsliga grunder som räknas upp i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen (jfr avsnitt 4.6 i delbetänkandet). Av artikel 4 i dataskyddsförordningen framgår att utlämning genom överföring är en form av behandling av personuppgifter. Utlämnandet utgör således i sig en behandling av personuppgifter i dataskyddsförordningens mening, och måste därför ha en rättslig grund i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen.

Den rättsliga grunden för att myndigheter ska få behandla personuppgifter är i regel att det är nödvändigt för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen) alternativt fullgöra en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen).[30] Regeringen har uttalat att sådan verksamhet som en statlig eller kommunal myndighet bedriver inom ramen för sin befogenhet är ett allmänt intresse.[31] Det står vidare klart att hälso- och sjukvård samt socialtjänst, inklusive den behandling av personuppgifter som är nödvändig för att utföra arbetsuppgifterna, är sådana allmänna intressen som avses i artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.[32]

Den behandling av personuppgifter som sker inom hälso- och sjukvården genom insamling och sedermera dokumentation i patientjournal har stöd i ändamålsbestämmelsen i 2 kap. 4 § 1 och 2 samt 3 kap. patientdatalagen om skyldigheten att dokumentera i patientjournal. Detta bygger i sin tur, enligt utredningens och tidigare utredningars bedömning, på (i vart fall[33]) den rättsliga grunden rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen). Motsvarande

[30] Prop. 2017/18:105 s. 57 och SOU 2021:4 s. 340 f.
[31] Prop. 2017/18:105 s. 57.
[32] Jfr delbetänkandet avsnitt 4.6 samt där redovisade förarbetsuttalanden.
[33] Regeringen har uttalat att flera rättsliga grunder samtidigt kan vara tillämpliga i vissa situationer (prop. 2017/18:105 s. 57). Det får i det enskilda fallet ankomma på den personuppgiftsansvarige att – som alltid – klargöra med stöd av vilken rättslig grund som behandlingen sker.

gäller för den dokumentation som socialtjänsten behöver utföra om enskilda med stöd av ändamålsbestämmelsen i 6 § lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoLPUL) och den dokumentationsskyldighet som finns i socialtjänstlagen.[34]

En fråga som då uppkommer är om utlämnandet av patientuppgifter respektive sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande kan ses som ett utflöde av den rättsliga förpliktelsen att föra patientjournal och dokumentera inom socialtjänsten eller om det snarare bör ses som en arbetsuppgift av allmänt intresse.

Av 2 kap. 5 § patientdatalagen följer, att personuppgifter som behandlas för ändamål som anges i 4 § samma lag också får behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning. Behandling av personuppgifter för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning enligt 2 kap. 5 § patientdatalagen utgör en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen) om det sker på grund av en uppgiftsskyldighet. *Socialdataskyddsutredningen* bedömde att, i den mån uppgiftslämnandet inte grundar sig på en skyldighet utan på en möjlighet att lämna uppgifter, får uppgiftslämnandet i stället anses utgöra en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.[35]

Av 6 § andra stycket SoLPUL framgår att personuppgifter får behandlas för uppgiftsutlämnande som föreskrivs i lag eller förordning. *Socialdataskyddsutredningen* har uttalat att sådant uppgiftsutlämnande sker till följd av en rättslig förpliktelse och därmed har stöd i artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen.[36] I den mån uppgiftslämnandet inte grundar sig på en skyldighet utan på en möjlighet att lämna uppgifter, anser utredningen att uppgiftslämnandet även här får anses utgöra en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.

Som nämnts kommer utredningen endast att föreslå en frivillig möjlighet för vård- och omsorgsgivare att ge en fysisk person tillgång till uppgifterna. Det är således inte fråga om någon uppgiftsskyldighet. Därför är det enligt utredningens bedömning inte fråga om en rättslig förpliktelse. Genom att föreslå bestämmelser i patient-

[34] Jfr *Socialdataskyddsutredningens* bedömning SOU 2017:66 s. 326 och 396 f.
[35] SOU 2017:66 s. 326 f.
[36] SOU 2017:66 s. 397.

datalagen och den i delbetänkandet föreslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning som stöd för att lämna ut uppgifterna, kommer det att finnas stöd – men inte någon skyldighet – i nationell rätt för att lämna ut personuppgifterna (jfr 2 kap. 5 § patientdatalagen respektive 6 § andra stycket SoLPUL). Vård- och omsorgsgivares behandling genom utlämnandet av patientuppgifter och vård- och omsorgsdokumentation får, i detta sammanhang, ses som behandling av personuppgifter som sker för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag.

Att utföra vården och omsorgen är en arbetsuppgift av allmänt intresse. Syftet med att låta patienter och omsorgsmottagare medge någon utanför vården och omsorgen elektronisk tillgång till uppgifter är att öka patienters och omsorgsmottagares delaktighet i just vården och omsorgen. Den behandling av personuppgifter som sker genom utlämnandet i enlighet med patientens eller omsorgsgivarens medgivande är därför, enligt utredningens mening, nödvändig för att utföra en *arbetsuppgift av allmänt intresse* (artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen).

En annan rättslig grund som skulle kunna ligga nära till hands när det som här är fråga om att med stöd av patientens eller omsorgsmottagarens medgivande lämna ut uppgifter, är att den registrerade har lämnat sitt samtycke till behandlingen. Samtycke som rättslig grund kan dock ofta inte användas av myndigheter när de fullgör sina arbetsuppgifter (skäl 43 till dataskyddsförordningen). Myndigheternas utrymme för att grunda behandling på samtycke från den registrerade anses därför vara begränsat, i vart fall i sådana situationer där det är osannolikt att ett samtycke lämnas frivilligt.[37] Den rättsliga grunden för att vård- och omsorgsgivare ska få behandla personuppgifter med stöd av den bestämmelse som föreslås bör inte i första hand vara samtycke utan utförandet av en arbetsuppgift av allmänt intresse. Den registrerades medgivande till att ge en annan fysisk person elektronisk tillgång till uppgifterna får i första hand ses som en integritetsstärkande åtgärd. En annan sak är att den registrerades medgivande är en förutsättning för att häva den sekretess som råder för uppgifterna i förhållande till en person utanför hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, och som annars hade hindrat ett utlämnande (se nedan avsnitt 6.7).

[37] Prop. 2017/18:105 s. 56.

Att registrera patientens medgivande till att ge en annan fysisk person elektronisk tillgång till patientuppgifter utgör i sig en behandling av personuppgifter. Denna behandling är nödvändig för att den personuppgiftsansvarige ska kunna hantera medgivanden och återkallelser. Även denna behandling av personuppgifter är därför nödvändig för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse.

Stöd för att behandla känsliga personuppgifter

De uppgifter som lämnas ut kommer i allmänhet att vara känsliga personuppgifter om hälsa som enligt huvudregeln i artikel 9.1 i dataskyddsförordningen inte får behandlas. Det innebär att något av undantagen i artikel 9.2 i dataskyddsförordningen för att få behandla känsliga personuppgifter behöver vara uppfyllda (se närmare avsnitt 4.8 i delbetänkandet).

Som utredningen redovisat i avsnitt 4.8.3 i delbetänkandet finns det stöd i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen och 3 kap. 5 § dataskyddslagen för att behandla känsliga personuppgifter inom hälso- och sjukvård och social omsorg. Uppräkningen i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen lär i praktiken täcka nästan all behandling av känsliga personuppgifter som förekommer inom hälso- och sjukvårdsområdet samt socialtjänsten.[38] Utredningen bedömer att den möjlighet som nu föreslås, nämligen att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, är en sådan typ av behandling som har stöd i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen och 3 kap. 5 § dataskyddslagen.

Behandling får ske under förutsättning att kravet på tystnadsplikt som följer av artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är uppfyllt. Inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten gäller som regel tystnadsplikt, både i den offentliga och i den privata sektorn. I regel råder stark sekretess för den typ av personuppgifter som förkommer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det innebär att kravet på

[38] Sören Öman, *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar*, kommentaren till artikel 9. JUNO version:1A.

tystnadsplikt som följer av artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är uppfyllt.

6.6.3 Ombudets behandling av personuppgifterna

Den fysiska person som får elektronisk tillgång till patientuppgifter eller sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation utför i sin tur en behandling av personuppgifter, exempelvis genom läsning av personuppgifterna. Frågan är hur denna behandling förhåller sig till dataskyddsförordningen.

Utredningen anser att ledning kan hämtas från förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista. Där anförde regeringen att möjligheten att genom en fullmakt utse en annan fysisk person som kan få direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan främst torde bli aktuell i privata relationer. Det kan t.ex. handla om en närstående till en äldre person som genom en sådan fullmakt kan vara behjälplig med den äldres läkemedelsanvändning. Den behandling av personuppgifter som den närstående då utför ligger, enligt regeringens bedömning, utanför dataskyddsförordningens tillämpningsområde enligt artikel 2.2 c i förordningen. Detta eftersom det då rör sig om en fysisk person som behandlar personuppgifter som ett led i verksamhet av rent privat natur eller som har samband med hans eller hennes hushåll. Regeringen anförde också att om en patient genom en fullmakt utser en fysisk person att få direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan och omständigheterna är sådana att ombudets behandling av personuppgifter omfattas av dataskyddsförordningen, måste behandlingen givetvis vara förenlig med tillämpliga dataskyddsregler.[39]

Det ska nämnas att den som endast har tillgång till personuppgifter i en uppgiftssamling genom att t.ex. söka bland och läsa dessa, men varken har någon faktiskt eller rättslig möjlighet att ändra, komplettera eller radera personuppgifterna, inte anses vara personuppgiftsansvarig. Den som bara har sådan begränsad tillgång till personuppgifterna anses inte ha sådan bestämmanderätt över ändamålen och medlen för behandlingen av personuppgifter att han eller hon kan anses som personuppgiftsansvarig.[40] I patientdatalagen

[39] Prop. 2017/18:223 s. 165 f.
[40] Sören Öman, *Dataskyddsförordningen (GDPR m.m.) – En kommentar*, kommentaren till artikel 4.7, JUNO version:1A

har dock införts en specialbestämmelse som klargör att, när en *vårdgivare* via direktåtkomst bereder sig elektronisk tillgång till personuppgifter om patienter hos en annan vårdgivare för att söka efter och läsa vårddokumentation, blir denne i det fallet personuppgiftsansvarig för denna behandling (se 2 kap. 6 § andra stycket PDL). Detta hänger samman med att en vårdgivare enligt patientdatalagen är personuppgiftsansvarig för all den behandling av personuppgifter som vårdgivaren utför.[41]

Utredningen anser att motsvarande resonemang som i förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista bör gälla avseende den behandling av personuppgifterna som den fysiska personen som medgetts elektronisk tillgång utför när denne tar del av uppgifterna. Enligt utredningens förslag ska elektronisk tillgång endast få ges till fysiska personer som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen. Som tidigare nämnts avses någon form av relation i patientens privata sfär. Det ska alltså typiskt sett inte vara fråga om någon yrkesmässig verksamhet. Som utredningen angett ovan, kan det dock tänkas att en patient har en legal ställföreträdare i form av en god man eller förvaltare som han eller hon personligen känner på det sätt som avses. I regel bör det därför även här i vart fall vara fråga om sådan behandling av personuppgifter som utförs av en fysisk person som ett led i verksamhet av rent privat natur eller som har samband med hans eller hennes hushåll. Därmed är dataskyddsförordningen inte tillämplig på personens behandling av personuppgifterna. Skulle det i ett enskilt fall trots allt vara fråga om en behandling som omfattas av dataskyddsförordningen och som personen är personuppgiftsansvarig för, måste personens behandling givetvis vara förenlig med tillämpliga dataskyddsbestämmelser. Om en vård- eller omsorgsgivare får reda på att uppgifterna obehörigt sprids vidare av personen, kan dennes elektroniska tillgång genast avbrytas.

[41] Prop. 2007/08:126 s. 62.

6.7 Förhållandet till sekretess och tystnadsplikt

Utredningens bedömning: Utlämnandet till en fysisk person utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten bygger på att patienten eller omsorgsmottagaren medger det elektroniska utlämnandet och därmed häver sekretessen i förhållande till personen. Därför är det förenligt med regelverket om sekretess och tystnadsplikt att införa bestämmelser som tillåter ett sådant utlämnande.

När en myndighet lämnar ut allmänna handlingar som innehåller personuppgifter, utgör själva utlämnandet en behandling av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen. Samtidigt är det fråga om ett röjande av uppgifterna i sekretesslagstiftningens mening. Att ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten, som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen, elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, innebär alltså att det sker ett *utlämnande av uppgifter* i offentlighets- och sekretesslagens mening. Sekretesskyddet för enskildas personliga förhållanden i hälso- och sjukvård och socialtjänst syftar till att skydda uppgifter om patienten och omsorgsmottagaren (25 kap. 1 § respektive 26 kap. 1 § OSL). Sekretessen gäller dock i regel inte i förhållande till patienten eller omsorgsmottagaren själv. Man brukar tala om att den enskilde disponerar sin egen sekretess. Den enskilde kan välja att, helt eller delvis, häva sekretessen som gäller till skydd för honom eller henne genom att medge att uppgifter lämnas ut till någon annan (12 kap. 2 § OSL). Genom ett sådant medgivande hävs sekretessen i förhållande till det utlämnande som den enskilde medgett.

Patienter och omsorgsmottagare kan redan i dag förfoga över sina uppgifter och t.ex. välja att låta en närstående ta del av dem. På motsvarande sätt kommer patienter och omsorgsmottagare, om utredningens föreslag genomförs, att kunna välja att disponera sekretessen och lämna sitt medgivande till att uppgifterna lämnas ut till en fysisk person så att denne får elektronisk tillgång till dem. Genom ett sådant medgivande bryts den sekretess som annars gäller för uppgifterna i förhållande till den person till vilken medgivandet gäller. På motsvarande sätt blir röjandet genom den elektroniska tillgången inte obehörigt och i strid med den tystnadsplikt som gäller inom den privata hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det ska framhållas att den elektroniska tillgången inte ska omfatta sådana uppgifter för vilka sekretess i undantagsfall gäller mot patienten eller omsorgsmottagaren. Motsvarande gäller också i dag för de uppgifter som patienten själv kan få tillgång till genom direktåtkomst (5 kap. 5 § PDL).

Ett medgivande till att lämna ut uppgifter kan lämnas i förväg, men det måste vara aktuellt, relevant och specifikt. Ett medgivande till utlämnande av uppgifter anses inte kunna vara så generellt att en enskild helt avstår från sekretess t.ex. hos en viss myndighet eller tjänsteman. Genom de integritetsstärkande åtgärder som föreslås (se avsnitt 6.2.4) anser utredningen att det på ett proportionerligt och väl avvägt sätt skapas förutsättningar för att lämna ett i sekretesshänseende relevant och giltigt medgivande till utlämnandet. Eftersom patienten eller omsorgsmottagaren när som helst och utan några formkrav kan återkalla sitt medgivande, så att den elektroniska tillgången spärras, säkerställs kravet på att det handlar om ett aktuellt samtycke. Genom att patienten eller omsorgsmottagaren själv väljer vem som får medges elektronisk tillgång, samt föreslås kunna begränsa den elektroniska tillgången till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss enhet hos vård- eller omsorgsgivaren, uppnås kravet på att det ska röra sig om ett specifikt medgivande.

Som utredningen nämnt kan det finnas en risk för att den som lämnat ett frivilligt medgivande senare blir oförmögen att själv ta tillbaka medgivandet. För att vårdgivaren ska uppmärksamma om personen blivit varaktigt beslutsoförmögen och kunna överväga om den elektroniska tillgången bör avslutas, föreslår utredningen att hälso- och sjukvårdspersonalen och de som utför arbetsuppgifter inom socialtjänsten, ska vara skyldiga att anmäla misstankar om att patienten inte längre kan lämna ett medgivande (se avsnitt 6.4.8). Detta säkerställer enligt utredningen på ett tillräckligt sätt att medgivandet är aktuellt även när det gäller personer som blivit varaktigt beslutsoförmögna.

Även barn ska enligt utredningens förslag kunna lämna ett medgivande till elektronisk tillgång. Det föreslås inga specialregler om barns medgivande. Detta får anpassas efter omständigheterna i det enskilda fallet och det aktuella barnets ålder och mognad. När det gäller att bedöma möjligheten för ett barn att lämna sitt medgivande utvecklar utredningen detta närmare i avsnitt 6.4.5.

En ytterligare aspekt när det gäller förhållandet till sekretess och tystnadsplikt är att sekretess gäller för personuppgift, om det kan antas att uppgiften efter ett utlämnande kommer att behandlas i strid med dataskyddsförordningen (21 kap. 7 § OSL). Eftersom bestämmelsen kommer att vara så utformad att tillgång endast får ges en fysisk person som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen, kommer det oftast att handla om sådan s.k. rent privat behandling som inte omfattas av dataskyddsförordningen. Därmed finns det i regel inte skäl att anta att uppgifterna skulle behandlas i strid med dataskyddsförordningen. Om en vård- eller omsorgsgivare får anledning att misstänka att behandlingen skulle stå i strid med dataskyddsförordningen, kan den elektroniska tillgången genast avbrytas.

7 HOSP-registret på internet

7.1 Inledning

Under de senaste åren har antalet förfrågningarna till Socialstyrelsen om uppgifter i HOSP-registret ökat. Förfrågningar kommer från flera olika aktörer, såväl offentliga som enskilda. Med enskilda menas både fysiska personer och privata juridiska personer. Ett grundläggande syfte med att låta vissa uppgifter i HOSP-registret vara tillgängliga på internet för allmänheten skulle vara att bidra till en ökad patientsäkerhet bl.a. genom att det gör det svårare för icke-legitimerade att uppträda som sådana. Om uppgifter i HOSP-registret finns enkelt tillgängliga för allmänheten skulle också Socialstyrelsens arbete med att svara på frågor om innehållet i registret bli mindre omfattande och billigare. Mot detta ska ställas vikten av att skyddet för den personliga integriteten upprätthålls.

Utredningen har i uppdrag att analysera de rättsliga förutsättningarna för att tillgängliggöra vissa uppgifter i HOSP-registret för allmänheten, t.ex. via internet, och bedöma vilka uppgifter som är relevanta att göra tillgängliga på det sättet. Utredningen kan inte se att ett tillgängliggörande för allmänheten i dag kan göras bättre än öppet på internet och berör därför bara detta alternativ.

I detta kapitel redovisas först behovet för allmänheten av att enkelt kunna kontrollera om en person har en viss legitimation och vissa andra positiva effekter av att detta görs möjligt. Därefter redovisas integritetsrisker med att göra så och de integritetsstärkande åtgärder som bör vidtas, varpå en samlad integritetsanalys med en avvägning mellan fördelar och integritetsrisker redovisas. Sedan redogör utredningen för sina överväganden och förslag när det gäller att på internet tillgängliggöra vissa uppgifter i HOSP-registret för allmänheten. Det redovisas särskilt vilka sökbegrepp som bör vara tillåtna och vilka uppgifter i HOSP-registret som bör visas i sök-

resultatet. Avslutningsvis berörs nödvändiga följdändringar i form av ett nytt ändamål för behandlingen av personuppgifterna i registret och en föreskrift om undantag från s.k. folkbokföringssekretess.

7.2 Allmänhetens behov av att kunna söka uppgifterna på internet

Utredningens bedömning: Det finns ett befogat behov av att allmänheten på internet kan kontrollera om en person har en viss legitimation.

Mot bakgrund av syftet med legitimering av hälso- och sjukvårdspersonal framstår det som motiverat att göra information om de registrerades behörighet mer tillgänglig än vad som är fallet i dag. Det bidrar till en förbättrad patientsäkerhet. Därtill kan det ses som en nödvändig anpassning till dagens internationalisering och mer globala arbetsmarknad, framför allt i förhållande till våra grannländer.

Det finns också ett behov av att effektivisera Socialstyrelsens hantering av förfrågningar om uppgifter i HOSP-registret. En mer automatiserad hantering skulle underlätta för Socialstyrelsen, minska kostnaderna och bidra till en ökad patientsäkerhet.

7.2.1 Inledning

Redan de huvudsakliga ändamålen för legitimationssystemet – att bara vissa individer ska få utföra vissa arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården – och HOSP-registret – att ha en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – gör att snart sagt vem som helst kan komma att behöva kontrollera uppgifter i HOSP-registret för att förvissa sig om att den som ska göra något inom hälso- och sjukvården får göra det. Att det finns ett legitimt och berättigat behov för allmänheten, var och en, att få veta om någon har en viss legitimation står därmed klart för utredningen. I det följande beskrivs behoven för olika kategorier av intressenter närmare.

7.2.2 Svenska användares behov

Enligt uppgift från Socialstyrelsen har andelen förfrågningar om uppgifter ur HOSP-registret ökat de senaste åren. I de flesta fall handlar det om att ta reda på om en viss person är legitimerad eller vilken specialitet yrkesutövaren har. Utan större utredningsinsatser är det svårt att ange hur stor andel av förfrågningarna från enskilda som kommer från fysiska personer respektive juridiska personer.

Även svenska myndigheter kan ha behov av att kontrollera om någon har en viss legitimation utan att de har behov av direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är ett uppenbart exempel, men nästan varje svensk myndighet kan åtminstone ibland behöva kontrollera t.ex. vilken behörighet den som skrivit ett intyg har. I dag har endast offentliga vårdgivare, Inspektionen för vård och omsorg och Transportstyrelsen möjlighet till direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. I kapitel 8 berör utredningen möjligheterna för andra aktörer att få tillgång till uppgifterna genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.

För de yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården där det krävs legitimation innebär arbetet ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet. Den legitimerade har godkänts för yrkesverksamhet inom det område som legitimationen avser och står under samhällets tillsyn. Legitimationen kan därmed ses som en garanti för att en person har en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende när det gäller yrkesutövningen. Mot denna bakgrund framstår det som motiverat att göra information om de som är registrerade lättare tillgänglig än vad som är fallet i dag. Den som vill anställa eller annars anlita någon som har en viss behörighet behöver kunna kontrollera om personen har en viss legitimation. Det gäller i synnerhet privata vårdgivare och bemanningsföretag som tillhandahåller hälso- och sjukvårdspersonal, men även andra. Enligt Socialstyrelsen kommer en betydande andel av förfrågningarna om uppgifter i registret från just bemanningsföretag.

Också den som har en legitimation kan vilja kontrollera att den är korrekt registrerad.

7.2.3 Utländska användares behov

Utredningen redovisar i avsnitt 5.2.5 kortfattat motsvarande uppgifters tillgänglighet i framför allt Sveriges grannländer. Det kan här uppmärksammas att det svenska systemet vid en jämförelse framstår som restriktivt i förhållande till dessa länders system.

Sverige, Norge, Danmark, Finland och Island har träffat en överenskommelse[1] om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal för de nordiska länderna. Huvudregeln i den nordiska överenskommelsen innebär att den som har legitimation eller auktorisation att utöva ett reglerat yrke i ett nordiskt land ska ha rätt att få behörighet även i annat nordiskt land. Detta medför ett ständigt behov inom hela Norden av att lätt kunna kontrollera svenska legitimationer för hälso- och sjukvårdspersonal.

Den fria rörligheten för arbetstagare är sedan år 1957 en av hörnstenarna i Europeiska unionen (EU). Den innebär en rätt att söka arbete, arbeta och bosätta sig i en medlemsstat på samma villkor som medlemsstatens egna medborgare. Inom EES-området råder dessutom fri rörlighet för hälso- och sjukvårdspersonal. Detta möjliggörs genom det ömsesidiga erkännandet av yrkeskvalifikationer för reglerade vårdyrken i medlemsstaterna, yrkeskvalifikationsdirektivet[2]. Yrkeskvalifikationsdirektivet innebär dock inte att t.ex. en svensk läkare får arbeta som det i en annan medlemsstat endast med stöd av sin svenska legitimation. Det krävs som huvudregel en legitimation som utfärdas av mottagande medlemsstats myndigheter. Varje medlemsstat måste ge en läkare med godkänt utbildnings- eller kompetensbevis från en annan medlemsstat tillstånd att utöva yrket (legitimation), när det begärs och tillräcklig dokumentation lämnats. Behöriga myndigheter för de reglerade yrken som har konsekvenser för patientsäkerhet ska informera motsvarande myndigheter i andra länder om yrkesutövare som begränsats eller förbjudits utöva yrket. Men behovet av att på ett enkelt sätt kunna kontrollera en yrkesutövares svenska behörighet finns hos såväl enskilda fysiska personer som juridiska personer och myndigheter inom hela EES.

[1] Det finns sedan år 1982 en nordisk överenskommelse om gemensam arbetsmarknad, överenskommelsen har reviderats genom SÖ 1994:2 *Överenskommelse om nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer (Arjeplogavtalet)*, ändrad genom SÖ 2001:5 och senast år 2018 med ändringar som trädde ikraft den 1 februari 2020.

[2] Med yrkeskvalifikationsdirektivet avses Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, som ändrats genom Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU.

Ett annat exempel är det EU-samarbete om förskrivning av läkemedel och expediering av e-recept som innebär att utlänningar kan behöva kontrollera att en svensk förskrivare är behörig att förskriva läkemedel.[3] Även vid remittering av patienter till utlandet kan det finnas behov för utlänningar att kontrollera remittentens legitimation. Motsvarande behov kan finnas vid internationellt biståndsarbete, internationella forskningssamarbeten och internationell läkemedelsprövning.

Att det för aktörer utanför Sveriges gränser behöver bli lättare än i dag att kontrollera behörigheten för personer som uppger sig ha svensk legitimation fördes fram redan i remissvaren på det tidigare förslaget om ett publikt HOSP-register (SOU 2012:42).[4]

7.2.4 Patienters behov

Det har blivit vanligare att patienten vill vara delaktig i sin vård, vilket kan vara en anledning till det ökade intresset för uppgifterna i HOSP-registret från fysiska personer. En annan bidragande orsak skulle kunna vara den strukturella förändring som skett inom hälso- och sjukvården där andelen privata vårdgivare ökat, liksom användandet av bemanningsföretag. Bakom den fysiska personen som gör förfrågan kan dölja sig ett företag som behöver uppgifterna.

Som redovisas i kapitel 5 föreslog *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* i sitt delbetänkande SOU 2012:42 att vissa uppgifter i HOSP-registret skulle göras tillgängliga för allmänheten genom direktåtkomst. En majoritet av remissinstanserna såg också ett behov av ett publikt register. Förslaget ledde dock inte till någon sådan förändring. De remissinstanser som inte var för förslaget pekade främst på risken att den som inte finns sökbar i det publika registret riskerar att bli felaktigt misstänkliggjord. Det hängde samman med frågan om den hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar under prövotid eller har behörighetsbegränsningar skulle finnas med i det publika registret eller inte. I dessa fall handlade farhågorna alltså i första hand om vilka uppgifter som skulle vara tillgängliga. Den frågan återkommer utredningen till nedan. Det fanns emellertid också synpunkter på huruvida registret skulle göras tillgängligt på

[3] Jfr dir. 2020:80 *Vissa frågor om förskrivning och expediering av elektroniska recept inom EES*.
[4] Se t.ex. Kommerskollegiums remissvar på SOU 2012:42.

internet samt att allmänheten inte skulle vara särskilt hjälpt av sökresultaten. Flera remissinstanser förde dock fram att det vore en fördel med ett svenskt system mer likt övriga nordiska länders och att patienter i Sverige borde ha samma möjligheter att själva ta del av uppgifter om yrkesutövares behörighet inom hälso- och sjukvården.[5]

Som ovan angetts kan legitimationen ses som en garanti för att en person har en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende när det gäller yrkesutövningen. Enligt utredningens bedömning är det visserligen rimligt att en aktiv och delaktig patient har möjlighet att snabbt och enkelt själv förvissa sig om att han eller hon kommer att vårdas av en person med rätt legitimation. Det skulle kunna motivera att göra information om de som är registrerade lättare tillgänglig även för patienter. Utöver det kan det finnas ett befogat intresse hos närstående till en patient, särskilt den som har svårt att reda sig själv, av att kontrollera att de som vårdar den anhörige är behöriga.

Med detta sagt ska det dock understrykas att ansvaret för att vårdpersonal har rätt behörighet vilar på vårdgivaren.

Som framgår i avsnitt 7.7 finns det tungt vägande skäl för att bara tillåta person- och samordningsnummer som sökbegrepp, vilket gör att sökfunktionen i praktiken får mindre betydelse för patienter som bara undantagsvis kan antas känna till numret.

7.2.5 Allmänhetens tillgång på internet till uppgifter i andra svenska yrkesregister

Som utredningen redogör för i kapitel 5 är det inte främmande att register med personuppgifter för personer med vissa behörigheter eller yrken görs tillgängliga för allmänheten på internet. I de givna exemplen, som rör fastighetsmäklare och revisorer, handlar det om att vissa av dessa registers uppgifter finns tillgängliga genom en sökfunktion, vilket motsvarar en s.k. fråga-svarfunktion. Genom sökfunktionen kan allmänhetens behov av att kontrollera att någon är behörig som regel tillgodoses. Kontrollen sker enkelt och svaret ges i princip omedelbart.

[5] Se t.ex. Sveriges Kommuner och Landstings (numera Sveriges Kommuner och Regioner) och Region Skånes remissvar på SOU 2012:42.

Det ska här noteras att uppgifterna i fastighetmäklarregistret och revisorsregistret inte omfattas av folkbokföringssekretess vilket uppgifterna i HOSP-registret gör enligt 6 § offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641). Det ska också sägas att HOSP-registret med sina 480 000 registrerade personer är betydligt större än både fastighetsmäklarregistret och revisorsregistret, men typen av personuppgifter i registren är likartad. Det finns dock fler uppgifter i fastighetmäklarregistret och revisorsregistret som möjliggör en säkrare identifiering av den registrerade utan att person- eller samordningsnummer används som sökbegrepp.

7.3 Andra positiva effekter av att uppgifterna kan sökas på internet

Utredningens bedömning: Om det är möjligt att på internet kontrollera om en person har en viss legitimation, minskar troligen behovet av direktåtkomst till HOSP-registret. Det skulle också bli svårare att oriktigt hävda att man har en legitimation.

Utöver detta skulle Socialstyrelsens hantering av förfrågningar om uppgifter i HOSP-registret bli enklare, snabbare och mer kostnadseffektiv. Hanteringen skulle därtill bli säkrare såväl ur ett patientperspektiv som ett integritetsperspektiv.

7.3.1 Inledning

Att flera av de behov som redovisas i avsnitt 7.2 kan tillgodoses är givetvis en positiv effekt av att allmänheten på egen hand enkelt på internet kan kontrollera om någon har en viss legitimation. I detta avsnitt redovisas andra positiva effekter av detta.

7.3.2 Behovet av direktåtkomst minskar förmodligen

Om de mest efterfrågade uppgifterna i HOSP-registret – uppgifter om någon har en viss legitimation – görs allmänt tillgängliga på internet, kommer behovet av direktåtkomst till uppgifterna i registret förmodligen minska. Direktåtkomst innebär att mottagaren har

möjlighet att själv få fram alla berörda uppgifter i registret, t.ex. en lista med alla personer som har en viss legitimation. Mottagaren behöver dock sällan den möjligheten, utan bara möjligheten att själv kunna ta reda på om en viss person har en viss legitimation. Direktåtkomst anses mer integritetskänsligt än andra former av elektroniskt utlämnande (se närmare bl.a. avsnitt 12.3 i delbetänkandet). Genom att ge allmänheten tillgång till utvalda uppgifter på internet kan alltså en mer integritetskänslig åtkomst i många fall undvikas.

Också förfrågningar om många personer på en gång eller upprepade förfrågningar skulle kunna hanteras genom allmänhetens tillgång på internet om den avsåg även tillgång via ett öppet applikationsprogrammeringsgränssnitt, ett s.k. API[6]. Se mer om API i avsnitt 7.6.

7.3.3 Det blir svårare att luras

I och med möjligheten att enkelt och snabbt på internet kunna kontrollera en uppgift om att någon har en legitimation blir det svårare att oriktigt hävda att man har den behörighet som följer med en legitimation. Detta kan i sin tur avskräcka personer från att luras om sin behörighet. Även på så sätt kan patientsäkerheten och tilltron till legitimationssystemet stärkas.

7.3.4 Socialstyrelsens arbete blir bättre, enklare och billigare

Av utredningens redovisning i kapitel 5 framgår att det är stora mängder förfrågningar om uppgifter från HOSP-registret som varje år kommer till Socialstyrelsen. Det framgår också att antalet förfrågningar tycks öka något för varje år. De flesta förfrågningar kommer via mejl. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen anger sökanden som huvudregel ett (eller flera) personnummer eller samordningsnummer i sin förfrågan. I vissa fall anges i stället födelsedatum i kombination med namnuppgifter eller endast namnuppgifter, men med ett sådant förfarande kan myndigheten inte garantera att det är rätt person som svaret avser. Varje sökning sker manuellt genom att en anställd på Socialstyrelsen matar in sökbegrepp, får svar och sedan skickar mejl tillbaka med svaret till sökanden. För förfrågningar via

[6] Application Programming Interface.

telefonsamtal är proceduren likartad. I varje enskilt fall görs också en sekretessprövning innan uppgifterna lämnas ut.

Utöver förfrågningar om enstaka uppgifter får Socialstyrelsen också beställningar som avser ett större antal sökningar på en gång. Därtill hanterar Socialstyrelsen varje vardag en fil (lista) med bl.a. person- eller samordningsnummer för anställda inom vård och omsorg från Inera AB[7] som är personuppgiftsbiträde åt bl.a. regionerna och kommunerna. Socialstyrelsen hämtar filen från en server och skickar den för matchning mot HOSP-registret vilket tar ungefär 15–20 minuter. Efter matchningen skapar Socialstyrelsen en ny fil där varje person- eller samordningsnummer har kompletterats med relevant information i HOSP-registret. Den matchade filen överförs sedan tillbaka till servern för hämtning av Inera AB.

De ovan redovisade exemplen visar tydligt att den manuella hanteringen inte är anpassad för att effektivt hantera mängden förfrågningar. Systemets ineffektivitet riskerar bl.a. att fördröja rekryteringsprocesser. Om allmänheten själv får tillgång till de viktigaste uppgifterna på internet, kan många manuella förfrågningar till Socialstyrelsen med stor sannolikhet undvikas. Genom egen enkel tillgång till uppgifterna finns det inget incitament att göra manuella förfrågningar. Allmänheten får vidare svar betydligt fortare än vid en manuell förfrågan.

Den manuella hanteringen, där personnummer i t.ex. ett mejl manuellt förs över till en sökruta och svaret manuellt kopieras, innebär risker för handhavandefel som kan undvikas genom att processen automatiseras. Automatiseringen innebär visserligen andra risker för t.ex. systematiska fel i programmeringen, men dessa bör enklare kunna hanteras med noggrann testning och löpande uppföljning samt en struktur som förhindrar oavsiktlig spridning av uppgifter.

Att utarbeta och underhålla ett webbgränssnitt och ett API samt att sedan följa upp att gränssnitten fungerar som avsett kostar förstås, särskilt i det inledande skedet. Det är dock utredningens bedömning att det särskilt på sikt blir avsevärt billigare med en automatisering än med den manuella hanteringen som kostar mer och mer allteftersom antalet förfrågningar ökar. Redan Socialstyrelsens egna framställningar om att få övergå till automatisering talar tydligt för

[7] Inera AB ägs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), via bolaget SKR Företag AB, samt alla regioner och nästan samtliga kommuner.

det. En övergång till en ökad digitalisering är också i linje med Sveriges digitaliseringsstrategi.[8]

7.4 Integritetsrisker och integritetsstärkande åtgärder

Utredningens bedömning: Att göra vissa uppgifter i HOSP-registret öppet tillgängliga på internet innebär en ökad spridning av personuppgifter och därmed risk för ett ökat integritetsintrång. Integritetsriskerna motverkas genom en integritetsstärkande utformning av regleringen, där såväl sökbegrepp som antalet personuppgifter i sökresultatet begränsas. Risken är acceptabel med hänsyn till hur viktigt det är med en säker identifiering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Om vissa uppgifter i HOSP-registret är öppet tillgängliga på internet, blir det en ökad spridning av personuppgifter och därmed risk för ett ökat integritetsintrång. Allmänhetens behov och intresse av att behandla personuppgifter för att kunna kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals behörighet behöver därför vägas mot de integritetsrisker som är förknippade med behandlingen. I huvudsak gäller att ju större informationsmängder som finns samlade så att personuppgifter kan sökas och sammanställas på ett enkelt sätt, desto större risk för kontroll över och kartläggning av individer. För varje användare som har tillgång till uppgifter om en viss person, ökar allmänt sett risken för integritetsintrång, obehörigt röjande och andra former av missbruk av personuppgifterna.

Spridningen av personuppgifter kan begränsas genom att bara en funktion för att *söka* efter om någon, en viss individ, har en legitimation är tillgänglig på internet. Därmed blir enbart uppgifter om den som faktiskt eftersöks tillgängliga. Man undviker därigenom också att lägga ut listor med personer öppet på internet som kan fångas upp av sökmotorer och därefter visas i deras sökresultat. Inte heller blir det i praktiken möjligt att på internet få kompletta uppgifter om vilka som har en viss legitimation. Utredningen föreslår

[8] Se t.ex. Regeringens digitaliseringsstrategi, *För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi*, dnr: N2017/03643/D. Där anges bl.a. att det övergripande målet är att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter.

därför som en integritetsstärkande åtgärd att en sökfunktion bara avseende individer ska göras tillgänglig på internet.

Risken för att någon efter sökning felaktigt tror att den eftersökta personen har eller inte har en legitimation kan motverkas, till och med nästan helt elimineras, genom att bara entydigt identifierande uppgifter får användas som sökbegrepp. Därmed minskas risken för personförväxling betydligt. Likaså minimeras eller elimineras risken för att den som söker får del av s.k. överskottsinformation (i detta fall uppgifter om andra individer än den sökningen avser). Utredningen föreslår som en integritetsstärkande åtgärd att bara person- och samordningsnummer, dvs. entydigt identifierande uppgifter, får användas som sökbegrepp. En risk med det förslaget är att allmänhetens intresse för att ta reda på hälso- och sjukvårdspersonalens person- och samordningsnummer skulle kunna öka, dvs. att det leder till en ökad användning i samhället av sådana nummer. Den eventuellt ökade användningen är emellertid enligt utredningens bedömning klart motiverad med hänsyn till hur viktigt det är med en säker identifiering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (jämför 3 kap. 10 § dataskyddslagen).

Enligt utredningens bedömning är en uppgift om att någon med ett visst person- eller samordningsnummer har en gällande legitimation inom hälso- och sjukvård inte i sig särskilt integritetskänslig. Utredningen gör samma bedömning avseende uppgifterna i HOSP-registret om när legitimationen utfärdades, vad den omfattar när det är fråga om bara ett s.k. partiellt tillträde, yrke, och specialitet. Utredningen föreslår som en integritetsstärkande åtgärd i enlighet med principen om uppgiftsminimering att inga andra personuppgifter från registret får visas i sökresultatet. Därmed undviks att integritetskänsligare uppgifter i registret, som uppgifter om folkbokföringsort, återkallad legitimation eller tidsbegränsning av legitimation, begränsningar av förskrivningsrätt och förskrivarkod, blir tillgängliga på internet.

7.5 Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Utredningens bedömning: Behoven av och fördelarna med en möjlighet att på internet kunna kontrollera om en person har en viss legitimation överväger integritetsriskerna. Detta förutsätter dock att regleringen om detta får en integritetsstärkande utformning.

För att det ska vara motiverat att göra personuppgifter i HOSP-registret öppet tillgängliga på internet måste behovet av och fördelarna med detta väga tyngre än integritetsriskerna och de registrerades intresse av skydd för den personliga integriteten. Rätten till skydd för den personliga integriteten är inte någon absolut rättighet, utan den måste ses i sitt sammanhang och vägas mot andra grundläggande rättigheter utifrån en proportionalitetsbedömning (skäl 4 till dataskyddsförordningen).

Syftet med att göra personuppgifterna enkelt tillgängliga på internet för kontroll av om någon har en viss legitimation är ytterst att förbättra patientsäkerheten, vilket är ett tungt vägande och allmänt intresse. Utredningen anser att det finns ett klart behov av och klara fördelar med att på internet kunna kontrollera om någon har en viss legitimation (se avsnitt 7.2 och 7.3).

Redan i dag är samtliga uppgifter i HOSP-registret i praktiken tillgängliga för nästan var och en, eftersom en sekretessprövning i regel medför att uppgifterna kan lämnas ut. Att var och en enkelt kan kontrollera att någon har en viss legitimation är väl förenligt med det primära ändamålet för registret, att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. De registrerade har ansökt om legitimation och bör, genom HOSP-förordningen, vara medvetna om att deras legitimation registreras så att den ska kunna kontrolleras. Den som inte längre vill ha en legitimation kan på egen begäran få den återkallad.

Enligt utredningens bedömning är integritetsriskerna med att var och en på internet kan kontrollera om någon har en viss legitimation måttliga eller till och med små. De integritetsrisker som finns kan enligt utredningens mening på ett acceptabelt sätt motverkas, eller elimineras, genom integritetsstärkande utformning av regleringen (se avsnitt 7.4). Utredningen föreslår en sådan utformning. För att på internet få tillgång till uppgifter om en person ska således krävas att mottagaren redan känner till personens person- eller samord-

ningsnummer. De personuppgifter som efter en sökning på ett person- eller samordningsnummer blir tillgängliga på internet ska begränsas till sådana som inte kan anses särskilt integritetskänsliga och som är nödvändiga för att kontrollera om personen har en gällande legitimation och för en säker identifiering.

Det är utredningens sammanfattande slutsats att behoven av och fördelarna med att var och en på internet kan kontrollera om någon har en viss legitimation överväger integritetsriskerna om regleringen får den integritetsstärkande utformning som föreslås.

7.6 En sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ska göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en persons behörighet.

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen bör tillhandahålla både en vanlig webbsida med en sökruta och ett öppet applikationsprogrammeringsgränssnitt, ett s.k. API, som gör det möjligt att automatiserat ställa frågor och få svar.

Som beskrivs i kapitel 5 är uppgifterna i HOSP-registret i princip tillgängliga för var och en i dag, men varje förfrågan om uppgifter måste hanteras manuellt av Socialstyrelsen. Med hänsyn till den stora och ökande mängden förfrågningar ter sig den manuella hanteringen ineffektiv och kostsam. I slutändan kan svårigheterna med och tidsåtgången för att kontrollera om någon har en viss legitimation leda till att patientsäkerheten försämras i och med att risken för obehöriga inom hälso- och sjukvården ökar eller att risken ökar för att nödvändig vård eller medicinering försenas. I takt med samhällets digitalisering ökar efterfrågan på snabb tillgång till information. I dag är internet och olika webbsidor den mest naturliga platsen att söka information. Utredningen ser inte att det i dag finns något egentligt alternativ till att tillgängliggörandet görs öppet på internet.

Enligt utredningen bör det vara enkelt för t.ex. en arbetsgivare eller ett bemanningsföretag att kontrollera att den som man över-

väger att anlita har rätt legitimation. En sökning behöver därför så enkelt som möjligt kunna ge svar på om en viss person har legitimation.

Enligt nuvarande reglering måste den som vill kontrollera behörigheten hos hälso- och sjukvårdspersonal kontakta Socialstyrelsen för att få uppgifterna manuellt utlämnade. Som framgår av redogörelsen i avsnitt 5.2.2 har myndigheten som mål att svara inom 72 timmar, men med ökade volymer av förfrågningar kan detta mål enligt uppgift från myndigheten inte alltid uppnås. Det är otillfredsställande att svarstiden är så pass lång som den är. Redan en väntan i 72 timmar, vilket motsvarar tre dygn, ter sig i dagens informationssamhälle som en lång väntan på en viktig uppgift. Att väntan dessutom kan bli betydligt längre än så gör hanteringen oförutsägbar.

Flera av de behov som redovisas i avsnitt 7.2 kan tillgodoses genom en enkel möjlighet att på internet kontrollera om någon har en viss behörighet. Dessa behov är enligt utredningens mening de i dagsläget mest angelägna att tillgodose. Det kan därutöver finnas behov av att på ett enkelt och snabbt sätt få tillgång till listor med uppgifter om personer som har en viss legitimation, dvs. att söka uppgifter om vilka individer som har en viss registrerad egenskap i stället för att kontrollera en viss individs legitimation. Det kan exempelvis handla om företag och myndigheter som vill ha listor med personer som man kan kontakta för att kunna anställa eller annars anlita. Att införa en möjlighet att på internet få tillgång till sådana listor skulle emellertid öka risken för integritetsintrång, t.ex. genom att personerna blir kontaktade på ett oönskat vis, utan att det har motsvarande nytta för patientsäkerheten. Därför bör tillgängligheten, som en integritetsstärkande åtgärd, begränsas till det mest angelägna behovet, att genom sökning efter en viss person kunna kontrollera om denne har en viss gällande legitimation.

För att bl.a. förenkla hanteringen av förfrågningar från allmänheten föreslog *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* i delbetänkandet *Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal* (SOU 2012:42) bl.a. att allmänheten skulle få del av uppgifter ur HOSP-registret genom *direktåtkomst*. Ett av de främsta skälen ansågs vara att det vid direktåtkomst är möjligt för mottagaren att ta del av uppgifterna utan att den utlämnande aktören, i detta fall Socialstyrelsen, behöver vidta någon manuell åtgärd. Direktåtkomst skulle därmed (till skillnad från annat elektroniskt utlämnande) ge förutsättningar för att

arrangera utlämnanden enkelt, snabbt och utan kontinuerlig manuell administration.[9] Den digitala utvecklingen går dock snabbt framåt och i dag bör utlämnande av uppgifter som utgångspunkt inte ske genom direktåtkomst. Av *Informationshanteringsutredningens* slutbetänkande *Myndighetsdatalag*[10] framgår bl.a. att det är ett starkt rättssäkerhetskrav att gränserna mellan myndigheterna i rättslig mening kan upprätthållas. Vid direktåtkomst tas gränsen mellan de uppgiftsutbytande myndigheterna delvis bort. När myndigheter ska införa tjänster för att lämna ut uppgifter automatiserat bör nya e-tjänster enligt *Samverkansprogrammet för digital utveckling, eSam*[11], inte utformas för direktåtkomst.[12]

Behovet av att på internet kunna kontrollera om någon har en viss legitimation kan tillgodoses genom det som kallas *annat elektroniskt utlämnande* (än direktåtkomst). Det räcker med en s.k. fråga-svar-funktion. En sådan funktion innebär att Socialstyrelsen automatiskt reagerar på en begäran om att få ut uppgifter genom att automatiserat kontrollera vilka uppgifter som begärs ut och i varje enskilt fall automatiserat pröva om begäran är förenlig med de rättsregler som gäller för att få uppgifterna utlämnade. En sådan prövning sker genom tekniska kontroller av att alla i funktionen inbyggda regler är uppfyllda i det enskilda fallet och att som svar bara lämnas de uppgifter som efterfrågats och som enligt fastställda regler får lämnas ut på det sättet. Socialstyrelsen som utlämnande myndighet måste således på förhand ha identifierat och avgränsat de uppgifter som kan komma i fråga att lämnas ut via internet. Myndigheten utför sedan en automatiserad granskning av varje inkommen sökfråga (begäran om utlämnande av vissa uppgifter), kontrollerar i varje enskilt fall om de begärda uppgifterna får lämnas ut och expedierar begärda uppgifter bara i den utsträckning som de får lämnas ut på det sättet. Avgörandet av om uppgifterna ska lämnas ut ligger alltså hos den utlämnande myndigheten, Socialstyrelsen, eftersom det är den som förfogar över det automatiserade system som prövar om begärt utlämnande ska ske.

Utredningen föreslår alltså att Socialstyrelsen ska göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en

[9] Se kort resonemang i SOU 2012:42, s. 52.
[10] SOU 2015:39, s. 150.
[11] eSamverkansprogrammet, eSam, är offentlig samverkan för ökad digitalisering och ett medlemsdrivet program för samverkan mellan 29 myndigheter och Sveriges Kommuner och Regioner.
[12] Se eSam, *Juridisk vägledning för verksamhetsutveckling inom e-förvaltning 3.0,* s 20.

viss persons behörighet.[13] Förslaget innebär att uppgifterna i HOSP-registret blir tillgängliga på liknande sätt som i de övriga nordiska länderna. Avsikten är att Socialstyrelsen ska utveckla och tillhandahålla *både* ett webbgränssnitt (en webbplats, bestående av html-kod, med en sökruta och utrymme för sökresultatet) och ett API, (t.ex. ett s.k. REST[14] API, med tillhörande förklaringar) öppet på internet. API:et gör det möjligt att automatiserat mer eller mindre samtidigt ställa flera sökfrågor. API:et bör ge användare såsom myndigheter och företag möjlighet att integrera en funktion i sina it-system för att kunna kontrollera om en person har en viss behörighet. Eftersom de uppgifter som enligt utredningens förslag ska vara tillgängliga genom API:et inte kommer att vara mer omfattande än de uppgifter som föreslås vara tillgängliga genom den öppna sökfunktionen på internet, bör utgångspunkten vara att även API:et ska vara öppet tillgängligt för alla. Ibland kan det finnas anledning att i syfte att öka säkerheten först kräva en ansökan om anslutning till API:er som den som tillhandahåller API:et kan godkänna. Vid ett godkännande upprättas en överenskommelse med användaren som kan reglera t.ex. kommunikationssätt och hur länge överenskommelsen är giltig. Därefter tilldelas användaren olika s.k. API-nycklar. För den sökfunktion som utredningen föreslår bedömer utredningen alltså att det inte finns anledning till ett sådant ansökningsförfarande. Det slutliga avgörandet av om ett för alla öppet ansökningsförfarande ska tillämpas ligger dock hos Socialstyrelsen.

De uppgifter som lämnas som sökresultat ska härröra från HOSP-registret, men de behöver inte hämtas direkt från det registret, vilket kan vara olämpligt från säkerhetssynpunkt, utan kan hämtas från t.ex. en speglad kopia av registret. Det får förutsättas att Socialstyrelsen på internet informerar om när uppgifterna senast uppdaterades, om de inte återspeglar det aktuella innehållet i HOSP-registret. Det bör betonas att uppgifter inte får vara tillgängliga på internet annat än via sökfunktionen, dvs. uppgifter får inte i avvaktan på sökfrågor lagras på en plats som är öppet tillgänglig på internet.

Skyldigheten att tillhandahålla sökfunktionen hindrar inte att Socialstyrelsen av säkerhetsskäl eller tekniska skäl inför begränsningar. Det kan exempelvis handla om att begränsa antalet sökfrågor

[13] Det ska dock noteras att det är legitimation och specialistbehörighet som kommer att kunna kontrolleras genom sökfunktionen och inte eventuell förskrivningsbehörighet.
[14] Representational State Transfer.

inom ett visst tidsintervall, att spärra en ip-adress som använt sökfunktionen på ett inte avsett sätt eller andra åtgärder som Socialstyrelsen av säkerhetsskäl eller tekniska skäl ser behov av.

7.7 Bara personnummer och samordningsnummer får användas som sökbegrepp

Utredningens förslag: Som sökbegrepp får bara personnummer och samordningsnummer användas.

Utredningens bedömning: Bara sökbegrepp som gör att sökresultatet otvetydigt ger svar på om någon har en legitimation eller inte bör tillåtas. Annars är riskerna för försämrad patientsäkerhet och förtroendeskador för stora och allvarliga.

Syftet med att införa en sökfunktion är att var och en enkelt ska kunna kontrollera på internet om någon har en viss behörighet. På så vis förbättras patientsäkerheten bl.a. genom att risken för obehöriga inom hälso- och sjukvården minskar. Ett grundläggande krav på en sådan sökfunktion är att den ger ett otvetydigt svar på om den eftersökta personen har en legitimation eller inte. En sökfunktion som innebär en risk för att den som söker drar en felaktig slutsats av svaret är inte ändamålsenlig. En sådan sökfunktion kan tvärtom leda till en försämrad patientsäkerhet (vid s.k. falskt positiva svar, dvs. att den som söker felaktigt tror att personen har en legitimation) eller andra negativa konsekvenser som till varje pris bör undvikas (vid s.k. falskt negativa svar), såsom obefogad misstro mot legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller minskat förtroende för Socialstyrelsen som tillhandahåller sökfunktionen.

Det enda sättet att i praktiken undvika tvetydiga svar är att begränsa vad man kan söka efter, dvs. reglera vilka sökbegrepp som är tillåtna. Är sökbegreppet otvetydigt, kommer också sökresultatet att vara det. Eftersom det handlar om att söka uppgifter om en viss individ för att kontrollera dennes behörighet, bör de tillåtna sökbegreppen begränsas till uppgifter som entydigt identifierar individen. I Sverige i dag är det, förutom biometriska uppgifter som ännu inte

finns i HOSP-registret, bara person- och samordningsnummer[15] som uppfyller den funktionen, dvs. entydigt identifierar en individ. Man kan säga att även s.k. HOSP-id och förskrivarkod är unika identitetsuppgifter som finns i HOSP-registret. HOSP-id är en administrativ beteckning som tilldelas när en person registreras första gången i HOSP-registret. HOSP-id består av ett löpnummer om sex siffror. Det är dock inte en kod som är känd för allmänheten och den lämpar sig därför inte som sökbegrepp i detta fall. Förskrivarkoden är också en personlig kod som den som ska skriva ett recept på vissa läkemedel behöver. Av skäl som redovisas i avsnitt 7.8.4 nedan följer att denna kod inte heller är lämplig som sökbegrepp.

Att tillåta sökning på efternamn och bara visa ett fullständigt sökresultat med personuppgifter om det endast finns en individ med det efternamnet registrerad i HOSP-registret ger inte ett otvetydigt svar. Det kan finnas flera andra i Sverige som har samma efternamn (och som inte har legitimation). Att låta Socialstyrelsen automatiskt kontrollera mot folkbokföringen om ett namn är unikt i Sverige förefaller inte vara en lämplig väg att gå. För det första leder det till en behandling av personuppgifter som Socialstyrelsen egentligen inte behöver utföra för att fullgöra sina arbetsuppgifter. För det andra kan den som söker i det fallet själv kontrollera med folkbokföringen och på så sätt få fram ett unikt person- eller samordningsnummer som kan användas som sökbegrepp.

Att tillåta sökning på andra uppgifter i HOSP-registret än person- och samordningsnummer leder, förutom till svar som inte är otvetydiga, till risk för att den som söker får del av s.k. överskottsinformation, i detta fall uppgifter om andra individer än den sökningen avser. Tillåts sökning på t.ex. efternamn och typ av legitimation, skulle det bli möjligt att få fram listor med uppgifter om flera personer, t.ex. alla med efternamnet Andersson och läkarlegitimation, utan att den som söker kan dra en otvetydig slutsats om den Andersson som sökningen avser har en läkarlegitimation eller inte. Även om en sökning på namn och flera andra uppgifter i HOSP-registret skulle leda fram till en enda individ, är svaret som nämnts inte otvetydigt eftersom det kan finnas andra med samma namn som inte har legitimation. Utredningen föreslår därför att bara person-

[15] Med samordningsnummer avses en unik identitetsbeteckning på en person som inte är eller har varit folkbokförd i Sverige. En sådan person får efter begäran från en myndighet eller ett annat organ som regeringen bestämmer tilldelas ett samordningsnummer (18 a § folkbokföringslagen [1991:481]).

och samordningsnummer får användas som sökbegrepp. Det är vikten av en säker identifiering som gör det klart motiverat att behandla personuppgifterna person- och samordningsnummer (jämför 3 kap. 10 § dataskyddslagen).

Utredningen är medveten om att detta förslag, som också utgör en integritetsstärkande åtgärd, innebär att sökfunktionen blir mindre nyttig för den breda allmänheten. Det gäller särskilt som det i den personaladministrativa verksamheten inom den offentliga hälso- och sjukvården normalt råder sekretess för uppgifter om personnummer och födelsedatum (39 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400], OSL, och 10 § offentlighets- och sekretessförordningen). Riskerna för försämrad patientsäkerhet och förtroendeskador är emellertid enligt utredningens bedömning så stora och allvarliga att en sökfunktion för var och en på internet som inte ger otvetydiga svar inte kan accepteras.

En person i registret som inte har något person- eller samordningsnummer blir med förslaget inte sökbar. Socialstyrelsen kan dock alltid i samband med registreringen i HOSP-registret begära ett samordningsnummer hos Skatteverket för den som inte redan har det eller ett personnummer. Socialstyrelsen bör enligt utredningens mening lämpligen göra det för att säkerställa en säker och entydig identifiering av alla som har en legitimation.

Att sökfunktionen genom förslaget blir mindre nyttig för den breda allmänheten innebär emellertid inte att den blir onyttig. Tvärtom gör den allmänt tillgängliga sökfunktionen på internet att en mer integritetskänslig direktåtkomst kan undvikas (se avsnitt 7.3.2). Bland annat privata arbetsgivare, lärosäten, utländska användare och andra som regelmässigt kan få tillgång till nödvändiga person- och samordningsnummer kommer också att ha nytta av sökfunktionen. Det är fråga om ofta återkommande användare hos Socialstyrelsen. Belastningen på Socialstyrelsen förväntas bli betydligt mindre om dessa användare på egen hand kan kontrollera om personer har legitimation.

7.8 Vilka uppgifter bör visas i sökresultatet?

Utredningens förslag: Som resultat av sökningen får bara visas det angivna person- eller samordningsnumret och anknytande uppgifter i HOSP-registret om namn, typ av legitimation och när den utfärdades samt omfattningen av legitimationen vid partiellt tillträde, yrke och specialitet. Sökresultatet får inte innehålla personuppgifter om annan än den som har en gällande legitimation.

Utredningens bedömning: Uppgifter om bl.a. folkbokföringsort, förskrivarkod, löpande prövotid eller begränsningar av förskrivningsrätt bör inte vara tillgängliga för allmänheten på internet. Inte heller uppgifter om återkallade legitimationer bör vara tillgängliga på det sättet. Socialstyrelsen bör tydligt upplysa om att sådana uppgifter inte visas i sökresultatet.

7.8.1 Inledning

Utredningen redovisar utförligt i avsnitt 5.2.3 vilka uppgifter som får finnas i HOSP-registret. I huvudsak rör det sig om uppgifter som namn, personnummer eller andra liknande identitetsbeteckningar, folkbokföringsort, yrke, läroanstalt, utbildningsland och datum för utfärdande av examen, specialitet, datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens, behörighet och behörighetsinskränkningar, beslut om prövotid och återkallelse av legitimation samt förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt.

Allmänheten behöver inte alla de registrerade uppgifterna för att kunna kontrollera om en person har en viss legitimation. Av integritetsskyddsskäl bör allmänhetens tillgång på internet därför begränsas till de uppgifter i registret som behövs för att kunna kontrollera om en person har en legitimation eller en viss specialistkompetens.

Detta avsnitt berör vad som får visas som sökresultat efter att ett person- eller samordningsnummer angetts som sökbegrepp. Om det inte finns någon notering i registret om att det angivna numret är förknippat med en gällande legitimation, bör den som söker givetvis upplysas om detta utan att några andra personuppgifter än det angivna numret visas i sökresultatet. I det följande berörs vilka personuppgifter

som bör visas i sökresultatet om det angivna person- eller samordningsnumret är förknippat med en gällande legitimation. I övrigt får förstås upplysningar som inte är personuppgifter visas med anledning av sökning, t.ex. om hur man kan få tag i mera information och när uppgifterna senast uppdaterades.

7.8.2 Identifieringsuppgifter

HOSP-registret får innehålla flera uppgifter som syftar till att identifiera den som har behörighet. Förutom namnet på den registrerade finns uppgifter om personnummer, samordningsnummer eller annan liknande identitetsbeteckning[16] och kön. I praktiken används inte några andra identitetsbeteckningar än personnummer och samordningsnummer.

Eftersom sökningen skett med ett person- eller samordningsnummer, bör det numret få visas för att otvetydigt slå fast identiteten på den som övriga uppgifter avser. Det är klart motiverat med hänsyn till vikten av en säker identifiering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (jämför 3 kap. 10 § dataskyddslagen). Dessutom bör namnet få visas i sökresultatet för att undvika förväxling av personer. En persons namn är inte en uppgift som på något sätt är känslig.

För att kunna kontrollera om en person har en viss legitimation behövs inte uppgift om personens kön. Den uppgiften bör därför inte visas i sökresultatet. En annan sak är att det redan av person- eller samordningsnumret indirekt framgår personens kön.

När det gäller personer i HOSP-registret som av något skäl har skyddade personuppgifter finns det anledning att överväga om en särskild ordning behövs. Med skyddade personuppgifter avses här fingerade personuppgifter, skyddad folkbokföring och sekretessmarkering. Utredningen kan inte se några beaktansvärda risker med att låta de uppgifter om personens legitimation som är aktuella här vara tillgängliga för var och en.

[16] Med detta avses möjligheten att t.ex. föra in passuppgifter (passnummer, födelsedatum och giltighetstid för pass) för den som ska registreras utan person- eller samordningsnummer. Utredningen har förstått att denna möjlighet är problematisk och därför inte används i någon större utsträckning. Utredningen vill här lyfta fram att Socialstyrelsens har möjlighet att begära samordningsnummer för en person utan personnummer som registreras i HOSP-registret.

7.8.3 Folkbokföringsort

Uppgift om folkbokföringsort kan ge viss information om vilket landområde en person arbetar och bor inom. Folkbokföringsorten får ses som en uppgift av mer privat karaktär. Dessutom är folkbokföringsorten en av få uppgifter i registret som skulle kunna omfattas av sekretess i ett enskilt fall, t.ex. om en registrerad är förföljd eller utsatt för hot. Det har inte heller framkommit att uppgift om folkbokföringsort är en uppgift som särskilt efterfrågas av enskilda. För att kunna kontrollera om en person med ett visst personnummer eller samordningsnummer har en viss legitimation behövs inte uppgift om dennes folkbokföringsort. Den uppgiften bör därför inte visas i sökresultatet. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* kom till samma slutsats.[17]

7.8.4 Yrke, specialitet och behörighetsuppgifter

Den registrerades *yrke* är en grundläggande uppgift som får anses nödvändig för att kunna kontrollera om en person har en legitimation. Detsamma gäller för uppgift om *specialitet*. Uppgifter om yrke och specialitet bör därför få visas i sökresultatet. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* kom till samma slutsats.[18]

Typen av legitimation, inklusive uppgift om specialistkompetens, måste naturligtvis få visas i sökresultatet. Det är dock bara uppgifter om gällande legitimationer som får visas i sökresultatet, t.ex. i det fallet att personen har en gällande och en återkallad legitimation.

HOSP-registret innehåller flera olika uppgifter om hur, var och när den registrerade har fått sin legitimation och vad den gäller. Uppgifter om *grundyrke*, *läroanstalt*, *utbildningsland och datum för utfärdande av examen* behövs inte för att kunna kontrollera om en person har en viss legitimation. De uppgifterna bör därför inte visas i sökresultatet.

Uppgift om *datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens* behövs visserligen inte för att kunna kontrollera om en person vid söktillfället har en viss legitimation. Däremot är uppgiften nödvändig för att t.ex. kunna kontrollera att intygsgivare hade behörighet när intyget skrevs. Dessa datumuppgifter kan

[17] SOU 2012:42, s. 57 och 59.
[18] SOU 2012:42, s. 59.

inte anses vara av särskilt känslig karaktär. Enligt utredningens mening talar därför övervägande skäl för att datumuppgifterna ska få visas i sökresultatet. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* kom till samma slutsats.[19]

Uppgift om *datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis upphör att gälla* behövs inte för att kunna kontrollera om en person vid söktillfället har en viss legitimation. Det är bara den som fått sina yrkeskvalifikationer utomlands, dvs. oftast utlänningar, som kan få ett tidsbegränsat behörighetsbevis. Datumuppgiften avslöjar alltså att personen inte har fått sina yrkeskvalifikationer i Sverige och kan därför i viss mån anses vara av känslig karaktär. Även om datumuppgiften i vissa fall kan vara av intresse anser utredningen att den uppgiften inte bör få visas i sökresultatet. Socialstyrelsen bör lämpligen upplysa om att ett behörighetsbevis kan vara tidsbegränsat och att detta inte framgår av sökresultatet.

Uppgift om *beslut om partiellt tillträde*, dvs. att personen får utöva bara en del av de arbetsuppgifter som ett legitimationsyrke omfattar, behövs för att kunna kontrollera om en person har en viss behörighet. Även om uppgiften avslöjar att personen har fått sina yrkeskvalifikationer utomlands, anser utredningen därför att uppgiften, dvs. omfattningen av legitimationen, bör få visas i sökresultatet.

Uppgift om *beslut om återkallelse av legitimation* behövs inte för att kunna kontrollera om en person vid söktillfället har en legitimation. Även om en återkallelse kan ske på egen begäran, får en sådan uppgift anses integritetskänslig. Uppgiften bör därför, trots att den kan vara av intresse för att kunna konstatera att det fanns behörighet för en redan vidtagen åtgärd, inte under några förhållanden få visas i sökresultatet. För den som haft två legitimationer och fått den ena återkallad får alltså endast uppgifter om den gällande legitimationen visas i sökresultatet. Socialstyrelsen bör lämpligen ha en generell upplysning i anslutning till sökresultatet om att uppgifter om eventuella återkallade legitimationer inte visas.

Uppgift om *omfattning av förskrivningsrätt* får anses vara av särskilt känslig karaktär, eftersom den kan avslöja om personen har missbrukat sin förskrivningsrätt.

Utredningen om rätt information i vård och omsorg föreslog att yrkesutövare med begränsningar i förskrivningsrätten eller prövotid

[19] SOU 2012:42, s. 59.

inte skulle finnas med i det publika registret.[20] Några remissinstanser ifrågasatte om inte även uppgifter om begränsningar i förskrivningsrätten borde göras tillgängliga för allmänheten.[21] Ett argument var att det ansågs kunna skapa förvirring om inte all behörig personal var sökbar, även om de hade prövotid eller begränsad förskrivningsrätt. Statskontoret ansåg att patientsäkerhetsskäl borde väga tyngre än yrkesutövarens personliga integritet. Socialstyrelsen ansåg att om dessa uppgifter inte skulle finnas med borde det ändå framgå att personen finns i registret, men att Socialstyrelsen ska kontaktas för mer information. Datainspektionen var i sitt remissvar positiv till att de uppgifter allmänheten skulle kunna ta del av i det publika registret endast omfattade de yrkesutövare som har en giltig legitimation, ingen begränsad förskrivningsrätt eller prövotid.

Utredningens utgångspunkt är att alla som har en giltig legitimation bör kunna visas i sökresultatet. Uppgiften om omfattning av förskrivningsrätt behövs visserligen för att kunna kontrollera om en person har en viss förskrivningsrätt, men utredningen anser att den uppgiften är av så känslig karaktär att den likväl inte bör få visas i sökresultatet. Sökfunktionen kommer således inte att kunna användas för att kontrollera förskrivningsrätten. Det är dock främst de som expedierar läkemedel som har behov av att kontrollera förskrivningsrätten och de får redan uppgifterna via E-hälsomyndigheten. Socialstyrelsen bör lämpligen upplysa om att uppgifter om förskrivningsrätt inte visas i sökresultatet.

Utredningen gör motsvarande bedömning avseende *uppgift om förskrivarkod*, dvs. den personliga kod som den som ska skriva ett recept på vissa läkemedel behöver. Uppgiften får anses vara av särskilt känslig karaktär, eftersom den som har ett yrke som normalt är förknippat med förskrivningsrätt men saknar förskrivarkod normalt har fått förskrivningsrätten indragen, vilket kan ske vid missbruk av förskrivningsrätten. Härtill kommer att förskrivarkoden, tillsammans med den behöriges personnummer, skulle kunna missbrukas i försök att få läkemedel expedierade. Det är främst de som expedierar läkemedel som behöver uppgiften om förskrivarkod. De får i dag uppgifterna via E- hälsomyndigheten. Utredningen anser sammanfattningsvis

[20] SOU 2012:42, s. 57 f.
[21] Se t.ex. remissvar från Sveriges Kommuner och Landsting (numera SKR), Statskontoret, Region Halland, Region Gotland, Östergötlands läns landsting och Praktikertjänst AB.

att uppgift om förskrivarkod inte bör få visas i sökresultatet. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* kom till samma slutsats.[22]

7.8.5 Prövotid

Bestämmelser om prövotid finns i 8 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). En prövotid på tre år ska beslutas för den som har legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården, om den legitimerade har varit oskicklig vid utövningen av sitt yrke och oskickligheten kan befaras få betydelse för patientsäkerheten. Prövotid ska också beslutas om den legitimerade i eller i samband med yrkesutövningen har gjort sig skyldig till brott som är ägnat att påverka förtroendet för honom eller henne, uppsåtligen eller av oaktsamhet har brutit mot någon föreskrift som är av väsentlig betydelse för patientsäkerheten, eller på grund av andra omständigheter kan befaras vara olämplig att utöva yrket. Prövotid ska även beslutas om det kan befaras att en legitimerad yrkesutövare på grund av sjukdom eller någon liknande omständighet inte kommer att kunna utöva sitt yrke tillfredsställande (8 kap. 1 §). Tanken är att den legitimerade ska använda prövotiden till att förbättra sina förutsättningar att arbeta på ett säkert sätt. En uppgift om beslut om prövotid är således av särskilt känslig karaktär.

Ett beslut om prövotid innebär emellertid ingen inskränkning av behörigheten att utföra de arbetsuppgifter som omfattas av legitimationen. Uppgift om beslut om prövotid behövs följaktligen inte för att kunna kontrollera om en person har en viss legitimation och därmed behörighet. Utredningen anser därför att det inte kan komma i fråga att låta ens beslut om löpande prövotid visas i sökresultatet. Socialstyrelsen bör lämpligen upplysa om att eventuella beslut om prövotid inte visas i sökresultatet. Den som har en gällande legitimation kommer alltså att visas i sökresultatet, utan någon uppgift om huruvida en prövotid löper. Den som behöver uppgifter om beslut om prövotid får i stället kontakta Socialstyrelsen på annat sätt.

[22] SOU 2012:42, s. 57.

7.9 Ett nytt ändamål för HOSP-registret

Utredningens förslag: Personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet.

Utredningens bedömning: För att Socialstyrelsen ska kunna göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en persons legitimation behöver ett nytt ändamål införas för registret.

De ändamål för vilka personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas anges uttömmande i 4 och 5 §§ HOSP-förordningen. Utredningen redogör i avsnitt 5.2.3 utförligt för de ändamål för vilka uppgifterna får behandlas. Något ändamål som innebär att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att allmänheten ska kunna kontrollera persons legitimation finns inte.

För att Socialstyrelsen i enlighet med utredningens förslag ska kunna göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en viss persons legitimation behöver följaktligen ett nytt ändamål införas för registret. Det bör därför uttryckligen anges att personuppgifterna i HOSP-registret också får behandlas för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet.

7.10 Förhållandet till dataskyddslagstiftningen

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ska lämna den som är registrerad information om vad som gäller även i fråga om annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Utredningens bedömning: Det är förenligt med dataskyddsförordningen att införa bestämmelser i svensk rätt om behandling av personuppgifter i enlighet med utredningens förslag om HOSP-registret på internet.

7.10.1 Den rättsliga grunden

Dataskyddsregleringen utgår från att varje behandling av personuppgifter måste vila på minst en rättslig grund. I artikel 6.1 i dataskyddsförordningen finns en uttömmande uppräkning av dessa rättsliga grunder. Behandlingen är rättsligt grundad om den t.ex. är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige eller för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen). Av skäl 45 till dataskyddsförordningen framgår att hälso- och sjukvårdsändamål, såsom folkhälsa och socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster inbegrips i allmänintresset. I delbetänkandet, avsnitt 4.6, redogör utredningen mer utförligt för vad som kan utgöra rättslig grund enligt dataskyddsförordningen.

Socialstyrelsen är enligt HOSP-förordningen skyldig att föra ett register över hälso- och sjukvårdspersonal (1 §). Enligt utredningens förslag ska en ny bestämmelse om att Socialstyrelsen är skyldig att göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en viss persons legitimation införas i HOSP-förordningen. Behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret, inklusive utlämnandet av uppgifter via internet, blir därmed nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar Socialstyrelsen, som är personuppgiftsansvarig (3 a §). Den rättsliga förpliktelsen är enligt förslaget fastslagen i HOSP-förordningen. Syftet med tillhandahållandet av uppgifter på internet – att allmänheten ska kunna kontrollera en viss persons legitimation – kommer framgå uttryckligen av HOSP-förordningen (jämför artikel 6.3 i dataskyddsförordningen). De begränsningar i möjligheten att tillhandahålla personuppgifter på internet som föreslås är sådana specifika krav som avses i artikel 6.2 i dataskyddsförordningen.

I avsnitt 7.10.2 görs bedömningen att behandling av de redan införda personuppgifterna i HOSP-registret för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet är förenlig med de ändamål för vilka personuppgifterna ursprungligen samlades in. Enligt skäl 50 till dataskyddsförordningen behövs då inte någon ny rättslig grund för den tillkommande behandlingen.

Såväl tillhandahållandet av uppgifter på internet som de begränsningar i fråga om detta som föreslås är enligt utredningens mening förenliga med artikel 6 i dataskyddsförordningen.

7.10.2 Ett nytt ändamål

Enligt artikel 5 i dataskyddsförordningen får personuppgifter bara behandlas utifrån vissa grundläggande principer. Dessa principer gäller som ett ramverk vid all behandling av personuppgifter. En närmare redogörelse för dem finns i avsnitt 4.5 i delbetänkandet.

Enligt principen om *ändamålsbegränsning (finalitetsprincipen)* i artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen ska personuppgifter samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och de får inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. Ändamålsbegränsningen innebär alltså att den personuppgiftsansvarige måste hålla sig till insamlingsändamålen och ändamål som inte är oförenliga med dessa. I artikel 6.4 i dataskyddsförordningen finns riktlinjer att beakta vid bedömningen av om återanvändning av personuppgifter för ett nytt ändamål är förenlig med insamlingsändamålen.

Utredningen föreslår att det i HOSP-förordningen anges att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas även för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet (avsnitt 7.9). Det gäller även de personuppgifter som samlats in till HOSP-registret under den tid HOSP-förordningen inte angav något sådant ändamål.

Det föreslagna nya ändamålet bedöms vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive personuppgift samlades in till HOSP-registret. Det primära ändamålet för behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret har alltid varit att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen). Det finns en nära koppling mellan det ändamålet och att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet. Huvudanledningen till att en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal förs är förstås att den ska kunna ge upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet, även till var och en som efterfrågar sådana upplysningar. Detta bör de registrerade ha insett. Upp-

gifterna har alltid varit tillgängliga för allmänheten genom offentlighetsprincipen i 2 kap. tryckfrihetsförordningen. De personuppgifter som föreslås bli tillgängliga via internet är inte av särskilt integritetskänslig natur. Några nya negativa konsekvenser för de registrerade bedöms inte uppkomma genom att vissa uppgifter blir tillgängliga via internet.

Härtill kommer att det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa de skyldigheter som finns enligt artikel 5. Utredningen föreslår som nämnts att det nya ändamålet och skyldigheten att göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en viss persons legitimation ska framgå av HOSP-förordningen. Det är utredningens bedömning att förslagen är förenliga med artiklarna 5 och 23 i dataskyddsförordningen.

Innan redan insamlade personuppgifter ytterligare behandlas för ett annat syfte än det för vilket de samlades in, måste de registrerade enligt artikel 14.4 i dataskyddsförordningen informeras om bl.a. detta andra syfte. Undantag gäller, enligt artikel 14.5 b i dataskyddsförordningen, i den mån tillhandahållandet av sådan information skulle medföra en oproportionell ansträngning. Utredningen anser att det nämnda undantaget är tillämpligt i fråga om det föreslagna nya ändamålet för HOSP-registret som innehåller uppgifter om hundratusentals personer. Härtill kommer att det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa de skyldigheter som finns enligt artikel 14 i dataskyddsförordningen.

7.10.3 Information till de registrerade

I dataskyddsförordningen finns det bestämmelser om information till den registrerade i samband med att personuppgifter samlas in. Artikel 13 i dataskyddsförordningen gäller information när personuppgifter samlas in från den registrerade, medan artikel 14 gäller information när personuppgifterna som samlats in inte har erhållits från den registrerade.

Personuppgifterna i HOSP-registret har inte erhållits från de registrerade. Då gäller, enligt artikel 14.5 c i dataskyddsförordningen, ett undantag från informationsskyldigheten när utlämnande

av uppgifter uttryckligen föreskrivs genom nationell rätt som fastställer lämpliga åtgärder för att skydda den registrerades berättigade intressen. Utlämnandet av personuppgifterna via internet är enligt förslaget uttryckligt föreskrivet i HOSP-förordningen, som för detta fall också fastställer lämpliga åtgärder för att skydda den registrerades berättigade intressen (se avsnitt 7.7 och 7.8). Någon information till de registrerade om att personuppgifterna kan lämnas ut till allmänheten via internet skulle således inte behövas enligt dataskyddsförordningen.

Den som är registrerad i HOSP-registret har emellertid enligt nuvarande reglering, utöver vad som framgår av artiklarna 13 och 14 i dataskyddsförordningen, rätt att av Socialstyrelsen, som är personuppgiftsansvarig, få information om bl.a. vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling (se 8 § HOSP-förordningen). Det förefaller därför lämpligt att den registrerade även får information om vad som gäller i fråga om *annat elektroniskt utlämnande* än direktåtkomst. Den informationen kan t.ex. lämnas genom upplysning på Socialstyrelsens webbplats. Eftersom utredningen föreslår att den registrerade ska få information om vad som gäller i fråga om alla former av elektroniskt utlämnande, behöver inte längre utlämnande på medium för automatiserad behandling nämnas särskilt i bestämmelsen.

7.11 Ändringar i sekretesslagstiftningen

Utredningens förslag: Genom ändring i offentlighets- och sekretessförordningen gäller inte den s.k. folkbokföringssekretessen enligt 22 kap. 1 § första stycket 1 offentlighets- och sekretesslagen när Socialstyrelsen möjliggör för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en viss persons legitimation.

Utredningens bedömning: Förslaget om en sökfunktion på internet innebär en uppgiftsskyldighet för Socialstyrelsen som bryter eventuell sekretess vid utlämnanden av uppgifter till myndigheter. Eftersom uppgiftsskyldigheten inte bryter eventuell sekretess vid utlämnanden av uppgifter till enskilda, bör dock ett uttryckligt undantag från folkbokföringssekretessen föreskrivas.

Som redogörs för i avsnitt 5.3 omfattas uppgifter i HOSP-registret, genom föreskrifter i 6 § offentlighets- och sekretessförordningen, av s.k. folkbokföringssekretess enligt 22 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen. Även om sekretesskyddet är svagt och det finns en presumtion för att uppgifterna är offentliga, innebär den föreslagna sökfunktionen på internet ett utlämnande av uppgifter som i och för sig omfattas av sekretess. Folkbokföringssekretessen hindrar dock bara ett utlämnande om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs.

Vissa uppgifter kan i all myndighetsverksamhet omfattas av sekretess enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen. Enligt den bestämmelsen kan sekretess gälla för uppgift om en enskilds bostadsadress eller annan jämförbar uppgift som kan lämna upplysning om var den enskilde bor stadigvarande eller tillfälligt, den enskildes telefonnummer, e-postadress eller annan jämförbar uppgift som kan användas för att komma i kontakt med denne samt för motsvarande uppgifter om den enskildes anhöriga. Utredningen gör emellertid bedömningen att de uppgifter i HOSP-registret som utredningen i avsnitt 7.8 föreslår ska lämnas ut till allmänheten genom en sökfunktion på internet, inte omfattas av sekretessen i 21 kap 3 § offentlighets- och sekretesslagen. Enligt utredningens bedömning hindrar denna bestämmelse därmed inte det föreslagna tillgängliggörandet via internet.

Utredningen gör också bedömningen att det föreslagna utlämnandet via internet inte kan antas medföra att uppgifterna efter utlämnandet behandlas i strid med dataskyddsförordningen eller dataskyddslagen. Enligt utredningens bedömning hindrar bestämmelsen om s.k. dataskyddssekretess i 21 kap. 7 § offentlighets- och sekretesslagen alltså inte det föreslagna tillgängliggörandet via internet. Utredningen gör bedömningen att de uppgifter i HOSP-registret som föreslås lämnas ut via internet inte omfattas av några andra bestämmelser om sekretess.

Utredningens förslag om en sökfunktion på internet innebär en uppgiftsskyldighet för Socialstyrelsen. En sådan uppgiftsskyldighet innebär att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet (10 kap. 28 § OSL). En uppgift som omfattas av sekretess får lämnas till en utländsk myndighet eller mellanfolklig organisation om uppgiften i motsvarande fall skulle få lämnas ut till en svensk myndighet och det enligt den utlämnande myndighetens prövning står klart att det är förenligt med svenska intressen att

uppgiften lämnas till den utländska myndigheten eller den mellanfolkliga organisationen (8 kap. 3 § 2 OSL). Någon ytterligare reglering för att bryta folkbokföringssekretessen krävs enligt utredningens bedömning inte när uppgifter lämnas ut via internet till svenska eller utländska myndigheter.

Några befintliga sekretessbrytande bestämmelser som i praktiken kan användas gäller emellertid inte när uppgifter lämnas ut via internet till enskilda.

De uppgifter i HOSP-registret som enligt utredningens förslag ska få visas i sökresultatet – dvs. lämnas ut till allmänheten genom en sökfunktion på internet - är namn, typ av legitimation och när den utfärdades samt omfattningen av legitimationen vid partiellt tillträde, yrke och specialitet. Dessa uppgifter kan enligt utredningens mening inte anses särskilt känsliga. I fråga om de uppgifter som föreslås kunna utlämnas via internet gör utredningen bedömningen att det i praktiken inte kan uppkomma någon situation där det av särskild anledning kan antas att den enskilde, eller någon närstående till denne, lider men om uppgiften röjs genom att göras öppet tillgängliga via internet. Därför bör det föreskrivas i offentlighets- och sekretessförordningen att folkbokföringssekretessen inte gäller i fråga om utlämnande enligt de föreslagna bestämmelserna om en sökfunktion på internet. Av praktiska skäl bör den föreskriften gälla allt sådant utlämnande, dvs. utlämnande till både myndigheter och enskilda.

8 Annan elektronisk tillgång till HOSP-registret

8.1 Inledning

För att säkerställa och upprätthålla en god patientsäkerhet ska Socialstyrelsen föra ett register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, HOSP-registret. Flera aktörer har behov av att mer eller mindre regelbundet kontrollera behörigheten hos sådan personal. Det är önskvärt att det kan göras på ett enklare sätt än i dag.

I kapitel 7 framgår utredningens förslag som innebär en möjlighet att på internet kontrollera vilken legitimation en viss person har, dock ska det inte gå att kontrollera personens eventuella förskrivningsrätt. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en persons legitimation. Socialstyrelsen bör tillhandahålla både en webbplats med en sökfunktion för enstaka frågor och ett öppet applikationsprogrammeringsgränssnitt, ett s.k. API, som gör det möjligt att automatiserat ställa flera eller upprepade frågor och få svar. Förslaget innebär att behovet av direktåtkomst och annat elektronisk utlämnande som till exempel skräddarsydda fråga-svar-funktioner bör minska avsevärt. Förslaget innebär också att man inte behöver ändra ändamålen för HOSP-registret om tillgång via internet är tillräcklig för ett visst nytt ändamål.

I detta kapitel redogör utredningen för sina överväganden och förslag när det gäller att utöka de vilka för ändamål uppgifter i HOSP-registret får behandlas och vilka fler aktörer som bör ha direktåtkomst till registret. Avslutningsvis redogörs för frågan om möjligheten att använda registret för planering av hälso- och sjukvårdspersonal vid höjd beredskap.

8.2 Direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande

Utredningens bedömning: Utlämnande av uppgifter från HOSP-registret bör i första hand ske genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

8.2.1 Utredningens uppdrag

Utredningen ska analysera och bedöma de rättsliga förutsättningarna för att utöka den elektroniska tillgängligheten till HOSP-registret genom att ge ytterligare aktörer direktåtkomst. Utredningen ska även bedöma om det finns alternativ till automatiserat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst till HOSP-registret och i så fall även bedöma för- och nackdelarna med ett sådant alternativ.

Inledningsvis konstaterar utredningen att det finns övervägande fördelar med att ge möjlighet till tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande i de fall det finns ett tydligt behov av informationsöverföring. Direktåtkomst, eller annat elektroniskt utlämnande i form av en elektronisk fråga-svar-funktion, ger möjlighet för den som behöver en uppgift att snabbt få tillgång till denna. Det innebär även fördelar från informationssäkerhetssynpunkt, eftersom utlämnande på annat sätt, t.ex. via okrypterad mejl, utöver att det ofta inte uppfyller dataskyddskraven när det gäller säkerhet, allmänt sett innebär en mindre säker överföring av uppgifter då obehöriga lättare kan få tillgång till dem. Uppgifter som lämnas ut via exempelvis mejl riskerar också att bli inaktuella, eftersom de inte uppdateras automatiskt. Direktåtkomst, eller en elektronisk fråga-svar-funktion, har också fördelen att det minskar risken för förvanskning av den information som överförs och för att man missar att överföra relevant information.

8.2.2 Direktåtkomst innebär särskilda integritetsrisker

Direktåtkomst är en specialform av elektroniskt uppgiftsutlämnande till mottagare utanför en myndighet eller annan verksamhet (se vidare i avsnitt 3.2). Mottagaren kan exempelvis vara en annan

myndighet, ett privat företag eller en privatperson. Som kort beskrivs i avsnitt 3.3 är direktåtkomst förknippad med särskilda integritetsrisker. Vid direktåtkomst anses de uppgifter som omfattas av åtkomsten och finns potentiellt tillgängliga för andra, vara utlämnande i tryckfrihetsförordningens mening redan genom att sådan åtkomst medges. Det innebär att en allmän handling hos en myndighet utgör också en allmän handling hos den myndighet som har tillgång till handlingen genom ett system med direktåtkomst. En begäran om utlämnande av uppgifter i HOSP-registret kan därför göras hos alla de myndigheter som har tillgång till uppgifterna genom direktåtkomst. Ju fler myndigheter som har direktåtkomst till uppgifter i HOSP-registret, desto större blir alltså, typiskt sett, allmänhetens möjlighet att få tillgång till dessa uppgifter. Om en myndighet har elektronisk tillgång genom direktåtkomst till uppgifter i en annan myndighets upptagning för automatiserad behandling och dessa uppgifter omfattas av sekretess hos den utlämnande myndigheten, överförs sekretessen till den mottagande myndigheten (11 kap. 4 § OSL). Detta gäller dock inte om det hos den mottagande myndigheten finns ett uttryckligt undantag från sekretess för uppgifter av det slag som överförts elektroniskt (se 11 kap. 8 § OSL och avsnitt 5.3.3). Allmänhetens möjlighet att få ut uppgifter från de anslutna myndigheterna är därför i realiteten i de flesta fall inte större endast på grund av begäran kan ställas till fler myndigheter.

Däremot kan omständigheten att en upptagning utgör en allmän handling hos samtliga myndigheter som förvarar den på det sätt som avses i 2 kap. 6 § första stycket tryckfrihetsförordningen innebära att den myndighet som får en framställan om utlämnande av en sådan upptagning, måste ta del av handlingen enbart för att kunna göra en sekretessprövning. Uppgifterna i upptagningen kan på så sätt komma att spridas till den eller de personer hos de mottagande myndigheterna som har att göra en sekretessprövning. Förhållandet kan därför innebära en oförutsebar spridning av personuppgifterna utanför Socialstyrelsen. Det strider också mot principen om uppgiftsminimering i dataskyddsförordningen som anger att uppgifter ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (artikel 5.1 c). Uppgifterna kommer även att behöva behandlas för ytterligare ett ändamål hos myndigheten än det i HOSP-förordningen angivna, dvs. att besvara förfrågningar utlämnande av allmän handling hos myndigheten. Ju fler myndigheter som

får tillgång till uppgifterna i HOSP-registret, desto fler personer kommer dessutom att behöva tillämpa de sekretessbestämmelser som skyddar uppgifterna i HOSP-registret, vilket i sig utgör en risk att sekretessbestämmelserna tillämpas fel.

Vid direktåtkomst har mottagaren möjlighet att själv ta del av alla uppgifter som åtkomsten omfattar. Även om mottagaren bara behöver få uppgifter om en individs egenskaper, kan mottagaren därför göra t.ex. listor över individer med någon viss egenskap, dvs. söka på viss egenskap och inte på själva individen.

8.2.3 Alternativ till direktåtkomst

Mot bakgrund av det ovan anförda finns det anledning att vara restriktiv med att ge tillgång genom direktåtkomst till personuppgifter. Sådan tillgång bör därför endast vara tillåten om det finns starka skäl och saknas alternativ. Alternativet utlämnande på medium för automatiserad behandling, även kallat *annat elektroniskt utlämnande*, anses vara mindre integritetskänsligt än utlämnande genom direktåtkomst. Det finns exempel på verksamheter som använder sig av elektroniskt utlämnande som är snarlikt direktåtkomst men är uppbyggt så att det sker en automatiserad prövning i varje enskilt fall innan uppgifterna lämnas ut, en s.k. fråga-svar-funktion, se redogörelse av Högsta förvaltningsdomstolens prövning i den s.k. LEFI Online-domen i avsnitt 3.2. Högsta förvaltningsdomstolens tolkning av begreppet direktåtkomst i domen innebär, enligt utredningens mening, att det ur integritetsskyddssynpunkt inte finns någon egentlig praktisk skillnad mellan direktåtkomst och elektroniskt utlämnande via en fråga-svar-funktion. I båda fallen kan den utomstående användaren snabbt (”direkt”) och på distans bereda sig tillgång till önskad information om en viss individ. Däremot kan mottagaren med en fråga-svar-funktion inte söka på annat än tillåtna frågekategorier, t.ex. bara söka efter en individ och inte efter egenskaper.

Samverkansprogrammet för digital utveckling, eSam, rekommenderar i sin vägledning för utlämnande i elektronisk form att, när myndigheter ska införa tjänster för att lämna ut uppgifter automatiserat, bör nya tjänster inte utformas för direktåtkomst utan för utlämnande på medium för automatiserad behandling. Som skäl till detta anges att vid direktåtkomst tas gränsen mellan de uppgifts-

utbytande myndigheterna delvis bort och det uppstår överskottsinformation, vilket ökar risken för integritetsintrång och annan spridning av känsliga uppgifter. Man hänvisar även till att det av ingresspunkt 31 i dataskyddsförordningen framgår att varje begäran från en myndighet ska vara skriftlig, motiverad, läggas fram i det enskilda fallet och inte gälla ett helt register eller leda till att register kopplas samman.[1]

Digitaliseringsrättsutredningen har i sitt betänkande *Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering* (SOU 2018:25) efter en kartläggning konstaterat att när myndigheterna utvecklar system för informationsöverföring synes målsättningen i regel vara att systemen ska spegla den tekniska lösningen i socialförsäkringsdatabasen LEFI Online så att det inte blir inte fråga om direktåtkomst för den mottagande myndigheten. Uppgifterna anses i stället utlämnade på medium för automatiserad behandling och myndigheterna slipper den särskilda problematik med överskottsinformation som blir en effekt av direktåtkomst.[2]

I delbetänkandet *Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (SOU 2012:42)* föreslog *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* att vissa aktörer skulle få direktåtkomst till HOSP-registret. Utredningen anförde som skäl för detta att det vid direktåtkomst är möjligt för mottagaren att ta del av uppgifterna utan att den utlämnande aktören, i detta fall Socialstyrelsen, behöver vidta någon manuell åtgärd. Direktåtkomst skulle därmed ge förutsättningar för att arrangera utlämnanden som sker enkelt, snabbt och utan kontinuerlig manuell administration, vilket utlämnande på medium för automatiserad behandling inte skulle göra.[3] Därefter medgavs vissa myndigheter, nämligen Inspektionen för vård och omsorg, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare möjlighet till direktåtkomst till HOSP-registret.

Sedan det delbetänkandet skrevs har emellertid LEFI Online-domen inneburit ett visst klargörande beträffande gränsdragningen mellan de olika utlämnandeformerna direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling. Det står efter domen klart att det är möjligt att genom elektroniskt utlämnande som är snarlikt

[1] *Elektroniskt informationsutbyte – en vägledning för utlämnande i elektronisk form,* eSam, maj 2016, s. 3, och *Rättsliga förutsättningar för digitalt i första hand*, eSam, mars 2018, s. 38.
[2] SOU 2018:25 s. 84.
[3] SOU 2012:42 s 52.

direktåtkomst, men uppbyggt så att det sker en automatiserad prövning i varje enskilt fall innan uppgifterna lämnas ut, en fråga-svar-funktion, lämna ut uppgifter utan att det är att anse som direktåtkomst. Mot bakgrund av detta anser utredningen att det, trots att uppgifterna i HOSP-registret omfattas av relativt svag sekretess och därmed inte är av den känsligaste arten, finns skäl att överväga om inte tillgång till uppgifter i HOSP-registret i första hand ska ske genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Utredningen har dessutom i uppdrag att analysera och bedöma om Socialstyrelsen kan ges möjlighet att medge direktåtkomst till andra myndigheter som har behov av uppgifter för ändamål i enlighet med HOSP-förordningen, vilket utredningen gör i avsnitt 8.3. En ordning som tillåter medgivande till såväl direktåtkomst som annat elektroniskt utlämnande skulle i sådant fall ge möjlighet för Socialstyrelsen att anpassa tillgången till uppgifterna i registret utifrån mottagarnas behov.

Utredningen anser därför att det finns anledning att noggrant analysera om samtliga de aktörer som omfattas av utredningsdirektiven verkligen har behov av direktåtkomst till HOSP-registret eller om det är tillräckligt att tillgången till uppgifterna sker genom något annat elektroniskt utlämnande, t.ex. via en fråga-svar-funktion. Det måste vidare analyseras om den tillgång via internet som föreslås i kapitel 7 är tillräcklig för någon eller några av aktörerna. I de fall då endast direktåtkomst bedöms kunna tillgodose de behov en aktör har behöver en avvägning göras mellan aktörens behov av direktåtkomst och de integritetsrisker som finns med att införa direktåtkomst. Även vid tillgång genom annat elektroniskt utlämnande ska givetvis en motsvarande avvägning göras.

8.2.4 Olika ändamål kan kräva olika sorters tillgång

Myndigheter har behov av att använda uppgifterna i HOSP-registret för olika ändamål beroende på vilket uppdrag myndigheten har. En myndighet som har till uppdrag att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal kan ha ett behov av att söka bland samtliga registrerade personer i registret och då kunna se samtliga registrerade uppgifter om varje person. En sådan myndighet, exempelvis Inspektionen för vård och omsorg (IVO), behöver kunna söka på både allehanda egenskaper, t.ex. för att välja ut individer för

tillsyn, och på en individ exempelvis om ett tillsynsärende gäller denne. Det kan inte uteslutas att det finns andra ändamål än tillsynsverksamhet som kan ha behov av att fritt söka bland uppgifterna i HOSP-registret.

Å andra sidan finns det andra myndigheter eller privata aktörer som endast har behov av tillgång till uppgifterna i HOSP-registret för att av någon anledning kontrollera behörigheten hos individer. Detta gäller exempelvis vårdgivares behov av att kunna kontrollera identitet och behörighet hos hälso- och sjukvårdspersonal i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag. För den som överväger att anställa en person finns endast behov av att kontrollera identitet och behörighet hos denna person och inte av att kunna se uppgifter om all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Behovet av information gäller då endast de personer som är aktuella för anställning eller redan är anställda eller anlitade. Detsamma kan även sägas gälla myndighet som har behov av tillgång till uppgifterna i HOSP-registret för att försäkra sig om att intyg, exempelvis synintyg, är utfärdade av behörig yrkesutövare.

Sammanfattningsvis anser utredningen att det är ändamålet för vilket mottagaren behöver använda uppgifterna som är det avgörande för vilken typ av tillgång som behövs, och att det egentligen är väldigt få mottagare som har behov av att fritt söka i HOSP-registret genom direktåtkomst.

8.3 Socialstyrelsens möjligheter att medge elektronisk tillgång

8.3.1 Inledning

Utredningen har i uppdrag att analysera och bedöma om Socialstyrelsen kan ges möjlighet att medge direktåtkomst till andra myndigheter som har behov av uppgifter för ändamål i enlighet med HOSP-förordningen. Utredningen anser att motsvarande analys och bedömning bör göras i fråga om privata vårdgivares elektroniska tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

8.3.2 Socialstyrelsen får medge myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång

Utredningens förslag: Socialstyrelsen får besluta att medge en myndighet eller offentlig vårdgivare tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Socialstyrelsen får också besluta att medge en privat vårdgivare tillgång till uppgifter i registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Om Socialstyrelsen fattat ett beslut om att ge elektronisk tillgång, är Socialstyrelsen skyldig att ge den tillgång som beslutats.

Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Socialstyrelsen föreslog i remissyttrandet över delbetänkandet *Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal* (SOU 2012:42) att det i HOSP-förordningen skulle anges att Socialstyrelsen får medge direktåtkomst för myndigheter som har ett behov av uppgifter i sin verksamhet och vars syfte med användningen av uppgifterna överensstämmer med ändamålen som anges i 4 och 5 §§ i förordningen. Skälet till detta uppgav Socialstyrelsen vara att man identifierat att fler myndigheter än de i betänkandet föreslagna kan behöva direktåtkomst till HOSP-registret.

Det kan enligt utredningens mening finnas flera fördelar med en sådan ordning. Myndighetsbeslut kan ändras enklare och smidigare än föreskrifter i förordning eller lag. En övergång till en ökad digitalisering är också i linje med Sveriges digitaliseringsstrategi.[4] Regeringen har som övergripande mål att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter vilket kan antas leda till en ökad digitalisering av statsförvaltningen. Det kan därför förväntas att allteftersom statsförvaltningen digitaliseras kommer fler myndigheter att behöva smidig elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-förordningen. Beslut om elektronisk tillgång för myndigheter till HOSP-registret kan därför komma att behöva fattas relativt ofta. Utredningen

[4] Se t.ex. regeringens digitaliseringsstrategi, *För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi*, diarienummer: N2017/03643/D.

anser därför att en reglering genom myndighetsbeslut är att föredra framför den nuvarande ordningen med reglering i förordning.

Eftersom olika myndigheter har behov av elektronisk tillgång till olika uppgifter för olika ändamål, är det en fördel för integritetsskyddet om besluten kan vara detaljerade. Detaljerade beslut ger då möjlighet att se till att ingen myndighet får elektronisk tillgång till större mängd uppgifter än vad myndigheten har behov av. Detta är i linje med principen om uppgiftsminimering i dataskyddsförordningen som anger att uppgifter ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (artikel 5.1 c). Ju fler detaljer som behöver fastslås, desto mer lämpligt är det med myndighetsbeslut i stället för en förordning. Utredningen anser även av denna anledning att myndighetsbeslut är att föredra framför den nuvarande ordningen med reglering i förordning.

Utredningen gör dessutom i avsnitt 8.2 bedömningen att utlämnande av uppgifter från HOSP-registret i första hand bör ske genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Om en möjlighet för Socialstyrelsen att besluta om direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande införs, skulle detta ge möjlighet för Socialstyrelsen att anpassa den elektroniska tillgången till uppgifterna i registret utifrån respektive mottagares behov även i detta avseende. Det blir då enklare att se till att en myndighet, även beträffande formen för tillgången, inte får mer omfattande tillgång än vad som är nödvändigt.

Som utredningen redogör för i avsnitt 8.2.2 bör direktåtkomst bara tillåtas om behovet av just direktåtkomst överväger de särskilda integritetsrisker i förhållande till annan elektronisk tillgång som direktåtkomst innebär. Även tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst, som även den ger sammanställningsmöjligheter och möjligheter till enkel spridning av uppgifter, är förknippad med vissa integritetsrisker.

Enligt utredningens bedömning är de flesta uppgifterna i HOSP-registret inte särskilt integritetskänsliga. Det är som utredningen ser det egentligen bara uppgifterna i registret om återkallelse av legitimation, prövotid och begränsning av förskrivningsrätt som kan betecknas som integritetskänsliga eftersom de kan indikera att en person misskött sig eller åtminstone inte fullt ut har klarat sitt yrkesansvar. Även uppgiften om folkbokföringsort i vissa fall kan vara

integritetskänslig. Det får därför förutsättas att behovet av elektronisk tillgång till dessa uppgifter granskas särskilt noga.

Socialstyrelsens möjligheter att besluta om elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret skulle begränsas av de uttömmande ändamål för behandlingen som slås fast i HOSP-förordningen. Elektronisk tillgång för andra ändamål än de uttryckligen angivna skulle således inte vara tillåten. Därigenom har regeringen lagt fast en tydlig ram inom vilken Socialstyrelsen får besluta.

Att en myndighet beslutar om att medge andra myndigheter tillgång genom direktåtkomst eller annat elektronisk utlämnande till uppgifter i ett register som omfattas av sekretess i stället för att regeringen reglerar detta i en förordning kan innebära en risk för att integritetsaspekterna inte blir tillräckligt belysta. Enligt 7 kap. 2 § regeringsformen ska vid beredningen av regeringsärenden nämligen behövliga upplysningar och yttranden inhämtas från berörda myndigheter. Detta innebär att vid beredningen i Regeringskansliet av ett ärende om en bestämmelse som tillåter viss direktåtkomst, vilket en reglering genom förordning innebär, ska yttrande från Integritetsskyddsmyndigheten hämtas in. Skyldigheten för regeringen att samråda med Integritetsskyddsmyndigheten följer för övrigt också av artikel 36.4 i dataskyddsförordningen. Denna risk går emellertid att motverka genom att i HOSP-förordningen föreskriva att Socialstyrelsen ska samråda med Integritetsskyddsmyndigheten innan Socialstyrelsen fattar beslut. Utredningen förslår därför i avsnitt 8.3.3 att Socialstyrelsen ska samråda med Integritetsskyddsmyndigheten innan Socialstyrelsen beslutar att medge en annan myndighet tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till uppgifter i HOSP-registret.

En annan nackdel med att låta en myndighet besluta om andra myndigheters tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till myndighetens egna uppgifter är att regeringen inte har inflytande över utformningen och detaljeringsgraden av besluten. Det blir då svårt för regeringen att säkerställa att regleringen blir tydlig och ändamålsenlig. Regeringen får också svårare att ställa krav på mottagarmyndigheternas behörighetsstyrning och åtkomstkontroll. Dessa problem kan lösas genom att i HOSP-förordningen uppställa krav på att direktåtkomst endast får medges om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt och på att tillgången inte får vara mer omfattande än vad den mottagande myndigheten behöver för att

utföra sina arbetsuppgifter. Det bör också i HOSP-förordningen tydligt framgå vad Socialstyrelsens beslut ska innehålla och ange för vilka ändamål som uppgifterna i registret får behandlas (lämnas ut) samt vilket ansvar som mottagarna har för behörighetsstyrning och åtkomstkontroll avseende uppgifterna. Utredningen föreslår därför i avsnitt 8.3.4, 8.3.5 och 8.3.7 sådana bestämmelser.

Med offentlig vårdgivare avses enligt patientdatalagen statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för. I en region eller kommun finns det flera myndigheter (nämnder). Socialstyrelsen bör av praktiska skäl kunna besluta att medge själva regionen eller kommunen, dvs. kommunala vårdgivare, elektronisk tillgång, så att det inte krävs ett beslut för varje hälso- och sjukvårdsmyndighet inom regionen eller kommunen. I avsnitt 8.3.7 föreslås att Socialstyrelsen inte ska få medge elektronisk tillgång innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt. I det ligger att Socialstyrelsen ska försäkra sig om att kommunala myndigheter som inte har ansvar för hälso- och sjukvård inte kan bereda sig elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

I fråga om behov av elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret för andra än myndigheter och offentliga vårdgivare, som inte kan tillgodoses genom den tillgång via internet som föreslås i kapitel 7, gör utredningen bedömningen att endast privata vårdgivare har ett sådant beaktansvärt behov. Med privat vårdgivare avses enligt patientdatalagen annan juridisk person än statlig myndighet, region eller kommun eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. De privata vårdgivarna behöver, liksom de offentliga vårdgivarna, löpande tillgång till uppgifter för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag. De behöver också, i likhet med offentliga vårdgivare, tillgång till uppgifter om prövotid, förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt, som inte kommer att vara tillgängliga via internet. Att ge offentliga vårdgivare elektronisk tillgång till dessa uppgifter har ansetts falla inom ändamålen för HOSP-registret, och utredningen gör motsvarande bedömning i fråga om de privata vårdgivarnas elektroniska tillgång till sådana uppgifter för att kontrollera behörighet.

De privata vårdgivarna har enligt utredningens bedömning dock inte ett beaktansvärt behov av direktåtkomst. Deras behov kan tillgodoses genom att de får elektronisk tillgång till uppgifterna genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst, så att de på ett automatiserat sätt kan kontrollera identiteten och behörigheten för en viss individ.

I övrigt gör utredningen, i fråga om de privata vårdgivarnas elektroniska tillgång, motsvarande bedömningar som redovisas beträffande myndigheters och offentliga vårdgivares elektroniska tillgång.

Sammantagen avvägning

Utredningen anser att det finns klara behov av och fördelar med att låta Socialstyrelsen medge andra myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång till personuppgifter i HOSP-registret. Den elektroniska tillgången för privata vårdgivare bör dock vara begränsad till annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Utredningen har också kommit fram att de nackdelar och risker som finns förknippade med detta går att motverka. Utredningen anser därför att Socialstyrelsen själv, efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten, bör få besluta om vilka myndigheter och vårdgivare som ska medges elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Detta gäller under förutsättning att den övriga reglering som utredningen föreslår i form av bestämmelser om integritetsstärkande åtgärder genomförs i HOSP-förordningen.

8.3.3 Beslutet ska fattas efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ska samråda med Integritetsskyddsmyndigheten innan Socialstyrelsen beslutar att medge en myndighet eller vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

Eftersom direktåtkomst kan innebära integritetsrisker, är det viktigt att integritetsaspekterna noga belyses innan Socialstyrelsen beslutar att medge en myndighet tillgång genom direktåtkomst till uppgifter

i HOSP-registret. Också när det gäller elektronisk tillgång till uppgifterna i registret om återkallelse av legitimation, prövotid och begränsning av förskrivningsrätt är det särskilt viktigt att integritetsaspekterna lyfts fram och noga vägs mot behoven. Enligt artikel 57.1 c i dataskyddsförordningen ska tillsynsmyndigheten (i Sverige Integritetsskyddsmyndigheten), i enlighet med nationell rätt, ge rådgivning åt det nationella parlamentet (i Sverige riksdagen), regeringen och andra institutioner och organ om lagstiftningsåtgärder och administrativa åtgärder rörande skyddet av fysiska personers rättigheter och friheter när det gäller behandling av personuppgifter. I Sverige sker samrådet genom remissförfarande och genom att Integritetsskyddsmyndigheten ofta medverkar i offentliga utredningar. I registerförfattningar som ger en myndighet befogenhet att utfärda föreskrifter om behandling av personuppgifter brukar det föreskrivas att myndigheten ska samråda med Integritetsskyddsmyndigheten innan sådana föreskrifter utfärdas.[5]

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska samråda med Integritetsskyddsmyndigheten innan Socialstyrelsen beslutar att medge en myndighet eller vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret. På så sätt kommer Socialstyrelsen att äga själva beslutet om under vilka förutsättningar tillgång genom direktåtkomst eller annat elektronisk utlämnande ska medges samtidigt som Integritetsskyddsmyndigheten får tillräcklig insyn i intresseavvägningen mellan behov och integritetsrisker och möjlighet att påverka. Om Integritetsskyddsmyndigheten inte anser att tillräcklig hänsyn tas till integritetsskyddet i ett specifikt fall, kan myndigheten uppmärksamma regeringen på detta. Om regeringen delar Integritetsskyddsmyndighetens uppfattning, kan regeringen ingripa, t.ex. genom att i HOSP-förordningen reglera om eller hur den aktuella myndigheten eller vårdgivaren ska ha elektronisk tillgång.

[5] Sören Öman, *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar*, kommentaren till artikel 36, JUNO version:1A.

8.3.4 Omfattningen av den elektroniska tillgången

Utredningens förslag: Direktåtkomst får medges myndigheter och offentliga vårdgivare endast om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt. Privata vårdgivare får bara medges tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Den elektroniska tillgången får inte vara mer omfattande än vad myndigheten eller vårdgivaren behöver för att utföra sina arbetsuppgifter.

Som utredningen konstaterar i avsnitt 8.2.4 är det ändamålet för vilket mottagaren behöver använda uppgifterna som är det avgörande för vilken typ av elektronisk tillgång som mottagaren behöver. Det är väldigt få myndigheter och offentliga vårdgivare som behöver kunna söka fritt i HOSP-registret genom direktåtkomst. För flertalet myndigheter och offentliga vårdgivare borde därför tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst vara tillräcklig. Utredningen gör vidare i avsnitt 8.2 bedömningen att utlämnande av uppgifter från HOSP-registret i första hand bör ske genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Det bör därför anges i HOSP-förordningen att direktåtkomst endast får medges om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt.

Som redan nämnts kan de privata vårdgivarnas behov av uppgifter tillgodoses genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst, genom att de på ett automatiserat sätt kan kontrollera identiteten och behörigheten hos en viss individ. Privata vårdgivare bör därför inte få medges direktåtkomst utan få tillgång genom annat elektroniskt utlämnande.

Enligt artikel 5.1 c i dataskyddsförordningen ska personuppgifter som samlas in vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (principen om uppgiftsminimering). Det bör därför anges i HOSP-förordningen att tillgången inte får vara mer omfattande än vad myndigheten eller vårdgivaren behöver för att utföra sina arbetsuppgifter.

8.3.5 Vad beslutet ska innehålla

Utredningens förslag: Av beslutet om elektronisk tillgång ska framgå för vilka ändamål som tillgången får användas, vilka uppgifter som tillgången får gälla och vilka legitimerade yrken som tillgången får gälla.

Vilken form av elektronisk tillgång som avses

Socialstyrelsens beslut måste givetvis ange vilken form av elektronisk tillgång som respektive myndighet och offentlig vårdgivare får ha till uppgifter i HOSP-registret, dvs. tillgång genom direktåtkomst eller genom annat elektroniskt utlämnande. Är det fråga om tillgång genom annat elektroniskt utlämnande, t.ex. en elektronisk fråga-svar-funktion, måste Socialstyrelsen givetvis, i beslutet eller på annat sätt, också ge den mottagande myndigheten eller offentliga vårdgivaren sådana anvisningar att funktionen kan användas. Motsvarande gäller i fråga om privata vårdgivare, som bara får medges elektronisk tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst kan utgöras av en elektronisk fråga-svar-funktion som för användaren framstår som identisk med, eller snarlik, direktåtkomst. Men funktionen får inte ge något svar (lämna ut personuppgifter) utan att det föregås av en fråga från mottagaren. Det är mottagaren som har medgetts elektronisk tillgång, inte Socialstyrelsen som i detta sammanhang fått tillåtelse att på eget initiativ sprida (lämna ut) uppgifter. Det är därmed inte tillåtet för Socialstyrelsen att underrätta mottagaren om att det tillkommit eller ändrats uppgifter om en person i registret som denne tidigare har frågat om. Socialstyrelsen får alltså inte skicka en s.k. push-notis endast innehållande informationen att det tillkommit eller ändrats uppgifter om en person (även om push-notisen inte innehåller information om vad som tillkommit eller ändrats). Vill mottagaren undersöka om det finns nya uppgifter, får denne skicka Socialstyrelsen en ny fråga eller själv använda sin direktåtkomst.

För vilka ändamål den elektroniska tillgången får användas

I 4 § HOSP-förordningen framgår att personuppgifterna i registret får behandlas för att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Utöver detta får uppgifterna enligt 5 § samma förordning endast behandlas för ett antal däri uppräknade ändamål. Vidare behandling av personuppgifterna får inte ske ens för ändamål som är förenliga med de angivna.

Myndigheter behöver använda uppgifter i HOSP-registret för olika ändamål beroende på vilket uppdrag myndigheten har. Få myndigheter behöver använda uppgifter för samtliga de ändamål som uppgifterna får behandlas för enligt 4 och 5 §§ HOSP-förordningen. För att regleringen ska vara förenlig med principen om uppgiftsminimering i dataskyddsförordningen som säger att uppgifter ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (artikel 5.1 c), behöver Socialstyrelsen därför genom sitt beslut för respektive myndighet ange för vilka ändamål som den elektroniska tillgången får användas.

Vårdgivares behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret lär vara begränsat till att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag.

Enligt artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen ska personuppgifter samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. Den mottagande myndigheten eller vårdgivaren har alltså att för sin egen behandling av personuppgifter ange ett särskilt ändamål för behandlingen av de personuppgifter som samlas in genom den elektroniska tillgången och sedan hålla sig till detta ändamål. Det får förutsättas att den mottagande myndigheten eller vårdgivaren för sin insamling av personuppgifter anger samma ändamål som Socialstyrelsen angett i beslutet om den elektroniska tillgången.

Vilka uppgifter som den elektroniska tillgången får gälla

HOSP-registret får endast innehålla vissa uppgifter om de registrerade (6 § HOSP-förordningen). Myndigheter har behov av att använda olika uppgifter i HOSP-registret beroende på vilket uppdrag myndigheten har. För att regleringen ska vara förenlig med

principen om uppgiftsminimering i dataskyddsförordningen är det nödvändigt att se till att myndigheter eller vårdgivaren inte får elektronisk tillgång till uppgifter som myndigheten eller vårdgivaren inte behöver. Socialstyrelsen ska därför i beslutet om att medge elektronisk tillgång ange vilka uppgifter om de registrerade som tillgången får gälla, genom hänvisning till aktuella punkter i 6 § HOSP-förordningen eller på annat lämpligt sätt.

Vilka legitimerade yrken som den elektroniska tillgången får gälla

I 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges vilka legitimerade yrken och yrkestitlar som finns inom hälso- och sjukvården. Eftersom HOSP-registrets primära ändamål är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen), är det uppgifter om personer som har de legitimerade yrken och yrkestitlar som anges i 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen som förekommer i registret. Myndigheter och vårdgivare har behov av att använda uppgifter i HOSP-registret om olika yrken och yrkestitlar beroende på vilket uppdrag myndigheten eller vårdgivaren har. För att regleringen ska vara förenlig med principen om uppgiftsminimering i dataskyddsförordningen är det nödvändigt att se till att myndigheter och vårdgivare bara får tillgång till uppgifter som de behöver. Socialstyrelsen ska därför i beslutet om att medge tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande ange vilka legitimerade yrken som tillgången får gälla. Det är förstås tillåtet att ange alla legitimerade yrken, när det är nödvändigt.

8.3.6 Beslutet får inte överklagas

Utredningens förslag: Socialstyrelsens beslut att medge elektronisk tillgång, eller att avslå en begäran om det, får inte överklagas.

Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för HOSP-registret (3 § HOSP-förordningen). Socialstyrelsen har därmed ansvaret för att behandlingen av personuppgifter är förenlig med dataskydds- och sekretesslagstiftningen. Det finns enligt utredningens mening därför

inte skäl att tillåta att Socialstyrelsens beslut i fråga om elektronisk tillgång ska kunna överklagas. Bestämmelser om att beslut inte får överklagas (överklagandeförbud) kan tas in i förordning. Överklagandeförbud får dock inte införas när det gäller beslut som innefattar en prövning av någon enskilds civila rättigheter eller skyldigheter i den mening som avses i artikel 6.1 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). I sådana fall finns enligt konventionen en rätt till domstolsprövning. Socialstyrelsens beslut att medge en myndighet sådan tillgång som det här är fråga om innefattar inte någon sådan prövning av någon enskilds civila rättigheter eller skyldigheter. Det bör därför införas ett överklagandeförbud i HOSP-förordningen.

8.3.7 Krav på behörighetsstyrning, loggning, åtkomstkontroll och ändamålsbegränsning

Utredningens förslag: Den som har medgetts elektronisk tillgång ska se till att tillgången till personuppgifterna begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter, att tillgång till personuppgifterna dokumenteras och kan kontrolleras och att det görs systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter.

Elektronisk tillgång får inte medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.

Den som har medgetts sådan tillgång får inte behandla personuppgifterna för något annat ändamål än det för vilket de lämnats ut. E-hälsomyndigheten får dock behandla uppgifterna i den nationella läkemedelslistan i enlighet med ändamålen i 3 kap. 2–5 §§ lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.

Av HOSP-förordningen framgår att en myndighet som har medgetts direktåtkomst ansvarar för att tillgången till personuppgifter begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina

arbetsuppgifter (7 b § första stycket). Det får ses som en påminnelse om vad som följer av dataskyddsförordningen.

Utredningen föreslår i avsnitt 8.3.2 att en myndighet eller vårdgivare ska få medges elektronisk tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst till uppgifter i HOSP-registret. Bestämmelsen om behörighetsstyrning bör därför kompletteras så att den även gäller myndigheter och vårdgivare som medgetts tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Ansvaret för behörighetsstyrning är enligt dataskyddsförordningen förknippat med ansvar för att se till att elektronisk åtkomst till personuppgifter dokumenteras (s.k. logglistor) och kan kontrolleras samt att det görs systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter. Även detta ansvar bör det påminnas om genom uttryckliga bestämmelser i HOSP-förordningen. Att detta ansvar sköts innebär att dataintrång med större säkerhet kan konstateras och beivras och det har också en avhållande verkan på personal som, om risken för upptäckt är liten, kan frestas att olovligen ta del av uppgifter.

Det framgår vidare av HOSP-förordningen att direktåtkomst inte får medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att behörighets- och säkerhetsfrågorna är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt (7 b § andra stycket). Den bestämmelsen bör förtydligas så att Socialstyrelsen före beslutet om elektronisk tillgång ska ha försäkrat sig om att frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.

Som nämnts får det förutsättas att den mottagande myndigheten eller vårdgivaren anger samma ändamål enligt 5 § HOSP-förordningen för sin insamling av personuppgifter som Socialstyrelsen angett i beslutet om elektronisk tillgång. Uppgifterna i HOSP-registret får bara behandlas för de ändamål som anges i 4 och 5 §§ HOSP-förordningen. För att detta inte ska kunna kringgås bör det uttryckligen föreskrivas att den som har medgetts elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret inte får behandla personuppgifterna för något annat ändamål än det för vilket de lämnats ut. En sådan bestämmelse i förordning inskränker inte mottagande myndigheters och offentliga vårdgivares skyldigheter att lämna ut personuppgifter enligt offentlighetsprincipen i 2 kap. tryckfrihetsförordningen och innebär inte att myndigheten eller den offentliga vårdgivaren

saknar befogenhet att göra en sammanställning av personuppgifter tillgänglig i den mening som avses i 2 kap. 7 § tryckfrihetsförordningen. Inte heller innebär bestämmelsen någon inskränkning av enskildas möjligheter att använda personuppgifterna i enlighet med övriga bestämmelser i tryckfrihetsförordningen eller bestämmelserna i yttrandefrihetsgrundlagen.

Uppgifter från HOSP-registret tillförs i dag den nationella läkemedelslistan som E-hälsomyndigheten för och i 3 kap. 2–5 §§ lagen om nationell läkemedelslista finns en reglering av för vilka ändamål som uppgifterna i listan får behandlas. För att det inte ska bli någon normkonflikt bör det därför uttryckligen föreskrivas att E-hälsomyndigheten får behandla uppgifterna i den nationella läkemedelslistan i enlighet med ändamålen i lagen om nationell läkemedelslista.

I regeringsformen finns det en särskild bestämmelse om att föreskrifter ska meddelas av riksdagen genom lag om de avser grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen samt kommunernas befogenheter i övrigt och deras åligganden (8 kap. 2 § 3). Regeringen får inte heller meddela föreskrifter som avser den kommunala beskattningen (8 kap. 7 § andra stycket regeringsformen). I förarbetena uttalas att dessa två bestämmelser tillsammans innebär att regeringen med stöd direkt i regeringsformen är behörig att meddela mera detaljbetonade föreskrifter som gäller kommunernas organisation och verksamhetsformer. Som exempel på detta ges att regeringen som villkor för åtnjutande av statsbidrag kan föreskriva att verksamhet som kommun bedriver med stöd av statsbidraget ska administreras på visst sätt.[6] Också föreskrifter om förhållandet mellan enskilda och det allmänna som gäller skyldigheter för enskilda eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden ska meddelas av riksdagen genom lag (8 kap. 2 § 2 regeringsformen). Av förarbetena till bestämmelsen framgår att hit räknas endast sådana föreskrifter om förhållandet mellan enskilda och det allmänna som gäller åligganden för enskild eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden. Med ingrepp bör förstås sådana åtgärder från normgivarens sida som allmänt anses innebära

[6] Kungl. Maj:ts proposition *med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m. m*, prop. 1973:90 s. 306.

inskränkningar i enskildas dittillsvarande handlingsfrihet, möjligheter att förfoga över egendom etc.[7]

Det finns ingen allmän rättighet för offentliga och privata vårdgivare eller kommunala myndigheter att ha elektronisk tillgång till uppgifter hos Socialstyrelsen. Det blir emellertid enligt de föreslagna bestämmelserna frivilligt för dessa aktörer att begära elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Enligt utredningens förslag måste dock den offentliga eller privata vårdgivare eller kommunala myndighet som frivilligt använder den möjligheten, och av Socialstyrelsen medges sådan tillgång, följa de föreskrifter som meddelats av regeringen som villkor för denna tillgång och som gäller bara de uppgifter tillgången avser. Att uppställa sådana villkor för offentliga vårdgivares och kommunala myndigheters elektroniska tillgång till de aktuella uppgifterna kan enligt utredningens mening jämställas med det i förarbetena angivna exemplet att uppställa villkor för hur en förmån som statsbidrag ska administreras. Att uppställa sådana villkor för privata vårdgivare kan inte heller anses vara en inskränkning i privata vårdgivares hittillsvarande handlingsfrihet. Föreskrifterna kan på grund av frivilligheten därför inte sägas avse några åligganden för kommuner eller några skyldigheter för enskilda. Utredningen gör därför bedömningen att det inte krävs reglering i lag utan att reglering i förordning är tillräcklig.

8.3.8 Ändringar i sekretesslagstiftningen

Utredningens förslag: Genom ändring i offentlighets- och sekretessförordningen gäller inte den s.k. folkbokföringssekretessen enligt 22 kap. 1 § första stycket 1 offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) när Socialstyrelsen lämnar ut uppgifter enligt ett beslut om elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

[7] Prop. 1973:90 s. 210.

Sekretessbrytande reglering behövs för folkbokföringssekretessen

Som framgår i avsnitt 5.3 omfattas uppgifter i HOSP-registret, genom föreskrifter i 6 § offentlighets- och sekretessförordningen, av s.k. folkbokföringssekretess enligt 22 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen. Även om sekretesskyddet är svagt och det finns en presumtion för att uppgifterna är offentliga, innebär elektronisk tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, ett utlämnande av uppgifter som i och för sig omfattas av sekretess. Folkbokföringssekretessen hindrar dock ett utlämnande bara om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs.

Utredningen gör i avsnitt 7.11 bedömningen att en sökfunktion på internet innebär en uppgiftsskyldighet för Socialstyrelsen som bryter eventuell sekretess vid utlämnanden av uppgifter till myndigheter. Utredningen föreslår i samma avsnitt att det även ska föreskrivas i offentlighets- och sekretessförordningen att folkbokföringssekretessen inte ska gälla i fråga om utlämnande enligt de föreslagna bestämmelserna om en sökfunktion på internet. Denna föreskrift föreslås gälla allt sådant utlämnande, till både myndigheter och enskilda. Detta innebär att de uppgifter om namn, typ av legitimation och när den utfärdades samt omfattningen av legitimationen vid partiellt tillträde, yrke samt specialitet utan hinder av sekretess kan lämnas till myndigheter och enskilda. Myndigheter och offentliga vårdgivare som ska kunna medges tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande kan enligt utredningens mening dock behöva ha tillgång till andra uppgifter än de som enligt utredningens förslag ska vara tillgängliga genom en sökfunktion på internet. Detsamma gäller för privata vårdgivares tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst (se avsnitt 8.3.2). Även om utredningens förslag om sekretessbrytande bestämmelse i avsnitt 7.11 genomförs gäller folkbokföringssekretess alltjämt för övriga uppgifter i HOSP-registret och vid andra former av utlämnanden än via sökfunktionen på internet. Några befintliga sekretessbrytande bestämmelser som i praktiken kan användas gäller inte för sådant uppgiftsutlämnande. Det behöver därför införas ytterligare sekretessbrytande reglering som bryter folkbokföringssekretessen vid beslutad elektronisk tillgång.

Sekretessbrytande reglering behövs inte för annan sekretess

Vissa uppgifter kan i all myndighetsverksamhet omfattas av sekretess enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen. Enligt den bestämmelsen kan sekretess gälla för uppgift om en enskilds bostadsadress eller annan jämförbar uppgift som kan lämna upplysning om var den enskilde bor stadigvarande eller tillfälligt, den enskildes telefonnummer, e-postadress eller annan jämförbar uppgift som kan användas för att komma i kontakt med denne samt för motsvarande uppgifter om den enskildes anhöriga. Detta gäller om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne kan komma att utsättas för hot eller våld eller lida annat allvarligt men om uppgiften röjs. Även del av en adressuppgift som kan användas för att ta reda på var den enskilde bor omfattas av bestämmelsen.[8] I HOSP-registret finns i förekommande fall uppgift om den registrerades folkbokföringsort.

Eftersom sekretess enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen gäller i all myndighetsverksamhet hindrar inte denna sekretess den föreslagna möjligheten för Socialstyrelsen att besluta om tillgång för andra myndigheter och offentliga vårdgivare till uppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande. Privata vårdgivare är däremot inte myndigheter och därför omfattas inte uppgifter hos dessa av sekretess enligt den bestämmelsen. De saknar emellertid enligt utredningens bedömning behov av elektronisk tillgång till uppgift om folkbokföringsort och Socialstyrelsen bör därför inte heller medge dem sådan tillgång till denna uppgift. Övriga uppgifter i HOSP-registret omfattas inte av 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen. Någon bestämmelse som bryter sekretessen enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen behövs därför inte.

I Socialstyrelsens personaladministrativa verksamhet råder normalt sekretess för uppgifter om personnummer och födelsedatum (39 kap. 3 § OSL och 10 § offentlighets- och sekretessförordningen). Uppgifterna om namn och personnummer i HOSP-registret behandlas dock inte i personaladministrativ verksamhet hos Socialstyrelsen och omfattas därför inte av denna sekretess. Någon bestämmelse som bryter denna sekretess behövs därför inte.

[88] Prop. 2005/06:161, *Sekretessfrågor – Skyddade adresser*, s. 98.

Utredningen gör bedömningen att den föreslagna möjligheten för myndigheter eller offentliga vårdgivare till elektronisk tillgång genom direktåtkomst eller annan elektroniskt utlämnande inte kan antas medföra att personuppgifterna efter utlämnandet behandlas i strid med dataskyddsförordningen eller dataskyddslagen. Detsamma gäller den föreslagna möjligheten för privata vårdgivare till elektronisk tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Någon bestämmelse som bryter sekretessen enligt 21 kap. 7 § offentlighets- och sekretesslagen behövs därför inte.

Utredningen gör också bedömningen att de uppgifter i HOSP-registret som föreslås kunna lämnas ut elektroniskt till myndigheter och vårdgivare inte omfattas av några andra bestämmelser om sekretess. Ett sekretessgenombrott behöver alltså bara gälla folkbokföringssekretess.

Sekretessbrytande reglering införs för folkbokföringssekretessen

Utredningen gör i avsnitt 7.11 bedömningen att de uppgifter i HOSP-registret som enligt utredningens förslag ska lämnas ut till allmänheten genom en sökfunktion på internet inte kan anses särskilt känsliga och att det därför i praktiken inte kan uppkomma någon situation där det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om dessa uppgifter röjs på detta sätt. När det gäller övriga uppgifter i HOSP-registret gör utredningen en annan bedömning. I avsnitt 8.3.2 framgår att utredningen anser att uppgifterna i registret om återkallelse av legitimation, prövotid och begränsning av förskrivningsrätt samt uppgift om folkbokföringsort kan betecknas som integritetskänsliga.

Att uppgifterna används för det ändamål enligt 5 § HOSP-förordningen för vilket de lämnas ut kan, enligt utredningens bedömning, inte ge särskild anledning att anta att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs.

Om en myndighet har direktåtkomst till uppgifter hos en annan myndighet och dessa uppgifter omfattas av sekretess hos den utlämnande myndigheten, överförs sekretessen till den mottagande myndigheten (11 kap. 4 § OSL). Därför får de uppgifter som utlämnas genom direktåtkomst samma sekretesskydd hos den mottagande myndigheten eller offentliga vårdgivaren som hos Social-

styrelsen. Detta gäller dock inte om en sekretessbestämmelse till skydd för samma intresse redan är tillämplig på uppgifterna hos den mottagande myndigheten (11 kap. 8 § OSL). Även uttryckliga undantag i offentlighets- och sekretesslagen från den sekretessbestämmelse som gäller hos den mottagande myndigheten har företräde framför den överförda sekretessen. Detta innebär att det kan vara så att en uppgift som omfattas av sekretess hos Socialstyrelsen inte gör det hos en myndighet eller offentlig vårdgivare som har direktåtkomst till uppgiften hos Socialstyrelsen. När det gäller elektronisk tillgång till uppgifter genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst finns det inte någon generell regel om överföring av sekretess mellan myndigheter (se avsnitt 5.3.3).

När en uppgift som omfattas av sekretess lämnas till en privat vårdgivare överförs ingen sekretess till den privata vårdgivaren. Vissa uppgifter kan dock vara skyddade av tystnadsplikt hos den privata vårdgivaren. Den bestämmelse om tystnadsplikt som finns i 6 kap. 12–14 §§ patientsäkerhetslagen gäller dock endast personer som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen hos den privata vårdgivaren. Med hälso- och sjukvårdpersonal avses i patientsäkerhetslagen den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter, den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare samt viss apotekspersonal, personal vid Giftinformationscentralen och personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning (1 kap. 4 §). Enligt utredningens bedömning är inte den personal som i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag kommer att få del av uppgifter från HOSP-registret att anse som hälso- och sjukvårdspersonal i patientsäkerhetslagens mening. Uppgifterna omfattas därför inte av tystnadsplikt hos den privata vårdgivaren.

Mot bakgrund av det ovan anförda kan man inte utgå från att de utlämnade uppgifterna har samma sekretesskydd hos den mottagande myndigheten eller offentliga vårdgivaren som hos Socialstyrelsen. Inte heller omfattas de utlämnade uppgifterna av tystnadsplikt, eller sekretess, hos en privat vårdgivare. Socialstyrelsen måste dock enligt utredningens mening inför varje beslut om elektronisk tillgång göra en intresseavvägning mellan behov och integritetsrisker och dessutom samråda med Integritetsskyddsmyndigheten (se avsnitt 8.3.3). I denna

intresseavvägning ska givetvis frågan om hur känsliga uppgifter den elektroniska tillgången ska avse och vilket skydd uppgifterna kommer att få hos mottagaren väga tungt. Utredningen föreslår dessutom i avsnitt 8.3.5 och 8.3.7 att uttryckliga krav ska uppställas på att den elektroniska tillgången inte får vara mer omfattande än vad mottagaren behöver för att utföra sina arbetsuppgifter och att mottagaren inte får behandla (inklusive lämna ut) personuppgifterna för något annat ändamål än det för vilket de lämnats ut. Utredningen gör därför bedömningen att det finns tillräckliga garantier för att det i praktiken inte kommer att uppkomma någon situation där det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs genom den föreslagna möjligheten till elektronisk tillgång.

Utredningen anser sammanfattningsvis att det bör föreskrivas i offentlighets- och sekretessförordningen att folkbokföringssekretessen inte gäller när Socialstyrelsen lämnar ut uppgifter enligt ett beslut om elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

8.3.9 Information till de registrerade

I dataskyddsförordningen finns det bestämmelser om information till den registrerade i samband med att personuppgifter samlas in. Artikel 13 i dataskyddsförordningen gäller information som ska lämnas när personuppgifter samlas in från den registrerade, medan artikel 14 i dataskyddsförordningen gäller information som ska lämnas när personuppgifterna som samlats in inte har erhållits från den registrerade.

Personuppgifterna i HOSP-registret har inte erhållits från den registrerade. I sådant fall gäller, enligt artikel 14.5 c i dataskyddsförordningen, ett undantag från informationsskyldigheten när utlämnande av uppgifter uttryckligen föreskrivs genom nationell rätt som fastställer lämpliga åtgärder för att skydda den registrerades berättigade intressen. Utlämnandet av personuppgifterna är enligt utredningens förslag uttryckligen föreskrivet i HOSP-förordningen, som för detta fall också fastställer lämpliga åtgärder för att skydda den registrerades berättigade intressen (se avsnitt 8.3.3, 8.3.4, 8.3.5 och 8.3.7). Någon information till de registrerade om att personuppgifterna kan komma att lämnas ut till myndigheter och

vårdgivare enligt Socialstyrelsens beslut skulle således inte behövas enligt dataskyddsförordningen.

Den som är registrerad i HOSP-registret har emellertid i dag, utöver vad som framgår av artikel 13 och 14 i dataskyddsförordningen, rätt att av Socialstyrelsen, som är personuppgiftsansvarig, få information om bl.a. vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling. Utredningen föreslår i avsnitt 7.10 att Socialstyrelsen ska lämna den som är registrerad information om vad som gäller även i fråga om annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Den informationen kan t.ex. lämnas genom upplysningar på Socialstyrelsens webbplats.

8.4 Utlämnanden i enstaka fall genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst

Utredningens förslag: Socialstyrelsen får i enstaka fall lämna ut uppgifter i HOSP-registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst utan förhandssamråd med Integritetsskyddsmyndigheten. Möjligheten till regelmässigt utlämnande på medium för automatiserad behandling tas därför bort i HOSP-förordningen.

Det är enligt utredningens mening inte rimligt att varje elektroniskt utlämnande av uppgifter ur HOSP-registret ska kräva ett förhandssamråd med Integritetsskyddsmyndigheten, ett uttryckligt beslut med ett omfattande innehåll och en försäkran om att frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt. Dessa integritetsstärkande krav bör reserveras för de fall där en automatiserad elektronisk tillgång medges. Liksom i dag bör Socialstyrelsen t.ex. kunna besvara manuellt gjorda förfrågningar om innehållet i registret genom mejl. Däremot bör kraven gälla vid alla medgivanden av direktåtkomst, som alltid är förknippad med automation.

Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen i enstaka fall ska få lämna ut uppgifter i registret, för sådana ändamål som anges i 4 och 5 §§ HOSP-förordningen, genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst utan förhandssamråd med Integritetsskyddsmyndigheten m.m. Exempel på sådana enstaka fall kan vara

när företag som tillhandahåller e-receptlösningar kontrollerar förskrivarkod och behörighet för en förskrivare när förskrivaren ansluter sig till en sådan e-receptlösning samt när bemanningsföretag gör motsvarande kontroll när företaget avser att anlita en person. Sådana fall får anses vara enstaka fall trots att många personer kan tänkas ansluta sig eller anlitas. Elektroniska utlämnanden i andra fall än enstaka fall, dvs. regelbundna eller frekvent förekommande elektroniska utlämnanden, kommer därmed inte att vara tillåtna för Socialstyrelsen annat än om styrelsen iakttar de integritetsstärkande kraven. Bestämmelsen i 7 § HOSP-förordningen om att personuppgifterna i registret får lämnas ut på medium för automatiserad behandling om uppgifterna ska behandlas för de i förordningen tillåtna ändamålen tas därför bort enligt utredningens förslag.

8.5 Utökad elektronisk tillgång för vissa aktörer

8.5.1 Inledning

I detta avsnitt berörs de skrivelser om önskemål om förändringar i HOSP-förordningen gällande tillgång till uppgifter i HOSP-registret som regeringen mottagit och som överlämnats till utredningen. Beträffande respektive önskemål om sådan tillgång gör utredningen en bedömning av om önskemålet bör tillgodoses och, om så är fallet, om det kan tillgodoses genom den öppna tillgång till vissa uppgifter i HOSP-registret som föreslås i kapitel 7 eller det utlämnande i enstaka fall genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst som föreslås i avsnitt 8.4. Är det inte tillräckligt med tillgång via internet, gör utredningen också en bedömning av om önskemålet kan tillgodoses inom ramen för de befintliga ändamålen för HOSP-registret eller om ett nytt ändamål bör införas.

Enligt utredningens förslag ska Socialstyrelsen få möjlighet att medge elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret (avsnitt 8.3). Gör utredningen bedömningen att önskemålet bör tillgodoses, på annat sätt än genom tillgång via internet eller elektroniskt utlämnande i enstaka fall, bör alltså Socialstyrelsen, eventuellt efter att ett nytt ändamål införs, använda den föreslagna möjligheten och medge elektronisk tillgång.

Avslutningsvis berörs behoven av elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret för andra myndigheter än som berörs

tidigare i avsnittet, eller som i dag får ha direktåtkomst. De myndigheter som i dag får ha direktåtkomst berörs i avsnitt 8.6.

8.5.2 Försäkringskassan

Utredningens bedömning: Försäkringskassans behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret kan tillgodoses genom den öppna tillgång på internet som föreslås i kapitel 7.

Försäkringskassan administrerar det statliga tandvårdsstödet och betalar ut ersättning till vårdgivare enligt bestämmelserna i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (STL) och förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd (STF). För att en vårdgivare ska kunna få ersättning ska vårdgivaren vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd (3 kap. 1 § STL). Ansökan om anslutning till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd ska göras av vårdgivaren. För att bli ansluten till det elektroniska systemet ska vårdgivaren vara legitimerad tandläkare eller tandhygienist eller, genom anställning eller på annat sätt, anlita sådan personal, se 18 § förordningen om statligt tandvårdsstöd. I tidigare lagstiftning om statligt tandvårdsstöd, lagen (1962:381) om allmän försäkring, angavs i 2 kap. 3 § tredje stycket att ersättning endast lämnas om tandvården utförts av en legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist. Det finns inte i lagen eller förordningen om statligt tandvårdsstöd något uttryckligt krav på att tandvården ska ha utförts av en legitimerad tandläkare eller tandhygienist för rätt till ersättning. I förarbetena till de nuvarande bestämmelserna anges dock att det inte finns någon anledning att i det nya tandvårdsstödet gå ifrån kravet på legitimation, även om det redan av lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (nuvarande patientsäkerhetslagen) framgår att endast den som har legitimation för yrket eller särskilt förordnats att utöva det är behörig att utöva yrke som tandläkare eller tandhygienist.[9] När en vårdgivare rapporterar uppgifter om utförd tandvård till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd ska vårdgivaren lämna ett antal uppgifter, bl.a. uppgifter om

[9] Se prop. 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd*, s. 94 f.

den behandlande tandläkarens eller tandhygienistens namn och personnummer (3 kap. 3 § STL och 15 § STF). Försäkringskassan har även möjlighet att avansluta en vårdgivare från det statliga tandvårdssystemet om denne inte uppfyller de krav som ställs gällande kraven på legitimerad personal (19 § 3 STF). Försäkringskassan har i uppdrag att säkerställa att felaktiga utbetalningar inte görs och att motverka bidragsbrott (2 § 3 förordningen [2009:1174] med instruktion för Försäkringskassan). Även i förarbetena till det statliga tandvårdsstödet anfördes att det grundläggande är att säkerställa att risken för felaktigt utnyttjande minimeras och att de uppgifter som ligger till grund för utbetalningarna kan kontrolleras.[10]

Försäkringskassan har i en skrivelse till regeringen begärt att myndigheten ska medges direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret.[11] Försäkringskassan har i skrivelsen och vid kontakter med utredningen beskrivit myndighetens behov av elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret på följande sätt. Försäkringskassan behöver kontrollera att en vårdgivare har legitimerad personal, dels vid anslutning av en vårdgivare till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd, dels vid uppföljning av om kravet på legitimerad personal är uppfyllt hos en redan ansluten vårdgivare. Försäkringskassan behöver även vid varje utbetalning kontrollera att den person som uppges som behandlare av en utförd tandvårdsåtgärd är legitimerad tandläkare eller tandhygienist. Uppgifterna från HOSP-registret är därför viktiga för att säkerställa att felaktiga utbetalningar inte görs och motverka bidragsbrott. I dag kan förfrågningar till Socialstyrelsen endast göras manuellt via telefon eller mejl genom att Försäkringskassan frågar om en person med visst personnummer har legitimation som tandläkare eller tandhygienist. Det skulle vara alltför administrativt betungande för Försäkringskassan att skicka förfrågningar avseende varje ansökan om utbetalning av tandvårdsstöd, då det rör sig om cirka 10 miljoner ansökningar per år. Förfrågan skickas därför endast vid anslutning av en vårdgivare till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd. Om Försäkringskassans elektroniska system på ett automatiserat sätt i HOSP-registret skulle kunna kontrollera om en viss behandlare har rätt legitimation, skulle det möjliggöra kontroller i samtliga

[10] Se prop. 2007/08:49 s. 90 och prop. 2016/17:153 *Det statliga tandvårdsstödet förbättrad information, kontroll och uppföljning*, s 23 f.
[11] Försäkringskassan, dnr 014351–2018, den 19 november 2019 och komplettering, den 26 juni 2020.

fall. Detta skulle kunna ske genom att Socialstyrelsen tillhandahåller ett öppet API, som gör det möjligt att automatiserat ställa frågor och få svar från HOSP-registret eller genom annat elektroniskt utlämnande, t.ex. genom en skräddarsydd fråga-svar-lösning. Försäkringskassan har egentligen inte behov av just direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. Endast en sökmöjlighet på vanlig webbsida med en sökruta skulle emellertid inte vara tillräckligt för att möta behoven, eftersom även det skulle innebära att manuell hantering krävs i varje fall. Försäkringskassan har ett stort behov av att kunna utföra dessa kontroller för att motverka felaktiga utbetalningar. Det finns indikationer på att det kan vara så många som 2 000 av de cirka 14 000 registrerade i det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd som inte har legitimation.

Utredningens bedömning

Försäkringskassan har behov av att kontrollera om en vårdgivare som begär att få anslutas till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd är legitimerad tandläkare eller tandhygienist eller, genom anställning eller på annat sätt, anlitar sådan personal. När det gäller utbetalning av tandvårdsstöd finns det visserligen inte i lagen eller förordningen om statligt tandvårdsstöd något uttryckligt krav på att tandvården ska ha utförts av en legitimerad tandläkare eller tandhygienist för rätt till ersättning. Mot bakgrund av vad som framgår i förarbetena till lagen om tandvårdsstöd anser dock utredningen att Försäkringskassan får anses ha ett berättigat behov av att kontrollera även i fall utförande tandläkare respektive tandhygienist är legitimerad. Försäkringskassan har därför behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Försäkringskassan har emellertid endast behov av att veta om en person med ett visst person- eller samordningsnummer har legitimation som tandläkare eller tandhygienist. Detta är en sådan uppgift som utredningen i avsnitt 7.6 och 7.8 föreslår att Socialstyrelsen ska tillhandahålla genom ett öppet API, som gör det möjligt att automatiserat ställa flera eller upprepade frågor och få svar. Försäkringskassan har förklarat att en sådan lösning skulle motsvara myndighetens behov. Utredningen gör därför bedömningen att Försäkringskassans behov kan tillgodoses genom den öppna tillgång till vissa uppgifter i HOSP-registret som föreslås i kapitel 7.

8.5.3 Läkemedelsverket

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen bör använda den i avsnitt 8.3 föreslagna möjligheten för att medge Läkemedelsverket elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

I Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel finns krav på specialistbehörighet hos förskrivaren vid förordnande av vissa godkända läkemedel för att apotek ska få lämna ut läkemedlet. Förskrivare som saknar aktuell behörighet att förordna (dvs. förskriva) dessa läkemedel kan enligt föreskrifterna ansöka om dispens hos Läkemedelsverket (6 §). En dispens är ett tillstånd knutet till en viss förskrivare och en arbetsplatskod. Om det finns särskilda skäl, kan Läkemedelsverket på ansökan av läkaren och efter prövning i det enskilda fallet medge dispens. I regel beviljas dispens för ett år i taget.[12] Vid utlämnande av läkemedlet ska apoteket kontrollera att förskrivaren var behörig att förordna läkemedlet; giltig dispens ska finnas vid tidpunkten då recept utfärdas. Läkemedelsverket skickar information om beviljade dispenser elektroniskt till E-hälsomyndigheten. Apoteken kan hos E-hälsomyndigheten ta del av informationen via Registret för individuella förskrivarbehörigheter (RIF). Apotek har i och med detta möjlighet att kontrollera dispenser direkt i sina it-stöd.

Läkemedelsverket har i en skrivelse till regeringen begärt att myndigheten ska medges direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret.[13] Läkemedelsverket har i skrivelsen och vid kontakter med utredningen beskrivit myndighetens behov av elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret på följande sätt. Läkemedelsverket behöver i ärenden om dispens kontrollera en sökande läkares yrke, specialitet, datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens, datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis upphör att gälla, beslut om prövotid och datum för återkallelse av legitimation samt förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt. För att få dessa uppgifter skickar Läkemedelsverket mejl till Socialstyrelsen. Detta innebär mycket manuellt arbete och fördröjer

[12] Vägledning till Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel, version 2, augusti 2020, s. 4, dnr: 3.2.1-2020-053656.
[13] Läkemedelsverket, dnr: 3.1-2017-037465, den 12 maj 2017.

handläggningen av dispensärendet, ibland med flera veckor. Läkemedelsverket gör 400–500 förfrågningar per år. Detta antal kan dock komma att öka, eftersom fler begränsningar förväntas tillkomma i föreskriften HSLF-FS 2017:74. Det finns dock egentligen inte behov av just direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. Det vore tillräckligt om Socialstyrelsen tillhandahöll ett öppet API, eller genom annat elektroniskt utlämnande, tex genom en skräddarsydd fråga-svar-lösning, gjorde det möjligt för Läkemedelsverket att automatiserat ställa frågor till, och få svar från, HOSP-registret. En sökmöjlighet på en vanlig webbsida med en sökruta skulle innebära en viss förbättring av situationen, men eftersom en sådan lösning ändå skulle innebära ett behov av manuell hantering hos Läkemedelsverket skulle detta inte helt möta myndighetens behov. Läkemedelsverket har tidigare haft i regeringsuppdrag att analysera och lämna förslag till hur uppgifter om dispenser att förskriva läkemedel som meddelats av Läkemedelsverket och vissa delegeringar kan automatiseras och digitaliseras så att ansökningsförfarandet och informationsöverförandet från Läkemedelsverket till E-hälsomyndigheten kan integreras i en lösning framtagen för att presentera aktuell informationen för apoteken.[14] Läkemedelsverket förväntar sig att få en fortsättning på detta uppdrag, dvs. att även analysera och lämna förslag på hur Läkemedelsverket ska kunna automatisera och digitalisera resten av dispensprocessen hos Läkemedelsverket. Elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret är en förutsättning för att en sådan digitalisering ska vara möjlig. Det skulle även underlätta myndighetens fortsatta digitaliseringsarbete i stort. Läkemedelsverket har även varit involverat i det uppdrag som E-hälsomyndigheten har att automatisera och digitalisera kontrollen av individuella förskrivarbehörigheter.[15]

Utredningens bedömning

Läkemedelsverket har behov av att i ärenden om dispens kontrollera en sökande läkares yrke, specialitet, datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens, datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis upphör att gälla, beslut om prövotid och

[14] S2017/01865/FS.
[15] Se Socialdepartementet, dnr S2016/03790/FS.

datum för återkallelse av legitimation samt förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt. Läkemedelsverket har därför behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Vissa av dessa uppgifter är sådana uppgifter som enligt utredningens förslag i avsnitt 7.6 och 7.8 inte ska tillhandahållas av Socialstyrelsen genom det öppna API som föreslås . Dessa uppgifter kan, som utredningen gör gällande i avsnitt 7.8.4 och 7.8.5, ses som uppgifter av mer privat natur och därmed i viss mån av känslig karaktär. Utredningen gör dock bedömningen att dessa uppgifter i regel inte kan anses vara av särskilt känslig art och att ett utlämnande till Läkemedelsverket för ett visst begränsat ändamål är motiverat. Enligt utredningens bedömning har Läkemedelsverket ett befogat behov av att medges tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom i vart fall annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. I enlighet med utredningens förslag i avsnitt 8.3.2, får Socialstyrelsen medge en myndighet elektronisk tillgång till uppgifter i registret utefter den sökandes behov. Frågan om den elektroniska tillgången bör ges genom direktåtkomst eller annat elektronisk utlämnande lämnar utredningen till Socialstyrelsen att bedöma, också det i enlighet med utredningens förslag i avsnitt 8.3.2. Det finns inte något ändamål i HOSP-förordningen som innebär att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att Läkemedelsverket i dispensärenden ska kunna kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet. Utredningen gör därför bedömningen att önskemålet inte kan tillgodoses inom ramen för de befintliga ändamålen för HOSP-registret utan att ett nytt ändamål bör införas, se vidare om detta i avsnitt 8.7.4.

8.5.4 Universitets- och högskolerådet

Utredningens bedömning: Universitets- och högskolerådets behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret kan tillgodoses genom den öppna tillgång på internet som föreslås i kapitel 7.

För att en person ska få antas till ett utbildningsprogram som leder till barnmorskeexamen eller specialistsjuksköterskeexamen krävs att personen har legitimation som sjuksköterska som utfärdats av Socialstyrelsen (se 7 kap. 29 § och bilaga 2 till högskoleförordningen [1993:1009]). I 7 kap. 2 § högskoleförordningen anges att för att en

sökande ska bli antagen krävs det att sökanden har grundläggande behörighet och dessutom den särskilda behörighet som kan vara föreskriven. Ett lärosäte får som sådan särskild behörighet för tillträde till en viss utbildning, meddela föreskrifter om krav på andra villkor än kunskaper från en eller flera kurser i gymnasieskolan eller motsvarande kunskaper om de betingas av utbildningen eller är av betydelse för det yrkesområde som utbildningen förbereder för (7 kap. 8 och 11 §§ högskoleförordningen). Vissa lärosäten har därför som krav för särskild behörighet för att en person ska få antas till psykoterapeututbildning att personen har legitimation som psykolog.

Frågor om antagning till utbildning vid ett lärosäte avgörs av lärosätet (7 kap. 4 § högskoleförordningen). Universitets- och högskolerådet har dock till uppgift att på uppdrag av statliga universitet och högskolor eller av enskilda utbildningsanordnare som har tillstånd att utfärda examina, biträda vid antagning av studenter och ansvara för ett samordnat antagningsförfarande (2 § förordningen [2012:811] med instruktion för Universitets- och högskolerådet). Universitets- och högskolerådet får också föra ett antagningsregister och där ange uppgifterna individuellt för varje student (4 kap. 1 § förordningen [1993:1153] om redovisning av studier m.m. vid universitet och högskolor). Registret får föras med hjälp av automatiserad behandling. Ändamålet med registret är att vara till hjälp för högskolor vid antagning av studenter, men uppgifterna i registret får också användas för de andra ändamål som särskilt angivits i förordningen.

Universitets- och högskolerådet har genom en hemställan till regeringen begärt att myndigheten ska ges direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret för ändamålet kontroll av sökande till vidareutbildningar där legitimation ingår som ett krav för behörighet.[16] Utredningen har genom senare kontakter med Universitets- och högskolerådet fått behovet av elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret beskrivet på följande sätt. Universitets- och högskolerådet tar emot ansökningar till psykoterapeut-, barnmorske- och specialistsjuksköterskeutbildningar vid högskolor och universitet. Myndigheten behöver då stämma av mot uppgifterna i HOSP-registret att en sökande med visst personnummer har legitimation som sjuksköterska eller psykolog. Universitets- och högskolerådet ställer därför en fråga till Socialstyrelsen som behöver svar på med ja eller nej. Universitets- och högskolerådet har alltså behov av att få

[16] Universitets och högskolerådet, dnr 1.1.1-01636-2019, den 24 oktober 2019.

elektronisk tillgång till uppgifterna om en sökande med visst person- eller samordningsnummer har legitimation eller inte och vilken legitimation den sökande har. Inhämtningen av dessa uppgifter sker för närvarande genom att en förfrågan via mejl skickas till Socialstyrelsen, vilket är resurskrävande och medför längre handläggningstider. Universitets- och högskolerådet gjorde inför höstterminen 2020 och vårterminen 2021 förfrågningar beträffande totalt cirka 16 600 sökanden. Universitets- och högskolerådet har dock egentligen inte behov av just direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. Det vore tillräckligt att Socialstyrelsen tillhandahåller ett öppet API, eller genom annat elektroniskt utlämnande, t.ex. genom en fråga-svar-lösning, gör det möjligt att automatiserat ställa frågor till, och få svar från, HOSP-registret. En sökmöjlighet på en webbplats med en sökruta skulle innebära en marginell förbättring av situationen, men eftersom en sådan lösning innebär ett behov av manuell hantering hos Universitets- och högskolerådet, skulle detta inte möta myndighetens behov.

Utredningens bedömning

Universitets- och högskolerådet har ett berättigat behov av att kontrollera om att en sökande med visst person- eller samordningsnummer har legitimation som sjuksköterska eller psykolog. Myndigheten behöver av den anledningen tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Universitets- och högskolerådet har emellertid endast behov av sådana uppgifter som utredningen i avsnitt 7.6 och 7.8 föreslår att Socialstyrelsen ska tillhandahålla genom ett öppet API. Universitets- och högskolerådet har förklarat att en sådan lösning, som gör det möjligt att automatiserat ställa flera eller upprepade frågor och få svar skulle tillgodose myndighetens behov. Utredningen gör därför bedömningen att Universitets- och högskolerådets behov kan tillgodoses genom den öppna tillgång till vissa uppgifter i HOSP-registret som föreslås i kapitel 7.

8.5.5 Universitet och högskolor

Utredningens bedömning: Universitets och högskolors behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret kan tillgodoses genom den öppna tillgång på internet som föreslås i kapitel 7.

För att en student ska få en barnmorske- eller specialistsjuksköterskeexamen ställs krav på att studenten har fullgjort kursfordringar om visst antal högskolepoäng samt att studenten har legitimation som sjuksköterska (se 6 kap. 4 och 5 §§ samt bilaga 2 till högskoleförordningen [1993:1009]). Examen utfärdas av den statliga högskola eller universitet eller den enskilda utbildningsanordnare som fått tillstånd till detta i enlighet med högskolelagen, högskoleförordningen och lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina. Som nämnts i avsnitt 8.5.4 avgör lärosätet även frågor om antagning till utbildning vid lärosätet.

Enligt förordningen (1993:1153) om redovisning av studier m.m. vid universitet och högskolor ska varje högskola och universitet dokumentera uppgifter om studenter och föra ett studieregister. Uppgifter som ska dokumenteras om varje student är t.ex. uppgifter om behörighet, urvalsgrund, antagning, studieresultat, betyg och examen. För att dokumentera dessa uppgifter använder sig lärosätena av ett gemensamt system, Ladok.

Sveriges universitets- och högskoleförbund (SUHF) har i en skrivelse[17] till regeringen begärt att de universitet eller högskolor som behöver uppgifter om yrkeslegitimation från HOSP-registret för att bedöma behörighet vid viss antagning och för att utfärda viss examen[18] ska få direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret. SUHF har genom skrivelsen och kontakter med utredningen beskrivit lärosätenas behov av elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret på följande sätt. För att ett lärosäte ska kunna fatta beslut om antagning till barnmorske- eller specialistsjuksköterskeutbildning och

[17] Sveriges universitets- och högskoleförbund, dnr 0036–19, den 24 oktober 2019.

[18] Blekinge tekniska högskola, Ersta Sköndal, Bräcke högskola, Göteborgs universitet, Högskolan Dalarna, Högskolan i Borås, Högskolan i Gävle, Högskolan i Halmstad, Högskolan i Skövde, Högskolan Kristianstad, Högskolan Väst, Karlstads universitet, Karolinska institutet, Linköpings universitet, Linnéuniversitetet, Luleå tekniska universitet, Lunds universitet, Malmö universitet, Mittuniversitetet, Mälardalens högskola, Röda Korsets Högskola, Sophiahemmet Högskola, Stiftelsen Högskolan i Jönköping, Umeå universitet, Uppsala universitet och Örebro universitet. Med reservation för att uppgifterna om berörda lärosäten kan ändras beroende på lokala beslut om utbildningsutbudet.

utfärda barnmorske- eller specialistsjuksköterskeexamen beträffande en person behöver lärosätet ställa en fråga till Socialstyrelsen om den aktuella personen har legitimation som sjuksköterska. Detta sker genom att lärosätet skickar mejl till Socialstyrelsen med frågan om en viss person har efterfrågad legitimation. Socialstyrelsen besvarar sedan frågan via mejl med ja eller nej. Socialstyrelsen har tidvis haft lång handläggningstid för att besvara frågor, i vissa fall har det tagit upp till två månader att få svar. Eftersom beslut om antagning eller utfärdande av examen inte kan ske innan svar kommit från Socialstyrelsen, har detta i flera fall försenat handläggningen. Den försenade handläggningen har inneburit att färdigutbildad vårdpersonal inte kunnat komma ut i arbete hos vårdgivarna som barnmorska eller specialistsjuksköterska i väntan på beslut. Det är därför viktigt att Socialstyrelsen kan svara skyndsamt på lärosätenas frågor om de uppgifter om yrkeslegitimationer som finns i HOSP-registret. Lärosätena skickar förfrågningar beträffande cirka 2 700 studenter per år.[19] Lärosätena har dock inte behov av just direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. Det vore tillräckligt att Socialstyrelsen genom ett öppet API, eller genom annat elektroniskt utlämnande, t.ex. genom en skräddarsydd fråga-svar-lösning, gör det möjligt för lärosätena att genom Ladok-systemet automatiserat ställa frågor till, och få svar från, HOSP-registret. En sökmöjlighet på en vanlig webbplats med en sökruta skulle innebära en viss förbättring av situationen, men eftersom en sådan ändå skulle innebära ett behov av manuell hantering hos lärosätena, skulle detta inte helt möta lärosätenas behov.

Utredningens bedömning

Vissa universitet och högskolor har behov av att kontrollera om sökanden och studenter har legitimation som sjuksköterska. Dessa universitet och högskolor har av den anledningen behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Behovet gäller dock endast frågan om en person med ett visst person- eller samordningsnummer har legitimation som sjuksköterska. Detta är en sådan uppgift som utredningen i avsnitt 7.6 och 7.8 föreslår att Socialstyrelsen ska tillhandahålla genom ett öppet API. SUHF har förklarat att en sådan

[19] Under åren 2017–2019 har i genomsnitt 356 barnmorskeexamina respektive 2 343 specialistsjuksköterskeexamina utfärdats av högskolor och universitet i Sverige enligt uppgift från Universitetskanslersämbetets Statistikdatabas *Högskolan i Siffror*.

lösning, som gör det möjligt att automatiserat ställa flera eller upprepade frågor och få svar, skulle tillgodose lärosätenas behov. Utredningen gör därför bedömningen att universitetens och högskolornas behov kan tillgodoses genom den öppna tillgång till vissa uppgifter i HOSP-registret som föreslås i kapitel 7.

8.5.6 Andra myndigheter än de som i dag får ha direktåtkomst

Utredningens bedömning: Behovet av elektronisk tillgång hos övriga myndigheter kan tillförsäkras genom den föreslagna öppna tillgången via internet, den föreslagna möjligheten till utlämnanden i enstaka fall genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst eller den föreslagna möjligheten för Socialstyrelsen att medge myndigheter elektronisk tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Behovet kan tillgodoses inom ramen för befintliga och föreslagna ändamål.

Utredningen har inte gjort någon rundfrågning hos andra statliga eller kommunala myndigheter om behovet av elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Utredningen bedömer att behovet av sådan tillgång hos andra myndigheter än de som berörs i detta avsnitt eller som i dag får ha direktåtkomst (se avsnitt 8.6) kommer att kunna tillgodoses inom ramen för befintliga och föreslagna ändamål. Tillgång till uppgifterna kan försäkras genom den föreslagna öppna tillgången via internet (se kapitel 7), den föreslagna möjligheten till utlämnanden i enstaka fall genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst (avsnitt 8.4) eller den föreslagna möjligheten för Socialstyrelsen att medge myndigheter elektronisk tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande (se avsnitt 8.3).

Utöver de myndigheter som berörs specifikt ovan har också E-hälsomyndigheten fortsatt behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Genom den föreslagna möjligheten för Socialstyrelsen att medge andra myndigheter tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till uppgifter i HOSP-registret kan Socialstyrelsen medge E-hälsomyndigheten den elektroniska tillgång till uppgifterna som E-hälsomyndigheten i dag har. Utredningen förutsätter att så sker.

8.6 De myndigheter som i dag får ha direktåtkomst

Utredningens förslag: Bestämmelserna som ger Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare möjlighet att ha direktåtkomst till uppgifter i HOSP-registret tas bort.

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen bör, i de fall den öppna tillgång på internet som föreslås i kapitel 7 inte är tillräcklig, besluta att medge dessa myndigheter elektronisk tillgång till uppgifter i samma utsträckning som enligt nuvarande reglering. Socialstyrelsen ska då överväga om tillgången behöver avse direktåtkomst eller om det räcker med annat elektroniskt utlämnande.

I dag får IVO, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare ha direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret (7 c–e §§ HOSP-förordningen). Som utredningen redogör för i avsnitt 8.3.2 finns det flera fördelar med att frågor om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande regleras genom detaljerade myndighetsbeslut, i stället för i HOSP-förordningen. En bestämmelse i HOSP-förordningen som möjliggör för Socialstyrelsen att medge myndigheter elektronisk tillgång (se avsnitt 8.3) skapar förutsättningar för en mer enhetlig reglering i HOSP-förordningen om myndigheters elektroniska tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Det framstår som ologiskt, och onödigt tyngande, att i förordningen då behålla bestämmelser om vissa myndigheters direktåtkomst. Utredningen föreslår därför att bestämmelserna i HOSP-förordningen om dessa myndigheters direktåtkomst tas bort, liksom de uppgiftsskyldigheter som har direkt koppling till direktåtkomsten. Det får förutsättas att Socialstyrelsen, om det inte är tillräckligt med den öppna tillgång på internet som föreslås i kapitel 7, beslutar att medge myndigheterna och offentliga vårdgivare elektronisk tillgång till samma uppgifter som i dag för samma ändamål och att Integritetsskyddsmyndigheten inte har några invändningar mot det. Därvid bör i samråd med myndigheterna övervägas om den elektroniska tillgången behöver avse direktåtkomst eller om det är tillräckligt med annat elektroniskt utlämnande.

8.7 Nya ändamål för HOSP-registret

Utredningens förslag: Personuppgifter i HOSP-registret får behandlas även för att

a) framställa statistik om hälso- och sjukvård enligt lagen (2001:99) om den officiella statistiken,

b) lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag, och

c) kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel.

Utredningens bedömning: Det är förenligt med dataskyddsförordningen att införa bestämmelser i svensk rätt om behandling av personuppgifter i enlighet med utredningens förslag.

8.7.1 Inledning

De ändamål för vilka personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas anges i 4 och 5 §§ HOSP-förordningen. Regleringen är uttömmande. Utredningen redogör i avsnitt 5.2.3 utförligt för de ändamål för vilka uppgifterna får behandlas. I de fall det finns behov av att behandla uppgifterna i HOSP-registret för andra ändamål måste därför nya ändamål införas i förordningen.

Utredningen föreslår i avsnitt 7.9 att ett nytt ändamål ska införas i HOSP-förordningen som möjliggör att uppgifterna i HOSP-registret behandlas även för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet. I detta avsnitt finns utredningens överväganden när det gäller övriga förslag där behov av ett nytt ändamål finns.

Enligt artikel 5.1 i dataskyddsförordningen får personuppgifter bara behandlas utifrån vissa grundläggande principer. En närmare redogörelse för dem finns i avsnitt 4.5 i delbetänkandet. Enligt principen om *ändamålsbegränsning (finalitetsprincipen)* i artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen ska personuppgifter samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och de får inte

senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. Ändamålsbegränsningen innebär alltså att den personuppgiftsansvarige måste hålla sig till insamlingsändamålen och ändamål som inte är oförenliga med dessa. Denna bedömning bör göras i förhållande till alla förslag om nya ändamål, även om det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa det som gäller enligt artikel 5.1 i dataskyddsförordningen.

Innan redan insamlade personuppgifter ytterligare behandlas för ett annat syfte än det för vilket de insamlades, måste de registrerade enligt artikel 14.4 i dataskyddsförordningen informeras om bl.a. detta andra syfte. Undantag gäller, enligt artikel 14.5 b i dataskyddsförordningen, i den mån tillhandahållandet av sådan information skulle medföra en oproportionell ansträngning. Härtill kommer att det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa de skyldigheter som finns enligt artikel 14 i dataskyddsförordningen.

8.7.2 Socialstyrelsens behandling för statistikändamål

Ett nytt ändamål

Socialstyrelsen är enligt lagen (2001:99) respektive förordningen (2001:100) om den officiella statistiken ansvarig för den officiella statistiken inom hälso- och sjukvård. Av bilagan till förordningen om den officiella statistiken framgår det att det är statistik om hälsa och sjukdomar, hälso- och sjukvård och dödsorsaker som omfattas av Socialstyrelsens uppdrag som statistikmyndighet. Detta innefattar enligt utredningen även viss statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, då det är sådan personal som utför själva hälso- och sjukvården. Genom förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen har myndigheten i uppdrag att följa, analysera och rapportera om bl.a. hälsa och hälso- och sjukvård genom statistikframställning. Socialstyrelsen ska dessutom på uppdrag av regeringen årligen ta fram underlag och redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på barnmorskor, läkare och sjuksköterskor samt tandläkare och tandhygienister. Redovisningen presenteras genom rapporten Nationella planeringsstödet.[20] Rapporten beskriver bl.a.

[20] Socialstyrelsens årliga rapport om tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvården.

tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal nationellt och regionalt. Den visar också hur många som är på väg ut på arbetsmarknaden genom att redovisa antalet nya legitimationer som utfärdats.

Statistiken efterfrågas av andra statliga myndigheter, regioner, kommuner, journalister, allmänheten och intresseorganisationer men också internt av Socialstyrelsen för analys och planering. Den behövs framför allt för frågor som rör kompetensförsörjning, såsom frågeställningar kring planering av bemanning, utbildning och specialisering av hälso- och sjukvårdspersonal.

Något ändamål som innebär att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att framställa statistik finns inte. För att Socialstyrelsen ska kunna fullgöra sitt uppdrag som statistikansvarig myndighet och sitt uppdrag att följa, analysera och rapportera om bl.a. hälso- och sjukvård genom statistikframställning behöver därför enligt utredningens mening ett nytt ändamål införas. Det bör uttryckligen anges att personuppgifterna i HOSP-registret också får behandlas för att framställa statistik om hälso- och sjukvård enligt lagen om den officiella statistiken.

Det huvudsakliga och ursprungliga ändamålet för behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen). Steget från det ändamålet till att framställa statistik om tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är inte särskilt långt, då frågor som hör samman med kompetensförsörjning får sägas ha ett nära samband med en sådan förteckning. Detta bör också de registrerade ha insett. Det ska här sägas att samlade uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet enbart finns tillgängliga i HOSP-registret.

Enligt artikel 5.1 i dataskyddsförordningen gäller, utöver det som framgår av inledningen ovan, som huvudregel att ytterligare behandling av personuppgifter som sker för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller, som i detta fall, statistiska ändamål i enlighet med artikel 89.1 i dataskyddsförordningen, inte anses vara oförenlig med de ursprungliga ändamålen. Behandlingen måste dock omfattas av lämpliga skyddsåtgärder i enlighet med dataskyddsförordningen för den registrerades rättigheter och friheter. Det gör den enligt utredningens bedömning.

Det föreslagna nya ändamålet bedöms alltså vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive

personuppgift samlades in till HOSP-registret. Dessutom avser det nya ändamålet ett statistiskt ändamål som inte berörs av finalitetsprincipen.

I inledningen (avsnitt 8.7.1) redogör utredningen för vad som gäller i fråga om information till de registrerade enligt artikel 14.4. och 14.5 i dataskyddsförordningen. Utredningen gör bedömningen att det skulle medföra en oproportionell ansträngning att informera de registrerade i detta fall, då HOSP-registret innehåller uppgifter om hundratusentals personer och dessa uppgifter inte har samlats in från de registrerade.

Den rättsliga grunden

Dataskyddsregleringen utgår från att varje behandling av personuppgifter måste vila på en rättslig grund. I dataskyddsförordningen räknas dessa rättsliga grunder uttömmande upp i artikel 6.1. Behandlingen är rättsligt grundad om den t.ex. är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige eller för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen). Av skäl 45 till dataskyddsförordningen framgår att hälso- och sjukvårdsändamål, såsom folkhälsa och socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster, inbegrips i allmänintresset. I delbetänkandet, avsnitt 4.6, redogör utredningen mer utförligt för vad som kan utgöra rättslig grund enligt dataskyddsförordningen.

Socialstyrelsen har genom sin instruktion, samt genom lagen och förordningen om den officiella statistiken, i uppdrag att framställa statistik om hälso- och sjukvård. Detta innefattar även viss statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och tillgången till sådan personal. Behandling av personuppgifterna i HOSP-registret för statistikframställning bedöms därmed i första hand nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar Socialstyrelsen, som också är personuppgiftsansvarig (3 a §).

Den rättsliga förpliktelsen är reglerad i lagen respektive förordningen om den officiella statistiken samt i förordningen med instruktion för Socialstyrelsen. Den föreslagna behandlingen är enligt utredningen förenlig med artikel 6 i dataskyddsförordningen.

Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Att uppgifterna i HOSP-registret också får användas för statistikändamål innebär ett intrång i de registrerades personliga integritet eftersom det ökar tillgängligheten till uppgifterna inom Socialstyrelsen. Socialstyrelsens behov av att behandla personuppgifter för statistikändamål behöver därför vägas mot de integritetsrisker som är förknippade med behandlingen.

Enligt utredningens bedömning är integritetsriskerna med att Socialstyrelsen får behandla uppgifterna i HOSP-registret för statistikframställning relativt små. De integritetsrisker som finns kan enligt utredningen på ett godtagbart sätt motverkas, eller minskas kraftigt, genom integritetsstärkande utformning av regleringen. Utredningen föreslår en sådan utformning. För att minska risken för att ett nytt ändamål för statistik ska leda till en alltför vid möjlighet att använda uppgifterna i registret för statistikändamål föreslår utredningen, i enlighet med Socialstyrelsens framställan, en begränsning av ändamålet. Genom att begränsa ändamålet till framställande av statistik om hälso- och sjukvård enligt lagen om officiell statistik tillåts bara sådan behandling som är nödvändig för Socialstyrelsens verksamhet.

Det ska i detta sammanhang också nämnas att de hälsodata- och socialtjänstregister som förs av Socialstyrelsen omfattas av statistiksekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen, då dessa behandlas inom den särskilda statistikverksamheten vid myndigheten. Som framgår i avsnitt 5.3.1 omfattas uppgifterna i HOSP-registret inte i dag av denna sekretess utan av folkbokföringssekretessen enligt 6 § offentlighets- och sekretessförordningen. Sekretesskyddet är därmed svagt och det finns en presumtion för att uppgifterna är offentliga.

Genom utredningens förslag kommer de uppgifter från HOSP-registret som används för statistikändamål att i praktiken omfattas av statistiksekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen. Enligt den bestämmelsen, gäller sekretess i sådan särskild verksamhet hos en myndighet som avser framställning av statistik[21] för uppgift som avser en enskilds personliga eller ekonomiska förhållanden och som kan hänföras till den enskilde. Enligt huvudregeln är sekretessen absolut, dvs. inte försedd med något skaderekvisit.

[21] Med särskild verksamhet som avser framställning av statistik menas en allmänt utredande verksamhet, utan anknytning till särskilda ärenden, som organisatoriskt är avgränsad från annan verksamhet hos myndigheten, jfr prop. 1979/80:2 *med förslag till sekretesslag m. m*, del A, s. 263 och prop. 2013/14:162 *Ändringar av statistiksekretessen*, s. 9.

Att sekretessen är absolut har bl.a. att göra med att integritetsintresset är påtagligt i statistikverksamhet. Det finns dock fyra undantag från huvudregeln om absolut sekretess då det i stället ska tillämpas sekretess med ett omvänt skaderekvisit. Uppgifterna kan då komma att lämnas ut i enlighet med de undantagsbestämmelser som framgår av 24 kap 8 § offentlighets- och sekretesslagen, exempelvis för forskningsändamål[22]. Uppgifter får i dessa fall lämnas ut om det står klart att det kan ske utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men. Sammantaget innebär förslaget att uppgifterna vid statistikframställning kommer att omfattas av ett starkare sekretesskydd vilket stärker integritetsskyddet.

Det är utredningens sammanfattande slutsats att behoven av och fördelarna med att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas för statistikändamål enligt lagen om den officiella statistiken överväger integritetsriskerna.

8.7.3 E-hälsomyndighetens behandling för ytterligare ändamål

Inledning

I HOSP-förordningen regleras tre särskilda ändamål som berör E-hälsomyndighetens verksamhet enligt följande

- att lämna uppgifter till den nationella läkemedelslistan enligt lagen om nationell läkemedelslista (5 § 2),
- att i samband med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista lämna uppgifter till den myndigheten för kontroll av identitet och behörighet i fråga om förskrivare, legitimerade sjuksköterskor utan behörighet att förskriva läkemedel, apotekare, receptarier och dietister (5 § 4), och
- att lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kontroll av förskrivares identitet och behörighet vid expediering på öppenvårdsapotek av läkemedel och andra varor som förskrivits (5 § 5).

[22] Med forskningsändamål menas någonting annat än att uppgifterna behövs för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, jfr RÅ 2004 ref. 9. Forskning förutsätter alltså att det finns ett vetenskapligt syfte.

E-hälsomyndigheten har i en skrivelse till regeringen begärt att dessa ändamål ska ersättas av ändamålet att *lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kvalitetssäkring, behörighets- och åtkomstkontroll, komplettering av uppgifter samt statistikändamål*.[23] E-hälsomyndigheten har som skäl för detta anfört att när myndigheten får nya uppdrag ökar behovet av tillgång till uppgifter i HOSP-registret för dessa ändamål. En fortsatt detaljreglering av ändamålen i HOSP-förordningen riskerar enligt E-hälsomyndigheten att medföra problem i de fall sådana behov uppstår som avser uppgifter, ändamål eller yrkeskategorier som inte räknas upp i ändamålen. Det vore enligt E-hälsomyndigheten mer ändamålsenligt med en mer flexibel lösning, som i stället avgränsas till ovan nämnda ändamål, eftersom det skulle möjliggöra utlämnande av sådana uppgifter som myndigheten har behov av, oavsett vilket register eller vilka yrkeskategorier som vid var tid är aktuella.

HOSP-förordningens ändamålsreglering behöver spegla det behov som E-hälsomyndigheten har av tillgång till uppgifter från HOSP-registret. Utredningen kommer därför i följande avsnitt att redogöra för myndighetens behov av sådana uppgifter.

E-hälsomyndighetens behov av uppgifter i HOSP-registret

E-hälsomyndighetens uppdrag framgår av förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten. E-hälsomyndigheten ska enligt instruktionen ansvara för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. Myndigheten ska vidare samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet (1 §). Myndigheten ska även särskilt ansvara för det register som anges i lagen om nationell läkemedelslista (2 § 1) och tillhandahålla ett system för förmedling av ansökningar om tillstånd till försäljning av läkemedel enligt 4 kap. 10 § läkemedelslagen (2015:315) (2 § 12), kvalitetssäkra, förvalta, framställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik samt tillhandahålla ett system för analys av läkemedelsstatistik (2 § 5 och 6). E-hälsomyndigheten ska även utveckla och tillhandahålla digitala tjänster för att redovisa uppgifter i myndig-

[23] E-hälsomyndigheten, dnr. 2019/05878, den 9 december 2019.

hetens register i syfte att underlätta för den enskilde utifrån myndighetens verksamhetsområde (3 §).

När ett receptförskrivet läkemedel lämnas ut från ett öppenvårdsapotek till en patient är det alltid en farmaceut som ansvarar för utlämnandet av det förskrivna läkemedlet.[24] Ett förordnande får expedieras från öppenvårdsapotek endast om det utfärdats av en i Sverige behörig förskrivare (8 kap. 8 § Läkemedelsverkets föreskrifter [HSLF-FS 2019:32] om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit). Eftersom E-hälsomyndigheten ansvarar för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering, behöver myndigheten ha tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Uppgifterna behövs dels för att tillhandahålla dem till expedierande personal på öppenvårdsapotek så att de kan kontrollera att förskrivaren är behörig, dels för att E-hälsomyndigheten ska kunna kontrollera att den person som ansvarar för utlämnandet är legitimerad farmaceut (dvs. apotekare eller receptarie).

Enligt 6 kap. 2 § lagen om nationell läkemedelslista ska E-hälsomyndigheten lämna ut vissa uppgifter till hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, sjuksköterska utan sådan behörighet, till dietist och till farmaceut i hälso- och sjukvården. E-hälsomyndigheten behöver därför ha tillgång till uppgifter i HOSP-registret om förskrivares, sjuksköterskors, dietisters och farmaceuters (dvs. apotekares och receptariers) identitet och behörighet för att kunna kontrollera behörigheten innan uppgifter lämnas ut till dem.

Lagen om nationell läkemedelslista innehåller även bestämmelser om att hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel i vissa fall ska begära hos E-hälsomyndigheten att få vissa uppgifter spärrade för direktåtkomst i den nationella läkemedelslistan och i vissa fall begära att en sådan spärr hävs (4 kap. 4 och 6 §§). Lagen innehåller även bestämmelser om direktåtkomst för hälso- och sjukvårdspersonal som har viss behörighet (5 kap. 3–5 §§). E-hälsomyndigheten behöver även på grund av dessa bestämmelser tillgång till uppgifter i HOSP-registret för att kunna kontrollera att den som begär en sådan spärr, upphävande av spärr eller direktåtkomst till uppgifter är behörig att göra detta.

[24] Prop. 2017/18:223 s. 28.

E-hälsomyndigheten är enligt lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel personuppgiftsansvarig för myndighetens personuppgiftsbehandling i ärenden om ansökan om licens och får behandla personuppgifter enligt den lagen om det är nödvändigt för att E-hälsomyndigheten ska kunna ta emot och bevara uppgifter samt sammanföra handlingar i ärenden om ansökan om licens (7 och 8 §§). E-hälsomyndigheten ska enligt den nämnda lagen lämna ut uppgifter i ärenden om ansökan om licens till den som är behörig att förordna läkemedel och som i sin verksamhet har behov av sådana uppgifter (15 §). Det finns i lagen även särskilda bestämmelser om gallring av personuppgifter som lämnats till E-hälsomyndigheten av någon som är behörig att förordna läkemedel (19 §). E-hälsomyndigheten behöver därför ha tillgång till uppgifter i HOSP-registret för kontroll av förskrivares och farmaceuters behörighet dels vid skapande av motivering och ansökan, dels vid åtkomst till uppgifter i ärenden om licens.

E-hälsomyndigheten har vid kontakter med utredningen gett följande konkreta situationer som exempel på att myndigheten har behov av att kunna behandla uppgifterna i HOSP-registret för *kvalitetssäkring, validering och komplettering av uppgifter*. Sådant behov kan finnas för att i samband med expedition av recept komplettera systemets händelselogg med farmaceutens HOSP-id, även kallat legitimationskod,[25] om denna inte anges i anropet till tjänsten. Behov av kompletterande uppgifter om den person som har åtkomst finns även för att i samband med åtkomst till den nationella läkemedelslistan få nödvändiga uppgifter för att kunna genomföra en effektiv loggning och kontroll av åtkomsten. Sådant behov finns även rörande Läkemedelsverkets inrapportering av dispenser från begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel (se avsnitt 8.5.3). Läkemedelsverket rapporterar in beviljade dispenser till E-hälsomyndighetens register RIF (Register över individuella förskrivarbehörigheter) så att myndigheten kan tillgängliggöra dem för apoteken. E-hälsomyndigheten behöver då kunna kontrollera att angiven förskrivarkod finns i HOSP-registret och vilken behörighet innehavaren av förskrivarkoden har. Även i den kommande möjligheten till e-recept över landsgränser finns det behov av att få uppgifter från HOSP-registret. Vid apotekens inloggning i tjänsten via en webbapplikation anges inte farmaceutens namn utan i stället

[25] HOSP-id behandlas i HOSP-registret med stöd av 6 § 11 i HOSP-förordningen.

någon annan form av ID (tex. HOSP-id/legitimationskod eller personnummer). E-hälsomyndigheten behöver kunna skicka farmaceutens namn till den utländska kontaktpunkten och har därför behov av att kunna få ut uppgift om vilket namn som är knutet till en viss HOSP-id/legitimationskod.

E-hälsomyndigheten har även anfört att myndigheten har ett behov av att använda uppgifter från HOSP-registret vid behandling som inte är reglerad i författning, utan som följer av t.ex. regeringsuppdrag.[26] Det finns enligt myndigheten även ett behov av att behandla uppgifter i HOSP-registret för uppdrag som initialt ges till myndigheten genom regleringsbrev men som senare ska författningsregleras, som exempelvis *e-recept över landsgränser*.

E-hälsomyndigheten har utöver detta uttryckt behov av att få behandla uppgifter från HOSP-registret för statistikframställning och tillhandahållande av statistik enligt 2 § 5 och 6 förordningen med instruktion för E-hälsomyndigheten. Myndighetens behov av uppgifter från HOSP-registret för statistik berörs nedan i ett särskilt avsnitt.

Ett nytt ändamål för kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag

Utredningen anser att E-hälsomyndigheten har ett berättigat behov av elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret i samtliga de fall som beskrivs i avsnittet ovan, behovet av uppgifter för statistik berörs som nämnts i ett särskilt avsnitt. De ändamål som i dag finns i HOSP-förordningen täcker inte in dessa behov utan det finns anledning att ersätta de nuvarande ändamålen avseende E-hälsomyndigheten med ett nytt ändamål.

Det primära ändamålet med HOSP-registret är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (se 4 §). Utredningen konstaterar att gemensamt för de fall då E-hälsomyndigheten behöver elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret är att myndigheten då har ett behov av att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet mot den aktuella förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som finns i HOSP-registret. Myndigheten behöver göra detta för att kunna utföra arbetsuppgifter till följd av åligganden för myndigheten som

[26] Exempelvis *RIF – Uppdrag att automatisera och digitalisera kontrollen av individuella förskrivarbehörigheter*, S2016/03790/FS.

finns reglerade i författning eller genom regeringsuppdrag. Syftet med kontrollen kan i vissa fall beskrivas som ett behov av att kvalitetssäkra, validera eller komplettera uppgifter som E-hälsomyndigheten får in genom sina system, men kvalitetssäkringen, valideringen eller kompletteringen har alltid att göra med kontroll av behörighet. Kontrollen av behörigheten sker då i enlighet med författning eller regeringsuppdrag, där det på olika sätt framgår att någon i ett visst sammanhang ska ha en viss behörighet. När det gäller E-hälsomyndighetens behov av uppgifter i HOSP-registret med anledning av den kommande möjligheten till e-recept över landsgränser förutsätter utredningen att även denna behandling av personuppgifter kommer att regleras genom författning eller regeringsuppdrag.

Flera av ändamålen i HOSP-förordningen avser kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet (se 5 § 4–7 HOSP-förordningen). Det kan enligt utredningens mening ifrågasättas om ordet identitet bör finnas med i ändamålsbeskrivningarna. Med begreppet kontroll av identitet avses vanligen att kontrollera att en person har den identitet personen utger sig för att ha, dvs. att kontrollera att en person har det namn och personnummer som personen utger sig för att ha. I 6 § 1 HOSP-förordningen anges att registret får innehålla uppgift om namn, personnummer, samordningsnummer eller andra liknande identitetsbeteckningar och kön. Avsikten med innebörden av begreppet kontroll av identitet i HOSP-registret bör därför enligt utredningens mening snarare vara att kontrollera en persons identitetsbeteckning än att kontrollera personens identitet. I 6 § 10 HOSP-förordningen anges att registret får innehålla uppgift om förskrivarkod. Ett behov av att kontrollera uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonals identitet mot uppgifter i HOSP-registret kan exempelvis finnas vid expediering av ett recept när man endast har en förskrivarkod och behöver kontrollera vilket namn och personnummer eller annan identitetsbeteckning som hör samman med denna förskrivarkod. Ett mer rättvisande sätt att beskriva ändamålen i HOSP-förordningen skulle enligt utredningens mening vara att endast ange att det är hälso- och sjukvårdspersonals behörighet som kontrolleras. Ordet identitet har emellertid angetts i förordningen sedan dess tillkomst. Kontroll av identitetsbeteckningen får även anses rymmas inom det vidare begreppet ”kontroll av behörighet”. Begreppet används dessutom i 6 § 7 HOSP-förordningen, som anger att personuppgifterna i registret får behandlas för

att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet att utfärda intyg. Detta ändamål möjliggör Socialstyrelsens behandling av uppgifter i HOSP-registret för utlämnande genom direktåtkomst till Transportstyrelsen (7 e §), vilket inte omfattas av utredningens uppdrag att se över. Vid en samlad bedömning anser utredningen att det inte finns tillräckliga skäl att föreslå en ändring som innebär att ordet identitet tas bort från ändamålsbestämmelserna i HOSP-registret.

Utredningen anser att ändamålet att *lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag* täcker in samtliga de behov som E-hälsomyndigheten har. Det ändamålet bör därför ersätta de nuvarande ändamålen avseende E-hälsomyndigheten. Därmed förenklas regleringen samtidigt som den kommer att omfatta även nya behov som E-hälsomyndigheten kan få av att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet.

Det föreslagna nya ändamålet bedöms vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive personuppgift samlades in till HOSP-registret. Det primära ändamålet för behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret är sedan registrets tillkomst att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen) och ändamål avseende E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet finns i dag angivna. Det finns en nära koppling mellan dessa ändamål och att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag. Detta bör också de registrerade ha insett. Det ska här sägas att samlade uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet enbart finns tillgängliga i HOSP-registret. Det föreslagna nya ändamålet bedöms vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive personuppgift samlades in till HOSP-registret.

Det är inga ytterligare kategorier av personuppgifter som föreslås bli tillgängliga för E-hälsomyndigheten. Den ytterligare behandling som föreslås tillåtas innebär att E-hälsomyndigheten, som redan i dag får uppgifter från HOSP-registret, kommer att få samma slags uppgifter för ett något vidare men ändå begränsat och mycket specifikt ändamål. Några nya negativa konsekvenser för de registrerade bedöms därför inte uppkomma med anledning av utredningens

förslag. Härtill kommer att det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa de skyldigheter som finns enligt artikel 5. Det är utredningens bedömning att förslaget är förenligt med artikel 5 och 23 i dataskyddsförordningen.

I inledningen (avsnitt 8.7.1) redogör utredningen för vad som gäller i fråga om information till de registrerade enligt artikel 14.4. och 14.5 i dataskyddsförordningen. Utredningen gör bedömningen att det skulle medföra en oproportionell ansträngning att informera de registrerade i detta fall då HOSP-registret innehåller uppgifter om hundratusentals personer och dessa uppgifter inte har erhållits från de registrerade.

Den rättsliga grunden

Som redogörs för ovan, när det gäller Socialstyrelsen, utgår dataskyddsregleringen från att varje behandling av personuppgifter måste vila på en rättslig grund. I dataskyddsförordningen räknas dessa rättsliga grunder uttömmande upp i artikel 6.1. Behandlingen är rättsligt grundad om den t.ex. är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige eller för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen). Av skäl 45 till dataskyddsförordningen framgår att hälso- och sjukvårdsändamål, såsom folkhälsa och socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster inbegrips i allmänintresset. I delbetänkandet, avsnitt 4.6, redogör utredningen mer utförligt för vad som kan utgöra rättslig grund enligt dataskyddsförordningen.

Ovan görs bedömningen att ytterligare behandling av de redan befintliga personuppgifterna i HOSP-registret för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag är förenlig med de ändamål för vilka personuppgifterna samlades in. Enligt skäl 50 till dataskyddsförordningen behövs då inte någon ny rättslig grund för den tillkommande behandlingen.

Enligt utredningens förslag ska en ny bestämmelse om att Socialstyrelsen får medge elektronisk tillgång till uppgifter införas i HOSP-förordningen. Som framgår i avsnitt 8.5.7 förutsätter utredningen att

Socialstyrelsen genom ett sådant beslut medger E-hälsomyndigheten den elektroniska tillgång till uppgifterna som E-hälsomyndigheten i dag har. Om beslut om sådant medgivande fattats, har Socialstyrelsen enligt utredningens förslag också en skyldighet att ge den tillgång som beslutats. Denna uppgiftsskyldighet innebär en rättslig förpliktelse. Behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret, inklusive utlämnandet av uppgifter som möjliggör för E-hälsomyndigheten att få de uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag, är därmed nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar Socialstyrelsen, som är personuppgiftsansvarig (3 a §). Dessa rättsliga förpliktelser är fastslagna i HOSP-förordningen. Syftet med tillhandahållandet av uppgifter – att lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag – framgår enligt utredningens förslag uttryckligen av HOSP-förordningen (jämför artikel 6.3 i dataskyddsförordningen). Begränsningen till detta syfte är ett sådant specifikt krav som avses i artikel 6.2 i dataskyddsförordningen.

Ovan görs bedömningen att den ytterligare behandling av de redan befintliga personuppgifterna i HOSP-registret som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag är förenlig med de ändamål för vilka personuppgifterna samlades in. Enligt skäl 50 till dataskyddsförordningen behövs då inte någon ny rättslig grund för den tillkommande behandlingen.

Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Att uppgifterna i HOSP-registret även får behandlas för att lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag innebär ett ökat intrång i de registrerades personliga integritet, eftersom uppgifter får behandlas i nytt syfte. E-hälsomyndighetens behov av den aktuella behandlingen av personuppgifter behöver därför vägas mot de integritetsrisker som är förknippade med behandlingen.

Enligt utredningens bedömning är integritetsriskerna med att Socialstyrelsen även får behandla uppgifterna i HOSP-registret för dessa ändamål relativt små. Genom att begränsa ändamålet till utlämnande av uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag tillåts bara sådan behandling som är nödvändig för specifika arbetsuppgifter.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att behoven av och fördelarna med att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas för utlämnande som möjliggör E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag, överväger integritetsriskerna.

Ett nytt ändamål för statistik?

Svensk läkemedelsstatistik hanteras av E-hälsomyndigheten men till viss del också av Socialstyrelsen[27]. Som framgår ovan ska E-hälsomyndigheten enligt sin instruktion framställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik. Begreppet nationell läkemedelsstatistik är dock brett och saknar en legal definition. Den statistik som E-hälsomyndigheten framställer avser bl.a. försäljningsuppgifter för läkemedelsgrupp uppdelade per yrkesgrupp, försäljningsuppgifter för läkemedelsgrupp, exklusive det som förskrivits av veterinärer, indikatorer som beräknas utifrån antal förskrivare och läkemedelskostnader, vilket får anses utgöra nationell läkemedelsstatistik. Utöver att framställa läkemedelsstatistik ansvarar E-hälsomyndigheten bl.a. också för att samla in och tillhandahålla uppgifter om läkemedelsförsäljning från apoteksaktörer, detaljhandel och partihandel som sker på svensk marknad.

Läkemedelsstatistiken efterfrågas av aktörer som Sveriges Kommuner och Regioner, regioner, forskare, läkemedelsföretag, statistikföretag och andra (jämför dir. 2021:12). Den är av betydelse för samhället då den kan ge en ökad förståelse för exempelvis samhällets samlade läkemedelskostnader. I Sverige finansieras läkemedel som används i huvudsak med skattemedel. Dessutom är statistiken av bety-

[27] Socialstyrelsen publicerar rapporten *Statistik om läkemedel*, den innehåller statistik om läkemedel på recept samt vissa uppgifter om receptfria läkemedel och läkemedel till den slutna vården. Rapporten ingår i Sveriges officiella statistik och publiceras årligen i april.

delse för ett flertal processer inom läkemedelsområdet som syftar till en mer patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

Statistiken om läkemedel grundar sig ofta på flera källor. Uppgifter om receptförskrivna läkemedel hämtas från läkemedelsregistret[28], där det finns uppgifter om förskrivarens yrke, specialitet och arbetsplatskod, och uppgifter om utbildningsnivå, som kan hämtas från Statistiska centralbyrån. Uppgifter om rekvisition till öppen och sluten vård samt köp av receptfria läkemedel finns hos E-hälsomyndigheten. Den som säljer läkemedel i Sverige är skyldig att regelbundet rapportera in försäljningsuppgifter till myndigheten. Den 1 maj 2021 började lagen om nationell läkemedelslista[29] att gälla. I listan finns bl.a. uppgifter om förskrivarens namn, yrke, specialitet, arbetsplats, arbetsplatskod och förskrivarkod. E-hälsomyndigheten får använda uppgifterna i listan för bl.a. statistik (3 kap. 5 § lagen om nationell läkemedelslista). I avsnitt 8.3.7 föreslås att E-hälsomyndigheten ska få behandla uppgifterna i den nationella läkemedelslistan i enlighet med ändamålen i 3 kap. 2–5 §§ lagen om nationell läkemedelslista, trots den ändamålsbegränsning som annars ska gälla vid elektronisk tillgång till HOSP-registret.

Utredningens bedömning är att E-hälsomyndigheten inte behöver uppgifter från HOSP-registret för att tillhandahålla eller framställa statistik. Myndigheten har framfört att i de fall uppgifterna finns tillgängliga i andra register vid myndigheten så har uppgifterna ursprungligen hämtats från HOSP-registret varför det finns behov av att lägga till ett ändamål om statistik. Utredningen har dock inte kunnat identifiera behov av uppgifter utanför nationella läkemedelslistan, användande av dem ska enligt utredningens redovisning ovan vara möjligt utifrån förslaget i avsnitt 8.3.7. Myndigheten har vidare framfört att de uppgifter som myndigheten redan har eller inhämtar från annat håll för statistik kontrolleras mot uppgifter i HOSP-registret. I det fallet bör dock det föreslagna ändamålet om E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag kunna användas.

[28] Läkemedelsregistret regleras i förordningen (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen samt i lagen (1996:1156) om receptregister. Alla uppgifter i läkemedelsregistret kommer från E-hälsomyndigheten.
[29] Nationella läkemedelslistan ersatte den 1 maj 2021 receptregistret och läkemedelsförteckningen. All information från dessa två register fördes över till den nationella läkemedelslistan.

8.7.4 Läkemedelsverkets kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i dispensärenden

Ett nytt ändamål

Utredningen gör i avsnitt 8.5.3 bedömningen att det behöver införas ett nytt ändamål i HOSP-förordningen som innebär att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att Läkemedelsverket ska kunna kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel. Det bör uttryckligen anges att personuppgifterna i HOSP-registret även får behandlas för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel. Det bör gälla även de personuppgifter som redan samlats in till HOSP-registret.

Det huvudsakliga och ursprungliga ändamålet för behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen). Syftet med att kunna föra en sådan förteckning får anses vara att säkerställa att en god och säker vård kan tillhandahållas. Det finns en nära koppling mellan dessa ändamål och att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens där en viss behörighet hos sökanden är en förutsättning för att en dispens ska kunna utfärdas. Detta bör också de registrerade ha insett. Det ska här sägas att samlade uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet enbart finns tillgängliga i HOSP-registret. Det föreslagna nya ändamålet bedöms vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive personuppgift samlades in till HOSP-registret.

Härtill kommer att det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa de skyldigheter som finns enligt artikel 5. Det är utredningens bedömning att förslaget är förenligt med artikel 5 och 23 i dataskyddsförordningen.

Det ytterligare tillgängliggörandet av personuppgifter som föreslås genom det nya ändamålet innebär i praktiken att Läkemedels-

verket kan få tillgång till uppgift om läkares yrke, specialitet, datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens, datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis upphör att gälla, beslut om prövotid, datum för återkallelse av legitimation, förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt. Vissa av dessa uppgifter kan i viss mån anses vara av känslig natur, men inte av särskilt integritetskänslig natur (avsnitt 8.5.3). Den ytterligare behandling som föreslås tillåtas innebär att Läkemedelsverket kommer att få behandla uppgifter för ett begränsat och mycket specifikt ändamål. Några negativa konsekvenser för de registrerade bedöms därför inte uppkomma med anledning av utredningens förslag.

I inledningen (avsnitt 8.7.1) redogör utredningen för vad som gäller i fråga om information till de registrerade enligt artikel 14.4. och 14.5 i dataskyddsförordningen. Utredningen gör bedömningen att det skulle medföra en oproportionell ansträngning att informera de registrerade i detta fall då HOSP-registret innehåller uppgifter om hundratusentals personer som inte har erhållits från de registrerade.

Den rättsliga grunden

Dataskyddsregleringen utgår från att varje behandling av personuppgifter måste vila på en rättslig grund. I dataskyddsförordningen räknas dessa rättsliga grunder uttömmande upp i artikel 6.1. Behandlingen är rättsligt grundad om den t.ex. är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige eller för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen). Av skäl 45 till dataskyddsförordningen framgår att hälso- och sjukvårdsändamål, såsom folkhälsa och socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster inbegrips i allmänintresset. I delbetänkandet, avsnitt 4.6, redogör utredningen mer utförligt för vad som kan utgöra rättslig grund enligt dataskyddsförordningen.

Enligt utredningens förslag ska en ny bestämmelse om att Socialstyrelsen får medge elektronisk tillgång till uppgifter införas i HOSP-förordningen. Utredningen gör i avsnitt 8.5.3 bedömningen att Socialstyrelsen bör använda den föreslagna möjligheten för att medge Läkemedelsverket elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret. När beslut om sådant medgivande fattats, har Socialstyrelsen

enligt utredningens förslag också en skyldighet att ge den tillgång som beslutats. Denna uppgiftsskyldighet innebär en rättslig förpliktelse. Behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret, inklusive utlämnandet av uppgifter till Läkemedelsverket för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel, är därmed nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar Socialstyrelsen, som är personuppgiftsansvarig (3 a §). Den rättsliga förpliktelsen är fastslagen i HOSP-förordningen. Syftet med tillhandahållandet av uppgifter – att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel – framgår uttryckligen av HOSP-förordningen (jämför artikel 6.3 i dataskyddsförordningen). Begränsningen till handläggningen av dispensärenden är ett sådant specifikt krav som avses i artikel 6.2 i dataskyddsförordningen.

Ovan görs bedömningen att ytterligare behandling av de redan befintliga personuppgifterna i HOSP-registret för att Läkemedelsverket ska få tillgång till uppgifter i dispensärenden är förenlig med de ändamål för vilka personuppgifterna samlades in. Enligt skäl 50 till dataskyddsförordningen behövs då inte någon ny rättslig grund för den tillkommande behandlingen.

Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Att uppgifterna i HOSP-registret även får användas för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel innebär ett ökat intrång i de registrerades personliga integritet, eftersom behandling av personuppgifterna får ske i ett nytt syfte. Behovet av detta behöver därför vägas mot de integritetsrisker som är förknippade med behandlingen.

Enligt utredningens bedömning är integritetsriskerna med att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas även för detta ändamål relativt små. Genom att begränsa ändamålet till utlämnande för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel tillåts bara sådan behandling

som är nödvändig för en mycket specifik arbetsuppgift. Det är dessutom enbart Läkemedelsverket som handlägger ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel.

Det är utredningens sammanfattande slutsats att behoven av och fördelarna med att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas för utlämnande för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel överväger integritetsriskerna.

8.8 Ändamål om planering för bemanning av krigsorganisationer

8.8.1 Inledning

Regioner och kommuner har i egenskap av offentliga vårdgivare elektronisk tillgång till vissa uppgifter i HOSP-registret. Enligt 7 a § HOSP-förordningen får en offentlig vårdgivare ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3 och 5–10 HOSP-förordningen. Uppgifterna får lämnas ut för något av de ändamål som anges i 5 § HOSP-förordningen. Utredningen föreslår i avsnitt 8.3.2 att denna möjlighet ska ersättas med en möjlighet för Socialstyrelsen att besluta att medge myndigheter och offentliga vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

Utredningen har i uppdrag att analysera de rättsliga förutsättningarna för hälso- och sjukvårdshuvudmännen, dvs. regionerna och kommunerna, att få direktåtkomst till uppgifter i registret även i syfte att skapa förutsättningar för att bemanna deras krigsorganisationer. För detta är, vid sidan av uppgifter om de registrerade som regioner och kommuner redan får ha direktåtkomst till, uppgiften om folkbokföringsort i 6 § 2 HOSP-förordningen relevant.

8.8.2 Bakgrund

Före år 1994 omfattades bl.a. hälso- och sjukvårdspersonal av den numera upphävda lagen (1981:292) om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal samt veterinärpersonal m.m. Lagen innebar att ett antal personalkategorier som i fred var, eller hade varit, verksamma

inom bl.a. hälso- och sjukvården hade tjänsteplikt när landet var i krig. Lagen upphävdes i samband med att den nuvarande lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt infördes. Regeringen gjorde bedömningen att de berörda personalkategorierna, i likhet med andra arbetstagare, till och med 70 års ålder skulle omfattas av totalförsvarsplikten.[30]

Socialstyrelsen fick år 1988 i uppdrag av regeringen att inrätta ett särskilt register över hälso- och sjukvårdspersonal, INTEGER.[31] Det var ett personalförsörjningsregister för krig och innehöll relevanta uppgifter om olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Uppdraget upphävdes genom beslut år 2009.[32] Regeringen anförde dock i beslutet att det regelverk om uppgiftsskyldighet i lagen om totalförsvarsplikt som registret vilade på skulle kvarstå för en eventuell framtida återuppbyggnad.

Trots att regionerna och kommunerna har ansvar för att bedriva sjukvård och planera sin verksamhet under höjd beredskap saknar de i dag möjlighet att skapa en överblick över vilken hälso- och sjukvårdspersonal som finns i regionen eller kommunen. Den pågående *Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap* (S 2018:09) gör i sitt delbetänkande *Personalförsörjning i kris och krig* (SOU 2020:23) bedömningen att det bör övervägas om det finns behov av att återuppta arbetet med ett centralt register över hälso- och sjukvårdspersonal för personalförsörjning i krig.[33] Ett sådant register skulle enligt den utredningen syfta till att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att få tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal som inte är anställd hos regionen eller kommunen. Dagens säkerhetspolitiska situation och den återupptagna planeringen av totalförsvaret innebär enligt *Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap* att det finns behov av att kunna använda tillgänglig personal på ett för samhället effektivt sätt. Det är särskilt viktigt att förberedelserna för krig medför att all hälso- och sjukvårdspersonal som finns att tillgå kan användas i händelse av krig och att utbildad hälso- och sjukvårdspersonal krigsplaceras där de gör bäst nytta i totalförsvaret.[34]

[30] Prop. 1994/95:6, *Totalförsvarsplikt.*
[31] Uppdrag åt Socialstyrelsen att genomföra ett register för hälso- och sjukvårdspersonal i krig (S 5421/87).
[32] Upphävande av beslut om att föra register över hälso- och sjukvårdspersonal i krig (S 2009/4363/FS).
[33] SOU 2020:23, s. 136.
[34] SOU 2020:23, s. 139–141.

8.8.3 Regioners och kommuners ansvar för krigsorganisationer

Regionernas och kommunernas beredskapsförberedelser regleras i 3 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Av bestämmelsen framgår att regioner och kommuner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap. Även 7 § lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap är av betydelse, där framgår att regioner och kommuner vid höjd beredskap ska vidta de särskilda åtgärder i fråga om planering och inriktning av verksamheten, tjänstgöring och ledighet för personal samt användning av tillgängliga resurser som är nödvändiga för att de under de rådande förhållandena ska kunna fullgöra sina uppgifter inom totalförsvaret. Ansvaret för beredskapsförberedelser utvecklas vidare i 4 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Av förordningen framgår att varje region och kommun ska ha de planer som behövs för verksamheten under höjd beredskap. Planerna ska innehålla uppgifter om den verksamhet som är avsedd att bedrivas under höjd beredskap. Av planerna ska också framgå krigsorganisationen, den personal som ska tjänstgöra i denna och vad som i övrigt behövs för att regionen eller kommunen ska kunna höja sin beredskap och bedriva verksamheten under höjd beredskap. Höjd beredskap är antingen skärpt beredskap eller högsta beredskap. Är Sverige i krigsfara eller råder det sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara, får regeringen besluta om skärpt eller högsta beredskap. Vid höjd beredskap kan andra lagar användas vid sidan av dem som gäller i fredstid.

Det närmare arbetet i regionerna och kommunerna med krisberedskap och civilt försvar utgår i huvudsak från de överenskommelser som staten genom Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Sveriges Kommuner och Regioner har träffat.[35]

[35] Se *Överenskommelse om landstingens (regionernas) arbete med krisberedskap och civilt försvar* (2018–2020,) Dnr SKL 18/02653, MSB 2018–05682, *Överenskommelse om kommunernas arbete med civilt försvar* (2018–2020), Dnr SKL 18/01807, MSB 2018–05681 och *Överenskommelse om kommunernas krisberedskap* (2019–2022), Dnr MSB 2018–09779, SKL 18/03101. Överenskommelsen har förlängts och gäller till och med den 31 december 2021, enligt uppgift på SKR:s webbplats 2021-02-09.

8.8.4 Allmän tjänsteplikt och möjlighet till krigsplacering

Den svenska totalförsvarsplikten regleras i lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt och innebär att alla som är mellan 16 och 70 år och bor i Sverige, kan bli inkallade vid höjd beredskap för att efter förmåga hjälpa till på olika sätt. Det finns tre typer av totalförsvarsplikt; värnplikt, civilplikt och allmän tjänsteplikt. För regioners och kommuners del är det den allmänna tjänsteplikten och civilplikten som är relevanta.

Först när höjd beredskap beslutats av regeringen finns möjlighet att även besluta om *allmän tjänsteplikt*. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer (f.n. Arbetsförmedlingen) beslutar hos vilka arbetsgivare eller uppdragsgivare som allmän tjänsteplikt ska fullgöras samt vilka arbetstagare och uppdragstagare som ska omfattas av allmän tjänsteplikt. Allmän tjänsteplikt fullgörs genom att den förpliktade kvarstår i sin anställning eller fullföljer ett uppdrag, tjänstgör enligt avtal om frivillig tjänstgöring inom totalförsvaret, eller utför arbete som anvisats honom eller henne. Det kan t.ex. innebära att en person får i uppdrag att ersätta någon som kallats in till det militära eller civila försvaret. Att vara ”krigsplacerad” med allmän tjänsteplikt innebär att en person är ianspråktagen för att tjänstgöra under höjd beredskap. En sådan tjänstgöring är inte någon krigsplacering i egentlig mening utan regioners och kommuners ianspråktaganden (”krigsplacering”) av anställda för sin krigsorganisation görs med stöd i förordningen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Detta bygger på personens ordinarie anställning hos regionen eller kommunen och att regeringen föreskriver om allmän tjänsteplikt. Arbetsskyldigheten med allmän tjänsteplikt utgår från respektive medarbetares anställningsavtal eller avtal om frivillig tjänstgöring. Den allmänna tjänsteplikten syftar alltså till att i första hand säkerställa att ordinarie personal finns kvar på sina arbetsplatser vid höjd beredskap, oavsett om det är en privat eller offentlig aktör men även att kunna förstärka med personal som är med i frivilliga försvarsorganisationer. Beslut om krigsplacering i egentlig mening fattas av Totalförsvarets rekryteringsmyndighet efter framställan från t.ex. en statlig myndighet, en region eller en kommun och omfattar endast den som är värnpliktig eller civilpliktig.

Civilplikten syftar till att förstärka vissa verksamheter i höjd beredskap genom att tillföra personer från andra verksamheter, i huvudsak personer som kan placeras efter att de genomfört en kortare grundutbildning. Civilplikt ska fullgöras i de verksamheter inom totalförsvaret som regeringen föreskriver. Regeringen har i förordning bl.a. angett att civilplikt får fullgöras både i civil och militär hälso- och sjukvård.[36] Civilplikten är dock för närvarande vilande och ingen uttagning och utbildning av civilpliktiga sker.[37]

En betydande del av verksamheterna inom hälso- och sjukvården i både regioner och kommuner bedrivs av privata vårdgivare. Regionernas och kommunernas krigsorganisationer skulle därför i många fall tänkas ha behov av att kunna innefatta personal som har sin anställning någon annanstans, t.ex. hos privata vårdgivare. Man skulle kunna tänka sig att exempelvis personal vid privata sjukhus som normalt bedriver planerad vård kan användas som förstärkningsresurser i regionernas krigsorganisationer. Enligt lagen (1982:1004) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförsvarsplaneringen är näringsidkare skyldiga att delta i totalförsvarsplaneringen genom att lämna uppgifter eller medverka på annat sätt (1 §). De myndigheter som har rätt att begära upplysningar eller begära medverkan av privata aktörer enligt lagen är, av intresse för hälso- och sjukvårdens del, bl.a. Socialstyrelsen, länsstyrelserna och Försvarsmakten. Regioner och kommuner har av flera skäl inte denna möjlighet.

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap gör i sitt delbetänkande *Personalförsörjning i kris och krig* bedömningen att regelverken kring personalförsörjning för det civila försvaret behöver ses över.[38] Det är en bedömning som den utredningen delar med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.[39] Det behöver enligt dem bl.a. tydliggöras på vilka sätt regioner och kommuner kan involvera privata aktörer i sina krigsorganisationer samt hur regioner och kommuner kan förstärka sina organisationer med personal från privata arbetsgivare, frivilliga försvarsorganisationer, utbildad perso-

[36] 1 kap. 6 § lagen om totalförsvarsplikt och 2 kap. 1 § förordningen (1995:238) om totalförsvarsplikt samt bilagan till samma förordning.
[37] Utredningen om civilt försvar (Ju 2018:05) har i sitt betänkande *Struktur för ökad motståndskraft* (SOU 2021:25), flera förslag som bl.a. rör det nationella ansvaret för civilt försvar och krisberedskap och planering av det civila försvaret.
[38] SOU 2020:23, s. 132–135.
[39] Jfr rapport från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2020, *Så skapar vi motståndskraft – Skrivelse med underlag inför försvarsbeslutsperioden 2021–2025*.

nal som inte har anställning och de som är under utbildning. Utredningen, som i och för sig haft begränsade möjligheter att göra en egen mer fördjupad analys, ställer sig bakom den bedömning som *Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap* gör.

Utredningen kan konstatera att enligt gällande regelverk är grunden för personalförsörjning av regioners och kommuners krigsorganisationer den allmänna tjänsteplikten och anställningsavtal i den egna verksamheten. Det framgår också att det är möjligt att avtala med personer som är med i frivilliga försvarsorganisationer som då också omfattas av allmän tjänsteplikt. Det saknas dock bestämmelser som möjliggör för regioner och kommuner att vid höjd beredskap och i krig även kunna använda andra resurser, dvs. personal utanför den egna organisationen.

8.8.5 Utredningens bedömning

Utredningens bedömning: Det är inte motiverat att i nuläget införa ett ändamål i HOSP-förordningen om regionernas och kommunernas planering för att bemanna deras krigsorganisationer med hälso- och sjukvårdspersonal. Först när regioner och kommuner har rättsliga förutsättningar för att bemanna sina krigsorganisationer med inte redan anställd personal blir detta motiverat.

Möjlighet till god vård i händelse av krig kräver planering för hur verksamheten då ska organiseras och personalförsörjas. Ansvariga regioner och kommuner har därför behov av information om vilken legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som finns att tillgå inom regionen eller kommunen för att kunna skapa nödvändiga krigsorganisationer. Många som arbetar i vården arbetspendlar. I händelse av krig försvåras ofta t.ex. civila resor. Tillgänglig personal i närområdet blir därför viktig. Viss personal kan i höjd beredskap och krig ha arbetsuppgifter inom Försvarsmakten och vara krigsplacerade där. Andra kan via olika frivilliga försvarsorganisationer och genom avtal vara ianspråktagna i olika för totalförsvaret viktiga verksamheter.

Genom HOSP-registret skulle regioner och kommuner kunna få viss uppgift om vilken legitimerad, eller tidigare legitimerad, hälso- och sjukvårdspersonal som finns folkbokförd i regionen

eller kommunen om de även gavs elektronisk tillgång till uppgift om folkbokföringsort[40] under förutsättning att de skulle få behandla uppgifterna i HOSP-registret även för att planera bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal vid höjd beredskap. Det skulle enligt utredningen skapa bättre förutsättningar för att bemanna deras krigsorganisationer.

I dag kan regioner och kommuner i praktiken endast bemanna sina krigsorganisationer med den egna personalen samt sådana personer som är med i frivilliga försvarsorganisationer och som regionen eller kommunen träffat ett skriftligt avtal om tjänstgöring. När sådana avtal ingås, dvs. i samband med tjänstetillsättning, får regionen eller kommunen enligt nuvarande reglering kontrollera identitet och behörighet genom direktåtkomst till HOSP-registret. Regioner och kommuner får även utan elektronisk tillgång till uppgiften om folkbokföringsort i HOSP-registret antas redan ha tillräcklig information om var den egna personalen bor. Vilken legitimerad personal i närområdet som är med i frivilliga försvarsorganisationer och inte redan har avtalat om tjänstgöring kan regioner och kommuner enklast få reda på genom kontakt med dessa organisationer. Utredningen kan därför inte se att regioner och kommuner i dagsläget har något egentligt behov av elektronisk tillgång till HOSP-registret för att planera bemanningen av sina krigsorganisationer, utöver den elektroniska kontroll av identitet och behörighet som redan är möjlig i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag. Således lämnar utredningen inte något förslag till ett nytt ändamål om planering för bemanning av krigsorganisationer.

Om det blir möjligt för regioner och kommuner att bemanna sina krigsorganisationer med inte redan anställd personal, kommer det dock enligt utredningens bedömning att finnas ett visst behov av att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas för regionernas och kommunernas planering av sina krigsorganisationers bemanning med hälso- och sjukvårdpersonal. Utredningen redogör därför i nästa avsnitt för hur en möjlig reglering av detta skulle kunna se ut.

Utredningen vill här kortfattat lyfta fram att motsvarande behov av uppgifter från HOSP-registret för att möjliggöra planering av

[40] I jämförelse med uppgifterna i det tidigare registret INTEGER skulle dock en sådan lösning innebära en begränsad nytta då endast folkbokföringsort och inte uppgift om folkbokföring i sin helhet finns med.

personalförsörjning kan finnas även vid andra allvarliga hot eller samhällskriser, dvs. vid extraordinära händelser i fredstid[41]. Ett sådant behov har påtalats för utredningen av representanter från bl.a. Inera AB, Socialstyrelsen och den pågående utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09). Den alltjämt rådande covid-19-pandemin kan ses som ett exempel på när tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal är av stort samhällsintresse. Av lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap följer bl.a. att regioner och kommuner för varje ny mandatperiod även ska fastställa en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser (2 kap. 1 § 2). Med extraordinär händelse avses enligt lagens definition sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region (1 kap. 4 §). Regioner och kommuner har alltså ett likartat ansvar när det gäller extraordinära händelser som de har vid höjd beredskap. Dock saknas bestämmelser motsvarande allmän tjänsteplikt eller krigsplacering vid kris.[42] Frågan ryms emellertid inte inom utredningens uppdrag utan det bör övervägas om den bör ses över i särskild ordning.

Om det övervägs en möjlighet till elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret för planering av regioners och kommuners bemanning med hälso- och sjukvårdspersonal vid extraordinära händelser eller höjd beredskap, bör särskilt övervägas hur det kan påverka möjligheterna till rekrytering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för privata och offentliga vårdgivare samt bemanningsföretag inom hälso- och sjukvård.

[41] Begreppet extraordinära händelser i fredstid används i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. *Utredningen om civilt försvar* (Ju 2018:05), föreslår dock i sitt betänkande *Struktur för ökad motståndskraft* (SOU 2021:25), att en ny lag, lagen om kommuners och regioners beredskap, ska ersätta den nuvarande lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. I det betänkandet redovisas att begreppsanvändningen när det gäller begrepp kopplat till krissituationer i flera fall är inkonsekvent i den svenska lagstiftningen, s. 461–466. Utredningen anser att det finns flera fördelar med att begreppsanvändningen är densamma vid en eventuell möjlighet att lämna ut uppgifter från HOSP-registret för planering av personalförsörjning vid allvarliga hot eller samhällskriser.

[42] I stället gäller krislägesavtalet. Krislägesavtalet aktiveras av arbetsgivarparterna SKR och Sobona och reglerar villkor och ersättningar för arbetstagare som arbetar vid krisläge. Avtalet gäller från och med den 1 juli 2019 och tillsvidare.

8.8.6 En möjlig reglering

Utredningens bedömning: Det finns i och för sig rättsliga förutsättningar för att lägga till ett nytt ändamål i HOSP-förordningen om att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att lämna uppgifter som möjliggör regionernas och kommunernas planering för att bemanna deras krigsorganisationer med hälso- och sjukvårdspersonal.

Om det blir möjligt för regioner och kommuner att bemanna sina krigsorganisationer med personal anställd utanför den egna organisationen, bedömer utredningen att det finns ett befogat behov hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen, dvs. regioner och kommuner, av att få elektronisk tillgång till uppgifter HOSP-registret, inklusive uppgifter om folkbokföringsort. Uppgift om folkbokföringsort kan ge viss information om vilket landområde en person bor inom och kan, som utredningen gör gällande i avsnitt 7.8.3, ses som en uppgift av mer privat karaktär. Uppgiften är också en av få uppgifter i HOSP-registret som i ett enskilt fall skulle kunna omfattas av s.k. folkbokföringssekretess enligt 22 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen och 6 § offentlighets- och sekretessförordningen, t.ex. om en registrerad är förföljd eller utsatt för hot. Uppgiften kan även omfattas av sekretess enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen till skydd för förföljda personer. Sekretesskyddet är dock, som redovisas i avsnitt 5.3.1, svagt. Sekretess enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen gäller dessutom i all myndighetsverksamhet och gäller därför även efter ett utlämnande till en region eller kommun. Utredningen bedömer att uppgift om folkbokföringsort som huvudregel inte kan anses vara av särskilt känslig art och att ett utlämnande till regioner och kommuner för ett visst begränsat ändamål skulle vara motiverat.

Socialstyrelsen kan enligt det förslag som lämnas i avsnitt 8.3 medge berörda myndigheter inom regioner och kommuner tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till uppgifterna i HOSP-registret så länge det sker inom ramen för de fastställda ändamålen för behandlingen av personuppgifterna i registret.

Något ändamål som innebär att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att regioner och kommuner ska kunna planera personalförsörjning av hälso- och sjukvårdspersonal vid höjd

beredskap finns dock inte i HOSP-förordningen. För att skapa förutsättningar för regioner och kommuner att planera bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal i regionen eller kommunen vid höjd beredskap behöver därför ett nytt ändamål införas. Ett sådant ändamål bedöms vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive personuppgift samlades in till HOSP-registret. Det primära ändamålet för behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret är sedan registrets tillkomst att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen). Det finns en nära koppling mellan det ändamålet och att skapa förutsättningar för att planera och säkerställa personalförsörjning av hälso- och sjukvårdspersonal med rätt legitimation vid höjd beredskap. Det huvudsakliga och ursprungliga syftet är att säkerställa att en god och säker vård kan tillhandahållas. Det intresset finns i fredstid såväl som i krigstid. Detta bör också de registrerade ha insett. Den ytterligare behandling som då skulle tillåtas skulle innebära att regioner och kommuner, som redan i dag får behandla uppgifter från HOSP-registret, skulle få behandla uppgifter för ännu ett begränsat och mycket specifikt ändamål. Några negativa konsekvenser för de registrerade bedöms därför inte uppkomma med anledning av ett sådant ändamål.

9 Konsekvenser av förslagen

9.1 Inledning

I utredningens uppdrag ingår att analysera konsekvenserna av utredningens förslag i enlighet med 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). Det innebär att om förslagen i betänkandet påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas. Även samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt ska redovisas. Om förslagen kan förväntas leda till kostnadsökningar för det allmänna, ska utredningen föreslå hur dessa ska finansieras. Vidare ska eventuella konsekvenser för den kommunala självstyrelsen, för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, samt för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet redovisas. Detsamma gäller små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen.

Eftersom betänkandet innehåller författningsförslag, ska förslagens kostnadsmässiga och andra konsekvenser också redovisas i enlighet med 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

I detta kapitel redovisar utredningen sin bedömning av konsekvenserna av de förslag som lämnas. Ett av förslagen innebär en möjlighet att ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter. De förslag som rör registret över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-registret) innebär dels en möjlighet att på internet enkelt kunna kontrollera om en viss person har en viss legitimation, dels att Socialstyrelsen får medge direktåtkomst eller annan elektronisk tillgång till registret samt att uppgifterna i registret får behandlas för fler ändamål.

När det gäller förslaget om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter ska utredningen enligt utredningsdirektiven[1] särskilt redovisa förslagens konsekvenser för den personliga integriteten. Eventuella inskränkningar i integritetsskyddet ska följas av analyser samt proportionerliga och tydliga avvägningar där alternativa metoder ska övervägas eller där förslag på särskilda integritetsstärkande åtgärder lämnas. När det gäller förslagen som gäller tillgång till personuppgifter i HOSP-registret ska utredningen enligt tilläggsdirektiven[2] göra en avvägning mellan behov och integritetsskydd.

Utredningens arbete har genomsyrats av överväganden rörande de registrerades personliga integritet. Konsekvenserna för den personliga integriteten, förslag på integritetsstärkande åtgärder samt utredningens samlade integritetsavvägningar har redovisats i samband med respektive förslag. Någon ytterligare konsekvensbeskrivning avseende skyddet för den personliga integriteten görs därför inte i detta kapitel. Utredningen hänvisar i stället till de konsekvensanalyser som har gjorts i samband med varje förslag och hänvisning till respektive avsnitt följer nedan.

9.2 Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Utredningens bedömning: Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är utformade som möjligheter som är frivilliga att använda. Det är således upp till varje vård- och omsorgsgivare att välja om regelverket ska tillämpas eller inte. Förslagen förväntas därför inte i sig medföra några ekonomiska konsekvenser.

Inte heller i övrigt bedöms förslagen medföra några sådana konsekvenser som ska beskrivas enligt kommittéförordningen.

Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är utformade som möjligheter som är frivilliga att använda. De som berörs av förslagen

[1] Dir. 2019:37.
[2] Dir. 2020:112.

är, förutom patienter och omsorgsmottagare samt deras ombud, främst regioner, kommuner och företag som verkar inom vård och omsorg.

De som inte vill använda möjligheten att ge ombud elektronisk tillgång, behöver inte göra det. Förslaget kommer därför inte i sig att föra med sig några obligatoriska kostnader för regioner, kommuner eller företag. Det är upp till varje region, kommun och företag att inför en eventuell användning av regelverket göra en avvägning mellan å ena sidan kostnader och andra konsekvenser och å andra sidan vad som står att vinna. Det får antas att möjligheten används bara om det bedöms som förmånligt.

Om regioner och kommuner väljer att använda sig av möjligheten att ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter respektive sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, kan detta föra med sig vissa krav på it-struktur och informationssäkerhet för sådana vård- och omsorgsföretag som upphandlas eller på andra sätt sluter avtal med det offentliga. Detta kan tänkas medföra vissa kostnader för företagen, och därmed för regionerna och kommunerna, när det gäller it och digitala tjänster. Den föreslagna regleringen ställer dock inga precisa krav på vilka it-system som ska användas. Varje region eller kommun kan således välja att utforma sitt eget it-system.

Utredningens förslag innebär dock att det elektroniska utlämnandet till ett ombud får ske med samma teknik som för elektroniskt utlämnande till patienten eller omsorgsmottagaren. När det gäller hälso- och sjukvården torde det därför i många fall redan finnas tekniska lösningar som är möjliga att anknyta till. Inom socialtjänsten finns inget regelverk som reglerar utlämnande genom direktåtkomst till omsorgsmottagare. Redan i dag ställer emellertid regioner och kommuner i regel höga krav på it-infrastruktur och dataskydd i sina upphandlingar. Förslaget som utredningen lämnar följer de principer om dataskydd och it-säkerhet som följer av dataskyddsförordningen eller nationell rätt och som regionerna, kommunerna och företagen redan är skyldiga att tillämpa. Utredningen bedömer därför att förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation inte i sig kommer att medföra några ökade kostnader för företagen.

Eftersom förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation innebär möjligheter som varje vård- eller omsorgsgivare kan välja att

använda eller inte, är det vidare utredningens bedömning att förslagen inte får några negativa konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Den kommunala självstyrelsen har beaktats fullt ut vid utformningen av förslagen. Författningsförslagen är könsneutralt utformade och förväntas inte få några konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män. Inte heller brottligheten, det brottsförebyggande arbetet, sysselsättningen eller möjligheten att nå de integrationspolitiska målen bedöms påverkas av förslagen.

Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs i avsnitt 6.2.1–6.2.7.

9.3 Förslagen gällande HOSP-registret

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen kan inom ramen för myndighetens befintliga anslag klara de initiala kostnaderna som uppstår vid genomförandet av förslaget om en sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer och förslaget om att Socialstyrelsen får medge myndigheter och privata vårdgivare elektronisk tillgång till HOSP-registret. De löpande kostnaderna för att administrera utlämnandet av uppgifter enligt förslagen förväntas bli lägre än kostnaderna i dag. Förslagen kommer även för övriga berörda aktörer att leda till ökad effektivitet och säkerhet vid behandling av uppgifter från registret och därmed också minskade kostnader.

Genomförandet av förslaget om att ta bort de bestämmelser som i dag ger vissa myndigheter möjlighet att ha direktåtkomst bedöms inte att få några beaktansvärda konsekvenser för de berörda myndigheterna eller för de registrerade. Det förväntas inte heller medföra några kostnadsökningar, utöver vissa initiala kostnader.

Genomförandet av förslaget om att ersätta den generella möjligheten att lämna ut uppgifter på medium för automatiserad behandling med tillgång via internet samt möjlighet för Socialstyrelsen att göra sådant utlämnande i enstaka fall och besluta om sådant utlämnande i andra fall förväntas inte medföra några ökade kostnader, utöver vissa initiala kostnader som följer av vissa teknikanpassningar och förändrat beslutsfattande.

Förslagen om nya ändamål för HOSP-registret förväntas inte i sig medföra några negativa ekonomiska konsekvenser eller några negativa konsekvenser för de registrerade.

I övrigt bedöms förslagen inte medföra några sådana konsekvenser som ska beskrivas enligt kommittéförordningen.

9.3.1 Förslaget om en sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer

Utredningen föreslår en skyldighet för Socialstyrelsen att på internet tillgängliggöra vissa uppgifter i HOSP-registret. Möjligheten till kontroll av någons legitimation ska finnas dels genom en sökfunktion på

en vanlig webbsida, dels genom ett öppet applikationsprogrammeringsgränssnitt, ett s.k. API.

Det övergripande syftet med att öka tillgången till uppgifterna i registret är att underlätta kontrollen av hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet. Syftet är alltså att förbättra patientsäkerheten. En säkrare vård innebär minskade kostnader för samhället och ökad trygghet för patienterna. Utöver detta bedöms Socialstyrelsens hantering av förfrågningar om uppgifter i HOSP-registret bli enklare och snabbare. Förslaget kommer enligt utredningen alltså att förbättra effektiviteten och servicen mot allmänheten samt underlätta informationsutbytet mellan de nordiska länderna och övriga EES-länder. Begreppet allmänheten ska här ses i en vid betydelse och innefattar utöver var och en även företag och organisationer. Även gentemot vissa myndigheter och andra aktörer förväntas effektiviteten och servicen förbättras, se utredningens bedömning i avsnitt 8.5.2, 8.5.4 och 8.5.5 i de fall behovet av tillgång till uppgifter i HOSP-registret hos Försäkringskassan, Universitets- och högskolerådet samt vissa universitet och högskolor bedöms kunna tillgodoses genom den öppna tillgången på internet. Hanteringen av personuppgifterna i HOSP-registret bedöms därtill bli säkrare såväl ur ett patientperspektiv som ett integritetsperspektiv. Om det är möjligt att på internet kontrollera om en person har en viss legitimation, förväntas behovet av direktåtkomst till HOSP-registret minska.

För de registrerade bedömer utredningen att förslaget inte kommer att innebära några negativa konsekvenser. Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs i avsnitt 7.4 och 7.5.

För Socialstyrelsen kommer förslaget inledningsvis att innebära vissa kostnader som är förknippade med att utforma tekniska lösningar för att utveckla webbsidans sökfunktion och det API som föreslås. Socialstyrelsen måste kunna tillgängliggöra uppgifterna på ett säkert sätt med mycket hög tillförlitlighet. Utredningen bedömer dock att en möjlighet att på internet kunna kontrollera legitimationer redan på kort sikt kommer att minska administrationskostnaderna för Socialstyrelsen jämfört med i dag. Dagens manuella hantering av förfrågningar och beställningar av uppgifter ur HOSP-registret sysselsätter, enligt uppgift från myndigheten, fem anställda. Utredningens förslag bör alltså leda till kortare handläggningstider, bättre resursfördelning och minskade kostnader hos myndigheten.

Utredningen gör sammantaget bedömningen att Socialstyrelsen inom ramen för befintligt anslag kan klara de initiala kostnaderna och att de löpande kostnaderna för att administrera utlämnandet av uppgifter kommer att bli lägre än i dag.

9.3.2 Förslaget om att Socialstyrelsen får medge myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få besluta att medge en myndighet eller offentlig vårdgivare tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Direktåtkomst ska endast få medges om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt. Socialstyrelsen ska också få besluta att medge en privat vårdgivare tillgång till uppgifter i registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Förslaget syftar i huvudsak till att minimera användningen av direktåtkomst till personuppgifter till de få fall när det verkligen är nödvändigt, för att begränsa de integritetsrisker som sådan tillgång innebär, samtidigt som det skapar en flexibilitet i regleringen.

Möjligheten att medge elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret ökar patientsäkerheten även på så sätt att risken för förvanskning av den information som överförs minskar liksom risken för att man missar att överföra relevant information. Utöver detta bedöms Socialstyrelsens hantering av förfrågningar om uppgifter i HOSP-registret bli enklare och snabbare. Förslaget kommer enligt utredningen därmed att förbättra effektiviteten och servicen mot andra myndigheter och vårdgivare. Hanteringen av personuppgifterna i HOSP-registret skulle därtill bli säkrare ur ett integritetsperspektiv, eftersom utlämnande på annat sätt, t.ex. via okrypterad mejl, utöver att det ofta inte uppfyller dataskyddskraven när det gäller säkerhet, allmänt sett innebär en mindre säker överföring av uppgifter då obehöriga lättare kan få tillgång till dem.

Att Socialstyrelsen enligt förslaget får besluta om att medge elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret innebär också att när det uppstår ett berättigat behov av sådan tillgång, kan en anpassad tillgång medges nästan omedelbart. Det är en reglering som, i förhållande till om medgivandet i stället skulle regleras i förordning, blir mer flexibel och den som har ett berättigat behov av tillgång till uppgifterna kan få det utan onödig fördröjning. Detta är viktigt

eftersom nya behov kan uppstå genom den allt ökande digitaliseringen av statsförvaltningen.

Socialstyrelsen ska fatta beslut efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten som därför berörs av förslaget. Integritetsskyddsmyndigheten kommer att behöva avsätta resurser för dessa samråd vilket innebär en viss kostnad. Utredningen gör bedömningen att de flesta myndigheters och vårdgivares behov av uppgifter i HOSP-registret kommer att kunna tillgodoses genom sökfunktionen på internet och att det endast är ett fåtal aktörer som kommer att behöva sådan elektronisk tillgång som kräver ett beslut av Socialstyrelsen. Utredningen bedömer därför att Integritetsskyddsmyndighetens kostnader för samråd kommer att bli marginella och att de ryms inom myndighetens givna anslag.

För de registrerade bedömer utredningen att förslaget inte kommer att innebära några negativa konsekvenser. Tvärtom får förslaget positiva följder eftersom det medför att informationsöverföringen som i dag till stor del sker genom att uppgifter mejlas, vilket inte innebär säker överföring av personuppgifter, förväntas att minska och ersättas av säkrare metoder. Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs närmare i avsnitt 8.3.2.

För Socialstyrelsen kommer förslaget inledningsvis att innebära vissa kostnader som är förknippade med att utforma tekniska lösningar för att kunna ge åtkomst till uppgifter i HOSP-registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst, exempelvis genom en fråga-svar-funktion som förhoppningsvis kan bygga vidare på det API som måste skapas för tillgängliggörandet på internet. Socialstyrelsen måste säkerställa att uppgifter kan tillgängliggöras på ett säkert sätt. Beslutsfattandet kommer också att medföra vissa kostnader. Utredningen gör dock bedömningen att en möjlighet för myndigheter och vårdgivare att medges elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret, i likhet med förslaget om en sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer, på sikt kommer att minska Socialstyrelsens administrationskostnader jämfört med i dag. Även detta förslag bör alltså leda till kortare handläggningstider, bättre resursfördelning och minskade kostnader hos myndigheten. Utredningen gör bedömningen att den initiala kostnaden för tekniken och fattandet av beslut som motsvarar den elektroniska tillgång som finns i dag ryms inom ramen för Socialstyrelsens befintliga anslag och att de löpande kostnaderna inte blir högre än i dag.

Utredningens förslag ställer krav på behörighetsstyrning, loggning och åtkomstkontroll samt ändamålsbegränsning för den som medgetts elektronisk tillgång. Eftersom det enligt de föreslagna bestämmelserna är frivilligt för offentliga vårdgivare och kommunala myndigheter att begära elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret, är det vidare utredningens bedömning att förslagen inte får några negativa konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Den kommunala självstyrelsen har beaktats fullt ut vid utformningen av förslagen.

Utredningen gör bedömningen att förslagen kommer att leda till ökad effektivitet och säkerhet vid behandling av uppgifter från registret och därmed också minskade kostnader för berörda aktörer.

9.3.3 Förslaget om att ta bort bestämmelser som ger vissa myndigheter möjlighet att ha direktåtkomst i dag

Utredningen föreslår att bestämmelserna som ger IVO, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare möjlighet att ha direktåtkomst till uppgifter i HOSP-registret tas bort. Eftersom Socialstyrelsen förväntas besluta att medge dessa myndigheter elektronisk tillgång till uppgifter i samma utsträckning som enligt nuvarande reglering, när den tillgång som föreslås till vissa uppgifter på internet inte bedöms tillräcklig, bedöms förslaget inte få några beaktansvärda konsekvenser för de berörda myndigheterna eller för de registrerade. Det förväntas inte heller medföra några kostnadsökningar, förutom för det initiala beslutsfattandet som berörs i avsnitt 9.3.2.

9.3.4 Förslaget om att ta bort möjligheten till regelmässigt utlämnande på medium för automatiserad behandling

Utredningen föreslår att Socialstyrelsens möjlighet till regelmässigt utlämnande på medium för automatiserad behandling tas bort. Socialstyrelsen ska dock i enstaka fall få lämna ut uppgifter i HOSP-registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst utan föregående samråd med Integritetsskyddsmyndigheten. Detta innebär att Socialstyrelsen på samma sätt som i dag t.ex. kommer att kunna besvara enstaka manuellt gjorda förfrågningar om innehållet i

registret genom mejl utan att först samråda med Integritetsskyddsmyndigheten och fatta ett formellt beslut.

Förslaget kan medföra konsekvenser för de myndigheter och andra aktörer som Socialstyrelsen i dag regelmässigt lämnar ut uppgifter ur HOSP-registret till på medium för automatiserad behandling. För myndigheter och vårdgivare kommer eventuella negativa konsekvenser att begränsas av utredningens förslag i avsnitt 7.6 som ger möjlighet att genom en sökfunktion på internet kontrollera behörighet. För myndigheter och vårdgivare föreslås dessutom i avsnitt 8.3.2, i de fall detta inte är tillräckligt, en möjlighet för Socialstyrelsen att medge dem elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

Förslaget främjar flexibilitet och förväntas tillsammans med övriga förslag bidra till en effektivare hantering. Det förväntas inte medföra några kostnader, förutom för det initiala beslutsfattande som berörs i avsnitt 9.3.2.

9.3.5 Förslagen om nya ändamål för HOSP-registret

Utredningen lämnar flera förslag som innebär att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas för nya ändamål. Gemensamt för förslagen är att de är nödvändiga för att vissa svenska myndigheter ska kunna fullgöra sina uppdrag. De som berörs av förslagen är, förutom de registrerade, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten. Förslagen förväntas inte i sig medföra några negativa ekonomiska konsekvenser.

Inte heller för de registrerade bedömer utredningen att förslagen kommer att innebära några negativa konsekvenser. Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs i avsnitt 7.4, 7.5 och 8.7.

9.3.6 Andra konsekvenser

Utredningen gör i avsnitt 9.3.1 bedömningen att förslaget om att Socialstyrelsen får medge myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång inte får några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Det bedöms inte heller övriga förslag gällande HOSP-registret får några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Förslagen bedöms inte få några konsekvenser när det gäller sysselsättningen, jämställdheten mellan kvinnor och män eller möjligheten att nå de integrationspolitiska målen. Förslagen förväntas bidra till en effektivare offentlig service i hela landet, samt i ett längre perspektiv ha vissa positiva effekter för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, särskilt i förhållande till bidragsbrottsligheten.

10 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: Lagändringarna om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation träder i kraft den 1 juli 2022.

Författningsändringarna i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal och offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) träder i kraft den 1 januari 2023.

Utredningens bedömning: Det behövs inga övergångsbestämmelser.

10.1 Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Det är frivilligt för vård- och omsorgsgivare att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten som denne känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter respektive sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Vård- och omsorgsgivare kan således välja om de vill tillämpa regelverket efter att bestämmelserna har trätt i kraft. Förslagen förenas inte med några obligatoriska krav. Utredningen föreslår att det elektroniska utlämnandet till en annan fysisk person får göras med samma teknik som får användas för sådant utlämnande som ger patienten eller omsorgs-

mottagaren tillgång till sina egna uppgifter.[1] En möjlighet till elektronisk tillgång för patienten finns i dag enligt patientdatalagen. När det gäller hälso- och sjukvården bör det därför i många fall redan finnas tekniska lösningar på plats som är möjliga att anknyta till.

I delbetänkandet föreslog utredningen att lagändringarna, dvs. lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning samt följdändringar i annan lagstiftning ska träda i kraft den 1 juli 2022. Utredningen ansåg att det var angeläget att lagändringarna kan träda i kraft relativt snart, bl.a. för att skapa incitament för regioner, kommuner och företag att börja tillämpa dem.[2] Motsvarande argument gäller enligt utredningen även för nu aktuella förslag. Det gäller bara en mindre lagändring som anknyter till befintlig lagstiftning och har ett nära samband med utredningens tidigare lämnade förslag. Av de skälen framstår det lämpligt om nu aktuella förslag kan träda i kraft samtidigt som utredningens tidigare lämnade förslag.

Utredningen föreslår därför att bestämmelserna om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation samt de följdändringar som föreslås, träder i kraft den 1 juli 2022.

Det blir frivilligt att från och med ikraftträdandet tillämpa bestämmelserna. Det bedöms inte behövas några särskilda övergångsbestämmelser i denna del.

10.2 Förslagen om elektronisk tillgång till HOSP-registret

De förslag som lämnas i fråga om tillgång till HOSP-registret på internet syftar till att öka den elektroniska tillgången till uppgifterna i registret för att underlätta kontrollen av hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet. Det övergripande syftet är alltså att öka patientsäkerheten. Utöver detta förväntas ett genomförande av förslagen medföra att Socialstyrelsens hantering av förfrågningar om uppgifter i HOSP-registret bli enklare och snabbare, vilket har efter-

[1] Jfr utredningens förslag till ändring i 5 kap. 5 § patientdatalagen (2008:355) respektive 2 kap. 13 § lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning (SOU 2021:4). Det föreslås att utlämnande får ske genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.
[2] Se SOU 2021:4 s. 727.

frågats. Utredningen anser därför att det är angeläget att författningsändringarna kan träda i kraft så fort som möjligt.

De förslag som lämnas i fråga om annan elektronisk tillgång till HOSP-registret har direkt påverkan på berörda myndigheters elektroniska tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Den elektroniska tillgången är nödvändig och viktig. Syftet med förslagen är inte att hindra eller försämra den elektroniska tillgång som vissa myndigheter i dag har till uppgifterna, utan att förbättra tillgången så att motsvarande tillgång kan ges på ett säkrare sätt. Det är därför viktigt att det finns tillräckligt med tid före ikraftträdandet för att säkerställa att den elektroniska tillgången till uppgifterna i registret är kontinuerlig och att det inte uppstår ett glapp i tillgången till uppgifter till följd av ändringarna. Då förslagen kräver viss administration kring beslutsfattandet och att vissa tekniska lösningar finns på plats vid ikraftträdandet gör utredningen, efter samråd med Socialstyrelsen, bedömningen att ett ikraftträdande är möjligt först om cirka ett och ett halvt år. Enligt utredningen finns det inget som hindrar att det förberedande arbetet såväl med de tekniska lösningarna som samråd med Integritetsmyndigheten påbörjas så fort regeringen utfärdat författningsändringarna. Inget hindrar heller att Socialstyrelsen efter utfärdandet av förordningsändringarna beslutar om den elektroniska tillgång som får finnas från och med ikraftträdandet. Författningsändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2023.

Inte heller i denna del behövs det några övergångsbestämmelser för de bestämmelser som utredningen föreslår. De nya bestämmelserna bör kunna tillämpas omedelbart vid ikraftträdandet på de uppgifter som redan finns i registret liksom på nya uppgifter som därefter tillförs registret.

Inte heller i övrigt krävs det någon övergångsreglering.

11 Författningskommentar

11.1 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

5 kap.

Direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande[1]

4 § Utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter är tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning.

Om en region eller en kommun bedriver hälso- och sjukvård genom flera myndigheter, får en sådan myndighet ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av någon annan sådan myndighet i samma region eller kommun.

Ytterligare bestämmelser om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande finns i 5 *och 5 a §§ samt* i 2 kap. och 4 kap. 11 § lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

Paragrafen reglerar när direktåtkomst är tillåtet inom hälso- och sjukvården. Övervägandena finns i avsnitt 6.4.

Paragrafens tredje stycke upplyser om att det finns ytterligare bestämmelser om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande bl.a. i 5 a §.

5 a § *Om den enskilde medger det får en vårdgivare ge en annan fysisk person som den enskilde uppger sig känna personligen tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana*

[1] I lydelse enligt förslag i delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg*, SOU 2021:4. Kommentaren avser de ytterligare ändringar som utredningen föreslår i sitt delbetänkande i förhållande till det ändringsförslag som lämnats i delbetänkandet.

uppgifter som avses i 5 § första stycket. Sådan tillgång ska på den enskildes begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet.

Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen får anledning att misstänka att den enskildes medgivande enligt första stycket inte ger uttryck för den enskildes fria vilja eller att den enskilde varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande enligt första stycket, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vårdgivare som gett tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att den enskilde inte känner den som fått tillgång personligen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som avses i första stycket.

Paragrafen är ny. Den reglerar vårdgivares möjlighet att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till patientuppgifter om patienten. Övervägandena finns i avsnitt 6.4.

Det är frivilligt för vårdgivaren att ge den elektroniska tillgång som avses i paragrafen. Eftersom det rör sig om en frivillig bestämmelse, finns det aldrig någon skyldighet för vårdgivaren att göra patientuppgifter elektroniskt tillgängliga för en annan fysisk person, även om patienten begärt detta.

Första stycket

Ombudet får som mest ha elektronisk tillgång till samma uppgifter som patienten

Vårdgivare får medge elektronisk tillgång till sådana uppgifter om patienten som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamålet vårddokumentation. Vårdgivaren får också under samma förutsättningar medge elektronisk tillgång till sådan dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen, dvs. uppgifter om den åtkomst till uppgifter som förekommit om patienten(logglistor) (5 § och 4 kap. 3 § första stycket första meningen). Den som patienten genom sitt medgivande har utsett (ombudet) får således ha elektronisk tillgång till de uppgifter om patienten som

patienten själv får ha sådan tillgång till. Detta är de uppgifter som ombudet maximalt får ges elektronisk tillgång till. Det finns inget som hindrar att vårdgivaren väljer att ge ombudet elektronisk tillgång till färre uppgifter.

Patienten kan begränsa sitt medgivande när det gäller vilka uppgifter som får omfattas av ombudets elektroniska tillgång. Vilka uppgifter som denne får ha elektronisk tillgång till är således beroende av hur patientens medgivande är utformat, se nedan under rubriken *Begränsning till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet*.

Den som patienten genom sitt medgivande har utsett får inte ges elektronisk tillgång till sådana uppgifter som omfattas av sekretess i förhållande till patienten själv. Om det i undantagsfall förekommer sådana uppgifter, kan patienten framställa en begäran om att få ta del av allmänna handlingar och samtidigt lämna sitt medgivande till att sådana uppgifter lämnas ut till den patienten utsett.

Ombudet ska vara en fysisk person som patienten uppger sig känna personligen

Den som ges elektronisk tillgång, ska vara en person som patienten uppger att den känner personligen. Med ”känna personligen” avses någon sorts relation i patientens privata sfär. Det kan t.ex. handla om en familjemedlem, en bekant, en granne eller någon annan person som patienten anser sig känna personligen. Det ställs inte några närmare krav på vad det innebär att känna någon personligen. Det är ytterst patienten som får avgöra om den vill uppge att den känner någon personligen.

Det är bara en *fysisk person* som patienten uppger sig känna personligen som får ges elektronisk tillgång. Juridiska personer får således inte ges någon elektronisk tillgång enligt paragrafen.

Legala ställföreträdare i form av gode män eller förvaltare kan ha möjlighet att ta del av huvudmannens patientuppgifter redan i egenskap av legal ställföreträdare. Det finns dock inget hinder mot att en person, som anser att den känner sin gode man eller förvaltare personligen, medger att denne får elektronisk tillgång trots att personen yrkesmässigt är t.ex. god man.

Det finns inget hinder mot att en patient medger flera personer samtidigt elektronisk tillgång. Man kan t.ex. tänka sig att en äldre

person med flera vuxna barn vill ge samtliga barn elektronisk tillgång. Vårdgivare har dock ingen skyldighet att ge sådan tillgång. Under förutsättning att gällande krav på saklighet och opartiskhet iakttas kan vårdgivare ta fram rutiner för hur tilldelning av elektronisk tillgång ska gå till och kan exempelvis välja att införa rutiner för hur många personer som samtidigt får medges elektronisk tillgång till en och samma patients uppgifter.

Vårdgivaren behöver inte göra någon kontroll eller lämna ett godkännande i det enskilda fallet för att en annan fysisk person ska kunna ges elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Det som krävs är att patienten uppger sig känna denne personligen. Det ställs inga formkrav för hur patienten ska göra detta. I praktiken torde det kunna ske exempelvis genom en kryssruta i webb-gränssnittet där patienten kan kryssa i att den känner den andra fysiska person personligen.

Vårdgivaren bör kontrollera att inte en och samma person har elektronisk tillgång till för många patienters uppgifter. I sådana fall bör vårdgivaren undersöka detta och överväga om personens elektroniska tillgång bör avslutas.

Patientens medgivande

Förutsättningen för att ge en annan fysisk person elektronisk tillgång till patientuppgifter är att patienten vill detta. Patientens vilja ska manifesteras genom att patienten lämnar sitt medgivande. Med *medgivande* menas den sorts medgivande (samtycke) som en enskild kan lämna enligt 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Medgivandet medför att patienten häver den sekretess som annars råder för patientuppgifterna, till förmån för den person som patienten utsett. Det brukar även kallas att lämna sitt samtycke. Här används dock begreppet medgivande, för att inte förväxla det med begreppet samtycke som används i dataskyddsförordningen som rättslig grund för att behandla personuppgifter.

Det finns inte några formkrav för hur en patient får lämna sitt medgivande. Det viktiga är att den utlämnande vårdgivaren är säker på att det verkligen rör sig om patientens medgivande. Det finns tekniska möjligheter att säkerställa att det är patientens medgivande genom stark autentisering. Exempelvis kan man tänka sig att patienten loggar in med sitt mobila bank-id och kryssar i en ruta att den

lämnar sitt medgivande, samt i förekommande fall, kryssar i om medgivandet begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet. Detta kan även tänkas ske genom att visa upp en av patienten undertecknad skriftlig handling.

Patienten kan när som helst ta tillbaka sitt medgivande. Det ankommer på vårdgivaren att säkerställa att patienten på ett enkelt och säkert sätt kan återkalla medgivandet. Exempelvis bör det kunna ske genom att personen loggar in genom att legitimera sig med bank-id eller motsvarande och meddelar att medgivandet återkallas genom att kryssa i (eller ur) en ruta. Då ska den elektroniska tillgången till patientuppgifter omedelbart avslutas. Vårdgivaren bör även se till att en patient kan kontakta vårdgivaren på andra sätt för att meddela att denne inte längre vill att någon ska ha elektronisk tillgång. Det är lämpligt att vårdgivare ser till att det finns möjlighet att lämna sitt medgivande, och att återkalla medgivandet, utan att detta i sig kräver att patienten själv använder bank-id eller motsvarande tekniska lösningar.

Avgörande för att kunna lämna ett medgivande är att man förstår vad saken handlar om och vad man gör. Medgivandet ska vara aktuellt, relevant och specifikt. Många patienter, som på grund av hög ålder eller funktionsnedsättningar har svårt att ta till sig viss information, lär ändå ha förmågan att ge uttryck för att de vill att en viss annan person ska få elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Personer med allvarligt nedsatt beslutsförmåga kan normalt inte lämna ett giltigt medgivande till elektronisk tillgång. I de fallen kan bestämmelsen inte tillämpas.

Den omständigheten att patientens beslutsförmåga, efter medgivandet, blir varaktigt nedsatt medför inte i sig att den elektroniska tillgången behöver avslutas. Däremot bör vårdgivaren i den situationen bedöma om det fortfarande är patientens aktuella och fria vilja att personen har elektronisk tillgång. Om det finns anledning att misstänka att patienten varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande, ska hälso- och sjukvårdspersonalen anmäla detta till vårdgivaren. Vårdgivaren bör då försöka undersöka hur patienten ställer sig till den elektroniska tillgången. Om det inte framkommer något som tyder på att patienten skulle vilja återkalla medgivandet, finns det ingen anledning att avsluta den elektroniska tillgången. Om däremot patienten i sitt nuvarande tillstånd visar ett avståndstagande eller direkt motvilja mot den som getts elektronisk tillgång, kan det vara ett tecken på att inställningen till den elektroniska tillgången

ändrats. Då kan det finnas anledning att avsluta den elektroniska tillgången. Se även nedan under rubriken *Skyldighet att anmäla vid misstanke om att förutsättningarna inte är uppfyllda*. Om patienten senare ändrar sin inställning till den som haft elektronisk tillgång och åter visar förtroende för denne, kan det finnas anledning att åter ge personen elektronisk tillgång med stöd av det tidigare lämnade medgivandet, förutsatt att det inte har återkallats.

Ett barn som förstår vad saken gäller, och som har rätt att självt disponera sina sekretesskyddade patientuppgifter, har möjlighet att lämna sitt medgivande. Ett barn kan alltså medge att någon, som barnet anser sig känna personligen, får elektronisk tillgång till barnets patientuppgifter. Allt större hänsyn ska tas till barnets önskemål utifrån barnets stigande ålder och mognad på motsvarande sätt som i övrigt inom hälso- och sjukvården. Det måste dock beaktas att barnet självt måste kunna disponera sekretessen enligt offentlighets- och sekretesslagen respektive tystnadsplikten enligt patientsäkerhetslagen, för att kunna lämna ett medgivande enligt bestämmelsen.

Den elektroniska tillgången får ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande

Elektronisk tillgång för den som patienten utsett får ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Vårdgivare kan alltså använda samma tekniska lösning för ombuds tillgång till uppgifter om patienten som för patientens egen tillgång till uppgifter om sig själv enligt 5 kap. 5 § patientdatalagen.[2]

För innebörden av ”annat elektroniskt utlämnande”, se kapitel 3 i detta betänkande. Se även delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4), kommentaren till 2 kap. 2 § lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning och avsnitt 16.3.2.

[2] I den lydelse som utredningen föreslagit i sitt delbetänkande *Informationsöverföring inom vård och omsorg*, som innebär att 5 kap. 5 § patientdatalagen omfattar direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.

Begränsning till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet

Av bestämmelsens första stycke andra meningen framgår att patienten ska kunna begränsa sitt medgivande till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet. Den som vill att anhöriga bara ska kunna följa det aktuella vårdförloppet, t.ex. hur det går med en större operation, kan begränsa medgivandet till uppgifter registrerade efter intagningen på sjukhuset och vid den aktuella kliniken. Patienten kan också förhindra elektronisk tillgång till uppgifter registrerade inom t.ex. psykiatrin eller förlossningsvården. Begränsningarna i tiden och till en vårdenhet ska kunna göras för varje utsedd person för sig. Har man flera olika personer som ombud kan dessa således ges elektronisk tillgång till olika patientuppgifter.

Det är vårdgivaren som bestämmer vilka vårdenheter denne har. Ledning kring vad som avses med vårdenhet kan hämtas från Socialstyrelsens termbank. Där beskrivs vårdenhet som organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård.

Bestämmelsen hindrar inte att vårdgivaren respekterar andra typer av begränsade medgivanden än vad som föreskrivs i bestämmelsen. Det står vårdgivaren fritt att, om den så önskar och har tekniska möjligheter, exempelvis ta hänsyn till om patienten vill undanta vissa typer av känsliga uppgifter, t.ex. sådana som rör psykisk ohälsa eller missbruk, eller patientuppgifter som registrerats under andra typer av tidsintervaller. Någon skyldighet finns dock inte att respektera andra typer av begränsningar, än de som bestämmelsen föreskriver. Innehåller medgivandet sådana andra begränsningar som vårdgivaren inte vill eller kan respektera, måste den elektroniska tillgången avslutas.

Andra stycket

Skyldighet att anmäla vid misstanke om att förutsättningarna inte är uppfyllda

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om att patientens medgivande inte ger uttryck för dennes fria vilja. Så kan t.ex. vara fallet om vårdpersonal får indikationer på att en anhörig uppträder hotfullt mot patienten, eller vice

versa, eller försöker få insyn i patientens förhållande på ett otillbörligt sätt. Med ”genast” avses att en anmälan ska göras så snart det är möjligt, närhelst en misstanke uppstår. Något särskild tidsgräns finns inte föreskriven. Hälso- och sjukvårdspersonal som exempelvis vid ett vårdmöte får anledning till sådan misstanke, ska så snart det är möjligt anmäla detta så att det kommer till vårdgivarens kännedom. Därmed får vårdgivaren möjlighet att utreda om misstanken är befogad och överväga om den elektroniska tillgången ska avslutas.

På motsvarande sätt är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att till vårdgivaren genast anmäla om det uppstår misstankar om att patienten inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen. Sådana indikationer kan exempelvis vara om hälso- och sjukvårdspersonal får kännedom om att patienten gett någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen, en enskild näringsidkare eller en forskare elektronisk tillgång till sina patientuppgifter. En sådan anmälan gör det möjligt för vårdgivaren att utreda om patientens uppgift om att denne känner den fysiska personen är riktig och överväga om den elektroniska tillgången ska avslutas. Även genom kontroller av vilka fysiska personer som getts elektronisk tillgång till patienters uppgifter kan vårdgivaren få indikationer på att patienterna inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen. Om en fysisk person getts elektronisk tillgång till många patienters uppgifter, kan det tyda på att det finns kommersiella eller andra intressen som ligger bakom den elektroniska tillgången, vilket bör föranleda att den elektroniska tillgången avslutas.

Det kan även inträffa att den som lämnat ett medgivande senare blir varaktigt oförmögen att ta tillbaka medgivandet. För att vårdgivaren ska uppmärksamma att så har blivit fallet och kunna överväga om den elektroniska tillgången bör fortsätta är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att anmäla misstankar om att patienten varaktigt inte längre kan lämna ett medgivande, dvs. har blivit varaktigt beslutsoförmögen. Det kan t.ex. handla om en äldre patient vars tillstånd ändrats och som nu uttrycker att den inte längre vill att barnen ska ha elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Det kan även vara fråga om en patient som blivit dement och inte längre känner igen sina släktingar, och ger uttryck för att den inte vill ha med dessa att göra. Om sådan information kommer till hälso- och sjukvårdspersonalens kännedom, kan omständigheterna vara sådana att en anmälan bör göras.

Tredje stycket

Föreskrifter om säkerhetsåtgärder

I tredje stycket finns en upplysning om att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, kan meddela föreskrifter om vilka krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Åtkomst genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande förutsätter att det finns tillräckligt säkra tekniska lösningar för att säkerställa identifieringen av den som lämnar medgivandet och den som får tillgång till uppgifterna. Det måste också finnas tekniska lösningar att spärra uppgifter som inte får lämnas ut till ombudet på grund av att sekretess gäller i förhållande till patienten.

11.2 Ändring i förslaget till lag (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning[3]

2 kap.

13 § En vård- eller omsorgsgivare får medge en patient eller omsorgsmottagare tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana uppgifter om patienten eller omsorgsmottagaren själv som får lämnas ut till honom eller henne och som en annan vård- eller omsorgsgivare får ha tillgång till enligt 3 §. Patienten eller omsorgsmottagaren får också medges tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådan dokumentation som avses i 15 § första stycket.

Paragrafen föreslogs i delbetänkandet (SOU 2021:4) och övervägandena finns i avsnitt 16.13 i delbetänkandet. Ändringen innebär, i förhållande till det förslag som lämnades i delbetänkandet, att andra och tredje styckena tagits bort. Bestämmelserna i nuvarande andra och tredje styckena har i sak oförändrade tagits in i 13 b §. I fråga om innebörden av bestämmelsen i övrigt hänvisas till författningskommentaren till 2 kap. 13 § första stycket i delbetänkandet.

[3] Kommentarerna avser ändringar i förhållande till den lydelse som föreslagits i SOU 2021:4.

13 a § *Om patienten eller omsorgsmottagaren medger det får en vård- eller omsorgsgivare ge en annan fysisk person som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana uppgifter som avses i 13 §. Sådan tillgång ska på patientens eller omsorgsmottagarens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss organisatorisk enhet.*

Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen eller som utför arbetsuppgifter inom socialtjänsten får anledning att misstänka att patientens eller omsorgsmottagarens medgivande enligt första stycket inte ger uttryck för patientens eller omsorgsmottagarens fria vilja eller att patienten eller omsorgsmottagaren varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande enligt första stycket, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vård- eller omsorgsgivare som gett tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att patienten eller omsorgsmottagaren inte känner den som fått tillgång personligen.

Paragrafen är ny. Den reglerar vård- och omsorgsgivares möjlighet att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation om patienten eller omsorgsmottagaren, som den aktuella vård- eller omsorgsgivaren registrerat. Övervägandena finns i avsnitt 6.5 med hänvisningar till 6.4.

Bestämmelsen har motsvarande innebörd och utformning som bestämmelsen om ombuds elektroniska tillgång i 5 kap. 5 a § patientdatalagen. Här är det dock i stället uppgifter som ingår i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och beskrivs i 13 § som omfattas.

Eftersom bestämmelsen har motsvarande utformning som 5 kap. 5 a § patientdatalagen hänvisas till den utförliga författningskommentaren ovan till 5 kap. 5 a § patientdatalagen för hur bestämmelsen ska tillämpas med följande tillägg. Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är ett system som ger verksamheter inom socialtjänsten som avser äldre eller personer med funktionsnedsättningar och hälso- och sjukvården tillgång till varandras vård- och omsorgsdokumentation genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. För den närmare innebörden av sammanhållen vård-och omsorgsdokumentation hänvisas till kapitel 16 i delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4).

Där förklaras ingående vad som avses med omsorgsmottagare, omsorgsgivare, vilka uppgifter som får ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och vilka insatser som omfattas.

Det är socialtjänstens uppgifter om äldre och personer med funktionsnedsättningar som får vissa insatser, som får ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Den fysiska person som patientens eller omsorgsmottagarens medgivande avser, får således ges elektronisk tillgång till den sammanhållna vård- och omsorgsdokumentationen, oavsett om uppgifterna härrör från hälso- och sjukvårdens eller från socialtjänstens dokumentation.

Avsikten med bestämmelsen är att den ska ge vård- och omsorgsgivare möjlighet att ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till uppgifter i dokumentation som *just den aktuella* vård- eller omsorgsgivaren registrerat och som finns tillgänglig för andra vård- och omsorgsgivare i systemet för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Sådan elektronisk tillgång kan inkludera tillgång till dokumentation som en vård- eller omsorgsgivare tagit del av hos en annan vård- och omsorgsgivare genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och sedan själv registrerat i sin egen vård- eller omsorgsdokumentation i systemet.

Till skillnad från bestämmelsen i 5 kap. 5 a § patientdatalagen, där uttrycket ”enskild” anges, används här ”*patienten eller omsorgsmottagaren*”. Detta anknyter till de uttryck som används i bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det krävs inte att personen har en aktuell patientrelation eller en pågående omsorgsinsats för att kunna lämna sitt medgivande till att en annan fysisk person som denne känner personligen får elektronisk tillgång till uppgifterna.

Till skillnad från bestämmelsen i 5 kap. 5 a § patientdatalagen, där begreppet ”vårdenhet” anges, används här ”*organisatorisk enhet*”. Det är vårdgivaren respektive omsorgsgivaren som själv avgör vilka organisatoriska enheter den har och gränserna mellan dem.

13 b § *I 5 kap. 5 och 5 a §§ patientdatalagen (2008:355) finns det ytterligare bestämmelser om elektronisk tillgång för patienten och andra till uppgifter hos vårdgivare om patienten själv.*

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på

säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som avses i 13 och 13 a §§.

Paragrafen är ny. Paragrafen motsvarar i huvudsak förslaget till 2 kap. 13 § andra och tredje styckena i delbetänkandet (SOU 2021:4). Innehållet har dock kompletterats med en erinran i *första stycket* om att det i patientdatalagen finns ytterligare bestämmelser om ombuds elektroniska tillgång till uppgifter hos vårdgivare om patienten själv som gäller oavsett om vårdgivaren deltar i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation eller inte. I fråga om innebörden av *andra stycket* hänvisas till författningskommentaren till 2 kap. 13 § andra stycket i delbetänkandet.

Kommittédirektiv 2019:37

Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet

Beslut vid regeringssammanträde den 27 juni 2019

Sammanfattning

En särskild utredare ska utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Utredaren ska bl.a. se över möjligheterna

- att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård,
- till en utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan bl.a. vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunala nämnder,
- att införa sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård, och
- att ge ombud åtkomst till patientjournal.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2021. Ett delbetänkande som rör samtliga utredningsfrågor utom ombuds åtkomst till patientjournal och uppkomna frågeställningar för fortsatt utredning ska dock lämnas senast den 17 januari 2021.

Bakgrund

Strukturförändringar inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna genomgått strukturförändringar av olika slag. Två tydliga sådana är ökningen av andelen olika aktörer som är verksamma inom sektorerna, och den demografiska förändringen med en ökande andel äldre i befolkningen.

Fler olika utförare av verksamheterna än tidigare

Kommuner och landsting har ansvar för verksamheterna inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården. Med socialtjänst avses i dessa direktiv främst sådan verksamhet som regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, samt personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110). Socialtjänsten omfattar flera målgrupper, varav endast vissa är aktuella i det här direktivet. Med hälso- och sjukvård menas i dessa direktiv sådan verksamhet som definieras i 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Kommuner och landsting ska organisera verksamheten när det gäller att driva socialtjänsten eller hälso- och sjukvården i egen regi eller att använda sig av privata utförare. Utvecklingen inom landstingen de senaste årtiondena visar att andelen verksamhet som utförs privat har ökat från 10 procent 2006 till 16 procent 2016 (räknat till kostnaderna för verksamheten). Det är dock stora regionala skillnader mellan landstingen. Drygt en fjärdedel av verksamheten i Stockholms läns landsting (SLL) köps in från privata vårdgivare jämfört med Jämtlands läns landsting där drygt 3 procent köps in externt. Skillnaden mellan landstingen när det gäller hur stor andel av verksamheten som lagts på privat vårdgivare återspeglar till viss del i vilken utsträckning som landstinget använder valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Utöver utvecklingen med fler privata vårdgivare hos landstingen så ökade antalet

digitala vårdgivare som erbjuder vårdtjänster via t.ex. videolänk, chatt, text- eller bildmeddelanden.

Även socialtjänsten utförs av fler olika aktörer än enbart kommunala myndigheter, bl.a. med stöd av lagen om valfrihetssystem. Ser man till insatser riktade till t.ex. äldre personer som beviljades hemtjänst under 2018 så tog 17 procent av dem emot insatser från en enskild verksamhet. För personer som är yngre än 65 år var andelen större, nästan 25 procent valde att få sina insatser utförda via enskild verksamhet. Andelen särskilda boenden som drevs via enskild verksamhet var 20 procent. Vad gäller t.ex. daglig verksamhet för personer med funktionsnedsättning så drevs nästan 10 procent som enskild verksamhet.

Utöver strukturförändringarna med ett ökat antal olika utförare får kommunernas möjlighet att välja hur man organiserar sina nämnder betydelse för hur verksamheten ser ut. Fullmäktige beslutar vilka nämnder som ska finnas inom kommunen och att varje nämnd ska ansvara för ett visst område. Eftersom kommunerna, med några få undantag, själva bestämmer vilka nämnder de vill ha inom kommunen ser organisationen olika ut i olika kommuner. Många kommuner har t.ex. fler än en kommunal nämnd för varje verksamhetsområde. Införandet av den fria kommunala nämndorganisationen genom 1991 års kommunallag innebar att en del kommuner kom att dela upp socialtjänsten på flera sektorer som organisatoriskt hör till olika nämnder. Det finns exempelvis en geografisk uppdelning på kommundelsnämnder, men det kan också finnas en uppdelning på olika kompetensområden eller utifrån ett beställar- och utförarperspektiv.

En förändrad demografisk situation med en ökande andel äldre

En annan förändring som redan har och kommer att få ännu större påverkan framöver inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård är den demografiska utvecklingen med en ökande andel äldre i befolkningen. Andelen personer som är 80 år och äldre väntas öka kraftigt de närmaste åren. Denna grupp utgör i dag cirka fem procent av befolkningen men beräknas utgöra cirka nio procent av befolkningen år 2050. Äldre personer har ofta kroniska sjukdomar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar i rapporten

VIP i vården (Rapport 2014:2) att 85 procent av personer över 65 år har minst en kronisk sjukdom.

Äldre personer som beviljats biståndsbedömda insatser med stöd av SoL har ofta omfattande behov av stöd och hjälp med både omsorg och hälso- och sjukvård. Drygt 70 procent av de som är 65 år och äldre och som tar emot vård från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården i ordinärt boende har också beviljats socialtjänstinsatser. En person kan också ta emot socialtjänstinsatser från flera olika utförare, t.ex. hemtjänst och dagverksamhet.

Socialstyrelsen har kartlagt hur den kommunala hälso- och sjukvården är organiserad (Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – förstudie, art nr. 2019-2-17). Kartläggningen visar att patienter inom denna typ av vård ofta är sköra och har komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar samt möter många olika vårdgivare och verksamheter. Socialstyrelsen konstaterar i kartläggningen att kontinuiteten i vården och omsorgen är mycket viktig för personers upplevelse av trygghet. De många kontakterna mellan olika vårdgivare eller utförare när en person går över från en verksamhet till en annan ställer krav på en väl fungerande samverkan för att inte innebära risker i form av t.ex. missförstånd eller avsaknad av information om nästa behandlingssteg. Frågor som rör samordning för gruppen äldre personer har också lyfts i slutbetänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer (SOU 2017:21) från Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen och slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

Digitaliseringsutvecklingen under senare år

Sverige har internationellt sett en hög digitaliseringsgrad. EU gör sedan 2014 årliga mätningar av medlemsstaternas utveckling inom digitaliseringsområdet som publiceras i ett s.k. DESI-index (the Digital Economy and Society Index) som bygger på undersökningar inom fem olika områden, bl.a. tillgången till fast bredband, medborgarnas digitala kommunikationer samt e-förvaltning och e-hälsa. Sverige har alltid placerat sig bland de tre länder som ligger högst på listan och låg 2018 på andra plats efter Danmark.

Digitaliseringen erbjuder stora möjligheter för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Modern informations- och kommunikationsteknologi kan underlätta för den enskilde att vara delaktig i sin egen vård och omsorg, stödja kontakten mellan den enskilde och verksamheterna samt tillhandahålla effektivare stödsystem för medarbetarna i verksamheterna.

Socialtjänsten har i likhet med andra områden påverkats av digitaliseringen. Socialstyrelsen följer sedan 2013 användningen av välfärdsteknik i kommunerna, och myndigheten konstaterar i kartläggningen för 2019 att allt fler kommuner inför olika typer av välfärdstekniklösningar (E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019, art nr. 2019-5-10). Andelen kommuner som har e-tjänster för att ansöka om bistånd ökar. Inom äldreomsorgen har 27 procent av kommunerna sådana e-tjänster för bistånd och inom funktionshindersområdet var andelen 23 procent. Drygt 90 procent av alla trygghetslarm är digitala och uppkopplade framförallt via de mobila näten. Socialstyrelsen konstaterar vidare att många kommuner brister i att säkerställa ett fullgott skydd för enskildas känsliga personuppgifter.

Hälso- och sjukvårdsområdet har också integrerat digitala stöd i den dagliga verksamheten. De årliga undersökningar som landstingen gör av användningen av it i vården visar bl.a. att all journalföring inom slutenvården, primärvården och psykiatrin är digital sedan början på 2010-talet (eHälsa i landstingen – augusti 2013).

Digitaliseringen påverkar inte bara verksamheterna utan även patienter och brukare. Sveriges Kommuner och Landstings studier i fråga om invånarnas inställning till digital service i välfärden visar att tre fjärdedelar av invånarna är positivt inställda till att kommuner och landsting kommunicerar digitalt och erbjuder digital service (Invånarnas inställning till digital service i välfärden 2018). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har studerat befolkningens inställning till nyttjande och skydd av digitala uppgifter om vård och hälsa för olika ändamål (För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter, rapport 2017:10). Undersökningen visar på ett högt förtroende för vårdens hantering och skydd av patientinformation. Majoriteten önskade att uppgifterna skulle användas men med ett tillfredsställande integritetsskydd. I undersökningen framkom vidare att man önskade få information om vilka uppgifterna är, hur de används och av vem. De flesta ville att uppgifterna skulle användas för olika ändamål, men många ville

tillåta detta först efter det att man fått information om användningen samt erbjudits möjlighet att tacka nej eller efter det att man lämnat sitt medgivande.

Reglering av dataskydds- och sekretessfrågor

Internationell nivå – FN, Europarådet och EU

Förenta nationerna (FN) antog 1948 den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna. Förklaringen är inte formellt bindande för medlemsstaterna, men ses som ett uttryck för sedvanerättsliga regler. Skyddet för den personliga integriteten behandlas i artikel 12, som anger att ingen får utsättas för godtyckligt ingripande i fråga om privatliv, familj, hem eller korrespondens och inte heller för angrepp på sin heder eller sitt anseende. I artikel 29 anges att en person endast får underkastas sådana inskränkningar som har fastställts i lag och enbart i syfte att trygga tillbörlig hänsyn till och respekt för andras rättigheter och friheter.

Den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad Europakonventionen, innehåller bestämmelser till skydd för den enskildes rätt till respekt för privat- och familjelivet (art. 8.1). Ytterligare en central konvention är Europarådets konvention om skydd för enskilda vid automatisk databehandling av personuppgifter, förkortad dataskyddskonventionen. I denna finns bestämmelser om automatisk databehandling av personuppgifter. I anslutning till Europakonventionen antog Europarådets ministerkommitté rekommendationer som gäller behandling av personuppgifter inom vissa områden. Rekommendationerna är inte direkt bindande. En av rekommendationerna, Recommendation No. R (97) 5 of the Committee of Ministers to Member States on the protection of medical data, antogs 1997 i syfte att förtydliga vad som gäller för personuppgifter om hälsa (hälsouppgifter) enligt artikel 6 i dataskyddskonventionen. Rekommendationen är tillämplig på insamling och automatiserad behandling av hälsouppgifter. Rekommendationen uppdaterades i mars 2019.

Av Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna, förkortad EU-stadgan, följer att var och en har rätt till respekt för sitt privatliv och familjeliv, sin bostad och sina kommunikationer och att var och en har rätt till skydd av de personuppgifter som rör

honom eller henne och att dessa uppgifter ska behandlas lagenligt för bestämda ändamål och på grundval av den berörda personens samtycke eller någon annan legitim och lagenlig grund samt att var och en har rätt att få tillgång till insamlade uppgifter som rör honom eller henne och att få rättelse av dem (artiklarna 7 och 8 i EU-stadgan.)

Den 27 april 2016 antogs Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), nedan kallad dataskyddsförordningen. Förordningen började tillämpas den 25 maj 2018. Personuppgiftslagen (1998:204) upphävdes och ersattes av lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, nedan benämnd dataskyddslagen, i samband med att dataskyddsförordningen började tillämpas. Flera anpassningar i olika registerförfattningar gjordes för att tydliggöra att dessa innehåller ytterligare kompletterande bestämmelser till dataskyddsförordningen och dataskyddslagen samt för att i övrigt anpassa den nationella lagstiftningen till dataskyddsförordningen.

Reglering som syftar till att säkerställa ett likvärdigt skydd av de grundläggande fri- och rättigheterna, i synnerhet rätten till integritet, när det gäller behandling av personuppgifter inom sektorn för elektronisk kommunikation finns även i Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/58/EG av den 12 juli 2002 om behandling av personuppgifter och integritetsskydd inom sektorn för elektronisk kommunikation (direktiv om integritet och elektronisk kommunikation).

Nationell reglering när det gäller hantering av uppgifter om hälsa eller personliga förhållanden

Frågan om myndigheters behandling av personuppgifter på automatiserad väg innefattar avvägningar mellan skyddet för den personliga integriteten och andra viktiga samhällsintressen. I regeringsformen, förkortad RF, anges bl.a. att det allmänna ska värna om den enskildes privatliv och familjeliv (1 kap. 2 § fjärde stycket). Var och en är gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär

övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden (2 kap. 6 §). Denna fri- och rättighet kan under vissa förutsättningar begränsas genom lag (2 kap. 20 och 21 §§).

I offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, regleras sekretess i det allmännas verksamhet. Sekretess innebär ett förbud att röja en uppgift, vare sig det sker muntligen, genom utlämnande av en allmän handling eller på något annat sätt (3 kap. 1 § OSL). Sekretess innebär således en begränsning av både rätten att ta del av allmänna handlingar och yttrandefriheten.

Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § OSL). Det finns dock bestämmelser som bryter denna sekretess. Till exempel hindrar inte sekretessen att uppgifter lämnas mellan olika hälso- och sjukvårdsmyndigheter inom en kommun eller ett landsting och mellan allmänna och enskilda vårdgivare enligt det som föreskrivs om sammanhållen journalföring i patientdatalagen (25 kap. 11 § 3 OSL). Om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretessen inte heller att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet inom socialtjänstens område (25 kap. 13 § OSL).

När det gäller skyddet för uppgifter som förekommer inom hälso- och sjukvård som bedrivs av enskilda näringsidkare får den som tillhör eller har tillhört sådan verksamhet inte obehörigen röja vad han eller hon i denna verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden (6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen [2010:659]). Motsvarande tystnadsplikt gäller i enskilt bedriven verksamhet enligt SoL, för uppgift om enskildas personliga förhållanden (15 kap. 1 §).

Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (26 kap. 1 § OSL). Det finns dock bestämmelser som bryter sekretessen. Till exempel hindrar sekretessen inte att uppgift om en

enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne inte har fyllt arton år, fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel eller vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet (26 kap. 9 § OSL).

Dataskydd i socialtjänst och hälso- och sjukvård

Behandlingen av personuppgifter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården regleras också av särskilda s.k. registerlagar, främst patientdatalagen (2008:355) och lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Utöver dessa lagar så innehåller också SoL, särskilda regler om bl.a. behandling av personuppgifter och gallring inom socialtjänstens verksamheter. Lagarna kompletteras av förordningar samt i vissa fall myndighetsföreskrifter. Det finns vidare annan lagstiftning där personuppgiftsbehandling för hälsouppgifter regleras, bl.a. lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m., lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista samt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Tidigare översyner och utredningar

Övergången till en i huvudsak digital hantering av personuppgifter inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården har pågått under lång tid. Det har också mot denna bakgrund gjorts översyner av regleringen av personuppgiftsbehandling. Några exempel är Socialdatautredningen vars slutbetänkande Behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SOU 1999:109) låg till grund för lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten som trädde i kraft 2001, Patientdatautredningen vars slutbetänkande Patientdatalag (SOU 2006:82) låg till grund för patientdatalagen som trädde i kraft 2008, Socialtjänstdatautredningen vars slut-

betänkande Socialtjänsten – Integritet-Effektivitet (SOU 2009:32) lämnades i mars 2009 men inte föranledde några lagstiftningsåtgärder och utredningen Rätt information i vård och omsorg. Den sistnämnda utredningens delbetänkandet Rätt information – Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2013:45) föranledde ändringar i bl.a. patientdatalagen. Det handlade bl.a. om att en vårdgivare under vissa omständigheter får göra uppgifter om en patient som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning tillgängliga för de vårdgivare som är anslutna till systemet med sammanhållen journalföring respektive en vårdgivare får ta del av uppgift om vilken vårdgivare som har gjort uppgifter tillgängliga. Utredningens slutbetänkande – Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23) – låg till grund för bl.a. ändringar i lagen (1996:1156) om receptregister.

Utöver dessa kommittéer finns exempel på utredningar som har gjorts internt inom Regeringskansliet kring frågor som rör personuppgiftsreglering inom hälso- och sjukvården, t.ex. departementspromemoriorna Nationell läkemedelslista (Ds 2016:44) och Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvård (Ds 2018:5).

En översyn av vissa frågor som gäller personuppgiftshantering inom socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet

Sedan den övergripande regleringen av personuppgiftshanteringen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvårdsområdet tillkom så har verksamheterna utvecklats på olika sätt. Det har tillkommit flera nya regleringar som påverkar hur personuppgifter får hanteras inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Exempel som har nämnts är dataskyddsförordningen och dataskyddslagen. I samband med att dataskyddsförordningen skulle börja tillämpas gjorde regeringen en översyn av regleringen inom Socialdepartementets område, för att anpassa nationell rätt till dataskyddsförordningen. Detta ledde till ändringar i ett stort antal lagar. Propositionen Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning (prop. 2017/18:171) avgränsades till att hantera de anpassningar i författningar inom Socialdepartementets verksamhetsområde som vid det tillfället bedömdes behövas med anledning av dataskyddsförordningen (prop. 2017/18:171 s. 58). Ett annat exempel är lagen om nationell läkemedelslista som kommer att

ersätta lagen om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning i juni 2020. Här kan vidare nämnas OSL som trädde i kraft 2009, som reglerar stora delar av sekretessen i socialtjänst och hälso- och sjukvård, och patientsäkerhetslagen, som reglerar sekretess i enskild verksamhet och som trädde i kraft 2010.

Datainspektionen har sedan patientdatalagen infördes genomfört flera långsiktiga tillsynssatsningar. Myndigheten påbörjade 2012 en första bred tillsyn av alla landsting och fem privata vårdgivare. Områden som analyserades var bl.a. möjligheter att spärra uppgifter. Datainspektionen har vidare genomfört kontroller av den kommunala hälso- och sjukvården. Exempelvis genomförde myndigheten sammanlagt 18 tillsynsinsatser som fokuserade på behörighetsstyrning och loggkontroller i kommuner under 2013. Utöver tematiska och långsiktiga tillsynsinsatser görs enskilda insatser initierade efter t.ex. klagomål från enskilda eller via uppgifter i medierna. Många av de tillsynsinsatser som gjorts under åren har tydliggjort gränserna för hur personuppgifter får hanteras i socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I myndighetens tillsynsplan för 2019 och 2020 ligger även hälso- och sjukvården med som ett särskilt utpekat område för insatser under 2019.

Det finns vidare exempel på domstolsärenden där personuppgiftshantering inom hälso- och sjukvården har belysts. Landstinget i Uppsala gav tidigare patienter möjlighet att digitalt ”dela” sin journal med någon annan, ett s.k. ombud. Vid tillsyn av tjänsten förelade Datainspektionen landstinget att upphöra med att ge ombud direktåtkomst med motiveringen att sådan åtkomst enligt lag uttryckligen endast kan ges till den enskilde själv, dvs. inte till dennes ombud. Föreläggandet överklagades och målet avgjordes slutligt i Högsta förvaltningsdomstolen där domstolen konstaterade att Datainspektionen haft fog för att förelägga landstinget att upphöra med att ge ombud direktåtkomst till landstingets personuppgifter om enskilda (HFD 2017 ref. 67).

Riksdagen har vidare i ett tillkännagivande anfört att regeringen bör överväga om det finns anledning att göra en översyn av patientdatalagen och annan relevant lagstiftning. Det är enligt riksdagen angeläget att lagstiftningen på området är anpassad till de krav som dagens teknik ställer, samtidigt som den personliga integriteten beaktas (bet. 2018/19:SoU 8 punkt 58, rskr. 2018/19:233).

Regeringen kan konstatera att den lagstiftning som styr personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården fungerat väl i övergången från att hanterat personuppgifter på papper till ett i huvudsak digitalt arbetssätt. Regleringen ger ett avvägt skydd mellan intresset av att behandla personuppgifter och intresset av att skydda enskilda personers integritet. Dock bedöms det finnas behov av en översyn av vissa frågor på området. Bedömningen bygger på det som har anförts inledningsvis om förändringen på senare år i det sätt som socialtjänsten och hälso- och sjukvården organiserar sig på, den ökade användningen av digitala stöd för personuppgiftshantering samt klargöranden kring lagstiftningen utifrån bl.a. vad Datainspektionen uttryckt i sina tillsynsinsatser.

Utredningsuppdraget

Utgångspunkten för samtliga uppdrag är att de rör frågor kring personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård. I dessa fall handlar det i princip uteslutande om uppgifter som rör människors hälsa och livssituation vilket är information av integritetskänslig karaktär. Utredaren ska därför i samband med att förslag lämnas särskilt redogöra för hur hänsyn tagits till behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet samt skydd för den personliga integriteten. Frågorna som ska utredas behöver primärt analyseras utifrån dataskyddsförordningen men även utifrån befintlig reglering, bl.a. ska EU-stadgan, Europakonventionen, 2 kap. 6 § RF och dataskyddslagen beaktas. Eventuella inskränkningar i integritetsskyddet ska följas av analyser samt proportionerliga och tydliga avvägningar där alternativa metoder och mindre integritetskränkande alternativ ska övervägas eller där förslag på särskilda integritetsskyddande åtgärder lämnas.

För samtliga uppdrag gäller att utredaren ska lämna författningsförslag där så anses nödvändigt.

Möjlighet till direktåtkomst mellan vissa verksamheter

Ett sätt att lämna ut personuppgifter i elektronisk form är genom s.k. direktåtkomst. Begreppet direktåtkomst är inte definierat i lag. Med direktåtkomst menas vanligen att någon har direkt tillgång till någon annans databas eller register och på egen hand kan söka efter information, dock utan att kunna påverka innehållet i databasen eller registret. Begreppet brukar också anses innefatta att den som är ansvarig för databasen eller registret inte har någon kontroll över vilka uppgifter som mottagaren vid ett visst tillfälle tar del av. Vid direktåtkomst anses de uppgifter som omfattas av åtkomsten utlämnade i och med att åtkomsten medges.

I princip anses allt elektroniskt utlämnande som inte görs genom direktåtkomst göras genom utlämnande på medium för automatiserad behandling. Som exempel kan nämnas att personuppgifter lämnas via upptagningar mellan myndigheter, e-post eller USB-minne. Begreppet anses omfatta överlämnande av elektroniskt lagrade uppgifter via alla slags medium för lagring och överföring (Överskottsinformation vid direktåtkomst, SOU 2012:90 s. 198).

Det normala i dag är emellertid att ett informationsutbyte mellan myndigheter sker elektroniskt mellan it-system genom en fråga-svar-funktion. Högsta förvaltningsdomstolen har i den s.k. Lefi-onlinedomen (HFD 2015 ref. 61) ansett att gränsdragningen mellan vad som är direktåtkomst och annat utlämnande på medium för automatiserad behandling beror på om den aktuella uppgiften kan anses förvarad hos den mottagande myndigheten enligt 2 kap. 3 § andra stycket tryckfrihetsförordningen. Avgörande är således om uppgiften är tillgänglig för myndigheten med tekniskt hjälpmedel som myndigheten själv utnyttjar för överföring i sådan form att den kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas. Högsta förvaltningsdomstolens dom kan tolkas så att den tekniska utformningen av en myndighets system för utlämnande av uppgifter kan bli avgörande för om utlämnandet ska anses som direktåtkomst eller som annat utlämnande på medium för automatiserad behandling I domen fann Högsta förvaltningsdomstolen att mottagande myndighets åtkomst till uppgifter hos den utlämnande myndigheten genom ett system som utformats med en fråga-svar-funktionalitet inte utgjorde direktåtkomst.

Direktåtkomst är enligt förarbetena till patientdatalagen (prop. 2007/08:126 s. 244) en form av elektroniskt utlämnande till en extern mottagare. Direktåtkomst sker när den som är ansvarig för informationen inte har kontroll över vilka uppgifter som en mottagare vid ett visst givet tillfälle tar del av. Inom hälso- och sjukvården finns i dag vissa möjligheter till direktåtkomst. Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårddokumentation (6 kap. patientdatalagen) Detta gäller såväl mellan offentliga vårdgivare som mellan offentliga och enskilda vårdgivare. Vårdgivaren får under vissa förutsättningar ge en patient direktåtkomst till hela eller delar av patientens patientjournal (5 kap. 5 § samma lag). För socialtjänsten saknas en reglering liknande den som finns för sammanhållen journalföring inom hälso- och sjukvården som tillåter att olika utförare har direktåtkomst till varandras dokumentation. Det råder sekretess mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och därför är det heller inte tillåtet med direktåtkomst mellan dessa verksamheter. Frågan om direktåtkomst mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård har också belysts av Datainspektionen i ett tillsynsärende från 2011 om TioHundranämnden i Norrtälje där vissa personuppgifter tillgängliggjordes direkt mellan nämnden och en utförare (Datainspektionen, dnr 876-2010). Datainspektionen ansåg i det ärendet att det krävs författningsändringar både i regelverken som gäller för hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att det ska vara tillåtet att tillämpa sammanhållen journalföring mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Som beskrivits tidigare finns i dag flera olika vårdgivare och utförare i socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En patient kan under en enskild vårdprocess möta många olika offentliga och privata vårdgivare. Patienter med kroniska eller långvariga sjukdomstillstånd kan också behöva hjälp av flera olika vårdgivare parallellt. Särskilt stort är detta behov för äldre och multisjuka personer. Behovet av att kunna utbyta information mellan vårdgivare eller utförare i syfte att ge en god och säker vård och omsorg, med bibehållen integritet och säkerhet, har således ökat under senare år. Utredaren ska därför se över möjligheterna att införa direktåtkomst, i likhet med den möjlighet som i dag ges genom sammanhållen

journalföring genom en s.k. sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation mellan

– verksamheter som avser äldre personer, t.ex. hemtjänst eller dagverksamhet för personer med demenssjukdom, och personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt SoL, t.ex. boendestöd och insatser enligt LSS, och
– verksamheter som nämns ovan och hälso- och sjukvård.

Utgångspunkten för uppdraget ska vara den personuppgiftsbehandling som sker inom den individinriktade vård- och omsorgsverksamheten.

Om så är relevant ska utredaren se över möjligheterna att använda elektroniskt utlämnande som alternativ till direktåtkomst.

Frågeställningen berör såväl landstingens och kommunernas verksamheter inom nämnda områden som enskild vårdgivare inom hälso- och sjukvården eller enskild verksamhet inom socialtjänstens områden. Utredningsuppdraget innefattar även att lämna förslag till nödvändiga ändringar i lagstiftningen om sekretess och tystnadsplikt.

Uppdraget omfattar inte att utreda särskilda frågor som rör personer med nedsatt beslutsförmåga. Behövs särskild reglering om sådana personer på det område som omfattas av utredningsuppdraget bör den föreslagna regleringen utformas i enlighet med befintlig reglering, t.ex. 2 kap. 2 a § patientdatalagen och 25 kap. 13 § OSL.

Som framgår av första punktsatsen ovan görs en avgränsning av frågeställningen till att handla om verksamheter inom socialtjänsten som rör äldre personer och personer med funktionsnedsättningar. Hanteringen av personuppgifter inom socialtjänsten spänner över många verksamhetsområden där känsliga personuppgifter registreras. Detta är särskilt tydligt när det gäller områden där det finns lagstiftning om tvång, t.ex. vård till vuxna personer med missbruksproblem eller verksamheter riktade till barn och unga. Sådana verksamheter är olämpliga att hantera i ett system med direktåtkomst eftersom personen i de fall en utredning leder till en insats med tvång inte själv kan välja om informationen ska exponeras för andra delar av socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. De två verksamheter som har valts bedöms vara dels så betydande räknat såväl till antal personer som får insatser som till antal aktörer som utför dem att ett

utökat informationsutbyte är av stort värde för många patienter eller brukare, dels verksamheter utan tvång vilket gör att personen kan göra avvägda val om ifall man vill vara med i en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation eller inte.

Utvecklings- och kvalitetssäkringsarbete inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

I förarbetena till patientdatalagen diskuteras behovet av att kunna följa upp hur verksamheterna utvecklas. Det finns olika faktorer som kan behöva följas, t.ex. mätning av uppnådda behandlingsresultat och patienttillfredsställelse eller mätning av insatta resurser i form av kostnader för respektive insats eller annan uppföljning avseende kostnadseffektivitet, produktivitet m.m. Vidare framgår att uppföljning inte är något självändamål, dess syfte är att generera kunskap som i sin tur används för att på olika sätt förbättra eller förändra verksamheten i fråga (prop. 2007/08:126 s. 174). Att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras inom socialtjänsten framgår bl.a. av 3 kap. 3 § SoL och 6 § LSS. Uppföljningen kan ske på olika nivåer i verksamheterna: kliniken, vårdinrättningen, nämnden, landstinget, kommunen, sjukvårdsregionen eller nationen.

Av förarbetena till patientdatalagen framgår även att det förutom regelverket för regionala och nationella kvalitetsregister inte finns några särskilda bestämmelser som syftar till att möjliggöra verksamhetsuppföljning över vårdgivargränser (prop. 2007/08:126 s. 175). Frågan om gemensamma verksamhetsuppföljningar för socialtjänst och hälso- och sjukvård har aktualiserats i ett tillsynsärende som rör Stockholms läns landsting och Österåkers kommun (Datainspektionen, dnr 643-2015). Ärendet handlar om att kommun och landsting har samkört och analyserat vissa personuppgifter inom ramen för ett projekt som rör ersättningsmodeller för vård och omsorg av äldre. I ärendet hänvisar Datainspektionen till förarbetena till patientdatalagen där det står följande: ”När det gäller frågan om att förbättra landstingens och kommunernas möjligheter att göra gemensamma uppföljningar av sådana insatser som involverar både hälso- och sjukvård och socialtjänst så utreds detta för närvarande av Socialtjänstdatautredningen (S 2007:92)”. Som framgått under rubriken Tidigare

översyner och utredningar ledde inte Socialtjänstdatautredningens betänkande till lagstiftningsåtgärder.

För socialtjänstens del följer det av OSL att sekretess gäller mellan myndigheter inom socialtjänsten. Kommunerna har frihet att organisera sina nämnder som de själva önskar efter lokala behov och förutsättningar. Varje nämnd i en sådan organisation är att anse som en egen myndighet i OSL:s mening och då gäller sekretess som huvudregel i förhållande till andra myndigheter och andra enskilda än brukaren.

Möjligheterna att följa upp verksamheter som har patienter eller brukare som behandlas av flera olika vårdgivare eller utförare varierar därför beroende på hur verksamheterna är organiserade inom en kommun eller ett landsting. I ett landsting med olika vårdgivare saknas i dag möjlighet till en mer sammanhållen verksamhetsuppföljning på samma sätt som i ett landsting med få vårdgivare. Via kvalitetsregistren, som förs för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet och möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå, kan viss uppföljning göras av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Dessa register har varit värdefulla för vårdens utveckling och regleringen av dem bör kvarstå. Registren är dock oftast avgränsade till enskilda medicinska specialiteter eller sjukdomsgrupper och har byggts upp under lång tid samt avser som minst en hel region. En huvudman i form av ett landsting kan dock ha behov av mer mångfacetterad eller varierad information för kvalitetssäkringsarbete i den egna huvudmannens verksamhet, bedriven i egen regi eller av anlitade utförare, än vad som får finnas i ett kvalitetsregister. Detta behov kan dessutom variera över tid. Det kan t.ex. handla om analyser på en aggregerad eller övergripande nivå för vissa åldersgrupper eller geografiskt avgränsade delar av ett landsting. Beslut om sådan behandling av personuppgifter för kvalitetsutveckling, som bör avse hela eller åtminstone väsentliga delar av huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet, bedriven i egen regi eller av anlitade utförare, bör vara förbehållna det högsta politiska organet hos huvudmannen. Personuppgifter som på detta sätt behandlas för kvalitetsutveckling bör inte få spridas utanför landstinget.

Liknande situation gäller kommuner med olika nämndorganisationer. Då många äldre personer eller personer med funktionsnedsättning i dagsläget får insatser från olika utförare finns ett behov av

att skapa mer jämlika förutsättningar för kvalitetsutveckling av verksamheterna oberoende av organisationsform hos kommunen. Liksom för landstingen bör beslut om sådan behandling av personuppgifter för kvalitetsutveckling vara förbehållna det högsta politiska organet och besluten bör avse hela eller åtminstone väsentliga delar av kommunens verksamhet med omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Personuppgifter bör inte få spridas utanför kommunen.

Utredaren ska därför se över möjligheterna till en utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan:

– vårdgivare i hälso- och sjukvård,
– vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunal nämnd eller utförare av kommunens arbetsuppgifter inom socialtjänst för äldre personer och personer med funktionsnedsättning, och
– kommunala nämnder eller utförare av kommunens arbetsuppgifter inom socialtjänsten för äldre personer och personer med funktionsnedsättning.

Möjligheter till kvalitetsuppföljning för enskilda vårdgivare inom hälso- och sjukvården eller enskild verksamhet i förhållande till andra myndigheter och andra enskilda än brukaren inom socialtjänstens område ska ingå i analysen.

Utredningsuppdraget innefattar även att lämna förslag till nödvändiga författningsändringar, t.ex. kopplat till behandling av personuppgifter, sekretess och tystnadsplikt.

Sekretessbestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård

Som framgår under rubriken Nationell reglering när det gäller hantering av uppgifter om hälsa eller personliga förhållanden ovan så skiljer sig dagens reglering av sekretess mellan myndigheter åt mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Inom hälso- och sjukvården hindrar inte sekretessen enligt OSL att uppgift lämnas till en enskild vårdgivare med begränsningen att det ska göras i enlighet med vad som föreskrivs om sammanhållen journalföring i patientdatalagen. Ordningen med sammanhållen journalföring gör dock att

gränserna för den inre sekretessen är större i ett landsting med få enskilda vårdgivare än i ett landsting med fler enskilda vårdgivare. I vissa fall krävs då bl.a. inte ett aktivt samtycke för att utbyta patientinformation. Denna skillnad när det gäller förutsättningarna för att utbyta information i relation till vårdens organisering har lyfts av Riksrevisionen i rapporten Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg (RiR 2011:19, avsnitt 3.1.2). För socialtjänstens del finns ingen motsvarande reglering i OSL.

Skillnaden mellan sekretessregleringarna och behovet av en mer likvärdig hantering av personuppgifter har lyfts i olika sammanhang, bl.a. av utredningen Socialtjänstdatautredningen och utredningen Rätt information i vård och omsorg.

Utredaren ska mot denna bakgrund:

– se över möjligheterna att införa sekretessbrytande bestämmelser för socialtjänsten i likhet med bestämmelserna om hälso- och sjukvårdssekretess som framgår av 25 kap. 11 § OSL,
– analysera behovet av ändring i sekretesslagstiftningen utifrån utredningsfrågan om en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, se rubriken Möjlighet till direktåtkomst mellan vissa verksamheter ovan, samt
– undersöka om det är möjligt eller lämpligt att, med bibehållen integritet och säkerhet, tillåta ytterligare uppgiftslämnande mellan myndigheter inom hälso- och sjukvård och enskilda vårdgivare och i sådana fall föreslå nödvändiga författningsändringar.

Om utredaren lämnar författningsförslag bör dessa avgränsas till att röra den individinriktade vård- och omsorgsverksamheten.

Möjlighet att ge ombud åtkomst till patientjournal

Patientjournalen är i grunden ett arbetsinstrument och utgör ett stöd för vård och behandling av patienterna. Personal som inte har träffat patienten tidigare ska kunna använda patientjournalen för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att kunna ge patienten en god och säker vård. Patientjournalen är också en informationskälla för patienten. Denne ska kunna få insyn, kunskap och ökad delaktighet i sin hälsa och vård. En patient har i dag möjlighet

till direktåtkomst till sådana uppgifter om sig själv som vårdgivaren får lämna ut (5 kap. 5 § patientdatalagen).

Den nationella tekniska lösningen för att ge patienter åtkomst till sin information tillhandahålls via Inera AB:s tjänst Journalen. Inera är ett bolag, som ägs av SKL Företag, kommuner och landsting och som har till uppgift att koordinera och utveckla gemensamma digitala lösningar för kommuner och landsting. Invånarna når tjänsten via 1177 Vårdguidens e-tjänster och i dagsläget är alla landsting anslutna, men det finns skillnader i hur många verksamheter inom respektive landsting som tillhandahåller tjänsten till sina patienter. Tjänsten har över två miljoner användare. I vissa landsting kunde patienter tidigare välja att dela sin journal med ett ombud. Patienten angav i sådant fall ombudets personnummer och valde om ombudet skulle ges tillgång till hela journalen eller delar av den. Efter en rättsprocess stängdes tjänsten ner. En mer utförlig beskrivning av ärendet har getts under rubriken En översyn av vissa frågor som gäller personuppgiftshantering inom socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet ovan.

Från och med 2020 kommer det att finnas möjlighet att ge ett ombud direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan (5 kap. 6 § lagen om nationell läkemedelslista).

Många patienter har behov av att kunna utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras vårdprocesser. Behovet kan komma sig av att patienten på grund av hög ålder eller fysiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina besök, diagnoser eller läkemedel. Utredaren ska därför se över möjligheterna att:

– ge ett ombud åtkomst till patientjournalen.

Uppkomna frågeställningar för fortsatt utredning

I dessa direktiv hanteras ett antal avgränsade frågor som rör personuppgiftshanteringen inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Den digitala utvecklingen rör sig dock snabbt framåt och nya lösningar från andra sektorer kan införas i socialtjänsten och hälso- och sjukvården och skapa nya sätt att leverera eller effektivisera tjänster jämfört med i dag. Framsteg görs i dag också på många områden i hälso- och sjukvården, bl.a. inom life sciencesektorn. Utvecklingen inom detta område bygger till stor del på tillgång till

data som rätt använd, och med respekt för den personliga integriteten, bidrar till att utveckla framtidens vård och omsorg. Utöver den tekniska utvecklingen finns en parallell utveckling inom det rättsliga området. Domstolsbeslut på EU-nivå eller inom Sverige, tillsynsinsatser m.m. påverkar rättstillämpningen och därmed ramarna för hur personuppgifter får hanteras. Denna växelverkan mellan den tekniska utvecklingen och rättstillämpningen kommer sannolikt att fortsätta och det är mot den bakgrunden önskvärt att regeringen uppmärksammas på eventuella andra frågeställningar som har uppkommit under uppdragets genomförande och som kan behöva utredas vidare. Detta gäller även där så är lämpligt frågeställningar avseende användning av patientdata inom life science-området. Utredaren ska därför:

– sammanställa och översiktligt beskriva eventuella ytterligare frågeställningar som utredningen under arbetet med utredningsuppdraget uppmärksammat och som utredaren bedömer kräver vidare analys ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska göra nödvändiga kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Som framgått under rubriken Utredningsuppdraget ska utredaren i samband med att förslag läggs särskilt redogöra för hur hänsyn tagits till behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet samt skydd för den personliga integriteten. Konsekvensanalysen avseende jämställdhet ska om så är påkallat omfatta konsekvenser för personer som är utsatta för våld eller hot om våld, t.ex. hedersrelaterat våld eller förtryck. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som föranlett förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med berörda organisationer. Särskilt relevanta aktörer är företrädare för kommuner, landsting, Sveriges Kommuner och Landsting, privata eller enskilda verksamheter samt

patient- och personalorganisationer. Samråd ska ske med berörda myndigheter, t.ex. Datainspektionen, Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Utredaren ska vidare samråda med andra pågående utredningar som är relevanta, bl.a. Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (S 2018:12), Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen (S 2018:11), Framtidens socialtjänst (S 2017:03) och Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2021. Ett delbetänkande som rör samtliga utredningsfrågor utom ombuds åtkomst till patientjournal och uppkommande frågeställningar för fortsatt utredning ska dock lämnas senast den 17 januari 2021.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:112

Tilläggsdirektiv till Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 29 oktober 2020

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 27 juni 2019 kommittédirektiv om en översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (dir. 2019:37). Den särskilda utredaren får nu i uppdrag att även se över behovet av att göra ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-förordningen) samt, vid behov, föreslå nödvändiga ändringar av förordningen.

Utredaren ska bl.a.

- analysera de rättsliga förutsättningarna för att tillgängliggöra vissa personuppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst för Försäkringskassan, Läkemedelsverket, Universitets- och högskolerådet, privata vårdgivare och relevanta universitet och högskolor,
- bedöma de rättsliga förutsättningarna för att ge Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten möjlighet att behandla uppgifter i HOSP-registret för statistikändamål,
- analysera de rättsliga förutsättningarna för att tillgängliggöra vissa uppgifter ur HOSP-registret för allmänheten, t.ex. via internet, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska alltså redovisas senast den 31 maj 2021.

Behovet av regleringsändringar för registret över hälso- och sjukvårdspersonal

För att garantera kunskapsnivån bland yrkesutövare inom hälso- och sjukvården och tandvården finns en särskild reglering av behörighet för att få utöva vissa yrken, se patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Det viktigaste kompetensbeviset inom hälso- och sjukvården är legitimation, vilket är en personlig behörighet och ett uttryck för att den legitimerade står under samhällets tillsyn och har godkänts för verksamhet inom det yrkesområde som legitimationen avser. I dag finns 22 yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och tandvården som kan erhålla legitimation.

Socialstyrelsen ansvarar för registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige (HOSP-registret). Behandlingen av uppgifterna i registret regleras i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-förordningen). Det primära ändamålet med registret är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Registret används för legitimationskontroll, framställning av statistik, prognoser och tillsynsändamål. Uppgifterna i registret används främst för upplysning till apotek, arbetsgivare och allmänhet om sjukvårdspersonalens identitet och behörighet. Dessutom utgör registeruppgifterna underlag för statistik och prognoser över tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal.

I registret finns uppgifter om namn, personnummer, folkbokföringsort, yrke, eventuell specialistutbildning och datum då legitimation eller specialistkompetens utfärdades samt eventuell förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt. Registret innehåller även uppgifter om de fall där en prövotid pågår, om en legitimation är återkallad eller en förskrivningsrätt är begränsad eller indragen. För registrering av uppgifter krävs inget samtycke från de registrerade. Registret innehåller uppgifter om närmare 480 000 yrkesutövare.

Enligt 22 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, gäller sekretess för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde

eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. En förutsättning för att sekretess ska gälla enligt denna bestämmelse är bl.a. att uppgiften förekommer i verksamhet som avser folkbokföringen eller annan liknande registrering av befolkningen. I den utsträckning regeringen meddelar föreskrifter om det, gäller sekretess även om uppgiften förekommer i annan verksamhet som avser registrering av en betydande del av befolkningen. Huvudregeln är således att uppgifterna i de register som omfattas av bestämmelsen ska vara offentliga. Endast om det av särskild anledning kan antas att ett utlämnande skulle leda till skada eller men kan uppgifter hemlighållas.

Regeringen har i 6 § offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) meddelat sådana föreskrifter om sekretess i annan verksamhet som avser registrering av en betydande del av befolkningen. Av föreskrifterna framgår att sekretess gäller bl.a. för uppgift om enskilds personliga förhållanden i HOSP-registret, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående lider men om uppgiften röjs. Huvudregeln är alltså att uppgifterna i HOSP-registret är offentliga. Endast om det finns särskild anledning att anta att ett utlämnande skulle leda till skada eller men omfattas uppgifterna av sekretess.

Tidigare utredning och ändringar i HOSP-förordningen

Utredningen om rätt information i vård och omsorg hade som deluppdrag att analysera förutsättningarna för att på internet eller genom elektronisk direktåtkomst öka tillgängligheten till vissa personuppgifter i HOSP-registret. I delbetänkandet Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (SOU 2012:42) föreslog utredningen bl.a. att Socialstyrelsen skulle få erbjuda allmänheten direktåtkomst till ett begränsat antal uppgifter i registret genom t.ex. internetpublicering. Utredningen föreslog även direktåtkomst för vårdgivare, för Apotekens Service AB och för Transportstyrelsen.

I remissvaren framkom att det kan finnas fler aktörer med behov av direktåtkomst. Socialstyrelsen föreslog i sitt remissvar att myndigheten skulle ges möjlighet att medge direktåtkomst till andra myndigheter som har behov av uppgifter i sin verksamhet och vars

syfte med användningen av uppgifterna överensstämmer med registrets ändamål enligt HOSP-förordningen.

Några av utredningens förslag ledde till ändringar i HOSP-förordningen, vilket bl.a. innebar att Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Transportstyrelsen samt offentliga vårdgivare medgavs direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret.

Fler aktörer kan behöva direktåtkomst till registret

IVO, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare får ha direktåtkomst till uppgifterna i registret, enligt HOSP-förordningen. Övriga aktörer som vill få ut uppgifter ur registret måste kontakta Socialstyrelsen med begäran om att få uppgifterna utlämnade.

Socialstyrelsen svarar varje år på ca 100 000 e-postförfrågningar om uppgifter ur registret. Därutöver får myndigheten årligen ca 750 större beställningar av utdrag ur registret och ca 8 000 telefonsamtal med förfrågningar. I myndighetens årsrapport för 2019 skriver Socialstyrelsen att antalet förfrågningar om uppgifter i registret har ökat de senaste åren, vilket bl.a. beror på att bemanningsföretag gör fler periodiska kontroller än tidigare och att fler förfrågningar görs av enskilda. Dessutom tillkom hälso- och sjukvårdskuratorer i registret den 1 juli 2019 i och med att legitimation för yrkestiteln infördes.

Enligt årsrapporten har Socialstyrelsen som mål att svara inom 72 timmar vid förfrågningar och beställningar ur registret. Under 2019 varierade dock svarstiden mellan 5 och 20 arbetsdagar. Socialstyrelsens kostnad för att besvara frågor samt förvalta och utveckla HOSP-registret uppgick 2019 till 8,3 miljoner kronor, vilket var en ökning jämfört med 2018 (7,1 miljoner kronor) och 2017 (5,7 miljoner kronor).

Flera aktörer har gjort hemställningar om HOSP-registret

Regeringen har mottagit flera hemställningar om förändringar i HOSP-förordningen och de flesta gäller möjlighet till direktåtkomst för fler aktörer.

Försäkringskassan föreslår i sin hemställan från den 19 november 2019 att myndigheten medges direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret. Syftet skulle vara att få till stånd en mer rättssäker

och effektiv handläggning av ärenden där vårdgivare ska anslutas till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd. I dag kontrollerar myndigheten endast vissa uppgifter i sådana ärenden på grund av den manuella hantering som krävs vid förfrågan om uppgifter från HOSP-registret (S2019/04921).

Läkemedelsverket framför i sin hemställan från den 12 maj 2017 att direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret är nödvändigt för myndighetens arbete med att automatisera och digitalisera uppgifter om dispenser att förskriva vissa läkemedel samt för en säkrare och bättre dispenshantering i allmänhet (S2017/02938).

Sveriges universitets- och högskoleförbund föreslår i sin hemställan från den 24 oktober 2019 att direktåtkomst till HOSP-registret medges de universitet och högskolor som behöver uppgifter om yrkeslegitimation för att utfärda en viss examen eller bedöma behörighet för antagning till utbildning (S2019/04419).

Universitets- och högskolerådet biträder Sveriges lärosäten vid antagningar till vissa utbildningar där legitimation är ett behörighetskrav och begär i sin hemställan från den 24 oktober 2019 direktåtkomst till HOSP-registret för att underlätta övergången till en teknisk hantering av dessa arbetsuppgifter (S2019/04420).

Socialstyrelsen begär i sin hemställan från den 21 december 2015 att privata vårdgivare medges direktåtkomst till HOSP-registret då vårdgivare utgör en av de största beställargrupperna av uppgifter ur registret (S2015/08346). I skrivelsen upprepar Socialstyrelsen även sin tidigare begäran från 2010 om att kunna tillhandahålla vissa uppgifter i HOSP-registret på internet för att underlätta informationsutbytet mellan de nordiska länderna och övriga EES-länder.

Behov av ändringar av registrets ändamål

Socialstyrelsen är enligt lagen (2001:99) om den officiella statistiken och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken ansvarig för den officiella statistiken inom hälso- och sjukvård, vilket innefattar relevant statistik om hälso- och sjukvårdspersonal. För att säkerställa att myndigheten kan framställa statistik som kan ligga till grund för analyser, uppföljningar, forskning m.m. begär Socialstyrelsen i sin hemställan från den 26 november 2019 att ändamåls-

regleringen i HOSP-förordningen utökas så att uppgifterna i registret får behandlas för att framställa statistik (S2019/05057).

E-hälsomyndigheten (EHM) har ett legitimationsregister som innehåller vissa uppgifter om svensk hälso- och sjukvårdspersonal och som hämtas främst från HOSP-registret på Socialstyrelsen. Socialstyrelsen får enligt 5 § HOSP-förordningen lämna ut uppgifter till EHM för vissa särskilt uppräknade ändamål, men i takt med att EHM har fått nya uppdrag har behoven förändrats. EHM föreslår därför i sin hemställan från den 9 december 2019 att ändamålsbeskrivningen i HOSP-förordningen ändras, så att Socialstyrelsen får lämna uppgifter till EHM för kvalitetssäkring, behörighets- och åtkomstkontroller, komplettering av uppgifter och statistikändamål (S2019/05158).

Den 26 juni 2020 lämnade Försäkringskassan in en komplettering till sin tidigare hemställan. Myndigheten skriver att om myndigheten får direktåtkomst skulle det kunna vara lämpligt att införa ett nytt ändamål i HOSP-förordningens 5 § relaterat till utlämnandet av uppgifter till Försäkringskassan via direktåtkomst.

Den pågående utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) gör i sitt delbetänkande (SOU 2020:23) bedömningen att det bör övervägas om det finns behov av att återuppta arbetet med ett centralt register över hälso- och sjukvårdspersonal för personalförsörjning i krig. Ett sådant register skulle enligt utredningen syfta till att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att få tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal som inte är anställda i kommunen eller regionen.

Uppdraget att se över HOSP-registret

Analysera förutsättningar för ändringar av HOSP-förordningens bestämmelser om direktåtkomst och ändamål

Av de hemställningar som har lämnats till regeringen framgår att fler aktörer anser sig behöva få direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret. Utöver de skrivelser som skickats in kan det finnas ytterligare aktörer med behov av direktåtkomst. Det har även framkommit att det under de senaste åren skett en ökning av förfrågningarna om uppgifter ur registret samt att Socialstyrelsens kostnader för att besvara frågor och förvalta registret ökat. Det finns således

också behov av att se över regleringen av direktåtkomst till uppgifter i registret för att effektivisera och minska Socialstyrelsens administration av och kostnader för hanteringen av förfrågningar. Det finns även behov av att se över om tillgång till uppgifterna kan hanteras genom andra, mindre integritetskänsliga former för elektroniskt utlämnande. Därutöver behöver ändamålen för HOSP-registret utvidgas för att underlätta för olika aktörer att fullfölja sina uppdrag.

Det finns ett intresse relaterat till bl.a. tillsyn och patientsäkerhet, att låta uppgifter i HOSP-registret vara tillgängliga för allmänheten och vissa myndigheter och andra aktörer. Samtidigt måste det säkerställas att skyddet av den personliga integriteten upprätthålls. Vidare behöver tillämpliga regleringar beaktas, såsom OSL och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

Utredaren ska därför

- analysera de rättsliga förutsättningarna för att tillgängliggöra vissa personuppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst för Försäkringskassan, Läkemedelsverket, Universitets- och högskolerådet, privata vårdgivare och relevanta universitet och högskolor,
- bedöma och föreslå vilka ytterligare statliga myndigheter och andra verksamheter som har behov av och bör ges sådan direktåtkomst,
- bedöma om det bör ställas några särskilda krav för direktåtkomst för eventuella ytterligare aktörer och om det kräver ändringar i ändamålsbestämmelserna,
- analysera de rättsliga förutsättningarna för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att få direktåtkomst till vissa uppgifter i registret i syfte att skapa förutsättningar för att bemanna kommunernas och regionernas krigsorganisationer,
- efter en avvägning mellan behov och integritetsskydd föreslå vilka personuppgifter som ska få behandlas av de aktörer som har föreslagits,

– analysera och bedöma om Socialstyrelsen kan ges möjlighet att medge direktåtkomst till andra myndigheter som har behov av uppgifter för ändamål i enlighet med HOSP-förordningen,
– i frågor som rör direktåtkomst bedöma om det finns andra alternativ till automatiserat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst och i så fall även bedöma för- och nackdelar med sådant alternativ,
– analysera behovet av att ändra i tillämpliga bestämmelser om sekretess och sekretessgenombrott utifrån utredningsfrågorna om direktåtkomst,
– bedöma de rättsliga förutsättningarna för att ge Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten möjlighet att behandla uppgifter i HOSP-registret för statistikändamål,
– bedöma de rättsliga förutsättningarna för att ändra HOSP-registrets ändamål när det gäller att lämna uppgifter ur registret till E-hälsomyndigheten för kvalitetssäkring, behörighets- och åtkomstkontroll samt komplettering av uppgifter, – i övrigt föreslå ändringar som utredaren anser ha direkt beröring med uppdraget, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Analysera förutsättningar för att ge allmänheten tillgång till vissa uppgifter ur registret

Socialstyrelsen har i sina hemställningar framfört önskemål om att göra vissa uppgifter i HOSP-registret tillgängliga för allmänheten. Enligt Socialstyrelsens hemställan från 2015 var de största beställargrupperna vårdgivare, rekryteringsföretag, apotek, patienter och journalister. Dessutom har införandet av dataskyddsförordningen inneburit fler förfrågningar från enskilda under de senaste åren.

Utredaren ska därför

– analysera de rättsliga förutsättningarna för att tillgängliggöra vissa uppgifter ur HOSP-registret för allmänheten, t.ex. via internet,
– bedöma vilka uppgifter som är relevanta att tillgängliggöra för allmänheten, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09).

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska alltså redovisas senast den 31 maj 2021.

(Socialdepartementet)

Förordning (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal

t.o.m. SFS 2021:69 SFS nr: 2006:196

Inledning

1 § För de ändamål som anges i 4 och 5 §§ skall Socialstyrelsen med hjälp av automatiserad behandling föra ett register över hälso- och sjukvårdspersonal.

2 § Denna förordning innehåller bestämmelser som kompletterar Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning.

Vid behandling av personuppgifter enligt denna förordning gäller lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna förordning. Förordning (2018:464).

3 § En registrerad har inte rätt att motsätta sig sådan behandling av personuppgifter som är tillåten enligt denna förordning.

Personuppgiftsansvarig

3 a § Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för registret. Förordning (2013:639).

Registrets ändamål

4 § Personuppgifterna i registret får behandlas för att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

5 § Personuppgifterna i registret får, utöver det som anges i 4 §, behandlas endast för att

1. utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal,
2. lämna uppgifter till den nationella läkemedelslistan enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista,
3. lämna uppgifter till myndigheter och enskilda i enlighet med det som föreskrivs i annan författning eller avtal,
4. i samband med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista lämna uppgifter till den myndigheten för kontroll av identitet och behörighet i fråga om förskrivare, legitimerade sjuksköterskor utan behörighet att förskriva läkemedel, apotekare, receptarier och dietister.
5. lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kontroll av förskrivares identitet och behörighet vid expediering på öppenvårdsapotek av läkemedel och andra varor som förskrivits,
6. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag, och
7. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet att utfärda intyg. Förordning (2021:69).

Registrets innehåll

6 § Registret får innehålla endast följande uppgifter:

1. namn, personnummer, samordningsnummer eller andra liknande identitetsbeteckningar och kön,
2. folkbokföringsort,
3. yrke,
4. grundyrke, läroanstalt, utbildningsland och datum för utfärdande av examen,
5. specialitet,
6. datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens,
7. datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis enligt 6 upphör att gälla,
8. beslut om partiellt tillträde,
9. beslut om prövotid och återkallelse av legitimation,
10. förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt, och
11. sådana tekniska och administrativa uppgifter som är nödvändiga för att registerändamålen ska kunna tillgodoses. Förordning (2016:163).

Utlämnande

7 § Personuppgifterna i registret får lämnas ut på medium för automatiserad behandling om uppgifterna skall behandlas för de ändamål som anges i 4 och 5 §§.

Direktåtkomst

7 a § Inspektionen för vård och omsorg får ha direktåtkomst till uppgifterna i registret.

En offentlig vårdgivare får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3 och 5-10.

Transportstyrelsen får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3, 5 och 7-9. Förordning (2016:163).

7 b § En myndighet som har medgetts direktåtkomst ansvarar för att tillgången till personuppgifter begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.

Direktåtkomst får inte medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att behörighets- och säkerhetsfrågorna är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt. Förordning (2013:639).

Utlämnande av uppgifter till myndigheter

7 c § Socialstyrelsen ska på begäran av Inspektionen för vård och omsorg lämna ut uppgifter för det ändamål som anges i 5 § 1.

Inspektionen för vård och omsorg har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § första stycket. Förordning (2013:639).

7 d § En offentlig vårdgivare har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § andra stycket. Förordning (2013:639).

7 e § Transportstyrelsen har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § tredje stycket.
Förordning (2013:639).

Information

8 § Utöver vad som framgår av artiklarna 13 och 14 i EU:s dataskyddsförordning ska den som är personuppgiftsansvarig enligt denna förordning lämna information till den registrerade om

1. de sekretess- och säkerhetsbestämmelser som gäller för registret,
2. rätten enligt artikel 82 i EU:s dataskyddsförordning och 7 kap. 1 § lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning till skadestånd vid behandling av personuppgifter i strid med denna förordning,
3. vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling, och
4. huruvida registreringen är frivillig eller inte. Förordning (2018:464).

9 § Har upphävts genom förordning (2018:464).

Frågeställningar för fortsatt utredning ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv

Inledning

Utredningen har i uppdrag att utreda ett antal avgränsade frågor som rör personuppgiftshanteringen inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Samtidigt, uttalade regeringen i direktiven, pågår en växelverkan mellan den tekniska utvecklingen och rättstillämpningen. Den digitala utvecklingen går snabbt och nya lösningar från andra sektorer kan införas för att leverera och effektivisera tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Framsteg görs även inom hälso- och sjukvården, bl.a. den s.k. life science-sektorn. Utvecklingen inom life science bygger till stor del på tillgång till uppgifter som, rätt använda och med respekt för den personliga integriteten, bidrar till framtidens vård och omsorg. Parallellt pågår en utveckling inom det rättsliga området. Domstolsbeslut på EU-nivå eller inom Sverige, tillsynsinsatser m.m. påverkar rättstillämpningen och ramarna för hur personuppgifter får hanteras.

Mot denna bakgrund anges i direktiven att det är önskvärt att utredningen uppmärksammar regeringen på eventuella andra frågeställningar som har uppkommit under utredningens genomförande och som kan behöva utredas vidare. Det gäller även, när så är lämpligt, frågeställningar om användning av patientdata inom life science-området. Utredningen ska därför sammanställa och översiktligt beskriva ytterligare frågeställningar som utredningen har uppmärksammat under sitt arbete och som utredningen bedömer kräver vidare analys ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv.

Utredningen har identifierat och valt att föra upp följande frågeställningar:

A. Tillgång till information vid verksamhetsövergångar och andra strukturförändringar

B. Låt sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation omfatta ytterligare grupper inom socialtjänsten

C. Tillåt att uppgiftssamlingar för kvalitetsuppföljning även får användas för forskning och inför en sekretessbrytande bestämmelse för forskningsändamål

D. En översyn av lagen och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

E. Gör det lättare att lämna ut barns uppgifter till vårdnadshavare

F. En legitimationskod för den som är legitimerad

G. Ta bort direktåtkomst i patientdatalagen och inom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

H. Juridiska frågor som uppstår i samband med nya tekniska lösningar inom hälso- och sjukvården

A) Tillgång till information vid verksamhetsövergångar och andra strukturförändringar

Utredningsuppslag: Låt en kopia av dokumentation av individuell hälso- och sjukvård och socialtjänstens personakter följa med verksamheten vid verksamhetsövergångar.

Ge Inspektionen för vård och omsorg möjlighet att besluta att patientjournaler respektive socialtjänstens personakter som omhändertas ska förvaras hos en hälso- och sjukvårdsmyndighet respektive en kommunal myndighet som utför socialtjänst. Ge samtidigt Inspektionen för vård och omsorg möjlighet att besluta att en hälso- och sjukvårdsmyndighet respektive en kommunal myndighet som utför socialtjänst ska fortsätta att tillgängliggöra dokumentation som en nedlagd enhet tillgängliggjort i ett system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Som utredningen konstaterar i kapitel 11 i delbetänkandet har det skett stora strukturförändringar inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården under de senaste årtiondena vilket på olika sätt påverkar förutsättningarna att bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst. Bland annat finns det i dag fler utförare som är verksamma inom dessa områden än tidigare och framför allt finns det fler privata utförare. Med ett ökat antal privata utförare ökar också antalet verksamhetsövergångar som exempelvis att en utförare ersätts av en annan utförare efter upphandling och övertar en verksamhet, t.ex. en vårdcentral. En annan form av verksamhetsövergång är att ett förvärv sker av en verksamhet som innebär att ett nytt företag övertar verksamheten, en s.k. inkråmsöverlåtelse. Även situationen att en patient eller omsorgsmottagare som har fått vård respektive insatser från socialtjänsten hos en offentlig vårdgivare eller en socialtjänstmyndighet i stället ska få denna vård eller insats av en privat vårdgivare eller ett privat omsorgsföretag som myndigheten har anlitat, innebär en verksamhetsövergång i den mening som avses här. En annan form av strukturförändring är när en verksamhet läggs ned. Verksamhetsövergångar kan motiveras såväl av kostnads- och effektivitetsskäl som av politiska önskemål. De överväganden som ligger bakom en regions eller kommuns val av organisationsform har dock inte något med sekretessfrågan att göra utan beror på andra orsaker.

Utredningen föreslår i avsnitt 20.3 i delbetänkandet en sekretessbrytande bestämmelse som innebär att hälso- och sjukvårdssekretessen inte hindrar att uppgifter lämnas från en hälso- och sjukvårdsmyndighet till ett privat hälso- och sjukvårdsföretag (”enskild” i lagtexten). Utredningen gjorde härvid bedömningen att detta även skulle möjliggöra utlämnande av uppgifter från ett privat hälso- och sjukvårdsföretag till ett annat eller till hälso- och sjukvårdsmyndigheter, eftersom den sekretessbrytande bestämmelsen bör innebära att det inte är ett obehörigt röjande att göra ett sådant utlämnande, se avsnitt 20.3.7 i delbetänkandet. I delbetänkandet, avsnitt 20.3.4, beskrivs utförligt vilket behov det finns av att lämna uppgifter från en hälso- och sjukvårdsmyndighet till privata hälso- och sjukvårdsföretag. Även inom socialtjänsten ökar privatiseringen och därmed antalet utförare som utför omsorg. Det finns enligt utredningens mening ett motsvarande behov av uppgiftslämnande från en socialtjänstmyndighet till ett privat omsorgsföretag inom socialtjänstens verksamhet. När utredningens förslag genomförs kommer regleringen

för hälso- och sjukvård och socialtjänst att se olika ut. Det kan ifrågasättas om detta är en befogad skillnad med tanke på att det finns stora likheter mellan den verksamhet som bedrivs av hälso- och sjukvård och socialtjänst, åtminstone såvitt avser insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar. Det finns därför enligt utredningens mening anledning att utreda om det är möjligt och lämpligt att, med bibehållen integritet och säkerhet, tillåta uppgiftslämnande på motsvarande sätt, exempelvis vid verksamhetsövergångar. Utredningen gjorde i samband med förslaget om den sekretessbrytande bestämmelsen för hälso- och sjukvården bedömningen att det inte ingick i utredningens uppdrag att överväga bestämmelser som tillåter ytterligare uppgiftslämnande från privata hälso- och sjukvårdsföretag till hälso- och sjukvårdsmyndigheter eller mellan privata hälso- och sjukvårdsföretag, se avsnitt 20.3.1. Samtidigt angavs att utredningen skulle kunna återkomma till sådana frågeställningar vid redovisningen i slutbetänkandet av uppdraget att lyfta fram uppkomna frågeställningar för fortsatt utredning.

Dagens lagstiftning är inte anpassad till den rådande situationen med allt fler verksamma aktörer och ständigt pågående strukturförändringar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessutom har teknisk utveckling och ekonomiska skäl lett till en allt högre grad av digitalisering av dokumentationen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. I princip all dokumentation inom dessa områden kommer inom kort att ske digitalt och inte i pappersform. Eftersom elektronisk dokumentation enkelt kan delas på ett helt annat sätt än fysisk dokumentation, bör det enligt utredningens mening utredas om de fördelar som digitaliseringen ger kan utnyttjas i än högre grad för en mer kostnadseffektiv och säker vård och omsorg. Den sekretessbestämmelse som utredningen föreslår i avsnitt 20.3 i delbetänkandet och den motsvarande reglering för socialtjänsten som ovan förordas är ett steg på vägen mot detta. Ett sätt som skulle verka ännu mer för att minska onödig administration och spara kostnader, vore dock att överväga en reglering i offentlighets- och sekretesslagstiftningen respektive i patientdatalagen, patientsäkerhetslagen och SoLPUL som innebär att en (elektronisk) kopia av dokumentationen ska följa med den *verksamhet* där den upprättats. Detta skulle enligt utredningens bedömning även gynna patientsäkerheten och öka möjligheten att arbeta individbaserat över organisationsgränser. Det skulle kunna ske genom att föreskriva att den som

bedrivit en viss verksamhet får en uppgiftsskyldighet gentemot den som tar över verksamheten. En sådan uppgiftsskyldighet bör gälla oavsett om verksamheten som tas över bedrivs i privat eller offentlig regi och oavsett om den som tar över är ett företag eller en myndighet. Myndigheters skyldighet att arkivera allmänna handlingar bör dock inte förändras, dvs. den s.k. proveniensprincipen (att en organisations mottagna och upprättade handlingar bildar arkiv hos den organisationen) som tillämpas bör lämnas kvar oförändrad.

En annan tanke, som på intet sätt är ny, är förstås att föra en enda elektronisk journal för varje individ som olika vård- och omsorgsgivare ska anteckna i. En utredning av en sådan idé är emellertid en omfattande arbetsuppgift som förmodligen skulle ta ganska lång tid. Utredningen väljer därför att i första hand förorda en mer begränsad utredning av tanken om att dokumentationen följer verksamheten.

En särskild frågeställning som uppstår i samband med strukturförändringar inom hälso- och sjukvård är hur den fortsatta tillgången till uppgifterna i patientjournalerna ska säkerställas. Detta gäller särskilt när privata verksamheter läggs ner och när en ny privat aktör upphandlas. Det handlar om vem som ska förvara patientjournalerna, vem som ska vara personuppgiftsansvarig och hur behovet av smidig tillgång till patientuppgifterna ska kunna tillgodoses.

Inom hälso- och sjukvården ansvarar hälso- och sjukvårdsmyndigheter och privata vårdgivare för all behandling av personuppgifter. En journalhandling ska bevaras i minst tio år efter den sista uppgiften fördes in. Vårdgivaren ska säkerställa att uppgifter i patientjournalen förvaras så att de är läsbara tills de gallras. Detta gäller för både offentliga och privata vårdgivare. Om en privat vårdgivares uppdrag upphör, ska den privata vårdgivaren som utgångspunkt fortsatt förvara patientjournalerna, och hantera frågor om utlämnande av patientuppgifter, under minst tio år. Det säger sig självt att detta kan bli bekymmersamt när det handlar om en vårdgivare vars verksamhet upphört. Det kan t.ex. röra sig om att verksamheten har lagts ned eller gått i konkurs.

I 9 kap. patientdatalagen finns bestämmelser om omhändertagande av patientjournaler när enskild verksamhet har upphört. Om det på sannolika skäl kan antas att patientjournaler inom enskild (privat) hälso- och sjukvård inte kommer att handhas enligt patientdatalagen eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, får Inspektionen för vård och omsorg (IVO) besluta att

patientjournalerna ska tas om hand. IVO får också besluta om omhändertagande av patientjournaler inom enskild (privat) hälso- och sjukvård, om den som ansvarar för hanteringen av journalerna ansöker om det, och det finns ett påtagligt behov av att journalerna tas om hand. Patientjournaler som omhändertas enligt beslut av IVO ska förvaras avskilda hos arkivmyndigheten.[1] IVO ska ange hos vilken arkivmyndighet journalerna ska förvaras.

Ett problem med att patientjournaler förvaras i ett region- eller kommunarkiv är att patientjournalerna inte finns tillgängliga för hälso- och sjukvården på ett smidigt sätt. Arkivmyndigheten är en egen myndighet i sekretessrättslig mening. Sekretessgränser råder mellan arkivmyndigheten och hälso- och sjukvårdsmyndigheterna i en region eller kommun. Hälso- och sjukvårdsverksamhet som behöver få del av gamla journaluppgifter, exempelvis för att de övertagit en patient som tidigare gått hos en privat verksamhet som upphört, får då höra av sig till arkivet med en begäran om att få ut patientjournalerna. Arkivmyndigheten har att hantera hälso- och sjukvårdens begäran om att ta del av patientuppgifter som en begäran om att få ut allmänna handlingar. Detta är inte särskilt smidigt och kan leda till oönskade fördröjningar med att få tillgång till viktiga uppgifter ur patientjournalen som behövs för att ge patienten hälso- och sjukvård. För patienter som tidigare fått vård hos en privat vårdgivare men där patientjournalen nu förvaras hos arkivmyndigheten kan det finnas nackdelar och, i värsta fall, patientsäkerhetsrisker med att patientjournalerna inte finns direkt tillgängliga för hälso- och sjukvårdsmyndigheter. Detta kan t.ex. gälla patienter med kroniska eller sällsynta sjukdomar. Patientuppgifterna skulle förmodligen kunna göra större nytta i den operativa hälso- och sjukvården. Även det förslag som utredningen lämnat om kvalitetsuppföljning förutsätter att relevant information som finns kring ett visst vårdförlopp eller en sjukdom finns enkelt tillgänglig och förvarad hos hälso- och sjukvårdsmyndigheter och privata vårdgivare. Det kan bli bekymmer om delar av informationen förvaras hos ett region- eller kommunarkiv.

Arkivens verksamhet är vidare inte anpassad för den typ av journalhantering som är huvudregel i dag, när sjukvården snabbt behöver få

[1] Av arkivlagen (1990:782) följer att det i varje kommun och region ska finnas en särskild arkivmyndighet. Kommunstyrelsen är arkivmyndighet i kommunen och regionstyrelsen i regionen, om inte kommunfullmäktige eller regionfullmäktige har utsett någon annan nämnd eller styrelse till arkivmyndighet (7 och 8 §§ arkivlagen).

elektronisk tillgång till en patientjournal i vården av en patient. Den mesta dokumentationen inom hälso- och sjukvården är redan i dag digital och finns tillgänglig via upphandlade journalsystem, ofta även enligt sammanhållen journalföring. Det är inte givet att arkivmyndigheten har tillgång till samma it-infrastruktur som vårdgivaren använt sig av. Eftersom arkivmyndigheten normalt inte är en hälso- och sjukvårdsmyndighet, kan den information som förvaras där inte heller ingå i sammanhållen journalföring (eller sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation).

I tider av digitalisering, effektivisering, artificiell intelligens (AI) och digitala beslutsstöd framstår det som mindre lämpligt att region- och kommunarkiv ansvarar för omhändertagna patientjournaler. Att patientuppgifterna inte finns tillgängliga på ett smidigt sätt för hälso- och sjukvården kan innebära risker ur patientsäkerhetsperspektiv och ur dataskyddsperspektiv (jfr de risker vid verksamhetsövergångar som utredningen beskrivit i delbetänkandet, avsnitt 20.3). Det framstår som mer ändamålsenligt att ett beslut om omhändertagande av patientjournaler i stället medför att en hälso- och sjukvårdsmyndighet inom regionen eller kommunen tar hand om journalerna. Det hänger också bättre samman med utredningsuppslaget ovan, om att patientjournalen ska följa verksamheten vid organisationsförändringar. Patientuppgifterna skulle förmodligen kunna göra bättre nytta om de finns enklare tillgängliga för hälso- och sjukvården.

Utredningen anser således att det finns skäl att se över ordningen med att omhändertagna patientjournaler förvaras i region- eller kommunarkiv. Det bör övervägas om IVO i samband med beslut om omhändertagande av patientjournal i stället ska utse en hälso- och sjukvårdsmyndighet som ansvarig för att förvara handlingen. Därtill kan det finnas skäl att låta IVO besluta att en hälso- och sjukvårdsmyndighet ska (fortsätta att) göra patientuppgifterna tillgängliga i ett system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, om uppgifterna redan finns i systemet. Då finns det bättre förutsättningar för att säkerställa patientsäkerheten och kontinuiteten i vårdens övergångar.

När det gäller omsorgsdokumentation inom privat socialtjänst finns en motsvarighet till omhändertagande av patientjournaler i socialtjänstlagen som anger att IVO ska besluta att en personakt i enskild verksamhet under vissa förutsättningar ska tas om hand om verksamheten upphör. Det gäller om det på sannolika skäl kan antas

att personakten inte kommer att handhas enligt föreskrifterna i socialtjänstlagen eller enligt föreskrifter som meddelats med stöd av socialtjänstlagen, eller om den som ansvarar för personakten ansöker om det och det finns ett påtagligt behov av att akten tas om hand. Personakter som har tagits om hand ska förvaras avskilda hos arkivmyndigheten i den kommun där akterna omhändertagits (7 kap. 5 § SoL och 23 f § LSS). Utredningen anser att det, av motsvarande skäl som när det gäller patientjournaler, finns anledning att överväga att omsorgsdokumentation i socialtjänstens personakter som tas om hand efter beslut av IVO i stället ska förvaras hos en kommunal myndighet som utför socialtjänst. Utredningen har i delbetänkandet lämnat förslag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, vilka innebär att delar av socialtjänstens dokumentation får göras elektroniskt tillgänglig i ett system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det bör också övervägas om IVO ska kunna besluta att en kommunal myndighet som utför socialtjänst ska (fortsätta att) göra omsorgsdokumentationen tillgänglig i ett system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som redan finns i systemet.

B) Låt sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation omfatta insatser för ytterligare grupper inom socialtjänsten

Utredningsuppslag: Utred om det är möjligt och lämpligt att låta sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation omfatta även insatser för andra grupper av betydande storlek inom socialtjänsten som tydligt kan definieras.

Utredningens uppdrag har varit att se över möjligheterna att införa direktåtkomst, i likhet med den möjlighet som i dag ges genom sammanhållen journalföring, genom en s.k. sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation mellan å ena sidan verksamheter som avser äldre personer, t.ex. hemtjänst, och personer med funktionsnedsättningar som har insatser enligt socialtjänstlagen t.ex. boendestöd och insatser enligt LSS. Utredningen kom i delbetänkandet fram till att det finns ett stort behov av att genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation enkelt och säkert kunna utbyta information om insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar

mellan dessa verksamheter. Efter en avvägning mellan behov och integritetsrisker bedömde utredningen att det fanns skäl att införa en sådan möjlighet. I utredningens kontakter med företrädare för hälso- och sjukvård och socialtjänst har det påtalats att det finns ett stort behov av sådant informationsutbyte även för andra grupper som får individinriktade insatser från socialtjänsten.

Som utredningen beskrivet i avsnitt 8.7 i delbetänkandet finns det regelverk som innebär krav på samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst dels på allmän samverkan, dels på mer specifikt reglerad samverkan i form av samordnade individuella vårdplaner (SIP) och samordnad vårdplan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Bestämmelserna om SIP omfattar alla personer som behöver en individuell plan för att få sina behov tillgodosedda och missbruksvård och äldreomsorg är exempel på verksamheter inom socialtjänsten där bestämmelserna om SIP ofta får betydelse. Skyldigheten att upprätta en individuell plan är inte avgränsad till vissa åldersgrupper utan gäller insatser till både vuxna och barn.

Så som tillämpningsområdet för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är avgränsat omfattar det dokumentation av insatser för barn och ungdomar med funktionsnedsättningar. Det har dock påtalats för utredningen att det även finns ett stort behov av motsvarande informationsutbyte om insatser för andra barn och ungdomar. Som exempel har getts att barn och ungdomar kan ha behov av råd och stöd från socialtjänst och samtalsbehandling från barn- och ungdomspsykiatrin samtidigt. Även när det gäller grupperna personer med missbruksproblematik och psykisk sjukdom har motsvarande behov påtalats. Dessa grupper får ofta insatser i form av hjälp och stöd av sammanhållna team bestående av personal från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Utredningen delar den uppfattning som framförts att det finns ett behov av att utbyta information även avseende insatser för andra grupper inom socialtjänstens verksamhet. Bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation har lagtekniskt utformats på ett sådant sätt att det ska vara relativt enkelt att, efter en avvägning mellan behov och integritetsrisker, kunna låta dokumentation avseende insatser för andra grupper som tydligt kan definieras ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Inom vissa socialtjänstområden finns det dock lagstiftning om tvång, t.ex. om vård till vuxna personer med missbruksproblem eller inom verksam-

heter riktade till barn och unga. Dokumentation om insatser som ges med tvång är olämpliga att hantera i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, eftersom det systemet, liksom de insatser som dokumenteras i det, bygger på frivillighet. Dokumentation av insatser som ges med tvång bör dock med utredningens förslagna reglering kunna uteslutas från sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Utredningen anser därför att det bör utredas om det är möjligt och lämpligt att låta sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation omfatta även insatser för andra grupper inom socialtjänsten som är av betydande storlek och som tydligt kan definieras.

C) Tillåt att uppgiftssamlingar för kvalitetsuppföljning även får användas för forskning och inför en sekretessbrytande bestämmelse för forskningsändamål

Utredningsuppslag: Inför forskning som ett tillåtet sekundärt ändamål för uppgifter som samlats in för kvalitetsuppföljning enligt lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

Inför en generell sekretessbrytande bestämmelse som gäller utlämnande till annan myndighet för sådan forskning som har godkänts enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (etikprövningslagen).

Överväg att förena bestämmelsen med integritetsstärkande åtgärder, exempelvis en rätt för den enskilde att motsätta sig att hans eller hennes personuppgifter lämnas ut för forskningsändamål.

I delbetänkandet lämnar utredningen förslag till bestämmelser som gör det möjlighet för regioner och kommuner att behandla personuppgifter för kvalitetsuppföljning (se kapitel 17 i delbetänkandet). Personuppgifter som behandlas för kvalitetsuppföljning föreslogs även få behandlas för den ansvariga regionens eller kommunens framställning av statistik och för att fullgöra vissa uppgiftsskyldigheter. Däremot får, enligt förslaget, personuppgifter som behandlas för kvalitetsuppföljning inte behandlas för några andra ändamål än

de som anges i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

Utredningen övervägde att, i likhet med vad som gäller för kvalitetsregister, införa forskning som ett sekundärt ändamål. Mot bakgrund av skrivningar i utredningsdirektiven bedömde utredningen dock att utlämnande av personuppgifter för forskningsändamål inte bör tillåtas.[2] Utredningen har dock fått synpunkter från olika håll om att det vore önskvärt att även tillåta forskning som ett sekundärt ändamål när det gäller uppgifter som samlats in för kvalitetsuppföljning. De uppgiftssamlingar bestående av hälsodata respektive socialtjänstdata som kommer att samlas in för kvalitetsuppföljning kommer sannolikt att i flera fall vara intresse för forskare. Förutom universitet och högskolor bedrivs forskning inom hälso- och sjukvård av regionerna själva. Kommunerna ska enligt förslag av *Utredningen om framtidens socialtjänst* bedriva en mer kunskaps- och evidensbaserad verksamhet.[3] Sannolikt kommer också åtminstone större kommuner att vilja bedriva forskning med de uppgifter som samlats in för kvalitetsuppföljning enligt den föreslagna lagen. Utredningen anser att det kan finnas skäl att utreda om sådana uppgifter som samlats in för kvalitetsuppföljning även ska få behandlas för forskningsändamål. Behovet av och vinsterna med att införa forskning som ett tillåtet ändamål bör vägas mot de integritetsrisker det innebär att uppgifterna får en vidare spridning. Det bör övervägas om den enskilde bör ha rätt att särskilt motsätta sig behandling för forskningsändamål.

Utredningen har även uppmärksammat att det inte finns någon generell sekretessbrytande bestämmelse som medför att uppgifter får lämnas ut för att behandlas för forskningsändamål. Uppgifter får lämnas ut från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet inom en kommun eller en region till annan sådan myndighet för forskning, om det inte kan antas att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men om uppgiften röjs (25 kap. 11 § 5 OSL). När sekretesskyddade uppgifter lämnas från en myndighet till en annan för forskningsändamål överförs sekretessen till den mottagande myndigheten (11 kap. 3 § OSL). En sekretessprövning måste dock göras i varje enskilt fall, eftersom det inte innebär att sekretessen helt bryts. När det gäller utlämnande av

[2] Se *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4) s. 541.
[3] SOU 2020:47 s. 49 f.

uppgifter från hälso- och sjukvården till forskning, som inte är knuten till en hälso- och sjukvårdsmyndighet, finns ingen särskild sekretessbrytande bestämmelse. Här får en sekretessprövning göras, typiskt sett utifrån 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen enligt vilken presumtionen är att sekretess gäller. Det krävs då att det står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men, för att de ska kunna lämnas ut.

För socialtjänstens del finns ingen motsvarande sekretessbrytande bestämmelse för utlämnande till andra socialtjänstmyndigheter. Dock finns en bestämmelse i socialtjänstlagen som medför en uppgiftsskyldighet för socialnämnden att på begäran lämna ut personuppgifter till statliga myndigheter, när detta begärs för forskningsändamål och det kan ske utan risk för att den enskilde eller någon närstående lider men (12 kap. 6 § SoL).

Personuppgifter om patienter är i princip alltid känsliga personuppgifter i dataskyddsförordningens mening. Även uppgifter om omsorgsmottagare kan i många fall vara känsliga personuppgifter. Etikprövningslagen är tillämplig på forskning som innefattar behandling av känsliga personuppgifter. Ett beslut om ett s.k. etikgodkännande är en förutsättning för att sådan forskningen ska få genomföras och att behandling av personuppgifter ska få ske (6 § etikprövningslagen). Forskning får godkännas bara om de risker som den kan medföra för forskningspersoners hälsa, säkerhet och personliga integritet uppvägs av dess vetenskapliga värde. Forskning får inte godkännas, om det förväntade resultatet kan uppnås på ett annat sätt som innebär mindre risker för forskningspersoners hälsa, säkerhet och personliga integritet (9 och 10 §§ etikprövningslagen). Att forskaren har ett etikgodkännande, innebär dock inte att det finns stöd för att bryta den sekretess som i regel råder för uppgifterna hos en myndighet som forskaren vänder sig till. En sekretessprövning måste alltid göras i det enskilda fallet av om uppgifterna kan lämnas ut till forskaren. Ibland kan ett sådant utlämnande förenas med ett sekretessförbehåll. Sekretessprövning och utformande av eventuella förbehåll kan dock innebära en hel del administration och svåra bedömningar. Det kan noteras att dataskyddsförordningen särskilt hänvisar till att EU enligt artikel 179.1 i EUF-fördraget har som mål att åstadkomma ett europeiskt forskningsområde. Vidare anges att, för att tillgodose de särskilda kraven i samband med behandling av personuppgifter för vetenskapliga forskningsändamål

bör särskilda villkor gälla, särskilt vad avser offentliggörande eller annat utlämnande av personuppgifter inom ramen för vetenskapliga forskningsändamål (skäl 159 till dataskyddsförordningen).

Utredningen anser att det kan finnas skäl att överväga om det bör införas en generell sekretessbrytande bestämmelse som gäller utlämnande till annan myndighet för sådan forskning som har godkänts enligt etikprövningslagen. Även om rättspraxis på området synes vara generös[4], skulle en sekretessbrytande bestämmelse vara till nytta för utlämnande myndigheter och bidra till att klargöra rättsläget samt avlasta kammarrätterna. En sådan sekretessbrytande bestämmelse skulle inte vara begränsad till uppgifter som omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess eller socialtjänstsekretess, utan vara tillämplig på uppgifter i all myndighetsverksamhet. Bara utlämnanden till andra myndigheter för sådan forskning som har godkänts enligt etikprövningslagen skulle omfattas. I de fallen har en prövning redan gjorts av bl.a. riskerna för den enskildes personliga integritet och en avvägning gjorts av dessa i förhållande till vinsterna med forskningen.

För att den enskildes integritet ska respekteras, bör en sådan sekretessbrytande bestämmelse sannolikt förenas med integritetsstärkande åtgärder, t.ex. krav på pseudonymisering. En ytterligare tänkbar åtgärd skulle kunna vara att införa en rätt för den enskilde att motsätta sig att hans eller hennes personuppgifter lämnas ut för forskningsändamål. En sådan lösning bör dock vägas mot hur pass tekniskt komplicerat och administrativt betungande det skulle vara för utlämnande myndighet med en sådan rätt för enskilda. En annan tänkbar lösning är att uppgifterna efter ett utlämnande skulle vara föremål för absolut sekretess hos den myndighet som tar emot uppgifterna.

Utredningsuppslagen i detta avsnitt kan ha särskild betydelse för life science-området.

[4] Se t.ex. RÅ 1988 ref. 103 och Kammarrätten i Jönköpings dom den 3 april 2017 i mål nr 94–17.

D) En översyn av lagen och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Utredningsuppslag: Gör en översyn av lagen och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoLPUL och SoLPUF) med sikte på att införa särskilda skyddsregler för de delar av socialtjänstens verksamhet där behovet av integritetsskydd är särskilt uttalat. Överväg om bestämmelserna om uppgiftssammanställningar och sökbegränsningar bör justeras för att underlätta utvecklingen av beslutsstödsystem.

Ändra SoLPUF så att privata omsorgsgivare, i likhet med vad som gäller för kommunala myndigheter, får rättsligt stöd för att behandla personuppgifter för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.

Flera andra statliga utredningar har på senare tid pekat på behov av och föreslagit ändringar i lagen och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Utredningen konstaterar i delbetänkandet, avsnitt 16.14.2 och 16.15.2, att det i SoLPUL saknas uttryckliga krav på att anpassa yrkesutövarens behörigheter för elektronisk åtkomst till personuppgifter efter de behov av uppgifter som yrkesutövaren har för att kunna utföra sitt arbete. Det saknas även uttryckliga bestämmelser om loggning och kontroll av att ingen otillåten åtkomst till uppgifter om enskilda har förekommit. Utredningen gjorde bedömningen att skyddsregler med sådana uttryckliga krav är nödvändiga för att kunna släppa in socialtjänstens dokumentation om insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar i ett system med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Bakgrunden till detta är att utredningen gjort bedömningen att det gällande dokumentation av personuppgifter inom socialtjänstens insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar finns ett särskilt uttalat behov av integritetsskydd, vilket utredningen har konstaterat på flera ställen i delbetänkandet. Det finns dock anledning att överväga om inte motsvarande behov av sådan reglering finns även hos verksamheter inom socialtjänsten som ger insatser till äldre och personer med funktionsnedsättningar oavsett om dokumentationen av insatserna ska ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation eller inte.

Utredningen anser att motsvarande behov kan finnas även inom andra delar av socialtjänstens verksamhet. Socialtjänstens verksamhet är mångfacetterad och spänner över ett stort område. Vissa uppgifter om den enskilde inom socialtjänsten uppfattas som mer integritetskänsliga än andra. Som företrädare för socialtjänsten påpekat för utredningen under arbetet med delbetänkandet kan i vissa fall enbart uppgiften att man har kontakt med socialtjänsten, t.ex. att man förekommer i ett ärende om ekonomiskt bistånd eller på grund av missbruk eller som förälder i ett ärende som gäller orosanmälan för ett barn, uppfattas som ett stort socialt stigma vilket medför att många uppfattar det som riskabelt att sådana uppgifter sprids om den enskilde inom socialtjänsten (se avsnitt 20.2.8 i delbetänkandet). Detta kan i sin tur avhålla enskilda från att söka det stöd som de faktiskt har behov av från socialtjänsten.

Ett sätt att möta behovet av integritetsskyddande regler inom socialtjänsten skulle kunna vara att överväga särskilda skyddsregler inom de delar av verksamheten där det går att identifiera att behovet av integritetsskydd är särskilt uttalat. Det finns därför anledning att analysera i vilka delar av socialtjänstens verksamhet behovet av integritetsskydd är särskilt uttalat.

Utredningen har även uppmärksammats på att det kan finnas ett behov av att utreda hur bestämmelserna om sammanställningar av personuppgifter och sökbegränsningar i SoLPUL påverkar möjligheten att utveckla beslutsstöd för handläggning av ärenden och att använda artificiell intelligens (AI).

I delbetänkandet, avsnitt 15.5.5, noterade utredningen att den föreslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning kan komma att få vissa konsekvenser i förhållande till SoLPUF. En kommunal nämnd får behandla personuppgifter för tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamheten (12 § 10 SoLPUF). I privat socialtjänstverksamhet får personuppgifter, förutom för dokumentation som avser vård, behandling eller omsorg av enskilda, bara behandlas för administrationen av verksamheten. Privata omsorgsgivare har således inte något motsvarande rättsligt stöd för att behandla personuppgifter för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Därmed har de inte rättsliga förutsättningar för att följa upp och utvärdera den egna verksamhetens kvalitet eller att jämföra sig med andra verksamheter.

Att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet följer av socialtjänstlagen. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (3 kap. 3 § SoL). Kravet på god kvalitet gäller både privat och offentlig verksamhet inom socialtjänsten.[5] Det kan också noteras att det följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS är skyldig att utföra ett systematiskt förbättringsarbete, bl.a. genom s.k. egenkontroll. Egenkontroll definieras i föreskrifterna som systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Föreskrifterna är tillämpliga på såväl offentliga som privata utförare av socialtjänst. Privata omsorgsgivare har således en skyldighet enligt lag att systematiskt följa upp verksamheten. Vidare kan sägas att privata utförare har en indirekt skyldighet enligt Socialstyrelsens föreskrifter att genomföra något som i många fall lär kräva behandling av personuppgifter för just uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Därtill har utredningen nu lämnat ett förslag som innebär att även privata omsorgsgivare ska få medverka i kvalitetsuppföljning.

Som utredningen noterade i delbetänkandet, ingår det inte i utredningens uppdrag att föreslå ändringar i SoLPUF. Utredningen vill dock återigen uppmärksamma regeringen på att det kan finnas anledning att se över bestämmelserna i SoLPUF. Utredningen anser att det finns skäl att genomföra en ändring i SoLPUF så att privata omsorgsgivare – i likhet med vad som gäller för kommunala nämnder – får rättsligt stöd för att behandla personuppgifter för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.

[5] Prop. 1996/97:124 s. 51.

E) Gör det lättare att lämna ut barns uppgifter till vårdnadshavare

Utredningsuppslag: Inför en sekretessbrytande bestämmelse som innebär att vårdnadshavare utan hinder av hälso- och sjukvårdssekretess får ta del av sina barns uppgifter till dess barnet fyller 18 år. Förena detta med en rätt för barnet att motsätta sig att vårdnadshavare tar del av dess uppgifter, samt en skyldighet för vårdgivare att informera barnet om rätten att motsätta sig (s.k. opt-out).

Utredningen beskriver såväl i delbetänkandet som i detta slutbetänkande de särskilda problem och hänsynstaganden som behöver göras när det gäller sekretess för barns uppgifter i hälso- och sjukvården i förhållande till vårdnadshavare (se avsnitt 16.5.5 och 17.5.3 i delbetänkandet respektive avsnitt 4.10.1 och 6.4.5 med underrubriken *Barn och deras vårdnadshavare*). I svensk rätt finns ingen generell åldersgräns för när ett barn har rätt att självt disponera sina uppgifter. När det gäller hur barnets åsikter ska beaktas har det i svensk rättspraxis skapats vissa utgångspunkter, t.ex. att en 12-årings vilja i regel ska ges avgörande betydelse. Situationen får dock bedömas från fall till fall utifrån barnets ålder och mognad. Utredningen, som inte haft i uppdrag att särskilt utreda frågor om sekretess när det gäller barn och deras vårdnadshavares, har i sina förslag anslutit sig till de principer som gäller generellt inom hälso- och sjukvården.

Utredningen har dock erfarit att det många gånger kan uppstå svåra gränsdragningsproblem och praktiska bekymmer med att vårdnadshavaren inte får tillgång till barnets uppgifter. Det står också klart att det många gånger kan vara vanskligt att bedöma när ett barn har uppnått sådan ålder och mognad att det självt ska få disponera över sina uppgifter. Problemet gör sig särskilt gällande för barn i yngre tonåren. Det har även ställts på sin spets i den digitala lösning för direktåtkomst till barns patientuppgifter som tillhandahålls via *Journalen*. Där låter sig en sekretessprövning svårligen göras inför varje enskilt utlämnande. Lösningen har varit att vårdgivarna tillsammans med personuppgiftsbiträdet Inera beslutat att automatiskt stänga av vårdnadshavares åtkomst till sina barns uppgifter

från och med att barnet fyller 13 år. Motsvarande bedömning har gjorts av E-hälsomyndigheten som beslutat att i den digitala tjänsten *Läkemedelskollen* ta bort vårdnadshavares direktåtkomst till tonåringars receptuppgifter. Här liksom i *Journalen* ges vårdnadshavare elektronisk tillgång till barnets uppgifter endast till det att barnet fyllt 13 år. Efter en anmälan uttalade JO att det inte fanns skäl att rikta kritik mot detta förfarande. JO delade bedömningen att uppgifter som omfattas av sekretess till skydd för en underårig som uppnått en viss ålder och mognad bör lämnas ut till vårdnadshavare först efter en prövning i varje enskilt fall.[6]

När det gäller digitala lösningar för direktåtkomst har man således utifrån gällande rätt landat i att de barn som är så pass mogna att de har egen bestämmanderätt över sina uppgifter redan vid 13 års ålder, får styra samtliga vårdnadshavares direktåtkomst till sina barns patientuppgifter. Detta kan leda till problem då exempelvis föräldrar till barn med allergier inte längre ges elektronisk tillgång till uppgifter om sina barns mediciner från att barnet fyllt 13 år. Det förefaller finnas osäkerhet hos vårdgivare och personal kring hur sekretessbestämmelserna ska tillämpas. Av rädsla att göra fel och i värsta fall begå brott mot tystnadsplikten kan det då hända att man inte lämnar ut uppgifter till vårdnadshavare, trots att barnet inte är tillräckligt moget för att bestämma själv.

Det kan antas att de allra flesta barn inte har något emot att deras vårdnadshavare tar del av de allra flesta myndighetsuppgifter om dem. Bara ett fåtal barn lär vilja att vårdnadshavarna inte får ta del av några myndighetsuppgifter om dem alls. En större andel barn kan förmodas ha något emot att vårdnadshavarna tar del av bara vissa av myndighetsuppgifterna om dem. Den nu tillämpade regeln om barnets individuella mognad synes alltså inte motsvara det som de allra flesta barn vill eller åtminstone inte har något emot. Det är betänkligt ur ett barnrättsperspektiv. Att i varje enskilt fall av utlämnande av barns uppgifter till vårdnadshavare behöva bedöma barnets mognad är vidare otympligt, särskilt vid den typ av elektronisk tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som blivit allt vanligare. Det finns därför anledning att överväga en reglering som är bättre anpassad till det barn normalt vill eller åtminstone inte har något emot.

[6] Se JO beslut 2021-02-03, dnr 3331–2019.

En möjlighet skulle kunna vara att införa en generell sekretessbrytande regel som innebär att vårdnadshavare som utgångspunkt får ta del av sina barns uppgifter till dess att barnet fyller 18 år utan hinder av hälso- och sjukvårdssekretess. För att skydda barns intresse av självbestämmande och integritet bör en sådan bestämmelse förenas med en rätt för barn att motsätta sig att vårdnadshavarna får del av barnets uppgifter. Bara när ett barn vill motsätta sig behöver man bedöma barnets mognad. Barnet behöver förstås informeras om att det har en sådan rätt för att det ska kunna utöva den. Man kan överväga om vårdgivare bör vara skyldiga att vid varje vårdtillfälle informera underåriga som fyllt 13 år om rätten att motsätta sig, om det inte är omöjligt eller av särskilda skäl onödigt. Därmed får det barnet i praktiken möjlighet att motsätta sig att vårdnadshavarna får tillgång till alla eller bara vissa barnets patientuppgifter.

Det bör övervägas om bestämmelsen bör förenas med en skyddsbestämmelse, som innebär att särskilt känsliga uppgifter (exempelvis om preventivmedelsrådgivning) inte får lämnas ut till vårdnadshavarna när man kan misstänka att barnet skulle lida men av detta. Det kan även finnas skäl att överväga om en motsvarande sekretessbrytande regel bör införas inom socialtjänsten gällande uppgifter om insatser för barn med funktionsnedsättningar.

F) En legitimationskod för den som är legitimerad

Utredningsuppslag: Inför en unik legitimationskod för hälso- och sjukvårdspersonal som registreras i Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och är sökbar på internet.

Den legitimerade bör vara skyldig att ange sin legitimationskod på intyg och recept samt vid journalskrivning.

Det finns ett klart behov av att vissa uppgifter i Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-registret) på ett enkelt och säkert sätt är tillgängliga på internet för patienter och andra. Legitimationen kan ses som en garanti för att en yrkesutövare har en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas

förtroende när det gäller yrkesutövningen. Mot bakgrund av syftet med legitimering av hälso- och sjukvårdspersonal framstår det som motiverat att göra information om de registrerades behörighet mer tillgänglig för bl.a. patienter än vad som är fallet i dag och enligt utredningens förslag. Det följer också den strävan mot ökad patientdelaktighet som önskas inom vården och kan förväntas bidra till en förbättrad patientsäkerhet. Därtill kan det ses som ännu en nödvändig anpassning till dagens mer globala arbetsmarknad och internationalisering, framför allt i förhållande till våra grannländer. Att den som ska sälja eller köpa en fastighet enkelt på internet kan kontrollera att ens mäklare är vederbörligen registrerad, medan den som ska opereras inte enkelt på internet kan kontrollera att kirurgen är behörig förefaller också något inkonsekvent.

Det är rimligt att en aktiv och delaktig patient har möjlighet att snabbt och enkelt själv förvissa sig om att han eller hon kommer att vårdas av en yrkesutövare med rätt kompetens. Bättre möjlighet för patienten att själv kontrollera hälso- och sjukvårdspersonalens legitimationer och eventuella begränsningar i dessa ligger också i linje med den alltmer prioriterade frågan om brukar- och patientmedverkan. Det kan också finnas ett berättigat intresse bland t.ex. närstående eller anhöriga att kunna göra samma kontroll. Därtill förde flera remissinstanser till *Utredningen om rätt information i vård och omsorgs* delbetänkande SOU 2012:42 fram att det vore en fördel med ett svenskt system mer liknande övriga nordiska länders och att patienter i Sverige borde ha samma möjligheter att själva ta del av uppgifter om yrkesutövares behörighet inom hälso- och sjukvården.[7]

En enklare tillgänglighet till uppgifter i HOSP-registret för var och en skulle också göra att Socialstyrelsens arbete med att svara på frågor om innehållet i registret bli mindre omfattande och billigare. Mot detta ska ställas vikten av att skyddet för den personliga integriteten upprätthålls.

Det finns olika sätt att identifiera en individ i HOSP-registret. Förutom person- och samordningsnummer är även det s.k. HOSP-id:et och förskrivarkoden unika identitetsuppgifter i registret som entydigt kan identifiera en individ. Dessa identitetsuppgifter är emellertid i regel inte kända eller enkelt tillgängliga för patienten. Detta är en brist som begränsar möjligheterna att på ett såväl patient-

[7] Se t.ex. Sveriges Kommuner och Landstings (numera Sveriges Kommuner och Regioner) och Region Skånes remissvar på betänkandet SOU 2012:42.

säkert som integritetssäkert sätt kontrollera en yrkesutövares legitimation. Utredningen föreslår att person- och samordningsnummer ska få användas som sökbegrepp i Socialstyrelsens sökfunktion på internet. Utredningens skäl för att bara tillåta dessa nummer som sökbegrepp framgår i avsnitt 7.7 i slutbetänkandet. Den begränsningen innebär dock att den föreslagna sökfunktionen i praktiken får mindre betydelse för patienter och den breda allmänheten. Dessa kan bara undantagsvis antas känna till hälso- och sjukvårdpersonalens person- eller samordningsnummer.[8]

För att möjliggöra en säker identifiering på ett integritetssäkert sätt behöver det därför övervägas om en *ny uppgift* som entydigt identifierar den legitimerade individen bör införas, en s.k. legitimationskod som är unik för individen och som registreras i HOSP-registret. En sådan kod skulle till skillnad från exempelvis ett personnummer endast vara kopplat till individens yrkesmässiga sfär och därför inte vara lika känslig att lämna ut med hänsyn till riskerna för intrång i den personliga integriteten. Vitsen med att införa den unika legitimationskoden är att den ska vara offentlig och sökbar i Socialstyrelsens sökfunktion på internet. Var och en som känner till en persons legitimationskod skulle således enkelt kunna söka fram personens namn och uppgifter om dennes legitimation för att kontrollera att personen är behörig. För att såväl patienter som den breda allmänheten naturligt ska få del av legitimationskoden bör det därför även övervägas om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bör vara skyldig att ange sin legitimationskod på intyg och recept samt vid journalskrivning. Genom en sådan ordning skapas förutsättningar för var och en att enkelt kontrollera den hälso- och sjukvårdspersonal som man kommer i kontakt med.

[8] Därtill råder normalt sekretess för uppgifter om personnummer och födelsedatum inom personaladministrativ verksamhet i den offentliga hälso- och sjukvården.

G) Ta bort direktåtkomst i patientdatalagen och inom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Utredningsuppslag: Överväg att ta bort möjligheten till direktåtkomst i patientdatalagen och inom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation så att endast tillgång genom annat elektroniskt utlämnande är tillåten.

Bestämmelserna om sammanhållen journalföring i patientdatalagen ger vårdgivare tillgång till andra vårdgivares dokumentation genom direktåtkomst. Utredningen har delbetänkandet, avsnitt 16.3, föreslagit att vård- och omsorgsgivare genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ska kunna få tillgång till andra vård- och omsorgsgivares dokumentation genom både direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande. Ett skäl till att även annat elektroniskt utlämnande uttryckligen angavs var att utredningen ansåg att det kan finnas situationer då det är mer lämpligt och proportionerligt att använda en annan form av elektroniskt utlämnande än direktåtkomst och att det vore olyckligt om det i sådana fall uppstår tveksamhet om det är möjligt att lämna ut uppgifter genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Som framgår av utredningens genomgång i delbetänkandet, avsnitt 12.3.3 och 12.3.4, finns det risker med direktåtkomst ur både ett sekretessperspektiv och ett dataskyddsperspektiv. Risker och problem med direktåtkomst har även lyfts fram av andra under de senaste åren. Bland annat rekommenderar *Samverkansprogrammet för digital utveckling, eSam*, i sin vägledning för utlämnande i elektronisk form att när myndigheter ska införa tjänster för att lämna ut uppgifter automatiserat, att nya tjänster inte ska utformas för direktåtkomst. Som skäl till detta anges att gränsen mellan de uppgiftsutbytande myndigheterna delvis tas bort och att det uppstår överskottsinformation, vilket ökar risken för integritetsintrång och annan spridning av känsliga uppgifter. Man hänvisar även till att det av ingresspunkt 31 i dataskyddsförordningen framgår att varje begäran från en myndighet ska vara skriftlig, motiverad, läggas fram i det enskilda fallet och inte gälla ett helt register eller leda till att register kopplas samman. *Digitaliseringsrättsutredningen* har i sitt betänkande *Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering* (SOU 2018:25) efter

en kartläggning konstaterat att när de kartlagda myndigheterna utvecklar system för informationsöverföring synes målsättningen i regel vara att systemen ska spegla den tekniska lösningen i socialförsäkringsdatabasen LEFI Online så att det inte blir fråga om direktåtkomst för den mottagande myndigheten, eftersom myndigheterna då slipper den särskilda problematik med överskottsinformation som blir en effekt av direktåtkomst (se avsnitt 12.3.6 i delbetänkandet).

Mot denna bakgrund ifrågasatte utredningen i delbetänkandet om det är nödvändigt med tillgång genom direktåtkomst inom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Utredningen gjorde dock bedömningen att det skulle vara enklast och mest ändamålsenligt att, utöver tillgång genom annat elektroniskt utlämnande, även tillåta direktåtkomst mellan verksamheterna. Samtidigt angavs dock att utredningen i slutbetänkandet skulle kunna återkomma till frågan om det finns anledning att utreda om möjligheten till direktåtkomst i patientdatalagen bör ersättas med annat elektroniskt utlämnande vid redovisningen av uppdraget att lyfta fram uppkomna frågeställningar för fortsatt utredning.

Som utredningen konstaterar i avsnitt 8.2.3 i detta slutbetänkande har LEFI Online-domen inneburit ett visst klargörande beträffande gränsdragningen mellan de olika utlämnandeformerna direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling. Det står efter domen klart att det är möjligt att lämna ut uppgifter utan att det är att anse som direktåtkomst om det sker genom elektroniskt utlämnande som är snarlikt direktåtkomst men uppbyggt så att det sker en automatiserad prövning i varje enskilt fall innan uppgifterna lämnas ut, en s.k. fråga-svar-funktion.

I sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kommer, på samma sätt som vid sammanhållen journalföring, en ospärrad uppgift i systemet att anses som en förvarad och inkommen allmän handling hos varje ansluten annan offentlig vård- och omsorgsgivare när systemet bygger på direktåtkomst. Detta gäller dock förmodligen inte vid annat elektroniskt utlämnande, t.ex. vid utlämnande genom en s.k. fråga-svar-funktion (se vidare avsnitt 12.3.2 i delbetänkandet). Eftersom detta förhållande medför en del problem, t.ex. vid utformning av datasystem, finns det enligt utredningens mening anledning att se över om det är nödvändigt att tillåta direktåtkomst eller om det skulle vara tillräckligt att tillgången inom sam-

manhållen journalföring och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, sker genom något annat elektroniskt utlämnande, t.ex. via en fråga-svar-funktion. Att ta bort möjligheten till direktåtkomst skulle även kunna innebära en möjlighet till förenkling av regleringen av sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, eftersom kraven på integritetshöjande skyddsåtgärder i regleringen då kanske skulle kunna minska. Även möjlighet till annan direktåtkomst i patientdatalagen, än den som ges inom sammanhållen journalföring, bör av detta skäl ses över. Översynen bör innefatta en kartläggning av i vilken utsträckning direktåtkomst förekommer.

H) Juridiska frågor som uppstår i samband med nya tekniska lösningar inom hälso- och sjukvården

Utredningsuppslag: Utred de juridiska frågor som aktualiseras när hälso- och sjukvården blir alltmer digitaliserad och i ökad utsträckning sker på distans i patientens hem. Det handlar bl.a. om ansvaret för allmänna handlingar och journalföring, sekretess och tystnadsplikt, personuppgiftsansvar, automatiserat beslutsfattande och hantering av känsliga personuppgifter i molntjänster. Överväg om detta är tillräckligt ändamålsenligt reglerat i patientdatalagen och övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning.

I dagens hälso- och sjukvård används alltmer digital teknik som möjliggör att patienter får delar av hälso- och sjukvård i sitt hem. Det har inte minst aktualiserats under covid-19-pandemin, bl.a. i form av självtester för covid-19 som patienten utför och återrapporterar till hälso- och sjukvården. Det finns även en allmän utveckling mot att hälso- och sjukvården sker alltmer på distans, i patientens hem med hjälp av nya medicintekniska produkter och digital teknik. Det kan t.ex. ske genom monitorering i hemmet där patienten själv utför mätningar av exempelvis blodtryck och blodsocker. Det kan även handla om andra biologiska mätdata, t.ex. insulinmätningar som görs löpande i en dosa som patienten bär med sig. Resultaten registreras av patienten, via en app eller liknande i dennes telefon, varpå resultaten överförs till hälso- och sjukvården. Det är alltså i någon mån patenten själv som utför hälso- och sjukvårdsinsatsen och registrerar resultatet. Det torde dock knappast vara patienten

själv som är journalföringspliktig eller ansvarig för att skydda personuppgifterna.

Teknikens utveckling och den ökade användningen av monitorering i hemmet väcker flera juridiska frågor kring hälso- och sjukvårdens ansvar när det gäller allmänna handlingar, sekretess och dataskydd när den faktiska hälso- och sjukvården i allt högre grad sker i hemmet och automatiserat. Vem är journalföringspliktig för uppgifter som patienten själv registrerar? När blir uppgifterna journalföringspliktiga? Bör de uppgifter som patienten själv registrerar automatiskt föras in i journalen utan granskning av hälso- och sjukvårdspersonal? I vilket skede uppstår en hos hälso- och sjukvården upprättad alternativt inkommen allmän handling? Hur ska hälso- och sjukvårdsmyndigheten eller den privata vårdgivaren kunna utöva sitt personuppgiftsansvar när det är patienten som utför och rapporterar in uppgifterna? Hur kan hälso- och sjukvårdsmyndigheten eller den privata vårdgivaren säkerställa sekretess och dataskydd för uppgifterna, när det initialt är patienten och/eller tillverkaren av de medicintekniska produkterna som har kontroll över dessa? Förekommer det automatiserade beslut i den mening som avses i artikel 22 i dataskyddsförordningen när en apparat automatiskt ger patienten medicin baserat på uppmätta värden hos patienten och behövs det i så fall lagstöd för detta beslutsfattande?

En annan fråga som väcks när tekniken blir allt mer avancerad är vilket ansvar som ska vila på den som tillhandahåller tekniken. Det kan exempelvis röra sig om appar för monitorering eller avancerade medicintekniska produkter som används av patienten i hemmet.

En ytterligare fråga som blir allt mer aktuell i takt med ökad digitalisering och monitorering inom hälso- och sjukvården är användningen av s.k. molntjänster som tillhandahålls av personuppgiftsbiträden, ofta med bas i tredje land, samt vad som krävs för att kunna behandla känsliga personuppgifter i sådana fall. Problemen är välkända och har bl.a. berörts i IT-driftsutredningens delbetänkande *Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering* (SOU 2021:1). Den utredningen har lämnat vissa förslag, bl.a. om en sekretessbrytande bestämmelse som tar sikte på fall då uppgifter lämnas ut till företag eller en annan enskild (tjänsteleverantör) som har i uppdrag att utföra endast teknisk bearbetning eller teknisk lagring av de uppgifter som lämnas ut. Det kvarstår dock fortfarande många frågetecken. Exempelvis råder det stor

osäkerhet inom hälso- och sjukvården kring hur känsliga personuppgifter kan skyddas på ett fullgott sätt i digitala lösningar, samtidigt som den digitala utvecklingen gör att det många gånger inte finns rimliga alternativ till att använda sig av just internationella leverantörer av molntjänster när hälso- och sjukvården köper in nya digitala lösningar.

Det kan sammantaget finnas anledning att se över om den allt mer digitaliserade hälso- och sjukvården, som delvis kan skötas av patienten själv eller helt automatiserat, ibland med hjälp av digitala molntjänstlösningar som tillhandahålls av it-leverantörer, är tillräckligt och ändamålsenligt reglerad i patientdatalagen och övriga hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden – mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0107-8 ISSN 0375-250X

1669

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: iuzishan
Bildbearbetning: Agneta S Öberg

Regeringskansliet

Remiss

2021-06-10
S2021/04713

Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård

Remiss av betänkandet Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården (SOU 2021:39)

Remissinstanser

Aleris

Almega

Anhörigas riksförbund

Attendo

Barnombudsmannen

Bengtsfors kommun

Biobank Sverige

Bolagsverket

Capio

DHR (Delaktighet, handlingskraft och Rörelsefrihet)

Doktor.se

Dorotea kommun

E-hälsomyndigheten

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

Fagersta kommun

Falun kommun

FAMNA

Folkhälsomyndigheten

Forte

Fremia

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Föreningen Sveriges Socialchefer

Försäkringskassan

Förvaltningsrätten i Malmö

Förvaltningsrätten i Umeå

Genomic Medicine Sweden (GMS)

Gnosjö kommun

Gällivare kommun

Göteborgs kommun

Halmstads kommun

Huddinge kommun

Inera AB

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Integritetsskyddsmyndigheten

Justitiekanslern (JK)

Kalmar kommun

Kammarrätten i Sundsvall

Karolinska Universitetssjukhuset

Kommunal

KRY

Landsorganisationen i Sverige (LO)

Linköpings kommun

Linköpings universitet

Linnéuniversitetet

Läkemedelsindustriföreningen (LIF)

Läkemedelsverket

Malmö kommun

Min Doktor

Mora kommun

Motala kommun

Munkfors kommun

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för digital förvaltning

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Nationellt kompetenscenter Anhöriga

Norrköpings kommun

Norrtälje kommun

Orust kommun

Patientnämnden i Stockholms län

Patientnämnden-Etiska nämnden i Västernorrlands län

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Praktikertjänst

Privattandläkarna

Regelrådet

Region Blekinge

Region Dalarna

Region Gotland

Region Gävleborg

Region Halland

Region Jämtland Härjedalen

Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Kronoberg

Region Norrbotten

Region Skåne

Region Stockholm

Region Sörmland

Region Uppsala

Region Värmland

Region Västerbotten

Region Västernorrland

Region Västmanland

Region Örebro län

Region Östergötland

Riksdagens ombudsmän (JO)

Riksförbundet frivilliga samhällsarbetare

Riksförbundet gode män och förvaltare

Ronneby kommun

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sandvikens kommun

Skara kommun

Skånes universitetssjukhus (SUS)

Socialstyrelsen

SPF Seniorerna

Staffanstorp kommun

Statens medicinsk-etiska råd

Stiftelsen Forska!Sverige

Stockholms kommun

Sundsvalls kommun

Sunne kommun

Swedish Medtech

Svensk sjuksköterskeförening

Svenska Läkaresällskapet

Svenskt demenscentrum

Sveriges Advokatsamfund

Sveriges akademikers centralorganisation (Saco)

Sveriges Dövas Riksförbund

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Sveriges Standardiseringsförbund

Sveriges universitets- och högskoleförbund

Synskadades riksförbund

Sävsjö kommun

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Teknikföretagen

Tjänstetandläkarna

Torsby kommun

Universitets- och högskolerådet

Uppsala kommun

Verket för innovationssystem (Vinnova)

Vetenskapsrådet

Vimmerby kommun

Vingåker kommun

Vårdförbundet

Västra Götalandsregionen

Växjö kommun

Åre kommun

Örebro kommun

Östersund kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 8 oktober 2021**. Svaren bör lämnas per e-post till **s.remissvar@regeringskansliet.se** och med kopia till **s.fs@regeringskansliet.se**. Ange diarienummer S2021/04713 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Cecilia Halle
Ämnesråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 119

Delårsrapport verksamhetsområden

Diarienummer: RJL 2021/136

Underlag saknas vid beslutstillfället, därmed beslutar presidiet om att ett extra presidiesammanträde skall ske den 12 oktober 2021, i anslutning till nämndsammanträdet.

Beslutets antal sidor

1

Regionstyrelsen
Nämnden för folkhälsa och sjukvård
Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet
Nämnden för trafik, infrastruktur och miljö

Delårsrapport från verksamhetsområden per augusti 2021

Efter augusti månad har förvaltningens verksamhetsområden lämnat en delårsrapport till regiondirektören. Dessa rapporter har legat till grund för den samlade delårsrapporten efter augusti som regionstyrelsen lämnar till regionfullmäktige. Den eller de rapporter som avser verksamhetsområden inom styrelsens/nämndens ansvarsområde överlämnas som information. Delårsrapporten avseende regionledningskontoret/verksamhetsnära funktion delges även nämnderna.

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Regiondirektör

Maria Berghem
Ekonomidirektör

Region Jönköpings län

Delårsrapport 2
Tertial 2 2021

Vårdcentralerna Bra Liv

Dnr 2021/136
Charlotta Larsdotter, Direktör Bra Liv
Vårdcentralerna Bra Liv
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder 6

Process och produktion **10**

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare 11

Strategiska mål: Bra folkhälsoarbete 12

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård 13

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård 15

Lärande och förnyelse **18**

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap 18

Medarbetare **21**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare 21

Ekonomi **26**

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt 26

Hållbarhet **29**

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt. 29

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar. 29

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel. 30

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. 30

Inledning

Vårdcentralerna Bra Liv är den starka länken i länets primärvård och bidrar till att förverkliga Region Jönköpings läns vision för ett bra liv i en attraktiv region. Vi finns med 33 vårdcentraler i tolv av tretton kommuner. Vårt mål är en bättre hälsa för alla, erbjuda hälso- och sjukvård samt rehabilitering med bästa bemötande och kvalitet, utan vinstsyfte. Verksamheten är väl förankrad i vår värdegrund med kärnvärdena Omtanke, Helhet och Kvalitet.

Bra Liv har 271 300 listade invånare vilket är 74 procent av länets befolkning. Ekonomiskt resultat för perioden är +64 mnkr med en årsprognos på +65 mnkr. Beräknad omsättning 1,7 miljarder för helåret. Det goda ekonomiska resultatet är till stor del beroende av att det coronarelaterade merarbetet är ersatt utöver ordinarie ersättning men delvis utförs av ordinarie personal genom omprioriteringar i verksamheten. Bra Liv sysselsätter i augusti drygt 1 000 årsarbetare, vilket är drygt 100 fler än 2020. Större delen av utökningen avser timanställda sjuksköterskor som covidvaccinerar. Förutom egen personal använder vi 18 hyrläkare, samma nivå som föregående höst.

Året är fortsatt starkt påverkat av pandemin. Provtagning och smittspårning har varit ett stort arbete hela året med något mindre belastning i perioden juni-augusti.

I början av året var det brist på vaccin och vaccinationerna genomfördes efter strikta prioriteringsordningar främst baserade på ålder. Sedan maj har vaccintillgången ökat och flera vårdcentraler vaccinerar i stora externa lokaler för att klara massvaccinationsuppdraget. En del samverkar klustervis på två orter även med privata vårdcentraler. Vaccinationsmottagningarna bemannas till stor del med pensionerade sjuksköterskor med timanställning.

Vid augusti månads utgång har vi en god vaccinationstäckning i de äldsta åldersgrupperna, medan grupperna under 50 år och socioekonomiskt svaga grupper ligger lite efter. För att få upp vaccinationstäckningen erbjuder vårdcentralerna drop-in tider, utökade öppettider och i vissa fall uppsökande verksamhet i skolor och företag. Region Jönköpings län bistår med olika informationsinsatser bland annat via hälsokommunikatörer.

Digitaliseringsarbetet fortsätter. En stor andel patientkontakter blir digitala, digitala ronder och vårdplaneringar fortsätter. Bra Liv nära appen erbjuder förutom digitala besök och meddelandefunktion även möjlighet att boka provtagning och vaccinationer. Egenmonitoreringsverktyget Asthma Tuner testas av en mindre grupp patienter som gör egna Spirometrimätningar och följer sina resultat i samråd med astmasjuksköterska.

Besöken, (fysiska och digitala) och telefonkontakter har ökat jmf med samma period föregående år. Samtliga vårdcentraler erbjuder digitala besök i de olika professionerna.

Bra Liv attraherar nya och gamla medarbetare genom god kompetensutveckling och hälsofrämjande arbetsplatser. Flera ST-läkare har blivit färdiga specialister under året och fortsätter i Bra Liv, vilket tillsammans med andra åtgärder gjort att hyrläkaranvändningen har minskat.

För chefer erbjuds kontinuerligt stöd i form av kompetensutveckling, reflektionsgrupper, mentorskap och för nya chefer ett välstrukturerat introduktionsprogram. För att underlätta framtida chefsförsörjning finns ett traineeprogram. En tredje omgång påbörjas i september 2021.

En del av Bra Livs egna utbildningar har pausats under pandemin medan vissa har kunnat genomföras digitalt. Coronapandemin gör det svårt att rekrytera från andra länder varför Nässjö utbildningscentrum (NUC) har varit pausad under våren. Under hösten startar NUC igen, då utvecklas verksamheten till att förutom EU-specialister även utbilda BT-läkare.

Arbetet med att på bästa sätt hantera covid-19 fungerar bra genom omställning av verksamheten på vårdcentralerna och i god samverkan med sjukhusen, kommunerna, primärvårdsenheten och den regionala särskilda sjukvårdsledningen.

Region Jönköpings läns strategi att förlägga covidarbetet med vaccinationer och provtagning på vårdcentralerna, nära patienterna, är en utmaning bemanningsmässigt men samtidigt en framgångsfaktor. Arbetet skapar tillgänglighet, tillit och förtroende för vårdcentralen vilket bidrar till att utveckla framtidens goda nära vård.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2021-08-31	Andel	2020-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	4	40%	1	8%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	2	20%	2	17%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	4	40%	9	75%
Antal mätetal som mäts	10	100%	12	100%

Helt uppfyllda mål: Hembesök av läkare, Sjukfrånvaro, Ekonomi i balans och Prognos

Delvis uppfyllda mål: Vårdgarantibesök inom 3 dagar, Telefontillgänglighet

Ej uppfyllda mål: Kontinuitet, Hälsosamtal till 40- 50- 60- och 70-åringar, Vårdplaneringar och andel inhyrd personal

Jämfört med föregående år har sjukfrånvaro, ekonomi i balans och prognos förbättrats från ej uppfyllda mål till måluppfyllelse.

Medarbetarsamtal, kompetensutvecklingsplan och resor med flyg och bil är inte längre med som systemmätetal.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer: Personcentrerad vård

Uppdrag/mål: Utveckla den personcentrerade vården

Aktiviteter	Analys
Information/kommunikation med invånare	Bra Livs vårdcentraler kommunicerar med invånarna på flera olika sätt. Exempelvis genom patientråd, elektroniska nyhetsbrev, lär-caféer, öppna föreläsningar på vårdcentralen, tryckt informationsmaterial samt med information via sociala medier. Bra Liv finns med övergripande information i Facebook och Instagram. Flera vårdcentraler har egna Facebook- och Instagramkonton med information. På grund av Coronapandemin är alla fysiska träffar pausade.
Bra Livs löfte till patienten	Bra Livs patientlöfte: ”Efter ett besök hos oss ska patienten lämna oss med känslan av att ha blivit sedd, lyssnad på och professionellt behandlad med en tydlig medvetenhet om vad nästa steg är”. Planeringen framåt och överenskommelsen om vad patienten bidrar med själv dokumenteras i journalen.
Personcentrerad vård	Flera arbeten pågår avseende förändrade arbetssätt för att bedöma patientens egenvårdsförmåga, i syfte att tillgodose individanpassad vård. Tidigare statiska årskontroller hos läkare med samma intervall och innehåll byts ut mot individuellt anpassad vård. Kontrollerna kan bli fysiska, eller digitala möten med läkare eller sjuksköterska. En del patienter behöver glesare besök och stöd till egenvård däremellan. Patientskolor fysiska eller digitala passar vissa patienter.

Uppdrag/mål: Fortsätta att erbjuda samtal kring livsfrågor.

Aktiviteter	Analys
Uppmärksamma livsstilsfrågor	Vid vårdmöten uppmärksammas, förutom fysiska besvär, psykiska, sociala och existentiella behov. Vårdcentralerna erbjuder hjälp till att förändra levnadsvanor avseende tobak, alkohol, kost och motion. Kontakterna kan vara både fysiska och digitala.

Framgångsfaktorer: Hög tillgänglighet

Uppdrag/mål: Förbättra tillgängligheten

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Telefonkontakt med vårdcentralen samma dag	100 %	96 % ◆	Telefonsamtalen in till vårdcentralerna ökar kraftigt. I perioden januari-augusti har det kommit in 115 000 fler samtal till vårdcentralen än samma period föregående år, en ökning med 24%. Mellan 2019 och 2020 var ökningen ca 5%. Vi bedömer att pandemin till stor del står bakom ökningen. Det kommer många samtal om när och var jag

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			kan vaccinera mig, hur provtagning går till, hur jag ska göra vid positivt provsvar. Trots ökat inflöde är telefontillgängligheten fortfarande relativt god.
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	90 %	80 %	En vårdcentral når mål med minst 90 % tillgänglighet inom 3 dagar under perioden. Tretton vårdcentraler når godkänd nivå med tillgänglighet mellan 80-89 % medan tolv vårdcentraler ligger strax under 80 %. Vårdcentralernas belastning till följd av provtagning, smittspårning och vaccinationsarbete är hög och ordinarie verksamhet ställs om. Samtliga vårdcentraler erbjuder provtagningstid samma dag och smittspårning direkt efter positivt provsvar, men detta arbete ligger utanför tillgänglighetsmätningarna.
Listade invånare	271 800	272 104	Vårdcentralerna Bra Liv har ett högt förtroende bland länets invånare. Sedan årsskiftet har listade invånare ökat med 1300, vilket är 300 fler än befolkningstillväxten.
Nämnd Kontinuitetsmått – primärvård	0,75 index	0,26 index	Bra Liv Tenhults vårdcentral klarar som enda vårdcentral målet för läkarkontinuitet. Bra Liv Rydaholm och Bodafors kommer strax under mål. Dessa vårdcentraler är små med god egen läkarbemanning som regel två till tre personer. De har goda förutsättningar att klara sitt uppdrag med fast läkarkontakt. Stora vårdcentraler har svårare att nå hög kontinuitet trots god bemanning. Med många läkare ställs stora krav på planering och organisation för att lyckas. Arbete in team och uppmärksamma telefonrådgivningssjuksköterskor som bokar till rätt person är exempel på effektiva arbetssätt. I vissa fall önskar patienten en snabb tid framför att träffa patientansvarig läkare. Då arbetar vi med episodkontinuitet, det vill säga att samma läkare handlägger alla kontakter runt det aktuella sjukdomstillståndet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med förstärkt vårdgaranti	Vårdcentralerna arbetar med varierade arbetssätt för att kunna erbjuda tillgänglighet inom tre dagar, exempelvis digitala besök, öppen mottagning, triagering till rätt yrkeskategori, kortare behandlingsserier, kortare besökstider och mer individualiserad vård. Patienternas egen kraft och ansvar för sin sjukdom tas på ett systematiskt sätt tillvara.
Utökning av rehabiliteringsresurserna i primärvården.	Under senaste treårsperioden har Bra Liv utökat bemanningen med tio fysioterapeuter/arbetsterapeuter. Vårdcentralerna arbetar med direkttriagering till rehabiliteringspersonalen för flera olika besvär. Flera fysioterapeuter är utbildade i att självständigt skriva remiss till röntgen och ortoped.
Förstärkning av psykosociala team.	Varje vårdcentral har ett psykosocialt team med lite olika sammansättning. De flesta är bemannade med kurator, ungefär hälften även med psykolog. En del team har KBT-utbildade arbetsterapeuter och några har psykiatrisjuksköterskor. Under senaste treårsperioden har Bra Liv utökat med fem kuratorer/psykologer.
Vårdmottagning Bra Liv nära	Mikromottagningen belägen på A6 i Jönköping. Mottagningen erbjuder vaccinationer och enklare hälso- och sjukvård.

Framgångsfaktorer: Jämlik hälsa och vård

Uppdrag/mål: Arbeta för jämlik hälsa att vården erbjuds och fördelas på lika villkor.

Aktiviteter	Analys
Filialer i glesbygd	Omvandling av liten vårdcentral till filial påverkar inte utbudet till befolkningen men innebär administrativa förenklingar och är ett bra sätt att kunna behålla och erbjuda vård i glesbygd. Bra Livs intention är att fortsätta översynen över vilka enheter som ska vara filialer. Ett önskemål om att formellt omvandla Tenhults vårdcentral till filial är framfört till Primärvårdsenheten. I praktiken fungerar Tenhult redan som filial till Rosenhälsans vårdcentral. All personal är anställd vid Rosenhälsan, arbetsplatsträffar, utbildningar och ledning är gemensam.
Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden	Bra Liv Gislaved, Nässjö, Råslätt och Öxnehaga har ett särskilt uppdrag i sina upptagningsområden för att främja jämlik hälsa. Vårdcentralerna arbetar i samverkan med andra aktörer i samhället för att sprida kunskap som leder till förbättrad hälsa. Olika stöd erbjuds beroende på befolkningens behov. I samband med pandemin görs extra insatser i dessa områden för att få befolkningen att vaccinera sig.

Uppdrag/mål: Arbeta med integration

Aktiviteter	Analys
Asyl och flyktingfrågor	Sjukvård och inledande hälsoundersökningar till asylsökande är en integrerad del av vårdcentralernas ordinarie verksamhet. En stor del av de asylsökande som har kommit till länet de senaste åren har fått uppehållstillstånd och är etablerade i våra kommuner. Aktuellt för hösten är att med information på andra språk, uppsökande verksamhet med mera öka vaccinationsgraden bland människor med utländsk bakgrund.

Framgångsfaktorer: Bästa plats att växa upp och åldras på - Främja äldres hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Uppdrag/mål: Arbeta riktat mot äldres hälsa

Aktiviteter	Analys
Uppmärksamma psykisk ohälsa hos äldre	Personalen utbildas i att tidigt upptäcka psykisk ohälsa. Bra Liv har arbetat fram ett informationsmaterial "Våga fråga" som finns riktat både till medarbetare och invånare.
Gruppaktiviteter riktade till äldre	Aktiviteterna är pausade på grund av pandemin.

Uppdrag/mål: Trygg och säker vård och omsorg

Aktiviteter	Analys
Trygg och säker vård och omsorg i hemmet.	För att nå trygg och säker vård i hemmet är god samverkan mellan vårdcentral, sjukhus och aktuell kommun avgörande. Samverkan har fungerat på ett mycket bra sätt under

Aktiviteter	Analys
	coronapandemin. Både vårdcentraler och kommuner har varit flexibla i arbetssätt och hjälpt varandra. Via Bra Liv nära var samtliga vårdcentraler snabba med att erbjuda digitala kontakter istället för fysiska besök på kommunernas särskilda boende.
Bra Liv senior	De flesta av Bra Livs vårdcentraler erbjuder seniormottagningar. Bra Livs huvudkriterier för seniormottagning är att erbjuda en namngiven fast vårdkontakt till patienterna som tillhör mottagningen samt ett särskilt telefonnummer för att nå vårdcentralen. Kontinuitet och tillgänglighet är viktiga komponenter.

Process och produktion

Verksamhetsmått

Bra Liv	Utfall 2021-08	Andel digitala 2021-08	Utfall 2020-08	Andel digitala 2020-08	Utfall 2019-08	Andel digitala 2019-08	Förändring utfall % 2021-2020	Förändring utfall % 2021-2019
Antal besök sjuksköterska	489 000	0,4%	102 600	1 %	131 200	0,2 %	377%	273%
Varav vacc besök covid-19	400 800							
Antal besök undersköterska	17 000	0,1%	21 700	0 %	20 100	0,0 %	-22%	-15%
Antal besök kurator	12 100	45%	11 300	17 %	12 800	1,1 %	7%	-5%
Antal besök psykolog	6 400	37%	6 100	15 %	6 800	0,0 %	5%	-6%
Antal besök sjukgymnast	60 800	1%	59 000	1 %	75 400	0,0 %	3%	-19%
Antal besök arbetsterapeut	11 200	11%	10 700	4 %	13 100	0,0 %	5%	-15%
Antal besök läkare	170 900	6%	160 300	8 %	190 400	1,1 %	7%	-10%
Summa besök	**767 400**		**371 700**		**449 800**			
Summa besök ex vacc besök covid-19	**366 600**	**5%**	**371 700**	**5 %**	**449 800**	**0,6 %**	**-1%**	**-18%**
Telefonkontakter	240 427		200 839		163 753		20%	47%

Alla fysiska besök, förutom till sjuksköterskor, har minskat sedan 2019 medan digitala kontakter och telefonkontakter ökar.

Ökningen av sjuksköterskebesöken beror på vaccinationsarbetet som påbörjades i januari, 400 000 av besöken avser covidvaccinationer.

Besök till psykosociala team är exempel där digitala kontakter fungerar mycket bra. Fyrtiofem procent av kuratorsbesöken är digitala. Om covidvaccinationsbesöken (som är en ny verksamhet 2021) räknas bort är andelen digitala besök oförändrade, 5%, jämfört med föregående år.

Förutom redovisade besök har Bra Livs personal tagit 153 000 covidprover, samma period 2020 togs 30 000 prover.

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare

Framgångsfaktorer: Sveriges bästa digitala vård och stödsystem.

Uppdrag/mål: Fortsätta utvecklingen mot digitala tjänster

Aktiviteter	Analys
Bra Liv nära, digitala vårdmöten	Bra Liv nära är ett samlingsnamn för Bra Livs digitala tjänster och digitala utveckling. Vi startade 2015 i liten skala med en gemensam mottagning för digitala besök, bemannad med egen personal. Medarbetarna arbetar enligt regionens

Aktiviteter	Analys
	Faktadokument och riktlinjer i regionens journaldatasystem Cosmic. Verksamheten har vuxit i omfattning. Den gemensamma mottagningen är öppen alla dagar i veckan 8.00-21.00 och erbjuder digitala besök till läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, kurator, psykolog och kost- och tobaksrådgivare. Utöver digitala besök används appen för rådgivning via meddelandefunktion, för tidsbokning av vaccinationer och provtagning. Våra invånare lär sig allt mer om hur de kan dra nytta av digitala tjänster. 148.000 invånare har laddat ner Bra Liv nära appen. Vårt framgångskoncept är att vi är snabba och flexibla med att utveckla tjänster som efterfrågas av våra invånare. Vi har inte varit låsta till stora gemensamma nationella system som tenderar att bli svåra att påverka och med långsam utvecklingstakt eftersom de ska passa många.

Uppdrag/mål: Underlätta användandet och kunskap om digitala stöd och tjänster

Aktiviteter	Analys
Digitalisering på varje vårdcentral	I primärvården identifierar vi tre stora vårdprocesser – *akuta, kroniska* och *svårt sjuka*. Inom samtliga områden arbetar vi för effektivisering, kontinuitet, medicinsk kvalitet, tillgänglighet och patientsäkerhet. Inom närakutsprocessen finns digital bedömning och triagering av infektionspatienter, "flygledartorn", appen Bra Liv nära med hög tillgänglighet och triagering till olika yrkesprofessioner. En verksamhet som kommit långt är Bra Liv Nässjös psykosociala team där 80 % av besöken görs via video. För kroniskt sjuka patienter finns digitala årskontroller, digital förlängning av sjukskrivning, egenårskontroller med stöd från sjukvården, digital coachning av diabetiker och astmapatienter, digitala patientskolor, egenmonitorering med Asthma Tuner. För gruppen svårast sjuka finns digitala vårdplaneringsmöten, digitala ronder på kommunens särskilda boenden och digitala hembesök både akuta och planerade. Samtliga Bra Livs vårdcentraler är igång med digitaliseringsarbetet men i olika stor omfattning. Alla vårdcentraler erbjuder digitala kontakter, medan exempelvis digital coachning och egenmonitorering är under utveckling på några vårdcentraler.
Från telefon till flygledartorn	Ett utvecklingsarbete där invånare/patienter och andra vårdgivare erbjuds bättre kontaktmöjligheter med vårdcentralen genom att använda fler digitala modaliteter. Vårdcentralen ska med hög medicinsk säkerhet avsluta upp till 80% av inkommande ärenden vid första kontakten. Läkare finns tillgängliga fysiskt nära sjuksköterskorna hela dagen. Det finns en tydlig hänvisning i tele-Q till digitala alternativ och på sikt minskade öppettider i tele-Q. Patienter och andra vårdgivare erbjuds digitala besök, meddelande

Aktiviteter	Analys
	funktion, utökad triageringsmöjlighet för tidsbokning till rätt yrkeskategori och digitala kontaktvägar för konsultationer. Vårdcentralen ska upplevas tillgänglig och ha hög kontinuitet i patientmötet. Medarbetarna ska uppleva en bättre arbetsmiljö.

Strategiska mål: Bra folkhälsoarbete

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Andel 40-, 50-, 60- och 70-åringar som genomgått hälsosamtal.	30 %	4 %	Antal genomförda Hälsosamtal har minskat jämfört med 2020. En Coronaeffekt som både beror på att personalen behövs i andra arbetsuppgifter och på att invånarna inte vill komma till vårdcentralen av rädsla för smitta. Variationen är stor, fem vårdcentraler ligger väl till med hälsosamtalen och kommer troligen nå mål medan hälften enbart har genomfört enstaka samtal.

Aktiviteter	Analys
Läkarinsatser på BVC	Läkarinsatser i barnhälsovården ingår inte i vårdvalsuppdraget men är en högt prioriterad verksamhet i Bra Liv. Majoriteten av Bra Livs vårdcentraler bemannar med läkare i barnhälsovården.

Uppdrag/mål: Hälsa för livet

Aktiviteter	Analys
Lärcafé, självhjälpsgrupper	Mötesplatser för personer med liknande sjukvårdserfarenheter som ges möjlighet att få mer kunskap om sin sjukdom och att ge varandra stöd och hjälp. Vårdcentralerna bidrar med sina kunskaper vid sådana sammankomster. Under Coronapandemin är verksamheterna pausade.

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Säker vård alla gånger

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdhygien - basala hygienregler	100 %	96 %	Mycket bra resultat avseende basala hygienregler. Samtliga vårdcentraler har rapporterat. Två vårdcentraler har en mindre avvikelse samtliga övriga når mål.
Vårdhygien - rätt klädd	100 %	99 %	Mycket bra resultat avseende hygienregler, rätt klädd. Samtliga vårdcentraler har rapporterat. Två vårdcentraler har en mindre avvikelse samtliga övriga når mål.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Journalutskrift inom 72 timmar	75 %	79 %	Drygt hälften av vårdcentraler når mål för journalutskrift inom 72 timmar. Ett fåtal har problem med utskriftstider. Systemet med skrivhjälp har blivit en permanentad verksamhet som fungerar väl.
Patientjournal - signering	90 %	92 %	I augusti signerades 92 % av Bra Livs journaler inom 7 dagar, Alla vårdcentraler har hittat bra rutiner för att säkra att journalerna blir signerade, måluppfyllelse ligger inom spannet 80-99 %.

Aktiviteter	Analys
Bra Liv skriva	Bra Liv skriva är ett samarbete mellan Bra Livs vårdcentraler för att utveckla och sprida effektiva arbetssätt samt förmedla skrivhjälp. Bra Liv Kungshälsan och Vråen har ett särskilt uppdrag inom området. Flera vårdcentraler levererar skrivhjälp till andra. Arbetssättet har varit framgångsrikt och de flesta vårdcentralerna når mål för journalutskrift.
Säker vård - alla gånger	Vårdcentralerna Bra Liv arbetar med patientsäkerhet utifrån regionens övergripande strategiska målsättning där 9 av 16 delområden är relevanta. Tidigt upptäcka svårt sjuka och agera, läkemedelsfel i vårdens övergångar, Vårdrelaterade infektioner VRI och spridning av multiresistenta bakterier samt samverkan mot antibiotika resistens STRAMA, vård vid hjärtsvikt, aktivt ledarskap, vårdrelaterade urinvägsinfektioner, suicidprevention, läkemedelsrelaterade problem och kommunikation. Bra Livs fokusgrupp för patientsäkerhet stödjer vårdcentralerna i arbetet. Patientsäkerhetsronder ledda av chefsläkare och direktör genomförs på några vårdcentraler varje år.
Införa bedömningsverktyget RETTS	Fem vårdcentraler har provat verktyget Rapid emergency, triage and treatment system - RETTS för att triagera och bedöma akuta patienter med samma instrument/språk som ambulans och akutmottagningar använder. Försöket har fallit väl ut. Upphandling av systemstöd är nyligen avslutad och ska under året implementeras och integreras med Cosmic på alla vårdcentraler och närakuter i länet.
Covidprovtagning, smittspårning och covidvaccination	År 2021 är starkt påverkat av pandemin. Coronatestning (PCR) med tillhörande information och smittspårning genomförs vid varje vårdcentral. Provtagning görs alla vardagar, smittspårning även under helger. Bra Liv har gjort 153 000 PCR-tester under perioden januari - augusti. Högst tryck och flest smittade hade vi i mars-april. Vaccinationsarbetet påbörjades i januari med start i de äldsta åldersgrupperna. Inledningsvis var tillgången på vaccin liten och strikta prioriteringar avseende ålder eller medicinska behov avgjorde vem som vaccinerades. Leveranserna har successivt ökat och sedan senvåren har vaccinationsarbetet varit mycket omfattande, med som mest 87 000 vaccinationer genomförda i juni. Drygt 70% av länets invånare över 18 år har fått minst en dos vaccin och 81% har fått två doser. I augusti fattades beslut om att utöka vaccinationerna även till åldersgruppen 16-18 år, 54% av denna åldersgrupp har fått första

Aktiviteter	Analys
	vaccindosen. För att möjliggöra vaccinationer i denna storleksordning vaccinerar de flesta vårdcentralerna i stora externa lokaler exempelvis kyrkor, tomma affärslokaler eller andra stora samlingslokaler. Det är ett stort logistiskt arbete både att bemanna, lägga ut tider och administrera flera olika typer av vaccin samt dos 1 och 2. Ett intensivt arbete görs för att få upp vaccinationstäckningen ytterligare särskilt i grupper som är svåra att nå. Vårdcentralerna har fler drop in tider, utökade öppettider på kvällar och helger och uppsökande verksamhet. Vi har exempelvis vaccinerat i skolor, i hjälporganisationers lokaler och på större företag. Några vårdcentraler har informerat och fångat upp invånare i den lokala livsmedelsbutiken.
Läkarmedverkan vid särskilda boenden	Primärvården ansvarar för läkarinsatser vid alla kommunala särskilda boenden för äldre. Ansvaret omfattar rådgivning till boendets personal samt konsultation och vid behov besök avseende enskild patient. Med anledning av pandemin och många smittade på Särskilda boenden (SÄBO) gjorde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under 2020 fördjupade granskningar på några SÄBO i länet. Jönköpings län fick kritik på två punkter. Bristfällig dokumentation och boende har inte fått individuell bedömning avseende behov av sjukhusvård. Bra Liv har i samverkan med kommunerna utarbetat en checklista för samarbete mellan läkare och sjuksköterskor på kommunens särskilda boenden. Beslut avseende planerade insatser dokumenteras på ett tydligare sätt i patientens journal och kommuniceras med patient och anhöriga. Återrapportering till IVO har gjorts i augusti.
Säker vård Covid-19	Under våren uppmärksammade sjukhusen att många covidpatienter kom in alldeles för sent och hamnade direkt på IVA. Snabbt tog en arbetsgrupp från Bra Liv, slutenvården och Qulturum fram ett prediktionsinstrument som används varje dag på patienter som testats positivt för Covid. Patienter som faller ut med förhöjd risk för att läggas in på sjukhus kontaktas av sin vårdcentral. Vårdcentralen följer patienten fram tills sjukdomen klingar av. En del får låna saturationsmätare för att själva kontrollera syresättning, en del bokas in på besök på vårdcentralen, andra får dagliga telefonsamtal från vårdcentralen. Vårdcentralerna har fått mycket positiv återkoppling från patienter och sjukhuspersonal. Färre personer har kommit i sent sjukdomsskede in på sjukhus, vilket gör behandling enklare och ökar överlevnaden. Det framgångsrika arbetssättet med att i förväg förutspå sjuklighet och risker på individnivå kommer att vidareutvecklas, för att användas i ett personcentrerat arbetssätt för olika kroniska sjukdomar.Genom att, med hjälp av algoritmer som läser journaldata, förutse sjuklighet och risker på individnivå kan man anpassa hur ofta och på vilket sätt olika patienter ska erbjudas kontakter med sjukvården.

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Antal hembesök läkare	2 109	2 229	Arbetssätt med god tillgänglighet till läkarbesök i hemmet utvecklas vid samtliga vårdcentraler. Hembesöken fortsätter att öka, fler hembesök har genomförts 2021 jämfört med föregående år och 2019. Pandemin har sannolikt ökat behovet av hembesök.
Nämnd Antal vårdplaneringar enligt SiP	1 662	1 576	Vårdplaneringsbesöken minskade föregående år från mars då pandemin på allvar började påverka sjukvården. Fortfarande är något färre vårdplaneringar genomförda 2021 jämfört med 2020 och 2019, men de ökar successivt.

Uppdrag/mål: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen

Aktiviteter	Analys
Delta i FAKTA-arbete	Region Jönköpings läns FAKTA-dokument är ett levande kunskapsstöd som används dagligen och styr vårdcentralernas arbete. Faktadokumenten arbetas fram i arbetsgrupper med sakkunniga från både sjukhus och primärvård där Bra Liv deltar med flera medarbetare. Våra lokala FAKTA dokument integreras fortlöpande i det nationella kunskapsstödet.
Kvalitetsregister	Vårdcentralerna registrerar sedan många år i nationella diabetesregistret (NDR), registreringen är manuell. Under 2021 har primärvården fått verktyget Medrave som ger tillgång till Primärvård Kvalitets nationella indikatorer om medicinsk kvalitet. Andra kvalitetsregister används i begränsad omfattning på grund av manuell registrering.
Mer tid för patienten	Utveckling för att förbättra dokumentationsarbetet bland annat genom att minska dubbeldokumentation, skriva kortare journalanteckningar och standardisera dokumentationen. Är pausat p.g.a pandemin.

Uppdrag/mål: Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Aktiviteter	Analys
Fortsätta arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.	Regionen har påbörjat arbetet med införande av personcentrerade och standardiserade vårdförlopp för kroniska sjukdomar. Varje vårdcentral har en kontaktperson som samordnar implementeringsarbetet.

Uppdrag/mål: Samarbetsvård - kroniska sjukdomar

Aktiviteter	Analys
Somatisk hälsa vid psykisk sjukdom.	På Höglandet pågår en pilotverksamhet, Samarbetsvård - psykisk hälsa, mellan Höglandets vårdcentraler och kommuner samt den specialiserade psykiatriska vården. Syftet är att förbättra resultaten vid somatisk samsjuklighet genom upprättade hälsoplaner, hälsofrämjande insatser, samordnade vårdplaneringar och ökad patientnöjdhet. De viktigaste delarna är tillgänglighet för patienterna och

Aktiviteter	Analys
	mötesplatser för samverkan mellan vårdgivare. Arbetssättet kommer att spridas till övriga länsdelar.
Omhändertagande av patienter med kronisk sjukdom.	Inom området hjärtsvikt pågår ett arbete för att förbättra samverkan mellan primärvård, slutenvård och kommuner. Under 2019 genomfördes utbildningsinsatser riktade till sjuksköterskor i primärvård. Ytterligare utbildningar var planerade till 2020 men har fått skjutas upp till följd av pandemin. Inom Bra Liv pågår arbeten med att strukturera och individanpassa vården av kroniskt sjuka patienter. Först ut är nya arbetssätt gällande diabetes- och Astma/KOL-patienter som är de största kroniska sjukdomsgrupperna. Digitala lärcaféer för patienter med hjärtflimmer har anordnats under våren.

Uppdrag/mål: Palliativ vård - vård i livets slutskede

Aktiviteter	Analys
Samverkan med kommunerna och slutenvården	Vårdcentralen ansvarar för den palliativa vården för sina listade patienter i eget boende. Vården ges på vårdcentral eller i patientens hem, vid behov med stöd från specialistteamet SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet).

Uppdrag/mål: God läkemedelsanvändning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Förskrivna antibiotikarecept	recept per 1000 invånare 250	215	Det framgångsrika arbetet med att minska antibiotikaförskrivningen pågår för nionde året i rad. Förskrivningen fortsätter utvecklas i rätt riktning. Målet avser all antibiotikaförskrivning till den listade befolkningen oavsett vem som förskriver. Enligt senaste mätningen förskrivs 215 recept per 1.000 listade. Alla bra Livs vårdcentraler når mål. Kampanjen "Antibiotika bara när det behövs" fortsätter med ny informationsfilm och många nya medarbetare på posters med antibiotikabudskapet. Hitintills har fler än 100 olika medarbetare deltagit med sina ansikten i kampanjen.

Aktiviteter	Analys
Trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning	Sju viktiga områden för en bättre läkemedelsförskrivning har identifierats. Många läkemedel, läkemedelsgenomgångar, receptfria läkemedel, läkemedelsförskrivning till äldre, uppdaterad läkemedelslista vid besök, diabetesläkemedel och astma/KOL-läkemedel. Ett uppföljningsmaterial med vårdcentralens resultat inom dessa områden tillsammans med jämförande siffror för övriga vårdcentraler inom Bra Liv skickas ut för reflektion och dialog kvartalsvis till verksamhetschefer och medicinska rådgivare. Nära samarbete sker med centrala läkemedelskommittén. I arbetet ingår även att inkludera patienten på bästa sätt. Läkemedel är tillsammans med röntgen de viktigaste områdena att belysa i patientöverenskommelser. Inom dessa

Aktiviteter	Analys
	områden uppstår flest frågor från patienten. När det gäller läkemedel är det av avgörande betydelse för behandlingsresultatet att patienten förstår varför, vilka och när läkemedel ska tas. Vi uppmuntrar på olika sätt patienten till att vara aktiva och fråga läkaren om sina läkemedel, bl a i foldern Läkemedel - 7 frågor. Arbetet har stor betydelse både vad gäller behandlingskvalitet, patientsäkerhet, miljö och ekonomi.
Rätt förskrivning av antibiotika	Två av Bra Livs vårdcentraler klarar alla sju av STRAMAs uppsatta kvalitetsmål för antibiotikaförskrivning, sju vårdcentraler klarar 5-6 av målen. Förskrivningen följs upp varje månad på vårdcentralsnivå och redovisas för verksamhetschef och i läkargrupperna.

Framgångsfaktorer: God cancervård

Uppdrag/mål: Standardiserade vårdförlopp cancer

Aktiviteter	Analys
Primärvårdens del i standardiserade vårdförlopp cancer	Primärvården är en del i samtliga standardiserade vårdförlopp. Både genom att identifiera välgrundad misstanke om cancer samt vid uppföljning och rehabilitering. Bra Liv har processledarskap för SVF-hudmelanom, vilket innebär att följa resultat och samordna det gemensamma arbetet. Inom ramen för detta uppdrag har en utbildning riktad till hela primärvården genomförts.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer: Lärande i vardagen

Aktiviteter	Analys
Akademisk vårdcentral	Bra Liv Rosenhälsan fungerar sedan 2020 som Akademisk vårdcentral. För utmärkelsen krävs disputerad personal, inskrivna doktorander och att vårdcentralen bedriver forskning och prövningar, undervisar och handleder vetenskapliga arbeten. En akademisk vårdcentral har särskilda uppdrag att bedriva forskning och utveckling samt utbilda framtidens medarbetare. Bra Livs direktör samt Rosenhälsans verksamhetschef ingår i styrgruppen för akademisk primärvård.
Klinisk undervisningsmottagning (KUM)	Höstterminen 2020 startade Bra Liv Rosenhälsan/Tenhult en klinisk undervisningsmottagning (KUM) i primärvård. Vid en KUM får studenter från olika utbildningsprogram träna och lära sig att samarbeta i interprofessionella team. Två terminer med grupper som består av blivande läkare, arbetsterapeuter och sjuksköterskor har genomförts. Rosenhälsan/Tenhults undervisningsmottagning har fått mycket gott betyg av studenterna. Personalen har upplevt utbildningsuppdraget stimulerande och utvecklande. Region Jönköpings län är först i landet med att starta en KUM förlagd till vårdcentral. Till hösten kommer Bra Liv Råslätt ta över stafettpinnen och erbjuda KUM-utbildning.
Praktisk utbildning för sjuksköterskor i hypertoni/hjärtsvikt, diabetes och astma-KOL	Bra Liv utvecklar ny praktisk utbildning inom de tre största kroniska sjukdomsgrupperna, diabetes, astma/kol och hjärtsvikt. Utbildningen kommer att blanda teoretisk och praktisk kunskap och omfattar tre delar med tre dagar i varje. På grund av pandemin har förberedelserna pausats.
Systematiskt förbättringsarbete	Vårdcentralerna arbetar på ett systematiskt sätt med förbättringsarbeten. Alla vårdcentraler redovisar ett arbete per år på Regionens kvalitetskonferens Utvecklingskraft. Årets förbättringsarbeten handlar om implementering av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Under hösten kommer Bra Liv i samarbete med universitet och högskola att tillhanda kontaktpersoner och låta studenter ta del av och bidra i Bra Livs förbättringsarbeten, som en del av kurs i interprofessionell förbättringskunskap.
Utbildning i remiss till röntgen och ortoped	Bra Liv genomför fortbildning utifrån RAK, rätt använd kompetens. Fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor ges utbildning kring arbetet med bedömning och remisshantering till röntgen och ortopeden avseende patienter med besvär från rörelse- och stödjeorganen. Arbetsmetoder för berörda patientflöden har förändrats vid VC i enlighet med kompetensförstärkningen med hög tillgänglighet i patientflödet via direktaccess till rätt kompetens för utredning, bedömning och behandling. Funktionen fysioterapeut med specialfunktion har prövats och inrättats med goda resultat. Från 2021 är även funktionen arbetsterapeut med specialfunktion införd. För

Aktiviteter	Analys
	specialfunktion krävs kunskaper i att självständigt skriva röntgen och ortopedremisser, ett strukturerat arbetssätt med direkttriagering till sin yrkesgrupp. Funktionen är kompetenshöjande för verksamheten och en attraktiv karriärmöjlighet för medarbetaren.

Uppdrag/mål: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.

Aktiviteter	Analys
Utfasning av årskontroller	Fasta årskontroller fasas ut och ersätts med ett personcentrerat coachande förhållningssätt, där patienten tar eget ansvar för sin sjukdom med vårdcentralen som stöd. Uppföljning sker efter individuella behov och kan göras via fysiska besök, telefon eller digitala kontakter. Verktyget Asthma Tuner testas i en mindre patientgrupp som gör egna Spirometrimätningar och lär sig följa sina resultat i samråd med astmasjuksköterska.

Uppdrag/mål: Fortsatt arbete med rätt använd kompetens (RAK)

Aktiviteter	Analys
Kompetensutveckling i egen regi och eget utbildningsmaterial som bidrar till rätt använd kompetens (RAK)	Under Coronapandemin har flera egna/interna utbildningar pausats exempelvis Praktisk undersköterske- och sjuksköterskeutbildning. En del utbildningar har genomförts digitalt exempelvis "Det goda bemötandet", och skriva ortopedremiss riktad till fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Efter inventering kring verksamheternas behov av kompetensutveckling för fysioterapeuter har utbildning kring rörelsedysfunktion genomförts. Denna fördjupning fortsätter fram till 2022. Till hösten planeras en diabetesutbildning riktad till alla diabetessköterskor i primärvården, även privata vårdcentralers personal bjuds in.
Medarbetarsamtal & kompetensutvecklingsplaner	Redskap för att planera kompetensförsörjning och utbildnings & utvecklingsaktiviteter. Planering är påbörjad för överföring av processen med medarbetarsamtal, individuella och övergripande kompetensplaneringar till Lärande- och kompetensplattformen till 2022.
Uppdragsbeskrivningar	Uppdragsbeskrivningar med strategiska kompetensplaner finns för varje yrkesgrupp. Dessa tydliggör vilka kompetensområden som samtliga medarbetare inom yrkesgruppen behöver och vilka spetskompetenser som ska finnas. Uppdragsbeskrivningarna revideras årligen via Bra Livs fokusgrupp för kompetensutveckling och samverkas sedan i Bra Livs samverkansgrupp.

Uppdrag/mål: Fortsatt arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS)

Aktiviteter	Analys
Arbete i fokusgrupper	Bra Liv arbetar i 8 fokusgrupper inom strategiskt viktiga områden för att främja Bra Livs måluppfyllelse och utveckla

Aktiviteter	Analys
	verksamheten. Ekonomi, Läkarrekrytering, Kompetens, Kommunikation, Läkemedel, lab & röntgen, Fundament & värdegrund, Patientsäkerhet & ledningssystem samt Framtid & strategi. På grund av coronapandemin ligger arbetet tillfälligt vilande i flertalet av grupperna.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare

Framgångsfaktorer: Ett starkt arbetsgivarvarumärke

Aktiviteter	Analys
Värdegrund och varumärke	Bra Liv har en gemensam levande värdegrund. Vi arbetar med att förtydliga vårt varumärke, medarbetarskap och chefsuppdrag genom möten, foldrar, utbildningar med mera. Gamla och nya medarbetare ska känna till vilka vi är, vad vi gör, vad vi vill och vad vi lovar. Invånarna ska känna till vårt varumärke och uppleva oss trygga och tillgängliga med hög kvalitet.

Uppdrag/mål: Strategisk kompetensförsörjning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Årsarbetare		1 035 ▬	En stor del av årsarbetarökningen avser sjuksköterskor på timanställning till vaccinationsmottagningarna. När det gäller tillsvidareanställda har de ökat med 17 sedan december 2020. Hela ökningen avser ST-läkare. Övriga yrkesgrupper har förändrats marginellt en del uppåt andra nedåt.
Personalomsättning	10 %	7 % ●	Personalomsättningen minskade under 2020 och denna trend håller i sig. Minskning ses i alla verksamheter och kan till stor del förklaras av pandemin. Bra Livs personalomsättning började dock minska redan under hösten 2019 och är lägre än i regionens övriga verksamhetsområden varför vi tror att våra strategier för att vara en attraktiv arbetsgivare har givit resultat.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	6,1 % ■	Jämfört med föregående år har Bra Livs utnyttjande av bemanningsföretag minskat. Minskningen är möjlig på grund av ständigt pågående arbete med rätt använd kompetens, nya arbetssätt och utökad egen bemanning. Under föregående år har flera ST-läkare blivit klara specialister och nya ST-läkare har anställts. Tillskotten har varit större än pensionsavgångar och annan personalomsättning. Trots stor ökning av ST-läkare ser vi ett fortsatt behov av bemanningsläkare. De nya ST-läkarna tar inte alltid anställning vid de enheter där de allra bäst behövs.

Aktiviteter	Analys
Minska beroendet av bemanningsföretag	Beroendet av bemanningsföretag minskas genom kontinuerligt arbete med rätt använd kompetens och med framgångsrikt rekryteringsarbete. Bra Livs läkarförsörjningsteam har både läkar- och HR-kompetenser och är nära knutet till verksamheten. Chefer ges stöd i rekryteringen av främst utlandsutbildade läkare. Teamet stöttar med cv-granskningar, medicinska kompetensbedömningar, intervjuer, bygger nätverk samt

Aktiviteter	Analys
	deltar i mässor nationellt och internationellt. Bra Livs rekryteringsspecialist arbetar framgångsrikt med relocation-insatser för nyrekryterade utlandsutbildade läkare liksom deras chefer. De ges stöd kring integration i såväl samhälle, kultur, vardagsliv som i arbetsliv. Relocation-insatser samt fredagsseminarier främjar hållbarheten i anställningarna av de nyrekryterade utlandsläkarna. Det motverkar risken för avgång och ett efterföljande bemanningsbehov av hyrläkare. Få utlandsrekryterade läkare lämnar, utifrån Bra Livs samlade strategi och stödkoncept för utlandsläkare, sina tjänster vid våra vårdcentraler.
Utbildningsanställningar 2021.	Bra Liv har under ett par års tid haft möjlighet att erbjuda utbildningstjänster på hel- eller halvfart till sjuksköterskor som vill vidareutbilda sig till distriktssköterskor. Hitintills har åtta personer blivit klara distriktssköterskor. Därutöver har vi 20 sjuksköterskor som har pågående utbildningstjänster som blir klara under de närmsta två till tre åren. I augusti började 10 nya sjuksköterskor utbildningsanställningar.
Mötesarena	Utbildningsdagar för all personal som normalt genomförs en gång per år. Mötesarenadagarna ger kompetensutveckling inom prioriterade områden samt främjar och stärker gemenskap och samverkan mellan vårdcentralerna. Även 2021 pausas Mötesarena p.g.a pandemin.

Uppdrag/mål: Utökad bemanning

Aktiviteter	Analys
ST-läkare både på liten och stor vårdcentral	Bra Livs ST-läkare uppmuntras att förlägga sin utbildningstid till både stor och liten vårdcentral. Syftet är att bredda individens kompetens och att förbättra rekryteringsmöjligheterna till små vårdcentraler. Vi har ett fåtal exempel där det redan från ST läkarens anställning är inplanerat tjänstgöring på två olika vårdcentraler.
Nässjö utbildningscentrum med international office	Vid Nässjö utbildningscentrum (NUC) utbildas och kompetensvärderas läkare med utländsk utbildning. I mån av plats utbildar och introducerar vi även läkare som ska arbeta vid sjukhusens kliniker. I konceptet ingår fredagsseminarier med medicinsk utbildning, kultur & integration samt språkutbildning. Coronapandemin gör det svårt att rekrytera från andra länder varför utbildningen vid NUC har varit pausad under vårterminen. NUC har främst utbildat så kallade EU-specialister, dvs specialist i allmänmedicin med utbildning och erfarenhet från annat EU-land än Sverige. Inför hösten pågår ett planeringsarbete för att ta emot utlandsutbildade legitimerade läkare som ska göra bastjänstgöring (BT) innan de påbörjar ST-tjänst. Bra Liv kommer inledningsvis att ta emot två BT-läkare per intagningstillfälle som har sökt till sjukhusklinik. Därutöver finns möjlighet att bereda som mest fyra Bra Liv anställda utbildningsplats på BT eller ST-nivå beroende på behov.
Attraktiva praktikplatser för alla yrkeskategorier	Vårdcentralerna Bra Liv ser studenter som framtida medarbetare och vill ge dem en positiv bild av vår verksamhet. Vi erbjuder verksamhetsförlagd utbildning

Aktiviteter	Analys
	(VFU) och sommarpraktik för olika yrkesroller. Ett VFU-råd har inrättats tillsammans med Futurum. Vi tar emot gymnasieelever på prao-vecka, Strimma-grupper, läkarstudenter som i grupp övar samtalsmetodik under handledning. Vi verkar för obligatorisk randning på vårdcentral för sjukhusspecialisternas ST-läkare.
Kompetensförsörjningsstrategi	Verksamheten märker av en allt hårdare konkurrens om arbetskraften. Förutom läkare är flera av våra övriga professioner svårrekryterade särskilt till mindre orter. I södra länsdelen används rekryteringstillägg för yrkesgrupperna fysioterapeuter och sjuksköterskor. För läkare tillämpas zon-tillägg vid vårdcentraler som över tid haft bemanningssvårigheter. Vårdcentralerna stöttar varandra klustervis exempelvis med pandemiuppdragen. Vi samverkar med bemanning mellan vårdcentraler via ambulerande bemanning samt pool-tjänst vid längre vakanser. Vår strategi är att utveckla och behålla våra medarbetare samt att attrahera nya medarbetare. Det gör vi exempelvis genom egen kompetensutveckling, möjlighet till utveckling och forskning inom ramen för anställning, individuell lönesättning, prestations- och målbaserad utvärdering vid löneöversyner, bra omhändertagande av studenter, gott ledarskap, god fysisk, organisatorisk och social arbetsmiljö. För att främja framtida bemanning och hållbarhet i rekryteringar tillgodoser vi goda introduktionsformer vid nyanställning. Vi planerar för närvarande ett mingel för nyanställda medarbetare kring att arbeta (tvärprofessionellt) i Bra Liv och inom primärvård. Vi tar emot PTP-psykologer för att främja framtida psykologbemanning, tillgodoser grundutbildning i psykoterapi (KBT steg 1) och möjliggör förmånlig utbildningsanställning till distriktssköterska. HR enheten ger stöd kring kompetensförsörjningsplanering och kompetensbaserad rekrytering. Enskild vårdcentrals och Bra Livs övergripande kompetensförsörjningsplan sträcker sig fram till 2022 och revideras fortlöpande. Under sommaren har ett större antal externa samt tidigare pensionerade medarbetare rekryterats till arbetet med covidvaccinationerna.

Framgångsfaktorer: Kompetenta, delaktiga och engagerade medarbetare

Uppdrag/mål: En välfungerande lönebildning

Aktiviteter	Analys
Chefsutbildningar inom löneområdet	Lönerevisionsutbildning där teori varvades med praktikfall genomfördes i januari. Under 2022 planeras för ytterligare fördjupningsutbildningar.

Uppdrag/mål: Hållbart chefskap

Aktiviteter	Analys
Bra Liv Chefsutveckling	Bra Liv Chefsarena, utbildningsdag för alla chefer

Aktiviteter	Analys
	genomfördes digitalt i juni. Chefsarena bidrar till att stärka och utveckla cheferna i sin ledarroll och stärker samverkan mellan vårdcentralerna. I samband med coronapandemin infördes korta chefsenkäter som genomförs ett par gånger per år för att känna av chefernas arbetsmiljö. After Work, för verksamhetschefer och stabsledning anordnas två gånger per termin. Träffarna genomförs i varje länsdel och ger cheferna möjlighet att träffas och att ventilera aktuella frågeställningar. Under hösten planeras liknande After Work för första linjens chefer. Andra forum för chefsutveckling inom Bra Liv är rollen som handledare för Chefstrainee och som mentor för nya chefer.
Chefsintroduktion	Ett strukturerat introduktionsprogram för nya chefer används och vidareutvecklas. Introduktionen löper under minst ett år med uppföljning och återkoppling. Den innehåller både träffar i grupp och individuell introduktion. Samtliga nya verksamhetschefer erbjuds mentorer.
Chefstrainee	Program för Bra Livs medarbetare med intresse för ledarskap. Programmet löper under ett år och innehåller både teoretiska avsnitt samt praktik genom att auskultera hos erfaren Bra Liv chef. En ny traineeomgång påbörjas i september. En hög andel av tidigare traineer har gått vidare som chefer i Bra Liv.

Uppdrag/mål: Hälsa och likabehandling

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - sjukfrånvaro	5,2 %	4,8 %	Sedan pandemiutbrottet våren 2020 har sjukfrånvaron pendlat mellan 5,2 och 5,8%. I år några tiondelar lägre än föregående år. I juli var sjukfrånvaron under 5% för första gången sedan innan pandemin och minskar ytterligare till 4,8% i augusti.
Frisknärvaro	66 %	57 %	Frisknärvaron det vill säga andel medarbetare som har haft max 5 sjukfrånvarodagar de senaste 12 månaderna ligger i augusti på 57 %. Något högre för män och lägre för kvinnor. Minskande frisknärvaro kan kopplas till coronapandemin, då riktlinjerna är att stanna hemma vid minsta symptom. Sedan mars ökar frisknärvaron igen.

Aktiviteter	Analys
Hälsofrämjande arbetsplatser	Mål är att främja utvecklingen av god hälsa, frisknärvaro och arbetstrivsel för Bra Livs medarbetare och därmed främja Bra Liv som attraktiv arbetsgivare. Exempel på hälsostrategier är arbete för att lyfta fram och stärka de organisatoriska förutsättningarna för chefs- och ledarskap, insatser för medarbetarnas delaktighet, arbetsglädje och hälsa på arbetsplatsen. Bra Livs chefer bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) och verkar för ett tidigt aktivt rehabiliteringsarbete vid behov. Central uppföljning görs månadsvis per VC och totalt Bra Liv kring aktuellt sjuk- och frisknärvaroläge. Detta görs systematiskt för att underlätta chefernas översikt på området och för att säkerställa vikten av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Aktiviteter	Analys
Sveriges bästa offentliga arbetsgivare	Bra Liv strävar tillsammans med övriga Regionen efter att bli Sveriges bästa offentliga arbetsgivare och ha Sveriges bästa samverkansgrupp. I samband med detta ser vi över chefernas organisatoriska förutsättningar bl a avseende antal medarbetare per chef och landar i snitt på 18 medarbetare per chef. Vår inriktning är att tillämpa ett maxantal om 32 medarbetare per chef. Bra Livs övergripande samverkansgrupp fungerar bra. Vi arbetar med tidig delaktighet vid organisatoriska förändringar och i allt utvecklingsarbete. Många riskbedömningar görs tillsammans med samverkansgruppen inte minst i pandemiarbetets många snabba omställningar. Bra Liv har varit delaktig i två workshops avseende arbete i samverkansgrupper, arrangerade av regionens HR-direktör. Bra Liv har en stor extra arbetsbelastning med provtagning, vaccinationer och administrationen runt detta arbete. Det är en utmaning att bemanna verksamheterna särskilt avseende massvaccinationerna som pågår och hade en toppbelastning under semesterperioderna. Cheferna har tillsammans med HR-enheten skrivit in 250 personer på timvikariat för vaccinationsarbetet. De skrevs in över sommarperioden så nu pågår arbetet med förlängningar året ut eftersom vaccinationsuppdraget har utvidgats och kommer att pågå ytterligare en period. Främst är det pensionerade sjuksköterskor som är inskrivna för uppdraget. Trots hög arbetsbelastning har Bra Liv kunnat tillgodose fyra veckors sammanhängande semester både för medarbetare och chefer. Vi värnar medarbetarnas arbetsmiljö och möjlighet till återhämtning och har verkat för att inte avbryta semestrar. I de flesta fall har det varit möjligt att hitta andra lösningar. Medarbetarna tar stort ansvar för sitt arbete och sin arbetsplats. De känner mening och engagemang för sitt arbete och invånarnas hälsa. Sjukfrånvaron minskar och frisknärvaron ökar. Personalomsättningen ligger lågt.
Alla nyanställningar ska utgå från heltid	Bra Liv har som arbetsgivare heltidsanställningar som utgångspunkt vid rekrytering. Tjänstgöringsgraden ökar de facto varje år för såväl kvinnor som män. I det fall en medarbetare av något skäl inte önskar eller kan arbeta heltid, gör chefer en bedömning av möjlighet till deltid utifrån verksamhetens och medarbetarens olika behov.

Ekonomi

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag/mål: Arbeta kostnadseffektivt för att uppnå ekonomi i balans

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	63 999 tkr	**Resultat mot budget jan-aug:** plus 64 mnkr. Intäkterna ökar med 22% medan kostnadsökningen är 8%. **Intäkter:** Coronarelaterade intäkter under perioden är 133 mnkr, de är inte budgeterade. Övriga intäkter följer i stort sett budget. **Personalkostnader:** Personalkostnaderna fortsätter öka enligt förväntan p.g.a pandemiarbetet. Kostnadsökning med 16% jmf med föregående år. Ökningen beror på fler anställda både tillsvidare och visstid/timanställda och högre övertidsuttag. I juni hade vi ca 130 timanställda i juli och augusti drygt 100 timanställda främst för vaccinationsarbetet, normalnivå innan pandemin ca 40. Tillsvidareanställda har ökat med 18 sedan slutet av 2020. Ökningen består främst av ST-läkare. I januari och februari har större belopp betalats ut avseende framförhandlade extraersättningar, 6.000 kr per extra arbetspass över jul/nyår 2,4 mnkr. Extra timersättning för övertid över 200 timmar för 2020, 0,7 mnkr. I april räknades den innestående semester och kompensationsledighetsskulden upp med nytt löneavtal, 1,1 mnkr. Övertidsuttaget ökar kraftigt för flera grupper beroende på högt tryck i smittspårningsarbetet samt planering och nu genomförande av storskaliga covidvaccinationsmottagningar. Jämfört med föregående år har kostnader för övertid/mertid ökat med 6 mnkr. Sommarsemestrar är uttagna i normal omfattning men precis som föregående år är semesteruttag under våren och planerat inför hösten betydligt lägre än normalår, vilket leder till ökade kostnader för semesterlöneskuld. Total kostnadsökning för personal med hyrläkare inkluderat är 14%. **Hyrläkare**: Kostnader för hyrläkare är 10% lägre än samma period föregående år. Bemanningen ligger på 18-20 linjer och förväntas ligga i samma nivå under hösten. Under sommaren har hyrläkarbemanningen varit 15 linjer i juli och 17 i juni och augusti. **Läkemedel:** Kostnadsutfall lika med utbetalad läkemedelsersättning. **Röntgen:** Beställningar har successivt ökat under året. Efter augusti har vi en volym- och kostnadsökning på 13%. **Lab:** Undersökningar på mikrobiologlab och patologlab ligger fortfarande på lägre nivåer än föregående år medan klinkem och klinfys ökar. Störst ökning står klinfysundersökningar för som har ökat med 12%, främst avseende ultraljud hjärta och långtids-EKG. **IT, förråd, lokaler:** Dessa poster har negativa

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			budgetavvikelser som kan relateras till pandemin. Exempelvis extra inhyrda vaccinationslokaler, skyddsutrustning, mer bärbar digital utrustning, fler anställda med behov av utrustning. **Utomlänsbesök inkl digitala besök:** Kostnader för utomlänsbesök främst digitala "app-besök" har jmf med föregående år ökat med 30%, från 14 till 18 mnkr. Vi bedömer denna utveckling som negativ för våra länsinvånare. Förutom att många besök minskar våra ekonomiska resurser, ser vi att många besök hos externa aktörer försvårar den nära vårdens utveckling med hög kontinuitet och individanpassad vård. Vi arbetar för att behålla våra listade invånare hos oss genom att utveckla och förbättra våra egna digitala tjänster. App-besöken är främst enkla snabba besök som vi ser att vi kan göra mer kostnadseffektivt i egen verksamhet, vilket skulle ge mer resurser för vård till kroniker och multisjuka patienter.
Prognos	0 tkr	65 000 tkr	Bra Liv prognostiserar ett överskott om 65 mnkr för helår 2021. Intäktsprognosen bygger på att vaccinationer och provtagning fortsätter men i mindre omfattning, ersättningen beräknas till ytterligare 45 mnkr. En lägre personalkostnad prognostiseras för perioden sept-dec jämfört med sommarperioden med en nedgång till senvårens nivå. Vaccinationsmottagningarna är till stor del bemannade med timvikarier. Vår bedömning är att detta behov successivt kommer att minska. Hyrläkare bedöms ligga på nuvarande nivå 18-20 linjer under resterande del av året. Gällande läkemedel prognostiseras kostnader i nivå med utbetalad ersättning. Kostnader för lab och röntgenundersökningar förväntas öka under hösten enligt tidigare års mönster. Kostnader för digitala besök och utomlänsbesök förväntas öka under hösten. Övriga kostnader förväntas ha en rak kostnadsutveckling under resterande del av året.
ACG-vikt	1	1	Efter långt och enträget arbete med att säkerställa diagnossättning i alla relevanta sammanhang når Bra Livs vårdcentraler en sammanvägd ACG vikt på 1,0 i maj. I perioden juni till augusti har vikten fallit till 0,999. ACG är den parameter som har störst betydelse för ersättningen per listad. Vi strävar efter att alltid göra korrekta diagnosregistreringar för att nå rätt ACG-vikt. Bra Liv har 74% av befolkningen, en hög andel av de äldsta invånarna och av länets diabetiker, vilket enligt vår uppfattning bör motsvara minst 1,0 i ACG-vikt.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	År 2021 kommer enligt prognos hamna på ett överskott. Överskottet beror till stor del på ersättningar för det coronarelaterade merarbetet, provtagning, smittspårning och vaccinationer. Mycket av arbetet utförs av befintlig personal

Aktiviteter	Analys
	genom omfördelning och omprioritering av arbetsuppgifter. Det är svårt att särskilja vilka kostnader som är relaterade till pandemin. Vår bedömning är att verksamheten kommer att få svårt att behålla det ekonomiska överskottet då coronarelaterade extrapengar försvinner. Vår tidigare framtagna handlingsplan för ekonomi i balans är fortfarande aktuell. • Anpassa egen bemanning • Minska hyrläkarbemanningen • Minimera sjukfrånvaron • Minska kostnader för läkemedel, lab- och röntgenundersökningar. • Full kvalitetsersättning • Inga kvalitetsavdrag • ACG ska öka till 1,0 • Öka marknadsandelen avseende listade invånare
Jämförelser	Tre gånger per år tas jämförelsetal fram avseende kostnader per viktad invånare. Invånarna viktas efter den ersättning de genererar baserat på ACG (diagnosvikt) och CNI (socioekonomiskt index). När det gäller läkemedel viktas invånarna efter ålder. Jämförelsetalen används som underlag för analys och förbättringar. Vid behov bryts jämförelsetalen ned på individnivå. Personal är verksamhetens enskilt största och viktigaste resurs. Ett arbete pågår för att göra bättre personaljämförelser i syfte att kunna optimera bemanningen på vårdcentralerna, utifrån behov och ekonomi.
Hyrläkarråd	HR-chef och ekonomichef värderar alla önskemål om hyrläkare innan beställning. Det finns en utsedd person som håller i alla kontakter med hyrläkarbolagen. Under våren har 18-20 hyrläkare använts i verksamheten. För hösten är samma nivå beviljad.
Koncernsamarbete	Samarbete mellan vårdcentraler går som en röd tråd genom Bra Liv. Samarbetet omfattar allt från personalutbyte, gemensamma utbildningar och koncept, gemensamma specialistfunktioner till lån av material och erfarenhetsutbyten. Controller och HR-partner har förutom sina expertkunskaper en viktig sammanhållande funktion. De kan förmedla information mellan vårdcentralerna om allt från vilken vårdcentral som har behov av hjälp med personal och vilken som har god tillgång på resurser till vem som har arbetat med rutiner eller arbetssätt inom ett visst område.
Affärsplaner	Vårdcentralerna beskriver sin verksamhet en gång per år i en affärsplan. Affärsplanen innehåller beskrivning av verksamheten, strategier för året samt vid behov en ekonomisk handlingsplan, som följs upp i möten där vårdcentralsledningar och Bra Livs stab deltar. Under hösten görs extra uppföljningar med de enheter som bedöms ha störst behov av stöd för att nå ekonomi i balans på lång sikt.

Hållbarhet

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt.

Framgångsfaktorer: Vi är klimatsmarta - transporter

Aktiviteter	Analys
Bra Liv nära - digitala vårdmöten	Digitala tjänster bidrar till en minskad klimatpåverkan då patienten kan få hjälp utan att fysiskt komma till vårdcentralen.

Uppdrag/mål: Under programperioden ska klimatpåverkan per årsarbetare minska med minst 40 procent för tjänsteresor, inklusive egna godstransporter, jämfört med 2019

Aktiviteter	Analys
Öka andelen förnybara drivmedel i pool-, verksamhets- och transportbilar till minst 70 procent år 2025. D.v.s. välj fordon enligt drivmedelsstrategin och tanka alltid rätt drivmedel.	Nästa alla fordon finns med i statistiken för tertial 2. 58 fordon finns med i statistiken och inom prioritering 1 i drivmedelsstrategin finns 17 biogasbilar och i prioritering 2 finns 10 etanolbilar. Vårdcentralerna Bra Liv har även 20 st hybridbilar vilka har en låg prioritering i drivmedelsstrategin. Av de fordon som drivs med biogas har 94,4% även tankats med biogas vilket är en hög följsamhet. Däremot har följsamheten minskat för etanolbilarna där endast 44,4% är tankat med etanol. Det är ett flertal vårdcentraler som enbart tankat bensin i dessa. Miljösamordnaren kommer att utreda vad detta beror på och därefter ta fram åtgärder.

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - upphandling

Uppdrag/mål: År 2025 ska 100 procent av våra särskilt farliga kemiska produkter utretts med syfte att hitta hälso- och miljöanpassade alternativ. Vi ska ha bytt ut produkter där det varit möjligt.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel särskilt farliga kemiska produkter som utretts	100 %	–	

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - läkemedel

Aktiviteter	Analys
Ansvarsfull läkemedelsförskrivning	Läkemedel är Bra Livs största miljöpåverkande faktor. En ansvarsfull förskrivning innebär att rätt läkemedel i rätt mängd förskrivs till patienten, se aktiviteter under läkemedelsanvändning. För att minska svinn har Bra Liv sedan årsskiftet ett system för att meddela varandra när en vårdcentral har vaccin eller läkemedel där datum börjar gå ut som de inte kommer att hinna använda, så att någon annan som har behov kan överta doserna. Vår mottagning på A6, som vaccinerar mycket, är den enhet som kom med idén och som har övertagit mest vaccin från andra.

Uppdrag/mål: Under programperioden ska förskrivningen av prioriterade miljöbelastande läkemedel minska.

Aktiviteter	Analys
Utöka användningen av icke-farmakologiska behandlingar och stöd till livsstilsförändringar.	Ingår i vårt arbete med trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning.
Förskriva startförpackningar där så är möjligt och arbeta med tidsbegränsade ordinationer.	Ingår i vårt arbete med trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning.
Verka för att läkemedel med samma effekt och med mindre miljöpåverkan prioriteras vid förskrivning och rekommendation. Utgångspunkten för arbetet är den lista över prioriterade läkemedel som finns här: https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/api/Evolution/pdf/74607ef1-048d-441f-9ac9-4be909efade8	Ingår i vårt arbete med trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning.

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka.

Framgångsfaktorer: Vi använder våra resurser klokt - cirkulära materialflöden

Uppdrag/mål: Hållbar användning av förbrukningsmaterial: År 2025 ska klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsartiklar minska med minst 15 procent jämfört med 2019.

Aktiviteter	Analys
Främja användning av förbrukningsmaterial som går att materialåtervinna och består av återvunnen och/eller förnybar råvara. D.v.s. minska användningen av engångsprodukter och när engångsprodukter måste användas;	På grund av pandemin har det varit svårt för Vårdcentralerna Bra Liv att försöka minska engångsprodukterna då användningen och mängden ökat under pandemin rejält. Dock har man försökt att börja se över detta nu och ett exempel är att man minskat användningen av brittspapper

Aktiviteter	Analys
Välj produkter som rekommenderas från miljösynpunkt.	och istället köpt in avtorkningsbara örngott på flera vårdcentraler.

Region Jönköpings län

Delårsrapport 2
Tertial 2 2021

Verksamhetsstöd och service

Dnr 2021/136
Miriam Markusson Berg, Direktör
Verksamhetsstöd och service
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **7**

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder 7

Strategiska mål: Vi skapar värde för kunden 8

Process och produktion **12**

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare 12

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård 12

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård 13

Strategiska mål: Kostnadseffektiv upphandling 14

Lärande och förnyelse **15**

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap 15

Strategiska mål: Vi har en kultur som präglas av kreativitet och nyfikenhet. 16

Medarbetare **19**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare 19

Ekonomi **21**

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt 21

Hållbarhet **24**

Strategiska mål: Vi ska minska vår klimatpåverkan från våra fastigheter och anpassa vår verksamhet till ett förändrat klimat. 24

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt. 25

Strategiska mål: Våra inom- och utomhusmiljöer ska vara hälsofrämjande och hållbara. 26

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar. 27

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel. 28

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar livsmedelsproduktion, hälsosamma matvanor och en ökad självförsörjningsgrad. 28

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. 31

Strategiska mål: Vi är en del av en samhällsutveckling som bygger på tillit, förtroende, delaktighet och ansvar. 32

Inledning

Verksamhetsstöd och service ger stöd och service till Region Jönköpings läns verksamheter och länets invånare inom 13 olika områden;



Inom Verksamhetsstöd och service pågår ständiga förbättringar för att förverkliga idén om att ”Vara en trygg och nära samarbetspartner som ger kundnytta genom samverkan, tillgänglighet och kompetens.” Stort engagemang läggs på att skapa enhetlig service, enhetlig prissättning och lika villkor över länets alla delar.

På vår gemensamma ledardag med fokus på att bli bättre tillsammans, identifierades tre förbättringsområden. Ett område utgjorde det övergripande samarbetet inom Verksamhetsstöd och service. Det ledde till att en så kallad frukostklubb startades upp för chefer, ledare och stödfunktioner med syfte att skapa nätverk, utgöra forum för diskussion samt höja kunskapen om gemensamma förutsättningar, frågor och strategier för Verksamhetsstöd och service.

Budgeterade intäkter och anslag uppgår till 1 796 miljoner kronor. Budgetavvikelsen uppgår efter andra tertialet till plus 5,1 miljoner kronor. Prognosen visar en budgetavvikelse på + 2,8 miljoner kronor.

Jämfört med motsvarande period föregående år har antalet faktiska årsarbetare ökat med 30,4 årsarbetare och uppgår i snitt till 936,7 årsarbetare. Ökningen avser främst område närservice.

Några områden har större utmaningar än andra. Område invånarservice – med enheten 1177 Vårdguiden på telefon som har hög personalomsättning. Ett annat område är område måltid som arbetar med att komma till rätta med den negativa budgetavvikelsen.

Ytterligare ett område med stora utmaningar är hjälpmedelscentralen, HMC, som har en underskottsproblematik beroende på att förbrukningen av läkemedelsnära produkter är betydligt större än finansieringen.

I samband med att restriktionerna lättar planeras det för att starta de pausade ledarprogrammen under

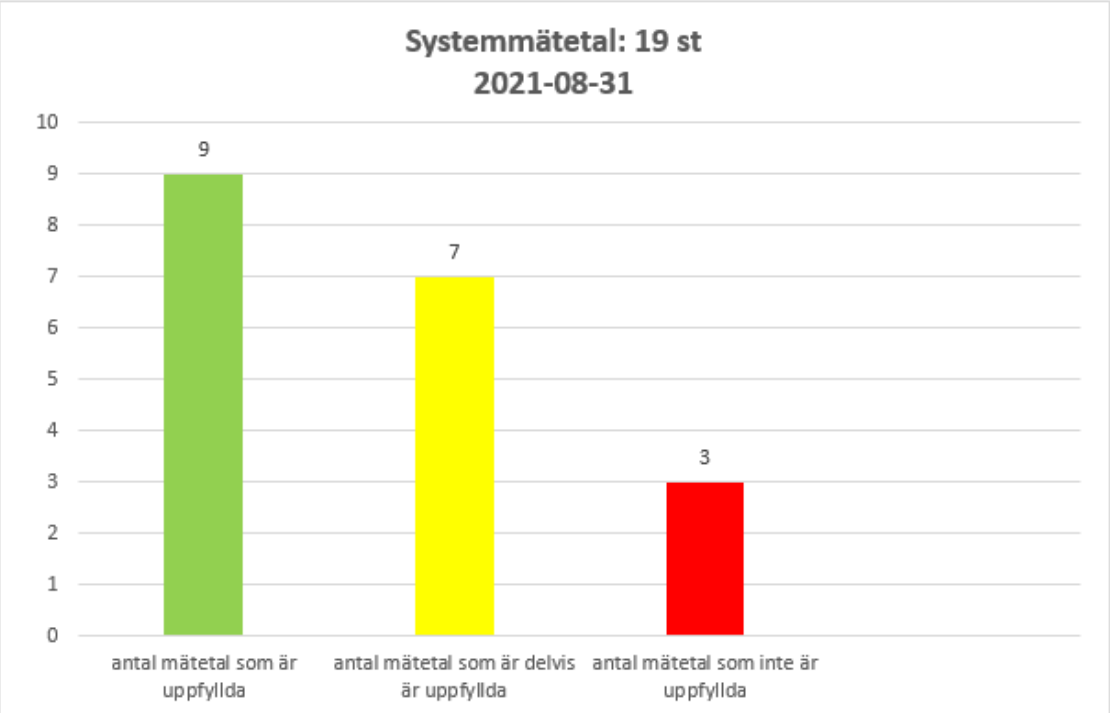
hösten. Även arbetet med mångfald och integration "Bästa arbetsplatsen" kommer att tas upp under hösten.

Arbeten pågår med att anpassa verksamheterna till det nya normala är exempelvis flexiblare arbetsplatser, resfria möten, hållbart resande, lagerhållning och återgång till ordinarie verksamhet såsom besökare till restaurangerna.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2021-08-31	Andel	2020-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	3	75%	0	0%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	1	25%	2	40%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	0		3	60%
Antal mätetal som mäts	4	100%	5	100%

Målen är uppfyllda för mätetalen kostnad för bemanningsföretag, ekonomi i balans och prognos. För mätetalen Personalhälsa- sjukfrånvaro är målet delvis uppfyllt. Att detta mål inte uppfyllts beror till stor del på pandemin. Tillsammans med de fyra från fullmäktige beslutade mätetal så redovisar vi totalt 19 mätetal som sammanställts i bilden nedan.



Kostnad för bemanningsföretag
Andel områden/ enheter har framtagna handlingsplaner gällande våra 4V
Ekonomi i balans
Prognos
Köpt energi
Andel MSC-märkt fisk och skaldjur
Genomsnittlig klimatpåverkan
Matsvinn per restaurangportion
Regionfastigheter - Vakansgrad, andel tomställda lokaler %

Öka antalet årsarbetare som utför vårdnära servicetjänster inom Närservice jämfört med förgående år
Personalhälsa - sjukfrånvaro
Andel A- och B-klassade byggmaterial vid om- och nybyggnation.
Andel svenskproducerat kött, mejeriprodukter och ägg
Andel svenskproducerad frukt, bär, grönsaker och potatis
Andel ekologiska livsmedel
Andel Fairtrademärkt och ekologiskt producerat kaffe, te, drickchoklad och banan

Uppföljningsmått - Nationell mätning (antal samverkande regioner/ landsting)
Besvarade samtal inom 9 min per månad
Matsvinn per patientportion

Medborgare och kund

Inom Verksamhetsstöd och service arbetar vi aktivt med kundfokus. Av Region Jönköpings läns 13 grundläggande värderingar fokuserar vi särskilt på kundorientering, snabba reaktioner och samverkan. Dessa tre ingår i våra 4V-Vision, värderingar, verksamhetsidé och verksamhetsmål. En viktig framgångsfaktor för att lyckas är att det finns etablerade forum för dialog med kund.

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer: Personcentrerad vård

Aktiviteter	Analys
Personcentrerad vård 1177 Vårdguiden på telefon via samtalsprocessen.	Varje samtal till 1177 Vårdguiden på telefon innebär att en individuell bedömning utförs genom rådgivningsstöd och hänvisningsdokument där hänsyn tas till den inringandes symtom och besvär. Detta leder till individuella råd eller hänvisningar.

Framgångsfaktorer: Hög tillgänglighet

Uppdrag/mål: Förbättra tillgängligheten till 1177 vårdguiden på telefon.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Uppföljningsmått - Nationell mätning (antal samverkande regioner /landsting)	17 st	10 st	10 regioner är med i samverkan vardagar kl.07-16 och alla nätter kl.22-07. Fem av dessa regioner samverkar dygnet runt. Västra götalandsregionen har valt att lämna samverkan den 18 januari i år.
VO Invånarservice 1177 - Besvarade samtal inom 9 minuter per månad	75 %	5 %	Fortsatt mycket långt från målvärde. De största orsakerna till att målvärdet är långt borta bedöms vara flera; det ökade inflödet av samtal gällande Coronaviruset, det ökade trycket på primärvården som leder till att invånare inte når sin vårdcentral eller kan ha längre väntetider än vanligt. Målvärdet bedöms ouppnåeligt (i nuvarande samverkanskluster) då alla våra samverkanspartners behöver höja sin bemanning. Arbete pågår i de regioner som samverkar dygnet runt för att få till förbättringar. Vi i Region Jönköpings län har fått utökade resurser för att höja vår bemanning och har så gjort under det gångna året.

Aktiviteter	Analys
Förbättra tillgängligheten till 1177 vårdguiden på telefon.	För att uppnå det beslutade tillgänglighetsmålet, besvara 75 % av inkommande samtal inom 9 minuter, behöver samtliga regioner vara med samverkan samt vara fullt bemannade (utifrån antalet invånare i respektive region). Rekrytering för 1177-enheten i region Jönköping fortgår och som tidigare är målet att bli fullt bemannade, 31 årsarbetare. Rekryteringsaktiviteterna har haft ett positivt utfall de senaste två åren och utgångsläget i början av 2021 är att vi har 29,1 årsarbetare i augusti månad. En begränsning gällande rekryteringsarbetet är att den fysiska lokalen i Jönköping är alldeles för liten rent ytmässigt för att inrymma

Aktiviteter	Analys
	fler medarbetare. Ytterligare medarbetare än vi har i nuläget kan innebära problem på grund av platsbrist. Nya medarbetare kan därför eventuellt endast bli aktuella om de kan arbeta på kontoret i Nässjö, vilket merparten av de som erbjudits tjänst har tackat nej till. Genom ett aktivt arbetsmiljöarbete har personalomsättningen minskat något de senaste två åren, vilket också föranleder bättre startläge för året jämfört med tidigare.

Framgångsfaktorer: Vårdnära service

Uppdrag/mål: Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, utan ökade kostnader, flyttas över till servicepersonal för rätt använd kompetens

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Öka Antalet årsarbetare som utför vårdnära servicetjänster inom Närservice jämfört med föregående år.	20 st	17 st ◆	Tjänster för måltidshantering i avdelningskök på akutmottagning och medicinavdelning E, Länssjukhuset Ryhov, har övertagits från område måltid.

Strategiska mål: Vi skapar värde för kunden

Framgångsfaktorer: Vi har kunskap om kunden och dennes behov

Aktiviteter	Analys
Varje område beskriver hur man får kunskap om kund och dennes behov.	Alla område arbetar med att beskriva hur man får kunskap om kund och dennes behov, nedan några exempel: **Måltid** Arbetar med insamling av kunders synpunkter och behov i olika forum, kostombudsträffar, daglig styrning, dialog med vårdenhetschefer, dietistmöten och enkätundersökningar. Vid behov kontaktas kunder i olika frågor för att se om behoven tillgodosetts, t.ex. har riktade frågeställningar ställts till restaurangkunderna som ett led i vårt utvecklingsarbete. Som exempel har vårdenhetscheferna nyligen bjudits in för att diskutera olika delar i den förändring som område måltid i Värnamo ska genomföra under året och i Eksjö genomförde man i mars ett pilotprojekt med den nya á la cartemenyn. Att få in synpunkter från vården innan vi går in i skarpt läge är av största vikt för projektets införande. Vidare samlar område måltid in kunskap om kundernas behov genom en aktiv omvärldsspaning och en hög kunskap kring måltidsprocessen och måltidsmiljön. **Ekonomi** Varje redovisningsansvarig har löpande kontakt med sin verksamhet och gör förändringar efter behov. **Länstransporter** Regelbunden kontakt med Laboratoriemedicin, Läkemedelsförsörjning och Tvätteriet i Norrköping. Vid telefonsamtal och uppföljningsmöten går vi igenom kundens

Aktiviteter	Analys
	verksamhet och vilka behov som finns. Vi går igenom hur vår leveransförmåga ligger i relation till behoven. Där behov av korrigeringar finns ser vi till att möta dessa så långt som möjligt inom vårt uppdrag.

Framgångsfaktorer: Våra varor och tjänster har god kvalité

Uppdrag/mål: Varje område följer upp sina kvalitetsmål ur ett kundperspektiv

Aktiviteter	Analys
Varje område beskriver hur uppföljning av kvalitetsmål genomförs.	Alla områden arbetar med uppföljning av framtagna kvalitetsmål, nedan några exempel: **Inköp och materialförsörjning** Följer upp och gör en analys av kvalitetsmål löpande med avstämningar ca en gång per tertial. Avstämningarna omfattar: • Antal beställningar och hantering av dessa (e-handel/manuella) • Analys av avtalstrohet • Reklamationshantering • Ersättningsprodukter till kund **Miljö** Uppföljning av kvalitetsmål görs genom att vi följer upp kundnytta. Kundnytta mäts på genomförda miljöombudsträffar, hållbarhetsdag, introduktioner för nya chefer samt för nya miljöombud. På sikt kommer även utvärdering av miljöintroduktion för upphandlare att ingå. Kundnytta mäts genom obligatorisk fråga vid utvärdering, skala 1-10, målvärde 7. Rapporteras årsvis.

Framgångsfaktorer: Vi har gott bemötande, god service och hög tillgänglighet

Aktiviteter	Analys
Varje område beskriver hur man skapar värde för kund.	Alla områden beskriver hur man skapar värde för kunden, nedan några exempel: **Måltid** Att skapa värde för kunden är viktigt för område måltid. En av målsättningarna är att sprida måltidsglädje till patienter, anhöriga och besökare på sjukhusen samt till de gäster som besöker våra restauranger och café/butik. Måltiden i sig är en viktig värdeskapare genom att mätta magar, tillgodose näringsbehov, bidra till trivsel och gemenskap. Genom olika kundforum hålls en dialog för att hela tiden kunna utveckla och höja kvaliteten och nå kundernas förväntningar. **Miljö** Skapar värde för kunden genom att arbeta nära kunden och därigenom förstå kundens behov av stöd inom miljöområdet. **Sjukhusstöd** Arbetar utifrån kunderna behov i säkerhetsfrågor, flyttplanering, samordning, information och service på våra tre sjukhus.

Uppdrag/mål: Vi reagerar snabbt på kundens behov och frågor

Framgångsfaktorer: Vi har förtroende hos kunden och en väl fungerande samverkan.

Aktiviteter	Analys
Varje område beskriver på vilket sätt samverkan med kund sker.	Alla områden arbetar med att beskriva hur samverkan med kund sker, nedan några exempel: **Måltid** Har flera kontaktvägar för samverkan med kund. **Kostombudsträffar** - Genomförs fyra gånger per år och samtliga enheter som beställer patientmåltider bjuds in. Regional agenda sätts gemensamt inom området. **Dietistmöten** - Dessa hålls en gång i halvåret och samtliga dietister i Region Jönköpings län bjuds in. Syftet är att bidra till måluppfyllelse och samverkan mellan enheterna. **Dialog om matsvinn med Vårdenhetschefer** - Vårdenhetscheferna bjuds in varje höst för dialog kring hur vi kan minska matsvinnet uppe på vårdavdelningarna. **Daglig styrning** - Är det forum som område måltid använder sig av när information behöver nå våra interna kunder, d.v.s. vårdenhetschefer. **Årliga enkäter för både patienter samt restauranggäster och besökare i café/butik** - Vecka 45 varje år genomförs enkätundersökningar med syfte att förbättra kvaliteten och upplevelsen för områdets kunder. **Förslagslåda i restaurangerna** - Gästerna i våra restauranger har möjlighet att lämna synpunkter, alla öppna dagar, i en förslagslåda. **Pilotsamverkan -** det nya måltidsupplägget med á la cartemeny (15 rätter) till patienterna genomfördes i en pilot på medicin C på Höglandssjukhuset i mars 2021. Detta för att kunna justera menyn och maträtterna samt förfina rutinerna kring beställningsförfarandet. **Miljö** Miljödialoger hålls årligen med varje verksamhet/enhet/klinik och i miljödialogen identifieras kundens behov av miljöstöd. Respektive medarbetare anpassar miljöstödet till kundens behov.

Uppdrag/mål: Tillsammans med kunder och intressenter ha samverkansformer för att ta tillvara kundens behov

Aktiviteter	Analys
Varje område beskriver hur kunders och intressenters behov tas tillvara utifrån uppdrag/mål	Alla våra områden arbetar med att beskriva hur kunders och intressenters behov tas tillvara, nedan några exempel: **Invånarservice** I vår verksamhet är kundens intressen och behov alltid är i fokus. Vår verksamhet har direktkontakt med kunden vilket gör att vi ständigt arbetar med dennes behov. Inkomna synpunkter/avvikelser tas tillvara och kan leda till förbättringar/förändringar i verksamheten. **Måltid** Verkar för en aktiv kunddialog. Till exempel genom att det på morgonmöten i enheterna stående finns en punkt som handlar om kundernas åsikter där såväl fel i processerna, förbättringsförslag samt positiv feedback ska tas tillvara. Under vecka 45 genomför område måltid sin årliga

Aktiviteter	Analys
	kundenkät till patienter samt besökare i restaurang, café och butik. Resultatet analyseras därefter och lämpliga åtgärder vidtas. Varje enhetschef är positivt inställd och ser ett stort värde i de åsikter som kommer fram i och med enkäterna. Genom deltagande i det nationella nätverket Best Service nyckeltalsjämförelse och erfarenhetsutbyte av processen patientkost genomfördes en enkät under vårterminen. Under året följer därefter arbete med det resultat som framkommit. Vid olika projekt- och utvecklingsarbeten tas dessutom kunders och intressenters behov tillvara utifrån det specifika projektets förutsättningar. Till exempel genomfördes i mars ett pilotprojekt i Eksjö med den nya 15-rätters menyn. I det projektet var fokus ett nära samarbete mellan vård och måltid för att förfina alla steg och moment innan vidare implementering av det nya menyupplägget på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus.

Process och produktion

Välfungerande processer är en förutsättning för att Verksamhetsstöd och service ska lyckas i sitt uppdrag. Produkter och tjänster som vi levererar ska hålla god kvalitet. Vi arbetar med ständiga förbättringar, sätter tydliga mål med handlingsplaner och genomför regelbundna uppföljningar av våra nyckelmått. Två av våra områden är certifierade enligt ISO9001:2015.

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare

Framgångsfaktorer: Sveriges bästa digitala vård och stödsystem.

Uppdrag/mål: Fortsätta utvecklingen mot digitala tjänster

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Förslag på processer inom Verksamhetsstöd och service som kan digitaliseras ska ges under 2021.	2 st	–	Årsmått

Uppdrag/mål: Underlätta användandet och kunskap om digitala stöd och tjänster

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att öka kunskap kring digitala tjänster inom hela verksamhetsområdet.	För att fortsätta utvecklingen mot digitala tjänster samt underlätta användandet och öka kunskapen pågår en enklare kartläggning och en behovsanalys har påbörjats. Plan för fortsatt arbete ska tas fram under hösten 2021.

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Säker vård alla gånger

Aktiviteter	Analys
I samråd med Läkemedelskommittén utveckla och stödja vården för att minimera negativa händelser kopplade till högriskläkemedel, vårdövergångar och läkemedelsrelaterade problem.	Under andra tertialet har arbete pågått inom de tre patientsäkerhetsområdena. Genomgång av regionens gemensamt identifierade högriskläkemedel pågår och ska vara klart under augusti för diskussion i Läkemedelskommittén. Rapport kring samskapande av en gemensam läkemedelsplan ska också vara klart under augusti. Planen för hösten är att fortsatta arbetet med att få igång en läkemedelsplan i Cosmic.

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: God läkemedelsanvändning

Aktiviteter	Analys
Lagernivåer av kritiska läkemedel.	Då sjukhusapoteket fram till våren 2022 måste köpa stora kvantiteter av läkemedel från det nationella förrådet, kommer en ytterligare översyn av lager av kritiska läkemedel, att skjutas upp. Detta på grund av platsbrist.
Undvika olämpliga läkemedel hos äldre.	Medverkan i regional samverkan kring ”Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre”. För Region Jönköping är B. Westerlind och P. Karlsson ansvariga. Under juni görs revisionsförslag på benign prostata hyperplasi (BPH), urinvägsinfektion och urininkontinens. Fortsatt arbete under hösten 2021. - Berörda apotekare har haft möte om införande av Linkkommunikation i Värnamo under hösten. Det kommer att testas i viss skala för utvärdering. - Fortsatt medverkan i Trygg och säkervård har skett 8 juni. Dokument är under utarbetande. - Dialog om handlingsplan Äldre och läkemedel med Läkemedelskommitté, apotekare och geriatriker genomförs 14 juni.

Uppdrag/mål: Kris- och katastrofmedicinskberedskap

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel område som har en kontinuitetsplan kring kris-beredskapsfrågor.	100 %	–	Årsmått

Aktiviteter	Analys
Översyn av lagerhållning och lokaler	Innan pandemin startade hade sjukhusapotekets lagernivåer höjts för ett stort antal läkemedel, för att klara en månads förbrukning. Våren 2020 höjdes lagret av ytterligare läkemedel som var särskilt viktiga för behandling av Covid-patienter. Då Sjukhusapoteket fram till våren 2022 måste köpa stora kvantiteter av läkemedel från det nationella förrådet, kommer en ytterligare översyn av lager av kritiska läkemedel, att skjutas upp. Detta på grund av platsbrist.

Framgångsfaktorer: Samverkan med kommunerna

Uppdrag/mål: Samverkan i styrgrupp för hjälpmedelsverksamheten

Aktiviteter	Analys
Omvärldsbevaka, identifiera utvecklingsfrågor och ta fram handlingsplaner i samverkan	Implementeringen/utvecklingen av välfärdsteknik pågår mot kommunerna och flera strategiska forum har genomförts där

Aktiviteter	Analys
	information givits. Detta har skapat dialog om hur vi ska gå vidare. Ett välfärdsteknikråd finns där erfarenheter utbyts. Inom diabetesområdet har en ordnat införandegrupp startats för att kunna få bättre struktur på införande under avtalsperioden. Här har flera regioner visat intresse för vårt arbetssätt.

Strategiska mål: Kostnadseffektiv upphandling

Framgångsfaktorer: Rätt beteende - avtal

Aktiviteter	Analys
Aktiv uppföljning av avtalstrohet utifrån rapporter i Diver	Uppföljning sker kontinuerligt för verksamhetsområdet och i alla områden. Resultatet för augusti månad för verksamhetsområdet var 96,1% i avtalstrohet.

Uppdrag/mål: Områden definieras där innovationsvänlig upphandling ska främjas.

Aktiviteter	Analys
Definiera områden där innovationsvänlig upphandling ska främjas.	Vid projektstart för samtliga upphandlingar ska analys göras om det är möjligt att öppna för innovation.

Lärande och förnyelse

Workshop med samtliga medarbetare kring mångfald och integration, med syfte att bli ”den bästa arbetsplatsen” kommer att påbörjas under hösten. Planerade utbildningar med medel från omställningsfonden (framtida ledare och ny som chef) kommer att startas upp under hösten.

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer: Lärande i vardagen

Uppdrag/mål: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.

Aktiviteter	Analys
Varje område beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande	Alla områden arbetar med att beskriva hur man arbetar med att förändra eller fasa ut arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande, nedan några exempel: **Inköp och materialförsörjning** Område Inköp-Materialförsörjning har RAK som ett fokusområde för 2021. Uppnådda mål: - Digital dokumentsignering - Schablonberäkning av tidig kostnadsberäkning i investeringsprojekt Fortsatt arbete: - Effektiva samarbeten Inköp - Inköpsstöd **HR** Förbättringsarbete och utvärdering pågår ständigt. I samband med det uppmärksammas arbetssätt och arbetsuppgifter som inte är värdeskapande. Dessa fasas ut eller ersätts av annat (t ex digitalisering). **Regionfastigheter** Översyn över skötsel- och underhållsåtgärder som kostar mer över tid än eventuella akutavhjälpande har genomförts. I icke kritiska installationer har dessa utgått då de inte skapar värde.

Uppdrag/mål: Vi arbetar i varje område med aktiv omvärldsbevakning/ benchmarking

Aktiviteter	Analys
Analys kopplat till våra förutsättningar ska genomföras utifrån utförd omvärldsbevakning/benchmarking	Genomförs där det är möjligt, nedan ett exempel: **Invånarservice** Genom att delta på Enghousedagarna får Kontaktcenter inspiration och vetskap om vad som händer inom utvecklingen av Kontaktcentersystem och arbetssätt. 1177 Vårdguiden på telefon har chefs/verksamhetsforum (via Skype) under 2021 mellan alla 1177 VPT och de andra regionerna där erfarenheter utbyts. Skypemöten med Inera och övriga regioner pågår kontinuerligt som ett led i arbetet under pandemin. Utbildnings- kataloganSvariga har möten via Skype med Inera och andra regioner.

Strategiska mål: Vi har en kultur som präglas av kreativitet och nyfikenhet.

Framgångsfaktorer: Vi har ett konstruktivt ifrågasättande av invanda föreställningar.

Uppdrag/mål: Ta tillvara allas kreativitet och nyfikenhet.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Genomföra workshop "Bästa arbetsplatsen" under en treårs period.	100 %	–	Årsmått

Framgångsfaktorer: Vi utvecklar och använder både beprövade och innovativa metoder.

Uppdrag/mål: Stimulera till förbättringar och innovationer.

Aktiviteter	Analys
Varje område beskriver hur man arbetar för att stimulera innovationer.	Alla områden arbetar med att beskriva hur man arbetar för att stimulera innovationer, nedan några exempel: **Måltid** Område måltid arbetar för att vara nytänkande i all vår processframtagning. Vi ser positivt på digitalisering och försöker vara innovativa i våra förändringar. Område måltid arbetar med pastöriserad mat i Eksjö, och kommer att införa detta även i Värnamo, vilket är en produktionsmetod som inte används i så stor uträckning i Sverige ännu. Vi ser också att vi kan vara innovativa genom exempelvis läsplattor på vårdavdelningarna och en specerivarubutik med självservicehantering. Enhetscheferna verkar för ett öppet klimat i sina enheter där medarbetarna känner att deras idéer och tankar tas tillvara och är värdefulla. One-to-one möten hålls med teamledare och administrativa assistenter, vilket också är ett led i att stimulera innovationer. Medarbetarnas delaktighet är viktig när man kommer ner på HURET i olika förändringsarbeten och här välkomnas nytänkande utanför befintliga ramar. **Hjälpmedelsförsörjning** Vid våra arbetssätt på HMC har vi team möten där vi går laget runt och möjlighet ges att framföra sina idéer och synpunkter. Dessa synpunkter/idéer tas sedan vidare via HISS gruppen.(Hjälpmedelscentralen i samarbete och samverkan) **Inköp och materialförsörjning** Område inköp och materialförsörjning har i upphandlingsarbetet en grundtanke att det som upphandlas inte ska definieras helt genom produktkrav utan att den efterfrågade funktionen ska vara i fokus. Arbetet kan utvecklas att omfatta fler områden inom organisationen.

Framgångsfaktorer: Vi tar tillvara varje medarbetares erfarenhet och kompetens.

Aktiviteter	Analys
Beskriv hur medarbetares erfarenhet och kompetens tas tillvara.	Alla områden arbetar med att beskriva hur medarbetares erfarenhet och kompetens tas tillvara, nedan några exempel: **Ekonomi** Vi arbetar ständigt med att utifrån nuvarande och framtida behov säkerställa att medarbetarna har rätt kompetens. Detta göra via omvärldsbevakning, kunddialog, medarbetarsamtal, utvecklingsdagar mm **Närservice** Vi arbetar ständigt för att ta tillvara på medarbetarnas erfarenhet och kompetens. På APT lyfter vi utmaningar samt förändringar i våra processer för att alla ska kunna vara delaktiga genom att bidra med sin kunskap. Utbildningar genomförs vid behov och i takt med nya tjänster, detta följs också upp. Nu i september börjar en ny SPRÅKA utbildning för de medarbetare som har språksvårigheter för att de ska få det enklare att vara delaktiga i det dagliga arbetet. **Miljö** Vid individuella månadssamtal görs regelbunden avstämning av medarbetares mål respektive aktiviteter. I samband med dessa samtal lyfts behov av kompetensutveckling och hur samarbete kan ske i våra olika uppdrag för att ta tillvara medarbetarnas erfarenhet och kompetens på bästa sätt. Varje månad hålls miljöråd där relevanta miljöfrågor lyfts till alla deltagare, vilket är betydelsefullt för spridning av erfarenhet och kompetens.

Framgångsfaktorer: Vi leder genom tillit och uppmuntrar till att prova nytt.

Uppdrag/mål: Ta fram tillvägagångssätt för att motivera till ständiga förbättringar.

Aktiviteter	Analys
Varje område ska beskriva hur man arbetar för att motivera till förbättringar utifrån uppdrag/mål.	Alla områden arbetar med att beskriva hur man motiverar till förbättringar utifrån uppdrag/mål, nedan några exempel: **Inköp och materialförsörjning** För arbetet med upphandlingsprocessen startas "Upphandlingstimmen" varannan vecka för att internt utbyta erfarenheter inom upphandlingsarbetet i syfte att förbättra och förenkla. **Närservice** Uppföljningar av vårdnära service uppdrag sker kontinuerligt med respektive verksamhet som köper en tjänst. I och med täta dialoger kan vi resonera kring eventuella ändrade behov. Om en kund ändrar innehållet i tjänsten gällande städning följer vi upp detta också genom att föra en dialog med en avstämning efter en viss tid. **Ekonomi** I uppdraget från regionledningen ingår att utveckla och förbättra våra processer inom område ekonomi. Vi ska även arbeta processorienterat. Inom redovisning har vi fem processer; kundfakturaprocess, inkassoprocess, investering- och anläggningsprocess, leverantörsfakturaprocess, bank- och betalprocess. Det finns också en referensgrupp för redovisningsfrågor. Samtliga processer har åter startats upp

Aktiviteter	Analys
	och är igång med möten löpande under året. Samarbetsrum finns för samtliga forum på intranätet och processledare är utsedda. I varje process diskuteras och förvaltas utvecklingsfrågor och effektiviseringar. Samtliga medarbetare motiveras till delaktighet i de olika processerna och uppmanas att komma in med förslag till utveckling. I processerna finns representation från olika grupper hos oss men även från IT- Centrum, Folktandvården, Bra Liv och Jönköpings Länstrafik.

Medarbetare

Sjukfrånvaron ligger på ungefär samma nivå som när pandemin startade. Många av våra yrkeskategorier har inte möjlighet att arbeta hemifrån varför de sjukskriver sig även vid lindriga förkylningssymptom. Områdena har dock fortsatt stort fokus på att komma tillrätta med långtidssjukfrånvaro och upprepad korttidsfrånvaro som inte har sin grund i Corona. Områdena har fortsatt fokus på att erbjuda medarbetare heltidsanställning och bedömningen är att vi når målet utifrån att deltidsarbete ska vara frivilligt.

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare

Framgångsfaktorer: Ett starkt arbetsgivarvarumärke

Uppdrag/mål: Strategisk kompetensförsörjning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	0,9 %	Målsättningen är att öka tillgängligheten genom att bemanna upp 1177 Vårdguiden på telefon så optimalt som möjligt med ordinarie personal vilket inte har lyckats fullt ut. Även att bemanna kontinuerligt med timanställd personal har varit svårt. Med anledning av detta har verksamheten via bemanningsbolag anlitat två barnmorskor som regelbundet arbetar i verksamheten för att öka tillgängligheten samt att de ger invånarna tillgång till barnmorskekompetens vid behov.

Aktiviteter	Analys
Varje område ska årligen se över och uppdatera sina kompetensförsörjningsplaner.	I stort sett alla områden har uppdaterat eller arbetar med att uppdatera sina kompetensförsörjningsplaner.

Framgångsfaktorer: Kompetenta, delaktiga och engagerade medarbetare

Uppdrag/mål: En välfungerande lönebildning

Aktiviteter	Analys
Ledningen för Verksamhetsstöd och service tar ansvar för efterlevnad av Region Jönköping läns lönepolitik.	Ledningen hade inför årets löneöversyn en dialog kring förutsättningarna för årets löneöversyn med alla områden.

Uppdrag/mål: Hälsa och likabehandling

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - sjukfrånvaro	6,7 %	7 %	Arbete pågår med att påverka korttidsfrånvaron. Sjukfrånvaron påverkas fortfarande av pandemin.
genomföra workshop "kränkande särbehandling" under en treårsperiod.	100 %	–	Årsmått

Aktiviteter	Analys
Varje område ska analysera och vid behov redovisa åtgärder för att minska sjukfrånvaron	Detta genomförs inom respektive område och följs upp vid tertialuppföljningar med ledningen inom Verksamhetsstöd och service.
Alla nyanställningar ska utgå från heltid	Alla rekryteringar utgår ifrån en heltidsanställning.

Framgångsfaktorer: Våra medarbetare känner till och arbetar utifrån vår vision, verksamhetsidé, värderingar och mål

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel områden/ enheter har framtagna handlingsplaner gällande våra 4V, vision, värderingar, verksamhetsidé och verksamhetsmål	100 %	100 % 	Alla områden har handlingsplaner utifrån våra 4V, vision, värderingar, verksamhetsidé och verksamhetsmål.

Aktiviteter	Analys
Varje chef ansvarar för att omsätta våra 4V (Vision, värderingar, verksamhetsidé och verksamhetsmål)	Alla chefer har arbetat med att omsätta våra 4V (vision, värderingar, verksamhetsidé och verksamhetsmål).

Ekonomi

Verksamhetsstöd och service ekonomiska resultat börjar återhämta sig. Inköpspriserna på skyddsmaterial börjar återgå till normala nivåer. Ersättning för covidrelaterade kostnader och tilläggsbudget för sjukvårdsnära produkter hjälper också till att förbättra resultatet.

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag/mål: Arbeta kostnadseffektivt för att uppnå ekonomi i balans

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	5 146 tkr	Verksamhetsstöd och service har en budgetavvikelse på 5,1 mnkr efter åtta månader. Två områden visar stora negativa budgetavvikelser: Hjälpmedelscentralen har en budgetavvikelse på totalt -6,0 mnkr, detta trots att verksamheten i augusti fått 8 mnkr i budgetkompensation för ökade kostnader inom diabetes- och stomihjälpmedel. Delar man upp hjälpmedelscentralens avvikelse så står diabetes- inkontinens- och stomihjälpmedel för -3,6 mnkr, intäktsfinansierade hjälpmedel för -2,8 mnkr och nutrition för -1,0 mnkr. Måltid har en negativ budgetavvikelse på -6,7mnkr, där flera av de åtgärder som hittills gjorts döljs av de intäktsminskningar som pandemin medfört. Övriga verksamheter har tillsammans en positiv budgetavvikelse på 17,8, mnkr där ersättning för kostnader relaterade till pandemin på 16,3 mnkr hjälper upp resultatet. Effekterna av pandemin påverkar fortfarande vissa områden negativt främst genom höga personalkostnader (läkemedelsförsörjning, materialförsörjning, närservice) och lägre försäljning (måltid, korttidspoolen).
Prognos	0 tkr	2 800 tkr	Helårsprognosen för Verksamhetsstöd och service visar en budgetavvikelse på 2,8 mnkr. De områden med störst prognostiserad avvikelse är: Måltid -10 mnkr. Beror på strukturella problem och en efterfrågeminskning som kan relateras till pandemin. Hjälpmedelscentralen -4,5 mnkr. Förskrivningskostnaden av läkemedelsnära produkter är större än anslagsfinansieringen. Invånarservice +4,4 mnkr. Intäkterna från den nationella samverkan ökar när bemanning ökar. Detta kommer på sikt minska när övriga län i samverkan också ökar sin bemanning. Centralt gemensamt anslag +4,0 mnkr. Covidrelaterad ersättning som i dagsläget inte kommer fördelats ut till verksamheterna. Inköp/Materialförsörjning +3,0 mnkr. Stora volymer av skyddsutrustning till mer normala inköpspriser ger

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			materialförsörjningen ett prognostiserat överskott. Övriga 10 områden har tillsammans ett prognostiserat överskott på 5,9 mnkr.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Område måltid har tagit fram en handlingsplan som innebär att mer mat ska tillagas i Eksjö och sedan transporteras till Värnamo. Man håller också på att genomlysa arbetssättet i Jönköping. Delar av den effekthemtagning som gjorts har ätits upp av en minskad försäljning. Förhoppningsvis kommer försäljningen på sikt att öka till nivåer motsvarande den innan pandemin. Hjälpmedelscentralen arbetar både med att förtydliga regelverken för förskrivning och dialog med förskrivarna av läkemedelsnära produkter där de största budgetavvikelserna finns.

Uppdrag/mål: Lokalförsörjning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Regionfastigheter - Vakansgrad, andel tomställda lokaler %	2 %	1,9 %	Andelen tomställda lokaler som inte berörs av ombyggnationsprojekt uppgår till 1,73% under andra tertialet. Dock kommer flera större ombyggnationsprojekt att starta i både Ryhov och i Eksjö samt att ett pågår i Nässjö. Vakansytor finns främst i Nässjö, Tranås, Värnamo, Gislaved.

Framgångsfaktorer: Utrymme för utveckling

Aktiviteter	Analys
Varje område genomför SWOT- analys av sin verksamhet	Alla områden arbetar med SWOT- analys av sin verksamhet.

Framgångsfaktorer: Väl utvecklad finansieringsmodell

Aktiviteter	Analys
Konsekvensbedömning av lagd finansieringsmodell	Konsekvensbedömning sker löpande för varje område. Inför varje budgetår analyseras modeller för prissättning där målet är att verksamheterna inom givna uppdrag ska kunna ha en ekonomi i balans, leverera det som kunderna förväntar samt ha ett utrymme för att kunna vidareutveckla sina processer. Anpassningar av bemanning och övriga kostnader görs löpande för att säkra en kostnadseffektiv verksamhet.

Hållbarhet

Strategiska mål: Vi ska minska vår klimatpåverkan från våra fastigheter och anpassa vår verksamhet till ett förändrat klimat.

Framgångsfaktorer: Vi är klimatsmarta - fastigheter och klimatanpassning

Uppdrag/mål: Vi ska minska vår klimatpåverkan från direkt påverkbara utsläpp med 25 procent år 2025 jämfört med 2019.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Klimatpåverkan från direkt påverkbara utsläpp	-5%	–	Årsmått

Uppdrag/mål: Användningen av värme och el i våra fastigheter och verksamheter ska minska. År 2025 ska köpt energi understiga 145 kWh/m2 vilket innebär en minskning med 11 procent jämfört med 2019.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Köpt energi (kWh/m2)	158 kWh/m2	151 kWh/m2	Nya ytor med låg energianvändning (Råslätt) tillkommer för första gången under andra tertialet, vilket sänker resultatet kWh/m2. Ovanligt varma juni och juli, samt egen produktion av solenergi leder till ytterligare lägre resultat kWh/m2. Prognosen förväntas stiga vid Tertial 3.

Aktiviteter	Analys
Den egna produktionen av förnybar energi ska öka med 2 GWh under programperioden.	Aktivitet har inte startat.
Beakta och prioritera låg energianvändning vid inköp av energikrävande utrustning där så är lämpligt.	Vid upphandlingar görs vid behov en LCC-kalkyl som beaktar energianvändning.

Uppdrag/mål: År 2022 har vi tagit fram handlingsplaner för de mest betydande klimatriskerna för vår verksamhet (Enligt riskbedömning i vår klimatanpassningsplan).

Aktiviteter	Analys
Handlingsplaner för de mest betydande klimatriskerna för vår verksamhet (enligt riskbedömning i vår klimatanpassningsplan) ska tas fram senast 2022.	Aktivitet har inte startat.

Uppdrag/mål: Genom en hållbar byggprocess ska vi under programperioden minska klimatpåverkan från om- och nybyggnationer.

Aktiviteter	Analys
Utveckla byggprocessen så att klimatpåverkan tydligare beaktas i tidiga skeden.	Utbildning gällande regelverk med utgångspunkt på klimatberäkningar görs. Upphandling av smådjurslokaler i Tenhult har genomförts där en studie av klimatberäkningar gjorts under projektering och före upphandling.
Arbeta för ett ökat inslag av trä och andra klimatsmarta konstruktioner i byggprojekt.	Upphandling av Smådjursklinik i Tenhult pågår, byggnationen är med trästomme och solceller.

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt.

Framgångsfaktorer: Vi är klimatsmarta - transporter

Uppdrag/mål: År 2025 ska andelen förnybara drivmedel i upphandlade hyrbilar och transporttjänster vara minst 80 procent. (Renodlade transporttjänster så som transporttjänster inom Jönköpings län och busstransporter (exklusive kollektivtrafik).)

Aktiviteter	Analys
Ställa krav på förnybara drivmedel i upphandling samt främja transportmedel som till exempel lastcykel.	Miljökrav bevakas i förekommande upphandlingar. Arbetet med lastcykel är ej påbörjad

Uppdrag/mål: Under programperioden ska klimatpåverkan per årsarbetare minska med minst 40 procent för tjänsteresor, inklusive egna godstransporter, jämfört med 2019

Aktiviteter	Analys
Öka andelen förnybara drivmedel i pool-, verksamhets- och transportbilar till minst 70 procent år 2025. D.v.s. välj fordon enligt drivmedelsstrategin och tanka alltid rätt drivmedel.	I de kommande fordonsupphandlingarna kommer miljökrav att ställas som möjliggör ökad andel förnybara drivmedel i pool-, verksamhets- och transportbilar. En omfattande utbyggnad av laddinfrastruktur för elfordon pågår inom Region Jönköpings län. Utbyggnaden beräknas vara klar under hösten 2021. Genom de nya biogastankstationerna som är på gång i bland annat Eksjö och Tranås ökar tillgängligheten för att tanka biogas.
Utrusta allmänna konferensrum och övriga möteslokaler med lämplig teknik för resfria möten.	Planering för att utrusta en tredjedel av konferensrummen med lämplig teknik för resfria möten under hösten 2021 pågår.
Tillgängliggöra bokningsbara poolcyklar på våra tre sjukhus och främja användningen av tjänstecyklar.	En förstudie har genomförts för att ta fram vad som krävs vid ett införande.
Utveckla bilbokningssystemet så att det i större utsträckning underlättar samåkning.	Aktivitet hänger samman med behovsanalys och utveckling av bilbokningssystem. Målet är införa ett nytt system under kvartal 1 2022.

Uppdrag/mål: Vi ska stimulera våra medarbetare till att välja mer hållbara resealternativ för arbetspendling, med en målsättning att minska klimatpåverkan per anställd med 30 procent under programperioden, jämfört med 2019.

Aktiviteter	Analys
Medverka till att erbjuda medarbetare årlig cykelservice vid våra tre sjukhus samt rabatter på service och tillbehör till cykel via personalförmånerna.	Frågan är flyttad till arbetet som pågår gällande personalförmåner.

Uppdrag/mål: Vi ska kartlägga förutsättningarna för att våra ambulanser och lantbruksfordon ska kunna drivas på förnybara drivmedel.

Aktiviteter	Analys
Kartlägga förutsättningarna för att våra ambulanser och lantbruksfordon ska kunna drivas på förnybara drivmedel.	Aktivitet har inte startat.

Strategiska mål: Våra inom- och utomhusmiljöer ska vara hälsofrämjande och hållbara.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - inom- och utomhusmiljöer

Uppdrag/mål: Utomhusmiljön kring våra fastigheter ska vara hälsofrämjande och den biologiska mångfalden ska öka.

Aktiviteter	Analys
Genomföra så kallade I-tree-beräkningar för våra utomhusmiljöer vid sjukhusen.	En förstudierapport är upprättad och det finns ett formulerat beslutsärende i investeringssystemet Rubert som ligger för tjänstemännen samt politiska nivån att besluta.
Utöka totala ytan av ängsmark med 20 000 m2 kring våra sjukhus samt uppföra insektshotell.	En förstudierapport är upprättad och det finns ett formulerat beslutsärende i investeringssystemet Rubert som ligger för tjänstemännen samt politiska nivån att besluta.
Utvärdera möjligheten till synligt vatten inom våra fastigheter, vid byggnationer och markprojekt samt gröna tak i våra ny- och ombyggnationsprojekt.	Grönt tak: På hus 21(nybyggnation) i Värnamo planeras för grönt tak, detaljer är inte beslutade än. På bårhuset Ryhov ska det bli ett biotoptak (mer biodiversitet än en sedvanligt sedumtak). Värnamo folkhögskola, slänt med kullersten ska ersättas med en torrängsmatta, en typ av vegetationsyta som även kan anläggas på tak. Dessa två projekt ska sedan utvärderas så vi se om det är lämpligt att ha på fler platser i framtiden. Synligt vatten: Just nu inga projekt där vi planerar för det. På senaste tid har de nybyggda husen D1 Ryhov och hus 37 Eksjö fått små dammar på innergårdarna. Ur ett hälsoperspektiv är det väldigt positivt. I samband med att amfiteatern ska renoveras på Värnamo sjukhus diskuteras om den gamla dammen ska sättas i bruk och en tanke är att skapa någon typ av synligt vatten vid det kommande hus 21 i Värnamo.
Möjliggöra att delar av bevattningen av vår utemiljö ska ske med dagvatten.	En förstudierapport är upprättad och det finns ett formulerat beslutsärende i investeringssystemet Rubert som ligger för tjänstemännen samt politiska nivån att besluta.

Uppdrag/mål: Nybyggnation ska minst motsvara kriterierna för miljöbyggnad silver.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att nybyggnation ska minst motsvara kriterierna för miljöbyggnad silver.	Kraven som motsvarar "miljöbyggnad silver" är inlagda i våra beställarkrav i Program för teknisk standard PTS. De ska följas i alla våra nybyggnadsprojekt.

Uppdrag/mål: År 2025 ska de byggmaterial vi använder uppgå till minst 80 procent A- och B-klassade byggmaterial enligt SundaHus.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel A- och B-klassade byggmaterial vid om- och nybyggnation.	80 %	70 % ◆	Ett par projekt som gjort bättre ifrån sig än andra är t ex Bussdepån i Ljungarum, Råslätts VC och om och tillbyggnad av bårhuset Ryhov. Totalt sett är detta det bästa resultatet på två år.

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - upphandling

Uppdrag/mål: Under programperioden ska sociala hållbarhetskrav och mer långtgående miljökrav ställas i prioriterade upphandlingar. Livscykelperspektivet ska guida oss i val av produkter.

Aktiviteter	Analys
Kartlägga miljö- och hälsoskadliga ämnen i förbrukningsmateriel, elektronik, inredning, textilier och leksaker utifrån vår kemikaliestrategi med syfte att minska negativ påverkan.	Pågår enligt plan. Miljökrav ställs och följs upp i prioriterade upphandlingar för att kartlägga och minska miljö- och hälsoskadliga ämnen i produkter.

Uppdrag/mål: År 2025 ska 100 procent av våra särskilt farliga kemiska produkter utretts med syfte att hitta hälso- och miljöanpassade alternativ. Vi ska ha bytt ut produkter där det varit möjligt.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel särskilt farliga kemiska produkter som utretts	100 %	–	Årsmått

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - läkemedel

Uppdrag/mål: Vi ska förbättra invånarnas kunskap om hur läkemedel påverkar miljön och hur överblivna läkemedel ska kasseras.

Aktiviteter	Analys
Förbättra invånarnas kunskap om hur läkemedel påverkar miljön och hur överblivna läkemedel ska kasseras.	Aktivitet har inte startat.

Uppdrag/mål: Vi ska utöka samverkan om läkemedels miljöpåverkan och rening av läkemedelsrester med länets kommuner och länsstyrelsen.

Aktiviteter	Analys
Utöka samverkan om läkemedels miljöpåverkan och rening av läkemedelsrester med länets kommuner och länsstyrelsen.	Aktivitet har inte startat.

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar livsmedelsproduktion, hälsosamma matvanor och en ökad självförsörjningsgrad.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - livsmedel

Uppdrag/mål: Av våra livsmedelsinköp ska år 2025 minst 95 procent av kött, mejeriprodukter och ägg vara producerade i enlighet med krav motsvarande svensk lagstiftning inom djuromsorg.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel svenskproducerat kött, mejeriprodukter och ägg	87 %	78 %	Andelen svenskproducerat kött, mejeriprodukter och ägg uppgår under andra tertialet till 78 %, vilket är en bit ifrån årets målsättning på 87 %. Enheterna arbetar med att köpa in svenska produkter men det finns en viss problematik hos leverantören att alltid kunna leverera det som beställs. Den största utmaningen i målets olika kategorier sedan produktgrupperna har breddats är framställa mejeriprodukter utan svensk råvara.

Uppdrag/mål: Av våra livsmedelsinköp ska år 2025 minst 50 procent av frukt, bär, grönsaker och potatis vara producerade i enlighet med krav motsvarande svensk lagstiftning inom livsmedelsproduktion.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel svenskproducerad	38 %	35 %	Andelen svenskproducerad frukt, bär, grönsaker och potatis uppgår under andra tertialet till 35 %, vilket är i närheten av målsättningen för året på 38 %. Enheten i Jönköping har strävat extra nogsamt mot inköp enligt livsmedelstrappan

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
frukt, bär, grönsaker och potatis			och har lyckats komma upp i en nivå på 41 %. Övriga orter uppnår inte målsättningen. Bl.a. har man haft en problematik med potatisleveransen och ett antal andra svenskproducerade grönsaker/frukter.

Uppdrag/mål: Av våra livsmedelsinköp ska år 2025 minst 95 procent av fisk och skaldjur vara märkt med MSC eller motsvarande för hållbart fiske/fiskodling.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andelen MSC-märkt fisk och skaldjur	87 %	90 %	Andelen MSC-märkt fisk och skaldjur uppgår under tertial två till 90 %, vilket överstiger målnivån (87%). Det är en marginell ökning med 1 % sedan tertial ett och bl.a. så har man justerat laxinköpen som ofta är ASC-märkta istället för MSC-märkta.

Uppdrag/mål: Av våra livsmedelsinköp ska år 2025 minst 65 procent av de totala livsmedelsinköpen vara ekologiskt producerade.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel ekologiska livsmedel	60 %	55 %	Andelen ekologiska livsmedel uppgår till 55 % för tertial två. Målsättningen för året är 60 % och pandemin har gjort det extra problematiskt att nå målet med t.ex. begränsningar i leverantörernas sortiment och utbytesprodukter som inte är ekologiska. Det har även funnits kvalitetsproblematik kring grönsaker. Lagertömning i Eksjö under sommaren kan ha påverkat detta nyckeltal negativt då färre varor har köpts in under perioden. Måltid i Värnamo gjorde en stor analysinsats under sommaren och lyckades få upp sin andel, enheten har även utformat patienternas specerilista för så hög ekoandel som möjligt. Under hösten tittar område måltid på om övriga enheter kan göra samma förändring. Enheten i Jönköping hoppas under hösten kunna gå tillbaka till den ekologiska potatisen (kvalitetsfråga) vilket i så fall påverkar nyckeltalet i positiv riktning. Den regionala EKO-gruppen som syftar till förbättrad måluppfyllelse träffas månadsvis.

Uppdrag/mål: Av våra livsmedelsinköp ska år 2025 100 procent av kaffe, te, drickchoklad och bananer vara producerade med sociala och etiska krav motsvarande Fairtrade och vara ekologiskt producerade.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel Fairtrademärkt och ekologiskt producerat kaffe, te, drickchoklad och banan	96 %	95 %	Nyckeltalet för andel Fairtrademärkt och ekologiskt producerat kaffe, te, drickchoklad och banan uppnår inte målvärdet för andra tertialet. Nyckeltalet visar 95 % med en målsättning på 96 %. Arbete pågår för att förbättra måluppfyllelsen, bl.a. har en ny drickchoklad som uppfyller målsättningarna kunnat tas in som avtalsprodukt. Viss problematik har funnits med att få bananer levererade som uppfyller ställda krav.

Uppdrag/mål: Öka användning av närproducerade livsmedel inom befintliga och kommande livsmedelsavtal samt genom att ta tillvara naturbruksgymnasiernas egenproducerade livsmedel.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att öka användning av närproducerade livsmedel inom befintliga och kommande livsmedelsavtal samt genom att ta tillvara naturbruksgymnasiernas egenproducerade livsmedel.	Aktivitet har inte startat.

Uppdrag/mål: Vi ska servera måltider som främjar hälsosamma matvanor och minskar klimatpåverkan.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Genomsnittlig klimatpåverkan, kg CO2-ekv/kg livsmedel		1,84kg CO2-ekv/kg livsmedel	Den genomsnittliga klimatpåverkan avseende totalt inköpta livsmedel visar ett förbättrat värde sedan basåret 2019. Andra tertialet visar 1,84, jämfört med basårets värde som var 1,96. Arbete med livsmedelsmål i hållbarhetsprogrammet bidrar till en lägre siffra, samt mindre andel rött kött, mer fisk, kyckling samt grönsaker. Vegetariska måltider lyfts i Regionens kostpolicy och restaurangerna arbetar med att dessa rätter ska vara attraktiva för att kunderna ska vilja välja dem. Att värdet är lägre för andra tertialet än för första tertialet kan delvis bero på att sommarhalvåret möjliggör mer lokalt producerade grönsaker och att ätmönstret till viss del ser något annorlunda ut då. Eksjös övergång till den nya á la carte menyn för patienter kan också ha påverkat värdet positivt då det har en hög andel ekologiska varor.

Aktiviteter	Analys
Kostpolicyn med tillhörande tillämpningsanvisningar ska implementeras och följas upp.	Arbetsgrupp har startat och ska bl.a. utveckla relevanta aktiviteter för implementering och mätetal för uppföljning.
Inköp av buteljerat vatten ska så långt som möjligt minimeras. Pilotförsök med syfte att utreda lämplig utrustning och hantering av eget kolsyrat vatten ska göras 2021.	Område måltid har tillsammans med område miljö haft ett uppstartsmöte under vårterminen där representanter från de vårdavdelningar som ska agera pilot på respektive sjukhus också medverkade. Tre olika alternativlösningar för att minska andelen buteljerat vatten har diskuterats. Projektstart beslutades till september månad och tanken är att projektet ska testas under fyra veckors tid. Projektet pågår i skrivande stund. Primärt tittar gruppen på en lösning med samma typ av kolsyremaskiner man har i hemmet. Viktigt att flaskorna finns i glas och går att diska i diskmaskin.

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka.

Framgångsfaktorer: Vi använder våra resurser klokt - cirkulära materialflöden

Uppdrag/mål: Hållbar användning av förbrukningsmaterial: År 2025 ska klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsartiklar minska med minst 15 procent jämfört med 2019.

Aktiviteter	Analys
Främja användning av förbrukningsmaterial som går att materialåtervinna och består av återvunnen och/eller förnybar råvara. D.v.s. minska användningen av engångsprodukter och när engångsprodukter måste användas; Välj produkter som rekommenderas från miljösynpunkt.	Ett samverkansprojekt inom Sydöstra sjukvårdsregionen med fokus på hållbar användning av förbrukningsmaterial startades upp under 2020. Projektet ska resultera i att miljöpåverkan från prioriterade förbrukningsmaterial ska minimeras och projektet sträcker sig till april 2022. Inom projektet har prioriterade förbrukningsartiklar utifrån miljö- och klimatpåverkan identifierats. Inom Region Jönköpings län pågår arbete med att kunna beräkna miljöpåverkan utifrån prioriterade förbrukningsmaterial, ett mål i hållbarhetsprogrammet. En prioriteringstrappa för val av produkter har tagits fram för att ge stöd och vägledning vid upphandling och inköp. Under hösten planeras besök i verksamheterna för att identifiera engångsprodukter och se över vilka flergångsalternativ som finns.

Uppdrag/mål: Vid flytt eller nyetableringar ska en så stor andel som möjligt av inredningen vara återanvänd.

Aktiviteter	Analys
Alla områden ska återanvända inredning och möbler i så stor utsträckning som möjligt vid flytt.	Vid behov av inredning och möbler är första steget att titta på vad som finns i möbelförrådet innan nyinköp görs.

Uppdrag/mål: Vårt matsvinn ska minska med minst 30 procent till 2025 jämfört med 2020.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Matsvinn per restaurangportion	-10 %	-17 %	Andelen matsvinn per restaurangportion visar till och med andra tertialet 68 g/port, detta jämförs med föregående års mätningar, 82g/port med reducering av 10 %, som för närvarande har uppnåtts. Eksjö och Värnamo har lyckats minska sitt restaurangsvinn där man arbetar med att återvinna råvaror och överbliven mat samt att laga till under öppettiden istället för att överproducera. Jönköping har andra förutsättningar rent lokalmässigt och kan inte på samma sätt laga till mat under öppettiden för att hålla nere beställningsnivån. Enheten i Jönköping har arbetat med förbättrad prognos och kommunikation för att minska ner svinnet och nått visst förbättrat resultat.
Matsvinn per patientportion	-10 %	-4 %	Matsvinn i gram per patientportion uppgår ackumulerat till och med andra tertialet till 123 g/port. Detta jämförs mot

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			föregående års mätning som visade 128 g/port, varav en liten förbättring har skett. Målsättningen är att matsvinnet ska minska med 10 % jämfört med föregående år. Just nu når området en minskning på 4 %. En problematik med överbeställningar finns. Här erbjuder köken egenproducerade matlådor som komplement till överbeställningar, dessutom har en av orterna senarelagt stopptiden för att underlätta för vården att göra avbeställningar. Inom vården har det funnits en viss effekt av pandemin där man har svårt att förutsäga antalet patienter som är i behov av mat. Man kan också se att åtgången på råkost, kokta grönsaker och potatis är något lägre än den beräknade mängden. Det nya menyupplägget som är implementerat i Eksjö visar en tendens till minskat tallrikssvinn, det vill säga att mer mat hamnar i magen hos patienterna tack vare att de själva får välja maträtt ur ett brett urval.

Uppdrag/mål: År 2025 ska allt matavfall sorteras ut, i syfte att främja produktion av biogas och biogödsel.

Aktiviteter	Analys
Allt matavfall sorteras ut, i syfte att främja produktion av biogas och biogödsel. Ska vara klart 2025	Aktivitet har inte startat.

Strategiska mål: Vi är en del av en samhällsutveckling som bygger på tillit, förtroende, delaktighet och ansvar.

Framgångsfaktorer: Vi är till för alla - samhällsutveckling

Uppdrag/mål: Konferenser, utbildningsdagar och evenemang som vi anordnar ska vara hållbara och tillgängliga.

Aktiviteter	Analys
Ta fram beslutsstöd i form av checklistor och mallar.	Aktivitet har inte startat, planeras under hösten 2021.

Region Jönköpings län

Delårsrapport 2
Tertial 2 2021

Psykiatri, rehabilitering och diagnostik

Dnr 2021/136
Micael Edblom, Sjukvårdsdirektör
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder 6

Process och produktion **12**

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare 12

Strategiska mål: Bra folkhälsoarbete 14

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård 14

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård 14

Lärande och förnyelse **19**

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap 19

Medarbetare **22**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare 22

Ekonomi **25**

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt 25

Hållbarhet **28**

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt. 28

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar. 28

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel. 29

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. 29

Inledning

Område Psykiatri, rehabilitering och diagnostik består av länsklinikerna barn och ungdomspsykiatri (BUP), habiliteringscentrum(Hab), klinisk fysiologi(klin fys), laboratoriemedicin, rehabiliteringscentrum, rehabiliteringsmedicin och röntgen. De tre vuxenpsykiatriska klinikerna utgår från respektive länsdel. Inom Hab finns förutom barn- och vuxenhabilitering även tolkcentral, syncentral och hörselhabilitering. Laboratoriemedicin är samlingsbegrepp för klinisk kemi, mikrobiologi, immunologi, patologi och transfusionsmedicin.

Verksamhetsområdet omsluter ca 2,1 miljarder kronor varav 1 miljard är budgetram och resterande del finansieras genom köp från andra enheter.

Faktiska årsarbetare är 1891, en ökning med 82 jämfört med 2020 som delvis förklaras av anställningar under pandemin, tillnyktringsenhet, ersättning av hyrläkare och utökade uppdrag för BUP, spasticitetsmottagning och dietister med särskilt uppdrag för primärvård.

Antalet väntande till utredning BUP fortsätter minska, trots viss uppgång under sommaren. Den stora volymen utredningar resulterar i omfattande behov av uppföljande behandling och läkemedelsförskrivning. Det finns ett stort behov av snar etablering av en komplett nivå för barn och ungas psykiska hälsa.

Klin fys visar god tillgänglighet medan patologi har stora utmaningar bland annat på grund av att stöd från extern resurs minskat. Stabiliteten i svarstid gör ändå att beställande verksamhet har möjlighet att planera flödet. Tillgängligheten inom rehabilitering har försämrats pga pandemins begränsningar för gruppaktiviteter. Det är fortsatt svårt att erbjuda första tid inom 30 dagar på BUP medan tillgängligheten inom 60 dagar är god. Uppskjuten vård inom röntgen hanteras delvis med inköpt resurs för att använda diagnostikutrustningen i större omfattning på kvällar och helger.

Många verksamheter kan i allt högre omfattning erbjuda digitala vårdbesök. Digitala gruppbehandlingar har påbörjats, liksom utökad användning av webbtidbok, receptförnyelse och sjukskrivningar via 1177. Intensivt arbete pågår för att möjliggöra digitala testblanketter som ökar säkerhet, kvalitet och sparar administrativ tid för nyckelresursen psykolog. Närhet och tillgänglighet i det dagliga arbetet över länet har förbättrats tack vare videomöten.

Anställning av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa som resurs fortgår. Det finns en bred delaktighet i utvecklingsarbetet inom ramen för patientkontrakt. Individuella vårdplaner är centrala i samarbetet med patienterna. På grund av att de ofta dokumenteras i löpande text och inte i strukturen för vårdplan fångas det inte i statistiken. En utmaning i arbetssätt som även återspeglas i en generellt omfattande dubbeldokumentation.

Flera initiativ till utvecklat stöd till primärvård, bland annat samarbetsvård psykisk hälsa. Målsättning att stärka den nära vården och minska patientförflyttningar. Arbetet med våld i nära relationer inom verksamheten Alternativ till våld, utvecklas för att innefatta både utövare, den drabbade och involverade barn.

Förändrade lokalbehov ställer stora krav på flexibilitet och nytänkande. Flera verksamheter flyttar administration utanför egna lokaler för att frigöra yta för patientverksamhet på sjukhusområdet. I Värnamo är lokaler på stan aktuellt för både BUP och Hab.

Inom sydöstra sjukvårdsregionen har några chefer uppdrag som ordförande i regionala programområden och många är engagerade i implementeringen av nationella vårdprogram. Flera medarbetare är med i projektgruppen för personcentrerade sammanhållna vårdförlopp

Laboratoriemedicin fortsätter ett omfattande arbete med analyser av Covid-19. De har idag möjlighet att själva kartlägga mutationer av SARS-COV-2, så kallad helgenomsekvensering. Flera forskningsstudier pågår kopplat till covid-19-infektion, bland annat insamling av antikroppar bland blodgivare. Rehabiliteringsmedicin har medverkat i framtagandet av riktlinjer för post-covid och den digitala multidisciplinär konferensen, MDK-covid, mellan primärvård och specialistvård. Intäkter för uthyrning av rehabiliteringscentrums lokaler för gruppverksamhet har uteblivit. Rehabiliteringsmedicin har fortsatt två extra vårdplatser för att möta det ökade behovet av

rehabilitering efter covid-19.

Efter åtta månader redovisar psykiatri, rehabilitering och diagnostik en budgetavvikelse med -23,9 mnkr. Prognos för hela 2021 är en budgetavvikelse med -29 mnkr.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2021-08-31	Andel	2020-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	7	41%	6	32%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	4	24%	7	36%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	6	35%	6	32%
Antal mätetal som mäts	17	100%	19	100%

Målsättningen nås för faktisk väntetid till första besök vilket är glädjande. Målsättningarna nås även när det gäller beläggning slutenvårdsplatser, överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Slutsatsen som dras av detta är att vårdplatsantalet är väl dimensionerat till behov och befintliga arbetssätt. En positiv trend med minskande sjukfrånvaron gör att målet nås, liksom för antal synergier, utskrivning från akuten samt vårdprevention.

Väntetiden till klin fys är delvis uppfyllt och vad gäller återbesök respektive återinläggningar ligger utfallen nära målnivån.

Områden med fortsatta utmaningar är inom BUP, där varken tid till första besök, utredning eller behandling når målsättningarna. Här föreligger en positiv trend vad gäller tid till första besök och utredningar. Utredningar skapar för närvarande växande köer för uppföljande behandling, men rekrytering pågår för ökad kapacitet. Kostnader för bemanningsföretag ökar och är en förklaring till att ekonomi och prognos är negativa.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer: Personcentrerad vård

Uppdrag/mål: Utveckla den personcentrerade vården

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utvecklingsarbete för att förbättra patient- och närståendeinflytande.	**Ett flertal åtgärder pågår, exempelvis:** Fortsatta åtgärder för att öka patientens delaktighet i rehabiliteringsplanen. Utarbetande av inflytandeplaner inom specialistpsykiatrin för förstärkt brukarsamverkan. Bred delaktighet inom utvecklingsarbetet inom ramen för "Patientkontrakt" och dess målsättningar. Projektet ”Peer Support” har övergått i en permanent verksamhet med ett särskilt förvaltnings- och utvecklingsteam för peer support. I nuläget har fem personer anställts inom vuxenpsykiatrin och ytterligare rekryteringar pågår inom såväl regionen som i länets kommuner. Fortsatt arbete bedrivs i samverkan med länets kommuner som en del i utvecklingen av en återhämtningsinriktad psykiatri. Syftet är att implementera funktionen i psykiatriska verksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i Jönköpings län. Målet är att peer support ska bidra till ett förbättrat stöd i patientens/brukarens återhämtning, samt bidra till en positiv påverkan på vårdklimat i personalgrupper och vårdsituationer. En fördjupad effektutvärdering och rollutveckling pågår tillsammans förvaltnings- och utvecklingsteamet och Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser i Lund (CEPI).

Uppdrag/mål: Existentiell hälsa och andlig vård

Aktiviteter	Analys
Säkerställa att området existentiella hälsa uppmärksammas som en del i patientens vård och behandling.	Rehabiliteringsmedicin har under våren genomfört samtalsgrupper i existentiell hälsa för patienter inom dag- och heldygnsrehabilitering. Insatserna har gjorts tillsammans med sjukhuskyrkan. Rehabiliteringscentrum påbörjade en pilot under våren 2020 med samtalsgrupp som utgick från samtalskort om existentiella frågor. Med anledning av omprioriteringar på grund av pandemin har arbetet tillfälligt avstannat. Specialistpsykiatrin har fortsatt med utbildningar av samtalsledare i existentiell hälsa samt med samtalsgrupper.

Uppdrag/mål: Fortsätta att erbjuda samtal kring livsfrågor.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete kring livsfrågor i patientens vårdplan samt via självhjälpsgrupper och lärcaféer.	Arbete pågår, men formerna för att beskriva vilka åtgärder som görs, samt effekterna av desamma behöver utvecklas ytterligare.

Aktiviteter	Analys
	Ett exempel från BUP på hur de hanterar livsfrågorna i patientmötet: Intentionen i klinikens arbete handlar om att möta patient och vårdnadshavare i att hantera livsfrågor, att erbjuda verktyg för bästa möjliga liv utifrån barnets förutsättningar och rättigheter. I vårdplanen beskrivs strategier för att nå dem samt en utvärdering där behandling och givna insatser följs upp. Barnkonventionen är en utgångspunkt i dialogen om barnets liv.

Framgångsfaktorer: Hög tillgänglighet

Uppdrag/mål: Förbättra tillgängligheten

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Väntetid till undersökning inom radiologi	90 %	–	Tillgängligheten försämrades i samband med uppgradering av produktionssystem i slutet på år 2020. I nuläget kan inte rapporter avseende väntetider produceras men arbete pågår med att åtgärda detta. Preliminärt väntas rapporter kunna tas ut från och september månad. Enligt andra interna mätningar har dock tillgängligheten successivt förbättrats med hjälp av interna insatser och insatser av inköpt tjänst från hyrsjuksköterskebolag, som använder röntgenlabb på tider som verksamheten själva inte bemannar. Det ses en kontinuerligt ökad efterfrågan av de tyngre modaliteterna CT och MR. Vad gäller den tyngsta modaliteten, PET-CT, upprätthålls en god tillgänglighet. Kapaciteten räcker även för att stödja Region Östergötland med viss volym. Diagnostik med hög medicinsk prioritet har hög tillgänglighet inom målet och de patienter som får vänta är de med lägre prioritet. Att förbättra tillgängligheten är i fokus enligt följande: **CT:** - Hyrsjuksköterskor och interna extrakörningar. - Utökning av ytterligare en CT (placerad i Nässjö), kommer igång i november. **MR:** - Hyrsjuksköterskor och interna extrakörningar. - Översyn scheman - Uppstart av ytterligare en MR i Eksjö under hösten **PET-CT** - Bra kapacitet och tillgänglighet som räcker för att även stödja Region Östergötland **Konventionell röntgen** - I grunden en lätt överkapacitet, vilket gör att tillgängligheten snabbare kan förbättras efter neddragningar på grund av maskinutbyte - Öppnar mer på andra lokaler på Höglandet då maskinutbyte sker i Eksjö - Interna extrakörningar **Hjärta/kärl** - Dialog med berörda kliniker
Nämnd Väntetid till undersökning inom klinisk fysiologi	90 %	80 % ◆	Efter sommaren har remissinflödet ökat vilket resulterat i en försämrad tillgänglighet inom 30 dagar. Tabellen nedan visar måluppfyllelsen för den mest

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			frekventa diagnostiken: • UKG: 47 % • Holter: 86 % • Arbetsprov: 73 % • Myocardscintigrafi: 70 % • Spirometri: 54 % • Neurografier: 60 % Den ökade efterfrågan är kommunicerad med övriga verksamhetsområden. Ytterligare analys görs internt för att förbättra tillgängligheten och svarstider, Troligtvis beror ökat remissinflöde på eftersläp i vården beroende på pandemin.
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	90 %	Målet uppnått. Mycket liten variation hittills under året och en liten förbättring i jämförelse med samma period tidigare år. Mätningen avser de psykiatriska akutmottagningarna i Eksjö och Jönköping. Värnamo har bokade tider på akuten. Förutsättningarna skiljer sig åt mellan orterna. Den största skillnaden består av att det endast är akuten i Jönköping som har öppet dygnet runt. Viss minskning i antal sökande patienter har märkts under pandemin.
VO Svarstider inom patologi	90 %	22 %	Fortsatta utmaningar med att nå svarstiderna. Inom 15 kalenderdagar är svarstiden 28%. Hemtagning av extern diagnostik påverkar resultat. Rekrytering av en specialistläkare kommer förbättra svarstiderna över tid. En insats med internt extraarbete har påbörjats för att förbättra tillgängligheten.
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	83 %	God tillgänglighet till första besök trots ett lägre resultat för augusti, vilket ses som en påverkan av lägre produktion under semesterperioden.
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	86 %	Tillgängligheten är stabilt under året och nära målvärdet.
Nämnd Faktisk väntetid till besök inom 30 dagar i barn och ungdomspsykiatrin	90 %	66 %	Förbättrat resultat i jämförelse med samma period tidigare år. Under hösten finns en prestationsersättning för tillgänglighet inom BUP där gränsen för att få ta del av statliga medel är 72% genomförda besök inom 30 dagar. Om verksamheten klarar att hålla samma nivå som under augusti finns det goda möjligheter att klara målet under hösten. Resultatet är inte helt komplett då verksamheten dras med långa diktatköer, varför förväntan finns om ytterligare förbättrat resultat när processen är i fas. Handlingsplan finns.

Uppdrag/mål: Arbeta aktivt med att ta hand om den uppskjutna vården

Aktiviteter	Analys
Identifiera eventuell uppskjuten vård och dess konsekvenser.	Arbete med att analysera uppskjutet vårdbehov pågår i alla verksamheter. Utmaningarna varierar liksom lösningarna för att hantera vårdbehovet framåt. **BUP** har i dagsläget inget uppskjutet vårdbehov kopplat till pandemin. **Klin fys** ser en ökad efterfrågan på diagnostik när uppskjutet vårdbehov aktualiseras från andra verksamheter. Störst efterfrågan på hjärtultraljud med en ökning på upp emot 25%. För **laboratoriemedicin** innebär arbete med uppskjutet vårdbehov att vara följsamma och flexibla för eventuella ökade behov av analys och provtagning. **Röntgen** har planerat för ett ökat behov till följd av uppskjuten vård i andra verksamheter, men även i stort för samtliga modaliteter då söktrycket under en längre tid varit lägre i den somatiska vården, sannolikt kopplat till pandemin. Uppskjutet vårdbehov finns inom mammografi avseende screening. En förstärkning har skett med hjälp av hyrsjuksköterskor och en extra mammografivagn. **Rehabiliteringsmedicinska kliniken** har inte kunnat erbjuda patienter med långvarig smärta grupprehabilitering. För att minska väntetider för de patienterna har man istället erbjudit patienter individuell behandling i Nässjö, Värnamo och Jönköping. Under hösten kommer patienter erbjudas grupprehabilitering digitalt. **Rehabiliteringscentrum** följer utvecklingen och arbetar för att vara flexibla och följsamma i att erbjuda insatser efter uppskjutet vårdbehov efter tex operationer. Planering pågår med respektive verksamheter i samverkan. Inom de **vuxenpsykiatriska klinikerna** finns ökad väntetid till gruppaktiviteter och dessa aktiviteter erbjuds nu även digitalt. Årsuppföljningar har fått nedprioriteras på höglandet men handlingsplan finns för att åter komma i balans.

Framgångsfaktorer: Bästa plats att växa upp och åldras på - Främja barn och ungdomars hälsa och förebygga psykisk ohälsa.

Uppdrag/mål: Tillgängligheten ska stärkas inom barn- och ungdomspsykiatrin och barn- och ungdomshälsan

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Faktisk väntetid till utredning barn- och ungdomspsykiatri	90 %	46 %	I augusti är det 298 barn som väntar på utredning, vilket är 65 färre jämfört med augusti 2020, men en ökning under semesterperioden med 87 barn. BUP, som står för 70% av de väntande, har i dagsläget stora volymer oskrivna diktat vilket påverkar resultatet negativt. Kön till utredning växer varje år över sommaren på grund av ett större remissinflöde från skolorna under april, maj och juni. Kliniken fortsätter arbete med handlingsplan för bättre tillgänglighet samt strategisk rekrytering av psykologer och läkare.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Under hösten finns en prestationsersättning för tillgänglighet till utredning för barn och ungdomspsykiatri. Gränsen för att Region Jönköpings län ska få ta del av statliga medel är 72% genomförda utredningar inom 30 dagar. Det är inte sannolikt att målet kan uppnås under hösten.
Nämnd Faktisk väntetid till behandling barn- och ungdomspsykiatri	90 %	34 %	Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, har nyligen omarbetat och definierat vilka behandlingar som ska väntetidmätas. Inom Region Jönköpings län och inom BUP pågår arbete med att implementera och komplettera bokningsunderlag med rätt koder, definierade av SKR. Det är därför fortfarande ett stort mörkertal av patienter väntande till behandling och siffrorna är ännu inte relevanta. Vi räknar med att kunna se ett mer korrekt utfall av antalet väntande och genomförda under hösten.

Aktiviteter	Analys
Bygga ut utredning och behandling för neuropsykiatri.	Budgetmedel har tillförts BUP för att öka kapaciteten för utredning och behandling. Utvecklingsarbete pågår inom flera områden. Arbetet med att förbättra tillgängligheten till utredning sker både med egna resurser och köpta utredningar. Utmaningar finns avseende rekrytering för att förstärka egen utredningskapacitet, framförallt psykologer. Samverkan med kompetensförsörjningsenheten pågår avseende psykologrekrytering, men även för att förstärka kapacitet för uppföljning och behandling efter utredning. Angeläget med större lokaler både i Jönköping; Värnamo och Nässjö för att göra det möjligt för verksamheten att växa i enlighet med uppdraget.

Uppdrag/mål: Utredning för utveckling av första linjens barn- och ungdomspsykiatrin

Aktiviteter	Analys
Delta i arbetet med utveckling av uppdraget för barn och ungas hälsa.	BUP har påbörjat utveckling av sin verksamhet för att öka den egna kapaciteten för neuropsykiatriska utredningar. Samtidigt pågår rekrytering av kompetens för att möta de stora volymer av patienter som utretts och har behov av uppföljning och behandling. Rekrytering görs med vetskap om att kanske så mycket som hälften av den uppföljningen borde kunna göras på en primär nivå. Men i avvaktan på vidare beslut kring utveckling av primär nivå för barn och ungas psykiska hälsa agerar BUP för att inte patienter med behov av behandling ska bli utan åtgärder.

Framgångsfaktorer: Bästa plats att växa upp och åldras på - Främja äldres hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Uppdrag/mål: Trygg och säker vård och omsorg

Aktiviteter	Analys
Fortsatt uppföljning och förbättring av rutiner för trygg och säker in- och utskrivning från sjukhuset.	En väl etablerad rutin och arbete i verksamheterna som pågår enligt plan.

Framgångsfaktorer: Jämlik psykiatrisk vård

Uppdrag/mål: Säkerställa kontinuitet och delaktighet i vården med en aktuell vårdplan. ("Kontinuitet")

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Vårdplan	80%	34%	Resultatet ligger under målvärdet och avser BUP och de tre vuxenpsykiatriska klinikerna. Mycket små variationer i resultatet över tid trots förbättringsarbeten i verksamheten. Resultatet hittills under året är något sämre än 2020 då resultatet var 37% men något bättre än 2019 när resultatet var 34%. Uppfattningen är att patienterna i betydligt större omfattning har en känd plan för sin vård. Det låga resultatet beror till viss del på att vårdplan inte dokumenteras på rätt sätt och därför inte fångas i statistiken. Aktiviteter pågår vid samtliga kliniker för att förbättra rutiner och säkerställa att patienterna erhåller och har en känd individuell plan.

Process och produktion

Verksamhetsmått

	Utfall 2021-08	Utfall 2020-08	Utfall 2019-08	Förändring % 2021-2020	Förändring % 2021-2019
Vårdtid dagar	26 188	25 042	26 648	4,6%	-1,7%
Antal läkarbesök	23 275	21 510	24 762	8,2%	-6,0%
Varav psyk vuxen	14 777	14 698	16 222	0,5%	-8,9%
Varav psyk barn	4 761	2 911	3 755	63,6%	26,8%
Antal besök annan personalkategori	104 728	118 382	134 993	-11,5%	-22,4%
Varav psyk vuxen	53 296	59 284	62 806	-10,1%	-15,1%
Varav psyk barn	10 922	9 752	9 472	12%	15,3%
Disponibla vårdplatser	127	122	127	4,1%	0%
Vårdtillfällen	2 750	2 785	2 902	-1,3%	-5,2%
Andel digitala besök läkare och annan personal kategori	6,7%	0,5%	0,1%	6,2%	6,6%

Vad gäller produktionen visar statistiken att den har den påverkats av pandemin. Vårdtid, antal läkarbesök, besök annan personalkategori, samt vårdtillfällen har minskat 2021 jämfört med 2019. Samtliga mätetal ökar däremot jämfört med 2020 förutom besök annan personalkategori och vårdtillfällen. Vad gäller disponibla vårdplatser ligger dessa på samma nivå som 2019. Under 2020 minskade vårdplatser något vilket var en pandemieffekt, då psykiatriska kliniken på Ryhov behövde frigöra personal för covid-19-vården. Detta bedöms dock inte har drabbat patienterna eftersom behovet av psykiatrisk slutenvård minskade under 2020. Även det tolkat som en effekt av pandemin.

Vad gäller digitala besök har de ökat betydligt sedan 2019 och uppgår nu till 8 607 besök eller 6,7% av totalt antal besök. Åtgärder vidtas för att fortsätta ändra arbetssätt och öka andel digitala besök.

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare

Framgångsfaktorer: Sveriges bästa digitala vård och stödsystem.

Uppdrag/mål: Fortsätta utvecklingen mot digitala tjänster

Aktiviteter	Analys
Fortsätta utöka och utveckla användning av befintliga e-hälsotjänster	Arbete med webtidbok för ny-, av- och ombokning via 1177 pågår. Flera verksamheter använder sig även av övriga e-tjänster kopplat till 1177, såsom förnyelse av recept och sjukskrivning. Ankomstterminaler finns på klinisk fysiologi och planeras även för röntgen. Röntgen arbetar med elektronisk brevlåda för att skicka kallelser. BUP, samt de vuxenpsykiatriska klinikerna jobbar för att digitalisera utrednings- och kartläggningsinstrument. Inventering pågår av stöd och behandlingsplattformen för att ytterligare utveckla digitala arbetssätt som stöd i processer och vårdutbud. Rehabiliteringsmedicinska kliniken erbjuder E-hälsosamtal

Aktiviteter	Analys
	till alla patienter. Utveckling av skärmar vid Hab gör att videosamtal även går att genomföra för patienter med teckenspråkstolk.
Fortsätta utveckla effektiva arbetssätt för digitala möten med fokus på invånare.	Samtliga verksamheter erbjuder digitala vårdmöten på olika sätt med fokus på invånare. Aktivt arbete mot regionens mål att nå 20% av alla besök digitalt till 2023. De vuxenpsykiatriska klinikerna arbetar i dagsläget med två plattformar för att möta patienter och samarbetspartners. Cosmic e-besök och Vårdmöte RJL. Alla tre kliniker har en spridning till samtliga mottagningar och arbetssätten utvecklas. BUP erbjuder digitala vårdmöten via Vårdmöte RJL och har sedan hösten en bred spridning på klinikens alla mottagningar. Snabb utveckling och stabil process sedan breddinförande i november 2020. Föräldragrupper erbjuds from april digitalt via Zoom. Hab erbjuder digitala vårdmöten via Vårdmöte RJL och har sedan våren 2020 en etablerad process på kliniken för att erbjuda besök digitalt. Föräldragrupper genomförs digitalt via Zoom. Rehabiliteringsmedicinska kliniken erbjuder digitala vårdmöten via Cosmic e-besök och Vårdmöte RJL och har som mål att genomföra 50% av klinikens mottagningsbesök till läkare digitalt. Rehabiliteringscentrum erbjuder digitala vårdmöten via Vårdmöte RJL och har precis som övriga kliniker nu en spridning till samtliga områden och en ökande trend i antal genomförda möten. Arbetet med att utöka användningen av digitala vårdmöten och på ett mer självklart sätt inkludera dem i processerna pågår och förväntas få ytterligare utveckling under senare delen av 2021.

Uppdrag/mål: Underlätta användandet och kunskap om digitala stöd och tjänster

Aktiviteter	Analys
Stödja verksamheters utveckling inom digitalisering och e-tjänster	Verksamhetsstrateg i ledningsstaben är navet för stöd till verksamheter med fokus på digitala arbetsprocesser. Nätverk med representation från samtliga verksamheter har etablerats. Samtliga verksamheter är aktiva i att erbjuda och utveckla användandet av digitala möten med patienter. Införande av webtidbok sker inom vuxenpsykiatrin med en fortsatt utveckling av de tjänsterna under hösten 2021. Pågående införande av nya digitala arbetssätt för psykologer, läkare, vårdpersonal och rehabiliteringspersonal med kartläggning och utredning inom såväl BUP som vuxenpsykiatri och Hab. Pågående inventering av befintliga program i stöd och behandlingsplattformen för att ytterligare förbättra och utveckla vårdutbudet. Inspirationsdag och erfarenhetsutbyte med fokus på digitalisering för hela verksamhetsområdet genomfördes i april med representation från alla verksamheter och gästföreläsare från både regionen och externt.

Strategiska mål: Bra folkhälsoarbete

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Jämlik rehabilitering

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utveckling av samverkan och arbetssätt inom "Samordningsgrupp rehabilitering".	Fortsatt arbete i samverkan mellan specialistvård, primärvård, kommun och folkhälsoenheten. Under pandemin har det varit fokus på rehabilitering efter covid-19, där samverkan i rehabiliteringskedjan, kompetens och erfarenhetsutbyte har varit viktiga delar. Andra viktiga områden för samordningsgrupp rehabilitering är delaktighet i arbetet med FAKTA-riktlinjer och implementering av dessa, samt information på Folkhälsa och sjukvård och material om rehabilitering på 1177

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Säker vård alla gånger

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdprevention	90 %	100 %	De vårdavdelningar som följer och registrerar i Senior Alert når det uppsatta målet.

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Disponibla vårdplatser		127	Antalet disponibla vårdplatser utgår ifrån behovet och varierar under året. Det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser hittills under året är fler än 2020. Ett år då verksamheten i större utsträckning påverkades av pandemins konsekvenser. Ett lägre söktryck inom psykiatrin och behov av att stödja covid-19-vården på Ryhov 2020 föranledde att sommarens neddragning av vårdplatser tidigarelades för att frigöra personal. Vid en jämförelse med 2019 är antalet disponibla platser för perioden på samma nivå som innevarande år.
Nämnd Beläggning i procent	85 %	80 %	Beläggningen har varit stabil runt 80%. Vi ser viss variation gentemot föregående år då verksamheten i större uträckning var påverkad av pandemin. Som tidigare ser vi en jämn fördelning vid de vuxenpsykiatriska klinikerna. BUP har en låg beläggning på sina fyra vårdplatser, vilket dock ska ses som ett tecken på en väl utvecklad öppenvård i länet. I nationell jämförelse används slutenvård i liten omfattning. En väl utvecklad psykiatrisk vårdjour i hela länet och en välfungerande öppenvård är viktig för att kunna optimera antalet vårdplatser.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Utlokaliserade	0%	0,1%	Verksamhetsområdet uppfyller målvärdet och har endast haft några få utlokaliserade patienter hittills under året. Resultatet är stabilt över tid sett till både 2020 och 2019.
Nämnd Överbeläggningar	0%	0,3 %	Verksamhetsområdet uppfyller målvärdet och har mycket få överbeläggningar. Resultatet är stabilt över tid och ligger på samma nivå jämfört med 2020 och 2019.
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 %	20 %	Antalet återinskrivningar är i nivå med 2019 och 2020. I förhållande till somatisk vård har de psykiatriska klinikerna en högre andel återinskrivna patienter. Ett resultat som är i nivå med riket i stort och bedöms vara förväntat på grund av stor andel oplanerad och akut vård. Det ses ingen ökad andel återinskrivningar i efterförloppet till den minskning av vårdplatser som tidigare genomförts inom vuxenpsykiatrin. Den psykiatriska vårdjouren tillsammans med en utvecklad och förbättrad öppenvård bedöms minska behovet av heldygnsvård.

Uppdrag/mål: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen

Aktiviteter	Analys
Medverka vid utveckling och införande av nationella vårdprogram.	Arbete pågår inom samtliga verksamheter, ofta i nära samverkan med etablerade arbetsgrupper såväl lokalt som inom den sydöstra sjukvårdsregionen, men medverkan i nationella arbetsgrupper förekommer också.

Uppdrag/mål: Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Aktiviteter	Analys
Fortsätta arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.	Arbete pågår inom verksamheterna och involvering varierar utifrån vårdförloppens fokusområden. Involveringen kan vara genom representation i nationella, sjukvårdsregionala eller lokala arbetsgrupper. Under 2020 och våren 2021 har sakkunniga involverats för att utveckla processerna inom främst stroke/TIA, reumatoid artrit, höftledsartros, osteoporos och psykos. Inom Region Jönköpings län ingår tre representanter från verksamhetsområdet i den regionövergripande projektgruppen för de personcentrerade sammanhållna vårdförloppen.

Uppdrag/mål: Samarbetsvård - kroniska sjukdomar

Aktiviteter	Analys
Somatisk hälsa vid psykisk sjukdom.	Fortsatt arbete pågår främst inom de vuxenpsykiatriska klinikerna. Samarbete sker med folkhälsa, primärvården och rehabiliteringscentrum.
Omhändertagande av patienter med kronisk sjukdom.	Flera utvecklingsinitiativ pågår, t ex inom ramen för vårdsamordningsprocessen och målsättningarna inom patientkontrakt samt inom samarbetsvård psykisk hälsa. Det senare fokuserar bl a på att identifiera insatser för de svårast sjuka och mångbesökarna.
Förbättra konsultstöd från specialistvården till primärvården.	Flera utvecklingsinitiativ pågår inom verksamheterna, t ex samarbetsvård psykisk hälsa med dialogmöten mellan specialistvården och primärvården för att identifiera

Aktiviteter	Analys
	förbättringsområden som kan underlätta samverkan, utveckla och förflytta kompetens. Den gemensamma målsättningen är att stärka den nära vården och minska onödiga patientförflyttningar.

Uppdrag/mål: Våld i nära relationer

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utveckling och utvärdering av modellen inom hela länet för att erbjuda behandling av personer som utsätts för våld i nära relationer, utövare av våld samt barn i familjer där våld förekommer.	Behandling av våldsutsatta och våldsutövare är etablerad. Behandling av barn har delvis startat. Det pågår en utveckling inom området där alla barn som har föräldrar aktuella inom verksamheten alternativ till våld, ATV, ska ha rätt till information och avlastande samtal. I vissa fall erbjuds även barnen psykologsamtal.

Uppdrag/mål: Habilitering som ger stöd och behandling till barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar

Aktiviteter	Analys
Beslut kring habiliteringens verksamhet vad gäller lokaler.	Tillfälliga lokaler på Mossle-området har möjliggjort en förbättrad arbetsmiljö för verksamheten. Då verksamhetens lokaler inte behöver vara knutna till sjukhuset har regionfastigheter påbörjat ett arbete med att finna lämpliga lokaler i Värnamo.

Uppdrag/mål: God läkemedelsanvändning

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utveckling och uppföljning av arbetet med kliniska farmaceuter inom psykiatrisk vård.	Patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet har fortsatt inom prioriterade områden. En ny uppföljning och utvärdering genomförs under hösten för att vid behov styra om resursen mot nya utvecklingsområden. Exempel på pågående aktiviteter där klinisk farmaceut medverkar är läkemedels-genomgångar, granskning av förskrivningsmönster rörande enskilda preparat samt medverkan vid läkemedelsronder.

Uppdrag/mål: Uppföljning av tillgänglighet, produktivitet och samverkan inom den nuklearmedicinska verksamheten

Verksamheten följs kontinuerligt upp inom perspektiven process och produktion, resurs, medarbetare samt patient- och kund. Tillgängligheten är god till de olika undersökningarna. En utvärdering av hela verksamheten genomfördes under våren 2021. Det finns ett behov av att fortsätta utvecklingen av samarbetet mellan de ansvariga klinikerna röntgen, klinisk fysiologi och sjukhusfysik. En styrgrupp för den nuklearmedicinska verksamheten återinförs därför under hösten 2021, under ledning av sjukvårdsdirektören för verksamhetsområde psykiatri, rehabilitering och diagnostik.

Uppdrag/mål: Minska olämplig läkemedelsanvändning

Aktiviteter	Analys
Minska olämplig läkemedelsanvändning - arbete och uppföljning av föreslagna	Handlingsplan för patientsäkerhet och läkemedel antogs i april 2021. Arbetet med olika åtgärder pågår inom respektive verksamhet, men ännu finns inga resultat att följa

Aktiviteter	Analys
åtgärder i enlighet med handlingsplanen (se Uppdrag/mål).	upp.

Uppdrag/mål: Förbättrade arbetssätt kring biverkningsrapportering läkemedel

Aktiviteter	Analys
Förbättrade arbetssätt kring biverkningsrapportering läkemedel - Arbete och uppföljning av föreslagna åtgärder i enlighet med handlingsplanen (se Uppdrag/mål).	Handlingsplan för patientsäkerhet och läkemedel antogs i april 2021. Arbetet med olika åtgärder pågår inom respektive verksamhet, men ännu finns inga resultat att följa upp.

Uppdrag/mål: Uppdaterad läkemedelslista vid läkarbesök

Aktiviteter	Analys
Uppdaterad läkemedelslista vid läkarbesök - Arbete och uppföljning av föreslagna åtgärder i enlighet med handlingsplanen (se Uppdrag/mål).	Uppföljning kommer att ske via stickprovskontroller vid tre tillfällen per år. Klinisk farmaceut är ansvarig för att utföra stickprovskontrollerna. Arbetet påbörjas under hösten 2021.

Framgångsfaktorer: Samverkan med kommunerna

Uppdrag/mål: Samverkan i strategigrupp Psykiatri och missbruk

Aktiviteter	Analys
Enhet för omhändertagande av berusade personer etableras (Tillnyktringsenhet TNE)	Verksamheten uppstartad, men pausades på grund av pandemin och behov av personalresurs inom covid-19-vården. Verksamheten på nytt öppnad första september i nya lokaler hus D1/D2 på Ryhov.
Stärka vården för beroende och missbruk i samverkan med kommunerna.	Arbetet med uppdragsbeskrivning har inte kommit igång som planerat på grund av att man avvaktat etablering av tillnyktringsenheten. Fokus i beroendevården har hittills under året varit att uppdatera och revidera samverkansöverenskommelse och insatstrappa. Det utgör också ett viktigt underlag för planering av integrerad mottagning. Socialutskottet har lagt förslag om utredning av huvudmannaskapet för vårdansvar för personer med psykisk ohälsa och beroendesjukdom.

Framgångsfaktorer: God cancervård

Uppdrag/mål: Standardiserade vårdförlopp cancer

Aktiviteter	Analys
Utveckling av SVF-processer och -flöden inom diagnostiken för att såväl effektivisera utredning som möjliggöra snabbare behandling och uppföljning.	Samtliga verksamheter jobbar kontinuerligt med flödes- och processutveckling, även om pandemin har begränsat resurserna. Några exempel på kvarvarande utmaningar samt genomförda, pågående och planerade åtgärder: Röntgen utlovar SVF-undersökningar inom en arbetsvecka med svar inom två arbetsdagar. Svarstiderna förbättrades under våren 2020, delvis på grund av att antalet röntgenundersökningar totalt sett minskade som följd av

Aktiviteter	Analys
	pandemin samtidigt som fler radiologer var i tjänst på grund av inställda utbildningar av samma anledning. Under slutet av 2020 och under 2021 har tillgängligheten försämrats främst beroende på: - Byte av verksamhetssystem något som tagit en större kapacitet från verksamheten än beräknat. - En markant ökning av SVF-remisser till mammografi, parallellt med en betydande kapacitetsbrist till följd av brist på specialistläkare. Veckovis uppföljning sker och vid behov sker en fördelning av SVF-remisser inom länet för att hålla så korta ledtider som möjligt. Verksamheten arbetar med åtgärder i en upprättad handlingsplan, såväl på kliniknivå som tillsammans med ledningsstaben. Inom mammografi pågår såväl arbete med rekrytering som kompetensutveckling av befintliga läkare. Inom patologilaboratoriet planeras för ytterligare utskärningsplatser för en ökad flödeseffektivitet i syfte att möta upp ett ökat remissinflöde. Parallellt sker utbildningssatsning för arbetsförskjutning enligt en nyligen implementerad kompetensutvecklingsmodell för biomedicinska analytiker inom utskärning. Verksamheten arbetar också för ytterligare anställningar av läkare, såväl specialister som ST-läkare.

Uppdrag/mål: Cancerrehabilitering

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete för att utveckla en trygg personcentrerad, behovsinriktad och resurseffektiv rehabilitering av hög kvalitet.	I enlighet med det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering pågår olika förbättringsinitiativ inom bl a följande områden: *Kontaktsjuksköterska* – erbjudande om kontaktsjuksköterska mäts och redovisas centralt. *Min vårdplan cancer* – erbjudande om Min vårdplan cancer mäts och redovisas centralt. *Behovsbedömning – Hälsoskattning* för cancerrehabilitering implementeras successivt i samband med nationellt införande av digital Min vårdplan. Ett sökord har under våren införts, vilket kommer att möjliggöra uppföljning. *En rehabguide* för cancersjukdomar utarbetats. *Rehabiliteringsplan* – Implementering av länsgemensam mall och arbetssätt pågår. KVÅ-kod finns både för upprättande/revidering och uppföljning.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer: Lärande i vardagen

Uppdrag/mål: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.

Aktiviteter	Analys
Respektive verksamhet identifierar arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.	Arbetet med att identifiera arbetssätt och arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande är en ständigt pågående process på flera nivåer samtidigt, allt ifrån mötet mellan behandlare och patient till arbetet inom strategiskt ledningsarbete. Några exempel från verksamhetsområdet: - Övergång från tidskrävande administrativt manuella processer till digitala, som ger kortare ledtider för patienter och optimerar användande av resurs (BUP) - Bokning till nybesök sker inte längre centralt på "En väg" in utan på öppenvårdsmottagningarna, för att skapa bättre förutsättningar att använda tider för t ex avbokade besök (BUP) - Deltagande i förstudien till direktdiktering (BUP) - Verksamheterna ska leda och följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet via det nya stödet i Stratsys, vilket förväntas dels minska administrativa moment med att hantera handlingsplaner, dels förbättra uppföljningen. - Ett inledande samarbete har startats med Prioriteringscentrum i Linköping. Satsningen omfattar öppenvårdens och rehabiliteringscentrums gemensamma patienter och förväntas bidra till att synliggöra vilka insatser som ev kan prioriteras bort (psykiatriska kliniken Värnamo) - Påbörjad dialog med bröstprocessen kring icke berättigade mammografiundersökningar samt ultraljud mammografi. Följsamhet till nationella vårdprogram (röntgen) - Under pandemin har flera processer reflekterat över vad som är värdeskapande och vad som kan bytas ut mot alternativ insats. Exempelvis har vissa fysiska besök ersatts med digitalt möte alternativt mot egenvårdsråd (rehabiliteringscentrum) - Vid uppföljningen efter avslutat rehabiliteringsperiod genomfördes tidigare fysiskt återbesök med helt team. Idag är grunden telefonuppföljning. Om fysiskt möte är aktuellt anges vilka teammedlemmar som ska delta (rehabiliteringsmedicinska kliniken) - Pågående arbete med att minska dokumentation inom projektet mer tid för patienten (rehabiliteringsmedicinska kliniken)

Uppdrag/mål: Fortsatt arbete med rätt använd kompetens (RAK)

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete och erfarenhetsutbyte inom RAK	Fortsatt erfarenhetsutbyte planeras inom ledningsgruppen. Verksamheterna arbetar kontinuerligt med rätt använd kompetens och ser över vilka arbetsuppgifter som kan förflyttas mellan olika kategorier. Exempel på detta är biomedicinska analytiker som skriver svarsförslag på undersökningar de genomför, vilket frigör läkarresurs. Överföring av sjuksköterskearbetsuppgifter till skötare ses över inom psykiatrin och vårdadministratörer har tagit över bokningsförfarandet för utredningar åt behandlar inom barn- och ungdomspsykiatriska kliniken. Även inför nyrekryteringar ses behov och kompetens över för att ytterligare möjliggöra förändringar och förenklingar.

Uppdrag/mål: Fortsatt arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS)

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete och erfarenhetsutbyte inom KPS.	Kapacitets och produktionsstyrning (KPS) används som verktyg inom framförallt röntgen och klinisk fysiologi. Röntgen har sedan länge ett aktivt pågående arbete med KPS som är en bas för styrningen av hela kliniken. Planering av produktion sker kontinuerligt där man matchar en prognos för produktionen med en bemanningsplan. Bedömningen är att detta arbetssätt betydligt har ökat möjligheterna att styra klinikens verksamhet. Tänkbart förbättringsområde är mer och tydligare koppling till koppling till förbättringsaktiviteter. Klin fys har deltagit i regiongemensamt projekt där man testat verktyget Astrada. I nuläget har de dock kopplat samman sitt produktionssystem inom kliniken med Diver och på ett mycket förtjänstfullt sätt har de kunnat skapa rapporter som ger underlag för förbättrad styrning och uppföljning.

Uppdrag/mål: Lärande och utveckling från registrerade avvikelser ska öka (VO)

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Avvikelser i Synergi	1 836 st	2 268 st	Under tertial 2 ses en uppgång i antalet rapporterade avvikelser med ca 200 fler avvikelser jämfört med motsvarande period föregående år. Bedömningen är att flertalet är pandemirelaterade. Exempel är bristfällig kommunikation eller avsaknad av information inför undersökning att patienten varit Covid-19-positiv. Utöver det avvikelser relaterade till betydande problem som uppstått i samband med byte av IT-stöd inom röntgen. Skillnader i antalet avvikelser ses dock såväl inom som mellan olika verksamheter, vilket är angeläget att analysera vidare t ex vid kommande verksamhets- och patientsäkerhetsdialoger. Trots att antalet avvikelser har ökat, värderas utfallet som positivt. Detta eftersom det relaterar till det uppsatta målet att "lärande och utveckling från registrerade avvikelser ska öka".

Uppdrag/mål: Forskning och utveckling i kliniskt patientnära områden

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Vetenskapliga publikationer	15	–	Ett mätetal på årsbasis. Fortsatt aktiv forskningsverksamhet inom framförallt laboratoriemedicin, som även är involverad i forskning kopplad till pandemin. För året har det skett en utökad satsning på forskningsområdet genom budgetförstärkning avseende translationell forskning. En forskningsplattform med syfte att stärka samarbetet mellan laboratoriemedicin och kliniska verksamheter och inte minst cancervården.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare

Framgångsfaktorer: Ett starkt arbetsgivarvarumärke

Uppdrag/mål: Strategisk kompetensförsörjning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Årsarbetare		1 891 ▬	Faktiska årsarbetare (FAÅ) har ökat jämfört med föregående år och vi är i nuläget 82 fler. Bedömningen är att föregående års siffra, pga pandemin, är mycket svår att använda som jämförelsevärde när det gäller att värdera förändringen. Flera kliniker har ökat sina faktiska årsarbetare och arbete pågår med att sammanställa orsakerna för att kunna gå vidare med åtgärdsplaner. I nuläget är bedömningen att ca 20 stycken förklaras av ökade behov på grund av pandemin. Det är främst laboratoriemedicin som ökat sina faktiska årsarbetare med 13 stycken för att kunna hantera det stora flödet av covid-19-tester. Viss förstärkning har skett inom rehabiliteringsmedicinska kliniken, som ökat sina vårdplatser med 2 med anledning av rehabiliteringsbehov efter covid-19, psykiatriska kliniken på Eksjö som bidragit med nyckelkompetenser till covid-19 vården på sjukhuset och rehabiliteringscentrum som förstärkt rehabiliteringsinsatser under helgerna. Totalt har dessa kliniker 5 fler faktiska årsarbetare som kan härledas till pandemin. Psykiatriska kliniken i Jönköping har ökat med 21 årsarbetare. Till stor del beror det på uppstart av TNE samt lyckad rekrytering av läkare som ersättning för hyrläkare. Viktigt att beakta är att antalet faktiska årsarbetare även har ökat mellan 2019 till 2020 med 20 i genomsnitt. Ökningen på 82 under 2021 ska alltså ses mot bakgrund av att det var en betydande ökning också mellan 2019 och 2020. Detta skapar en osäkerhet kring vad som är långsiktigt möjligt att finansiera inom befintlig ram varför stor vikt kommer att läggas på att ta fram åtgärdsplaner för ekonomi i balans.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	4,3 % ■	Vad gäller kostnaden för bemanningsföretag ligger den ackumulerat på 4,3 % av personalkostnaden vilket är en försämring jämfört med tidigare. Bedömningen är att det finns ett ökat behov av bemanningsföretag framförallt för röntgen som bland annat saknar specialistkompetens inom mammografi. Även psykiatrisk vård har behov av hyrläkare på samtliga orter för att täcka vakanser och upprätthålla handledning till ST-läkare och utlandsrekryterade under inskolning. För röntgens del har man använt sig av hyrsköterskor för att på så sätt jobba undan kö inom fler olika undersökningstyper. Detta har visat sig vara ett bra upplägg eftersom det innebär att befintlig kapacitet i form av utrustning och lokaler kan nyttjas under tider där ordinarie personal inte jobbar.

Aktiviteter	Analys
Genomförande av befintliga handlingsplaner för att minska kostnader för bemanningsföretagsamt fortsatt arbete i enlighet med regionens arbetssätt	Generellt har arbete skett med följande aktiviteter för att minska beroendet av bemanningsföretag. • Handlingsplaner för attrahera, behålla och utveckla läkare • Rekrytering av specialister och ST-läkare både inom landet och via utlandsrekrytering Röntgen har fortsatt arbetet enligt plan för att minska behovet av hyrläkare. I nuläget ökar dock kostnaderna för hyrläkare inom röntgen betydligt vilket beror på behov inom mammografi samt bemanning för att klara jourlinje i Värnamo. Laboratoriemedicin har behov av hyrläkare inom patologi, något förväntas kvarstå under längre tid på grund av brist på specialister nationellt. Flera ST-läkare är under utbildning i verksamheten. Den seniora hyrläkare som anlitats under ett flertal år har avslutat sitt uppdrag på grund av pandemin. Vid psykiatriska kliniken i Jönköping har rekrytering varit framgångsrik vilket tydligt minskat behovet av hyrläkare. Ett fortsatt behov av hyrläkare finns i Värnamo och kliniken på Höglandet för att täcka vakanser samt säkerställa handledning av ST-läkare samt introduktion av utlandsrekryterade
Utbildningsanställningar 2021.	Till utbildningsstart hösten 2020 för specialistsjuksköterskor inom psykiatri erhöll vi en utökning till tretton platser på halvfart, vilket var mycket uppskattat. Verksamhetsområdet har anmält behov av 12 stycken halvfartsplatser för specialistsjuksköterska psykiatri för start hösten 2021. Arbete pågår med att ta fram underlag för att möjliggöra även för andra kategorier att kunna få utbildningsanställningar. Exempel på detta är specialistutbildning för psykolog, fysioterapeut och arbetsterapeuter men även utbildning förs specialistutbildning för skötare.
Utvärdering av karriärtjänster för yrkesskickliga sjuksköterskor.	Vi har tre teamsjuksköterskor i verksamhetsområdet, en på rehabiliteringsmedicinska klinikens vårdavdelning och två på psykiatriska klinikens vårdavdelning i Värnamo. Eftersom fler än hälften av våra sjuksköterskor inom psykiatrin är specialistsjuksköterskor önskar vi införa karriärtjänster för specialistsjuksköterskor inom psykiatrin.

Uppdrag/mål: Utökad bemanning

Aktiviteter	Analys
Utveckla och pröva arbetssätt tillsammans med primärvården för att öka tillgång till stöd från dietist.	Uppdrag har gått till rehabiliteringscentrum för att rekrytera 3 dietister och tillsammans med primärvården arbeta fram en modell för hur kompetensen på ett resurseffektivt sätt kan tillhandahållas för de patienter inom primärvården som bedöms behöva dietistkompetens utöver den resurs för kostrådgivning som redan finns lokalt.

Framgångsfaktorer: Kompetenta, delaktiga och engagerade medarbetare

Uppdrag/mål: En välfungerande lönebildning

Aktiviteter	Analys
Medverka i utarbetande av informations- och utbildningsmaterial om lönebildningen, samt därefter medverka i förankring och utbildning.	Utbildningstillfällen har under året genomförts av chefsförhandlaren och representanter i lönenätverket för samtliga chefer. Implementering av nya riktlinjer för lönesättning har genomförts i verksamhetsområdets ledningsgrupper. HR-partner fortsätter vara ett stöd i processen.

Uppdrag/mål: Hållbart chefskap

Aktiviteter	Analys
Fortsatt satsning på kompetens- och rollutveckling för chefer.	Verksamhetschefer och första linjechefer deltar i Nätverk för Engagerat Ledarskap, NEL, och regionens olika chefsutvecklingsutbildningar. Planering och inventering av ytterligare gemensamma utvecklingsinsatser och utbildningar pågår. Bland annat genomförs under 2021 en särskild satsning på chefer och ledare inom specialistpsykiatrin via deltagande i kursen Advanced Training Program, ATP.

Uppdrag/mål: Hälsa och likabehandling

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - sjukfrånvaro	6,4 %	5,6 %	Sjukfrånvaron är lägre än målvärdet i verksamhetsområdet medan det för vissa enheter är högre. Kontinuerligt arbete fortsätter tillsammans med chefer, HR och AME för att minska sjukfrånvaron.

Aktiviteter	Analys
Alla nyanställningar ska utgå från heltid	Den genomsnittliga tjänstgöringsgraden i verksamhetsområdet är 97,3 %. Vi arbetar med heltid som norm. Alla tjänster annonseras som heltid med några enstaka undantag för nattjänster. Om särskilda omständigheter kan anges beviljas partiella tjänstledigheter.

Ekonomi

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Aktiviteter	Analys
Utveckla den ekonomiska modellen.	Utveckling av den ekonomiska modellen har skett kontinuerligt i budgetprocessen. Mycket av utvecklingen för diagnostiken har varit kopplade till prissättning baserat på självkostnadskalkyler men arbetet har delvis pausats under året. Under kommande år är inriktningen att under 2023 ha en kalkyl klar även för klinisk kemi. En viktig utveckling har varit dialog och samsyn kring den nya ekonomiska modellen för rehabiliteringscentrum som inför 2021 ändrats till en ramfinansieringsmodell. I nuläget finns delvis olika tolkningar av modellen vilket skapar svårigheter i samband med förändringar. Dialog kring detta fortsätter under året i olika fora.

Uppdrag/mål: Arbeta kostnadseffektivt för att uppnå ekonomi i balans

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-23 867 tkr	De diagnostiska verksamheterna har en samlad budgetavvikelse på +0,3 mnkr. Röntgen står för -7 mnkr och klinisk fysiologi för +3 mnkr. Laboratoriemedicins resultat på + 8,0 mnkr bedöms vara ett resultat som förklaras av den stora volymen covid-19-analyser. Analyserna har till stor del belastat regiongemensamma ansvar och har inte debiterats mot vårdcentraler eller kliniker. Bedömning är att genomförd prisjustering 2021 kommer innebära ett resultat för laboratoriemedicin som är mer balanserat över tid. För rehabiliteringsmedicinska kliniken, Hab och rehabiliteringscentrum är den samlade budgetavvikelsen -1,5 mnkr. Rehabiliteringsmedicinska kliniken har byggt upp kapacitet och två extra vårdplatser för rehabilitering av patienter med komplexa funktionsnedsättningar efter covid-19-infektion. En merkostnad som uppgår till ca 1.0 mnkr. Rehabiliteringscentrum har inte kunnat hyra ut bassängerna på grund av pandemin vilket minskat intäkter och bidrar till ett negativt resultat på ca - 1,6 mnkr för perioden. Habiliteringscentrums ekonomi bedöms vara i balans med ett överskott på 0,8 mnkr. De vuxenpsykiatriska klinikerna och BUP har en samlad budgetavvikelse på -23 mnkr. Under sommaren har dialog med klinikerna inom vuxenpsykiatri genomförts för att ytterligare stödja arbetet med att ta fram handlingsplaner för ekonomi i balans. Tydligt är att verksamheterna har fler faktiska årsarbetare samt att de under en period har ett behov av hyrläkare, varför åtgärderna kommer inriktas på att hantera dessa frågeställningar. Ökade kostnader för läkemedel bidrar till negativt resultat, men förväntas kompenseras enligt gängse

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			rutiner vid årets slut. Vad gäller BUP så pågår en stor satsning för att förstärka utredningskapacitet och resurs för uppföljning och behandling. En satsning som i nuläget är finansierad med 15 mnkr. Dialog pågår och vi kommer att få del av mer resurser då det finns kostnader för genomförda och planerade utökningar.
Prognos	0 tkr	-29 000 tkr	Prognos för helår 2021 är ett underskott mot budget med 29 mnkr. I prognosen har vi angående pandemin utgått från att läget under hösten kommer att vara mer normalt än vad som var fallet under våren. Detta gäller för de flesta enheter men inom röntgen räknar vi med att också med ökad produktion för att minska köer. Inom klinisk fysiologi räknar vi med att följa övriga sjukvårdens återhämtning med en ökad produktion som följd. Diagnostik har i prognosen en total ekonomi i balans. Inom röntgen ser vi dock fortsatt ett intäktstapp. Laboratoriemedicin har i nuläget ett betydande överskott baserat på att de hanterar samtliga Covid-19-analyser. Klinisk fysiologi ligger bra till vad gäller intäkter och prognostiserar ett överskott. Inom vuxenpsykiatrin ser läget något sämre ut och prognosen är ett budgetunderskott med 30 mnkr. Flera av klinikerna har ökat sin bemanning och har också i nuläget hyrläkarkostnader som inte ryms inom budget. Aktiv dialog pågår med respektive klinik och åtgärdsplaner tas fram. Prognosen för BUP är -2 mnkr. De arbetar med att utöka sin verksamhet och kapacitet och har hittills erhållit 15 mnkr extra i budgetram. För övriga verksamheter; rehabiliteringscentrum, habiliteringscentrum, rehabiliteringsmedicin samt områdesgemensamt är prognosen en negativ budgetavvikelse på -5 mnkr. Underskottet ligger främst på rehabiliteringscentrum, som har minskade intäkter under pandemin, då man inte har kunnat hyra ut bassängtider, samt lämnat över en del verksamhet inom området specialkost till hjälpmedelscentralen. Området psykiatri, rehabilitering och diagnostik har en pågående dialog med regionledningen om tillförsel av budgetmedel för beslutade utökningar av verksamhet. Exempel på detta är medel för satsning inom BUP där området nu har fått en tilldelning med 15 mnkr. Enligt prognosen är det ca 8 mnkr som förklaras av ökad bemanning för att möta ökade behov under pandemin. Dessa medel har tillförts området.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Arbete med handlingsplaner för ekonomi i balans pågår. I nuläget har psykiatriska kliniken i Jönköping och röntgen en pågående plan. Aktiviteter pågår att sänka hyrläkarkostnader vilket man lyckats relativt bra med inom psykiatriska kliniken men inte fullt ut vad gäller röntgen. I nuläget är det inom området mammografi där det finns läkarbrist och bedömningen är att röntgens hyrläkarkostnader kommer att

Aktiviteter	Analys
	fortsätta öka under året. Vuxenpsykiatrin på Höglandet och i Värnamo har också utmaningar och en dialog med dessa kliniker förs i nuläget för att hitta åtgärder för ekonomi i balans.
Fortsatt utveckling och användning av självkostnadskalkyler.	Arbetet med självkostnadskalkyler har bromsats under året främst på grund av pandemin. I nuläget finns det dock färdiga kalkyler för samtliga verksamheter utom klinisk kemi och transfusionsmedicin och dessa kalkyler utgör en grund för prissättning av diagnostikens utbud. Arbete pågår med att använda kalkylen i den löpande uppföljningen samt analys av exempelvis produktivitet. Ambitionen är att kalkylerna ska utgöra ett underlag vid prissättning samt ett analys- och förbättringsverktyg för verksamheten. Till 2021/2022 sker ytterligare förfining av kalkylen så att den speglar verkliga kostnader på ett bättre sätt.
Arbeta aktivt med Kostnad per patient (KPP).	Införandet av KPP följer den regionövergripande tidplanen och under året har arbete skett med rapportering av KPP-data för 2020 till SKR. Rapporteringen av data kommer att ge möjlighet till nationella jämförelser och dialog pågår med Regionledningskontoret för att skapa en rapport för jämförelse med riket och andra regioner. Åtgärder för att stimulera användandet av KPP på kliniker kommer att fortsätta och kunna presenteras vid exempelvis MPG-forum. Även de diagnostiska verksamheterna tittar på KPP som ett hjälpmedel för att bedöma om processer i länet sker på likartat sätt.

Uppdrag/mål: Förbättrad produktivitet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Minskade totala kostnader för personal och köpta tjänster	955 717 tkr	981 248 tkr ◆	Kostnaden för egen personal och köpta tjänster har ökat under året och ligger under sommaren betydligt högre än vad som var fallet under föregående år. Totalt sett är det en ökning med 4,2 % utöver löneindex vilket motsvarar ca 35 mnkr. Flertalet verksamheter uppger skäl kopplade till pandemin. Viss bemanningsproblematik påverkar utfallet där de psykiatriska klinikerna och röntgen redovisar ett fortsatt beroende av hyrläkare. Fortsatt analys ska visa behov av åtgärder för att nå en kostnadsnivå som ryms inom budget. Det kommer samtidigt finnas behov av att hantera uppskjuten vård med anledning av pandemin..

Hållbarhet

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt.

Framgångsfaktorer: Vi är klimatsmarta - transporter

Uppdrag/mål: Under programperioden ska klimatpåverkan per årsarbetare minska med minst 40 procent för tjänsteresor, inklusive egna godstransporter, jämfört med 2019

Aktiviteter	Analys
Öka andelen förnybara drivmedel i pool-, verksamhets- och transportbilar till minst 70 procent år 2025. D.v.s. välj fordon enligt drivmedelsstrategin och tanka alltid rätt drivmedel.	För flera kliniker följs bränsleanvändning för gas- och etanolfordon tertialvis och där ser vi en positiv utveckling. Flera kliniker har införskaffat laddhybrider vilka tankas med bensin när körsträckan överstiger räckvidden för batteriet. Dessa bilar påverkar mätetalet negativ, liksom de dieselfordon som finns. Vid nyanskaffning av fordon kommer en analys göras för att i första hand välja biogas och rena elfordon (dvs ej laddhybrid eller elhybrid), vilket nyligen resulterat i att rehabiliteringsmedicinska kliniken övergått till ren elbil.

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - upphandling

Uppdrag/mål: År 2025 ska 100 procent av våra särskilt farliga kemiska produkter utretts med syfte att hitta hälso- och miljöanpassade alternativ. Vi ska ha bytt ut produkter där det varit möjligt.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel särskilt farliga kemiska produkter som utretts	100 %	–	Årsmått

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - läkemedel

Uppdrag/mål: Under programperioden ska förskrivningen av prioriterade miljöbelastande läkemedel minska.

Aktiviteter	Analys
Utöka användningen av icke-farmakologiska behandlingar och stöd till livsstilsförändringar.	Ej påbörjat. Planerad start 2021-11-01
Förskriva startförpackningar där så är möjligt och arbeta med tidsbegränsade ordinationer.	Område läkemedel och Läkemedelskommittén arbetar med att ta fram stöd till verksamheterna inom ramen för uppdraget för denna aktivitet.
Verka för att läkemedel med samma effekt och med mindre miljöpåverkan prioriteras vid förskrivning och rekommendation. Utgångspunkten för arbetet är den lista över prioriterade läkemedel som finns här: https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/api/Evolution/pdf/74607ef1-048d-441f-9ac9-4be909efade8	Område läkemedel och Läkemedelskommittén arbetar med att ta fram stöd för verksamheterna inom ramen för uppdraget för denna aktivitet.

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka.

Framgångsfaktorer: Vi använder våra resurser klokt - cirkulära materialflöden

Uppdrag/mål: Hållbar användning av förbrukningsmaterial: År 2025 ska klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsartiklar minska med minst 15 procent jämfört med 2019.

Aktiviteter	Analys
Främja användning av förbrukningsmaterial som går att materialåtervinna och består av återvunnen och/eller förnybar råvara. D.v.s. minska användningen av engångsprodukter och när engångsprodukter måste användas; Välj produkter som rekommenderas från miljösynpunkt.	Vid miljödialog diskuteras förbrukningsmaterial och klinikerna uppmanas arbeta efter Handbok för klokare materialval. Då vi efter 2021 kan få ut statistik på förbrukningsmaterial kommer punktinsatser kunna göras där vi ser störst miljöpåverkan och förbättringspotential.

Uppdrag/mål: Vid flytt eller nyetableringar ska en så stor andel som möjligt av inredningen vara återanvänd.

Uppdrag/mål: Vårt matsvinn ska minska med minst 30 procent till 2025 jämfört med 2020.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Matsvinn per patientportion	-10 %	–	Rutiner för avdelningsvis uppföljning av matsvinn från patientportioner är under utveckling och lämpliga personer på avdelningarna som analyserar resultat behöver utses. Vid psykiatriska kliniken på höglandet har en 15-rättersmeny införts som är uppskattad av patienterna. Kostombuden rapporterar en upplevelse av minskat matsvinn, vilket också överensstämmer med mätning i maj. Pastöriserade matlådor med lång hållbarhet finns på avdelningarna för att minska behovet av extrabrickor.

Region Jönköpings län

Delårsrapport 2
Tertial 2 2021

Medicinsk vård

Dnr 2021/136
Agneta Ståhl, Sjukvårdsdirektör
Medicinsk vård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder 6

Process och produktion **12**

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare 13

Strategiska mål: Bra folkhälsoarbete 14

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård 14

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård 16

Lärande och förnyelse **20**

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap 20

Medarbetare **21**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare 21

Ekonomi **24**

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt 24

Hållbarhet **27**

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt. 27

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar. 27

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel. 28

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. 28

Inledning

Medicinsk vård har verksamhet inom akutsjukvård, ambulanssjukvård, barnhälsovård, barnsjukvård, barn- och ungdomshälsa, geriatrik, hudsjukvård, infektion och medicin. Verksamhet bedrivs på sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo, ambulanser runt om i länet, barn- och ungdomsenheter i Eksjö, Jönköping och Värnamo samt på länets familjecentraler. Vi har även en mottagning vad gäller hudverksamhet i Nässjö samt mottagning för barn-och ungdomshälsa i Huskvarna, Nässjö och Värnamo.

Antalet faktiska årsarbetare inom Medicinsk vård uppgick i genomsnitt till 1 904 stycken till och med augusti. Jämfört med samma period föregående år har antalet faktiska årsarbetare ökat med 86. Vi har till och med augusti månad utfört 87 499 läkarbesök och 95 920 besök annan yrkeskategori. Antalet disponibla vårdplatser uppgick till 291 stycken och antalet vårdtillfällen 15 660. Våra 24 ambulanser utförde sammanlagt 32 415 uppdrag. Årsbudgeten för 2021 uppgår till 2 814 mnkr. Det ekonomiska resultatet till och med augusti månad visar på ett budgetöverskott på 11,7 mnkr inkluderat ersättningar på 139 mnkr på grund av coronapandemin. Verksamhetsområdet prognostiserar ett budgetunderskott om 20 mnkr för helåret 2021.

I arbetet *Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård* har arbetet åter kommit igång efter paus på grund av coronapandemin. Barn- och ungdomshälsans arbete tillsammans med barn- och ungdomspsykiatrin, "En väg in, barn och unga, psyskisk hälsa", är nu ett väl inarbetat arbetssätt. Utvecklingsarbetet med patientkontrakt har tagit ny fart, tio av tretton kliniker rapporterar pågående arbeten. Även i övriga arbetsgrupper kopplade till strategigrupp barn och unga och strategigrupp äldre pågår arbeten med fokus på att Jönköpings län ska vara bästa platsen att växa upp, leva och åldras på!

Tillgänglighet är ett prioriterat område och under året har en projektledare utsetts med uppdrag att inom Medicinsk vård hålla samman arbetet med KPS, kapacitets- och produktionsstyrning. Målet med att införa KPS i våra verksamheter är att skapa mesta möjliga nytta och värde för patienterna genom att säkerställda arbetssätt samt att med bästa möjliga kvalitet och inom budgetram säkra att tillgängligheten följer de mål som Region Jönköpings län satt upp. Samtliga verksamheter inom Medicinsk vård ska på sikt arbeta med KPS. Två kliniker har hittills startat upp sitt arbete.

Inom området SVF cancer pågår arbeten för att ytterliga förbättra processerna för att nå bättre resultat. När det gäller PSVF, personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, har medarbetare inom Medicinsk vård varit delaktiga i arbetet med stroke/TIA, reumatoid artrit och sepsis.

En stor utmaning är fortsatt arbete med akutprocessen och i samband med det även lokalfrågor kopplat till våra tre akutmottagningar. I Eksjö finns beslut kring ombyggnation och där är färdig plan utarbetad. På Länssjukhuset Ryhov pågår planeringsarbete för framtagande av förslag till mindre ombyggnation i väntan på större ombyggnationen kopplat till översiktsplanen för sjukhuset. I Värnamo ingår akutmottagningen som en del i framtida ombyggnation enligt översiktsplan som är under framtagande.

En fortsatt utmaning är också utvecklingen av e-hälsa inom våra verksamheter. Till och med andra tertialet nådde vi endast 1,5 procent andel digitala vårdbesök. Även om vi ser en ökad användning av webbtidbok, ny- och ombokning, och avslutade ärenden i 1177 vårdguidens e-tjänster, så sker det fortfarande i liten skala.

Coronapandemin har gjort att en del av våra utvecklingsarbeten har fått stå tillbaka. Arbetet med arbetstidsmodellen 80-10-10 är ett sådant exempel. Under hösten kommer ett omtag att göras och ett arbete gemensamt med verksamhetsområdena Kirurgisk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik kommer att påbörjas, för att utreda förutsättningarna för olika arbetstidsmodeller. Detta ska tillsammans med fortsatt arbete med systematisk arbetsmiljö, personalhälsa, karriärtjänster och lönebildning bidra till att Medicinsk vård är en attraktiv arbetsgivare.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2021-08-31	Andel	2020-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	3	18%	2	10%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	6	35%	6	32%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	8	47%	11	58%
Antal mätetal som mäts	17	100%	19	100%

Verksamhetsområdet når målet avseende måtten :

Kostnad för bemanningsföretag

Personalhälsa - sjukfrånvaro

Ekonomi i balans

Målet nås inte avseende måtten :

Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar

Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter

Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård

Beläggning på vårdavdelning

Antal utlokaliserade per 100 disponibla vårdplatser

Standardiserade vårdförlopp (SVF) - andel patienter i SVF

Standardiserade vårdförlopp (SVF) - andel inom max ledtid

Ekonomisk prognos helår

Det har skett en förflyttning från uppfyllda mått till delvis uppfyllda mått jämfört med samma period 2019. Anledningen till att ett flertal mått inte når upp till målet förklaras delvis av coronapandemin.

Medborgare och kund

Inom Medicinsk vård är personcentrerad vård ett viktigt område. Samtliga kliniker har pågående förbättringsarbeten för att utveckla vården där patientens erfarenheter och kunskap tas tillvara. Att utveckla arbetssätt för patientkontrakt kommer att vara en prioriterad fråga under året.

Tillgänglighet är också ett viktigt område och under året kommer arbetet med KPS, kapacitets- och produktionsstyrning, att intensifieras.

På länets tre akutsjukhus är akutprocessen föremål för utvecklingsarbete. Då över 80 procent av verksamheten inom Medicinsk vård är av akut karaktär är detta ett strategiskt viktigt område.

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer: Personcentrerad vård

Uppdrag/mål: Utveckla den personcentrerade vården

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Antal dokumenterade överenskommelser i Cosmic	800 st.	6 111	Detta är ett nytt mätetal för 2021. Sökordet överenskommelse finns i allt fler journalmallar, där behandlare kan komma överens om vårdens ansvar respektive patientens ansvar. Arbete pågår med att beskriva hur detta arbete ska gå till. Det är knappt en handfull kliniker som kommit igång med att dokumentera överenskommelse. MPG (medicinsk programgrupp) medicin-geriatrik har beslutat att starta ett gemensamt utvecklingsarbete kring dokumentation. Den höga siffran beror på att en klinik skriver i sin utskrivningsanteckning i sökordet överenskommelse, var god se information om min vårdtid. Dessa arbetssätt behöver utvecklas så att både patient och medarbetare vet hur en överenskommelse ska gå till.

Aktiviteter	Analys
Aktiviteter kring patientkontrakt	Utvecklingsarbetet har påverkats av coronapandemin. I det övergripande arbetet inom ramen för Tillsammans för bättre hälsa och jämlik vård, gjordes ett omtag under maj för att gå mera i handling under hösten. Det finns trots pandemin goda exempel på hur patientkontrakt utvecklats på enheterna. 10 av 13 kliniker rapporterar att arbete pågår med patientkontrakt. Dokumentationen vid mottagningsbesök har utvecklats för att det ska vara tydligt vad som är nästa steg i vårdkedjan. Det har varit viktigt att involvera personer med erfarenhet av patientrollen i utvecklingsarbetet. Dokumentation under sökordet "överenskommelse" i Cosmic ökar vilket är positivt. Inom arbetet Tillsammans för bästa möjliga hälsa och vård har verksamheter deltagit i utvecklingsprojekt. En utmaning i arbetet är att det finns olika sätt att dokumentera överenskommelser.

Uppdrag/mål: Alla verksamheter arbetar utifrån barnkonventionens intentioner

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Antal Familjeformulär	66 st	77 st	Arbete pågår och vi ser en ökad användning av familjeformuläret. Bredare information med aulamöten på regionens 3 sjukhus har fått flyttas till början av 2022. Digitala sammankomster har genomförts. Barnskyddsteamet har alltid med punkten barn som anhöriga och vikten av att använda familjeformuläret.

Aktiviteter	Analys
Utveckla användandet av Familjeformulär	Pågår och vi ser en ökad användning av familjeformuläret. Aktiviteter har till viss del kunnat genomföras digitalt medan planerade aulautbildningar har flyttats till början av 2022.

Framgångsfaktorer: Hög tillgänglighet

Uppdrag/mål: Förbättra tillgängligheten

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	69 %	Tillgängligheten i länet (inklusive barnakuten) uppgick i genomsnitt under januari till och med augusti till 69 procent. Föregående år samma period 75 procent. Tillgängligheten i genomsnitt under perioden januari till och med augusti per akutmottagning : Akutmottagningen på Länssjukhuset Ryhov: 65 procent Akutmottagning (barnakuten) på Länssjukhuset Ryhov: 86 procent Akutmottagningen på Höglandssjukhuset Eksjö: 67 procent Akutmottagningen på Värnamo sjukhus: 85 procent Antalet läkarbesök på akutmottagningarna i länet (exklusive barnakuten på Länssjukhuset Ryhov) har till och med augusti ökat med 3 187 stycken (6 procent) jämfört med samma period föregående år. Akutmottagningen på Länssjukhuset Ryhov har ökat läkarbesöken med 1 576 stycken (7 procent), akutmottagningen på Höglandssjukhuset Eksjö har ökat med 838 stycken (6 procent) och akutmottagningen på Värnamo sjukhus har ökat med 773 stycken (6 procent). Från och med mars har antalet besök ökat och överstiger nu föregående år samma period. Under augusti minskade antalet läkarbesök med 100 stycken i länet jämfört med samma period föregående år. Totalt har antalet besök (läkare- och sjuksköterskebesök) på akutmottagningarna i länet ökat med 3 380 stycken (6 procent). Jämfört med samma period 2019 (ett år som inte är påverkat av coronapandemin) så har antalet besök minskat med 1 830 stycken (3 procent).
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	67 %	Tillgängligheten uppgår i genomsnitt till 67 procent under perioden januari till och med augusti. Föregående år samma period 71 procent. I genomsnitt 4 procentenheter lägre tillgänglighet på akuta uppdrag prioritet 1-larm. Analys pågår, men klart är att uppdragstiden per patient har blivit längre på grund av riktlinjerna avseende skyddsutrustning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			på grund av coronapandemin, vilket försämrar tillgången till ambulansresurser. SOS Alarm har också längre handläggningstider än tidigare för bedömning och prioritering av uppdrag. Verksamheten har på grund av coronapandemin haft ambulanser ur tjänst. Detta har också påverkat tillgängligheten negativt. Under sommarmånaderna juni till augusti är flera dagambulanser avställda för att klara bemanning och schema. Från och med september är ambulansverksamheten i normal drift. Under perioden januari till och med augusti utfördes 1 377 stycken (10 procent) fler prioritet 1-larm jämfört med föregående år. Prioritet 2-larm har minskat med 9 procent. Totalt är antalet transporter (prioritet 1-larm samt övriga transporter) oförändrat jämfört med samma period föregående år.
VO Andel 80 år och äldre som fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	80 %	61 %	Under perioden januari till och med augusti har 39 procent av de över 80 år väntat mer än 4 timmar på akutmottagningen. Orsaken beskrivs vara att de inväntar undersökning inför inläggning och/eller vårdplats på sjukhuset. En bidragande orsak är att äldre inte alltid uppvisar allvarliga symtom och därför blir symtomen bedömd som mindre allvarlig. Arbete pågår med att förbättra handläggningstiden.
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	71 %	Tillgängligheten till första besök uppgick i genomsnitt under perioden januari till och med augusti till 71 procent. Föregående år samma period 75 procent. 499 patienter har under augusti väntat mer än 60 dagar. Motsvarande månad föregående år 249 patienter. Tillgängligheten under augusti som enskild månad uppgick till 57 procent. Motsvarande månad föregående år 73 procent. Under juni och juli 2021 uppnår verksamhetsområdet tillgänglighetsmålet. Under augusti når verksamhetsområdet tillgänglighetsmålet inom 5 områden (vårdutbud) av total 18 stycken. Augusti är den månaden så här långt under året som har den lägsta tillgängligheten.
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	81 %	Tillgängligheten avseende genomförda återbesök inom medicinskt måldatum uppgick i genomsnitt under januari till och med augusti till 81 procent. Föregående år samma period 84 procent. Under augusti kom 11 500 patienter av totalt 15 100 in inom medicinskt måldatum. Under augusti har 688 patienter valt att vänta längre än måldatum (patientvald väntan).
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård	80 %	59 %	Tillgängligheten till åtgärd/undersökning avseende gastroskopi och koloskopi uppgick i genomsnitt under januari till och med augusti till 59 procent. Föregående år samma period 84 procent. Under augusti har 26 patienter av totalt 49 stycken inte erhållit åtgärd/undersökning inom 60 dagar. Tillgängligheten under april och maj var den lägsta på lång tid och anledningen är brist på tider inom den enhet (KBC : kirurgisk konsultations- och behandlingscentral) som tillhandahåller lokal för ändamålet. Under juni och juli ökade tillgängligheten men minskade återigen under augusti. Främst är det inom gastroskopi som tillgängligheten är låg när det avser genomförda undersökningar.

Aktiviteter	Analys
Förbättringsarbete inom akutprocessen	En arbetsgrupp har bildats på Länssjukhuset Ryhov. Arbetet går långsamt, vilket beror på coronapandemin. Det finns en plan för att designa ett förbättringsarbete i akutprocessen i länet. Samtliga verksamhetsområden är delaktiga i arbetet. Ett viktigt fokus är att minska besöken för personer äldre än 80 år på akutmottagningen.

Uppdrag/mål: Arbeta aktivt med att ta hand om den uppskjutna vården

Aktiviteter	Analys
Analys av vilken vård som är uppskjuten relaterad till coronapandemin	Verksamhetsområdet bedöms inte ha någon hög grad av uppskjuten vård på grund av coronapandemin. En del besök på infektionskliniken har fått omprioriteras. På geriatrisk mottagning har det uppstått kö till kontrollmätning bentäthet eftersom medarbetare varit förflyttade till covidavdelning. Efter årsskiftet kommer klinisk fysiologi att ta över dessa mätningar. En plan kommer att läggas för att minska kön.

Framgångsfaktorer: Bästa plats att växa upp och åldras på - Främja barn och ungdomars hälsa och förebygga psykisk ohälsa.

Uppdrag/mål: Tillgängligheten ska stärkas inom barn- och ungdomspsykiatrin och barn- och ungdomshälsan

Aktiviteter	Analys
Som en del i att stärka tillgängligheten till barn- och ungdomshälsan startades tillsammans med barn- och ungdomspsykiatrin en gemensam bedömningsenhet, En Väg in barn och unga psykisk hälsa (EVI).	Tillgängligheten till barn- och ungdomshälsan har successivt ökat sedan starten av EVI. Barn- och ungdomshälsan arbetar aktivt med att hitta innovativa och effektfulla förändringar och förbättringar för att fler barn och familjer erbjuds stöd och behandling. Några exempel på detta är: FACT, en effektiv metod vilket bidrar till att patienten mer direkt fokuserar på det egentliga problemet och syftar till att öka tillgängligheten. Digitala stöd/behandlingsprogram, utveckling av digitala stöd- och behandlingsprogram inom stöd och behandling på 1177. Balansräkning, under tertial 1 har en balansräkning genomförts på EVI i syfte att kartlägga det dagliga arbetets olika moment, få en förståelse om enhetens säsongs- och veckovariationer och därmed resurssätta utifrån behov och på detta sätta öka antalet genomförda triageringar.

Uppdrag/mål: Utredning för utveckling av första linjens barn- och ungdomspsykiatrin

Aktiviteter	Analys
Delta i utredning	Utredning pågår gällande primärnivån för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Som grund ligger den nationella utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga”, som nyligen presenterats.

Uppdrag/mål: Arbeta för en jämlik barnhälsovård.

Aktiviteter	Analys
Riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.	Flera familjecentraler erbjuder föräldrarna gemensamt hembesök av BHV-sjuksköterska och kurator. Arbetet med riktade hembesök av enbart barnhälsovården samt också gemensamt med familjecentralerna och socialtjänsten fortgår. Erfarenheterna av de riktade hembesöken så här långt är att de ytterligare stärker möjligheten att identifiera och ge tidigt stöd till de familjer som behöver detta. Fortsatt arbete med Barnsäkert/SEEK som är en arbetsmetod med syfte att identifiera psykosociala riskfaktorer på individnivå. Insatsen utgår från barnhälsovårdens grunduppdrag, att genom universella insatser uppmärksamma behov och sedan rikta insatser till familjer med behov av extra stöd. Elva BHV enheter har varit pilotenheter och prövat arbetsmetoden. Sjuksköterskorna beskriver att arbetssättet är ett mycket bra sätt att identifiera familjer i behov av mer stöd. Barnhälsovårdens ledningsgrupp har i april tagit beslut om breddinförande från och med första oktober 2021 och planering för detta pågår.

Uppdrag/mål: Familjecentraler

Aktiviteter	Analys
Nya familjecentraler.	Region Jönköpings län är aktiva inom familjecentralsarbetet med målet att det ska finnas minst en familjecentral i varje kommun. Arbete för att etablera familjecentral i Mullsjö pågår i samarbete med Mullsjö kommun. Styrgrupp för familjecentral Mullsjö formerades i januari 2021. Gnosjö kommun har påbörjat planering för öppen förskola. Fortsatt arbete framåt för att på sikt planera en gemensam familjecentral i Gnosjö. Arbete pågår med planerad inflyttning i nya lokaler under hösten 2021 i Råslätt och Nässjö och i Norrahammar preliminärt under nästkommande år.

Uppdrag/mål: Utveckla Geriatriskt kompetenscentrum

Aktiviteter	Analys
Utvecklings- och kompetensaktiviteter geriatrisk kompetens	Forum Geriatrikums föreläsningsserie avseende geriatriska frågor fortsätter. Under coronapandemin genomförs föreläsningarna digitalt. Det är ett stort intresse med över 100 deltagare per tillfälle. Planering pågår inför höstens föreläsningar. Ett forskningsprojekt har påbörjats tillsammans med institutionen för gerontologi. Syftet är att beskriva den geriatriska omvårdnadens förhållningssätt. Ett större utvecklingsarbete, bästa plats att åldras på, är initierat och påbörjat.

Framgångsfaktorer: Bästa plats att växa upp och åldras på - Främja äldres hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Uppdrag/mål: Trygg och säker vård och omsorg

Aktiviteter	Analys
Förbättringsarbete avseende vårdtidsplanering på sjukhus	Arbetet har pausats i samband med coronapandemin. Det kommer vara en del i projektet bästa plats att åldras på.

Process och produktion

Hälsa skapas tillsammans i mötet mellan vårdgivare och personer med hälsoproblem. Produktionen av vårdtillfällen och mottagningsbesök är ett indirekt mått på vilka resultat som egentligen uppnås i form av förbättrad hälsa och minskat lidande. Därför behöver innehållet i processerna också följas med kliniska kvalitetsmått. Ett tecken på att processerna är välfungerande på alla tre sjukhus är att samtliga hamnade i topp-sex placering i Dagens Medicins årliga rankning Sveriges bästa sjukhus som publicerades i januari 2020 (senaste rankning).

Processerna behöver också vara patientsäkra och där har fokus under året varit att skapa en säker covid-19-vård och samtidigt hantera den vanliga vården optimalt och på ett patientsäkert sätt.

Verksamhetsmått

	Utfall 2021-08	Utfall 2020-08	Utfall 2019-08	Förändring % 2021-2020	Förändring % 2021-2019
Vårdtid dagar	66 945	61 851	67 015	8,2%	- 0,1%
Antal läkarbesök	87 499	82 747	91 353	5,7%	- 4,2%
Antal besök annan personalkategori	95 920	98 974	101 269	- 3,1%	- 5,3%
Disponibla vårdplatser	291	299	312	- 2,7%	- 6,7%
Vårdtillfällen	15 660	14 802	16 284	5,8%	- 3,8%
Andel digitala besök läkare, annan personalkategori	1,3%	0,2%	0%	1,1%	0,2%
Antal ambulanstransporter	32 415	32 333	33 358	0,3%	-2,8%

Tabellen ovan innehåller både besök inom somatisk vård och besök inom barnhälsovård (primärvård) samt inom barn- och ungdomshälsan (primärvård).

Vårdtiden har främst ökat (jämfört 2020 och 2021) inom medicinkliniken på Länssjukhuset Ryhov (921 vårddagar, 4,3 procent), medicin- och geriatrikkliniken på Höglandssjukhuset Eksjö (1 827 vårddagar, 11,6 procent) och medicin- och geriatrikkliniken på Värnamo sjukhus (1 208 vårddagar, 10,4 procent). Coronapandemin är en orsak till förlängda vårdtider då covid-19-avdelningar har varit lokaliserade på medicin- och geriatrikklinikerna i Eksjö och Värnamo.

Ökningen (jämfört 2020 - 2021) av antalet läkarbesök förklaras främst av en ökning av läkarbesöken på medicinkliniken på Länssjukhuset Ryhov (15 procent), på medicin- och geriatrikkliniken på Värnamo sjukhus (10 procent) samt på medicin- och geriatrikkliniken på Höglandssjukhuset Eksjö (8 procent). Jämfört med 2019 har läkarbesöken minskat med 7 procent. 3 procent beror på minskning av antalet läkarbesök på akutmottagning.

Minskningen (jämfört 2020 - 2021) av besök till annan personalkategori beror på coronapandemin.

Antalet disponibla vårdplatser uppgick i genomsnitt till 291 stycken under perioden januari till och med augusti. Medicin- och geriatrikkliniken Eksjö har ökat antal disponibla vårdplatser med 3 stycken även geriatrikkliniken på Länssjukhuset Ryhov har ökat med 6 stycken jämfört med samma period föregående år. Men för övriga kliniker har antalet disponibla vårdplatser minskat. Totalt har antalet disponibla vårdplatser minskat jämfört med samma period föregående år.

Vårdtillfällena har främst ökat (jämfört 2020 - 2021) inom medicin- och geriatrikkliniken på Värnamo sjukhus (274 vårdtillfällen, 9 procent), medicin- och geriatrikkliniken på Höglandssjukhuset Eksjö (300 vårdtillfällen, 8 procent) samt inom geriatrikkliniken på Länssjukhuset Ryhov (362 vårdtillfällen, 165 procent). Geriatrikklinikens vårdavdelning var stängd under våren 2020 på grund av coronapandemin.

Antalet digitala besök har ökat till och med andra tertialet 2021 jämfört med samma period föregående

år. Anledningen är att det före år 2021 endast genomfördes ett fåtal digitala besök.

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare

Framgångsfaktorer: Sveriges bästa digitala vård och stödsystem.

Uppdrag/mål: Fortsätta utvecklingen mot digitala tjänster

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Avslutade ärenden i 1177 vårdguidens e-tjänster	Öka jfm fg år 5 %	31 %	Till och med andra tertialet i år har antalet avslutade ärenden ökat med 4 811 stycken (31 procent) jämfört med motsvarande period förra året. Samtliga kliniker förutom geriatriska kliniken och infektionskliniken ökar. Störst procentuell ökning ses hos hudkliniken, barn och ungdomsmedicinska mottagningen och inom barnhälsovården.
VO Genomförda digitala vårdmöten och kvalificerade telefonbesök	6 %	1 %	Till och med andra tertialet i år har totalt 1 procent av besöken varit digitala. Sannolikt kommer verksamhetsområdet inte att nå målsättningen 10 procent i december. Anledningen är dels att vi inte mäter kvalificerade telefonbesök än och att verksamheterna har svårt att hitta rätt användningsområden. Vi har dessutom sett en hel del tekniska problem som har bromsat användningsfrekvensen. Ytterligare en faktor är att ett digitalt vårdmöte kostar patienten lika mycket som ett fysiskt besök. Det ska därför bli intressant att se om kostnadsjusteringen som ska ske till nästa år kan öka incitamentet till att växla över till digitala besök.
VO Ny- och ombokningar i webbtidboken	Öka jfm fg år 5 %	34 %	Inom Medicinsk vård är det bara barnhälsovården som strukturerat ger möjlighet till ny- och ombokningar. Övriga kliniker gör det i liten skala. Till och med andra tertialet i år har antalet ny- och ombokningar ökat med 1 457 stycken (34 procent) inom verksamhetsområdet.

Aktiviteter	Analys
Öka användningen av digitala vårdmöten	Under årets två första tertial har geriatriska kliniken på Länssjukhuset Ryhov och flera mottagningar på medicin- och geriatrikkliniken på Höglandssjukhuset valt att börja med Cosmic eBesök. Klinikerna har jobbat på i ungefär samma skala som under föregående tertial förutom en minskning under semesterperioderna. En del driftproblem finns fortsatt med Cosmic eBesök som har inneburit problem för verksamheterna. Cambio jobbar med problemet men utan någon plan för när det kan vara åtgärdat.
Genomföra pilotprojekt på taligenkänning vid diktering	Piloten föll mycket väl ut och vi väntar just nu på ett beslut från styrgruppen att få bredda användningen av taligenkänningen.
Konstant utveckling mot digitala tjänster	Under året har verksamhetsområdet bland annat jobbat med taligenkänning vid diktering, upphandling av system för egenmonitorering, utökad användning av digitala vårdmöten, planering för införande av digital min vårdplan cancer och mycket mer.

Uppdrag/mål: Underlätta användandet och kunskap om digitala stöd och tjänster

Aktiviteter	Analys
Koordinera utbildningsinsatser i befintliga e-tjänster	En del utbildningar har skett på medicin- och geriatrikkliniken i Eksjö under sommaren. Planen framåt är att arbetet fortsatt drivs inom ramen för programmet "Enklare vardag för patienter och medarbetare".

Strategiska mål: Bra folkhälsoarbete

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Andel förstagångsföräldrar som genomgått hälsosamtal	33 %	29 %	Att öka andelen genomförda hälsosamtal med förstagångsföräldrar är ett prioriterat område för barnhälsovården. Målet nås ännu inte men det är positivt att andelen genomförda hälsosamtal ökar på flertalet av barnhälsovårdsenheterna i länet. Jämfört med det första tertialet de föregående åren har andelen genomförda hälsosamtal successivt ökat. Ett flertal förbättringsåtgärder har genomförts och pågår. Kollegial coachning av sjuksköterska som ingår i team som arbetar med utveckling av området levnadsvanor har genomförts på varje enhet och erbjuds fortsättningsvis vid behov. I samarbete med primärvårdens FoU-enhet pågår planering för hur barnhälsovårdens nyanställda sjuksköterskor ska få bra introduktion och stöd under utbildning i metoden för genomförande av hälsosamtal. Resultatet avseende andelen genomförda hälsosamtal har följts regelbundet på barnhälsovårdens ledningsmöte, APT (arbetsplatsträff), lokala APT och individuellt i samband med medarbetarsamtal.

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Säker vård alla gånger

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdprevention	90 %	81 %	Den ökning som skedde i slutet av 2020 och i början av 2021 har avstannat. Det är över 80 procent som får förebyggande åtgärder insatta för fall, trycksår och undernäring.
VO Andel dokumenterade läkemedelsberättelser	70 %	49%	Andelen dokumenterade läkemedelsberättelser har uppgått till cirka 49 procent under året. Det har genomförts en kvalitativ utvärdering av farmaceut. Resultatet presenteras i september och kommer vara underlag för förbättringsarbete främst inom den medicinska programgruppen, medicin och geriatrik.

Aktiviteter	Analys
Utveckla utbildningar i vårdprevention	Det är planerat gemensam utbildning i vårdprevention i den regionala introduktionsutbildningen för sjuksköterskor och motsvarande för undersköterskor. Det blir tillfällen under hösten på de tre sjukhusen. Värt att uppmärksamma är att undersköterskor på akutvårdsavdelningen, Länssjukhuset Ryhov påbörjat ett nytt arbetssätt för vårdprevention. Alla kliniker erbjuds också detta utbildningspaket kring vårdprevention.

Uppdrag/mål: Bedriva säker och jämlik sepsisvård

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel som får antibiotika inom 60 minuter vid Sepsis	80%	75% ◆	Siffrorna varierar månad för månad. Variationen behöver minskas. Det är få larm på Värnamo sjukhus men de som finns handläggs snabbt. Målet med antibiotika inom 60 minuter nås inte i Eksjö och Jönköping. Flera besök är diagnosregistrerade för sepsis och septisk chock, vilket gör att analys och utvecklingsarbete underlättas.

Aktiviteter	Analys
Förbättringsarbete sepsiskedjan	Arbetet med sepsislarm fortsätter på akutmottagningarna i länet. En viss nedgång i antalet larm har skett under coronapandemin. Det genomförs världssepsisdagen den 11 september och aktiviteter för att uppmärksamma sepsis för allmänheten genomförs. Under hösten kommer vårdförlopp sepsis genomföras. Den uppskjutna träffen för sepsisombud planeras att genomföras i november 2021.

Framgångsfaktorer: God kunskap om patientsäkerhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Antal avvikelser i Synergi per månad	>300	127 ■	Det är en klart negativ trend från början av året. Kanske det är en effekt av coronapandemin och en rapporteringströtthet som ligger bakom. Dessa siffror kommer att tas upp i ledningsgruppen för analys och diskussion kring åtgärder under hösten.

Aktiviteter	Analys
Utbildningsinsatser vid uppdatering Synergi	Nya systemet är på plats och utbildningar genomförs via E-utbildning. Att antalet registrerade avvikelser i synergi minskar är ett observandum och analys pågår för att förstå orsaken.

Framgångsfaktorer: God säkerhetskultur

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Antal händelseanalyser genomförda	5	11 ●	Den absoluta majoriteten av händelseanalyserna är uppstartade första tertialet. Det kan vara naturligt då denna typ av analysarbete inte prioriteras under sommarperioden.

Aktiviteter	Analys
Utveckla patientsäkerhetsronder i realtid (PiR)	Inom verksamhetsområdet är det genomfört en patientsäkerhetsrond i realtid (PiR) under 2021. Det finns fortsatt intresse och inom MPG medicin-geriatrik finns ett uppdrag att genomföra PiR som triangelrevision under hösten.

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Disponibla vårdplatser		291 ▬	Antalet disponibla vårdplatser uppgick i genomsnitt till 291 stycken under perioden januari till och med augusti. Föregående år samma period var motsvarande antal 298 stycken. Minskning av antalet disponibla vårdplatser har skett inom infektionskliniken och medicin- och geriatrikkliniken på Värnamosjukhus. Medicin- och geriatrikkliniken Eksjö har ökat antal disponibla vårdplatser med 3 stycken även geriatrikkliniken på Länssjukhuset Ryhov har ökat med 6 stycken jämfört med samma period föregående år.
Nämnd Beläggning i procent	85 %	95 % ■	Beläggningen uppgick i genomsnitt till 95 procent under perioden januari till och med augusti. Föregående år uppgick beläggningen under samma period till 87 procent. Andelen vårdtillfällen har till och med augusti ökat med 6 procent jämfört med samma period föregående år. Den ökade beläggningen beror till viss del på färre disponibla vårdplatser men även på ett ökat antal vårdtillfällen.
Nämnd Utlokaliserade	0%	4,8% ■	Antalet utlokaliserade patienter uppgick i genomsnitt under januari till och med augusti till 428 stycken. Föregående år samma period 266 stycken. Förklaringen till ökningen är coronapandemin. Under augusti uppgick antalet utlokaliserade till 163 stycken. Jämfört med januari (921 stycken) har antalet utlokaliserade patienter minskat månad för månad.
Nämnd Överbeläggningar	0%	2,1 % ◆	Andelen överbeläggningar i förhållande till antalet disponibla vårdplatser uppgick under perioden januari till och med augusti i genomsnitt till 2,1 procent. Antalet överbeläggningar i augusti uppgick till 232 stycken. Föregående år samma period 176 stycken. Antalet överbeläggningar har ökat under sommaren vilket förklaras av färre disponibla vårdplatser.
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 %	16 % ◆	Under perioden januari till och med augusti 2021 har 16 procent av patienterna återinlagts på sjukhus inom 30 dagar. Föregående år samma period 16 procent. Av de patienter som återinlagts till och med andra tertialet 2021 så är 65 procent 65 år eller äldre. Totalt sett har patienter återinlagts vid 2 567 tillfällen (samtliga åldrar) under 2021. Motsvarande siffra samma period föregående år uppgick till 2 396 stycken.

Uppdrag/mål: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen

Aktiviteter	Analys
Representanter från medicinska processgrupper deltar i nationella och regionala arbetsgrupper	Medarbetare inom verksamhetsområdet är engagerade i regionala och nationella grupper. Representant från barnkliniken är ordförande för nationellt programområde barn. Regionsledningen anordnade dialogmöten innan sommaren och resultaten inväntas för fortsatt arbete.

Uppdrag/mål: Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Aktiviteter	Analys
Fortsätta arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.	Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Medicinsk vård har varit delaktig i de sammanhållna personcentrerade vårdförlopp som berört verksamheten. Arbetsgrupperna stroke/TIA och reumatoid artrit har utvecklat nya processer. Under hösten kommer flera vårdförlopp som berör verksamhetsområdet, bland annat sepsis. Arbetet har i någon mån blivit försenat på grund av coronapandemin.

Uppdrag/mål: Samarbetsvård - kroniska sjukdomar

Aktiviteter	Analys
Omhändertagande av patienter med kronisk sjukdom.	Arbetet sker inom ramen för tillsammans för bättre hälsa och jämlik vård. Det har delvis pausats under coronapandemin. Uppföljning av hur hjärtsviktsmottagningar utvecklats, planeras under hösten.
Förbättra konsultstöd från specialistvården till primärvården.	Arbetet med att utveckla konsultstöd mellan specialistsjukvård och primärvård för personer med kroniska sjukdomar har delvis pausats på grund av coronapandemin. Det har dock skett annat utvecklingsarbete framförallt i projektet "säker covid", där ett nära samarbete med infektionsspecialist och primärvård har möjliggjort ett bättre proaktivt omhändertagande av personer med risk för allvarlig covidsjukdom. Arbetssättet kan bli en modell för hur samarbetet kan utvecklas även för andra diagnosgrupper. Ambulansverksamheten har initierat arbete med bakre läkarstöd, och detta arbete behöver fortsätta under hösten.

Uppdrag/mål: Palliativ vård - vård i livets slutskede

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel personer inskrivna i palliativ vård med annan svår somatisk sjukdom än cancer.	20%	15,8 % ◆	Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) har förtydligat sambandet mellan andelen accepterade remisser utifrån SSiH:s kriterier för inkludering korrelerat med antalet inkluderade patienter med annan svår somatisk sjukdom än cancer. Till och med andra tertialet 2021 har inkluderingen ökat med 15.8 procent. Totalt har andelen inkluderade patienter i SSIH ökat med knappt nio procent. Coronapandemin har påverkat möjligheten att informera och samverka vilket troligtvis har påverkat att måluppfyllelse delvis har uteblivet.

Aktiviteter	Analys
Vårdplatser för specialiserad palliativ vård.	En arbetsgrupp ska under hösten starta upp arbetet med att tillskapa palliativa åtgärdsplatser på länets tre akutsjukhus.
Specialiserad sjukvård i hemmet.	Specialiserad sjukvård ska ge ett ökat stöd till primärvården och kommunerna samt till slutenvårdskliniker på sjukhusen.

Uppdrag/mål: God läkemedelsanvändning

Aktiviteter	Analys
Uppföljning av antibiotikaförskrivning	Smittskydd vårdhygien har presenterat ett nytt arbetssätt som kallas för antibiotika smarta kliniker. Syftet är att minska spridningen av resistenta bakterier, använda antibiotika rationellt och att STRAMA-arbetet ska genomsyra hela kliniken. Detta innebär utbildning för läkare och sjuksköterskor, genomförande av hygien- och antibiotikaronder regelbundet samt uppdatering av lokala PM. Medicinsk vård har beslutat att påbörja ett sådant arbete.
Regelbundna Läkemedelsdialoger	Klinikerna och de medicinska programgrupperna har regelbundna träffar med representanter från läkemedelskommittén. Avstämning med klinikerna sker kontinuerligt för att säkerställa att de ges möjlighet att träffa läkemedelskommittén.

Framgångsfaktorer: God cancervård

Uppdrag/mål: Standardiserade vårdförlopp cancer

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Standardiserade vårdförlopp - andel patienter i SVF	70 %	56 %	Andel patienter i standardiserade vårdförlopp uppgår i genomsnitt under de senaste tolv månaderna till 56 procent, 192 patienter. Föregående år 59 procent, 208 patienter. Andelen är konstant under de senaste 12 månaderna runt knappt 60 procent. Arbete med att förbättra processerna pågår.
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	80 %	47 %	Andel standardiserade vårdförlopp (SVF) inom maximal ledtid har i genomsnitt under det senaste tolv månaderna uppgått till 47 procent. Föregående år samma period 48 procent. Arbete med att förbättra processerna pågår.

Aktiviteter	Analys
Införa digital Min vårdplan cancer.	Förberedande arbete pågår fortfarande. Planen är att införande sker under tredje tertialet 2021.

Uppdrag/mål: Avancerad läkemedelsbehandling

Aktiviteter	Analys
Utvecklingen av att erbjuda avancerade läkemedelsbehandlingar personcentrerat i hemmet eller på länets tre sjukhus	En arbetsgrupp är sammansatt för att arbeta med designen av att erbjuda avancerad läkemedelsbehandling personcentrerat i hemmet eller på länets tre sjukhus. Som en del i detta har samarbete startats mellan medicin- och geriatrikkliniken på Värnamo sjukhus och onkologkliniken. Vissa patientgrupper

Aktiviteter	Analys
	bosatta i södra länsdelen får nu sin cancerbehandling på behandlingsenheten i Värnamo.

Framgångsfaktorer: Processgrupper

Aktiviteter	Analys
Utveckla de kliniska resultaten inom verksamhetsområdet	Denna aktivitet är nystartad och en design för hur verksamhetsområdet ska utveckla förbättringsarbetet är under planering.

Lärande och förnyelse

Region Jönköpings län har under många år haft kvalitet som strategi. Tanken bakom det är att om man har en hög kvalitet på det som görs så minskar kostnaderna och patienterna blir nöjdare. Därför är det viktigt att fortsätta utbilda i moderna kvalitetsmetoder. Flera medarbetare på strategisk nivå har genomgått avancerade utbildningar i detta.

Hälso- och sjukvård är en kunskapsintensiv bransch och därför är forskning en viktig del i verksamheten. Flera medarbetare har disputerat och varje år så publiceras ett antal vetenskapliga artiklar av medarbetare inom Medicinsk vård.

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer: Lärande i vardagen

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Antal publikationer i vetenskapliga tidskrifter	40 st.	21 st.	Är ett årsmått och analyseras i verksamhetsberättelsen för 2021.
VO Antal disputerade medarbetare	2 st.	–	Är ett årsmått och analyseras i verksamhetsberättelsen för 2021

Uppdrag/mål: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.

Aktiviteter	Analys
Utreda arbetssätt som kan fasas ut	Under september kommer arbetet att inledas med ett första möte med verksamheterna inom Medicinsk vård. Därefter sker ett arbete inom respektive verksamhet som sedan följs upp under senare delen av 2021.

Uppdrag/mål: Fortsatt arbete med rätt använd kompetens (RAK)

Aktiviteter	Analys
Sprida goda exempel på rätt använd kompetens	Att sprida goda exempel på rätt använd kompetens är en återkommande del av verksamhetsområdets kommunikation. Dock finns inte något bra exempel på några direkta kommunikationsinsatser kring detta under det första eller andra tertialet.

Uppdrag/mål: Fortsatt arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS)

Aktiviteter	Analys
Samtliga verksamheter ska på sikt styra sin verksamhet med kapacitets- och produktionsstyrning	Barnhälsovården är först ut med att starta upp arbetet med KPS i samarbete med Qulturum. Hudkliniken har under våren 2021 påbörjat arbetet med KPS i samarbete med Qulturum. Ytterligare verksamheter kommer under hösten 2021 påbörja arbetet med KPS. Medicinsk vård har under april 2021 utsett en person som har till ansvar att övergripande driva KPS-arbetet.

Medarbetare

Samhällsspridningen av sjukdomen covid-19 har under ca 18 månader präglat arbetet inom hälso- och sjukvården. Under våren och sommaren syns nu en tydlig minskning av antalet inneliggande patienter med covid-19. Förhoppningen är att denna trend kommer att hålla i sig och till och med förbättras i takt med att allt fler invånare blir vaccinerade.
Många medarbetare inom Region Jönköpings län är berörda av arbetet med covid-19 patienter, och haft en tyngre arbetsbörda än normalt under 2020 och även för första delen av 2021.
På uppdrag från pandemigruppen har HR sammanställt metoder och material som kan vara till hjälp för att få till en god återhämtning under och efter pandemin. Arbetet med att informera och stötta chefer i olika metoder för återhämtning är nu uppstartat.

Arbetet med att nå Region Jönköpings läns mål att vara Sveriges mest attraktiva offentliga arbetsgivare år 2030 fortsätter.

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare

Framgångsfaktorer: Ett starkt arbetsgivarvarumärke

Uppdrag/mål: Strategisk kompetensförsörjning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Årsarbetare		1 904	Antalet faktiska årsarbetare uppgick under januari till augusti i genomsnitt till 1 904 stycken. Föregående år samma period 1 818 stycken. Under januari till och med augusti har antalet faktiska årsarbetare ökat med 86 stycken i genomsnitt jämfört med samma period föregående år. Den huvudsakliga anledningen är ökad bemanning inom covid-19-avdelningarna. Jämfört med 2019 har faktiska årsarbetare ökat med 84 stycken. Verksamhetsområdet kommer totalt sett att behöva minska antalet faktiska årsarbetare till samma nivå som under våren 2019 för att säkerställa en ekonomi i balans.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	0,5 %	Kostnaden för bemanningsföretag uppgick till 4,7 mnkr under januari till och med augusti 2021. Föregående år samma period 7,1 mnkr. Det innebär en minskning av kostnaden med 2,4 mnkr (34 procent). Kostnaden för läkare har minskat med 1,7 mnkr och kostnaden för sjuksköterska har minskat med 0,7 mnkr. Främst är det akutkliniken på Länssjukhuset Ryhov Jönköping samt barn- och ungdomsmedicinska mottagningen i Värnamo som har minskat kostnaderna.

Aktiviteter	Analys
Utbildningsanställningar 2021.	Med start hösten 2021 har totalt 250 personer sökt utbildningsanställning inom regionen till totalt 70 platser, varav Medicinsk vård har cirka 30 av dessa. Överlag har det varit svårt att komma in på utbildningarna och många sökande har fått en reservplats. Det kommer därför dröja till kursstart innan vi vet hur många anställningar det blir inom Medicinsk vård och hur många som byter till annat verksamhetsområde.

Aktiviteter	Analys
Utvärdering av karriärtjänster för yrkesskickliga sjuksköterskor.	I början av 2021 genomfördes en mindre utvärdering. I utvärderingen framkommer bland annat att samtliga kliniker som har teamsjuksköterskor är nöjda och att uppdraget fungerar väl. De fördelar som cheferna för dessa kliniker vill framhålla är att klinikerna i större utsträckning har kunna arbeta med att uppdatera PM, rutiner och flera förbättringsarbeten har genomförts. Teamsjuksköterskor har också bidragit med bättre stöttning till nya kollegor, tydligt mentorskap och utbildning på enheten inom exempelvis dokumentation. Utöver detta har även medarbetarna utvecklats, tagit stort ansvar och vuxit som människor och i sin yrkesroll. Det finns fortsatt utmaningar och mer möjligheter med yrkesrollen som teamsjuksköterska. Med stöd av utvärderingen och chefernas positiva inställning kommer verksamhetsområdet utifrån de möjligheter som ges fortsätta anställa teamsjuksköterskor. Det var under 2018 som möjligheten infördes att anställa teamsjuksköterskor (så kallade karriärtjänster).

Uppdrag/mål: Arbetstidsmodeller

Aktiviteter	Analys
Utreda förutsättningar för nya verksamhetsanpassade arbetstidsmodeller	En del av arbetet för att bli Sveriges bästa offentliga arbetsgivare är att utreda förutsättningarna för olika arbetstidsmodeller. Under hösten 2021 kommer ett uppdrag påbörjas för att utreda förutsättningarna för olika arbetstidsmodeller. Uppdraget är gemensamt mellan verksamhetsområdena kirurgisk vård, medicinsk vård och psykiatri rehabilitering och diagnostik.

Framgångsfaktorer: Kompetenta, delaktiga och engagerade medarbetare

Uppdrag/mål: En välfungerande lönebildning

Aktiviteter	Analys
Utbildningsinsatser för chefer i ny modell för lönesättning	Utbildningar i ny modell för lönesättning har inte kunnat genomföras som planerat under 2020 på grund av coronapandemin. Arbetet med att utbilda chefer kommer att genomföras under hösten 2021. Arbetsgruppen planerar nu för digitala utbildningar som påbörjas hösten 2021.

Uppdrag/mål: Hållbart chefskap

Aktiviteter	Analys
Genomföra ledarskapsallians för förstalinjens chefer	Arbete är nu påbörjat för att under hösten 2021 kunna genomföra ledarskapsallianser/träffar med förstalinjens chefer. En referensgrupp för chefer är sammansatt och planering fortsätter.

Uppdrag/mål: Hälsa och likabehandling

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - sjukfrånvaro	6,6 %	5,7 %	Den genomsnittliga sjukfrånvaron uppgick under perioden januari till och med augusti till 5,7 procent. Föregående år samma period 6,6 procent. För augusti som enskild månad uppgick sjukfrånvaron till 4,6 procent. Sjukfrånvaron har under 2021 minskat för varje månad och närmar sig 2019 års nivå.

Aktiviteter	Analys
Arbeta fram aktiviteter för att förbättra personalhälsan.	Personalvård under och efter pandemin är nu påbörjat. På uppdrag från pandemigruppen har HR sammanställt metoder och material som kan vara till hjälp för att få till en god återhämtning under och efter pandemin. Arbetsmiljöenheten, friskvårdsteamet och HR har samlat material som kan vara användbart för att jobba med återhämtning och friskare medarbetare och chefer. Materialet består av: • Återhämtningens betydelse • Se till att du som jobbar hemma har en god arbetsmiljö • Material för att tillsammans reflektera kring arbetsmiljö • Stöd, råd och praktiska övningar för att minska fysiska besvär
Alla nyanställningar ska utgå från heltid	Verksamhetsområdet följer den riktlinje som finns kring heltid som norm. Under våren 2021 har en ny arbetsgrupp bildats och arbetet med heltid som norm fortsätter.

Ekonomi

Till och med andra tertialet 2021 har coronapandemin väsentligt påverkat verksamhetsområdets ekonomi samt planerade aktiviteter för en ekonomi i balans. Bland annat så har träffar med verksamheternas ledningsgrupper för uppföljning av handlingsplaner för en ekonomi i balans inte genomförts som planerat. Verksamhetsområdet redovisar till och med andra tertialet 2021 ett budgetöverskott om 11,7 mnkr (miljoner kronor). Budgetöverskottet förklaras till största del av erhållen ersättning (139 mnkr) med anledning av ökade kostnader på grund av coronapandemin. Under 2021 står verksamhetsområdet inför utmaningar avseende kostnadsutvecklingen av bland annat läkemedels- och personalkostnader samt radiologiska undersökningar.

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag/mål: Arbeta kostnadseffektivt för att uppnå ekonomi i balans

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	11 753 tkr	Det ekonomiska resultatet till och med andra tertialet 2021 uppgick till ett budgetöverskott om 11,7 mnkr. Budgetöverskottet förklaras av erhållna ersättningar om totalt 139 mnkr. Ersättningen erhålls med anledning av ökade kostnader på grund av coronapandemin. Kostnaderna har ökat på grund av coronapandemin med drygt 100 mnkr. Framför allt så har kostnaderna för personal, röntgenundersökningar och läkemedel ökat. Bedömningen är att kostnaderna som är kopplade till coronapandemin kommer att minska under hösten och i inledningen av 2022 återgå till motsvarande nivå som under 2019. **Lönekostnader** Lönekostnaderna har utöver index för lönerevision ökat med 70 mnkr (7 procent) jämfört med samma period föregående år. Större delen av ökningen beror på coronapandemin. Jämfört med samma period 2019 har lönekostnaden utöver index för lönerevision ökat med 128 mnkr (14 procent). Kostnaderna för krislägesavtalet och 6 000 kr ersättningen uppgår till och med augusti till 41,9 mnkr. I genomsnitt så har antalet faktiska årsarbetare ökat med 86 stycken jämfört med samma period föregående år. Antalet sjukfrånvarande har minskat jämfört med föregående år, vilket förklarar en del av ökningen. Jämfört med samma period 2019 har antalet faktiska årsarbetare ökat med 84 stycken. Ökningen förklaras delvis av högre bemanning på covid-19 avdelningarna jämfört med en normal bemanning på vårdavdelning. **Bemanningskostnader** Kostnaden för bemanningsföretag uppgick till 4,7 mnkr under perioden januari till och med augusti 2021. Föregående år samma period 7,1 mnkr. Det innebär en minskning av kostnaden med 2,4 mnkr (34 procent). Kostnaden för läkare har minskat med 1,7 mnkr och kostnaden för sjuksköterskor har minskat med 0,7 mnkr. Främst är det akutkliniken på Länssjukhuset Ryhov Jönköping samt barn- och ungdomsmedicinska mottagningen i Värnamo som har minskat kostnaderna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Läkemedelskostnader Läkemedelskostnaderna har under perioden januari till och med augusti 2021 ökat med 11,9 mnkr (3,4 procent) jämfört med samma period föregående år. Kostnaden uppgår till 360,3 mnkr, föregående år samma period 348,4 mnkr. Kostnaden för receptläkemedel har ökat med 11 mnkr (4,5 procent). Kostnaden för rekvisitionsläkemedel har ökat med 0,9 mnkr (0,9 procent). Den totala läkemedelskostnaden för verksamhetsområdet är högre jämfört med budgeten, budgetunderskott 16,3 mnkr. **Laboratorie- och röntgenkostnader** Kostnaden avseende laboratorieservice har under perioden januari till och med augusti 2021 ökat med 3,3 mnkr (3,2 procent) jämfört med samma period föregående år. Kostnadsökningen beror på ett ökat antal prover (7,4 procent) i samband med provtagning på grund av coronapandemin. Röntgenkostnaden har under perioden januari till och med augusti 2021 ökat med 12,9 mnkr (12 procent) jämfört med samma period föregående år. Framför allt är det datortomografiundersökningar som har ökat (22 procent). Ökningen av antalet datortomografiundersökningar beror på coronapandemin. De flesta patienter som läggs in på en covid-19 avdelning genomgår en eller flera datortomografiundersökningar.
Prognos	0 tkr	-20 000 tkr	Verksamhetsområdet prognostiserar ett budgetunderskott om 20 mnkr för helåret 2021. Prognosen baseras på antagandet att kostnaderna på grund av coronapandemin avtar under hösten. Men inte till en nivå som anses som normal. Av den anledningen kommer verksamhetsområdet under perioden september till och med december ha högre kostnader än budget. Ökade kostnader på grund av coronapandemin beräknas uppgå till 125 mnkr under 2021. Kostnader i nivå med ett normalår förväntas inte uppnås förrän under kvartal 1 2022.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Den aktivitet som för närvarande är avgörande för Medicinsk vårds framtida ekonomi är att minska på antalet anställda till samma nivå som före coronapandemin. Arbetet har påbörjats men väntas inte ge någon större effekt på ekonomin förrän i slutet av 2021.
Kostnadseffektiv läkemedelsbehandling	Målsättningen under 2021 är att berörda verksamheter genomför minst en läkemedelsdialog med representanter från läkemedelskommittén under 2021. Uppföljning sker tertialvis.
Ekonomiuppföljningar med respektive verksamhet enligt plan 2021	Ekonomiuppföljningar med respektive verksamhet inom Medicinsk vård är inplanerade under 2021. Men på grund av coronapandemin så blev vårens planerade träffar inställda. Höstens inplanerade träffar genomförs enligt plan.
Arbeta aktivt med Kostnad per patient (KPP).	Respektive enhet har fått i uppdrag att starta upp sitt arbete med KPP. KPP-data används som ett av verktygen i verksamheternas förändringsarbete.

Aktiviteter	Analys
	Respektive kliniks KPP-nyckeltal följs per tertial. Under 2021 kommer även arbetet med KPS (kapacitets- och produktionsstyrning) att knytas till KPP-arbetet.
Samtliga berörda kliniker följer KPP tertialvis.	Verksamheterna inom Medicinsk vård följer upp och rapporterar kostnad per prestation tertialvis i stratsys.

Hållbarhet

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt.

Framgångsfaktorer: Vi är klimatsmarta - transporter

Uppdrag/mål: Under programperioden ska klimatpåverkan per årsarbetare minska med minst 40 procent för tjänsteresor, inklusive egna godstransporter, jämfört med 2019

Aktiviteter	Analys
Öka andelen förnybara drivmedel i pool-, verksamhets- och transportbilar till minst 70 procent år 2025. D.v.s. välj fordon enligt drivmedelsstrategin och tanka alltid rätt drivmedel.	Efter diskussion har vi tagit bort klinikansvariga för detta då arbetet sker på en övergripande nivå. Arbete pågår med att identifiera hur Medicinsk vårds fordonsflotta ser ut. Ett nytt fordonssystem som ska börja användas vid årsskiftet 21/22 kommer göra det enklare att göra mer verksamhetsspecifika sammanställningar.

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - upphandling

Uppdrag/mål: År 2025 ska 100 procent av våra särskilt farliga kemiska produkter utretts med syfte att hitta hälso- och miljöanpassade alternativ. Vi ska ha bytt ut produkter där det varit möjligt.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel särskilt farliga kemiska produkter som utretts	100 %	–	Årsmått. Följs upp i årsredovisning

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - läkemedel

Uppdrag/mål: Under programperioden ska förskrivningen av prioriterade miljöbelastande läkemedel minska.

Aktiviteter	Analys
Utöka användningen av icke-farmakologiska behandlingar och stöd till livsstilsförändringar.	Ej påbörjat.
Förskriva startförpackningar där så är möjligt och arbeta med tidsbegränsade ordinationer.	Ej påbörjat.

Aktiviteter	Analys
Verka för att läkemedel med samma effekt och med mindre miljöpåverkan prioriteras vid förskrivning och rekommendation. Utgångspunkten för arbetet är den lista över prioriterade läkemedel som finns här: https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/api/Evolution/pdf/74607ef1-048d-441f-9ac9-4be909efade8	Ej påbörjat.

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka.

Framgångsfaktorer: Vi använder våra resurser klokt - cirkulära materialflöden

Uppdrag/mål: Hållbar användning av förbrukningsmaterial: År 2025 ska klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsartiklar minska med minst 15 procent jämfört med 2019.

Aktiviteter	Analys
Främja användning av förbrukningsmaterial som går att materialåtervinna och består av återvunnen och/eller förnybar råvara. D.v.s. minska användningen av engångsprodukter och när engångsprodukter måste användas; Välj produkter som rekommenderas från miljösynpunkt.	Arbete pågår med att analysera hur vi kan stötta klinikerna att göra kloka val utifrån "Handbok vid beställning av förbrukningsvaror". Till årsredovisningen kommer det finnas en fullständig bild över samtliga pågående aktiviteter inklusive analyser.

Uppdrag/mål: Vid flytt eller nyetableringar ska en så stor andel som möjligt av inredningen vara återanvänd.

Uppdrag/mål: Vårt matsvinn ska minska med minst 30 procent till 2025 jämfört med 2020.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Matsvinn per patientportion	-10 %		Årsmått. Följs upp i verksamhetsberättelsen.

Region Jönköpings län

Delårsrapport 2
Tertial 2 2021

Kirurgisk vård

Dnr 2021/136
Martin Takac Sjukvårdsdirektör
Kirurgisk vård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder 6

Process och produktion **9**

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare 9

Strategiska mål: Bra folkhälsoarbete 10

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård 11

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård 11

Lärande och förnyelse **16**

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap 16

Medarbetare **17**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare 17

Ekonomi **22**

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt 22

Hållbarhet **25**

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt. 25

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar. 25

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel. 26

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. 26

Strategiska mål: Följsamhet till program för hållbar utveckling 2021-2025 27

Inledning

Vi arbetar för och tillsammans med patienten i en professionell miljö i framkant av den medicinska utvecklingen

Kirurgisk vård har 17 kliniker inom 9 specialiteter; avancerad smärtbehandling, kirurgi, kvinnosjukvård, onkologi, operation/intensivvård, ortopedi, urologi, ögonsjukvård och öron-, näs- och halssjukvård. Verksamheten bedrivs på sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo samt på länets familjecentraler och ungdomsmottagningar, har 2 500 medarbetare och en budget på 2 730 miljoner kronor.

Verksamheten utvecklas ständigt för bästa möjliga hälsa hos länets invånare och en bättre och jämlik vård. Arbetet görs i linje med strategin ”Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård”, där omställningen till nära vård är en viktig del. Utmaningar är tillgänglighet, kompetensförsörjning, regional samordning och ordnat införande av nya metoder. Huvudsakligt fokus är tillgänglighet.

I maj gick smittspridning av covid-19 ner mot sommarens lägre nivåer. Vårdbehovet till följd av pandemin minskade och stora delar av personalen inom operations- och intensivvården kunde tas ur krislägesavtalet, KLA, för att inaktiveras helt i augusti. Operationskapaciteten ökade något innan semesterperioderna. All personal fick sommarsemester och en nödvändig återhämtning.

Under semesterperioderna var vårdplatssituationen på sjukhusen en utmaning. Platserna var i stort sett tillräckliga men fler hade behövts under första perioden. Behovet av förlossningsvård är stort på sommaren och ledde i år till att flera medarbetare fick bryta semestern.

Operationsenheterna har arbetat med att förbättra läget med den uppskjutna vården. Sista augusti väntade 4950 patienter på åtgärd och behandling. Det är cirka 200 fler än 2020 och cirka 1200 fler än 2019.

Intensivvårdskapaciteten var tillbaka i normalläge efter sommaren, inkluderat fyra platser som finns att använda till IVA-covid-vård. Operationer på mottagningar och dagliga avstämningar mellan sjukhusen är fortsatt ett framgångsrikt arbetssätt för att hantera vårdbehovet.

Arbetssättet att med hjälp av data identifiera riskpatienter för svår sjukdom i covid-19 utvidgas i linje med nära vård-konceptet till att omfatta fler patientgrupper.

Arbete med åtgärdsplaner pågår efter utvärderingen av arbetsmiljön och medarbetares upplevelser inom operations- och intensivvårdsverksamheten.

Inom operations- och intensivvården har närmare 90 procent av de tillsvidareanställda i genomsnitt de senaste tre åren valt att fortsätta sin anställning. Variation finns mellan vårdyrkena från 94 ner till 84 procent, vilken kan vara kännbart på en enhet.

Arbetet på Onkologkliniken har varit intensivt inför flytt till nya hus D1 på Ryhov som sker i september

För att förbättra tillgänglighet fortsätter arbetet med kapacitets- och produktionsstyrning, KPS. Fokus är ständiga förbättringar, processarbete och ordnat införande. Produktionssystemet förbereddes genom att med hjälp av IT-system generera optimerade scheman med salsfördelningar. Uppgifterna blir underlag till det fortsatta arbetet med schemaplanering. Beslut togs om optimerad planering med starttidsmål och gemensamt sätt att registrera mottagningsoperationer. Uppföljning av produktion kommer ske veckovis.

Det krävs fortfarande mer arbete för att nå målen med ledtider inom cancersjukvårdens standardiserade vårdförlopp. Förberedelser pågår för att 2022 införa tarmcancerscreening och organiserad prostatacancertestning.

Faktiskt antal årsarbetare fortsätter att öka. Personal har behövts i covidvården, sysselsättningsgraden har ökat samt att sjukfrånvaron minskat. Därtill har fler medarbetare rekryterats.

Ekonomiskt redovisas en negativ budgetavvikelse med 53 miljoner kronor. Prognostiserad

budgetavvikelse är 75 miljoner kronor.

Forskning i den kliniska vardagen förbättrar förutsättningarna för hälsa och vård i länet. I maj blev en anställd vid operations- och intensivvårdskliniken i Jönköping docent inom anestesiologi och intensivvård. Vid kirurgkliniken Eksjö, disputerade en anställd i ämnet faktorer för att prognostisera prostatacancer.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2021-08-31	Andel	2020-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	5	33 %	3	19 %
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	3	20 %	5	31 %
Antal mätetal som inte är uppfyllda	7	47 %	8	50 %
Antal mätetal som mäts	15		16	

För 53 procent av mätetalen uppnås måluppfyllelse helt eller delvis vilket är något bättre än förra året.

Mätetal där mål inte uppnås finns inom ekonomi, tid på akutmottagning, SVF, utlokaliserade patienter, överbeläggningar och återbesök. Det är i stort samma mätetal som inte nådde måluppfyllelse 2020.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer: Personcentrerad vård

Uppdrag/mål: Utveckla den personcentrerade vården

Aktiviteter	Analys
Aktiviteter kring patientkontrakt	I arbetet med patientkontrakt har förberedelser gjorts för att under året lansera nationell "Min vårdplan cancer". Först ut är vårdprocesserna för tjock- och ändtarmscancer, prostatacancer, peniscancer, äggstockscancer och hjärntumörer i centrala nervsystemet. Planen var även bröstcancer vilket fick pausas.
Omställning Nära vård	Det huvudsakliga arbetet är inom primärvård och innebär att arbeta preventivt. Vissa öppenvårdsbesök kan flyttas från specialistvård till primärvård, bland annat prickmottagning och bedömning av halsknölar. I ett projekt har data analyserats för att identifiera patienter med risk för svår covid. Primärvården har sedan kontaktat dessa patienter med syftet att behandla i tid så att slutenvård och IVA-vård kan undvikas. Detta har även skapat en större trygghet för patienten. Samma riskbedömning finns för återinläggningar efter utskrivning. Arbetet fortsätter med att systematisera arbetet kring detta verktyg.

Framgångsfaktorer: Hög tillgänglighet

Uppdrag/mål: Förbättra tillgängligheten

Stora resurser i intensivvård och från operation har fokuserats på att ta hand om patienter med covid-19. Det ser ut som vi är på väg ut ur pandemin vilket gör att arbetet med den uppskjutna vården blir allt intensivare.

I dagsläget har Kirurgisk vård 4950 patienter som väntar på operation eller åtgärd. Det motsvarar cirka 3 600 operationstimmar. Under 2018-2019 var den genomsnittliga tiden på operation per vecka cirka 570 timmar. Vid en ökning med 10 procent i kapacitet tar det 63 veckor att hantera det uppdämda vårdbehovet. Det förutsätter då att inflödet är konstant och att kön inte ökar över sommar eller jul/nyår.

Analysen ovan baseras på aktuell kö till operation. Andra faktorer i detta är :

- Den operationstid som normalt används (2018-2019) har vi legat långt ifrån under pandemin.
- Den totala tid som användes på operation under 2018-2019 är större än vad som just nu finns i reell kö. Det vill säga finns det ett uppdämt behov i samhället som vi inte ännu vet om?
- Samarbete har inletts för att se vad som behöver hanteras inom Sydöstra sjukvårdsregionen. Det innebär att behovet av att utföra operationer kan förändras.

Kirurgisk vård arbetar fortsatt utifrån KPS som produktionssystem. Att optimera processer och att hitta tidstjuvar i våra flödet är nyckeln för att lyckas ta hand om både inflöde av patienter och det uppdämda vårdbehovet.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	73 %	Att lämna akuten inom 4 timmar är en fråga som ligger högt på agendan i Kirurgisk vård. Det finns stor variation mellan kliniker och mellan sjukhus. Kirurgisk vård ligger över tid på en stabil men ej tillfredställande nivå.
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	82 %	En fortsatt god tillgänglighet till första besök. Inflödet av remisser börjar nå normala volymer efter att ha varit lägre under coronapandemin.
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	72 %	Detta är en fråga som verksamhetsområdet behöver prioritera högre för att hitta aktiviteter. Förstabesök har hanterats mycket bra under pandemin men återbesöken har inte förbättrats i samma utsträckning.
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård	80 %	81 %	När det gäller operation är differensen fortsatt stor mellan andel väntande på operation och andel faktiskt genomförda operationer inom väntetid. Detta beror sannolikt på en stark medicinsk prioritering och är en indikator på att tillgängligheten är allt annat än god. Under maj till och med augusti var produktionen cirka 20 procent lägre än samma period 2019. Tillgängligheten ligger i nivå med 2019 dock är det cirka 1000 fler i kö nu än 2019. Åtgärder i enlighet med KPS fortsätter.

Uppdrag/mål: Arbeta aktivt med att ta hand om den uppskjutna vården

Aktiviteter	Analys
Kapacitets- och produktionsstyrning utvecklas ytterligare	En införandeplan är sjösatt för kapacitets- och produktionsstyrning som produktionssystem. Planen består av tre steg. Plan och arbete för att vecka 47 ha schema som bygger på beräkningar i Astrada har fått ta en paus. I verkligheten finns fler regler och undantag som styr planering av operation är vad som finns i IT-systemet. De skillnaderna behöver nu hanteras.

Framgångsfaktorer: Bästa plats att växa upp och åldras på - Främja barn och ungdomars hälsa och förebygga psykisk ohälsa.

Uppdrag/mål: Arbeta för en jämlik barnhälsovård.

Aktiviteter	Analys
Riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.	Ej påbörjat.

Uppdrag/mål: Familjecentraler

Aktiviteter	Analys
Nya familjecentraler.	Arbete pågår med Gnosjö kommun för att planera familjecentral.

Uppdrag/mål: Ungdomsmottagningar

Aktiviteter	Analys
Öka tillgängligheten genom att fortsätta att utveckla den digitala ungdomsmottagningen.	För att öka tillgängligheten till den digitala ungdomsmottagningen har alla barnmorskor utbildats i OnLine.

Framgångsfaktorer: Bästa plats att växa upp och åldras på - Främja äldres hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Uppdrag/mål: Trygg och säker vård och omsorg

Aktiviteter	Analys
Förbättringar i process för samordnad vårdplanering	Alla kliniker där vårdplanering sker arbetar med att förbättra processen.

Process och produktion

Kirurgisk vård har stora utmaningar efter den pandemi vi alla hanterat. Intensivvården har varit tungt belastad och fått stödjas av personal från operation. Detta har gjort att operationskapaciteten varit mycket reducerad och uppskjuten vård har genererats.

För att komma ikapp med det uppdämda vårdbehovet arbetar Kirurgisk vård med att införa kapacitets- och produktionsstyrning som ett produktionssystem. Det vill säga ett enhetligt systematisk angreppssätt för att arbeta med processorientering och ständiga förbättringar.

I det fortsatta arbetet kommer fokus vara på de delar i processen som skapar värde för flödet och att ta bort tidstjuvar. Detta förväntas ge en ökning i kapacitet på 10 procent jämfört med 2018-2019.

Verksamhetsmått

	Utfall 2021-08	Utfall 2020-08	Utfall 2019-08	Förändring % 2021-2020	Förändring % 2021-2019
Vårdtid dagar	42 165	39 288	43 421	7,3	-3
Antal läkarbesök	123 749	120 115	134 561	3,0	-8
Antal besök annan personalkategori	94 703	90 229	97 765	5,0	-3
Disponibla vårdplatser	227	223	242	2	-6
Vårdtillfällen	14 241	12 868	14 681	10,7	-3
Antal operationer öppenvård	5 877	4 975	6 947	18	-15
Antal operationer slutenvård	6 015	5 263	6 018	14	0
Andel digitala besök läkare	0	0	0		
Andel digitala besök annan personal kategori	0	0	0		

På grund av coronapandemin har volymerna för produktion minskat mellan åren 2019-2021. Däremot ser vi en ökning mellan 2020-2021. Antal digitala besök är få. Det är relaterat till att flertalet kliniker behöver ett fysiskt möte med patient för att utvärdera funktion. Arbete pågår för att onkologkliniken ska genomföra fler digitala besök.

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare

Framgångsfaktorer: Sveriges bästa digitala vård och stödsystem.

Uppdrag/mål: Fortsätta utvecklingen mot digitala tjänster

Aktiviteter	Analys
Uppdatering av MetaVision till en ny version baserat på en ny plattform	All nyutveckling avslutas i och med vecka 36. Därefter följer system och acceptanstester med inkluderade rättningar. Plan för driftstart är vecka 48-49.
Säkerställa ordnat införande av IT-system inom Kirurgisk vård	Väldigt få inkomna ärenden till IT-styrgrupp för Kirurgisk vård.
Fortsätta utveckling av digitala stöd- och behandlingstjänster	I och med skapandet av den nya sektionen för e-hälsa inom folkhälsa och sjukvård finns resurs tillgänglig för att stödja utvecklingen av e-hälsa i verksamheterna. Anmält ärende är ortopedkliniken i Eksjö för utveckling av stöd och behandlings plattformen som utvecklats av Inera.

Aktiviteter	Analys
Genomföra pilotprojekt för taligenkänning vid diktering	Från Kirurgisk vård har ögonmottagningen och urologkliniken varit delaktiga i pilot under våren. Beslut om breddinförande är taget och implementering kommer ske successivt under hösten med start för de verksamheter som varit i piloten.

Uppdrag/mål: Underlätta användandet och kunskap om digitala stöd och tjänster

Aktiviteter	Analys
Säkerställa att de system som Kirurgisk vård är systemägare för har aktuella systemförvaltningsplaner	Pågående arbete där vi har haft uppstartsmöte för verksamhetsnära förvaltningsgrupp av Auditbase och under september även startar upp detsamma för Endobase. Involveringen ligger på systemförvaltare i verksamheten samt representanter från medicinsk teknik och ITC.

Strategiska mål: Bra folkhälsoarbete

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Aktiviteter	Analys
Generiska processer och diagnos/funktionskopplade processer	Definition av produktionssystemet och dess innehåll är framtagen. Nu påbörjas arbetet med implementering. I detta finns KPS, ständiga förbättringar och generiska processer. Arbetet fortsätter för att förbättra tillgängligheten.

Uppdrag/mål: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Aktiviteter	Analys
Införa arbetssätt för att i varje patientmöte beakta förebyggande och hälsofrämjande arbete	5 av 16 verksamheter har påbörjat förebyggande och hälsofrämjande arbete. Ett exempel är cancervården som arbetar med att få in cancerrehabilitering i ett tidigt stadium för att ge patienten redskap för att hantera sin sjukdom och sitt tillfrisknande. Andra insatser görs även för andra sjukdomar där andra professioner blir viktiga aktörer såsom sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator.

Uppdrag/mål: Arbeta med omställning till den nära vården, respektive verksamhet identifierar områden som behöver utvecklas för omställning till den nära vården.

Aktiviteter	Analys
Stötta klinikerna i arbetet med omställning till nära vård	Det huvudsakliga arbetet är inom primärvård och innebär att arbeta preventivt. Vissa öppenvårdsbesök kan förflyttas från specialistvård till primärvård bland annat prickmottagning och bedömning av halsknölar. I ett projekt har data analyserats för att identifiera patienter med risk för svår covid. Primärvården har sedan kontaktat patienterna med syftet att behandla i tid så att slutenvård och IVA-vård kan undvikas. Arbetssättet har skapat en större trygghet för patienten. Samma riskbedömning finns för återinläggningar vid utskrivning. Arbetet fortsätter med att systematisera arbetet kring detta verktyg.

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Säker vård alla gånger

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdprevention	90 %	88 %	För 9 av 16 av verksamhetsområdets vårdavdelningar nås målet. Risker åtgärdas för 88 procent av de patienter som har bedömd risk. De enheter som ej har måluppfyllelse analyserar sina resultat och vidtar åtgärder.

Aktiviteter	Analys
Övervaka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler	Verksamhetsområdet har som mål att nå 95 procents följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. 2020 uppnås 89 procents följsamhet jämfört med 86 procent 2019. Aktiviteter som pågått är hygienronder och samtal med hygienobservatörer. I en av verksamheterna finns numera en läkare som är hygienobservatör. Då coronapandemin pågår är det ännu viktigare att följa basala hygienrutiner och klädregler. Vi ska göra en pilot för att hantera frågan via förbättringstavlor för att se om det får genomslag.

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Disponibla vårdplatser		228	Antal disponibla platser i augusti månad 2021 är lägre än i augusti månad 2019. Detta är relaterat till bland annat svårigheter att bemanna. Fokus är att göra mer dagkirurgi och ha färre inneliggande.
Nämnd Beläggning i procent	85 %	80 %	Beläggningen i augusti är oförändrad jämfört med månaderna innan. Pandemin har nu avtagit stort och vi beräknar att nu efter sommaren är nivån som innan pandemin. Dock arbetas för att göra ytterligare omställningar från slutenvård till dagkirurgi vilket kan påverka beläggningen. Vi ser också en uppgång under året.
Nämnd Utlokaliserade	0%	2,3%	Under augusti har vårdplatser varit en begränsning vilket gör att fler patienter vårdats på annan klinik.
Nämnd Överbeläggningar	0%	4,2 %	Överbeläggningar beror till stor del på tillgång till vårdplatser. Antalet vårdplatser har under sommaren 2021 varit färre än sommaren 2020. Ett stort arbete har gjorts under sommaren där kliniker har stöttat varandra med vårdplatser vilket gjort att överbeläggningar ökat.
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 %	13 %	Återinläggningar är i nivå med tidigare år. Hälften av återinskrivningarna är patienter över 65 år. Andelen av denna grupp patienter återinskrivs i större utsträckning än lägre åldersgrupper.

Uppdrag/mål: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen

Aktiviteter	Analys
Följa medicinska resultat samt föra en dialog med varje klinik kring dessa. Stötta klinikerna i arbetet med kunskapsstyrning.	Inom medicinska programgrupper, MPG, arbetas med medicinska resultat och kunskapsstyrning. Det pågår en inventering kring hur MPG ska utformas i den nya kunskapsstyrningen - gärna med checklista på de rutiner, föreskrifter och guidelines man har att följa så att man går igenom alla dessa en gång per år eller oftare.

Uppdrag/mål: Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Aktiviteter	Analys
Fortsätta arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.	IVA-verksamheten deltar i arbetet med de första personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen, PSVF, för kroniska sjukdomar. Arbetet har i till viss del blivit försenat på grund av coronapandemin.

Uppdrag/mål: Samarbetsvård - kroniska sjukdomar

Aktiviteter	Analys
Omhändertagande av patienter med kronisk sjukdom.	En ny modell för att analysera särskilda riskfall vid utskrivning har påbörjats. Syftet är att förstärka överföring till primärvård när det är angeläget. Metoden har börjat användas för patienter med covid-19 där en stor risk för svår sjukdom identifierats. Patienterna är mycket nöjda.
Förbättra konsultstöd från specialistvården till primärvården.	På grund av pandemin har det varit låg aktivitet, men ett projekt Kirurgisk vård deltagit i är framtagandet av riskanalys till patienter med covid-19 i syfte att hantera dessa i primärvården och förhindra slutenvård och IVA-vård. Ett arbete har skett med att ta fram en liknande riskanalys för patienter som skrivs ut från slutenvården. Syftet är att förstärka sjukvårdsinsatser för riskfall.

Uppdrag/mål: Palliativ vård - vård i livets slutskede

Aktiviteter	Analys
Säkra den palliativa vården inom Kirurgisk vård	Detta pågår men från centralt håll. Det planeras för en palliativ lösning och detta är ganska långt kommet. Den palliativa vården är i ett skifte där behandlingar förändrar överlevnaden för patienten. Fler cancersjukdomar övergår till en kronisk sjukdom medan andra blir friska. Ett större samarbete efterfrågas även från smärtenheterna med Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH). Den länsgemensamma smärtenheten börjar ta form och i det fortsatta arbetet kommer dialogen med SSIH vara viktig.

Uppdrag/mål: Kvinnors hälsa och förlossning

Uppdrag/mål: God läkemedelsanvändning

Aktiviteter	Analys
Regelbundet genomföra läkemedelsdialoger samt arbeta med identifierade förbättringsområden.	Svårigheter att införa under pandemin men verksamhetsområdet samarbetar med läkemedelsstrateg på Folkhälsa och sjukvård för att komma framåt i frågan.

Uppdrag/mål: Införa kapacitets- och produktionsstyrning (KPS)

Aktiviteter	Analys
KPS - utveckling av IT-stöd	Arbetet med KPS och utveckling av IT-stöd kompletteras nu med mer intensivt arbete med ständiga förbättringar. Det arbetet inleds vecka 36.
KPS - utveckling av centralt operationsråd	Arbetet med att inrätta ett regionalt operations- och planeringsråd fortsätter. Rådet kommer att ta beslut om planering utifrån Astrada är möjlig under hösten 2021 gällande salsfördelning på operation. Den aktiva utvecklingen för att skapa gemensam operationsplanering över Region Jönköpings län fortgår men är långsam. En anledning är olikheter mellan orterna och klinikerna.

Uppdrag/mål: Utveckla akutprocessen på akutvårdsavdelningen på Länssjukhuset Ryhov inför inflytt i D1

Aktiviteter	Analys
Utreda vilka patienter som kan ges vård via en dagenhet istället för inneliggande vård	Platsbesök har gjorts på medicinakuten och kirurgakuten på Ryhov. Vi identifierade inga kirurgfall som skulle ha nytta av detta. Det behöver utredas mer kring behov över dygnet då de flesta kommer till akutmottagningen ganska sent på dagen. Däremot sågs ett stort behov av snabba undersökningar till exempel via röntgen och gastroskopi. Brist på dessa undersökningar ledde till inläggningar.
Utveckla nya arbetssätt för öppenvård av akutpatienter inom slutenvården	Inventering pågår för att därefter ta fram en handlingsplan och starta ett arbete om akutprocessen tillsammans med berörda verksamhetsområden. Frågan hänger samman med kompetensen på läkare som arbetar på akutmottagningarna och närvaro av bakjourskompetens.

Framgångsfaktorer: God cancervård

Uppdrag/mål: Standardiserade vårdförlopp cancer

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Standardiserade vårdförlopp - andel patienter i SVF	70 %	66 % ◆	Stora individuella skillnader mellan olika vårdförlopp. En positiv trend ses under våren och början av sommaren.
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	80 %	45 % ■	Ledtider i standardiserade vårdförlopp förbättras kontinuerligt men är fortfarande långt ifrån måluppfyllelse. Bäst måluppfyllelse uppnås inom SVF koloncancer, malignt melanom och njurcancer.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utveckling och kvalitetssäkring av följsamhet till standardiserade vårdförlopp	För inklusionsmålet (70 %) finns en viss variation mellan de olika vårdförloppen. Fortsatt arbete krävs för att, i samverkan med involverade verksamheter, korta ledtider för de olika stegen i cancerprocesserna. Exempelvis utvecklas samarbeten med patologen och onkologkliniken så att behandlande klinik får garantitider och kan boka nästa steg tillsammans med patient och närstående.

Uppdrag/mål: Screening av tjocktarmscancer

Aktiviteter	Analys
Samordning och planering av tarmscreening	Underlag inför start av tarmcancerscreening är insänt till gemensamt samordningskansli, GSK, vid enheten för cancerprevention och screening, Regionalt cancercentrum Stockholm – Gotland. Screeningverksamheten i Region Jönköpings län startar 2022.

Uppdrag/mål: Prostatacancertestning

Aktiviteter	Analys
Aktivt delta i Sydöstra sjukvårdsregionens arbete för införande av organiserad prostatacancertestning	Region Jönköpings län har åtagit sig att vara pilot i sydöstra sjukvårdsregionen för att skapa en process för erbjudande om organiserad prostatacancertestning (OPT). En arbetsgrupp är tillsatt för att arbeta med prostatacancerscreening utifrån den förstudie som gjorts och som inkluderar digitaliserade lösningar för urval och utskick samt svarshantering. Uppstartsmöte med företrädare för specialistvård, primärvård, patientförening samt sydöstra sjukvårdsområdet ägde rum efter sommaren. OPT planeras vara i drift under 2022.

Uppdrag/mål: Öka deltagandet i screeningprogram

Uppdrag/mål: Avancerad läkemedelsbehandling

Aktiviteter	Analys
Införa avancerad läkemedelsbehandling	Läkemedelsstrateg kommer att tillsammans med representanter från onkologkliniken samt lokalansvarig under hösten påbörja arbetet med att etablera enhet för dagbehandlingar av cytostatika i Eksjö.

Framgångsfaktorer: Arbeta utifrån kapacitets- och Produktionsstyrning som ett enhetligt produktionssystem

Uppdrag/mål: Arbeta utifrån processorientering

Aktiviteter	Analys
Följsamhet till checklista för processutveckling	Arbetet med processutveckling tar fart under hösten 2021. Inledande möten har skett med representanter från alla kliniker för att skapa en "base line" gällande verktyg för processutveckling. Nätverket skapar även möjligheter att dela erfarenheter.

Uppdrag/mål: Kliniken har ett väl utvecklat arbetssätt kring ständiga förbättringar

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Varje klinik (enhet vid länsklinik) har minst en enhet där 80 % eller mer av checklista för ständiga förbättringar uppnås		0 %	Gällande detta mätetal finns ännu inget värde. Arbetet med att införa produktionssystemet för kapacitets- och produktionsstyrning i Kirurgisk vård startade i april 2021. Det kommer nu att vara en införandeperiod och värdet kommer att börja följas hösten 2021.
VO Medarbetare ska genomgå utbildningen "Förbättringsmodell en - Bas" via LOK		16	Under sommaren har ingen ytterligare genomgått utbildningen. Ny kraft läggs vid detta under början av hösten.

Uppdrag/mål: Uppföljning av klinikens produktion

Aktiviteter	Analys
Alla kliniker har en stående punkt gällande produktion och tillgänglighet på agenda till ledningsmöte.	Denna aktivitet ingår i införandet av produktionssystem för Kirurgisk vård. Uppföljning kommer att starta hösten 2021. Plan finns för införande och möten med ledningsgrupp planeras i skrivande stund.

Uppdrag/mål: Kliniken arbetar aktivt med styrning av resurser

Aktiviteter	Analys
Arbete med produktionssystem ingår som uppföljning vid varje tertial.	Produktionssystem införs från april 2021 och följs upp kommande tertial. Uppstart pågår.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer: Lärande i vardagen

Aktiviteter	Analys
Nätverk för verksamhets- och vårdutvecklare	Första träffen har redan gjorts och nästa planeras direkt efter semestrarna. Handlingsplan finns.

Uppdrag/mål: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.

Detta ingår i arbetet med ständiga förbättringar och aktiviteter för det finns i rapporten beskrivna under kapacitets och produktionsstyrning, KPS.

Uppdrag/mål: Fortsatt arbete med rätt använd kompetens (RAK)

Aktiviteter	Analys
Sprida goda exempel av rätt använd kompetens	Arbete med kliniska farmaceuter på vårdenheter fortsätter och utökning planeras till hösten. Farmaceuten prioriterar arbetsuppgifter som avlastar sjuksköterskorna, såsom översyn av läkemedelslistan/utdelningsvyn, anskaffning/beställning av läkemedel som inte ingår i enhetens bassortiment samt vid behov iordningställande av läkemedel i dosett i samband med hemgång.

Uppdrag/mål: Fortsatt arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS)

Aktiviteter	Analys
Stödja klinikerna inom Kirurgisk vård i arbetet med KPS som produktionssystem	Fortsatt kommer stor prioritet att läggas på KPS arbete då pandemin nu avtagit.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare

Framgångsfaktorer: Ett starkt arbetsgivarvarumärke

Uppdrag/mål: Strategisk kompetensförsörjning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Kandidatupplevelse genom Trustcruit	75	52 % ◆	Under andra tertialet 2021 landar Kirurgisk vård på ett medelvärde på 52+. Det globala snittet ligger på 63+. Värdet som mäts är upplevelsen efter intervju, inte den totala upplevelsen efter avslutad rekryteringsprocess. Områden där Kirurgisk vård får låga resultat skiljer sig från tertial 1. I tertial två upplevde färre kandidater att de hade insyn i hur rekryteringsprocessen såg ut, de upplevde sig inte heller fått uppvisa sin kompetens vid intervjutillfället, samt att det efterfrågats mer information i annonserna. Områden där Kirurgisk vård fått goda omdömen är inom de teknologiska områden för att kunna söka tjänsterna. Flera uppger att de kan tänka sig söka jobb igen, samt att de upplever att de har fått möjlighet att ge en rättvis bild av sig själva under intervjun. Detta är en förbättring sedan tertial 1 genom att intervjufrågor i intervjuguiden korrigerats.
Nämnd Årsarbetare		2 069 ▬	Genomsnittligt antal faktiska årsarbetare för perioden januari till augusti månad har ökat med 44,5 årsarbetare i jämfört med samma period föregående år. Under sommaren ökar bemanning med många visstidsanställningar för att bemanna enheterna när kollegorna är på semester, detta sker dock varje sommar. Jämfört med 2020 har sjukfrånvaron minskat motsvarande 15 årsarbetare. Det medför en ökning i faktiska årsarbetare som då varit i tjänst och arbetat. Däremot har frånvaron för VAB och föräldraledigheter ökat med 5 årsarbetare. Andelen som arbetar heltid har ökat från 82,9% till 83,8%. Störst ökning av faktiska årsarbetare har skett hos; Kirurgkliniken med 16,9 faktiska årsarbetare Kvinnokliniken Eksjö med 9,3 faktiska årsarbetare OP/IVA Eksjö med 7 faktiska årsarbetare Kvinnokliniken Jönköping med 6,9 faktiska årsarbetare. Ögonkliniken Ryhov med 6,7 faktiska årsarbetare.
VO Timanställda (ska ej öka jämfört med föregående år)	61,6	53,2 ●	Uppgifterna 2021 skiljer sig mot inrapporterade siffror 2020 då tidigare års siffror hämtats felaktigt. Möjliga orsaker till det minskade användandet av timanställda kan bero på att Kirurgisk vård ökat i antal årsarbetare då fler återgått till ordinarie sysselsättningsgrad, liksom personer som har deltidstjänster har valt att gå upp i tid under pandemin. I jämförelse med samma period föregående år finns en viss minskning i korttidsfrånvaron vilket oftast ersätts med timanställda.
VO Antal tillsatta utbildningsplatser kopplat till tilldelning	55 utbildning splatser	32 ■	Kirurgisk vårds verksamhetsområde hade i första omgången anmält efterfrågan på 56 platser som slutligen landade i 55 utbildningsplatser. Verksamhetsområdet har svårast att fylla platser inom

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			operation.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	2,9 %	Kostnader för bemanningsföretag till och med augusti är 5,7 miljoner kronor högre 2021 än 2020. Kostnader för köp av bemanningsläkare till och med augusti 2020 var 21,2 miljoner kronor och 2021 21,2 miljoner kronor. Läkare köps främst inom kvinnoklinikerna, ögonklinikerna, kirurgkliniken och OP/IVA-klinikerna och främst för Höglandssjukhuset. Kostnader för köp av sjuksköterska till och med augusti 2020 är 8,5 miljoner kronor och 2021 14,2 miljoner kronor. Sjuksköterskor köps främst inom OP/IVA-klinikerna för att klara bemanning av covid-IVA och inom kvinnokliniken på Höglandssjukhuset för att bemanna med barnmorskor. Planer finns för att minska beroende av bemanningsföretag. Kostnaderna förväntas enligt dessa planer minska under 2022.

Aktiviteter	Analys
Bra återkoppling i rekryteringsprocessen	Planen att genomföra utbildning för chefer inom kirurgisk vård under 2020 har försenats på grund av covid-19. När arbetet med pandemin har lagt sig kommer andra frågor vara prioriterade såsom vårdköer och återhämtning för personal och chefer. Aktiviteten avbryts och aktualiteten bedöms på nytt inför verksamhetsplanen 2022.
Regelbunden avstämning med kliniker	HR-partner och controller har regelbundna avstämningar med klinikernas ledningsgrupper. Avstämningarna görs kring bemanning och hur klinikerna kan planera för rätt antal årsarbetare och minska antalet timanställda inom ramen för ekonomin. De kliniker som inte har budget i balans har alltid en dialog innan ny- eller återanställning.
Handlingsplaner för oberoende av bemanningsföretag upprättas	Tydliga kriterier är uppsatta för när bemanningsföretag kan användas: - Upprätthålla bakjourskompetens - Upprätthålla viktig funktion (oavsett yrkesroll) som är vakant på grund av långsiktig sjukfrånvaro eller hastig vakans där andra kompetenser inte kan ersätta direkt.
Utbildningsanställningar 2021.	Kirurgisk vårds verksamhetsområde hade i första omgången anmält efterfrågan på 56 platser som slutligen landade i 55 utbildningsplatser med fördelning enligt nedan 11 utbildningsplatser inom operation varav 7är anställda. 12 utbildningsplatser inom intensivvård varav 10 anställda på grund av två avhopp. 11 platser inom anestesi varav 6 är anställda. 17 platser inom kvinnokliniken varav 7 anställda tillsatta och rekrytering pågår ännu. 3 platser inom kirurgkliniken varav 1 anställd. 1 plats inom ögon varav 1 anställd. Verksamhetsområdet har svårast att fylla platser inom operation då antalet sökande inte fyller tilldelade platser. Attraktivast har anestesiutbildning varit med 32 sökande, 18

Aktiviteter	Analys
	sökande till intensivvården samt 21 ansökningar till utbildningsanställning hos kvinnoklinikerna.
Utvärdering av karriärtjänster för yrkesskickliga sjuksköterskor.	Det finns teamsjuksköterskor på länets ortopedkliniker samt på kirurgkliniken i Eksjö och Värnamo. Dialog förs med flera kliniker om hur man kan använda teamsjuksköterskor i kombination med andra arbetssätt. Då Kirurgisk vård har flera kliniker som till stora delar enbart har specialistsjuksköterskor kommer antalet teamsjuksköterskor inte att öka i önskad omfattning.

Uppdrag/mål: Arbetstidsmodeller

Aktiviteter	Analys
80-10-10	Arbetet med 80-10-10 var igång under 2019 men har på grund av pandemin avstannat och pausats. Arbetet är planerat att återupptas i under hösten 2021 i samband med arbetet att inventera arbetstidsmodeller inom Kirurgisk vård.

Framgångsfaktorer: Kompetenta, delaktiga och engagerade medarbetare

Uppdrag/mål: En välfungerande lönebildning

Aktiviteter	Analys
Kända och klinikanpassade lönekriterier	Arbetet med utvecklandet av klinikanpassade lönekriterier avbryts med anledning att andra utvecklingsområden som fått stå tillbaka under pandemin behöver prioriteras under hösten 2021. Arbetet kan komma att återupptas till våren 2022.

Uppdrag/mål: Hållbart chefskap

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel chefer som deltagit i nätverket för engagerat ledarskap	100 %	96 %	Under våren medverkade ca 96 % av chefer inom Kirurgisk vård i Nätverk för engagerat ledarskap. Den totala närvaron per träff har legat mellan 50-65%. Femton chefer har inte närvarat på någon av träffarna. HR-lyfter och påminner om deltagande samt ser över listan att anmälda namn stämmer överens.

Aktiviteter	Analys
Hållbart chefsskap	På grund av coranapandemin har frågan fått skjutas upp.

Uppdrag/mål: Hälsa och likabehandling

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - sjukfrånvaro	6,2 %	5,5 %	Den genomsnittliga sjukfrånvaron uppgår till 5,5 % vilket är en minskning med 0,7 procentenheter jämfört med föregående år. Sjukfrånvaron minskar inom alla större personalkategorier.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Genomförda skydds- och arbetsmiljöronder		–	Varje verksamhet genomför årligen arbetsmiljörond och upprättar en handlingsplan utifrån identifierade risker. Planen följs kontinuerligt upp.
VO Övertid och mertid	4 473	5 038	Under augusti månad sker en ökning av antal övertid- och mertidstimmar jämförelse med samma period föregående år. Verksamheterna med flest övertidstimmar under augusti månad är OP/IVA Jönköping, kirurgkliniken samt kvinnokliniken i Jönköping. Huvudsakligt övertidsuttag inom Kirurgisk vård sker inom personalkategorin sjuksköterskor på cirka 2700 timmar, följt av undersköterskor på 1600 timmar. Därefter följer specialistläkare på cirka 300 h. Ökningen under augusti månad beror troligtvis på att enheterna går ned i bemanning under semesterperioden och bemanningen blir mer sårbar vid eventuell frånvaro hos personal. Krislägesavtalet har varit aktiverat till och med 15 augusti för de tre OP/IVA verksamheterna. OP/IVA Ryhov har näst intill anvisat samtliga sjuksköterskor och undersköterskor. Eksjö och Värnamo har haft någon enstaka individ anvisad alternativt ingen anvisad sista semesterperioden.
VO Semester		–	Detta mått är ett årsmått och kommenteras i verksamhetsberättelse.

Aktiviteter	Analys
E-information/film/lathund kring det systematiska arbetsmiljöarbetet till chefer	Det vardagliga systematiska arbetsmiljöarbetet fortlöper men aktiviteten och utvecklingsarbetet av e-information, film eller lathund har avbrutits på grund av pandemin. Arbetet kommer inte tas upp mer i år, en ny bedömning görs inför verksamhetsplanen 2022. Cheferna får fortlöpande stöd från HR-partner och rehabiliteringsspecialist.
Alla nyanställningar ska utgå från heltid	Projektet heltid som norm har beslutats att förlängas med start juni 2021, där en del av arbetet är att tjänster som annonseras ut alltid ska annonseras på heltid. HR inom Kirurgisk vård är med i arbetet som även kommer informera chefer om arbetet Heltid som norm under hösten 2021. Uppstartsmöte för projektet sker vecka 37.

Framgångsfaktorer: Utveckla och behålla medarbetare

Uppdrag/mål: Identifiera utvecklingsområden och framgångsfaktorer i verksamheten

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel avslutningssamtal	100 %	–	Då mätetalet inte går att hämta ur befintliga system på ett korrekt sätt redovisas inte andelen utförda avslutningssamtal. HR uppmuntrar cheferna att bjuda in till avslutningssamtal oavsett om individen går vidare internt eller externt.

Aktiviteter	Analys
Information och utbildning kring avslutningssamtal	I arbetet med att vara en attraktiv arbetsgivare vill Kirurgisk vård informera och utveckla cheferna i att erbjuda medarbetare avslutningssamtal när tjänster upphör för att på så vis fånga upp vad arbetsgivaren gör bra och vad som kan utvecklas. Arbetet har fått stå tillbaka då verksamhetsområdet behövt prioritera arbete med pandemin.

Ekonomi

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Aktiviteter	Analys
Genomlysning av kirurgkliniken	Plan för arbetet har reviderats. Genomlysningen har inte varit prioriterad under pandemin.

Uppdrag/mål: Arbeta kostnadseffektivt för att uppnå ekonomi i balans

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-52 823 tkr	Det ekonomiska resultatet för perioden är en negativ budgetavvikelse med 52,8 miljoner kronor. Verksamhetsområdet har i augusti kompenserats för ökade kostnader till följd av coronapandemin med 175 miljoner kronor. För personalkostnader är budgetavvikelsen ett underskott med 160 miljoner kronor. Kostnader för extra ersättningar och krislägesavtal kopplat till pandemin uppgår till 98 miljoner kronor. Kostnader (och budgetavvikelse) för bemanningsföretag är 35,4 miljoner kronor. Det är en kostnadsökning jämfört med 2020 på 5,7 miljoner kronor. Ökade kostnader avser köp av sjuksköterskor och barnmorskor. Verksamhetsområdet har köpt bemannade operationssalar för 8,5 miljoner kronor. Kostnader för transporter av patienter med covid-19 till andra vårdgivare har kostat 6,8 miljoner kronor. Verksamhetsområdet har ökade kostnader jämfört med 2020 för lab och röntgen med 12,2 miljoner kronor och för förrådsuttag med 5,3 miljoner kronor. Verksamhetsområdet har ökade kostnader för införande av IT-system som försenats på grund av coronapandemin.
Prognos	0 tkr	-75 000 tkr	Kirurgisk vård har en negativ budgetavvikelse på 52,8 miljoner kronor. Prognos för helår är negativ budgetavvikelse med 75 miljoner kronor. Budgetavvikelsen i bokslut 2019 var 41 miljoner kronor. I prognosen antas kostnadsnivån minska under hösten till en mer normal nivå. Det är osäkert vilka effekter på verksamhet och ekonomi det blir av att arbeta igen det som fått anstå under coronapandemin. Kirurgisk vårds arbete med att minska personalkostnader och antal årsarbetare har inte varit möjligt under pandemin. En del av kirurgisk vårds handlingsplan för ekonomi i balans är att utnyttja regionens operationskapacitet till att minska köpt vård samt att på sikt sälja vård till andra regioner. Den planen har inte varit genomförbar nu då stor delar av OP/IVA-verksamheten bedrivit intensivvård för patienter med covid-19. De största budgetavvikelserna finns för personalkostnader

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			inom OP/IVA-klinikerna.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Prioriterat arbete för att nå tillgänglighetsmålen och en ekonomi i balans är arbeta med kapacitet- och produktionsstyrning och produktionssystem. För en ekonomi i balans sker även arbete med ordnat införande, anställningsprövningar och kriterier för användande av bemanningsföretag. Vid uppföljningsträffar med verksamhetsområdets kliniker kommer under hösten särskilt fokus utöver tillgänglighet och produktionssystem vara på utveckling av ekonomi och årsarbetare.
Arbeta aktivt med Kostnad per patient (KPP).	Controllers följer och analyserar löpande KPP tillsammans med klinikledningsgrupper på de flesta av verksamhetsområdets kliniker. Inom Kirurgisk vård fokuseras arbetet för tillfället på KPS. Ett kommande steg i KPS-arbetet är att med KPP värdera resursåtgången i processerna. I arbete med genomlysning av kirurgkliniken är analys av KPP en viktig del.
Ledningsgrupp, kliniker och MPG följer löpande KPP och DRG	Controllers följer och analyserar löpande KPP tillsammans med klinikledningsgrupper på de flesta av verksamhetsområdets kliniker. Inom kirurgisk vårds ledningsgrupp fokuseras arbetet för tillfället på KPS. Ett kommande steg i KPS-arbetet är att med KPP värdera resursåtgången i processerna.

Uppdrag/mål: Upphandlingar

Aktiviteter	Analys
Genomföra upphandlingar och därefter avrop som värderar kvalitet, nytta och ekonomi.	Dialog förs med inköp om aktuella upphandlingar för att i utvalda upphandlingar öka delaktigheten och värdera kvalitet, nytta och ekonomi. Controller är delaktig i upphandlingar inom ortopedi. I investeringsprocessen har samarbetet ökat med inköp och med medicin teknik. Informations- och utbildningstillfälle kring upphandlingar och LOU genomförs för controllers av inköp under hösten.

Framgångsfaktorer: Ordnat införande

Aktiviteter	Analys
Samtliga kliniker använder modellen för ordnat införande vid ny eller förändrad verksamhet	Ordnat införande är en del av Kirurgisk vårds produktionssystem vilket syftar till att använda de resurser som finns med optimal effekt. Verksamhetsområdets kliniker anger i Stratsys under framgångsfaktorn ordnat införande förändringar i verksamheten för att pröva dem innan de eventuellt ska införas. I uppföljningen av produktionssystem som startar under hösten 2021 kommer ordnat införande att vara en del för att säkerställa att alla kliniker arbetar utifrån ramen för ordnat införande.

Aktiviteter	Analys
	Införandet av arbetssättet börjar bli tydligt på alla kliniker men justering kommer att behövas efterhand.

Hållbarhet

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt.

Framgångsfaktorer: Vi är klimatsmarta - transporter

Uppdrag/mål: Under programperioden ska klimatpåverkan per årsarbetare minska med minst 40 procent för tjänsteresor, inklusive egna godstransporter, jämfört med 2019

Aktiviteter	Analys
Öka andelen förnybara drivmedel i pool-, verksamhets- och transportbilar till minst 70 procent år 2025. D.v.s. välj fordon enligt drivmedelsstrategin och tanka alltid rätt drivmedel.	Resandet med pool- och verksamhetsbilar har varit lågt under pandemin. Samtidigt används fler bilar med icke fossila bränslen, främst biogas.

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - upphandling

Uppdrag/mål: År 2025 ska 100 procent av våra särskilt farliga kemiska produkter utretts med syfte att hitta hälso- och miljöanpassade alternativ. Vi ska ha bytt ut produkter där det varit möjligt.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel särskilt farliga kemiska produkter som utretts	100 %	–	Årsmått

Strategiska mål: Vi ska främja en hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till att minska miljöpåverkan från läkemedel.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - läkemedel

Uppdrag/mål: Under programperioden ska förskrivningen av prioriterade miljöbelastande läkemedel minska.

Aktiviteter	Analys
Utöka användningen av icke-farmakologiska behandlingar och stöd till livsstilsförändringar.	Uppföljning sker en gång per år i november.
Förskriva startförpackningar där så är möjligt och arbeta med tidsbegränsade ordinationer.	Uppföljning sker en gång per år i november.

Aktiviteter	Analys
Verka för att läkemedel med samma effekt och med mindre miljöpåverkan prioriteras vid förskrivning och rekommendation. Utgångspunkten för arbetet är den lista över prioriterade läkemedel som finns här: https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/api/Evolution/pdf/74607ef1-048d-441f-9ac9-4be909efade8	Uppföljning sker en gång per år i november.

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka.

Framgångsfaktorer: Vi använder våra resurser klokt - cirkulära materialflöden

Uppdrag/mål: Hållbar användning av förbrukningsmaterial: År 2025 ska klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsartiklar minska med minst 15 procent jämfört med 2019.

Aktiviteter	Analys
Främja användning av förbrukningsmaterial som går att materialåtervinna och består av återvunnen och/eller förnybar råvara. D.v.s. minska användningen av engångsprodukter och när engångsprodukter måste användas; Välj produkter som rekommenderas från miljösynpunkt.	Klinikerna uppmanas arbeta efter Handbok för klokare materialval. Då vi efter 2021 kan få ut statistik på förbrukningsmaterial kommer punktinsatser kunna göras där vi ser störst miljöpåverkan och förbättringspotential.

Uppdrag/mål: Vid flytt eller nyetableringar ska en så stor andel som möjligt av inredningen vara återanvänd.

Uppdrag/mål: Vårt matsvinn ska minska med minst 30 procent till 2025 jämfört med 2020.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Matsvinn per patientportion	-10 %	–	Årsmått

Strategiska mål: Följsamhet till program för hållbar utveckling 2021-2025

Framgångsfaktorer: Kliniker och arbetsplatser är delaktiga i arbete med hållbar utveckling

Uppdrag/mål: Varje klinik ska ha "eget" mätetal eller aktivitet för Hållbar utveckling

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Finns "eget" mätetal eller aktivitet	18	12	12 av verksamhetsområdets 17 kliniker har eget mätetal eller aktivitet för hållbar utveckling. Ledningsstaben arbetar för att alla kliniker ska uppfylla kravet. Arbetet är försenat under pandemin.

Region Jönköpings län

Delårsrapport 2
Tertial 2 2021

Folktandvården

Dnr 2021/136
Agnetha Bartoll, Tandvårdsdirektör
Folktandvården
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Bra munhälsa, God tandvård 6

Process och produktion **9**

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare 10

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård 10

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård 11

Lärande och förnyelse **13**

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap 13

Medarbetare **17**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare 17

Ekonomi **20**

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt 20

Hållbarhet **24**

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt. 24

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar. 24

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka. 25

Inledning

Folktandvården redovisar ett negativt resultat om 4,4 miljoner kronor. Av Folktandvårdens totala resultat står allmäntandvården för minus 6,3 miljoner kronor, medan specialisttandvårdens står för 1,9 miljoner kronor. Folktandvårdens intäkter för perioden januari-augusti är 20,0 miljoner lägre än budgeterat och härleds främst till coronapandemin och dess negativa påverkan på produktion och produktivitet. För helåret 2021 prognostiserar Folktandvården för ett resultat om minus 2,1 miljoner kronor.

Folktandvårdens allmäntandvård är lokaliserad med 26 kliniker i länets samtliga kommuner. Specialisttandvården bedrivs på olika orter i länet med tyngdpunkt i Jönköping, där samtliga nio odontologiska specialiteter finns. I Nässjö bedrivs ortodonti (tandreglering). I Värnamo bedrivs ortodonti, endodonti (rotbehandling) och pedodonti (specialistbarntandvård). I Värnamo finns dessutom orofacial medicin (prevention, diagnostik och behandling av komplexa orala tillstånd relaterade till systemsjukdomar och/eller funktionshinder). Folktandvården har under perioden haft 541 faktiska årsarbetare i sin verksamhet.

Folktandvårdens finansiering består både av ett anslag i form av en budgetram samt intäkter från vuxna patienter och via tandvårdsförsäkringen, samt ersättning från Regionens bedömningsenhet rörande särskilda patientgrupper med olika medfödda eller förvärvade sjukdomstillstånd. Folktandvårdens verksamhet är till stora delar konkurrensutsatt gentemot privata aktörer. Krav på konkurrensneutralitet förutsätter att prissättningen baseras på Folktandvårdens självkostnad. Mervärdesskatt ingår i Folktandvårdens självkostnad av konkurrensskäl.

Samtliga allmäntandvårdskliniker har under perioden hållit öppet och kunnat erbjuda både revisionstandvård och akuttandvård. Under perioden har åldersgruppen 70+ i allt högre grad besökt tandvården till följd av att vaccinationsläget förbättrats. Inom specialisttandvården noteras motsvarande utveckling.

Folktandvårdens hygienteam med representation från samtliga odontologiska yrken har tillträtt och tar nu allt större ansvar för att bibringa kunskap rörande hygienfrågor relaterade till tandvården. Syftet är att säkerställa kompetens gällande smittskydd och hygien med inriktning på tandvårdens arbetsmiljö.

Omställningen från fysisk till digital utbildning fortsätter såväl för intern som extern utbildning. Klinisk utbildning fortgår och innefattar mottagande av studenter inom samtliga odontologiska yrken.

Digitala vårdmöten har under perioden prövats i liten skala och utökas under tertial 3, med målsättning att vara fullt breddinfört i januari 2022. Exempel på tandvård som kan genomföras digitalt är terapiplanering, tvåårskontroll av friska barn och uppföljning av genomförda behandlingar.

Distansmöten, nya arbetssätt och former för lärande har bidragit till ökad digital mognad i verksamheten.

Arbetet med syfte att etablera en tandläkarutbildning och en tandsköterskeutbildning vid Jönköping University (JU) fortsätter, vilket på sikt stärker möjligheten till ökad kompetensförsörjning.

Pandemin orsakar en högre sjukfrånvaro samt ökad frånvaro för vård av barn, vilket påverkar tillgängligheten på ett påtagligt sätt. Folktandvården arbetar med effektiviseringar och förenklade rutiner för att möta upp målen för tillgänglighet. Enligt data från Sveriges Folktandvårdsorganisationer ligger dock Folktandvården, Region Jönköpings län, på en god tillgänglighet i förhållande till övriga regioner. Försiktighetsprincipen är fortsatt vägledande avseende patientsäkerhet och att upprätthålla en trygg arbetsmiljö för tandvårdens medarbetare.

Avtal om Frisktandvård ligger på en stabil andel på 22 procent av revisionspatienterna.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2021-08-31	Andel	2020-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	3	43,0 %	1	11,0 %
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	1	14,0 %	1	11,0 %
Antal mätetal som inte är uppfyllda	3	43,0 %	7	78,0 %
Antal mätetal som mäts	7	100,0 %	9	100,0 %

Coronapandemin har haft en negativ påverkan på Folktandvårdens verksamhet och således även påverkat måluppfyllelsen negativt under de första två tertialen 2021. I synnerhet har målet för tillgänglighet till specialisttandvård samt ekonomi i balans inte kunnat uppnås. Tillgängligheten till allmäntandvården, när det gäller revisionspatienter i tid till undersökning, har delvis kunnat uppfyllas. Med avseende på målet att minska nya patienter som står i kö för behandling inom allmäntandvården, kostnaden för bemanningsföretag samt andel av sjukfrånvaro bland personalen, så har målen kunnat uppfyllas trots pandemin. Även målet avseende kostnader för bemanningsföretag uppfylls tydligt.

Utöver politiskt beslutade mätetal följer Folktandvården även nedanstående egna mätetal:

- Uppföljning av att rätt revisionsintervall enligt nya riktlinjer tillämpas (delvis uppfyllt)
- Uppföljning av besök inom den uppsökande verksamheten (ej uppfyllt)
- Uppföljning av rätt använd kompetens (RAK), andel undersökningar utförd av tandhygienist (ej uppfyllt)
- Antal pågående doktorandutbildningar (uppfyllt)

Antal mätetal som är uppfyllda: 1 (25,0 procent)
Antal mätetal som är delvis uppfyllda: 1 (25,0 procent)
Antal mätetal som inte är uppfyllda: 2 (50,0 procent)
Antal mätetal som mäts: 4 (100 procent)

Medborgare och kund

Rekrytering av personal under slutet av 2020 har under första och andra tertialet bidragit till avsevärt förbättrad tillgänglighet för klinikerna inom allmäntandvården. Pandemin har omöjliggjort extern verksamhet i länets skolor, förskolor och fritidshem under första och andra tertialet 2021. Därmed har länets barn och unga inte haft möjlighet att via Folktandvården ta del av kunskap med hälsoperspektiv rörande tandhälsa, kost och risker med rökning. På motsvarande sätt har den uppsökande verksamheten i särskilda boenden (SÄBO) och till personer i eget boende som är berättigade till uppsökande tandvård, inte kunna genomföras. Under senare delen av april har detta arbete kunnat återupptas och intensifierats under augusti månad.

Strategiska mål: Bra munhälsa, God tandvård

Framgångsfaktorer: Integrera och utveckla det förebyggande arbetet för att nå hälsoeffekter hos befolkningen

Uppdrag/mål: Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.

Aktiviteter	Analys
Kontinuerlig uppföljning av kariesförekomst	Statistik tas fram över kariesförekomst 2 ggr/år. På sikt ska ersättningen för den kollektiva satsningen differentieras så att områden med hög kariesförekomst får en högre resurstilldelning.
Översyn av differentiering av barntandvårdspeng	Arbetet fortgår enligt plan. Folktandvården kommer att använda Care Need Index (CNI) för att fördela resurser med start 2022. Förväntad effekt är att resurser kommer styras mot de kliniker vars upptagningsområden har ett större behov ur ett odontologiskt perspektiv.
Översyn av projektet "Rocka munnen"	Nylansering av spelappen "Rocka Munnen" har startats i augusti internt och externt. Rocka Munnen är en regiongemensam satsning av Sveriges Folktandvårdsförening för att öka tandborstningen bland barn.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet och bra bemötande

Aktiviteter	Analys
Undersökning och utvärdering av patientnöjdhet	Inventering av olika lösningar för utvärdering av patientnöjdhet är påbörjad.
Projektarbeten på HHJ	Aktiviteten ännu ej påbörjad, beräknad start höst 2021.

Uppdrag/mål: Arbeta med tillgänglighet till tandvård

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling, Folktandvården	90 %	84 % ◆	13 av 26 kliniker har en tillgänglighet på 90 procent eller mer. 13 kliniker har en tillgänglighet mellan 89 och ned till 51 procent. Utfallet är i nivå med motsvarande period föregående år. Jämfört med maj 2019 har tillgängligheten förbättrats med 7 procent sett till hela allmäntandvården.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Allmäntandvård: Möjlighet att ta emot nya patienter, Folktandvården	-10 %	-30 %	För närvarande har ingen klinik inom allmäntandvården möjlighet att ta emot nya patienter för fullständig vård, med undantag för barn- och ungdomspatienter, akuta patienter och patienter med "nödvändig tandvård", vilka alltid prioriteras för snabb behandling. Målet om att minska antalet nya patienter i kö med 10 procent jämfört med december förföregående år, uppfylls tydligt. Jämfört med december föregående år har det totala antalet patienter i kö minskat med 571 patienter, motsvarande 10 procent. Detta är en positiv utveckling, särskilt mot bakgrund av pandemins negativa påverkan på klinikernas möjlighet att kalla och behandla patienter. Jämfört med 2019 är utfallet 36 procent bättre.
VO Uppföljning av att rätt revisionsintervall enligt nya riktlinjer tillämpas	90 %	77 %	Kallelseintervall för friska revisionspatienter 16-64 år ändrades i april 2019 från 24 månader till 36 månader. Beslutet fattades i odontologisk programgrupp (OPG) mot bakgrund av att patienter ska få rätt tandvård i rätt tid, utifrån riskbedömning av patientens munhälsa. Fortfarande skiljer det stort mellan klinikernas följsamhet till det förändrade kallelseintervallet för patientgruppen. Efterlevnaden till riktlinjen förbättras successivt, men arbete återstår i form av uppföljning och åtgärder på enskilda kliniker. Följsamheten till rätt revisionsintervall har varit kring 80 procent sedan andra halvåret 2019. Den pågående pandemin har dessutom rubbat planeringen på flera kliniker. Klinikerna tar del av uppföljning kontinuerligt och felaktigt lagda kallelser rättas om möjligt och medarbetarna informeras om vikten att följa riktlinjer för kallelseintervall.
Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss	80 %	31 %	I samband med upprättande av verksamhetsplan för 2021 har ett nytt mätetal för mätning av tillgänglighet inom specialisttandvården tagits fram. Första mätning och rapportering skedde i början av 2021 och till följd av att det rör sig om ett nytt sätt att mäta är jämförelser med tidigare perioder ej möjligt. Efter de första tre uppföljningarna har det framkommit att specialistavdelningar inte registrerar remisser på ett fullgott sätt, vilket har lett till att mätetalet ger en missvisande bild av tillgängligheten till specialisttandvård. Ett arbete har inletts för att korrigera remisshanteringen och fånga rätt siffror. Detta har redan lett till en betydlig bättre bild över tillgängligheten på vissa avdelningar, exempelvis avdelningen för ortodonti i Värnamo och avdelningen för odontologisk radiologi, där tillgängligheten är 100 procent. Utfallet för augusti har lett till ytterligare en försämring jämfört med tidigare månader. Denna utveckling förklaras främst med att juli och augusti är traditionella semestermånader där avdelningar har lägre aktivitet och hanterar remisser i mindre omfattning.

Aktiviteter	Analys
Utveckling av befintlig diverrapport	Arbetet med översyn av befintlig rapport påbörjades i maj. Rapporten är byggt på ett sätt som möjliggör att genomföra önskade förbättringar. För att kunna genomföra dessa krävs dock en omfattande kvalitetssäkring som kommer att ske

Aktiviteter	Analys
	under andra halvåret och därefter kan rapporten publiceras i Diver.
Nytt mätetal för tillgänglighet till specialisttandvård tas fram	Arbetet ännu ej påbörjad, planerad start hösten 2021.

Uppdrag/mål: Fortsätta arbeta med handlingsplanen för att arbeta på nya sätt och samtidigt vara en attraktiv arbetsgivare.

Aktiviteter	Analys
Arbete med projektet "attraktiv arbetsplats"	Förstudien är avslutad och slutrapporten presenterades för Folktandvårdens ledningsgrupp i juni. Förstudien har identifierat nio olika fokusområden i det fortsatta förbättringsarbetet med målet att vara en attraktiv arbetsplats. Projektgruppens uppdrag är därmed slutfört och arbetet kommer att ta en ny form efter beslut om vidare hantering vid ledningsmöte i september.

Process och produktion

Det andra tertialet har präglats av fortsatt intensivt arbete med att förbereda breddinförande av digitala vårdmöten i tandvården, för att säkerställa en bra och smidig process för implementering. Stort fokus ligger på digitalisering och nya arbetssätt, där införande av digital scanner och intraoral kamera är prioritet.

Strategin är att investera Folktandvården in i framtiden via digital teknik och nya arbetssätt. Det har identifierats ett antal besökstyper där ett fysiskt patientmöte inte är helt nödvändigt. Med hjälp av en nedladdningsbar app kan patienten genomföra sitt besök hos tandvården utan att behöva resa eller ta behandlingsrum i anspråk.

Nya arbetssätt inom ortodontin har introducerats i södra delen av länet och på höglandet.
Ett större arbete med revision av barn- och ungdomstandvårdsprogrammet pågår, där statistik och verksamhetsmått analyseras.

Till följd av pandemin har färre patienter med "nödvändig tandvård" varit möjliga att identifiera och behandla.

Verksamhetsmått

	Utfall 2021-08	Utfall 2020-08	Utfall 2019-08	Förändring % 2021-2020	Förändring % 2021-2019
Barn och ungdomstandvård, antal behandlade barn	44 483	46 304	48 507	-3,9 %	-8,3 %
Allmäntandvård vuxna, antal behandlade patienter	47 877	46 825	55 173	2,2 %	-13,2 %
Specialisttandvård, antal behandlade patienter	6 791	6 611	7 973	2,7 %	-17,0 %
Tandvård för patienter med rätt till tandvårdsstöd	3 772	3 338	5 974	13,0 %	-44,1 %
Antal patienter, munhälsobedömning	1 282	1 022	2 974	25,4 %	-56,9 %
Antal patienter, nödvändig tandvård	1 918	1 790	2 437	7,2 %	-21,3 %

Allmäntandvård

Det minskade antalet behandlade vuxna patienter jämfört med 2019 beror på en minskad produktion och produktivitet på grund av pandemin och i dess spår inställda/uppskjutna behandlingar, samt omfattande och tidskrävande skyddsåtgärder i samband med utförda behandlingar. Jämfört med 2020 har antalet behandlade patienter dock ökat, vilket tyder på att verksamheten har ökat produktiviteten i arbetet trots ökade skyddsåtgärder. Folktandvården har ökat antalet behandlade patienter med rätt till tandvårdsstöd jämfört med 2020 med 13 procent. Utfallet för 2021 ligger dock tydligt under utfallet för 2019 till följd av pandemin. Folktandvården har behandlat färre barn jämfört med både 2020 och 2019. Utvecklingen ligger i linje med planen och förklaras med förändringen i revisionsintervallet för undersökningar som beslutades 2019 och nu slår igenom 2021.

Specialisttandvård

Antalet behandlade patienter inom specialisttandvården har ökat med 2,7 procent jämfört 2020 men är dock fortsatt betydligt lägre jämfört med 2019. Överlag har pandemin även påverkat specialisttandvårdens verksamhet negativt, bland annat genom minskade resurser i form av operations- och narkospersonal.

Strategiska mål: Enklare vardag för patienter och medarbetare

Framgångsfaktorer: Sveriges bästa digitala vård och stödsystem.

Uppdrag/mål: Fortsätta utvecklingen mot digitala tjänster

Aktiviteter	Analys
Digitaliseringsplan för Folktandvården	Arbetet har påbörjats med genomgång av befintliga förslag och utvärdering av några utvalda innovationer. Folktandvården arbetar även kontinuerligt med omvärldsbevakning för att upptäcka och utvärdera nya möjligheter till digitalisering som skapar mervärde för kunder och intressenter och involverar engagerade medarbetare.

Uppdrag/mål: Underlätta användandet och kunskap om digitala stöd och tjänster

Aktiviteter	Analys
Digitala vårdmöten	Folktandvårdens ledningsgrupp fattade i februari beslut om en införandeplan för breddinförande av digitala vårdmöten. Införandeplanen bygger på ett införande i flera delar av verksamheten i olika faser. I fas ett kommer digitala vårdmöten att implementeras på samtliga kliniker inom allmäntandvården och arbetet kommer inrikta sig mot främst barn- och ungdomstandvård men även Frisktandvård där så är lämpligt. En projektgrupp har tillsatts för att konkretisera införandeplan och säkerställa dess genomförande. Efter att ha genomfört fas ett med utbildning av ambassadörer och framtagande av material och rutiner, kommer fas två att inledas den 1 oktober. I fas två kommer samtliga medarbetare inom allmäntandvården att utbildas i digitala vårdmöten. Från och med 1 november kommer även samtliga medarbetare inom specialisttandvården utbildas. Breddinförande och extern lansering av vårdgivarinitierade digitala vårdmöten kommer att lanseras i januari 2022. De medarbetare som är varit involverade i projektet uppvisar ett stort engagemang. Den förväntade effekten framgent är ett fortsatt stort engagemang från medarbetarna och en förbättring när det gäller användning av resurser kopplat till diverse vårdmöten.

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Säker vård alla gånger

Aktiviteter	Analys
Framtagande av kvalitetsmått på kliniknivå	OPG (odontologisk programgrupp) har påbörjat analys av utfallet från SKaPa (Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit). En första genomgång visar på ett antal möjliga fördjupningar för att nå mer detaljerad kunskap på kliniknivå. Utifrån ett nationellt perspektiv återfinns Folktandvården Region Jönköpings Län i nästan alla mätetal bättre än det nationella medeltalet.

Aktiviteter	Analys
	Ur barntandvårdperspektivet kommer Folktandvårdens barntandvårdsstrateg att utvärdera mätdata. Analysen av utdata från SKaPA kommer att fortlöpa under 2021.
Dialog och samarbete med chefsläkare	Folktandvården rekryterade i våras en hygienansvarig tandläkare som kommer ha avstämningar med chefläkare två gånger per år. Processer och samarbete kommer att utvecklas under året.

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen

Aktiviteter	Analys
Kunskapsstyrning i Folktandvården	Sommarens brist på aktivitet spiller över i augusti. Planer börjar dock ta form för höstens arbete, framför allt genomgång av Socialstyrelsens riktlinjearbete i november.
Uppdatering av vårdprogram vid behov	Pågår.

Framgångsfaktorer: God tandvård

Uppdrag/mål: Allmäntandvård barn och unga

Aktiviteter	Analys
Revidering av barn- och ungdomstandvårdsprogrammet	Beslut om nytt barn- och ungdomstandvårdsprogram har tagits av ledningsgruppen i juni. Utbildning av medarbetare på bred bas kommer att påbörjas i september-oktober och tillämpning sker successivt.

Uppdrag/mål: Tandvård för personer med särskilda behov

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Uppföljning av besök inom den uppsökande verksamheten.	70 %	44 %	Under senare delen av april månad har tandhygienister i den uppsökande verksamheten kunnat återgå till besök på särskilda boenden och eget boende. De äldre är nu vaccinerade liksom tandhygienister inom uppsöksverksamheten. Folktandvården har under långa perioder under pandemin inte haft möjlighet att besöka patienter i eget boende/särskilt boende och har rekommenderats att endast behandla patienter över 70 år vid de tillfällen då tandvård inte kan anstå. Det innebär att resultatet för den uppsökande verksamheten och utförd nödvändig tandvård av förklarliga skäl ligger under målnivå och betydligt lägre än jämförbar period 2019.

Uppdrag/mål: Specialisttandvård

Aktiviteter	Analys
Framtagande av mätetal för specialisttandvården	Stor variation i registreringen i journalsystemet T4 har uppdagats liksom olikheter i hur man i verksamheten registrerar i remisshanteringen. Frågan har lyfts i Odontologiska institutionens ledningsgrupp och man arbetar för att fastställa ett gemensamt arbetssätt för att säkerställa att rätt data hämtas ut och registreras i mätetalen.

Lärande och förnyelse

Under tertial 2 har Folktandvården inrättat ett hygienteam bestående av tandläkare, tandhygienist och tandsköterska. Teamet ska driva, inhämta, kommunicera och bidra till ny kunskap om tandvårdens vårdhygien. Därutöver företräda tandvårdsperspektivet i hygienfrågor i Region Jönköpings län och bygga ett tätare samarbete med Smittskydd och Vårdhygien.

Omställningen från fysisk undervisning till digital utbildning fortgår såväl för intern som extern utbildning. En ny lärandemiljö och pedagogisk arena tar form. Klinisk utbildning fortgår och innefattar mottagande av studenter inom samtliga odontologiska yrken.

Generellt har utvecklingstakten ökat i Folktandvården vilket ställer krav på anpassningsförmåga, förändringsvilja och ökad digital mognad hos medarbetarna. Införande av digitala vårdmöten är ett exempel.

Arbetet med att etablera en tandläkarutbildning och en tandsköterskeutbildning vid Jönköping University (JU) fortgår för att säkerställa framtida kompetensförsörjning.

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer: Lärande i vardagen

Aktiviteter	Analys
Utveckling av digitala utbildningar	Arbetet pågår löpande inom olika områden. Närmast står utvecklingen av en digital onboarding-process, det vill säga en tydligare och förenklad digital process för att introducera nya medarbetare i verksamheten.

Uppdrag/mål: Tandvård - Odontologiska institutionen är ett ledande centrum

Aktiviteter	Analys
Inrätta utbildningar för både tandläkare och tandsköterskor i länet.	Ansökan till UKÄ och YH pågår.

Uppdrag/mål: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.

Uppdrag/mål: Fortsatt arbete med rätt använd kompetens (RAK)

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO RAK andel undersökningar utförd av tandhygienist	80 %	46 %	Folktandvårdens kliniker har i stor utsträckning fört över undersökningar från tandläkare till tandhygienister. I första hand har patienter inom Frisktandvården prioriterats och de flesta av klinikerna ligger här över 80 procent även om det varierar mellan klinikerna. Sett till samtliga utförda undersökningar, inkluderande friska vuxna patienter som betalar enligt taxa, återstår fortfarande en lång väg till målet 80 procent. I samband med att ett nytt vårdprogram för barn och unga implementeras, kommer dock tandhygienister att utföra än mer undersökningar och således förbättra utfallet. Nyckeln till fortsatt förbättring ligger i rekrytering av fler tandhygienister.

Aktiviteter	Analys
Riktade insatser för att öka andelen undersökningar utförd av tandhygienist	Folktandvårdens kliniker har i stor utsträckning fört över undersökningar till tandhygienister. Dock varierar det mellan klinikerna och flera kliniker ligger över 80 procent och några ligger under. Tillgången till tandläkare/ respektive tandhygienister är avgörande för hur målet nås. Ett arbete med barntandvårdsprogrammet under hösten 2021 kommer att innebära att allt fler undersökningar förs över till tandhygienist.
Öka nyttjandegraden av självbetjäningsterminaler	Problem med Babs-terminaler kopplade till självbetjäningsterminalerna kvarstår delvis, vilket medför att mätning av nyttjandegraden inte ger en rättvisande bild. Ett arbete pågår tillsammans med IT-Centrum för att säkerställa bättre funktionalitet och möjliggöra en bättre uppföljning. Under perioden maj-juli har utöver detta omfattande tekniska problem uppstått som lett till att flertalet självbetjäningsterminaler har varit oanvändbara. Ett intensivt arbete pågår med leverantören för att få samtliga självbetjäningsterminaler i bruk.

Uppdrag/mål: Fortsatt arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS)

Aktiviteter	Analys
Förarbete inför breddinförande av KPS	Käkkirurgiska kliniken har påbörjat ett förbättringsarbete inom verksamheten baserat på KPS (kapacitets- och produktionsstyrning). Detta arbete kommer att fortskrida januari - september 2021. Ledningsstab och verksamhetschefer för specialisttandvården kommer under andra halvåret att titta på förbättringsarbetet för att få en bättre bild av behov och förutsättningar för ett breddinförande i andra delar av verksamheten. I samband med detta kommer arbetet med aktiviteten kunna påbörjas.
Fortsatt arbete med KPS inom käkkirurgiska kliniken	Nya möten med förbättringsteamet är inbokade under hösten. Kontakter är tagna med Qulturum och Astrada för att möjliggöra anslutning och hämta ut data med stöd av Diver.

Uppdrag/mål: Öka antal pågående ST-utbildningar samt disputerade övertandläkare

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Antal pågående ST-utbildningar inom Odontologiska Institutionen	15	–	Årsmått.

Uppdrag/mål: Förbättrad verksamhets- och målstyrning

Aktiviteter	Analys
Arbete med VP och uppföljning i Stratsys på kliniknivå	Arbetet har påbörjats på käkkirurgiska kliniken och verksamhetsplanen är nu upprättad i Stratsys. Verksamhetschefen har påbörjat arbetet med uppföljning och analys i Stratsys under april 2021. Arbetet på allmäntandvårdskliniken Hälsan har påbörjats men är inte lika långt framskriden. Uppföljning av Hälsan Folktandvård kommer att vara möjlig under andra halvåret 2021.

Aktiviteter	Analys
Utbildning för klinikledningar i budget- och verksamhetsplanering	Planering av utbildningar som ska genomföras pågår. Utbildningarna kommer att delas in i två separata block, en utbildning med fokus på budgetering och en med fokus på verksamhetsplanering. En kortare utbildning i budgetering med fokus på budgetprocessen, verktyg och mål kommer att hållas i samband med budgetarbetet hösten 2021. Utbildningen i verksamhetsplanering kommer att baseras på ett pågående förbättringsarbete inom ledningsstaben. Till följd av att detta förbättringsarbete inte är klart kommer utbildningen dock med största sannolikhet inte kunna genomföras under innevarande år och kommer att skjutas 2022.

Uppdrag/mål: Öka antalet medarbetare med handledarkompetens

Aktiviteter	Analys
Handledarutbildning	Målet att 10 procent av Folktandvårdens medarbetare, samtliga yrkeskategorier, ska ha genomgått en handledarutbildning är uppnått. 1 av 7 medarbetare är nu handledare. Utbildning genomförs i september med chefer som målgrupp. Syftet är att stärka chefer i att handleda och coacha handledare på respektive klinik. Övergripande målbild är att skapa en lärande kultur där handledning är ett naturligt inslag i vardagen. Nästa steg är att HR-enheten under hösten genomför en digital workshop i uppföljande syfte med samtliga deltagare som redan genomgått utbildningen.

Uppdrag/mål: Kompetensutveckling av chefer

Aktiviteter	Analys
Utbildning av klinikledningar i förbättringskunskap (inkl. KPS) och systemförståelse.	Arbetet befinner sig fortfarande i planeringsfasen. Avstämning kring påtänkt leverantör bör göras då upphandling av ny leverantör av ledarskapsutbildningar pågår i Regionen. Alternativet med Qulturum som leverantör, med interna kursledare, kommer att undersökas.
Chefer och ledare ska delta i chefs-/ledarutvecklingsprogram och chefsutbildningar	Ledningen uppmuntrar chefer att delta i program och utbildningar riktade till chefer, som erbjuds av Regionen.

Uppdrag/mål: Fler disputerade övertandläkare.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Antal pågående doktorandutbildningar	6	10	Doktorander finns inom käkkirurgi (2 st), ortodonti, pedodonti samt oral protetik.

Medarbetare

Folktandvården fokuserar på att vara en attraktiv arbetsplats där medarbetare vill verka och utvecklas under lång tid. Tertial 1 och 2 har präglats av ökad rekrytering av tandläkare och tandhygienister. Digital närvaro på rekryteringsmässor och arbetsmarknadsdagar på fakulteter och högskolor, liksom en hög närvaro på sociala plattformar, bidrar till att sätta Folktandvården, Region Jönköpings län, på kartan hos studenter runt om i Sverige. Digitala rekryteringskampanjer som lyfter Folktandvårdens uppdrag och den odontologiska yrkesrollen bidrar till såväl attraktivitet som intern stolthet. Strategin är att investera Folktandvården in framtiden genom att öka antalet kliniska medarbetare.

Pandemin har satt fokus på arbetsmiljön genom löpande riskbedömningar i samverkan med fackliga parter och skyddsombud. Medarbetare ger uttryck för att Folktandvården är en trygg arbetsplats.

Sjukfrånvaro och vård av barn har legat på en hög nivå under pandemin. I slutet av tertial 2 är nivån mer normal.

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare

Framgångsfaktorer: Ett starkt arbetsgivarvarumärke

Aktiviteter	Analys
Utveckling av processen avseende medarbetarsamtal	Arbete pågår för att fastställa modellen för målstyrning under året med koppling till medarbetarsamtalet. En digital process för medarbetarsamtal finns att tillgå via Lärande och kompetensportalen (LoK). Implementering av rekommenderat arbetssätt kommer ske successivt under hösten.

Uppdrag/mål: Strategisk kompetensförsörjning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Årsarbetare		540 ▬	Januari-augusti 2021 jämfört med samma period föregående år: Tandläkare: 1,8 årsarbetare Tandhygienist: 1,4 årsarbetare Tandsköterska m.fl: - 5,8 årsarbetare Övriga: 2,8 årsarbetare Summa: 0,2 årsarbetare Totalt antal årsarbetare har under innevarande månad minskat i jämförelse med föregående månad. Ackumulerat är nivån förhållandevis jämn under året. Bemanningsutvecklingen för tandläkare och tandhygienister något vikande i jämförelse med de tre senaste månadernas positiva utveckling. Tandsköterskebehovet fortsatt på en hög nivå. I jämförelse med 2019 och 2020 är bemanningsläget betydligt mer stabilt vilket visar att genomförda rekryteringsinsatser i huvudsak inom allmäntandvården har gett resultat. Folktandvårdens verksamhet finansieras till stor del genom externa intäkter vilket innebär att det är ekonomiskt en nackdel att antal medarbetare minskar. Tandläkare, tandhygienist och tandsköterska som anställs innebär en förbättrad ekonomi.
Kostnad för bemanningsföretag	2 %	0,3 % ●	Folktandvården använder sig generellt inte av hyrpersonal från bemanningsföretag. Kostnader som redovisas avser

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
(hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)			konsultkostnader för övertandläkare i specialisttandvården. Dessa övertandläkare bidrar i högre grad till ökad tillgänglighet till specialisttandvården. Utöver detta, till följd av Folktandvårdens särskilda finansieringsmodell, finansierar sig dessa övertandläkare delvis själva genom ökade intäkter för Folktandvården. Kostnaden under perioden januari-juli uppgår totalt till 0,7 miljoner kronor och är således 0,2 miljoner kronor lägre än samma period föregående år. Kostnaden utgör samtidigt endast 0,3 procent av Folktandvårdens egna personalkostnader och uppnår således tydligt det uppsatta målet om 2 procent. Jämfört med föregående är detta en minskning med 0,1 procent.

Aktiviteter	Analys
Genomförande av enkät avseende hållbart medarbetarengagemang (HME)	En årsklocka i samklang med det systematiska arbetsmiljöarbetet är framtagen. Kvarstår att fastställa en mer detaljerad tidplan och process för mätningen. Målet är att genomföra två pulsmätningar under höst och vinter 2021, med fokus på att utveckla en kultur där chef och medarbetare genom kortare pulsmätningar för en dialog om hur engagemanget i verksamheten blir hållbart över tid. Beslut har tagits i ledningen att bara ställa en enda fråga kring medarbetarnöjdhet. Enkät och dialogmodell är under utformning.

Uppdrag/mål: Utökad bemanning

Aktiviteter	Analys
Översyn av deltidsarbete	*Den här aktiviteten ligger i linje med aktiviteten för "alla nyanställningar ska utgå från heltid " samt heltid är norm.* Folktandvården följer riktlinjen kring heltid som norm och har heltidsanställning som utgångspunkt vid nyanställning. Om särskilda omständigheter anges beviljas partiell tjänstledighet. I dess fall gör chefen en bedömning utifrån verksamhetens och medarbetarens behov. Efter genomförd HR-analys under tertial två, kan konstateras att andelen partiellt tjänstlediga medarbetare kan minska. Verksamhetsområdets chefer rekommenderas därför ha en tätare dialog och uppföljning med medarbetare som är partiellt tjänstlediga, kring möjligheten och behovet av att ompröva tjänstledigheten. Utfallet kommer att följas upp över tid.

Framgångsfaktorer: Kompetenta, delaktiga och engagerade medarbetare

Uppdrag/mål: En välfungerande lönebildning

Aktiviteter	Analys
Översyn av lönenivåer	Arbetet pågår löpande. Under föregående löneöversyn under tertial två har samtliga odontologiska yrkesgrupper uppmärksammats genom särskilda lönesatsningar. Inför budget 2022 pågår ett arbete med att upprätta en strategisk

Aktiviteter	Analys
	plan för vilka kommande lönesatsningar som bör göras under 2022 och tre år framåt. Samtliga yrkesgrupper bör fortsatt uppmärksammas utifrån perspektivet att både attrahera och behålla kompetenta medarbetare.

Uppdrag/mål: Hållbart chefskap

Aktiviteter	Analys
Utbildning av klinikledningar i förändringsledning samt tillitsbaserad styrning	Arbetet har ej påbörjats i avvaktan på avslutad upphandling gällande leverantör av ledarskapsutbildningar, vilken beräknas vara klar i oktober 2021.

Uppdrag/mål: Hälsa och likabehandling

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - sjukfrånvaro	6 %	5,6 %	Trenden med minskad sjukfrånvaro är fortsatt positiv. Den genomsnittliga sjukfrånvaron uppgick under perioden januari till och med augusti till 5,6 procent. Målvärdet på 6 procent för perioden är därmed uppnått. I jämförelse med 2020 samma period uppgick sjukfrånvaron till 6,0 procent och för 2019 till 5,4 procent. Sjukfrånvaron ligger därmed nu på en mer stabil nivå. Smittspridningen i samhället minskar och i takt med det ökar frisknärvaron i verksamheten.

Aktiviteter	Analys
Alla nyanställningar ska utgå från heltid	Folktandvården följer riktlinjen kring heltid som norm och har heltidsanställning som utgångspunkt vid nyanställning. Om särskilda omständigheter anges beviljas partiell tjänstledighet. I dessa fall gör chefen en bedömning utifrån verksamhetens och medarbetarens behov. Efter genomförd HR-analys under tertial två, kan konstateras att andelen partiellt tjänstlediga kan minska. Verksamhetsområdets chefer rekommenderas därför ha en tätare dialog och uppföljning med medarbetare som är partiellt tjänstlediga kring möjligheten, och behovet av att ompröva tjänstledigheten. Utfallet kommer att följas upp över tid.

Ekonomi

Folktandvårdens finansiering består både av ett anslag i form av en budgetram och intäkter från vuxna patienter och via tandvårdsförsäkringen. Folktandvårdens verksamhet är till stora delar konkurrensutsatt, vilket innebär att verksamheten ska bedrivas på ett konkurrensneutralt sätt gentemot privata aktörer. Krav på konkurrensneutralitet förutsätter att prissättningen baseras på Folktandvårdens självkostnad. För att finansiera pris- och löneökningar har Folktandvårdens priser inför 2021 höjts med i genomsnitt 1,8 procent. Mervärdesskatt ingår i Folktandvårdens självkostnad av konkurrensskäl.

Folktandvårdens verksamhet samt det ekonomiska resultatet har under de första två tertialen påverkats negativt av coronapandemin. Folktandvården redovisar ett underskott om 4,4 miljoner kronor. Den totala omsättningen för de första två tertialen 2021 uppgick till 362,1 miljoner kronor vilket innebär att budgetramen motsvarar cirka 45 procent av omsättningen.

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag/mål: Arbeta kostnadseffektivt för att uppnå ekonomi i balans

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-4 404 tkr	**Resultatanalys** Folktandvårdens ackumulerade resultat som helhet uppgår till minus 4,4 miljoner kronor under perioden januari-augusti. Allmäntandvårdens resultat under samma period uppgår till minus 6,3 miljoner kronor, medan specialisttandvårdens resultat under samma period uppgår till 1,9 miljoner kronor. Jämfört med prognosen som Folktandvården har upprättat i samband med delårsrapport 1 är så är resultatet för Folktandvården som helhet 5,2 miljoner kronor bättre än prognostiserat samt 9,8 miljoner bättre än föregående år. Den främsta anledningen till det negativa resultatet för hela Folktandvården är fortsatt pandemin och dess påverkan på verksamheten under framför allt perioden januari-juni. Pandemin har inneburit nya rutiner för behandling av både friska och sjuka patienter, vilket har lett till en ökad behandlingstid jämfört med tidigare och därmed lägre produktivitet. Utöver detta har medarbetare på klinikerna i perioder haft en ökad sjukfrånvaro liksom en ökad frånvaro för vård av barn (VAB). En större andel av Folktandvårdens medarbetare har även varit frånvarande på grund av föräldraledighet under perioden jämfört med tidigare år. Kombinationen av ovan har lett till färre antal kliniska timmar inom framför allt vuxentandvården och därmed även betydligt lägre intäkter. Den ekonomiska påverkan av pandemin har varit störst inom allmäntandvården, medan specialisttandvården har haft en mindre ekonomisk påverkan på verksamheten. Detta förklaras främst av att bemanningssituationen generellt är bättre inom specialisttandvården jämfört med allmäntandvården och att frånvaron på grund av sjukdom har varit lägre bland medarbetarna. Utöver detta är relativt sett en större andel av specialisttandvårdens ekonomi finansierad via fast budgetram.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Intäkter Intäkterna för perioden januari-augusti är totalt 20,0 miljoner kronor lägre än budget men 20,4 miljoner kronor högre än föregående år. När det gäller enbart intäkter från patientavgifter (inklusive frisktandvård) så är dessa 23,5 miljoner kronor lägre än budget, men 21,7 miljoner kronor högre än samma period föregående år. Avvikelsen mot budget förklaras främst av att Folktandvården i budgetprocessen utgått från scenariot om en minskad smittspridning under första halvåret 2021 och således en ökad produktivitet, med fler kliniska vuxentimmar och därmed högre intäkter. Positivt är dock att de externa intäkterna för perioden januari-augusti är högre än samma period föregående år, främst tack vore höga intäktsnivåer i mars och juni. Övriga intäkter är 3,5 miljoner högre än budgeterat men 1,2 miljoner lägre än samma period föregående år. I augusti har Folktandvården bland annat erhållit en särskild ersättning om 0,4 miljoner kronor inom ramen för Regionens högkostnadsskydd för barn och unga avseende verksamhetsåret 2020. **Personalkostnader** Personalkostnaderna för perioden januari-augusti är totalt 17,9 miljoner kronor lägre än budget men 7,9 miljoner kronor högre än samma period föregående år. Lönekostnaderna inklusive kostnader för sociala avgifter samt pensionskostnader för perioden januari-augusti är 15,7 miljoner lägre än budgeterat men 7,3 miljoner kronor högre än samma period föregående år, vilket motsvarar en ökning om 3,2 procent. Avvikelsen mot budget förklaras främst med att Folktandvården har budgeterat för fler årsarbetare än det faktiska utfallet under perioden. Främst avviker yrkeskategorin tandsköterskor negativt och har minskat med i snitt cirka 6 årsarbetare jämfört med samma period föregående år, medan antalet årsarbetare har ökat något när det gäller tandläkare och tandhygienister. När det gäller särskilda ersättningar till personalen kopplat till pandemin, så har Folktandvårdens knappt haft behov av att använda sig av dessa särskilda ersättningsformer och kostnaden är lägre än 0,1 miljoner kronor. Övriga personalkostnader, såsom resekostnader samt kurs- och konferenskostnader, är 2,2 miljoner kronor lägre än budgeterat och 0,5 miljoner kronor högre föregående år. Avvikelsen mot budget härleds främst till pandemin och av pandemin föranledda restriktioner avseende resor och mobilitet generellt. **Kostnader för köpt verksamhet** Kostnader för köpt verksamhet avser kostnader för tjänster och material med direkt koppling till klinisk utförd tandvård som exempelvis tandteknik, tandvårdsmaterial och implantat. Kostnaderna är till största del rörliga och varierar beroende på antal behandlade patienter. Kostnaderna för perioden är 0,7 miljoner kronor högre än budget samt 5,4 miljoner kronor högre än samma period föregående år. Avvikelsen mot budget förklaras främst med något för lågt budgeterade kostnader för förrådsfört material. Jämfört med föregående år är kostnaderna dock högre främst till följd fler kliniska timmar som har lett till högre kostnader för

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			tandtekniska tjänster (5,0 miljoner kronor). Kostnader för inhyrd personal uppgår till 0,8 miljoner kronor under perioden januari-augusti och är något lägre än budgeterad. **Övriga kostnader** Folktandvårdens övriga kostnader är till stora delar i princip fasta (hyror, avskrivningar, IT med mera) och kan enbart i ett längre perspektiv påverkas och i flera fall enbart efter politiskt beslut. Utfallet avseende övriga kostnader under perioden januari-augusti är 1,6 miljoner kronor högre än budget och 3,5 miljoner kronor högre än utfallet för samma period föregående år. Merparten av avvikelsen mot justerad budget förklaras med ökade IT-kostnader för pågående IT-utveckling inom Regionen (1,0 miljoner kronor) samt övriga regioninterna IT-tjänster (1,5 miljoner kronor).
Prognos	0 tkr	-2 100 tkr	Folktandvårdens resultat för perioden januari-augusti uppgår till minus 4,4 miljoner kronor. För helåret 2021 prognostiserar verksamheten ett underskott om 2,1 miljoner kronor. Folktandvårdens ekonomiska prognos bygger på en återhämtning under hösten. Resultat januari-april: -7,4 mnkr Resultat maj-augusti: 3,0 mnkr Prognos september-december: 2,3 mnkr Årsprognos för 2021: -2,1 mnkr Prognosen baserar sig på antaganden om en ökad vaccinationsgrad och Folkhälsomyndighetens antaganden om att pandemin kommer att övergå till en endemi med mindre lokala utbrott. Till följd av detta bedömer Folktandvården att ekonomin kommer att stabilisera sig under tertial 3. I synnerhet kommer minskad smittspridning bidra till minskad frånvaro och fler kliniska timmar. Detta, i kombination med ökad produktivitet till följd förväntade minskat behov av förstärkta skyddsåtgärder under sista tertialet, bedöms leda till ökade externa intäkter. I Folktandvårdens prognos är inga statliga medel för kompensation för intäktsbortfall medräknade då det inte aviserats något för tandvård. I prognosen är inte heller positiva effekter kopplade till breddinförande av digitala vårdmöten och införandet av det nya barn- och ungdomstandvårdsprogrammet inräknade.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Mot bakgrund av att Folktandvårdens ekonomi var i balans vid bokslutet 2019, bedöms årets underskott, liksom föregående års underskott, till merparten bero på coronapandemin. Pandemin har i synnerhet lett till lägre intäkter från patientavgifter till följd av att färre antal patienter har varit möjliga att behandla. Mot denna bakgrund anser ledningen ändå att det är viktigt att arbeta med ständiga förbättringar och effektiviseraringar med målet om god hushållning. I synnerhet arbetar Folktandvården med tre större aktiviteter som bedöms ha en positiv effekt på ekonomin: • Fortsatt arbete med "rätt använd kompetens"

Aktiviteter	Analys
	(RAK) som går ut på att i största möjliga utsträckning delegera det kliniska arbetet till tandhygienister och tandsköterskor. Detta arbetssätt, som främst är lämpligt inom barn- och ungdomstandvården samt Frisktandvården, frigör tandläkartimmar och kan leda till högre intäkter inom vuxentandvården men även ge patientnytta i form av fler vårdtimmar. • Revision av barn- och ungdomstandvårdsprogrammet i syfte att säkerställa att resurser tillförs de områden där behovet av tandvård är störst, samtidigt som resurser minskas i de områden där behovet är mindre. Genom översyn av vårdprogrammets innehåll, bättre differentiering av barntandvårdspengen, odontologiskt förbättrad riskbedömning samt noggrannare planering och uppföljning, eftersträvar Folktandvården att utnyttja finansieringen för barn- och ungdomstandvården på ett mer effektivt sätt. • Breddinförande av digitala vårdmöten där Folktandvården arbetar i projektform med införande i såväl allmän- som specialisttandvården. Genom användning av digitala vårdmöten i verksamheten, framför allt inom barn- och ungdomstandvården och Frisktandvården, bedömer Folktandvården att en högre produktivitet kan uppnås. Detta leder i sin tur till att vårdtid kan frigöras och användas till intäktsbringande vuxentandvård och således leda till högre intäkter. Bedömningen är att en första, synlig effekt av aktiviteterna kommer att noteras under tertial 3.
Uppföljning och dialog kring Folktandvårdens ekonomiska handlingsplan	Diskussioner pågår.
Översyn av budgetprocess	Arbetet med översyn av budgetprocess samt verktyg och mallar fortskrider enligt plan. Under perioden augusti-september kommer beslut tas kring slutlig process och vilka verktyg och mallar som ska användas för att uppnå en bättre verksamhets- och ekonomistyrning.
Översyn och professionalisering av investeringsprocess	Arbetet ännu ej påbörjat, planerad start under kvartal 3.

Hållbarhet

Folktandvårdens verksamhet ska bidra till Regionens vision för dagens och framtidens generationer och arbeta för att minimera verksamhetens miljöavtryck. Folktandvården vill bidra till en utveckling som är långsiktigt hållbar.
Det systematiska hållbarhetsarbetet utgår från Hållbarhetsprogram 2021-2025. Arbetet omfattar miljödialoger i verksamheten och aktiviteter, bland annat ökad andel fossilfritt bränsle samt användning av handbok för klokare materialval.

Strategiska mål: Klimatpåverkan från våra transporter ska minska och transportsystemet ska vara resurseffektivt.

Framgångsfaktorer: Vi är klimatsmarta - transporter

Uppdrag/mål: Under programperioden ska klimatpåverkan per årsarbetare minska med minst 40 procent för tjänsteresor, inklusive egna godstransporter, jämfört med 2019

Aktiviteter	Analys
Öka andelen förnybara drivmedel i pool-, verksamhets- och transportbilar till minst 70 procent år 2025. D.v.s. välj fordon enligt drivmedelsstrategin och tanka alltid rätt drivmedel.	Till följd av pandemin reser medarbetare mindre än vanligt. Vid behov av användning av poolbilar så tankas dessa enligt fordonsstrategin med rätt drivmedel. Folktandvården har även två egna poolbilar som har införskaffats under juni-juli 2021. Dessa bilar drivs helt av elmotorer (elbilar) och möjliggör ett fossilfritt resande i tjänst. Övriga tre servicebilar inom Folktandvårdens verksamhet drivs av förbränningsmotorer och tankas i linje med fordonsstrategin med rätt drivmedel.

Strategiska mål: Vi ska stärka den sociala hållbarheten och minska den negativa hälso- och miljöpåverkan genom våra upphandlingar.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö - upphandling

Uppdrag/mål: År 2025 ska 100 procent av våra särskilt farliga kemiska produkter utretts med syfte att hitta hälso- och miljöanpassade alternativ. Vi ska ha bytt ut produkter där det varit möjligt.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel särskilt farliga kemiska produkter som utretts	100 %	–	Årsmått.

Strategiska mål: Vi ska öka andelen cirkulära materialflöden, avfallsmängden ska minska och återvinningen ska öka.

Framgångsfaktorer: Vi använder våra resurser klokt - cirkulära materialflöden

Uppdrag/mål: Hållbar användning av förbrukningsmaterial: År 2025 ska klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsartiklar minska med minst 15 procent jämfört med 2019.

Aktiviteter	Analys
Främja användning av förbrukningsmaterial som går att materialåtervinna och består av återvunnen och/eller förnybar råvara. D.v.s. minska användningen av engångsprodukter och när engångsprodukter måste användas; Välj produkter som rekommenderas från miljösynpunkt.	Folktandvården arbetar hela tiden för att minska engångsprodukter där det går och har även upphandlat ett sortiment av tandvårdsprodukter som är bättre ur miljösynpunkt, till exempel sugar.

.

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 120

Sammanträdesplan 2022

Diarienummer: RJL 2021/1358

Beslut

Presidiet föreslår nämnd för folkhälsa och sjukvård

1. Fastställa sammanträdesplan för 2022 för nämnd för folkhälsa och sjukvård enligt följande:
   25/1, 23/2, 29/3, 3/5, 31/5, 21/6, 6/9, 11/10, 15/11 samt 14/12.

2. Fastställa sammanträdesplan för nämndens presidium enligt följande:
   11/1, 9/2, 15/3, 20/4, 17/5, 8/6, 23/8, 20/9, 1/11 samt 30/11

Sammanfattning

Förslag till sammanträdesplan för 2022 har tagits fram för nämnd för folkhälsa och sjukvård, och dess presidium.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-09-09
- Förslag till sammanträdesplan 2022

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Sammanträdesplan 2022- Nämnd för folkhälsa och sjukvård.

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

1. Fastställer sammanträdesplan för 2022 för nämnd för folkhälsa och sjukvård enligt följande:
   25/1, 22/2, 29/3, 3/5, 31/5, 21/6, 6/9, 11/10, 15/11 samt 14/12.

2. Fastställer sammanträdesplan för nämndens presidium enligt följande:
   11/1, 9/2, 15/3, 19/4, 17/5, 8/6, 23/8, 20/9, 1/11 samt 30/11

Sammanfattning

Förslag till sammanträdesplan för 2022 har tagits fram för nämnd för folkhälsa och sjukvård, och dess presidium.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-09-09
- Förslag till sammanträdesplan 2022

Beslut skickas till

Regionledningskontoret

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Regiondirektör

Siw Kullberg
Kanslidirektör

Januari			Februari			Mars			April			Maj			Juni		
L1	Nyårsdagen		Ti1	RS		Ti1	RS-AU		F1			S1			O1	Nämnd ANA	
S2			O2			O2			L2			M2	V 18		To2		
M3	V 1		To3			To3			S3			Ti3	Nämnd TIM, Nämnd FS		F3		KF/SVN
Ti4			F4		KF	F4			M4	v 14		O4	Nämnd ANA		L4		
O5	Trettondagsafton		L5			L5			Ti5	RS		To5			S5		
To6	Trettondagen		S6			S6			O6			F6			M6	V 23	
F7			M7	V 6		M7	V 10		To7			L7			Ti7	RS	
L8			Ti8	RF		Ti8	RS		F8		KF utök	S8			O8	Pres TIM, Pres FS	SKR
S9			O9	Pres TIM, Pres FS		O9		SKR	L9			M9	V 19		To9	Pres ANA	SKR
M10	V 2		To10	Pres ANA		To10		SKR	S10			Ti10	RS		F10	Parl nämnd	
Ti11	Pres TIM, Pres FS		F11			F11			M11	V 15		O11			L11		
O12	Pres ANA		L12			L12			Ti12	RF		To12			S12		
To13			S13			S13			O13			F13			M13	V 24	
F14			M14	V 7		M14	V 11		To14			L14			Ti14	RF	
L15			Ti15			Ti15	Pres TIM, Pres FS		F15	Långfredag		S15			O15		
S16			O16			O16	Pres ANA	SVN	L16	Påskafton		M16	V 20		To16		
M17	V 3		To17			To17		SVN	S17	Påskdag		Ti17	Pres TIM, Pres FS		F17		
Ti18			F18			F18			M18	Annandag påsk	V 16	O18	Pres ANA	SKR	L18		
O19	RS-AU		L19			L19			Ti19	Pres TIM, Pres FS		To19		SKR	S19		
To20			S20			S20			O20	Pres ANA,	SKR	F20			M20	V 25	
F21	Parl nämnd		M21	V 8		M21	V 12		To21		SKR	L21			Ti21	Nämnd TIM, Nämnd FS	
L22			Ti22	Nämnd TIM, Nämnd FS		Ti22	RS-AU		F22			S22			O22	Nämnd ANA	
S23			O23	Nämnd ANA		O23			L23			M23	V 21		To23		
M24	V 4		To24			To24			S24			Ti24	RS-AU		F24	Midsommarafton	
Ti25	Nämnd TIM, Nämnd FS		f25	Parl nämnd		F25	Parl nämnd		M25	V 17		O25			L25	Midsommardagen	
O26	Nämnd ANA,	SKR	L26			L26			Ti26	RS-AU		To26			S26		
To27		SKR	S27			S27			O27			F27			M27	V 26	
F28			M28	V 9		M28	V 13		To28			L28			Ti28	RS-AU	Bryssel
L29						Ti29	Nämnd TIM, Nämnd FS		F29			S29			O29		Bryssel
S30						O30	Nämnd ANA		L30	Valborgsmässoafton		M30	V 22		To30		Bryssel
M31	V 5					To31						Ti31	Nämnd TIM, Nämnd FS				

Juli			Augusti			September			Oktober			November			December		
F1		Bryssel	M1	V 31		To1			L1			Ti1	Pres TIM, Pres FS		To1	Pres ANA	
L2			Ti2			F2			S2			O2	Pres ANA		F2		KF/SVN
S3			O3			L3			M3	V 40		To3			L3		
M4	V 27		To4			S4			Ti4	RF		F4			S4		
Ti5			F5			M5	V 36		O5			L5			M5	V 49	
O6			L6			Ti6	Nämnd TIM, Nämnd FS		To6			S6			Ti6	RF	
To7			S7			O7	Nämnd ANA		F7			M7	V 45		O7		
F8			M8	V 32		To8			L8			Ti8	RF		To8		
L9			Ti9			F9		KF	S9			O9	RF		F9		
S10			O10			L10			M10	V 41		To10			L10		
M11	V 28		To11			S11			Ti11	Nämnd TIM, Nämnd FS		F11			S11		
Ti12			F12			M12	V 37		O12	Nämnd ANA		L12			M12	v 50	
O13			L13			Ti13	RS-AU		To13			S13			Ti13	RS-AU	
To14			S14			O14	RS-AU		F14			M14	V 46		O14	Nämnd TIM, Nämnd FS	SKR
F15			M15	V 33		To15			L15			Ti15	Nämnd TIM, Nämnd FS		To15	Nämnd ANA	SKR
L16			Ti16	RS		F16			S16			O16	Nämnd ANA	SKR	F16		
S17			O17			L17			M17	V 42		To17		SKR	L17		
M18	V 29		To18			S18			Ti18	RS-AU		F18			S18		
Ti19			F19			M19	V 38		O19			L19			M19	V 51	
O20			L20			Ti20	Pres TIM, Pres FS		To20			S20			Ti20	RS	
To21			S21			O21	Pres ANA	SKR	F21			M21	V 47		O21		
F22			M22	V 34		To22		SKR	L22			Ti22	RS-AU		To22		
L23			Ti23	Pres TIM, Pres FS		F23			S23			O23			F23		
S24			O24	Pres ANA		L24			M24	V 43		To24			L24	Julafton	
M25	V 30		To25			S25			Ti25	RS		F25	Parl nämnd		S25	Juldag	
Ti26			F26			M26	V 39		O26		SKR	L26			M26	Annan dag jul	V 52
O27			L27			Ti27	RS		To27		SKR	S27			Ti27		
To28			S28			O28			F28		KF utök	M28	V 48		O28		
F29			M29	V 35		To29			L29			Ti29	RS		To29		
L30			Ti30	RF		F30		SVN	S30			O30	Pres TIM, Pres FS		F30		
S31			O31						M31	V 44					L31	Nyårsafton	

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 105-124

Tid: 2021-09-21 kl. 08:30

Plats: sal A, Regionens hus

§ 121

Planen för att möta framtidens hälsa och sjukvård

Diarienummer: RJL 2021/1775

Beslut

Presidiet noterar att
Ärendet hanteras vid ett extra presidiesammanträde den 12 oktober 2021, i anslutning till nämndsammanträdet. Presidiet önskar dessutom att tjänsteskrivelsen revideras enligt instruktioner.

Sammanfattning

För att följa ”Tillsammans möter vi framtidens hälso- och sjukvård 2020-2030” har mätetal tagits fram i en parlamentarisk grupp.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-09-07
- Sammanställning av mätetal- rapport

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mätetal för att följa planen för framtidens hälso- och sjukvård

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande förslag på mätetal för att följa planen för framtidens hälso- och sjukvård - *”Tillsammans möter vi framtidens hälso- och sjukvård 2020-2030”.*

Sammanfattning

För att följa *”Tillsammans möter vi framtidens hälso- och sjukvård 2020-2030”* har förslag på mätetal (16 processmått och 10 resultatmått) tagits fram i en parlamentarisk grupp.

Information i ärendet

Under 2020 togs planen för framtidens hälso- och sjukvård fram – *Tillsammans möter vi framtidens hälso- och sjukvård 2020-2030.* Arbetet med planen ska integreras med Region Jönköpings läns ordinarie Budget och flerårsplan, samt uppföljningsprocess i månads-, delårs- och årsrapporter. Nämnden för folkhälsa och sjukvårds nuvarande nyckeltal kompletteras.

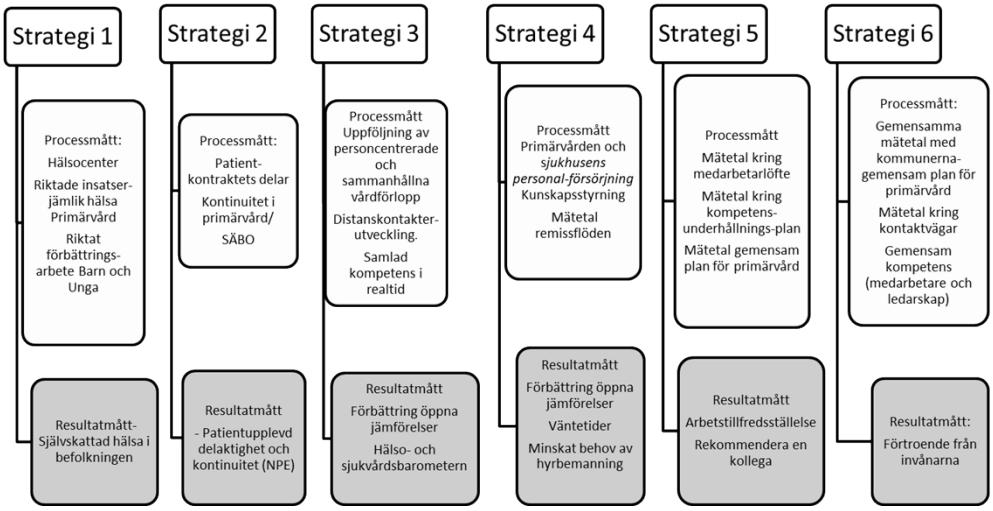
En parlamentarisk grupp har samlats vid 3 tillfällen för att tillsammans med tjänstemän från Regionledningskontoret ta fram förslag på mätetal.

Mätetalen följer och utgår från de sex strategier som finns i Tillsammans mötet vi framtidens hälso- och sjukvård 2020-2030:

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans

I arbetet har ingått att ta fram mätetal som gör det möjligt att utvärdera förändringar i flera dimensioner, gränsöverskridande över organisatoriska gränser och under lång tid. Omställningen till nära vård har varit en viktig utgångspunkt. I arbetet har fokus gått från enbart resultatmått till mer av processmått och aktiviteter för att kunna följa förflyttningen.

Resultatet av dialogen i den parlamentariska gruppen har lett fram till 16 processmått och 10 resultatmått (se nedan). Processmått och aktiviteter följs i samband med delårsrapporter och årsredovisningar. Dashboards utvecklas för att följa utvecklingen kontinuerligt för god och nära vård. Även det nationella arbetet och utvecklingen av mätetal för förflyttningen mot god och nära vård följs.



Beslutsunderlag

- Missiv/Tjänsteskrivelse daterad 2021-09-07
- Sammanställning av mätetal

Beslut skickas till

Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

TILLSAMMANS MÖTER VI

FRAMTIDENS BEHOV AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

2020-2030







Region Jönköpings län

1858

Producerad av Regionledningskontoret, Region Jönköpings län
Layout: Dear Friends, | Foto: Johan Werner Avby | Foto sidan 26: Pixabay

Innehåll

4 Gemensam viljeinriktning formar framtidens hälso- och sjukvård

5 Tillsammans formar vi framtiden

6 Arbetet för att tillsammans möta framtidens behov av hälso- och sjukvård

8 Region Jönköpings län arbetar för ett bra liv i en attraktiv region

9 Att möta framtiden

11 Planen för att tillsammans möta framtidens behov av hälso- och sjukvård

13 Strategi 1

14 Strategi 2

17 Strategi 3

18 Strategi 4

21 Strategi 5

22 Strategi 6

24 Framtagande av planen
- mötesplatser och arbetssätt

Gemensam viljeinriktning formar framtidens hälso- och sjukvård

Vi har bestämt oss över partigränserna att arbeta tillsammans med skapandet av detta framtidsdokument och via våra gemensamma visioner visa vägen till hur vi tillsammans kan möta framtidens behov av hälso-och sjukvård. Målet vi utgått ifrån är bästa möjliga hälsa hos hela befolkningen och en bättre och jämlik vård uttryckt som *”jag får den vård jag behöver när jag behöver den och på det sätt jag behöver”.*

Utvecklingen av hälso- och sjukvården fortsätter, en utveckling som innebär att arbeta än mer förebyggande och hälsofrämjande med invånaren i centrum i sömlös samverkan mellan olika vårdaktörer. Fortsatt digitalisering och användning av ny teknik och processer frigör och skapar resurser för nya satsningar med en ekonomi i balans.

Planens struktur har utarbetats via Nämnd för folkhälsa och sjukvård där dialogmöten har genomförts med regionpolitiker, kommunpolitiker, patientföreningar, tjänstemannaledning, fackliga representanter, internationellt besök med flera. En parlamentarisk politisk grupp har processat innehållet för att erhålla en gemensam framtidsplan, där samtliga partier i regionfullmäktige står bakom innehållet, med förhoppningen att viljeinriktningarna håller över tid. Vägen till framtiden är inte linjär, utan består av många steg i samma riktning. Denna riktning har formulerats i sex strategier som tar sin utgångspunkt i värdet de ska skapa för dem vi är till för: länsinvånarna.

Varje strategi beskrivs med koppling till definitionen av Nära vård, identifierade kunskapsområden, aktuella utvecklingsområden samt mätområden. Strategierna visar övergripande riktning för ett långsiktigt arbete. Varje strategis utvecklingsområden uppdateras kontinuerligt, mätområdena arbetas fram löpande. Framtidsdokumentets viljeinriktning konkretiseras genom budget med flerårsplan och planen utvärderas minst en gång per mandatperiod.

Den parlamentariska gruppen betonar vikten av ökad samverkan med länets kommuner. Vår ambition är att detta framtidsdokument utvecklas till en regional hälso- och sjukvårdsstrategi, där kommunernas hälso- och sjukvård inkluderas i gemensamma strategier kring hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård.

Med stort politiskt engagemang vill vi fortsätta bevara goda resultat idag och samtidigt skapa förutsättningar för ett fortsatt hälso- sjukvårdssystem i världsklass!

Planen är antagen under Regionfullmäktiges sammanträde den 1 december 2020.

Undertecknad av samtliga partier inom den parlamentariska gruppen:

Rachel De Basso, Socialdemokraterna
Thomas Bäuml, Moderaterna
Martin Nedergaard-Hansen, Bevara akutsjukhusen
Helena Elmqvist, Sverigedemokraterna
Peter Iveroth, Kristdemokraterna
Helena Stålhammar, Centerpartiet
Mikael Ekvall, Vänsterpartiet
Jimmy Ekström, Liberalerna
Sibylla Jämting, Miljöpartiet

Tillsammans formar vi framtiden

Genom kvalitet som strategi, grundläggande värderingar och gemensamt utvecklingsarbete är vår filosofi att tillsammans – invånare, patienter, medarbetare, kommuner och civilsamhälle – åstadkomma bästa möjliga hälsa och jämlik vård.

Samhällsutvecklingen, den medicinska utvecklingen och inte minst den tekniska utvecklingen, går så snabbt att det omöjligt går att veta hur den kommer påverka människors beteende, på såväl kort som lång sikt. I takt med förändrade förutsättningar uppstår också nya förväntningar och behov. I denna komplexa värld är inte vägen linjär, utan formas i *”den levda verkligheten”* där delar bygger helhet och systematik och innovation går hand i hand. Förmågan att leva i ständig förändring och öka omställningshastighet utifrån uttalade och outtalade behov blir avgörande för att fortsätta uppnå goda resultat.

För att lyckas med detta behövs visioner och mål för att visa riktning, strategiska beslut som möter de utmaningar och möjligheter som ligger framför, samt ett system som agerar säkert och snabbt på förändringar både internt och externt. Detta aktualiserades och förstärktes under våren 2020, då coronapandemin bröt ut och hastigt förändrade hela världen, vilket tvingade fram nya arbetssätt och utmanade hastighet till omställning. Inom flera områden genomfördes förändringar på några veckor som annars hade förväntats ta flera år.

”Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård” ger stöd för vägval och genomförandekraft att omsätta viljeinriktningar och beslut till var dags arbete. Planens innehåll har växt fram genom vägledande framtidsdokument både nationellt och i Region Jönköpings län, vetenskapliga teorier och artiklar, och erfarenheter från flertalet dialoger och workshops om framtidens hälso- och sjukvård på såväl befintliga som nya mötesplatser både regionalt, nationellt och internationellt.

Tillsammans i samskapande agerar vi oss in i framtiden och utvecklar de kompetenser och den kultur på vilken framtiden byggs.

MATS BOJESTIG
Hälso- och sjukvårdsdirektör

ANETTE NILSSON
Utvecklingsstrateg

Arbetet för att tillsammans möta framtidens behov av hälso- och sjukvård

Under de senaste decennierna har det gjorts stora framsteg inom den svenska hälso- och sjukvården. Ny teknik, nya mediciner och behandlingsmetoder gör att vi idag lever längre och mår bättre. Flera sjukdomar som tidigare var dödliga kan i dag botas eller har övergått till att bli kroniska tillstånd som man kan leva med. Det är stora framsteg men ställer helt nya krav på hälso- och sjukvård.

Vi behöver ställa om till en hälso- och sjukvård som är mer hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv. Hälso- och sjukvården som i första hand är utformad för att ta hand om akut sjuka behöver också i större utsträckning stödja människor som lever med kronisk sjukdom över lång tid. En vård som känns nära oavsett vem man är eller var man bor.

I framtiden kommer primärvården i ännu högre grad vara den naturliga vägen till vården. Patienter och vårdgivare utgår tillsammans från perspektivet ”Vad är viktigt för dig?”. Det handlar om att förändra en kultur, så att fler vill och får vara med att tillsammans skapa förutsättningar för god hälsa.

För att säkra välfärden i Region Jönköpings län och möta utmaningarna i befolkningens framtida behov av hälso- och sjukvård rustar vi oss genom att utveckla nya arbetssätt och säkra kompetensförsörjningen. Utifrån förutsättningar och nya insikter arbetar vi smart med våra resurser så att de även i framtiden räcker till alla.

Utgångspunkter

Region Jönköpings län sammanfaller geografiskt med länsindelningen som omfattar 13 kommuner. Prognosen är att folkmängden till 2030 kommer öka. Gruppen äldre pensionärer är den grupp som kommer öka mest. En stor utmaning är ojämlikheterna i befolkningens hälsa. Region Jönköpings län ska ha som mål att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation och ska ta krafttag för att alla ska kunna leva ett aktivt och självständigt liv. Viktigt är att jobba för att hålla i och ytterligare förbättra hälsoläget i befolkningen.

Region Jönköpings län har tre akutsjukhus, där den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden; medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Länet har 42 vårdcentraler som bedrivs utifrån ett vårdvalssystem, varav 32 är i egen regi. Region Jönköpings län har även övergripande ansvar för tandvården och bedriver 26 folktandvårdkliniker samt specialisttandvård på tre orter.

Den nära vårdens resursförstärkning syns redan från 2019 då primärvårdens andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaden ökade. Målsättningen är att denna omställning ska fortsätta.

Omvärld

Inom Region Jönköpings län finns många bra upparbetade nationella och internationella nätverk. En organisation som särskilt inspirerat Region Jönköpings län är Alaska Southcentral Foundation NUKA system of care, för deras helhetssyn på invånarna. NUKA system lyfts som förebild även i det nationella arbetet med omställningen till nära vård. Southcentral Foundation i Alaska har ett arbetssätt som utgår från människors behov, förutsättningar och värderingar. Den personliga berättelsen där människan blir sedd och värdesatt är viktigast i processen. De har byggt ett system utifrån synsättet där vården får förtroendet att bidra till invånarnas stöd till bästa möjliga hälsa. Tillsammans med invånarna identifierar man behov och formar gemensamma överenskommelser med gemensamt ansvar.

Det internationella arbetet är mycket viktigt för vårdens fortsatta utveckling. Vi lär oss tillsammans med vår omvärld. Region Jönköpings län låter sig bli inspirerad av goda föredömen oavsett varifrån i världen de kommer ifrån. På samma sätt är vår önskan att också inspirera andra som arbetar med hälsa och vård.

Att arbeta med förändringen

För att arbeta med planen för att tillsammans möta framtidens hälso- och sjukvård har vi befintliga arbetssätt för hur vi leder, samordnar och utvecklar vårt system. Vi har även funktioner för att stödja verksamheterna i omställningen. (Figur 1) Vårt angreppssätt för att göra omställningen bygger på Region Jönköpings läns långsiktiga inriktning ”kvalitet som strategi”, framgångsfaktorer (framtagna av Swedish Institute for Quality, SIQ) och grundläggande värderingar (Tabell 1), teorier om samskapande och ledning av komplexa system. Kunskap om att leda förändring i komplexa system (Figur 2) innebär att planen behöver vara flexibel och anpassas kontinuerligt. Den behöver ta tillvara många olika aktörers perspektiv och sammanhang samtidigt, där delar bygger helhet.

Graden av samsyn och förutsägbarhet påverkar hur ledning och utvecklingsarbete behöver olika stöd och angreppsätt utifrån vad som är enkelt, komplicerat och komplext (Figur 2). Ju mer komplext ett problem är desto mer behövs ett snabbrörligt arbetssätt där man tar hänsyn till förändringar under arbetets gång och prövar sig fram till en lösning. Viktigt är att börja med att finna samsyn kring målet, vad vi vill uppnå, och sedan lösa hur-frågorna efter hand.

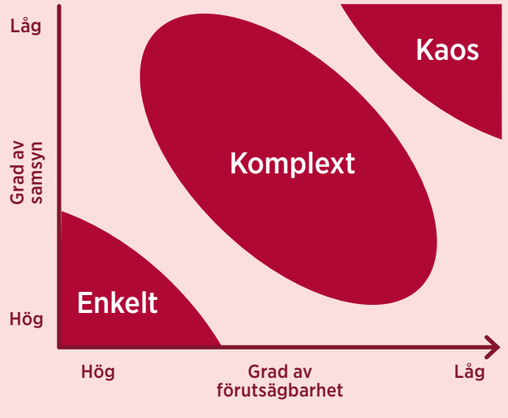
Ett modigt och tryggt ledarskap är en viktig framgångsfaktor för att leda i komplexa system där osäkerhet beroende på externa och interna förändringar varierar i omfattning och över tid.

Gemensamma visioner, mål och enkla regler är viktiga. Mötesplatser är centrala för att främja delaktighet, goda relationer och samverkan.

Vi leder, samordnar och utvecklar genom:



Figur 1 Sömlöst system



Figur 2 Stacys komplexitetsdiagram

Grundläggande värderingar Region Jönköpings län	SIQ:s framgångsfaktorer*
Kundorientering Samverkan	Skapar värde med kunder och intressenter
Engagerat ledarskap Långsiktighet Samhällsansvar	Leder för hållbarhet
Allas delaktighet Kompetensutveckling	Involverar motiverade medarbetare
Processorientering Flrebyggande åtgärder Snabbare reaktioner Faktabaserade beslut	Utvecklar värdeskapande processer
Ständiga förbättringar Lära av andra	Förbättrar verksamheten och skapar innovationer

*Ref. Handboken till SIQ Managementmodell, version 2019

Tabell 1 Grundläggande värderingar och SIQ:s framgångsfaktorer

Region Jönköpings län arbetar för ett bra liv i en attraktiv region

Målet med hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos länets invånare och en bättre och jämlik vård. *”Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.”*

Vården ska vara jämlik, personcentrerad, säker, tillgänglig, och med kliniska resultat i toppnivå. Detta kräver engagerade och kompetenta medarbetare, samt ställer krav på att Region Jönköpings län är en attraktiv arbetsgivare. Tillit är en central del i alla relationer, såväl mellan patient och vårdgivare, som samverkanspartners, medarbetare och ledare. Vården ska finansieras gemensamt av alla invånare. Vi vill uppnå en jämlik hälso- och sjukvård som prioriterar de med störst behov. Därför behöver arbete med patienter med stora vårdbehov eller kroniska sjukdomar prioriteras och det preventiva folkhälsoarbetet behöver systematiseras för att utjämna folkhälsoskillnader.

För att möta framtidens utmaning inom hälso- och sjukvård finns behov av ett större fokus på verksamheter utanför sjukhusvården, i den nära vården. Detta inbegriper verksamheter i hela samhället; inom både Region Jönköpings län, kommunerna och civilsamhället.

Region Jönköpings län ska stödja det förebyggande arbetet. Genom att skapa förutsättningar för bättre hälsa, kan också resurser användas mer effektivt. Omställningen har påbörjats utifrån mer fokus på hälsofrämjande insatser, vård närmare patienten i mer öppen än sluten vård. Vårdcentralen är basen och sjukhusvård finns när den behövs. Den nära vården börjar hos individen själv, utifrån individens egna förmågor till egenvård. Stöd ges sedan utifrån behov med en stark primärvård och specialiserad diagnostik, behandling och vård när det behövs.



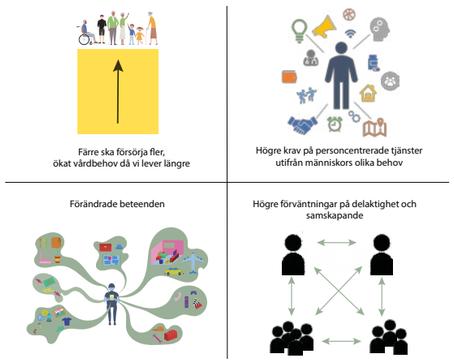
Figur 3 Illustration över omställningen

Att möta framtiden

Vi står inför en hälso- och sjukvård som är mer komplex än tidigare. Vården är mer specialiserad i delar och behöver samtidigt utformas och anpassas än mer utifrån en holistisk grundsyn med individens behov som utgångspunkt.

För att möta framtiden behöver vi rusta oss för att klara av att omfamna utvecklingen som går så snabbt, att det blir omöjligt att förutse hur människors beteende kommer påverkas. Då blir det allt mer viktigt med mönsterspaning och förmåga att snabbt samla in data och göra analys utifrån hur människors beteende förändras. Det behövs förmåga att snabbt agera på dessa förändringar. Invånarnas olika sökmönster behöver mötas av vårdens tjänster och kompetenser. Det är en del i utvecklingen av nya och förändrade arbetssätt till mer öppna och nära vårdformer. Gårdagens konsumentupplysningar är förbi, nu gäller det för alla branscher och organisationer inklusive hälso- och sjukvården, att förstå hur förväntningar på helt nya tjänster och enkla relationer mellan patient och vården utvecklas i samskapande.

Vi lever i en värld som benämns fygital eller digifysisk, det vill säga en värld där det fysiska rummet och det digitala rummet är lika verkligt. Vi blir allt mer digitala, artificiell intelligens (AI) och egenmonitorering kommer vara en självklarhet. Att man kan utföra sina ärenden och få stöd på ett för individen enkelt och smidigt sätt när det passar. Det innebär att det behöver finnas flera tjänster för samma behov så olika individers behov tillgodoses. Det innebär också ökade förväntningar på snabb utveckling från möjligt till tillgängligt. Människor vill ha möjlighet till dialog och utifrån sina egna resurser, vilja och förmåga kunna påverka och vara delaktiga i utformandet av allt som påverkar den egna hälsan och vardagen.



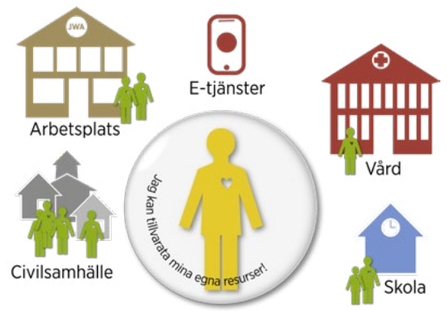
Figur 4 Förändringar i samhället innebär nya beteenden, behov och förväntningar

Att skapa förutsättningar för en mer jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården ges olika utifrån olika personers förutsättningar och förmåga att själva bidra. Det innebär att de som kan göra mer för sig själva, sin egen hälsa och vård gör det, vilket bidrar till bättre hälsa och vård samt frigör resurser till de som behöver det mest.

Individers och närståendes förmåga i samverkan med civilsamhälle, kommun och region behöver tillvaratas, så att våra gemensamma resurser kan användas mer effektivt. Denna kulturförändring kommer att ske successivt över tid och påverkas löpande av förändringar i omvärlden (figur 4).

Nära vård

Nära vård är en viktig del i arbetet med planen för att tillsammans möta framtidens behov av hälso- och sjukvård. Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården börjar med det som patienten eller brukaren kan ge sig själv och med hjälp av sina nätverk, egenvården, samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta (Figur 5).



Figur 5 Individ, civilsamhälle, kommun, och region i samverkan

Nära vård definieras som nära i geografi, tid och/eller relation. Geografiskt avser de fysiska lokaler som vården använder, invånarens egna hem och digitala lösningar som är mindre beroende av fysisk plats. Tid avser tillgänglighet att få vård vid rätt tidpunkt, av rätt kompetens i rätt vårdform utifrån behov, situation och person. Relation avser vikten av bemötande och kontinuitet där det angeläget att skapa trygghet hos invånarna och kunna ge en vård med hög kvalitet och smart resursnyttjande oavsett vårdform.

Sveriges Kommuner och Regioner har satt upp tre grundläggande principer för en god och nära vård som:

- Utgår från individuella förutsättningar och behov.
- Bygger på relationer, är förebyggande, hälsofrämjande och proaktiv.
- Bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet, och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

En beskrivande bild av förflyttning av utgångspunkter i arbetssätt för att möjliggöra omställning till Nära vård har tagits fram från Sveriges Kommuner och Regioner (Figur 7). I det nationella utredningsarbetet för en god och nära vård har också framgångsfaktorer och hinder identifierats (Figur 8).

Region Jönköpings län beskriver den nära vården som:

- En personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms. Det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- Är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov.
- Innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

Med detta som grund formas arbetet för att tillsammans möta framtidens behov av hälso- och sjukvård, med inriktning att den nära vården ska stå för en större del av den totala hälso- och sjukvården 2030.

Arbetet fortsätter ta sin utgångspunkt från individens perspektiv där Esther och hennes nära och kära är fiktiva personer och utifrån tre principer vägleds vi i arbetet.

- vad är viktigt för Esther?
- vi tar ansvar för vårt eget steg, steget före och steget efter
- vi gör det tillsammans



Figur 6 Esther och hennes familj.



Figur 7 Förflyttning av utgångspunkt i arbetssätt för att möjliggöra omställning till Nära vård.

Framgångsfaktorer och hinder

- **Personcentrering** och involvering av invånare och patienter i hälso- och sjukvårdens utveckling
- Interprofessionellt lärande och arbetssätt
- **Salutogent** förhållningssätt
- Fungerande s**amverkan och samordning** för ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem
- **Prehospital och mobil vård** – en integrerad del i vårdkedjan
- Samordnad styrning av kompetensförsörjning
- **Logistiklösningar** och infrastruktur som understödjer omställningen
- Forskning, utveckling och utbildning som följer med och understödjer omställningen
- **Digitalisering** utifrån patienternas och vårdens behov
- Samverkan med aktörer utanför vård och omsorg

» Bristande uthållighet
» Bristande helhetsperspektiv och systemkunskap
» Stor variation i uttolkningen och implementering av befintliga regelverk
» Ekonomiska utmaningar för kommuner och regioner
» Bristande inkludering av medarbetarna
» Utmaningar med kompetensförsörjning och kompetensutveckling
» Investeringsbehov i vårdens byggnader och infrastruktur
» Bristande tillgång till kvalitetssäkrade data och kunskap om primärvårdsnivån
» Bristande arbete med ledarskapsfrågor
» Regelverk och arbetssätt som utestänger de mest behövande

Figur 8 I det nationella utredningsarbetet för en god och nära vård har framgångsfaktorer och hinder identifierats. Dessa är en viktig del i de utvecklingsområden som det övergripande lednings- och stödsystemet arbetar med.

Planen för att tillsammans möta framtidens behov av hälso- och sjukvård

Mål

Bästa möjliga hälsa hos hela befolkningen och en bättre och jämlik vård. Citat från invånare i Region Jönköpings län *”Jag får den vård jag behöver när jag behöver den och på det sätt jag behöver”.*

Sex övergripande strategier

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans





STRATEGI 1

Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen

Det behövs ytterligare krafttag som mobiliserar invånarkraften och som underlättar hälsosamma val i vardagen. Hälsa kan ha flera olika perspektiv.

Enligt världshälsoorganisationen (WHO) har man definierat hälsa enligt följande: ”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom.” (WHO 1948)

Gadamer, den tyske filosofen har definierat hälsa mer vardagsnära. Hälsa är att i glädje vara sysselsatt av sina livsuppgifter.

Genom samverkan mellan länets kommuner, civilsamhälle, föreningar och Region Jönköpings län finns goda erfarenheter att bygga vidare på.

En utgångspunkt inom denna strategi är att förbättra samverkansarbetet utifrån behov i åldersgrupperna barn- och unga, vuxna samt äldre. Koppling finns även till det nationella arbetet med Strategi för hälsa.

Inom denna strategi är det viktigt att tydliggöra både vårdens och individens ansvar. Vi utgår från kunskapsområdena hälsans bestämningsfaktorer, centrala livsområden för jämlik hälsa, känsla av sammanhang, coaching, hälsokommunikation och beteendeförändring, samt egenkraft och samskapande.

Koppling till definitioner av Nära vård:

- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms. Det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge individen för att möjliggöra bästa möjliga hälsa.
- Använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov.

Exempel på utvecklingsområden som konkretiserar strategin:

- Hälsa för livet: arbete med bland annat hälsocoaching och meny till invånare som innebär utvecklande av olika tjänster som stödjer invånare till bättre hälsa. Exempel är Hälsocenter och hälsosamtal.
- Jämlik hälsa: arbete med riktade insatser utifrån behov tillsammans med kommuner och civilsamhälle.
- Bästa platsen att växa upp, leva och åldras på – för bättre samordnade insatser inom strategigrupp barn och unga, äldre samt psykiatri och missbruk. Exempel på detta är samverkan i förbättringsarbete mellan Region Jönköpings län, kommuner, civilsamhälle, Skottland och Cincinnati Childrens hospital.

Exempel på mätområden:

- Indikatorer – Strategi för hälsa.
- Självskattad hälsa och beteendeförändring.

Mätområden följs i separat mättavla som utvecklas över tid.

STRATEGI 2

Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård

Jämlik och personcentrerad vård handlar om att alla invånare ska ha förutsättningar att få en god och nära vård, oavsett var man bor och vem man är. Vården ska ha sin utgångspunkt i ett samskapande tillsammans med individen för att på så sätt skapa en personcentrerad vård. Kontinuitet är viktigt för att förenkla kontakten mellan patient och vården, öka tilliten och främja patientsäkerhet. För att skapa överblick kommer en gemensam överenskommelse, ett så kallat patientkontrakt, vara en viktig del mellan individen och vården.

Utveckling av kunskap kring olika målgrupper ska bidra till högre grad av utveckling av olika tjänster som kan anpassas och nyttjas beroende på behov, situation och person.

Inom strategin för mer jämlik och personcentrerad vård utgår vi från kunskapsområdena samskapande, evidensbaserad vård, och patientsäkerhet.

Koppling till definitioner av Nära vård:

- En personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Vården skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- En kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.

Exempel på utvecklingsområden som konkretiserar strategin:

- Patientkontrakt – Region Jönköpings läns arbete med införande av patientkontraktets fyra delar: överenskommelsen, fast vårdkontakt, överenskommen tid och samordnad plan.
- Trygg och säker vård och omsorg: Länsgrupp i samverkan Trygg och säker vård och omsorg för äldre arbetar med tre fokusområden: utskrivningsprocessen från sjukhus, samordnad individuell plan samt vård och omsorg när Esther är hemma. Gemensamt utvecklingsarbete mellan Region Jönköpings län, kommunerna och civilsamhället.
- Riktade hälsofrämjande arbete i primärvården: Särskild resursförstärkning med tilläggsuppdrag inom primärvården.

Exempel på mätområde:

- Tillgänglighet.
- Patientkontraktets delar – dokumenterad överenskommelse, fast vårdkontakt, överenskommen tid och samordnade individuella planer.
- Patientdelaktighet.

Mätområden följs i separat mättavla som utvecklas över tid.





STRATEGI 3

Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering

Denna strategi handlar om att skapa förutsättningar för en enklare vardag för både patienter och medarbetare. I framtidens vård utvecklas olika personcentrerade tjänster, och digitaliseringens nya möjligheter blir en naturlig del i vardagsliv och arbete för såväl patienter som medarbetare. Detta syftar till tillvaratagande av allas resurser på bästa sätt och för mesta möjliga värde.

Utvecklingen av vårdinformationssystem och användningen av Artificiell intelligens (AI) är viktiga faktorer och verktyg som underlättar för medarbetarna, exempelvis för att kommunicera bättre med andra internt och externt. Kunskapsområden inom denna strategi är servicedesign, segmentering och e-hälsa samt digitalisering i samskapande.

Koppling till definitioner av Nära vård:

- Använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov.
- Att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

Exempel på utvecklingsområden som konkretiserar strategin:

- Mer tid till patienten: projekt för att underlätta administration och kommunikation med patienterna, samt ge kunskapsstöd till professionen som främjar nära vård. I detta ingår att utveckla dokumentationen för att minska dubbeldokumentation och den administrativa bördan på vårdpersonal.
- Digitala lösningar: utveckling av tjänster i den nära vården. System som ger stöd till verksamhet och patienter.
- Digitalt utanförskap: utveckling av tjänster för alla målgrupper och behov, även de icke digitala.
- Värdeskapande vård: ett pilotprojekt med förbättringsarbete och forskning som handlar om att lära känna olika behov hos patientgrupper och hur vi utformar vårdtjänster utifrån dessa behov för ökat värde för patienter och vården. Detta sker med stöd av data som fångar patienternas olika kontaktmönster och flöden i vården, samt utifrån patienterna och medarbetarnas upplevelser och erfarenheter.
- Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp: Region Jönköpings läns arbete med införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Följer den nationella införandestrategin.

Exempel på mätområden:

- Forskning på värdeskapande vård.
- Användning av tjänster och digitala stöd.
- Uppföljning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.
- Andel digitala vårdmöten.
- Uppföljning av vårddokumentation – Automatisera och minska tiden som läggs på icke värdeskapande administration.

Mätområden följs i separat mättavla som utvecklas över tid.

1866

STRATEGI 4

Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs

Primärvården är basen för länets hälso- och sjukvård. När det finns behov av specialiserad eller högspecialiserad diagnostik, behandling, vård och rehabilitering ska den finnas tillgänglig på tre akutsjukhus i samverkan med primärvården, sydöstra sjukvårdsregionen eller nationellt. Utvecklingen av högspecialiserad vård sker tillsammans inom sydöstra sjukvårdsområdet.

För framtiden är det viktigt att säkra resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler. Beslut avseende investeringar i lokaler och utrustning behöver ske med utgångspunkt från planen för framtidens hälso- och sjukvård. Omställning till nära vård och utvecklingen av specialiserad vård går hand i hand.

Bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient. Det kan även handla om specialiserad vård i hemmet.

Inom strategin utgår vi från kunskapsområden samskapande, evidensbaserad vård, och patientsäkerhet.

Koppling till definitioner av Nära vård:

- En personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Att vården skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

Exempel på utvecklingsområden som konkretiserar strategin:

- Säkerställa och utveckla våra tre akutsjukhus.
- Mobila lösningar: innefattar utveckling av olika mobila lösningar som möjliggör mer vård i patientens nära miljöer och vardag.
- Kunskapsstyrning: utveckling och anpassning av Region Jönköpings läns system för kunskapsstyrning och kunskapsstöd samt regionsjukvårdsledningens uppdrag till regionala programområden och samverkansgrupper.
- Mer jämlik cancervård med ökad tillgänglighet och kvalitet genom standardiserade vårdförlopp.
- Utveckling av beredskap för smittskydd, försörjning av material och läkemedel.

Exempel på mätområden:

- Medicinsk kvalitet.
- Standardiserade vårdförlopp cancer.

Mätområden följs i separat mättavla som utvecklas över tid.





STRATEGI 5

Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling

Framtidens arbetsplats byggs av engagerade medarbetare. God arbetsmiljö och kompetensutveckling är två viktiga framgångsfaktorer. Arbetet kommer att drivas av medarbetare i samskapande över organisatoriska gränser. Fungerande kompetensförsörjning är en förutsättning för att möta framtidens behov.

Påverkande faktorer är samhälls- och kunskapsutveckling både lokalt och i omvärlden. Den ökade specialiseringen och många vård- och hälsorelationer för invånare med olika aktörer ställer höga krav på teamarbete.

Tillgång till varandras kompetens, lokalt, regionalt och nationellt behöver säkras i alla delar av den nära vården. Förmågan att agera tillsammans i ”realtid” utifrån sin del i en helhet och bygga tillitsfulla relationer mellan olika aktörer är avgörande.

I detta komplexa sammanhang är viktigt att också möta olika medarbetares behov av att känna meningsfullhet och tillfredsställelse i sitt arbete. Även återkoppling på sitt arbete och möjlighet att påverka arbetssätt, kompetensutveckling och flexibla digifysiska arbetsformer är viktiga delar.

Koppling till definitioner av Nära vård:

- Att vården skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms. Det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- En kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

Exempel på utvecklingsområden som konkretiserar strategin:

- Framtidens arbetsplats: utvecklingsarbete kommer att bedrivas inom prioriterade områden exempelvis medarbetarlöften, arbetsmiljö och tillitsbaserad ledning integrerade i ledarprogram.
- Ledarskap i den nära vården: process och linjeledarskap: på olika sätt stödja förutsättningarna och möjliggöra gemensamt ledarskap över organisatoriska gränser i befintliga ledarskapsprogram och samverkansforum.
- Utveckling av kompetens och träningsmiljöer: samverkansprojekt tillsammans med kommunerna för att utveckla gemensamma lärande system, utbildning och träning, såväl tekniska som icke tekniska färdigheter.

Exempel på mätområden:

- Medarbetares arbetstillfredsställelse.
- Rekommendera en kollega.
- Frisknärvaro.
- Kompetensförsörjning – attraktiv arbetsgivare.
- Tid för systematiskt förbättringsområde och reflektion.

Mätområden följs i separat mättavla som utvecklas över tid.

STRATEGI 6

Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans

En förutsättning för att framtidens hälso- och sjukvård ska lyckas är ett systematiskt utvecklingsarbete i framkant. Samverkan och samordning mellan kommuner, civilsamhälle, regioner, universitet och högskolor är central. Förmågan att bygga tillitsfulla relationer är avgörande för samverkan. Kommunerna står för en stor del av invånarnas hälso- och sjukvård och det är därför viktigt att denna plan utvecklas tillsammans med kommunerna i länet.

Hela systemet behöver vara i ständig rörelse. Lednings- och stödsystem behöver utmanas för att driva och skapa förutsättningar för genomförandekraft. Effektiva och kreativa mötesplatser behöver utvecklas utifrån nya förutsättningar och behov.

Som en del i att frigöra genomförandekraft kommer tillitsbaserad styrning vara en viktig del i ledarskapet som bygger på att allt tar sin utgångspunkt i brukarna och medborgarna, deras behov, upplevelser och kunskap.

Tillit är inte enbart en fråga om mjuka värden, som organisationskultur och ledarskap, utan lika mycket en fråga hur man styr, utvärderar och organiserar verksamheten. Alla har ett ansvar för att aktivt verka för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv och bygga tillitsfulla relationer. Kunskapsområden som samskapande, kvalitet som strategi, och ledning i komplexa system är viktiga för denna strategi.

Koppling till definitioner av Nära vård:

- Det stöd kommuner, Region Jönköpings län och civilsamhället kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- En kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.

Exempel på utvecklingsområden som konkretiserar strategin:

- Samordning/samverkan: Använda och förstärka befintliga samverkansstrukturer för gemensam ledning och styrning kommuner och Region Jönköpings län (REKO med strategigrupper). Gemensamt strategiskt utvecklingsarbete med gemensam plan för primärvård.
- Välfungerande mikrosystem: utgångspunkten är att värde skapas i microsystemen och ledningens stöd och förutsättningar för medarbetare att kunna utföra dagens arbete och samtidigt förbättra. Fortsätta att utveckla ledarprogrammen och utvecklingsforum för att både stärka och förenkla det arbete som sker men samtidigt utmana och underlätta i de förändringar som växer fram i omställningsarbetet.
- Forskning: förstärkning med syfte att samordna, ta fram kunskapsunderlag och möjliggöra forskning som bidrar med kunskapsutveckling inom omställningsarbetet.
- Benchmarking och omvärld: Använda och utveckla nätverk, samarbeten och relationer, såväl internationella som nationella, vilka kan bidra till utveckling och inspiration som ökar Region Jönköpings läns genomförandekraft (metoder, analys, reflektion, forskning och benchmarking).
- Systematisk uppföljning: Uppföljning sker via budget med verksamhetsplan. Övergripande mättavla för omställningen utvecklas över tid och speglar aktuella områden och rörelser i omställningsarbetet. I tillägg följs olika delprojekt upp inom ramen för Tillsammansprogrammet.

Exempel på mätområden

- Effekthemtagning.
- Resursförflyttning.

Mätområden följs i separat mättavla som utvecklas över tid.

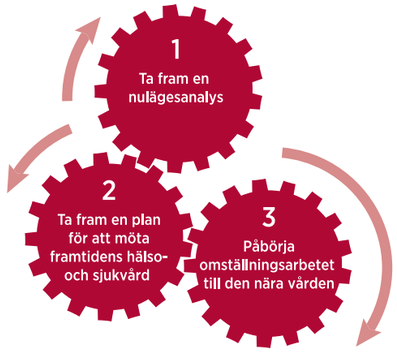


Framtagande av planen – mötesplatser och arbetssätt

Planen för att tillsammans möta framtidens behov av hälso- och sjukvård, med de sex strategierna, är framarbetat utifrån ett politiskt uppdrag med tillsättning av projektledare (2019).

På politisk nivå har medverkan och riktning på framtidsarbetet genomförts via:

- Workshop om framtidens hälso-och sjukvård med kommuner, fackliga representanter och patientföreningar (2019).
- Workshop om nära vård med Dough Eby, Southcentral Foundation i Alaska (2019).
- Framtidsscenario med nämnd för folkhälsa och sjukvård (2020).
- Föredragning av arbetet och dialog längs vägen i olika politiska forum, samt nämnd för folkhälsa och sjukvård (2019, 2020).
- En parlamentarisk grupp har processat innehåll för att ha en gemensam framtidsplan där samtliga partier står bakom och som håller över tid (2020).
- Workshop med fokus på strategi 6 – nämnd för folkhälsa och sjukvård med förstärkning av parlamentarisk grupp.



Figur 7 Visualisering av uppdragets tre delar

Underlag nationellt och i Region Jönköpings län är utredningar, delbetänkande, statliga överenskommelser, budget och verksamhetsplan, workshops, vetenskapliga teorier och artiklar om komplexa system, kvalitetsutveckling och samskapande.

Dialoger har genomförts vid befintliga mötesplatser, exempelvis sjukvårdens ledningsgrupp, medicinska programgruppernas forum, workshops i ”Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård”, centrala samverkansmöten, storgrupp sjukvård, i samverkan med kommunerna och i strategigrupper.

Nya mötesplatser som initierats är exempelvis levande bibliotek distriktsläkare och samverkansprojekt Barn och unga.

Erfarenheter och lärdomar från pågående arbeten, nationella och internationella nätverk har tagits tillvara. Viktiga områden är delaktighet, samskapande med invånare och patienter, profession, kommun, civilsamhälle och omvärld.

Sjukvårdens ledningsgrupp är styrgrupp för arbetet med regelbundna möten för rapportering och dialog. Workshops med alla delprojekt inom programmet ”Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård” är en viktig del av strategin. Det gemensamma lärandet skapar förutsättningar för förståelse om hur olika delar är beroende av varandra och bildar en helhet i omställningsarbetet.

Uppföljning

Planens övergripande strategier ska fungera på längre sikt, och tar sikte mot år 2030.

De sex olika strategierna följs upp genom nationell och lokal mättavla samt berättelser. Nämnd för folkhälsa och sjukvård arbetar fram konkreta mål och mätetal. Mätetalen är tänkt att visa förflyttningen och värdet som blir för invånarna allteftersom vi utvecklar nära vård.

Planen kommer att utvärderas och revideras inför varje mandatperiod. I den årliga uppdaterade Budget och verksamhetsplanen preciseras de aktuella aktiviteter och mätetal som är aktuella och följs upp i delårsrapporter och årsredovisningar.

I kommande revideringar av planen kommer de aktörer som berörs av planen involveras och vara delaktiga i arbetet. En hemsida kommer att skapas där utvecklingen och mätetalen följs.

Dialog och information/ föreläsningar har genomförts vid befintliga mötesplatser:

- Storgrupp sjukvård
- Sjukvårdens ledningsgrupp
- Centrala samverkansgruppen
- HR-chefernas mötesplats
- Kommunikationschefer och kommunikationsavdelningen
- Folkhälsa och sjukvård
- Qulturums ledningsgrupp
- Levande bibliotek, Peers inom pågående ”Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård”
- Patientkontrakt invånare
- Medicinsk programgrupp primärvård
- Kommunal utveckling
- Framtidsscenarier med nämnden för folkhälsa och sjukvård
- Workshops inom Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård
- Programgrupp för Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård med utvecklingschefer, folkhälsochef och utvecklingsledare Qulturum
- Möten programgrupp Agenda 2030
- REKO – samverkan med kommunerna
- Patientnämnden
- SBU Jönköpings kommun
- Länspensionärsrådet
- Nätverk distriktsläkare
- Samverkansforum projektledare nära vård i syd- östra sjukvårdsregionen
- Nationellt nätverk Nära vård
- Programgrupp Nära vård Sveriges kommuner och regioner (SKR)

Nya dialoger och/eller mötesplatser som projektet deltagit vid eller arrangerat:

- Mötesplats kring äldrefrågor med Sofia Nilsson från socialdepartementet
- Gemensamt möte: Nyckelkompetenser inom för- bättringskunskap och ledningsworkshop personer inom Region Jönköpings län som gått ATP (Advanced Training Program) och Master utbildning i förbättring och ledarskap
- Samverkan med Futurum
- Levande bibliotek distriktsläkare
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) – programgrupp nära vård
- Mät och analysgrupp med ”critical friend” Anders Ekholm
- Regelbundna avstämningar och dialoger med Sektionen för primärvård och rehabilitering, Kunskapsstyrning och HR-strateger
- Strategigrupp barn och unga - nytt samverkans- projekt ”Bästa platsen att leva växa upp och bo på” erfarenhetsutbyte med Skottland och Cincinatti
- Medverkan har också skett regelbundet vid såväl nationella konferenser som internationella konferenser exempelvis; Institute for Healthcare Improvement (IHI) konferens Orlando, IHI konferens Amsterdam, IHI konferens Taipei, Region Jönköpings läns konferens Utvecklingskraft och Mikrosystemfestivalen, Tillit i Välfärden nationell konferens inom Hälsa med mera
- Medverkat regelbundet med olika nätverk, till exempel inom Co-production som leds från Darthmuth

Mötesplatser kommer fortsatt skapas utifrån olika perspektiv med syfte att främja delaktighet, samsyn och genomförandekraft. Exempel på förutsättningar för att arbetet med plan ska bli framgångsrik är att strategierna genomsyrar det dagliga arbetet. Chefer och medarbetare får stöd. Kulturer utvecklas som främjar ständiga förbättringar och gränslös samverkan.



För ett bra liv i en attraktiv region.

Region
Jönköpings län



Hur följer man upp en rörelse över tid?

FOKUSFÖRFLYTTNING

Mindre av	→	Mer av
REAKTIV	→	PROAKTIV OCH HÄLSOFRÄMJANDE
FOKUS PÅ ORGANISATION	→	FOKUS PÅ PERSON OCH RELATION
INVÅNARE OCH PATIENTER SOM PASSIVA MOTTAGARE	→	INVÅNARE OCH PATIENTER SOM AKTIVA MEDSKAPARE
ISOLERADE VÅRD OCH OMSORGSINSATSER	→	SAMORDNING UTIFRÅN PERSONENS FOKUS



Nära vård-satsningar är ofta gränsöverskridande i den mån att de sträcker sig över etablerade organisatoriska och budgetmässiga silos. Att kunna mäta ändamålsenlighet, det vill säga om rätt insatser görs för rätt målgrupp, är ett utvärderingsområde i behov av metodutveckling. I den här rapporten, som LHC tagit fram i samverkan med SKR, presenteras ett ramverk som vägledning till hur dessa beräkningar kan göras utifrån lokala satsningar på nära vård.

LHC arbetar sedan ett par år tillbaka med utredningsuppdrag från SKR kopplat till omställningen till Nära Vård och hur effekterna av olika satsningar kan synliggöras. Det finns ett behov att snabbt mäta och visa på resultat, samtidigt som utrymme och tid behöver ges för att pröva sig fram till vad som fungerar bäst lokalt och för specifika målgrupper. Denna avvägning avspeglas även i utformningen och genomförandet av utvärderingar. Ofta finns ingen ”bästa indikator” eller ”perfekt metod” att tillgripa, utan man måste diskutera sig fram till vilka datakällor och ansatser som är lämpliga och rimliga att använda på kort och lång sikt. I denna avrapportering ger vi stöd för en sådan diskussion utifrån sex konkreta utmaningar i olika delar av utvärderingsprocessen. Utmaningarna har identifierats och generaliserats utifrån det stora antal fallstudier de inbegripna forskarna medverkat i, inom ramen för detta och andra projekt. Varje utmaning följs av ett resonemang – en ”utvärderardialog” – kring möjliga orsaker och förslag på lösningar.

Region Jönköpings län

Utmaningar kring utvärdering av satsningar på nära vård

Nära vård kan som framgår ovan innebära ett antal förändringar i flera dimensioner för olika parter, och detta behöver vägas in i bedömningen av gjorda satsningar och försök. Då utvecklingsarbetet ofta är gränsöverskridande även genom att det sträcker sig över etablerade organisatoriska och budgetmässiga silos, så är det dock ofta svårt att inom ramen för existerande uppföljnings-system visa på vinsterna.

För att kunna mäta effekter av en utvecklad verksamhet, där såväl ansvar som omfattning förändras, behöver även måtten uppdateras vad gäller vilka parametrar som mäts och följs upp. Detta innebär inte att mäta mer, utan att mäta och utvärdera annorlunda, med fokus på andra aspekter. Mätning av utfall inom vård och omsorg utgår idag till stor del från enskilda enheters resursanvändning och aktiviteter, och ofta utifrån diagnosbaserade indelningar. När en verksamhet utvecklas på ett gränsöverskridande vis blir det i många fall svårt att fånga relevanta parametrar inom ramen för etablerade mätsystem. Detta innebär en utmaning som vi vill undersöka i detta projekt. För att kunna utvärdera de olika satsningarna på nära vård behöver vi förstå inom vilka dimensioner förutsätt-ningarna för utvärdering ändrats:

- 🕐 På vilka sätt har arbetssätt, relationer och resurser konkret förändrats?
- 🎬 Vad innebär det för den primära målgruppen, och för andra aktörer i vårdsystemet?
- 🎬 Hur mäts detta i befintliga system?
- 🎬 Vad för slags resultat kan man visa på?
- 🎬 Vad behöver utvecklas för att mäta bättre?

Region Jönköpings län

Underlag inför samtal mätetal parlamentarisk grupp ”Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård”

- Bildspelet är disponerat enligt följande:
  - Respektive strategi redovisas med text från mötesanteckningar, nuvarande mått samt texten gällande utvecklingsområden och mätetal från det strategiska dokumentet.
  - Ett urval av process och resultatmått visas och en fördjupning sker sedan kring processmåtten då vi uppfattade att det är de som fördjupas initialt.
  - Slutligen en övergripande summeringsbild med samtliga mått kopplat till strategierna

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso-och sjukvård 2020-2030

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans

Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen

Mötesanteckningar

- Mätetal kring förbättrad hälsa
- Gemensamma mätetal kring kommuner och regionens kommunikation, engagemang, ansvar och samverkan mellan varandra.
- Mätetal kring hälsocenter, förebygga ohälsosamma livsstilar
- Mätetal kring aktiviteter som leder till förbättrad hälsa
- Mätetal kring patienter med kronisk sjukdom, förebygga kroniska sjukdomar
- Mätetal kring bättre folkhälsoarbete
- Mätetal från utredningen kring barn och ungas psykiska hälsa

Nuvarande mått:

- Hälsosamtal vid 40,50,60,70 år, samt förstagångsföräldrar
- Folkhälsoenkät - Ung – inget system eller nämndmätetal i dag – men enkäten genomförs så vi har resultat

Strategiska planen

Mätområden

• Indikatorer – Strategi för hälsa.

• Självskattad hälsa och beteendeförändring

Utvecklingsområden

- Hälsa för livet: arbete med bland annat hälsocoaching och meny till invånare- Hälsocenter och hälsosamtal.
- Jämlik hälsa: arbete med riktade insatser utifrån behov tillsammans med kommuner och civilsamhälle.
- Bästa platsen att växa upp, leva och åldras på – för bättre samordnade insatser inom strategigrupp barn och unga, äldre samt psykiatri och missbruk.

Urval

Processmått förslag:

- Hälsocenter
- Riktade insatser- jämlik hälsa Primärvård
- Riktat förbättringsarbete Barn och Unga
- Stöd för hälsa vid kronisk sjukdom (integreras i patientkontrakt för olika kroniska grupper)

Resultatmått förslag

Självskattad hälsa i befolkningen (kolada)

Exempel Processmått strategi 1

Område och Ansvarig enhet			
Hälsocenter Folkhälsoavd	- Startat i enstaka kommuner - Analys med utgångspunkt i lokala behov och målgrupper ej på plats	- Fler än 8 kommuner startat - Tester pågår med utveckling av koncept och insatser kopplade till lokala behov och målgrupper	- Hälsocenter arbetar aktivt i samtliga kommuner - Systematisk arbetssätt och riktade insatser utifrån olika målgrupper och lokala behov - Utvärdering och uppföljning av insatser finns redovisade
Jämlik hälsa tilläggsuppdrag Sektionen för primärvård och rehabilitering	Ej genomfört enl. uppdrag	- Delvis genomfört enligt uppdrag - Analys och åtgärder påbörjade	- Genomfört enligt uppdrag - Utvärdering och resultat presenterat
Riktat förbättringsarbete Barn och Unga Avd. folkhälsa och sjukvård och kommunal utveckling	-Enstaka kommuner i samverkan - Systematisk uppföljning/ mätning saknas	- Fler än 8 kommuner i samverkan - Dokumenterad uppföljning/utveckling pågår	- Samtliga 13 kommuner i samverkan med Regionen - Uppmätta förbättringar i mer än hälften av förbättringsarbetena

Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård

Mötesanteckningar

- Mätetal patientkontrakt
- Mätetal kring patienters kontinuitet mot primärvården
- Kvalitetsmått
- Jämlik vård i Region Jönköpings län
- Mätetal kring tryggheten för patienter oavsett hälsotillstånd
- Mätetal kring det övergripande

Nuvarande mått

- Samtliga tillgänglighetsmått. (25 st)
- Antal vårdplaneringar
- Kontinuitetsmått primärvården
- Patientnöjdhet - patientenkät
- Hälso- och sjukvårdsbarometern

Strategiska planen

Mätområden

- Tillgänglighet
- Patientkontraktets delar – dokumenterad överenskommelse, fast vårdkontakt, överenskommen tid och samordnade individuella planer
- Patientdelaktighet

Utvecklingsområde

- Patientkontrakt
- Trygg och säker vård och omsorg: Länsgrupp i samverkan Trygg och säker vård och omsorg för äldre. Gemensamt utvecklingsarbete mellan Region Jönköpings län, kommunerna och civilsamhället.
- *Riktade hälsofrämjande arbete i primärvården: Särskild resursförstärkning med tilläggsuppdrag inom primärvården*.

Urval

Processmått

- Patientkontraktets delar
- Kontinuitet i primärvård vid kronisk sjukdom (kommande även SÄBO)

Resultatmått

- Patientupplevd delaktighet och kontinuitet (NPE)

Exempel Processmått strategi 2

Område och Ansvarig enhet			
Patientkontraktets delar Avd. folkhälsa och sjukvård sammanställer/ verksamhetsområden pågående arbete	Arbetar inte med frågan. - Handlingsplan ej påbörjad för införande.	Arbetar med införandet. - Handlingsplan finns för införande och arbete pågår inom olika områden. - Delmål formulerade och mätningar påbörjade.	Patientkontrakt erbjuds - Dokumenterad överenskommelse i journalen som patienten kan läsa under sökordet Överenskommelse med delarna vad gör patienten och vad gör vården, nästa steg, samordning och namngivna fasta vårdkontakter
Kontinuitet Primärvård vid kronisk sjukdom Sektionen primärvård och rehabilitering	Analys av nuläge saknas	- Definierade behov av åtgärder och förslag till mål	- Definierad målnivå med ev. åtgärder - Resultat och åtgärder är redovisade



Region Jönköpings län

Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering

Mötesanteckningar:

- Mätetal kring kvantiteten av digitaliserad vård
- Mätetal kring vårdkontakt
- Mätetal kring förändring av arbetssätt genom digitala lösningar, i syfte att minska de fysiska vårdbesöken men öka tillgängligheten
- Mätetal kring förebyggandet av digitalt utanförskap, genom bevarade fysiska vårdbesök
- Mätetal kring samordnade besök i syfte att minska antalet remisser

Nuvarande mått:

Antal hembesök läkare

Andel digitala besök (är inget mätetal men följs i delårsrapporter och årsredovisning)

Tandvård- Uppsökande verksamhet (munhälsobedömningar)

Nödvändig tandvård

Strategiska planen

Mätområden

- Forskning på värdeskapande vård.
- Användning av tjänster och digitala stöd.
- Uppföljning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.
- Andel digitala vårdmöten.
- Uppföljning av vårddokumentation – Automatisera och minska tiden som läggs på icke värdeskapande administration.

Utvecklingsområden

- Mer tid till patienten-projekt för att underlätta administration och kommunikation.
- Digitala lösningar: utveckling av tjänster i den nära vården.
- Digitalt utanförskap: utveckling av tjänster för alla målgrupper och behov, även de icke digitala.
- Värdeskapande vård: ett pilotprojekt med förbättringsarbete och forskning med analys av kontaktmönster, flöden samt patienterna och medarbetarnas erfarenheter
- Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp: Region Jönköpings läns arbete med införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp..

Urval

Processmått

- Uppföljning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.
- Andel digitala vårdmöten
- Tillgänglighet samlad kompetens i realtid- digital konsultation (levande faktadokument, on demand)

Resultatmått

- Förbättring av indikatorer öppna jämförelser
- Hälso- och sjukvårdsbarometern -Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver

Exempel Processmått strategi 3

Område och Ansvarig enhet			
Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp Avd. folkhälsa och sjukvård	Ej genomfört enl. plan	- Delvis genomfört enligt plan - Analys och åtgärder	- Genomfört enligt plan - Utvärdering och resultat presenterat
Distanskontakter/digitala vårdmöten Resp. verksamhetsområde samt sektionen för primärvård och rehabilitering	Analys av nuläge saknas Arbetar inte med distanskontakter/digitala vårdmöten Handlingsplan ej påbörjad för införande	- Tester pågår - Handlingsplan med delmål för införandet är påbörjad	- Definierad målnivå med ev. åtgärder - Resultat och åtgärder är redovisade
Tillgänglighet samlad kompetens i realtid- digital konsultation (levande faktadokument, on demand)	- Arbetar inte med tillgänglig kompetens i realtid (digital konsultation on demand) - Handlingsplan ej påbörjad för införande.	- Tester pågår - Handlingsplan med delmål för införandet är påbörjad	- Ett systematiskt arbetssätt finns för digital konsultation. - Analys och lärande pågår utifrån berättelser och mätningar för att utforska när det är värdeskapande för vem och effekter kring tidsbesparing för både patient och vårdens medarbetare.

Region Jönköpings län

Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs

Mötesanteckningar

- Mätetal kring den positiva utvecklingen av sjukhusens personalförsörjning
- Mätetal kring levande faktadokument i primärvården
- Mätetal kring patientsäkerhet
- Mätetal gällande nationell kunskapsstyrning, kopplat till medicinsk kvalitet för länets alla sjukhus.
- Mätetal kring remissflöden mellan primärvården och slutenvården
- Mätetal kring förtroendet för länets alla sjukhus

Nuvarande mått

- Bedömning primärvård 3 dagar
- Telefonkontakt primärvård samma dag
- Primärvårdens täckningsgrad/andel av besöken i primärvård (är inget mätetal men följs i delårsrapporter och årsredovisning)
- Öppna jämförelser – medicinsk kvalitet
- Standardiserade vårdförlopp cancer

Strategiska planen

Mätområden

- Medicinsk kvalitet.
- Standardiserade vårdförlopp cancer.

Utvecklingsområden

- Säkerställa och utveckla våra tre akutsjukhus.
- Mobila lösningar: innefattar utveckling av olika mobila lösningar som möjliggör mer vård i patientens nära miljöer och vardag.
- Kunskapsstyrning: utveckling och anpassning av Region Jönköpings läns system för kunskapsstyrning och kunskapsstöd.
- Mer jämlik cancervård med ökad tillgänglighet och kvalitet genom standardiserade vårdförlopp.
- Utveckling av beredskap för smittskydd, försörjning av material och läkemedel

Urval

Processmått

- Primärvårdens och sjukhusens personalförsörjning
- Kunskapsstyrning
- Mätetal kring remissflöden och kontaktmönster

Resultatmått

- Förbättring av indikatorer öppna jämförelser
- Väntetider
- Minskat behov av hyrbemanning

Exempel Processmått strategi 4

Område och Ansvarig enhet			
Nationell konskapsstyrning-lokala länsgemensamma programområden Avd. folkhälsa och sjukvård	Ej genomfört enl. plan	- Delvis genomfört enligt plan - Analys och åtgärder	- Genomfört enligt uppdrag - Utvärdering och resultat presenterat
Primärvårdens och sjukhusens personalförsörjning HR- avd	Analys av nuläge i relation till framtida kompetensbehov saknas	- Definierade behov, åtgärder och förslag till mål	- Definierade målnivåer/målgrupper och genomförda åtgärder
Remissflöden och kontaktmönster Verksamhetsområden	Analys av nuläge saknas	- Definierade behov, åtgärder och förslag till mål	- Definierad målnivå/målgrupper och genomförda åtgärder

Region Jönköpings län

Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling

Mötesanteckningar

- Mätetal kring arbetstillfredsställelse
- Mätetal kring medarbetarlöfte
- Mätetal kring nyttjandet av friskvårdsbidraget
- Mätetal kring kompetensunderhållningsplan
- Mätetal kring systematiska förbättringsområden

Nuvarande mått

- Årsarbetare
- Sjukfrånvaro

Strategiska planen

Mätområden

- Medarbetares arbetstillfredsställelse.
- Rekommendera en kollega.
- Frisknärvaro.
- Kompetensförsörjning – attraktiv arbetsgivare.
- Tid för systematiskt förbättringsområde och reflektion.

Utvecklingsområden

- Framtidens arbetsplats: utvecklingsarbete kommer att bedrivas inom prioriterade områden exempelvis medarbetarlöften, arbetsmiljö och tillitsbaserad ledning integrerade i ledarprogram.
- Ledarskap i den nära vården: process och linjeledarskap
- Utveckling av kompetens och träningsmiljöer: samverkansprojekt tillsammans med kommunerna för att utveckla gemensamma lärande system, utbildning och träning, såväl tekniska som icke tekniska färdigheter.

Urval

Processmått

- Mätetal kring medarbetarlöfte
- Mätetal kring kompetensförsörjningsplan

Resultatmått

- Arbetstillfredsställelse
- Rekommendera en kollega

Exempel Processmått strategi 5

Område och Ansvarig enhet			
Mätetal kring medarbetarlöften HR avd	Mätetal och aktiviteter saknas	- Uppdraget delvis genomfört enligt plan - Analys och åtgärder	- Handlingsplan och aktiviteter genomfört enligt plan - Utvärdering och resultat presenterat
Handlingsplaner och aktiviteter strategisk kompetensförsörjningplan HR avd	Handlingsplan och aktiviteter saknas	- Delvis genomfört enligt plan - Analys och åtgärder	- Handlingsplan och aktiviteter genomfört enligt plan - Utvärdering och resultat presenterat

Region Jönköpings län

Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans

Mötesanteckningar

- Gemensamma mätetal med kommunerna, kopplat till våra strategier
- Mätetal kring tilliten för vården
- Mätetal kring samverkan genom olika forum
- Mätetal kring upplevelsen i dagsamverkan
- Mätetal kring kontaktvägar. Invånarperspektivet bidrar till förbättringsmöjligheter för att utöka förutsättningarna till rätt vård.
-

Nuvarande mått

- Ekonomi i balans

Strategiska planen

Mätområden

- Effekthemtagning
- Resursförflyttning

Utvecklingsområden

- Samordning/samverkan-Använda och förstärka befintliga samverkansstrukturer (REKO med strategi - grupper)
- Gemensamt strategiskt utvecklingsarbete med gemensam plan för primärvård.
- Välfungerande mikrosystem
- Fortsätta att utveckla ledarprogrammen och utvecklings forum
- Forskning: förstärkning med syfte att samordna, ta fram kunskapsunderlag och möjliggöra forskning som bidrar med kunskapsutveckling inom omställningsarbetet.
- Benchmarking och omvärld
- Uppföljning:

Urval

Processmått

- Gemensamma mätetal med kommunerna- gemensam plan för primärvård
- Gemensam kompetens (medarbetare och ledarskap)

Resultatmått

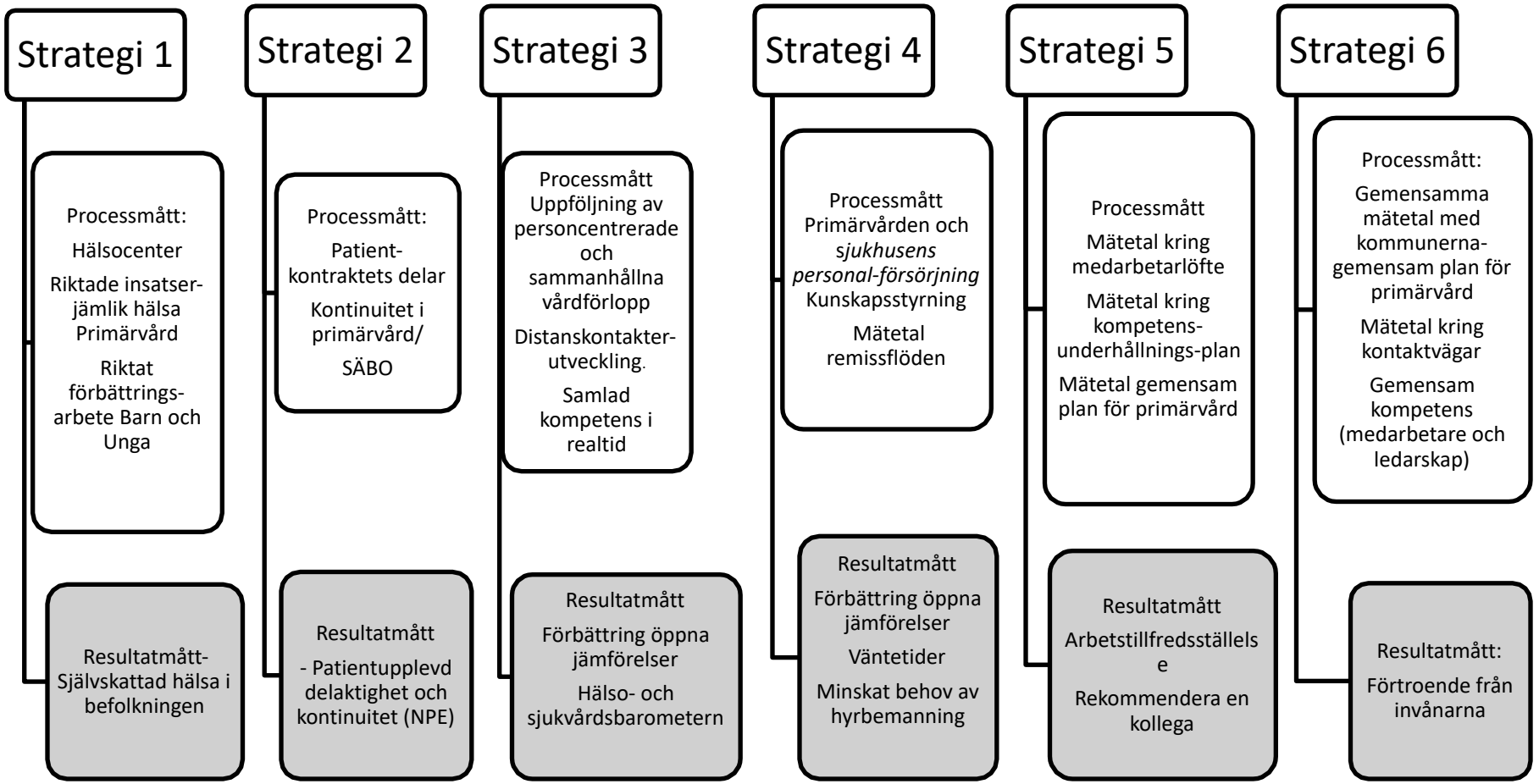
- Förtroende från invånarna

Exempel Processmått strategi 6

Område och Ansvarig enhet			
Ledarskapsutveckling För en god och nära vård gemensamt kommunerna och Regionen (Kommuner och Region Jönköpings län)	Ej påbörjat	- Delvis genomfört enligt plan - Analys och åtgärder	- Genomfört enligt uppdrag - Utvärdering och resultat presenterat
Gemensam kompetensutveckling (Kommuner och Region Jönköpings län)	Ej påbörjat	- Delvis genomfört enligt plan - Analys och åtgärder	- Genomfört enligt uppdrag - Utvärdering och resultat presenterat
Gemensam mättavla med kommunerna- gemensam plan för primär vård ReKo	Ej påbörjat	- Delvis genomfört enligt plan - Analys och åtgärder	- Genomfört enligt uppdrag - Utvärdering och resultat presenterat

Region Jönköpings län

Summering:
Antal processmått:16 Antal Resultatmått: 10



Vad händer nu?

- Processmåtten/aktiviteter och resultatmåtten adresseras till rätt mottagare i Stratsys (okt) och hanteras i verksamhetsområdenas budget och verksamhetsplan för 2022.
- Verksamhetsområden lämnar förslag till budget och verksamhetsplan 2022 i (nov) och ska godkännas av nämnden den 14 december 2021.
- Processmåtten/aktiviteter följs upp i samband med delårsrapporter och bokslut.
- Resultatmåtten följs upp då resultat finns, för flera mätetal ”fångas” resultaten på nationell nivå tex Öppna jämförelse, kund- och patientenkät och då får vi anpassa redovisningen av resultat efter den tidplanen. Flertalet finns redan som RJL mått.
- Både uppdrag och uppföljning i Stratsys.

Behov av nya nämndsnyckeltal

- Självskattad hälsa i befolkningen (regionnivå)

- Arbetstillfredsställelse - andel medarbetare som rekommenderar regionen som arbetsplats. Detta är ett delresultat utav den enkät som görs var 3:e år och får fångas den vägen.