Gävle KOMMUN

Kallelse

Omvårdnadsnämnden kallas till sammanträde 2021-06-17

Plats och tid
Välfärd Gävle, Magasinsplan 19, Gevaliasalen 08:30-12:00

Ordförande
Elisabeth Carlson Cederholm (C)

Förhinder anmäls till
Lena Wigg, tfn 026-17 88 13, e-post: lena.wigg@gavle.se

Gruppmöte, Lokal finns tillgänglig den 17 juni, kl 07.30 - 08.30, Magasinsplan 19:
(S), (MP), (C), (L): Gevaliasalen
(M), (KD): Espresso, plan 2
(V), Ebony, plan 1
(SD): Rum 137, plan 1

Kallelse

1. Mötets öppnande

2. Upprop

3. Val av justerare

4. Fastställande av föredragningslista

5. Anmälan av beredning

Ärendebeskrivning

Beredning har ägt rum 2021-06-01, kl 09.30 - 09.50.
Närvarande var ordförande Elisabeth Carlson Cederholm (C), 1:e vice ordförande Sara Astner (S) och 2:e vice ordförande Martina Kyngäs (KD).

6. Informationsärende: Aktuellt från Sektor Välfärd

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Magnus Höijer, Kia Fernlund.

7. Informationsärende: Kultur för äldre

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Marcus Olsson.

8. Informationsärende: Nattfasterapport, mars 2021

21ON178

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Linnea Skytt.

Handlingar i ärendet

- Nattfasterapport Mars 2021

9. Beslutsärende: Motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80

21ON77

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet som sitt eget.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Helene Svensson.

Handlingar i ärendet

- Tjänsteskrivelse gällande remissyttrande - Motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80
- Motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80.
- Missiv, Motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80, dnr 21KS109.

10. Beslutsärende: Besluts- och delegationsförteckning för Omvårdnadsnämnden

20ON364

Förslag till beslut

- Att anta den reviderade besluts- och delegationsförteckning som är gemensam för Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Katarina Stistrup.

Handlingar i ärendet

- Tjänsteskrivelse - Revidering av besluts- och delegationsförteckning för Omvårdnadsnämnden
- Besluts- och delegationsförteckning för Omvårdnadsnämnden.

11. Beslutsärende: Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, maj 2021

21ON97

Förslag till beslut

- Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden avseende maj 2021.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Anders Paulsen.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, maj 2021.
- Bilaga 1, Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, maj 2021

12. Beslutsärende: Kurser/konferenser

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

Handlingar i ärendet

- Seminarium - Ny teknik i äldreomsorgen - 21 september 2021 - KTH

13. Beslutsärende: Delegationsbeslut

Förslag till beslut

- Att godkänna redovisningen av delegationsbeslut.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

Handlingar i ärendet

- Delegationsbeslut - sammanställning
- Sammanställning yttranden - IVO, 2021
- Sammanställning av Lex Sarah 2020 Omvårdnadsnämnd
- Sammanställning personuppgiftsincidenter till Omvårdnadsnämnden
- Remiss - Socialstyrelsens termbank: remiss för begrepp relaterade till kontaktorsak
- Remissvar rörande Socialstyrelsens termbank: remiss för begrepp relaterade till kontaktorsak.

14. Kommande beslut: Remiss - Kommunplan med årsbudget 2022 och utblick 2023-2025

21ON158

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Magnus Höijer, Anders Paulsen, Martin Wagner.

Handlingar i ärendet

- Remissmissiv - Kommunplan med årsbudget 2022 och utblick 2023-202. Dnr 21KS22.
- Kommunplan med årsbudget 2021 och utblick 2022-2024 - slutlig version. Beslutad i KF 2020-11-30. Dnr 21KS22.

15. Kommande beslut: Remiss - SOU 2021:6 God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa

21ON135

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Helena B Jansson.

Handlingar i ärendet

- Remissmissiv - SOU 2021:6 God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa. Dnr: S2021/00866.
- SOU 2021:6 God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa. Dnr: S2021/00866.

16. Kommande beslut: Delårsrapport 2 år 2021 med årsprognos för Omvårdnadsnämnden

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Fördragande: Anders Paulsen.

17. Kommande beslut: Internkontrollrapport 2021 delår 2 för Omvårdnadsnämnden

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Martin Wagner, Anders Paulsen.

18. Informationsärende - Lägesrapport kring tidsplanen för "Uppdrag - Insatser till äldre, långsiktig riktning för Omvårdnadsnämndens verksamheter"

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Katarina Stistrup.

19. Informationsärende: Rapport från kontaktpolitikerbesök och deltagande i kurser/konferenser

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

20. Informationsärende: Anmälningsärenden

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

Handlingar i ärendet

- KF 2021-05-10 Inköp- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern
- Inköps- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern
- KF 2021-05-10 Miljöbokslut 2020
- Miljöbokslut för Gävle kommun 2020. Beslutat i Kommunfullmäktige 2021-05-10 § 5
- KF 2021-05-10 Möbelpolicy för Gävle kommunkoncern
- Möbelpolicy för Gävle kommunkoncern - Beslutad i Kommunfullmäktige 2021-05-10 § 7
- Åtgärder efter granskning av dataskyddsorganisation.
- Granskningsrapport 2020 Grundläggande granskning Omvårdnadsnämnden
- Revisionsrapport 2020 Grundläggande granskning Omvårdnadsnämnden

Informationsärende: Nattfasterapport, mars 2021

8

21ON178

Välfärd Gävle
2021-05-28
Dnr: 21ON178

Nattfasterapport
Mars 2021

Handläggare: Linnéa Skytt Nutritionsansvarig dietist
Planering, analys och utvärdering, Välfärd Gävle

Innehåll

Sammanfattning 3
Bakgrund 3
Målsättning 6
Effektmål 6
Syfte 6
Metod 6
Ansvar och tillvägagångssätt 7
Resultat 7
Antal respondenter 7
Bortfall 8
Erbjuden nattfasta 8
Nattfastans faktiska längd 8
Den erbjudna nattfastans längd per enhet 10
Den faktiska nattfastans längd per enhet 11
Metoddiskussion 12
Diskussion 12
Slutsats 15
Referenser 15
Bilaga 1. Blankett för nattfastemätning 17

Sammanfattning

Inom äldreomsorg är undernäring[1] ett stort problem. En av orsakerna är att äldre av olika anledningar får minskad aptit som i sin tur medför minskat energi- och näringsintag. Nattfastan är tiden mellan kvällens sista intag av något ätbart till påföljande dags första intag. För att förebygga undernäring bör inte nattfastans längd överstiga 11 timmar. På Gävles vård- och omsorgsboenden är målet att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar ofrivilligt. Nattfastan mäts två gånger per år som ett kvalitetsmått i nutritionsarbetet.

Av de 553 inkluderade brukarna i mars månads mätning 2021 visar resultatet att 86 % har erbjudits en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Med ett uppsatt effektmål om att alla brukare ska erbjudas en nattfasta på 11 timmar eller kortare, är Välfärd Gävles vård- och omsorgsboenden på god väg att nå målet. Positivt för i vår är att resultatet är det bästa sedan april 2016 och åtta boenden nådde 90 % eller högre.

Bakgrund

Inom äldreomsorg är undernäring ett stort problem (Socialstyrelsen, 2019). Omfattningen av undernäring bland äldre i Sverige är okänd då det saknas en övergripande nationell kartläggning. Förekomsten av risk för undernäring bedöms finnas hos upp emot hälften av individerna på vård- och omsorgsboenden (Livsmedelsverket, 2017). Minskad hunger och aptit, ofta i samband med sjukdom eller funktionsnedsättning, medför i sin tur svårigheter för den äldre att tillgodose energi- och näringsbehovet. Äldre människor som är allmänt svaga och bräckliga och lätt drabbas av sjukdom eller skada benämns ofta som sköra äldre. Genom att sprida måltiderna över dygnet och minska nattfastan skapas bättre förutsättningar för att tillgodose energi- och näringsbehovet och därmed förebygga undernäring, framförallt hos de allra sköraste (Socialstyrelsen 2020; Soderstrom et al. 2013).

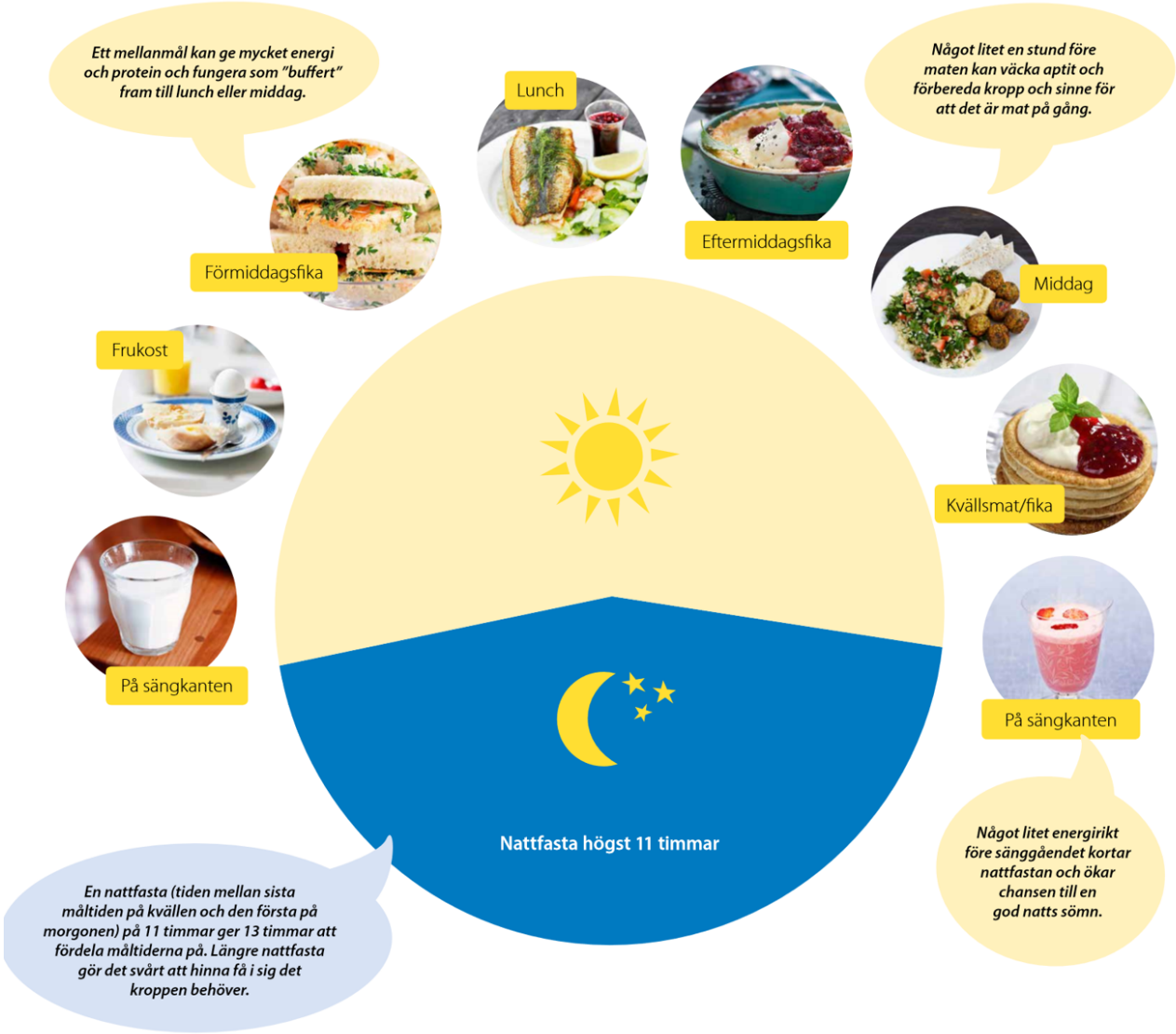
[1] Med undernäring avses i denna rapport den definitionen som återfinns i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2014:10*: ”Ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion av en persons sjukdomsförlopp”.*

Nattfasta är tiden mellan kvällens sista intag av mat till första intaget påföljande dag. Socialstyrelsen använder nattfastans längd som en kvalitetsindikator och rekommenderar att nattfastans längd inte bör överstiga 11 timmar. Denna rekommendation bygger på olika undersökningar som visar att en spridning av 6 måltider över en större del av dagen, tre huvudmåltider och tre mellanmål, som resulterar i en nattfasta på 11 timmar eller mindre, ger en ökad förutsättning för äldre och/eller sjuka i vård- och omsorg att få ett fullgott energi- och näringsintag (Socialstyrelsen 2011).

Undernäring och risken att falla har ett tydligt samband, då undernäring innebär förlust av muskelmassa och muskelfunktion. Yrsel och muskelsvaghet efter en lång period av fasta leder lätt till fall på morgonkvisten innan frukost. En undernärd person har mindre skydd vid fall då skyddsmaterial i form att fettväv och muskler saknas. Detta gör att risken för frakturer är mycket hög. Att ge den äldre någonting på sängkanten sen kväll eller tidig morgon är ett enkelt och effektivt sätt att motverka frakturer. Ett fullgott energi- och näringsintag minskar också risken för infektioner, gynnar sårläkning och ger högre livskvalitet (Socialstyrelsen 2020; Livsmedelsverket, 2017).

Att nutritionen är essentiell i förebyggandet av sjukdom, under sjukdomstiden och vid rehabilitering efter sjukdom/skada har blivit extra tydligt under rådande Coronapandemin. Undernäring och därmed ett nedsatt immunförsvar innebär en större risk att drabbas av sjukdom, även Covid-19. De som har drabbats värst av och har högst mortalitet vid Covid-19 är äldre, multisjuka personer och undernärda personer, vilka alla finns inom Välfärd Gävle. (Barazzoni et al. (2020).

Att vi på ett proaktivt sätt arbetar med mat, måltider och nutrition, där nattfastan är en del, är helt avgörande för att vi inom Välfärd Gävle ska kunna möjliggöra hälsa och livskvalitet för våra brukare både nu och i framtiden.



Figur 1. Dygnets alla måltider (Livsmedelsverket, 2019).

Målsättning

Att mäta nattfastans längd är en del av kvalitetsuppföljningen i ledet att minska undernäringen hos äldre. Målet är att nattfastan inte ofrivilligt ska överstiga 11 timmar för någon brukare inom Välfärd Gävles vård- och omsorgsboenden. Detta skall uppnås genom att erbjuda ett kvälls-, natt-, eller tidigt morgonmål som bryter nattfastan.

Effektmål

Effektmålet är att alla brukare ska erbjudas en nattfasta som inte överskrider 11 timmar. Den så kallade erbjudna nattfastan tar hänsyn till brukarens egenbestämmande kring när och om hen vill inta mat och dryck.

Syfte

Syftet med nattfastemätningen är:

- att förebygga och behandla undernäring, genom att identifiera ofrivilligt lång nattfasta hos brukare som lider av eller har risk för undernäring.
- att identifiera brister i rutiner som orsakar att nattfastan överskrider 11 timmar ofrivilligt.
- att skapa en bild av hur nattfastan ser ut i kommunen i förhållande till Livsmedelsverkets och Socialstyrelsens rekommendationer

Metod

Nattfastan mäts under tre nätter på varandra i mars respektive oktober på Gävle kommuns vård- och omsorgsboenden (inom egen regi samt de tre vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad).

Mätningarna genomförs på avsedd blankett ”Blankett för nattfastemätning”, se bilaga 1. Mätningen startas ca kl. 16:00 (middag) dag 1 och avslutas ca kl. 11:00 (frukost) dag 4. Tiden för den faktiska nattfastan och tiden för den erbjudna nattfastan registreras.

- Den faktiska nattfastan avser den längsta tiden från att en brukare intagit något ätbart tills att vederbörande åter intar något.

- Den erbjudna nattfastan mäts på samma sätt, men tar även hänsyn till om brukaren erbjudits något men tackat nej eller inte ätit.

Samtliga brukare som vistas på enheterna under mätperioden registreras. Vissa brukare exkluderas sedan i mätningen med hänsyn till kriterier som annars kan påverka resultatet falskt negativt. De brukare som exkluderas är de som har egen mat och äter på rummet, brukare som har enteral nutrition (sondmat), brukare som avböjt besök nattetid samt brukare som är i ett sent palliativt skede.

Ansvar och tillvägagångssätt

Nutritionsansvarig dietist (NAD) initierar nattfastemätningen via e-post som skickas till samtliga enhetschefer. Alla enheter erbjöds innan mätningarna att boka in möte med dietist för att gå igenom tillvägagångssätt av nattfastemätning.

Enhetschef ansvarar för att meddela berörd personal om mätningarna samt att dessa genomförs på enhetens alla avdelningar. Enhetschef eller samordnare ansvarar för att samla in blanketter och sammanställer resultatet i dokumentet ”Att fyllas i av enhetschef”. Enhetschef eller samordnare skickar resultatet via e-post till NAD som sammanställer resultaten för slutlig rapportering.

De ifyllda blanketterna lämnas till ansvarig sjuksköterska för individuell bedömning av varje brukare. Ansvarig sjuksköterska planerar åtgärder för de personer som har behov av minskad nattfasta och ordinerar individuell nutritionsbehandling.

Resultat

Antal respondenter

768 brukare har registrerats i mätningen, varav 553 har inkluderats. Då många lägenheter stått tomma på flera vård- och omsorgsboenden under perioden för mätning har inte något procentuellt deltagande räknats ut för våren. 28 % (215) av de registrerade brukarna har exkluderats med hänvisning till de olika kriterierna för exkludering.

Bortfall

Fördelningen av bortfallet (215 brukare) var följande:

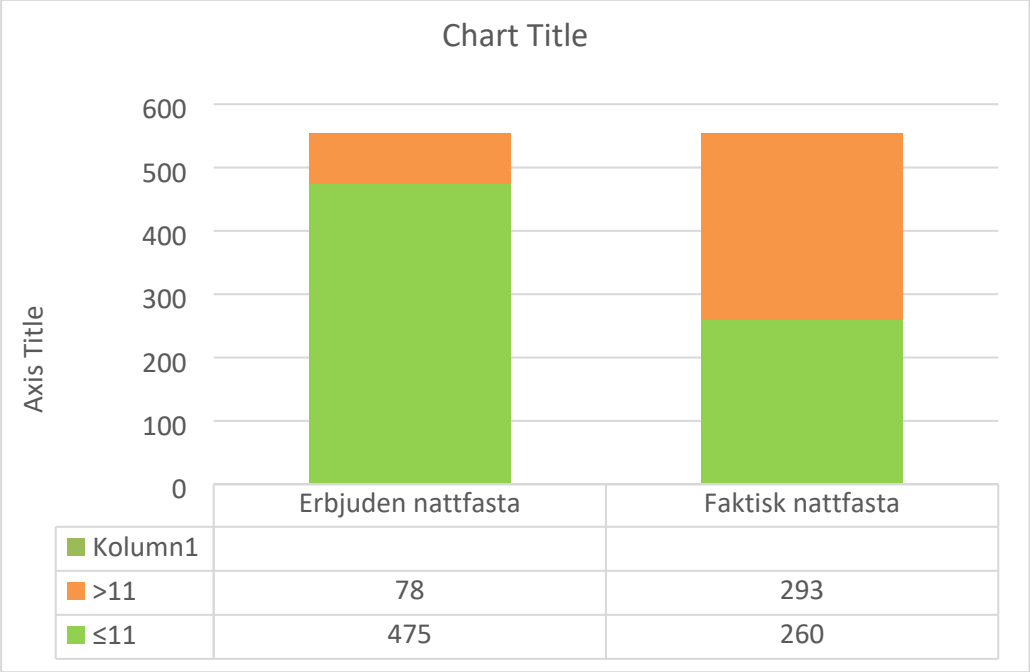
- 50,2% hade egen mat och åt på rummet
- 9,8% var ej hemma vid mättillfället
- 4,2% hade sondmat
- 1,4 % var i palliativt skede
- 23,7% hade avböjt besök nattetid
- 10,7 % exkluderades p.g.a. fel registrering

Erbjuden nattfasta

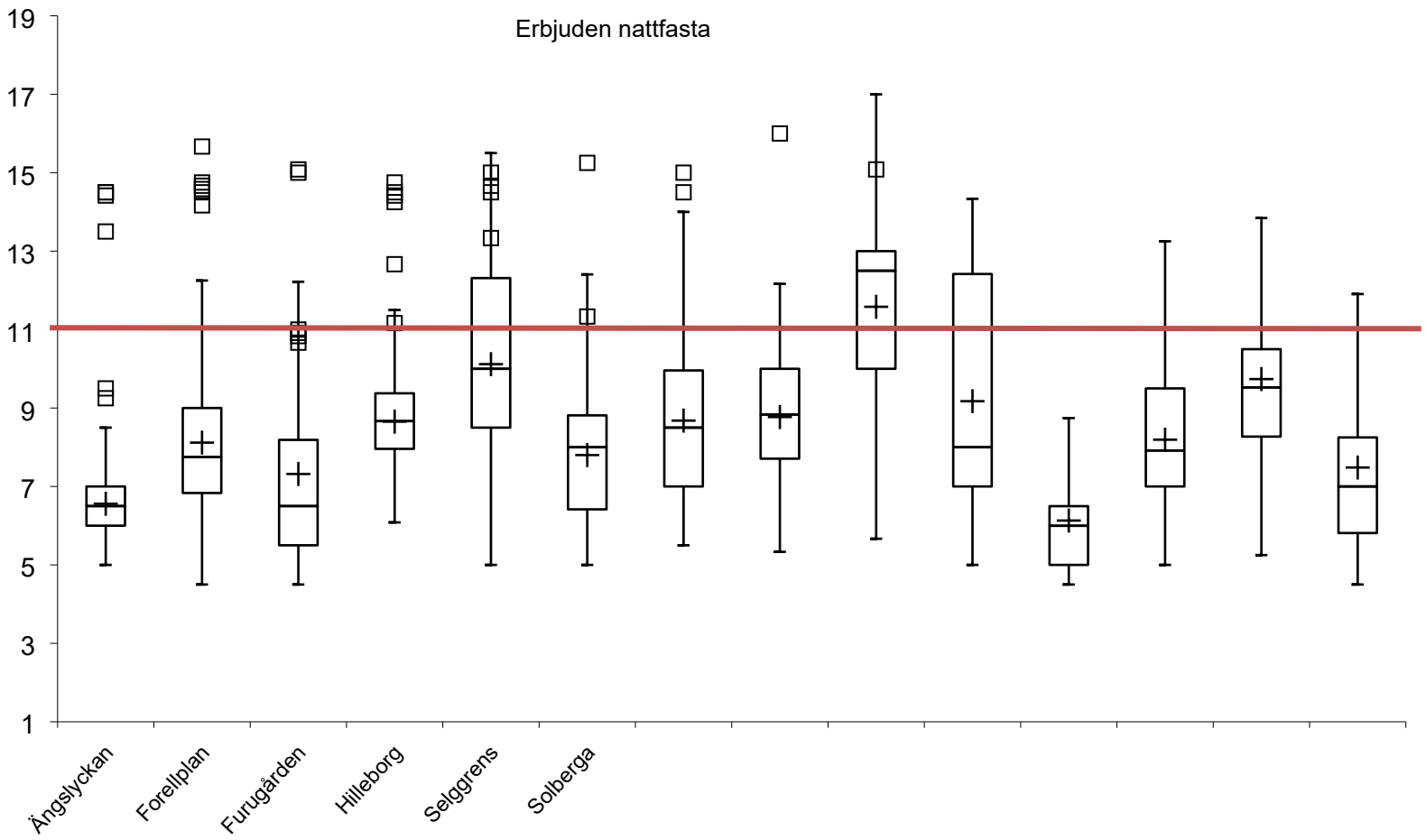
Mätningarna under de aktuella mättillfällena visar att 86 %, 475 av de inkluderade brukarna erbjöds en nattfasta som var 11 timmar eller kortare *(figur 2)*. Medelvärdet för den erbjudna nattfastan på enheterna var 7,5 timmar och medianen 8 timmar.

Nattfastans faktiska längd

Under det aktuella mättillfället hade 47 %, 260 brukare, en faktisk nattfasta som var 11 timmar eller kortare (*figur 2*). Medelvärdet för den faktiska nattfastan på enheterna var 11 timmar och medianen 12 timmar.



Figur 2. Sammanställning av samtliga deltagande enheters erbjudna och faktiska nattfasta. Antal unika individer var 553 st. Det gröna fältet visar antal brukare med tillräckligt kort nattfasta och det orangea visar antal brukare som inte erbjudits eller har haft för lång nattfasta.



Figur 3. Spridning i mätningen över erbjuden fasta på respektive enhet samt för alla deltagande enheter. Spridningen illustreras genom box plot-diagram. Eftersträvansvärt är en liten "låda" och korta "morrhår" under 11 timmar (röda strecket). En brukare förekommer upp till tre gånger i diagrammet (en för varje uppmätt natt).

Den erbjudna nattfastans längd per enhet

Andelen brukare som erbjuds en tillräckligt kort nattfasta varierar mellan enheterna med ett resultat mellan 40 % och 100 % (*tabell* 1).

Tabell 1. Förändringen över tid med avseende på hur stor andel av de registrerade brukarna på respektive enhet samt genomsnitt för alla enheter som har erbjudits/erbjudit en nattfasta på 11 timmar eller kortare.

Vård- och omsorgsboende	Vår -18 (%)	Höst -18 (%)	Höst -19 (%)	Vår-20 (%)	Höst -20 (%)	Vår-21 (%)
Fleminggatan	49	63	26	41	40	40
Forellplan	83	79	85	81	86	93
Furugården	92	84	69	-	90	90
Gävle strand	49	91	63	-	65	86*
Hilleborg	91	75	63	86	88	99
Selggrens	92	82	88	-	89	69
Solberga	71	95	-	-	89	97
Solgårdsgatan	57	34*	47	66	63	71
Vallongården	54	96	– *	-	98	98
Ängslyckan	100	96	43	-	88	100
Sjätte Tvärgatan 26	73	97	100	99	99	98
Stigslund	86	62	90	77	74	80
Vinddraget 14	86	97	88	86	92	99
Medelvärde:	**76**	**83**	**69**	**73**	**82**	**86**

** Blanketterna var genomgående felaktigt ifyllda. För Gävle Strand våren 2021 medverkade inte plan 1 på grund av detta.*

Den faktiska nattfastans längd per enhet

Andelen brukare med en faktisk nattfasta på 11 timmar eller kortare varierar mellan enheterna, med resultat mellan 22% och 82 % vid mätningen. Hilleborg och Vallongården når ett högre resultat jämfört med resterande enheter.

Tabell 2. Förändringen över tid med avseende på hur stor andel av de registrerade brukarna på respektive enhet samt genomsnitt för alla enheter som har en faktisk nattfasta på 11 timmar eller kortare.

Vård- och omsorgsboende	Vår- 18 (%)	Höst -18 (%)	Höst -19 (%)	Vår-20 (%)	Höst -20 (%)	Vår -21 (%)
Fleminggatan	48	35	20	23	22	34
Forellplan	74	50	35	50	39	42
Furugården	70	61	44	-	46	41
Gävle Strand	33	52	47	-	43	48*
Hilleborg	80	44	44	73	73	80
Selggrens	79	66	61	-	52	55
Solberga	46	26	-	-	33	22
Solgårdsgatan	42	12*	23	23	20	31
Vallongården	45	36	– *	-	64	82
Ängslyckan	45	25	25	-	25	24
Sjätte Tvärgatan 26	63	54	93	71	71	71
Stigslund	86	32	44	44	44	31
Vinddraget 14	44	36	40	52	30	46
Medelvärde:	**59**	**45**	**42**	**46**	**43**	**47**

** Blanketterna var genomgående felaktigt ifyllda. För Gävle Strand våren 2021 medverkade inte plan 1 på grund av detta.*

Metoddiskussion

Då nattfastemätningen är en punktprevalensmätning som alla enheter får vetskap om långt i förväg finns en risk för att man vid dessa tre nätter är extra noggrann med att servera mellanmål under dygnets mörka timmar för att efter mätningen gå tillbaka till att inte göra det. Detta kan vara fallet på vissa enheter, vilket vi aldrig kommer att få veta. Det som dock talar emot detta är att resultatet torde vara mycket högre på gruppnivå om alla var extra ”på tårna” med nattfastan under dessa nätter.

En viktig faktor att ta i beaktning vid tolkning av resultatet är att varje enskilt värde har hanterats av tre personer:

- Registrerande omvårdnadspersonal fyller i varje matintag på pappersblankett.
- Chef/samordnare för över varje värde från varje brukare till dokumentet ”Att fyllas i av enhetschef”, vilket dokumenteras avdelningsvis.
- Dietist sammanställer varje avdelnings värden till ett dokument per enhet.

Önskvärt inför framtida nattfastemätningar skulle vara att omvårdnadspersonalen skulle kunna fylla i excelfilen direkt på en läsplatta, detta skulle underlätta datainsamlingen och minimera felaktigheter. Idag finns inte förutsättningar för detta.

Diskussion

Resultatet visar att Välfärd Gävles vård- och omsorgsboenden fortsätter att i hög grad erbjuda brukarna måltider som medför att nattfastan inte överskrider 11 timmar. Det är det bästa resultatet sedan april 2016 och majoriteten av enheterna har uppvisat goda resultat på 90% eller högre.

Två enheter på Gävle Strand, plan 1, hade missuppfattat genomförandet för mätningen och har därför exkluderats efter dialog med enhetschef. På grund av detta kan resultatet för Gävle Strand inte generaliseras för hela boendet.

Vårens mätning påvisar att många enheter har tagit ett omtag kring arbetssättet med nattfasta för att säkerställa att rutinen följs och därmed gett fler brukare förutsättningar för att förkorta sin nattfasta. Vad denna förbättring beror på är svårt att säga, men en förklaring kan vara att Coronapandemins påverkan under våren har

varit mindre påtaglig och att man haft mer energi och tid att lägga på information och diskussion kring uppsatta rutiner överlag.

Medelvärdet för den erbjudna nattfastan var för de tre nätterna 7 timmar och medianen 8 timmar. Samtidigt är medelvärde och median för den faktiska nattfastan 11 respektive 12 timmar. Detta bör betraktas som mycket goda resultat utifrån att målet är max 11 timmar enligt Socialstyrelsens rekommendation.

Hilleborg och Vallongården når fina resultat då de endast har 20 % respektive 18 % av kunderna som faktiskt har för lång nattfasta. Att även den faktiska nattfastan ligger på så hög nivå tyder på ett mycket bra arbete kring nattfasta.

Att det vid mätningen var 53 % av brukarna för som hade för lång nattfasta totalt sett, frivilligt eller ofrivilligt, bör tas på allvar. Detta kan bero på flera anledningar. Några orsaker kan vara:

- Många brukare är inte vana att äta sent på kvällen eller under natten varför man kanske tackar nej.
- Hur och när medarbetare erbjuder mellanmål/nattmål. Chanserna till att man tackar ja till erbjudande om mellanmål/nattmål ökar om medarbetare vid erbjudandet har med sig maten synlig på en bricka eller dylikt och att brukaren får välja mellan ett par alternativ. Kännedom om brukarens rutiner och sovmönster är också viktig för att medarbetarna ska vara beredda att erbjuda något ätbart när det bäst passar denne.
- I samråd med sjuksköterska kan det ibland vara befogat att väcka brukare som tenderar att sova länge och som samtidigt har risk för undernäring. Hos brukare som strikt tackar nej till besök nattetid eller att äta under dygnets mörka timmar kan vi inte påverka nattfastans längd. Vad medarbetare då kan göra är att fortsätta erbjuda mellanmål och informera om vikten av att bryta nattfastan för att förebygga undernäring.

Ett sätt att i framtiden mäta nattfasta skulle kunna vara att endast mäta på de individer med risk för undernäring eller konstaterad undernäring enligt bedömningsinstrumentet MNA (Mini nutritional assassment), då dessa individer

torde vara mest gynnade av en kort nattfasta. Mätningen skulle då minska i omfattning och inte gå att jämföra med tidigare mätningar, men innebära en mer riktad insats.

En punktprevalensmätning ger en ögonblicksbild och resultatet går inte att generalisera för årets alla dagar. Faktorer som kan påverka är bemanning, antal vikarier i tjänst, intresse/medvetenhet hos medarbetarna och den mänskliga faktorn i form av glömska.

Vid tolkning av resultatet är det också av stor vikt att inte bara se till det procentuella resultatet och medel- och medianvärden, utan man behöver också ta hänsyn till spridningen i materialet för att kunna säga något om kvalitén. En liten spridning i en enhets material i kombination med ett högt procentuellt resultat tyder på ett fungerande arbetssätt kring nattfastan som därmed bidrar till en god och jämn kvalitet av vården. I en s.k. låda i box plot-diagrammet (figur 3) finns hälften av alla registrerade värden. Inom de två s.k. morrhåren finns den resterande hälften av alla registrerade värden. Extremvärden får en egen markering i diagrammet då de ligger avsevärt långt bort från median och medelvärdet. En alltför stor spridning i datamaterialet kan när det gäller nattfastan tyda på icke rutinmässiga arbetssätt kring nattfastan eller särskilda anledningar hos den äldre. En viktig fråga att ställa sig är varför vissa har en så pass mycket längre nattfasta än andra, även inom en och samma avdelning.

I denna mätning kan man se att variationen är stor för brukaren med den kortaste och längsta nattfastan (4,5 respektive 15 timmar). Önskvärt är att denna spridning är mindre och ungefär lika stor för varje enhet och för varje avdelning, vilket höjer kvaliteteten. Utifrån tabell 1 och figur 3 kan vi utläsa att det verkar finns samband mellan procentuellt höga resultat och hur spridningen i dess material ser ut. Exempel på detta är Ängslyckan och Vinddraget som har hela sitt material under 11 timmar med undantag från några extremvärden. För dessa enheter kan det antas att brukare med stor sannolikhet erbjuds en hög kvalitet på omhändertagande när det gäller nattfasta oavsett avdelning och dag.

Slutsats

Det är glädjande att se att resultatet våren 2021 har förbättrats ytterligare. Nu är det viktigt att hålla i detta goda arbete och fortsätta jobba med rutinerna kring nattfastan. Att känna sina kunder väl och individanpassa nattmålet därefter är nyckeln till att uppnå en tillräckligt kort nattfasta.

Att Välfärd Gävle mäter nattfastan två gånger per år bidrar med stor sannolikhet till att diskussionen kring mat, måltider och nutrition hålls levande. Ingen brukare ska ofrivilligt ha en nattfasta som överstiger 11 timmar. Arbetet behöver fortsätta med att följa upp nattfastan för att fortsätta förebygga undernäring och dess allvarliga konsekvenser.

Det är av värde att alla enheter oavsett resultat utvärderar sitt arbetssätt, diskuterar hinder och framgångsfaktorer och tar inspiration från enheter med bättre resultat. På så sätt kan nattfastan förkortas på individnivå, men det ger också möjlighet till att minska variationen mellan enheterna för att i framtiden kunna erbjuda ett mer jämlikt nutritionsomhändertagande inom Gävle kommuns vård- och omsorgsboenden.

Referenser

Barazzoni et al. (2020). ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. DOI: https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.022

Livsmedelsverket. (2019). *Bra måltider i äldreomsorgen - Råd för ordinära och särskilda boenden – hemtjänst och äldreboenden.*

Livsmedelsverket. (2019). Bilaga 2 – Dygnets alla måltider. Ingår i Livsmedelsverket *Bra måltider i äldreomsorgen - Råd för ordinära och särskilda boenden – hemtjänst och äldreboenden.* Hämtad från https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrer/dygnets-alla-maltider_aldreomsorg_bilaga.pdf?_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d&_t_q=dygnets+alla+m%c3%a5ltider&_t_tags=language%3asv%2csiteid%3a67f9c486-281d-4765-ba72-ba3914739e3b&_t_ip=90.129.202.197&_t_hit.id=Livs_Common_Model_MediaTypes_DocumentFile/_0bf7d84a-c7ba-4a2e-bf3b-f4d3c3adc6de&_t_hit.pos=1

Livsmedelsverket (2017). *Mat och måltider i äldreomsorgen – vetenskapliga underlag om måltidsmiljö och verksamhetsstruktur, fysiologiska och sensoriska aspekter av åldrandet samt särskilda näringsbehov hos sköra äldre.* Rapport 37.

Socialstyrelsen (2020) *Att förebygga och behandla undernäring – Kunskapsstöd i hälso- och sjukvården och socialtjänst.* Artikelnummer 2020-4-6716.

Socialstyrelsen. (2014). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring*.

Soderstrom et al. (2013). Mealtime habits and meal provision are associated with malnutrition among elderly patients admitted to hospital. *Clinical Nutrition* 32(2) 281-288. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2012.07.013

Gävle KOMMUN

Bilaga 1. Blankett för nattfastemätning

Datum: Boende: Avd: Dag:

Förslag på bra mellanmål för att bryta nattfastan:

Ett glas varm eller kall mjölk, välling, fil, yoghurt, energihutt, proteinhutt.
Smörgås med pålägg om personen är extra hungrig.
OBS! Enbart vatten, svart kaffe och te registreras inte. 1 msk filmjölk eller kräm till medicin registreras inte.

MÄTNING AV NATTFASTA

- Skriv i tiden för när mat serveras. Vi mäter middag till frukost (ca 16:00-11:00)
- Om personen tackar nej, sover eller inte är hemma vid erbjudande av något ätbart sätts ett kryss (X) i rutan bredvid tiden.
- Fyll i avvikelseorsak i sista rutan för brukare som ej ska delta i mätningen.
- Sjuksköterska kopplas in för individer där nattfastan överstiger 11 timmar, efter sammanställning av chef/ samordnare

Rumsnr.	Intag 1		Intag 2		Intag 3		Intag 4		Intag 5		Intag 6		Intag 7		Intag 8		Exkluderas (skriv orsak)
	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	

BRUKARE SOM EXKLUDERAS

Mat på rummet Sondmat Utebliven/ fel registrering
Avböjt besök nattetid Bortrest Palliativt skede

Beslutsärende: Motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80

9

21ON77

Gävle KOMMUN

Tjänsteskrivelse

Handläggare
Helene Svensson
Tfn 026-17 90 91
helene,svensson@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Remissyttrande – Motion från (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80

Förslag till beslut

Att anta yttrandet som sitt eget.

Bakgrund

Omvårdnadsnämnden har ålagts yttra sig i motion från Kristdemokraterna (KD) gällande ”Uppsökande samtal till ensamstående + 80”.

Motionären anser att det finns en stor överhängande risk att den ofrivilliga ensamheten ökar under pandemin som råder. Detta kan leda till både fysisk och psykisk ohälsa. För den som är äldre kan detta få negativa konsekvenser. Motionären anser vidare att det är viktigt att kommunen aktivt fångar upp de äldre som är ensamstående och inte har kontakt med kommunens omsorg. Detta genom ett uppsökande samtal till alla som är 80 år eller äldre.

Motionären yrkar därför på följande:
att uppsökande samtal riktade till alla ensamstående 80 år och äldre i Gävle kommun skall genomföras under 2021.

Sammanfattning

Välfärd Gävle genomförde 2020 uppsökande verksamhet till alla 80 åringar som inte hade något biståndsbeslut eller insats.
Syftet med den uppsökande verksamheten är bland annat att skapa kontakt och ge information om Gävle kommun och vilken samhällsservice som finns för de äldre. Man vill också ge de äldre möjlighet att ta del av de aktiviteter som genomförs och förhindra ohälsa och oro.

Den uppsökande verksamheten genomfördes i maj 2020 via stödlinje Corona och projektet Äldrevänlig kommun genom uppsökande telefonsamtal.

Den uppsökande verksamheten för 2021 är nu i uppstartsfasen och planeras att utföras på samma sätt som föregående år, det vill säga via telefonsamtal.

I år handlar målgruppen som fyller 80 år innevarande år om cirka 550 – 600 individer som ska få ett uppsökande samtal. Välfärd Gävle anser att det förbyggande arbete som redan pågår är tillräckligt.

Välfärd Gävle anser att det förbyggande arbete som redan pågår är tillräckligt och ser därför inte att det är aktuellt att införa det yrkande som motionären ställer.

Yttrande

Välfärd Gävle genomförde 2019 uppsökande verksamhet till alla 80 åringar som inte hade något biståndsbeslut eller insats. Genom att skicka brev till målgruppen informerade man om den samhällsservice som finns. I samband med detta utskick bjöd man även in till en informationsträff på Träffpunkt för seniorer. Där gavs möjligheten att träffa biståndshandläggare samt annan berörd personal inom Välfärd Gävle. Information från samarbetspartners inom relevanta sakområden som till exempel Region Gävleborg lämnades även vid detta tillfälle.
Syftet med den uppsökande verksamheten är bland annat att skapa kontakt och ge information om Gävle kommun och vilken samhällsservice som finns för de äldre. Förra året i maj beslutade projektet Gävle – en äldrevänlig kommun att samarbeta med den uppsökande verksamheten inom Välfärd Gävle. Vid den uppsökande verksamheten som förra året genomfördes via telefonsamtal, på grund av pandemin, fick individen även svara på frågor som berörde projektet Gävle – en äldrevänlig kommun. Via den uppsökande verksamheten, som är lagstadgad, vill man ge de äldre möjlighet att få information om de aktiviteter som genomförs och att även på detta sätt förhindra ohälsa och oro. De uppsökande telefonsamtalen skulle även ge ett underlag för det fortsatta arbetet med att hitta nya former för uppsökande verksamhet. Man informerade även vid dessa tillfällen om Stödlinje Corona. Förhoppningen var också att få fler svar till enkäten för Äldrevänlig kommun. Arbetet med att hitta nya arbetsformer för uppsökande verksamhet påbörjades dock inte våren 2020 på grund av coronapandemin.

Efter de uppsökande telefonsamtalen har Gävle kommun bland annat etablerat kontakt med individer som är ensamma och har ett behov av stöd under pandemin. Tillsammans med individen har man identifierat behovet av stöd och därefter erbjudit kontakter och samtal. Man har även varit ute på promenad. Man har även fått underlag till den framtida uppsökande verksamheten.

Den uppfattning som samtalen gav, var att många 80-åringar är pigga och att de inte har ett behov av hemtjänst. De har sociala kontakter och är aktiva. De individer som hade ett identifierat behov blev hänvisade till t e x anhörigstöd, fixarteam, trygghetslarm eller liknande. De fick även information om de träffpunkter som finns inom kommunen. I dessa samtal undersöktes även hur de intervjuade tycker att Gävle kommun ska kontakta de som fyllde 80 år för att informera om till exempel anhörigstöd och liknande. Samtalen visade att det inte fanns några önskemål om att införa förebyggande hembesök. I övrigt visade samtalen att 65% föredrog ett telefonsamtal, 13% ansåg att de ville besöka en mässa eller liknande, för 7% spelade det inte någon roll, 6% ville ha en skriftlig information, 5% ville ha ett hembesök och 4% ville ha både skriftlig information och samtal.

Den uppsökande verksamheten är nu i inledningsfasen för 2021 års uppsökande samtal. Arbetet kommer att utföras på samma sätt som föregående år, via telefonsamtal, då det framkom i föregående års uppsökande samtal att det är på detta sätt som 80-åringarna vill bli kontaktade. Man anser också att man når fler individer på detta sätt. Tidigare arbete med att bjuda in till olika slags mässor har inte givit ett tillfredsställande resultat. Man nådde bara cirka 10 % av målgruppen. Samtalen som gjordes var mycket uppskattade och gav mycket information som kan användas i ett utvecklingssyfte av arbetet med uppsökande samtal.
I år handlar målgruppen som fyller 80 år innevarande år om cirka 550 – 600 individer som ska få ett uppsökande samtal.

Stödlinjen Corona bemannas av anhörigcenter inom Förebyggande verksamheten, som är en del av Välfärd Gävles verksamheter, den hjälper bland annat till med samtal vid oro. Via stödlinjen Corona finns det även möjlighet att få hjälp med olika serviceinsatser, dessa utförs av volontärer, detta är alltså inte beviljad hemtjänst. Det kan vara att en individ behöver ha hjälp med ett apoteksärende eller att handla matvaror på grund av att de inte själva kan uträtta sitt ärende på grund av restriktioner under pandemin. Stödlinjen Corona har också genom detta arbete kunnat identifiera individer som har blivit så gamla eller så sjuka att de behöver insatser via hemtjänsten som beviljas av kommunen. Man har då slussat individen vidare till handläggare av hemtjänst.

Anhörigcenter inom Gävle kommun anordnar olika utomhusaktiviteter och digitala informationstillfällen för våra medborgare. Anhörigcenter har till exempel ”Promenadprat” både i Boulognerskogen och i Hemlingby. Man har även anordnat ett digitalt samtalscafé med temat stress och ytterligare digitala informationstillfällen inom olika ämnen sker under maj månad. Som anhörig finns också möjligheten att få avslappningsmeditation via telefon.
Anhörigcenter samverkar med både Studieförbundet Vuxenskolan och Region

Gävleborg kring sina aktiviteter. Inom Gävle kommun finns ytterligare aktiviteter via Träffpunkten, som också de under rådande situation har sina aktiviteter utomhus. Här erbjuds man bland annat att spela boule i Nobelparken, gympa i Kvarnparken, gå tipspromenader och förtära medhavd fika med andra deltagare. Seniorradion har i samarbete med Gävle - en äldrevänlig kommun lanserat Seniorönskningen där man kan hälsa till någon eller önska en sång. Kring Valborg anordnades tipspromenader och grillning både i Valbo och i Teknikparken. På gavle.se annonseras vilka olika aktiviteter som erbjuds för seniorer.

Projektet Digivän är ett projekt som bedrivs i samarbete mellan PRO Gävle, Microsoft och Gävle en Äldrevänlig kommun. Projektet syftar till att öka den digitala kunskapen hos seniorer. På så sätt kan de bli mer digitala i sitt vardagsliv. Den ökade digitala kunskapen gör att de kan hålla kontakten med sina anhöriga på ett bättre sätt till exempel via FaceTime och även vara mer aktiva i det digitala samhället i övrigt, tillexempel via Bank-ID. På detta sätt minskar man även isoleringen för seniorerna.

Välfärd Gävle anser att det förbyggande arbete som redan pågår är tillräckligt och ser därför inte att det är aktuellt att införa det yrkande som motionären ställer.

Magnus Höijer
Sektorchef
Välfärd Gävle

Omvårdnadsnämnden har ålagts svara på remiss på motion från Kristdemokraterna (KD) gällande ”Uppsökande samtal till ensamstående +80).
Remissen hanteras för beslut av Omvårdnadsnämnden vid sammanträdet den 17 juni 2021.
Helene Svensson, utredare, har varit ansvarig handläggare i ärendet.
I handläggningen har även Lotta Alm Vahlman, enhetschef Förebyggande och kompetens deltagit.

Motion

Uppsökande samtal till ensamstående +80

Det är en överhängande stor risk att den ofrivilliga ensamheten ökar i och med den pandemi som nu råder. I ensamhetens spår kan psykisk och även fysisk ohälsa följa. För alla som är åldersberikade kan detta ha ödesdigra konsekvenser. Det är viktigt att vi som kommun är aktiva i att bryta de negativa mönster som ofrivilligt tvingats på många av våra äldre. Ett uppsökande samtal till alla ensamstående 80 år och äldre som inte har annan kontakt med kommunens omsorg skulle fånga upp en viktig grupp av de som är i behov av stöd för att bryta sin ofrivilliga isolering.

Gävle kommun har ett fungerande civilsamhälle riktat till seniorer. Kyrkor, samfund och föreningar är på olika sätt aktiva i att forma olika gemenskaper som kan hjälpa människor att lämna ensamheten bakom sig. Här behöver Gävle kommun knyta an och aktivt stödja och stötta i det arbetet. Ett väl fungerande samarbete med dessa organisationer skulle göra väl, inte bara för den enskilde människa utan även för samhället i stort.

Mot bakgrund av detta föreslår Kristdemokraterna i Gävle:

- -att uppsökande samtal riktade till alla ensamstående 80 år och äldre i Gävle kommun skall genomföras under 2021

Jan Myléus

Kristdemokraterna Gävle

Gävle KOMMUN

Missiv

Ärende Dnr 21KS109
Dok/Handl id 21ON77-2
2021-03-02

kommunstyrelsen@gavle.se

Till	Omvårdnadsnämnden
Ärende	Motion från Kristdemokraterna (KD) - Uppsökande samtal till ensamstående +80
Vårt dnr	21KS109
	Begäran om yttrande i rubricerat ärende.
Handlingar	Motion från Kristdemokraterna (KD)
Svarsdatum	Senast den **2 juli 2021**

Upplysningar

När du skriver ett yttrande, svara enbart på den att-sats/att-satser som motionären föreslagit eftersom det är den som ansvarig nämnd eller Kommunfullmäktige tar ställning till. Tänk också på att ett yttrande i sig inte behöver vara omfattande, viktigast i yttrandet är att frågorna nedan ska vara besvarande:

- Är det något som vi redan gör/finns idag? Något som det redan tagits beslut om?
- Är det i linje med ambitioner i politiskt beslutande program eller andra inriktningsbeslut? Är det rimligt och önskvärt i verksamheterna? Förbättrar det för kunden/medborgaren?
- Är det förenligt med lagen?
- Är det möjligt att genomföra detta inom befintlig ram eller behövs det resurstillskott eller omfördelning/nya prioriteringar?

Efter beslut ska protokollsutdrag samt yttrande skickas till Kommunstyrelsens diarium kommunstyrelsen@gavle.se senast angivet svarsdatum. Ange **21KS109** i ämnesraden.

Erika Greis
Registrator
Styrning och stöd
Kanslienheten

Beslutsärende: Besluts- och delegationsförteckning för Omvårdnadsnämnden

10

20ON364

Gävle KOMMUN

Tjänsteskrivelse

Handläggare
Johan Westin
Tfn 026-17 84 83
johan.westin@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Revidering av besluts- och delegationsförteckning

Förslag till beslut

Att anta den reviderade besluts- och delegationsförteckning som är gemensam för Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

Ärendebeskrivning

Omvårdnadsnämndens besluts- och delegationsförteckning för år 2021 antogs den 17 december 2020. Omvårdnadsnämnden fastställde revideringar i den nämndsspecifika delen den 25 mars 2021.
Utifrån organisationsändringar samt önskemål från verksamheter föreslås att besluts- och delegationsförteckningen revideras. Förslaget innebär mindre revideringar inom bland annat fullmakt, hantering av fonder och remisser samt redaktionella förändringar.

Förslag på ändringar

Övergripande ändringar

- Dataskyddsinspektionen ändras till Integritetsmyndigheten i berörda delar.

Gemensamt

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
Förslag				
NY 6.4	Utfärdande av rättegångsfullmakt i tvistemål	12 kap. 8 § rättegångs balken	Sektorchef	Ersättare: Biträdande sektorchef
Nuvarande lydelse				
7.2	Yttranden och yttrande vid remisser till myndigheter, övriga elevärenden, myndighetsbeslut och		Kontorschef	Avser de yttranden som inte finns reglerade i övrigt

	övriga överklaganden som inte är ställt till nämnd			
Förslag				
7.2	Yttranden avseende - sådant som inte är reglerat i besluts- och delegationsförteckningen i övrigt, - direktbesvarande till myndigheter i ärenden ställd till nämnd* - remissvar - övriga elevärenden, samt -myndighetsbeslut och övriga överklaganden.		Kontorschef	*Beslut om att remisser ställd till nämnd ska hanteras av tjänstemannaorganisationen sker i samråd med ordförande.
Nuvarande lydelse				
13.5	Beslut om bidrag - ur fonder till enskilda upp till 25 % av basbelopp samt - till föreningar med verksamhet i överensstämmelse med fondvillkoren		Särskild utsedd handläggare	
Förslag				
13.5	Beslut om bidrag - ur fonder till enskilda upp till 25 % av basbelopp samt - till föreningar med verksamhet i överensstämmelse med fondvillkoren		~~Särskild utsedd handläggare~~ Ekonomichef	Ersättare: Verksamhetschef Planering, analys och utvärdering
Förslag				
NY 13.7	Utföra redaktionella ändringar av besluts- och delegationsförteckningen		Sektorchef	Avser endast redaktionella ändringar, ej ändringar i sak
Förslag				
NY 13.8	Besluta om att hos Kronofogdemyndigheten ansöka om handräckning eller att hos allmän domstol		Jurist	

	ansöka om stämning i ärenden om avhysning av hyresgäst			

Magnus Höijer
Sektorchef
Välfärd Gävle

Gävle KOMMUN

Besluts- och delegationsförteckning för Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden

Välfärd Gävle
2021-06-08

Diarienummer:
20ON364
20AFN170
20SON415

Fastställd:
Omvårdnadsnämnden 2020-12-17 § 183, 2021-03-25 § 38
Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden 2020-12-16 § 162
Socialnämnden 2020-12-15 § 248, 2021-04-27 § 81

Innehållsförteckning

Inledning **4**
Allmänt om delegering 4
Vid delegats frånvaro 4
Anmälan av delegationsbeslut 4
Överklagande 5
Socialnämndens individ- och myndighetsutskott 5
Förkortningar 5
Delegat i gemensamma delen 6
Delegat inom Omvårdnadsnämnden 6
Delegat inom Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden 6
Delegat inom Socialnämnden 7
Gemensamt för Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden **8**
1. Ordförandebeslut 8
2. Avtal 8
3. Handläggning 8
4. Avskrivning av skuld 9
5. Överklagande 9
6. Fullmakt / ombud 10
7. Yttranden 10
8. Allmänna handlingar och sekretess 10
9. Externa köp 11
10. Personuppgifter 11
11. Smittskyddslag 11
12. Lex Sarah 12
13. Övrigt 12
Specifikt för Omvårdnadsnämnden **13**
1. Avgiftshandläggning 13
2. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL 13
3. Hälso- och sjukvård 14
4. Allmänna handlingar och sekretess 14
5. Övrigt 15
Specifikt för Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden **16**
1. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS 16
2. Vuxenutbildning 17
3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL 18
4. Dödsbo 19
5. Övrigt 19
6. Hälso- och sjukvård 19
Specifikt för Socialnämnden **21**
1. Yttranden 21
2. Övrigt 21
3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL 22

4. Insatser för barn och ungdom 24
5. Insatser för vuxna 25
6. Lag om särskilda bestämmelser för vård av unga, LVU 26
7. Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM 28
8. Familjerättsärende 29
9. Alkohollag 30
10. Lotterilag 32
11. Lag om handel med vissa receptfria läkemedel 32
12. Lag om tobak och liknande produkter 32

Specifikt för Socialjouren Delegerat av Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden 35

1. Socialtjänstlagen, SoL 35
2. Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU 35
3. Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM 36

Inledning

Denna besluts- och delegationsförteckning avser Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden. Besluts- och delegationsförteckning inleds med en gemensam del för de tre nämnderna. I den delen finns delegering gällande exempelvis ordförandebeslut, handläggning, avtal, avgifter, fullmakter, yttranden, allmänna handlingar, sekretess och personuppgifter. De nämndspecifika delarna behandlar frågor som endast rör en nämnd. Närliggande sakfrågor kan dock finnas under både den gemensamma delen och även under den specifika delen.
Syftet är att där samla beslut som är gemensamma inom de tre nämnderna och att på så vis få samma nivå på delegat. Delegationsförteckning är indelad efter lagrum samt ärendeområde.

Allmänt om delegering

I kommunallagen stadgas att kommunal nämnd ska bedriva verksamheten i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Fullmäktige ska utfärda reglementen med närmare föreskrifter om nämndernas verksamhet och arbetsformer. Enligt kommunallagen får nämnd uppdra åt utskott, ledamot eller ersättare eller anställd hos kommunen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Dock får beslutanderätten inte delegeras i:

- ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
- framställning eller yttrande till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet har överklagats,
- ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
- medborgarförslag som väckts genom e-petition och som lämnats över till nämnden, samt
- ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

Ärenden av principiell eller avvikande beskaffenhet eller av avsevärd ekonomisk betydelse ska avgöras av nämnden. Delegat kan, efter beslut av berörd chef, hänskjuta beslut av särskild svårighetsgrad till högre nivå i beslutsorganisationen. Även beslutsfattares överordnad har beslutanderätt i respektive ärendegrupp när ordinarie befattningshavare inte tjänstgör, exempelvis beslut om vård- och omsorgsboende kan beslutas av kontorschef för myndighet. Den som mottagit delegationsuppdrag (delegat) får enligt gällande delegationsregler inte delegera uppdraget vidare till annan. Vidaredelegering är med andra ord inte tillåten, med undantag för vad som sägs i 6 kap. 36–37 §§ kommunallagen.

Vid delegats frånvaro

Vid delegats frånvaro träder i första hand en annan utsedd handläggare på samma eller högre nivå in i delegatens ställe och kan fatta de beslut denne skulle ha fattat.

Anmälan av delegationsbeslut

Enligt kommunallagen ska varje nämnd besluta om i vilken utsträckning beslut som fattas på delegation ska anmälas till nämnden. Samtliga brådskande beslut som beslutas av nämndsordföranden, så kallade ordförandebeslut, (enligt 6 kap. 39 § kommunallagen) anmäls till nästkommande nämndsammanträde.
När beslutet har anmälts på nämndens sammanträde noteras anmälan i sammanträdesprotokollet. Beslut som kan överklagas enligt laglighetsprövning går att överklaga fram till att tre veckor har gått från datumet då protokollet anslogs. Varje delegat ansvarar för att anmälan görs när det gäller beslut som kan överklagas via laglighetsprövning.

Överklagande

Förvaltningsbesvär

Ett beslut får överklagas av den som beslutet går emot om beslutet kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt. Beslutet kan bara överklagas av den det angår. I skollagen anges alla beslut som kan överklagas till förvaltningsrätten eller Skolväsendets överklagandenämnd enligt förvaltningsbesvär om inte direkt förbud för detta regleras.

Laglighetsprövning

Delegationsbeslut som inte kan överklagas med förvaltningsbesvär kan överklagas genom laglighetsprövning om inte direkt förbud för detta regleras. Laglighetsprövning innebär att domstolen endast gör en prövning av beslutets laglighet och inte lämplighet. Endast den som är medlem i kommunen kan överklaga.

Socialnämndens individ- och myndighetsutskott

Socialnämnden har inrättat ett individ- och myndighetsutskott under mandatperioden 2019 – 2022 som beslutar i ärenden enligt:

- socialtjänstlagen (SoL),
- lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU),
- lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM),
- föräldrabalken (FB),
- alkohollagen, samt
- tobakslagen.

Förkortningar

AFN	Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden
CSN	Centrala studiestödsnämnden
FMN	Föräldraföreningen mot narkotika
GDPR	General data protection regulation (Dataskyddsförordningen)
HSL	Hälso- och sjukvårdslag
HVB	Hem för vård och boende
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
LOU	Lag om offentlig upphandling
LOV	Lag om valfrihetssystem
LVM	Lag om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga
ON	Omvårdnadsnämnden
RIA	Socialt arbete på kristen grund (organisation Hela Människan)
SFB	Socialförsäkringsbalk
SFS	Socialtjänstförordning
SJ	Socialjour
SKR	Sveriges kommuner och regioner
SoL	Socialtjänstlag
SoL/psyk	Socialtjänstlag/målgruppen, personer med psykisk funktionsnedsättning
SON	Socialnämnden
Äo	Äldreomsorg

Delegat i gemensamma delen

Ordförande i Arbetsmarknadsmarknads- och funktionsrättsnämnden
Ordförande i Omvårdnadsnämnden
Ordförande i Socialnämnden
Sektorchef
Biträdande sektorchef
Enhetschef
1:e socialsekreterare
1:e handläggare
Enhetschef i verkställighet
Socialsekreterare (barnsekreterare likställs med socialsekreterare)
Försörjningsstödshandläggare
Familjerättssekreterare
Biståndshandläggare SoL
Biståndshandläggare SoL/psyk
Biståndshandläggare SoL/LSS
Ekonomichef
Enhetschef handläggning
Verksamhetschef handläggning
Individ- och myndighetsutskott
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)
Delegat i ursprungsbeslut
Jurist
Kontorschef myndighet
Dataskyddsamordnare
Socialt ansvarig samordnare
Enhetschef inom försörjningsstödsenheten
Delegatens överordnade chef
Särskild utsedd handläggare*
Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

Delegat inom Omvårdnadsnämnden

Biståndshandläggare SoL
Biståndshandläggare SoL/psyk
Biståndshandläggare SoL/LSS
Avgiftshandläggare
Enhetschef i handläggning
Enhetschef i verkställighet
Särskild utsedd handläggare*
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)
Boendesamordnare
Verksamhetschef HSL
Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

Delegat inom Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Biståndshandläggare SoL/psyk
Biståndshandläggare SoL/LSS
Administratör LSS
Avgiftshandläggare
Socialsekreterare
1:e socialsekreterare
Försörjningsstödshandläggare
1:e handläggare
Enhetschef myndighet
Enhetschef uppdragstagarenheten

Enhetschef försörjningsstödsenheten
Verksamhetschef myndighet
Enhetschef i verkställighet
Verksamhetschef administrativt stöd
Rektor
Boendesamordnare
Ordförande i Antagningsråd
Särskild utsedd handläggare*
Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

Delegat inom Socialnämnden

Ordförande
Individ- och myndighetsutskott
Socialsekreterare (barnsekreterare likställs med socialsekreterare)
1:e socialsekreterare (1:e barnsekreterare likställs med 1:e socialsekreterare)
Handläggare
1:e handläggare
Familjerättssekreterare
Familjerättsassistent
Familjehemssekreterare
Alkoholhandläggare
Restauranginspektör
Avgiftshandläggare
Enhetschef myndighet
Enhetschef mottagningsenheten
Enhetschef utredningsenhet uppdragstagare
Enhetschef familjehemsenheten
Enhetschef socialjour
Enhetschef förebyggande enheten
Enhetschef utredningsenheten Barn
Enhetschef utredningsenheten Ungdom
Enhetschef utredningsenhet Vuxna
Enhetschef Livsmedel och tillstånd
Samordnare utredningsenhet uppdragstagare
Särskild utsedd handläggare*
Särskild utsedd tjänsteman enligt namnförteckning**
Socialsekreterare socialjour
Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

* ”Särskild utsedd handläggare” utses av verksamhetschef eller annan överordnad chef
** ”Särskilt utsedd tjänsteman” utses av Socialnämnd

Gemensamt för Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Ordförandebeslut				
1.1	Beslut på nämndens vägnar i ärende som är så brådskande, att nämndens avgörande inte kan avvaktas	6 kap. 39 § kommunal-lagen	Ordförande i Socialnämnden, Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	
2. Avtal				
2.1	Tecknande av sektorsövergripande avtal		Sektorchef	Motsvarar firmatecknare Ersättare: ekonomichef och biträdande sektorchef
2.2	Tecknande av avtal med externa utförare av verksamhet		Biträdande sektorchef	Driftsentreprenads avtal (LOU) ramavtal (LOU) och avtal om att bli extern utförare enligt LOV
2.3	Tecknande samverkansavtal eller förlängning av pågående avtal med kommuner, regioner samt motsvarande		Sektorchef	Kan även gälla kommuner eller motsvarande och myndigheter i utlandet
3. Handläggning				
3.1	Beslut att avskriva eller avvisa ärende		Enhetschef inom handläggning 1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
3.2	Beslut i sakfrågan, vid ansökan, när utredning inte kan genomföras		Enhetschef inom handläggning	
3.3	Anmälan till överförmyndaren när behov av god man, förmyndare eller förvaltare föreligger, samt när sådant behov upphör	Socialtjänst-förordningen 5 kap 3 § LSS 15 § 6 st.	Enhetschef i verkställighet* Socialsekreterare Försörjningsstöds-handläggare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	*Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag
3.4	Beslut att avvisa ombud och biträde då skäl föreligger	14 § Förvaltnings-lagen	Socialsekreterare Försörjningsstöds-handläggare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
3.5	Föreläggande att styrka ombudets behörighet	15 § Förvaltnings-lagen	Socialsekreterare Försörjningsstöds-handläggare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
4. Avskrivning av skuld				
4.1	Beslut om nedskrivning av eller befrielse från skuld avseende debiterad avgift till enskild	8 kap 1-2 §§ SoL 9 kap 4 § SoL	Ekonomichef	
5. Överklagande				
5.1	Yttrande med anledning av överklagande av delegats beslut		Delegat i ursprungsbeslut Jurist	I första hand delegat i ursprungsbeslut
5.2	Omprövning vid överklagande av beslut	46 § Förvaltnings-lagen	Delegat i ursprungsbeslut	
5.3	Beslut om avvisning av för sent inkommen överklagan	45 § Förvaltnings-lagen	Delegat i ursprungsbeslut	Beslutet benämns rättidsprövning
5.6	Prövning vid jävsinvändning	16-18 §§ Förvaltnings-lagen	Enhetschef inom handläggning	
5.7	Beslut att begära eller att ej begära prövningstillstånd samt beslut att överklaga eller att ej överklaga domstolsbeslut till förvaltningsrätt och kammarrätt		Enhetschef inom handläggning Individ- och myndighetsutskott*	*Individ- och myndighets-utskottet har beslutanderätt i egna fattade beslut
5.8	Beslut att begära prövningstillstånd till Högsta Förvaltningsdomstolen		Kontorschef Individ- och myndighetsutskott*	*Individ- och myndighets-utskottet har beslutanderätt i egna fattade beslut
5.9	Beslut om föreläggande för en enskild att avhjälpa en brist i en framställning	20 § Förvaltnings-lagen	Delegat i ursprungsbeslut	
5.10	Beslut att avslå begäran om att avgöra ett ärende	12 § Förvaltnings-lagen	Enhetschef inom handläggning	
5.11	Yttrande vid överklagan om beslut enligt punkt 5.10		Enhetschef inom handläggning	
5.12	Beslut om begäran om inhibition	28 § Förvaltnings-processlagen	Enhetschef inom handläggning Kontorschef Individ- och myndighetsutskott*	* Individ- och myndighets-utskottet har beslutanderätt i egna fattade beslut

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
6. Fullmakt / ombud				
6.1	Beslut att företräda nämnden i domstol i ärenden som rör enskild, eller beslut att utse ombud i sådana fall	10 kap 2 § SoL	Enhetschef Jurist	
6.2	Beslut om fullmakt att företräda nämnden i övriga mål och ärenden, eller beslut att utse ombud i sådana fall	10 kap 2 § SoL	Kontorschef Jurist	
6.3	Utfärdande av fullmakt och kvittens av ankommande värdepost		Sektorchef	Ersättare: Biträdande sektorchef
6.4	Utfärdande av rättegångsfullmakt i tvistemål	12 kap. 8 § rättegångsbalken	Sektorchef	Ersättare: Biträdande sektorchef
7. Yttranden				
7.1	Yttrande till överförmyndare eller tingsrätt angående förordnande av god man eller förvaltare	11 kap 16 § Föräldrabalken	Socialsekreterare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS Enhetschef i verkställighet*	*Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag
7.2	Yttranden avseende - sådant som inte är reglerat i besluts- och delegationsförteckningen i övrigt, - direktbesvarande till myndigheter i ärenden ställd till nämnd* - remissvar - övriga elevärenden, samt -myndighetsbeslut och övriga överklaganden.		Kontorschef	*Beslut om att remisser ställd till nämnd ska hanteras av tjänstemannaorganisationen sker i samråd med ordförande.
7.3	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och övriga tillsynsmyndigheter (exempelvis: Skolinspektionen, Diskrimineringsombudsmannen och Justitiekanslern) som rör individärenden	13 kap 5 § SoL	Ordförande i Socialnämnden, Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	Yttranden till Justitie-ombudsmannen beslutas alltid av nämnd
7.4	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och domstol gällande ej verkställda gynnande beslut	16 kap 6a § SoL	Ordförande i Socialnämnden, Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	
8. Allmänna handlingar och sekretess				
8.1	Fatta överklagbart beslut att inte lämna ut journaler och handlingar som härrör från verksamhet enligt SoL, LSS, LVU och LVM	2 kap 1 och 2 §§ i Tryckfrihets-förordningen, 6 kap. 3-4 § samt 10 kap 4, 13-14 §§ i	Enhetschef Enhetschef i verkställighet*	*Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag Utelämnande av allmän handling är

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
		Offentlighets- och sekretess-lagen		verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande
8.2	Fatta överklagbart beslut om att inte lämna ut allmän handling till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild	2 kap. 1 och 15 § Tryckfrihets-förordningen, tillämpliga lagrum i Offentlighets- och sekretesslagen	Sektorchef* Kontorschef	*Gäller handlingar som ej härrör till ett kontor Utlämnande av allmän och offentlig handling är verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande
9. Externa köp				
9.1	Beslut om köp av tjänst i annan kommun eller enskild verksamhet inom ramavtal samt undertecknande av placeringskontrakt		Enhetschef inom handläggning	
9.2	Beslut om köp av tjänst i annan kommun eller enskild verksamhet utom ramavtal samt undertecknande av placeringskontrakt		Verksamhetschef myndighet	
10. Personuppgifter				
10.1	Befogenhet att underteckna personuppgiftsbiträdesavtal för den personuppgiftsansvariges del	Art. 28 GDPR	Biträdande sektorchef	
10.2	Beslut att inte anmäla en personuppgiftsincident till tillsynsmyndigheten när det är osannolikt att personuppgiftsincidenten medför en risk för fysiska personers rättigheter och friheter	Art. 33.1 GDPR	Dataskyddssamordnare	
10.3	Beslut att helt eller delvis avslå den registrerades begäran eller inte vidta åtgärder med anledning av begäran	Art. 12, Art. 15-22 GDPR	Dataskyddssamordnare	Avser rätten till tillgång (registerutdrag), rätten till rättelse och radering, rätten att bli bortglömd, rätten till begränsning av behandling, rätten till dataportabilitet, rätten att göra invändningar och automatiserat beslutsfattande
10.4	Beslut att förlänga tiden för tillhandahållande av information till den registrerade vid komplicerad begäran, maximalt ytterligare två månader	Art. 12.3 GDPR	Dataskyddssamordnare	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
10.5	Beslut att ta ut en avgift vid uppenbart ogrundade och orimliga begäranden från den registrerade	Art. 12.5 a-b GDPR	Dataskyddssamordnare	
11. Smittskyddslag				
11.1	Lämna upplysningar till smittskyddsläkare efter underrättelse från denne	6 kap 11 § Smittskydds-lagen	Enhetschef inom handläggning och verkställighet 1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
11.2	Anmäla till smittskyddsläkare om den smittade inte följer de meddelade förhållningsreglerna	6 kap 12 § Smittskydds-lagen	Enhetschef inom handläggning och verkställighet 1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
12. Lex Sarah				
12.1	Beslut att anmäla ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till Inspektionen för vård och omsorg	14 kap 7 § SoL 24 f § LSS	Socialt ansvarig samordnare	Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag
12.2	Beslut att avsluta Lex Sarah-utredning	14 kap 6 SoL 24 e § LSS	Socialt ansvarig samordnare	Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag
13. Övrigt				
13.1	Beslut om avvikelse från gällande besluts- och delegationsförteckning (t ex för vikarierande och nyanställd socialsekreterare, handläggare, försörjningsstödshandläggare, biståndshandläggare)		Delegatens överordnade chef	Avser endast möjligheten att minska beslutanderätten. Vidaredelegation utöver delegations-förteckningen är ej tillåtet
13.2	Anmälan om bidragsbrott	6 § Bidrags-brottslag	Enhetschef inom försörjningsstöd Enhetschef myndighet	Gäller bara vid utbetalningar till enskild, enligt lag
13.3	Beslut att begära utdrag ur belastningsregistret och/eller misstankeregistret		Enhetschef Socialsekreterare Familjehemssekreterare Familjerättssekreterare Samordnare utredningsenhet uppdragstagare	I de verksamheter där det är lagstyrt
13.4	Under löpande år besluta om förändringar av mottagningsattestanter och beslutsattestanter		Sektorchef	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
13.5	Beslut om bidrag - ur fonder till enskilda upp till 25 % av basbelopp samt - till föreningar med verksamhet i överensstämmelse med fondvillkoren		Ekonomichef	**Ersättare: Verksamhetschef Planer**
13.6	Anmälan och ändringar i Omsorgsregistret (IVO)	7 kap 1 § SoL 23 § LSS	Särskild utsedd handläggare	
13.7	Utföra redaktionella ändringar		Sektorchef	Avser endast redaktionella ändringar, ej ändringar i sak
13.8	Besluta om att hos Kronofogdemyndigheten ansöka om handräckning eller att hos allmän domstol ansöka om stämning i ärenden om avhysning av hyresgäst		Jurist	

Specifikt för Omvårdnadsnämnden

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Avgiftshandläggning				
ON 1.1	Beslut om avgift inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde	8 kap. 2-9 §§ SoL	Avgiftshandläggare	
ON 1.2	Beslut om individuellt tillägg avseende kostnad för – dubbelt boende – arvode till god man – övriga utgifter	8 kap. 2-9 §§ SoL	Avgiftshandläggare	
2. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL				
ON 2.1	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.2	Beslut om bistånd i form av vård- och omsorgsboende	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.3	Beslut om rätten till medboende	4 kap. 1 c § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.4	Beslut om bistånd i form av trygghetstelefon	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.5	Beslut om bistånd i form av dagverksamhet	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.6	Beslut om bistånd i form av resursplats	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef Myndighet	
ON 2.7	Beslut om bistånd i form av avlösningsvistelse	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.8	Beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	Utföraren sätter in akuta och nödvändiga insatser (även vak) som upp-kommer under obekväm arbetstid, men runt hemsjukvårds-patienter godkänner konsultsjuksköterska under obekväm arbetstid att akut behov av vak sätts in.
ON 2.9	Beslut om insatser enligt förenklat beslutsfattande utifrån fastställda kriterier	4 kap. 2 a § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
ON 2.10	Beslut om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL vid flytt från annan kommun	2 a kap. 8-9 §§ SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	Beslutet benämns förhandsbesked
3. Hälso- och sjukvård				
ON 3.1	Beslut om att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla vissa allvarliga skador i hälso- och sjukvården	3 kap. 5 § Patientsäker-hetslagen 4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårds-förordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig Sjuksköterska Medicinsk ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
ON 3.2	Beslut om rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårds-förordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinsk ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
ON 3.3	Beslut om att utse ansvarig sjuksköterska för läkemedelsförråd och läkemedelsrekvisition inom särskilda boendeformer samt hemsjukvård	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårds-förordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
ON 3.4	Undertecknande av samverkansavtal för läkarmedverkan	16 kap. 1 § HSL	Verksamhetschef HSL	
ON 3.5	Beslut om anmälan av legitimerad personal som kan utgöra fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).	3 kap. 7 § Patientsäker-hetslagen (2010:659)	Biträdande sektorchef	
ON 3.6	Anmälan och revidering i vårdgivarregistret (IVO)	2 kap. Patientsäker-hetslagen (2010:659)	Särskild utsedd handläggare	
ON 3.7	Yttranden till patientnämnd		Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)	
4. Allmänna handlingar och sekretess				
ON 4.1	Fatta överklagbart beslut om att inte lämna ut journaler och handlingar som härrör från verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen	2 kap. 1 och 2 § i Tryckfrihets-förordningen, 6 kap. 3-4 § samt 10 kap. 4, 13-14 §§ i Offentlighets- och sekretesslagen 8 kap. 2 i Patientdatalagen	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinskt ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad. Utlämnande av allmän handling är verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
5. Övrigt				
ON 5.1	Undertecknande samt uppsägning av andrahandskontrakt vid uthyrning av lägenhet i vård- och omsorgsboende		Enhetschef i verkställighet Boendesamordnare*	*Gäller bara vid driftsentreprenader

Specifikt för Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS				
AFN 1.1	Beslut om personkretstillhörighet	1 och 7 §§ LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.2	Beslut om biträde av personlig assistent	9 § 2 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.3	Beslut om ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans utöver assistansersättning	9 § 2 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.4	Beslut om ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans	9 § 2 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.5	Beslut om merkostnad för sjuklön	9 § 2 p. LSS	Administratör LSS	
AFN 1.6	Beslut om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 p. till annan än den ersättningsberättigade	11 § LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.7	Beslut om att kräva återbetalning vid felaktig ekonomisk ersättning enligt 9 § 2 p. LSS	12 § LSS	Enhetschef myndighet	
AFN 1.8	Beslut om ledsagarservice	9 § 3 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.9	Beslut om biträde av kontaktperson a) upp till 20 timmar/månad	9 § 4 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
	b) över 20 timmar/månad	9 § 4 p. LSS	Enhetschef myndighet	
AFN 1.10	Beslut om arvode och omkostnadsersättning utöver nämndens fastställda princip		Enhetschef uppdragstagarenhet	
AFN 1.11	Beslut om avlösarservice i hemmet	9 § 5 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.12	Beslut om korttidsvistelse utanför hemmet	9 § 6 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.13	Beslut om korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov	9 § 7 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.14	Beslut om boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet	9 § 8 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.15	Beslut om bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	9 § 9 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.16	Beslut om daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig	9 § 10 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.17	Fastställande av avgift från förälder i samband med placering av barn	20 § LSS, 6 kap. 2-4 §§ SFS	Avgiftshandläggare	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
AFN 1.18	Beslut om att nämnden ska uppbära underhållsstöd	20 § LSS 18 kap. 19 § Socialför-säkringsbalken	Avgiftshandläggare	
AFN 1.19	Upprättande av individuell plan vid begäran från den enskilde	10 § LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.20	Beslut om bistånd enligt 9 § LSS vid flytt från annan kommun	16 § LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	Beslutet benämns förhandsbesked
2. Vuxenutbildning				
AFN 2.1	Mottagande av elev till grundläggande vuxenutbildning	20 kap. 13 § och 2 st 14 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.2	Beslut om behörighet till utbildning på gymnasial nivå	20 kap 20 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.3	Beslut om samt yttrande över interkommunal ersättning inom gymnasial vuxenutbildning; a) Vid beviljande	20 kap. 21 § Skollagen	Rektor	
	b) Vid avslag	20 kap. 21 § Skollagen	Ordförande i antagningsråd	Ersättare: vice ordförande
AFN 2.4	a) Mottagande av elev till gymnasial utbildning	20 kap. 22 § Skollagen	Rektor	
	b) Antagning av elev till gymnasial utbildning	20 kap. 23 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.5	Mottagande av elev till svenska för invandrare	21 kap. 7§ Skollagen	Rektor	
AFN 2.6	a) Mottagande av elev till särskild utbildning för vuxna	21 kap. 7 § Skollagen	Rektor	
	b) Antagning av elev till särskild utbildning för vuxna	21 kap. 7 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.7	Beslut om vilka nationella kurser som ska ges	2 kap. 9 § Förordning för vuxen-utbildning	Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.8	Beslut om vilka kurser eller delkurser som ska anordnas	2 kap. 4 § Förordning för vuxen-utbildning	Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.9	Beslut om dispens avseende underåriga sökande	3 kap 2 § Förordning för vuxenutbildning	Rektor	
AFN 2.10	Beslut om undantag från att utbildningen i svenska för invandrare ska omfatta mindre eller mer än 15 timmars undervisning under en fyraveckorsperiod	20 kap. 24 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.11	Beslut om att utbildning på kursen ska upphöra för elev	20 kap. 9 § Skollagen	Rektor	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
AFN 2.12	Beslut om att låta elev återuppta studier där beslut om att utbildningen ska upphöra efter beslut i enlighet med 2.9 eller efter avstängning	20 kap. 9 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.13	Beslut om avgift för böcker och andra lärverktyg	20 kap. 7 § och 21 kap. 6 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.14	Beslut om att en person ska anses ingå i målgruppen som kan ansöka om studiestartsstöd		Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.15	Upprätta plan mot kränkande behandling	6 kap. 6-8 §§ Skollagen	Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.16	Utreda omständigheter och vidta åtgärder avseende kränkande behandling	6 kap. 10 § Skollagen	Rektor	
3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL				
AFN 3.1	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare 1:e handläggare Försörjningsstöds-handläggare Biståndshandläggare SoL/psyk och SoL/LSS	
AFN 3.2	Beslut om försörjningsstöd enligt norm + 10 %	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Försörjningsstöds-handläggare Särskild utsedd handläggare	
AFN 3.3	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt upp till 10 % av basbelopp	4 kap. 1-2 §§ SoL	Socialsekreterare Försörjningsstöds-handläggare Särskild utsedd handläggare	
AFN 3.4	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt upp till 25 % av basbelopp	4 kap. 1-2 §§ SoL	1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
AFN 3.5	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt upp till ett basbelopp	4 kap. 1-2 §§ SoL	Enhetschef försörjningsstödsen heten	
AFN 3.6	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt över ett basbelopp	4 kap. 1-2 §§ SoL	Verksamhetschef försörjningsstödsen heten	
AFN 3.7	Beslut om återkrav av felaktigt utgivet ekonomiskt bistånd	9 kap. 1 § SoL	Enhetschef försörjningsstödsen heten	
AFN 3.8	Beslut om bistånd i form av förvaltning av egna medel	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef försörjningsstödsen heten	
AFN 3.9	Undertecknande samt uppsägning av förstahandskontrakt av lägenhet i serviceboende		Verksamhetschef administrativt stöd Lokalsamordnare	I första hand verksamhetschef administrativt stöd

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
AFN 3.10	Undertecknande samt uppsägning av andrahandskontrakt vid uthyrning av lägenhet i gruppboende, serviceboende samt gruppbostad och servicebostad		Boendesamordnare *	*även vid driftsentreprenad
AFN 3.11	Beslut om bistånd i form av gruppboende och serviceboende	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL/psyk och SoL	
AFN 3. 12	Beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet (s k boendestöd och personligt stöd)	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL/psyk och SoL/LSS	Utföraren sätter in akuta och nödvändiga insatser (även vak) som upp-kommer under obekväm arbetstid, men runt hemsjukvårds-patienter godkänner konsultsjuksköterska under obekväm arbetstid att akut behov av vak sätts in.
AFN 3.13	Beslut om att avslå ansökan om bistånd i form av kontaktperson	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL/psyk	Beslut om att bevilja bistånd fattas av Arbetsmarknads- och funktions-rättsnämnden
AFN 3.14	Beslut om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL vid flytt från annan kommun	2 a kap. 8 §§ SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	Beslutet benämns förhandsbesked och avser socialpsykiatri
4. Dödsbo				
AFN 4.1	Dödsboanmälan	20 kap. 8 § Ärvdabalken	Särskild utsedd handläggare	
AFN 4.2	Omhändertagande av dödsbo	18 kap. 2 § Ärvdabalken	Enhetschef försörjningsstödsen heten	
5. Övrigt				
AFN 5.1	Beslut om kommunalt bostadstillägg enligt kommunfullmäktigebeslut 22 juni 2015		Särskild utsedd handläggare	
AFN 5.2	Beslut i vissa situationer ordna gravsättning enligt begravningslagen	5 kap. 2 § begravnings-lagen	Enhetschef försörjningsstöds-enheten	
6. Hälso- och sjukvård				
AFN 6.1	Beslut om att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla vissa allvarliga skador i hälso- och sjukvården	3 kap. 5 § Patientsäker-hetslagen	Medicinskt ansvarig Sjuksköterska	Kommunen har ansvar även i externa

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
		4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårds-förordningen (2017:80)	Medicinsk ansvarig för rehabilitering	verksamheter på entreprenad
AFN 6.2	Beslut om rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårds-förordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinsk ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
AFN 6.3	Beslut om att utse ansvarig sjuksköterska för läkemedelsförråd och läkemedelsrekvisition inom särskilda boendeformer samt hemsjukvård	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårds-förordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
AFN 6.4	Yttranden till patientnämnd		Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)	
AFN 6.5	Fatta överklagbart beslut om att inte lämna ut journaler och handlingar som härrör från verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen	2 kap. 1 och 2 § i Tryckfrihetsförordningen, 6 kap. 3-4 § samt 10 kap. 4, 13-14 §§ i Offentlighets- och sekretesslagen 8 kap. 2 i Patientdatalagen	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinskt ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad. Utlämnande av allmän handling är verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande

Specifikt för Socialnämnden

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Yttranden				
SON 1.1	Yttrande angående undantag från bestämmelserna om förbud för barn under 15 år att medverka vid offentliga tillställningar	21 § Allmänna ordningsstadgan	Enhetschef inom mottagningsenhet, utredningsenheten barn, utredningsenheten ungdom och familjehemsenheten	
SON 1.2	Yttranden i frågor om körkort, trafikkort, flygcertifikat, vapenlicens och hemvärnet		Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen Jurist	
SON 1.3	Yttrande till polismyndigheten om utfärdande av pass för barn under 18 år	3 § Passförordning	Socialsekreterare Familjerättssekreterare	
SON 1.4	Yttrande till allmän domstol om överlämnande till särskild vård för unga	32 kap. 1 § Brottsbalken	Socialsekreterare	
SON 1.5	Yttrande till åklagarmyndighet	Lag med bestämmelser om unga lagöverträdare 11 §	Socialsekreterare	
SON 1.6	Yttrande till allmän domstol då LVM är aktuell	31 kap. 2 § Brottsbalken	Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 1.7	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och domstol efter beslut att inte ta emot ärende	2a kap. 10-12 §§ SoL	Enhetschef myndighet	
SON 1.8	Yttrande över ansökan om bostadsbidrag till familj där barn vistas i familjehem, bostadstillägg till institution eller till hushåll där någon familjemedlem har en funktionsnedsättning	SFB 93 kap. 2 § resp. 98 kap. 11 §	Socialsekreterare	
2. Övrigt				
SON 2.1	Beslut att socialnämnden i visst fall ska uppbära barnbidrag	16 kap. 18 § Socialför-säkringsbalken	Socialsekreterare	
SON 2.2	Beslut att polisanmäla misstanke om brott rörande barn	10 kap. 21 § Offentlighets- och sekretesslagen	1:e socialsekreterare Socialsekreterare efter 2 år i tjänst	Denna punkt syftar ej till orosanmälan. Orosanmälan är alla anställda skyldiga att göra
SON 2.3	Beslut att inte polisanmäla misstanke om brott mot barn		Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	Denna punkt syftar ej till orosanmälan. Orosanmälan är alla

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
				anställda skyldiga att göra
S0N 2.4	Väcka talan om överflyttning av vårdnad	6 kap. 7, 8, 8a och 9 §§ Föräldrabalken	Socialnämnd	Delegeringsförbud enligt lag
SON 2.5	Beslut om framställning till annan kommun om överflyttning av ärende samt ansökan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om överflyttning av ärende	2a kap. 10-12 §§ SoL	Enhetschef handläggning	
SON 2.6	Beslut i fråga om mottagande av ärenden från annan kommun	2a kap. 10-12 § SoL	Enhetschef handläggning	
SON 2.7	Beslut om bidrag (föreningsstöd) till social verksamhet med insatser upp till 50 % av basbelopp per år		Särskild utsedd handläggare	
3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL				
SON 3.1	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare 1:e handläggare	Enligt 11 kap. 1 a § SoL ska en omedelbar skyddsbedömning göras när anmälan rör barn eller unga. För nämndens utredningsskyldighet enligt 7 § LVM är det tillräckligt att det kan finnas skäl för tvångsvård för att en utredning ska påbörjas, dvs. att det kan antas att förutsättningarna är uppfyllda.
SON 3.2	a) Beslut om att utredning inte ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Enhetschef 1:e socialsekreterare 1:e handläggare Socialsekreterare inom mottagningsenheten* Socialsekreterare inom utredningsenhet ungdom*	*efter 2 år i tjänst
	b) Beslut att utredning inte ska inledas i pågående ärende	11 kap 1 § SoL	Socialsekreterare utredningsenhet barn samt utredningsenhet vuxen	Separat utredning inleds ej, läggs till i pågående utredning.
SON 3.3	Beslut om att utredning inte ska föranleda åtgärd	11 kap. 1 §	1:e socialsekreterare 1:e handläggare Socialsekreterare inom mottagningsenhet*	*efter 2 år i tjänst

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 3.4	a) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd upp till 10 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare	
	b) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd upp till 25 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
	c) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd upp till 50 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef Familjehemsenheten, Utredningsenhet ungdom, Utredningsenhet barn, Utredningsenhet vuxen, Utredningsenhet boende och Enheten våld i nära relation	
	d) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd över 50 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 3.5	Beslut om återkrav av felaktigt utbetalt ekonomiskt bistånd	9 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom handläggning	
SON 3.6	Beslut om återkrav av felaktigt utgivet ekonomiskt bistånd	9 kap. 1 § SoL	1:e socialsekreterare	
SON 3.7	Beslut om bistånd med kontaktfamilj	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare	
SON 3.8	Beslut om bistånd med kontaktperson a) upp till 20 timmar/månad	4 kap. 1 § och 3 kap. 6 § SoL	Socialsekreterare	
	b) utöver 20 timmar/månad	4 kap. 1 § SoL 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	
SON 3.9	Beslut om arvode och omkostnadsersättning utöver nämndens fastställda princip		Enhetschef inom utredningsenhet uppdragstagare, familjehem och familjerätt	
SON 3.10	Beslut om öppenvårdsinsatser för barn, ungdom och familj	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare	
SON 3.11	Beslut om förtur till bostad av sociala skäl	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten	
SON 3.12	Beslut om bistånd i form av a) övergångsavtal	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten	
	b) övergångsavtal avseende ensamkommande barn	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenhet vuxen	
SON 3.13	Beslut om bistånd i form av vistelse i jourlägenhet	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten	
SON 3.14	Beslut om bistånd i form av vistelse på akutboende	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten	
SON 3.15	Beslut om medgivande till vård och sociala insatser	6 kap. 13a Föräldrabalken	Individ- och myndighetsutskott	
SON 3.16	Beslut om förlängning av utredningstid	11 kap. 2 § SoL	Enhetschef inom utredningsenhet barn,	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
			utredningsenhet ungdom, mottagningsenhet och familjehem	
SON 3.17	Beslut om inskrivning, utskrivning och avvisning på HVB och boendeenheter i egen regi		Föreståndare för hemmet/enhetschef boendeenheterna	
SON 3.18	Beslut om att ta ut ersättning (avgift) från enskild biståndstagare	8 kap. 1–2 §§ SoL	Administratör	
SON 3.19	Fastställande av avgift från förälder i samband med placering av barn	8 kap. 1 § SoL	Särskilt utsedd handläggare	
SON 3.20	Beslut om att nämnden ska uppbära underhållsstöd	18 kap. 19 § Socialför-säkringsbalken	Avgiftshandläggare	
SON 3.21	Framställning till Försäkringskassan om ändring av mottagare för allmänt barnbidrag	16 kap. 18 § Socialför-säkringsbalken	Socialsekreterare Familjehemssekreterare	
SON 3.22	Framställan till CSN om ändring av mottagare för studiebidrag		Socialsekreterare	
SON 3.23	Beslut om uppföljning efter att utredning har avslutats utan beslut om insats	11 kap. 4 a § SoL	1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
SON 3.24	Beslut om eftergift	9 kap 4 § SoL	Enhetschef Utredningsenhet vuxen	
4. Insatser för barn och ungdom				
SON 4.1	Beslut om placering i familjehem och HVB för a) barn upp till 18 år	4 kap. 1 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
	b) personer över 18 år	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom utredningsenhet barn, utredningsenhet ungdom, familjehem och mottagningsenhet	
SON 4.2	Medgivande för annat enskilt hem än vårdnadshavare/förälder att ta emot underårig för stadigvarande vård och fostran.	6 kap. 6 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	Gäller vid privatplaceringar
SON 4.3	Beslut om att annat enskilt hem än vårdnadshavaren/förälder får ta emot underårig för stadigvarande vård och fostran.	6 kap. 6 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	Gäller vid socialnämndens placeringar
SON 4.4	Beslut om tillfällig placering i kontrakterat jourhem, släkting-/ nätverkshem	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom mottagningsenhet, utredningsenhet barn, utredningsenhet ungdom, familjehemsenheten och	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
			enheten våld i nära relation	
SON 4.5	a) Beslut om tillfällig placering i upphandlade HVB, upp till 6 månader	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom mottagningsenheten, utredningsenheten barn, utredningsenheten ungdom och familjehemsenheten	För placering utanför avtal, se 9.1 samt 9.2 i den gemensamma delen
	b) Beslut om tillfällig placering i upphandlade HVB för barn upp till 18 år, för placeringar upp till och med 6 månader	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom mottagningsenheten, utredningsenheten barn, utredningsenheten ungdom och familjehemsenheten	För placering utanför avtal, se 9.1 samt 9.2 i den gemensamma delen Efter 6 månader ska beslut fattas av individ- och myndighetsutskott
SON 4.6	Beslut att godkänna kontrakterade jourhem	6 kap. 6 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 4.7	Beslut om kostnader vid placering, omplacering eller flyttning från familjehem/institution, med högst 40 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Familjehemssekreterare	
SON 4.8	Beslut om övriga omkostnader till familjehem för extra utrustning, resekostnader med mera med högst 25 % av basbelopp per månad/barn	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Familjehemssekreterare	
SON 4.9	Beslut om ersättning för förlorad arbetsförtjänst till familjehem	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef familjehemsenheten och utredningsenhet uppdragstagare	
SON 4.10	Beslut om kostnad för personligt stöd i skolan samt resekostnader i samband med placering	4 kap. 1 § SoL 11 § LVU	Enhetschef myndighet	
SON 4.11	Övervägande av vård	6 kap. 8 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 4.12	Övervägande av vårdnadsöverflyttning	6 kap. 8 § 2 st SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 4.13	Kostnader för skador som barn vållar i familjehem och som ej ersätts av hem- och ansvarsförsäkring, med högst 25 % av basbelopp		Säkerhetssamordnare	
SON 4.14	Beslut om ersättning i familjehem upp till högsta nivå inom SKR:s rekommendationer		Familjehemssekreterare inom utredningsenhet uppdragstagare och familjehemsenheten	
SON 4.15	Beslut om resursfamilj för familjehemsplacerade barn		Familjehemssekreterare inom rekryteringsenheten och familjehemsenheten	
SON 4.16	Beslut gällande umgängesresor efter vårdnadsöverflytt till tidigare familjehem		Familjehemssekreterare	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 4.17	Beslut om bistånd i form av stödboende	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare	
5. Insatser för vuxna				
SON 5.1	Beslut om bistånd i form av a) familjehem	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen	
	b) HVB	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen Enhetschef våld i nära relation	
SON 5.2	Beslut om anhörigvecka till en kostnad av maximalt 15 000 kr/tillfälle	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen	
SON 5.3	Beslut om bistånd i form av stödboende	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 5.4	Beslut om bistånd i form av träningslägenhet	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten boende	
SON 5.5	a) Beslut om bistånd i form av tillsynsboende	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen	
	b) Beslut om jourplacering på tillsynsboende	4 kap 1 § SoL	Socialsekreterare utredningsenhet vuxen Enhetschef utredningsenhet boende	
SON 5.5	Beslut om bistånd i form av jourplacering på tillsynsboende	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen och utredningsenhet boende	
SON 5.6	Beslut om bistånd i form av öppenvård	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 5.7	Beslut om placering i skyddat boende	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen, mottagningsenhet och enheten våld i nära relation	
6. Lag om särskilda bestämmelser för vård av unga, LVU				
SON 6.1	Beslut om ansökan till förvaltningsrätt om vård enligt LVU	4 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	Delegeringsförbud
SON 6.2	Beslut om omedelbart omhändertagande	6 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.3	Beslut om omedelbart omhändertagande då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	6 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt
SON 6.4	Beslut om omedelbart omhändertagande	6a § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.5	Beslut om omedelbart omhändertagande, när svensk domstol inte är behörig att besluta	6a § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
	om beredande av vård enligt LVU då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas			
SON 6.6	Begäran om förlängd utredningstid vid 6 § LVU	8 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.7	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra	9 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.8	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	9 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt, vid eget beslut enligt 6 § LVU
SON 6.9	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra	9a § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.10	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	9b § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt, vid eget beslut enligt 6a § LVU
SON 6.11	Begäran om förlängd utredningstid vid 6a § LVU	9a § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.12	Beslut om hur vården ska ordnas och om var den unge ska vistas	11 § 1, 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.13	Beslut om hur vården ska ordnas och om var den unge ska vistas då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	11 § 3 st LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt till SON 6.12
SON 6.14	Beslut rörande den unges förhållanden i den mån beslutet ej är att hänföra till 11 § 1 och 2 st LVU	11 § 4 st LVU	Socialsekreterare	
SON 6.15	Övervägande av vård med stöd av 2 § LVU	13 § 1 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.16	Övervägande av vårdnadsöverflyttning	13 § 3 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.17	Omprövning av vård med stöd av 3 § LVU	13 § 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.18	a) Beslut om rätt till umgänge eller beslut om att vistelseort inte ska röjas för vårdnadshavare	14 § 2 st LVU	Socialnämnd	
	b) I brådskande fall då nämndens beslut ej kan avvaktas	14 § 2 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.19	Övervägande av beslut beträffande umgänge eller hemlighållande av vistelseort	14 § 3 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.20	Beslut om att vård enligt LVU ska upphöra	21 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.21	Beslut om - särskild kontaktperson - deltagande i öppenvårdsbehandling	22 § 1, 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.22	Beslut att utse och entlediga kontaktperson	22 § 1, 2 st LVU	Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten barn	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
			och utredningsenheten vuxen	
SON 6.23	Ansökan hos förvaltningsrätt om flyttningsförbud	24 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.24	Övervägande av om flyttningsförbud fortfarande behövs	26 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.25	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud	27 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.26	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud	27 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt till SON 6.25
SON 6.27	Beslut om att tillfälligt flyttnings-förbud ska upphöra	30 § 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.28	Beslut om den unges umgänge med vårdnadshavare efter beslut om flyttningsförbud eller tillfälligt flyttningsförbud	31 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.29	Beslut om biträde av polis för att genomföra läkarundersökning	43 § 1 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.30	Beslut om att begära biträde av polis för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande	43 § 2 st LVU	Särskild utsedd tjänsteman enligt bilaga 1	
SON 6.31	Beslut om ansökan om utreseförbud	31 b § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.32	Beslut om omprövning och upphörande av utreseförbud	31 c § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.33	Beslut om tillfälligt utreseförbud	31 d § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.34	Beslut om tillfälligt utreseförbud när socialnämndens individ- och myndighetsutskotts beslut ej kan avvaktas	31 d § LVU	Ordförande i socialnämnden, särskilt förordnad ledamot	*Se § 160 2020-08-25*
SON 6.35	Beslut om upphörande av tillfälligt utreseförbud	31 g § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 3.36	Beslut om upphörande av tillfälligt utreseförbud när socialnämndens individ- och myndighetsutskotts beslut ej kan avvaktas	31 g § LVU	Ordförande i Socialnämnden, särskilt förordnad ledamot	*Se § 160 2020-08-25*

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 6.37	Beslut om undantag från utreseförbud	31 i § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.38	Beslut om läkarundersökning, läkare och plats för läkarundersökning	32 § LVU	Enhetschef	
7. Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM				
SON 7.1	Beslut om att inleda utredning då man fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård	7 § LVM	1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen Socialsekreterare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenheten	
SON 7.2	Beslut att avsluta LVM-utredning utan åtgärd	7 § LVM	Enhetschef utredningsenhet vuxen	
SON 7.3	Beslut om läkarundersökning och utse läkare för undersökning	9 § LVM	1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen Socialsekreterare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenhet	
SON 7.4	Beslut om att ansöka om tvångsvård enligt LVM	11 § LVM	Individ- och myndighetsutskott	
SON 7.5	Beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare	13 § LVM	Individ- och myndighetsutskott	
SON 7.6	Beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	13 § LVM	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt till SON 7.5
SON 7.7	Beslut om upphävande av omedelbart omhändertagande	18 b § LVM	Individ- och myndighetsutskott	
SON 7.8	Beslut om upphävande av omedelbart omhändertagande då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	18 b § LVM	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt till SON 7.7
SON 7.9	Samråd och planering av vården	26, 28 §§ LVM	Socialsekreterare	
SON 7.10	Beslut om begäran av biträde av polis för genomförande av läkarundersökning	45 § 1 st LVM	Enhetschef 1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenhet	
SON 7.11	Beslut om begäran om biträde av polis för inställelse till vårdinstitution	45 § 2 st LVM	Enhetschef 1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenhet	
SON 7.12	Yttrande till åklagare vid åtalsprövning	46 § LVM	1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 7.13	Yttrande till allmän domstol då den som begått brottslig gärning kan bli föremål för LVM-vård	31 kap. 2 § Brottsbalken	1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 7.14	Beslut om egenavgift vid placering i HVB	8 kap. 1 § SoL 6 kap. 1 § SFS	1:e socialsekreterare 1:e handläggare Socialsekreterare	
8. Familjerättsärende				
SON 8.1	Yttranden enligt namnlag	45 § Namnlagen	Familjerättssekreterare	
SON 8.2	Godkännande av bekräftelse av faderskap/föräldraskap	1 kap. 4, 9 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare Familjerättsassistent	
SON 8.3	Inleda och avsluta faderskaps-/ föräldraskapsutredning	2 kap. 1, 4–6, 8-9 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare Familjerättsassistent	
SON 8.4	Beslut att väcka och föra talan i mål om faderskap/föräldraskap	3 kap. 5-6, 8 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.5	Godkänna avtal om underhållsbidrag för framtiden om betalningsperioder överstiger 3 månader (ej engångsbelopp)	7 kap. 7, 11 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.6	Godkänna avtal om vårdnad, boende och umgänge	6 kap. 17a § Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.7	Beslut att utse utredare i mål och ärende om vårdnad, boende och umgänge	6 kap. 19 § Föräldrabalken	Enhetschef familjerättsenheten	
SON 8.8	Beslut om kontaktperson för stöd och hjälp i vårdnads- och umgängesärende	4 kap. 1 § SoL 3 kap. 6 § SoL 5 kap. 1 § SoL	Familjerättssekreterare	
SON 8.9	Beslut om samarbetssamtal	4 kap. 1 § SoL 5 kap. 3 § SoL 6 kap. 18 § Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.10	Beslut om överflyttning av faderskapsärende till annan kommun	2 kap. 3 § 2 st Föräldrabalken	Socialnämnd	
SON 8.11	Beslut att inte påbörja utredning eller att lägga ned påbörjad utredning om faderskap	2 kap. 7 § Föräldrabalken	Socialnämnd	
SON 8.12	Samtycke till att adoptionsförfarandet får fortsätta	6 kap. 14 § SoL	Familjerättssekreterare	
SON 8.13	Medgivande att ta emot utländskt barn för adoption	6 kap. 12 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 8.14	Beslut att utse utredare att genomföra en adoptionsutredning	4 kap. 14 § Föräldrabalken	Enhetschef familjerättsenheten	
SON 8.15	Beslut om att lämna upplysningar till rätten som inte innehåller ett ställningstagande i mål och ärenden om vårdnad, boende och umgänge	6 kap. 20 § 2 st. föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.16	Beslut om yttrande vid umgänge	6 kap. 15 c § 2 st. föräldrabalken	Familjerättssekreterare	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
9. Alkohollag				
SON 9.1	Beviljande av stadigvarande tillstånd till allmänheten eller slutet sällskap	8 kap. 2 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.2	Avslag på stadigvarande tillstånd till allmänheten eller slutet sällskap	8 kap. 2 § Alkohollag	Individ- och myndighetsutskott	
SON 9.3	Ansökan från konkursförvaltare om serveringstillstånd vid serveringsställe som försatts i konkurs	9 kap. 12 § Alkohollag 8 kap. 2 § Alkohollag	Alkoholhandläggare	
SON 9.4	Serveringstid efter kl. 01.00 till tillfälliga tillstånd för slutna sällskap	8 kap. 19 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.5	Ändring av serveringstid inom den lagstadgade tiden, kl. 11.00 – 01.00	8 kap. 19 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.6	Ändring avseende högre valör på alkoholdryck	8 kap. 2 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.7	Ändring avseende utökad/förändrad serveringsyta	8 kap. 14 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.8	Avskrivning av ärende och beslut i ärende som inte föranleder sanktioner		Alkoholhandläggare	
SON 9.9	Beslut om tillfälliga tillstånd till allmänheten upp till 2 dagar	8 kap. 2 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.10	Beslut om tillfälliga tillstånd till slutna sällskap	8 kap. 2 § Alkohollag	Alkoholhandläggare	
SON 9.11	Beslut om stadigvarande tillstånd för slutna sällskap vid cateringverksamhet	8 kap. 4 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.12	Godkännande av lokal vid catering	8 kap. 4 § Alkohollag	Alkoholhandläggare	
SON 9.13	Beslut om permanent tillstånd för servering på gemensam serveringsyta	8 kap. 14 § 2 st Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.14	Beslut om tillfälligt tillstånd för servering på gemensam serveringsyta	8 kap. 14 § 2 st Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.15	Beslut om särskilt tillstånd, permanent, för provsmakning vid tillverkningsställe	8 kap. 7 § 2 st Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.16	Beslut om särskilt tillstånd, tillfälligt, för provsmakning vid tillverkningsställe	8 kap. 7 § 2 st Alkohollag	Alkoholhandläggare	
SON 9.17	Beslut om tillfälligt tillstånd för provsmakning vid arrangemang	8 kap. 6 § 1 st 2 p Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.18	Meddelande av villkor för stadigvarande serveringstillstånd		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.19	Meddelande av villkor för tillfälligt serveringstillstånd till allmänheten		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.20	Meddelande av villkor för tillfälligt serveringstillstånd till slutet sällskap		Alkoholhandläggare	
SON 9.21	Anvisningar och information om lag och föreskrifter	8 kap. 9 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 9.22	Beslut om nedsättning av avgifter i vissa fall	8 kap. 10 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.23	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd på tillståndshavarens begäran	9 kap. 18 § 1 st 1 p Alkohollag	Alkoholhandläggare	
SON 9.24	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd på grund av att den tillståndspliktiga serveringsverksamheten upphört	9 kap. 18 § 1 st 1 p Alkohollag	Alkoholhandläggare	
SON 9.25	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd på grund av att nytt serveringstillstånd meddelats för samma serveringsställe	9 kap. 18 § 1 st 1 p Alkohollag	Alkoholhandläggare	
SON 9.26	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd i övriga fall	9 kap. 18 § 1 st 2–3 p Alkohollag	Socialnämnd	Delegeringsförbud
SON 9.27	Beslut om varning	9 kap. 17 § Alkohollag	Individ- och myndighetsutskott	
SON 9.28	Beslut om försäljningsförbud av folköl	9 kap. 19 § Alkohollag	Individ- och myndighetsutskott	
SON 9.29	Beslut om erinran	9 kap. 17 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.30	Infordrande av uppgifter, bokföring med mera	9 kap. 13–15 §§ Alkohollag	Alkoholhandläggare	
SON 9.31	Begäran om att få tillträde till lokal	9 kap. 13, 15 §§ Alkohollag	Alkoholhandläggare Restauranginspektör	
SON 9.32	Begäran om polishandräckning	9 kap. 9 § Alkohollag	Alkoholhandläggare Restauranginspektör	
SON 9.33	Överklagande av domar från förvaltningsrätt/kammarrätt	10 kap. 1 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.34	Omprövning av ärende jämlikt § 27 Förvaltningslagen efter överklagande till förvaltningsrätt/ kammarrätt	10 kap. 1 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.35	Yttrande till Förvaltningsrätt och Kammarrätt med anledning av överklagande, när yttrandet ligger i linje med det överklagade beslutet	10 kap. 1 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.36	Beslut att polisanmäla vid misstanke om brott mot alkohollagstiftningen		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.37	Beslut om förlängd handläggningstid	5 § Alkohol-förordning	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.38	Beslut om kontrollköp	9 kap. 15 a § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
10. Lotterilag				
SON 10.1	Avge yttrande till Spelinspektionen i tillståndsärenden		Alkoholhandläggare	
SON 10.2	Göra polisanmälan vid misstanke om brott mot lotterilagen		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
11. Lag om handel med vissa receptfria läkemedel				
SON 11.1	Rapportera brister till Läkemedelsverket	21 § lag om handel med vissa receptfria läkemedel	Alkoholhandläggare	
SON 11.2	Beslut om kontrollköp	21 a § lag om handel med vissa receptfria läkemedel	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
12. Lag om tobak och liknande produkter				
SON 12.1	Beviljande av tillstånd att bedriva detaljhandel eller partihandel med tobaksvaror	5 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.2	Meddelande av villkor för detaljhandelstillstånd samt partihandelstillstånd	5 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.3	Avslå ansökan om tillstånd att bedriva detaljhandel eller partihandel med tobaksvaror	5 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Individ- och myndighetsutskott	
SON 12.4	Återkallelse av tobakstillstånd på tillståndshavarens begäran	7 kap. 10 § p 1 Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare	
SON 12.5	Återkallelse av tobakstillstånd på grund av att den tillståndspliktiga försäljningsverksamheten upphört	7 kap. 10 § p 1 Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare	
SON 12.6	Återkallelse av tobakstillstånd på grund av att nytt tobakstillstånd meddelats för samma försäljningsställe	7 kap. 10 § 1 p Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare	
SON 12.7	Återkallelse av tobakstillstånd i övriga fall	7 kap. 10 § 2–4 p Lag om tobak och liknande produkter	Socialnämnd	Delegeringsförbud
SON 12.8	Beslut om varning	7 kap. 11 § Lag om tobak och liknande produkter	Individ- och myndighetsutskott	
SON 12.9	Beslut om förbud att sälja elektroniska cigaretter och påfyllnadsbehållare	7 kap. 13 § Lag om tobak och liknande produkter	Individ- och myndighetsutskott	
SON 12.10	Infordra uppgifter som behövs för tillsynsverksamheten	7 kap. 17 § Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 12.11	Begära tillträde till lokaler med mera för undersökning	7 kap. 18 § Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare	
SON 12.12	Begära handräckning från polis	7 kap. 19 § Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare	
SON 12.13	Beslut om kontrollköp	7 kap. 22 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.14	Nedsättning av avgifter i vissa fall	8 kap 1-2 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.15	Avskriva ärende samt beslut i ärende som inte föranleder sanktion		Alkoholhandläggare	
SON 12.16	Meddela föreläggande och förbud utan eller med vite upp till 50 000 kr		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.17	Meddela föreläggande och förbud med vite över 50 000 kr		Individ- och myndighetsutskott	
SON 12.18	Överklaga dom från förvaltningsrätt	9 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.19	Överklaga dom från kammarrätt	9 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.20	Omprövning av beslut efter överklagande av motpart		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.21	Yttrande till förvaltningsrätt eller kammarrätt med anledning av överklagande när yttrandet ligger i linje med det överklagade beslutet	9 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.22	Göra polisanmälan vid misstanke om brott mot lag om tobak och liknande produkter		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	

Specifikt för Socialjouren

Delegerat av Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutanderätt	Kommentar
1. Socialtjänstlagen, SoL				
SJ 1.1	Beslut att polisanmäla misstanke om brott rörande barn	10 kap. 21 § offentlighets- och sekretesslagen	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.2	Beslut i fråga om: försörjningsstöd enligt norm + 10 %	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.3	Beslut i fråga om övrigt bistånd upp till 10 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.4	Beslut om förvaltningens egna boenden	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.5	Beslut om att utredning ej ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.6	Beslut om tillfällig placering i jourhem/nätverkshem	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.7	Beslut om akut placering i HVB	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.8	Beslut om placering i skyddat boende	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.9	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
2. Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU				
SJ 2.1	Beslut om omedelbart omhändertagande	6 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.2	Begäran om förlängd utredningstid vid 6 § LVU	8 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.3	Beslut om omedelbart omhändertagande, när svensk domstol inte är behörig att besluta om beredande av vård enligt LVU då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	6a § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt
SJ 2.4	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	9b § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt

SJ 2.5	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra	9 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Vid eget beslut enligt 6 § LVU
	Ärendetyp	**Lagrum**	**Beslutanderätt**	**Kommentar**
SJ 2.6	Beslut om hur vården ska ordnas och om var den unge ska vistas	11 § 3 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.7	Beslut rörande den unges förhållanden i den mån beslutet ej är att hänföra till 11 § 1 och 2 st LVU	11 § 4 st LVU	Socialsekreterare socialjour	
SJ 2.8	Beslut om rätt till umgänge eller beslut om att vistelseort ej ska röjas för vårdnadshavare då nämndens beslut ej kan avvaktas	14 § 2 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.9	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud	27 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.10	Beslut om den unges umgänge med vårdnadshavare efter beslut om flyttningsförbud eller tillfälligt flyttningsförbud	31 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.9	Beslut om läkarundersökning, utseende av läkare samt bestämmande av plats för läkarundersökning	32 § LVU	Ordförande	
SJ 2.10	Beslut om biträde av polis för att genomföra läkarundersökning	43 § 1 st LVU	Ordförande	
SJ 2.11	Beslut om att begära biträde av polis för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande	43 § 2 st LVU	Särskild utsedd tjänsteman enligt bilaga 1	
3. Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM				
SJ 3.1	Beslut om att inleda utredning då man fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård	7 § LVM	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 3.2	Beslut om att inledd utredning ska läggas ned	7 § LVM	Enhetschef socialjour	
SJ 3.3	Beslut om läkarundersökning samt utse läkare för undersökning	9 § LVM	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 3.4	Beslut om omedelbart omhänder-tagande av missbrukare	13 § LVM	Ordförande	Kompletterande beslutsrätt till SJ 3.3
SJ 3.5	Beslut om upphävande av omedelbart omhändertagande	18 b § LVM	Ordförande	
SJ 3.6	Beslut om begäran av biträde av polis för genomförande av läkarundersökning	45 § 1 st LVM	Socialsekreterare socialjouren	

SJ 3.7	Beslut om begäran om biträde av polis för inställelse till vårdinstitution	45 § 2 st LVM	Socialsekreterare socialjouren	

Beslutsärende: Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, maj 2021

11

21ON97

Gävle KOMMUN

Missiv

Handläggare
Anders Paulsen
Tfn 026-17 90 95
anders.paulsen@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, maj 2021

Förslag till beslut

Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden avseende maj 2021.

Ärendebeskrivning

Omvårdnadsnämnden redovisar ett resultat t.o.m. maj 2021 på minus 14,3 mnkr.

Resultatet för hela Välfärd Gävle t.o.m. maj 2021 är minus 58,0 mnkr.

Den största avvikelsen finns för bemanning inom vård- och omsorgsboenden, där kostnaderna för OB, övertid och inhyrda sjuksköterskor avviker med ca 16,4 mnkr. Ett arbete startades för att se över hantering av scheman och schemaläggning. Uppdraget till arbetsgruppen är att ta fram en kontorsgemensam organisation (Boende samt Stöd i hemmet) för personalplanering/schemaläggning som fungerar som stöd till enhetschefer. I förslaget ska kostnadsberäknade åtgärder med en hemtagningseffekt om 10 mnkr 2021 finnas med. Totalt är merkostnaden för personal på grund av covid-19 under perioden beräknad till 12,3 mnkr för vård- och omsorgsboende och hemtjänst tillsammans.

Kostnaderna för inköp av material för skyddsutrustning uppgår t.o.m. maj till 11,0 mnkr. Detta avser främst handskar, munskydd och visir till personalen.

Helårsprognosen för omvårdnadsnämnden är väldigt svår att bedöma i dagsläget och kan komma att påverkas av beslut från Regering/myndigheter och därmed förändras väldigt mycket. Utifrån den information som finns vid prognostillfället så blir nämndens årsprognos -60 mnkr baserat på att pandemin pågår över sommaren 2021. Då är inga intäkter för merkostnader på grund av covid-19 medräknade vilket i förekommande fall kan förbättra prognosen med 30 mnkr.

Beslutsunderlag

I bifogad bilaga 1 redovisas omvårdnadsnämndens resultat för maj 2021. Även investeringarna för hela 2021 och de ekonomiska effekterna av Covid-19 pandemin redovisas i bilagan.

Magnus Höijer
Sektorchef
Välfärd Gävle

Gävle KOMMUN

Tjänsteskrivelse

Handläggare
Anders Paulsen
Tfn 026-17 90 95
anders.paulsen@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Bilaga 1 till ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, maj 2021

Resultaträkning t.o.m. maj för hela Välfärd Gävle och uppdelad på de tre nämnderna *(belopp i tkr).*

Resultatet för hela Välfärd Gävle är för perioden januari – maj minus 58,0 mnkr.

Gemensamma kommentarer till investeringar

Som ingångsvärde har de tre nämnderna i ramtilldelningen för 2021 tillsammans 16,8 mnkr till investeringar.

Alla tre nämnderna hade i bokslutet för 2020 kvar pengar till investeringar som inte användes under året, uppgående till totalt ca 8,5 mnkr. Nämnderna inom Välfärd Gävle har föreslagit fullmäktige om en överföring av dessa belopp till 2021. Fullmäktige beslutade om denna överföring av investeringsmedel på marssammanträdet och därmed har de tre nämnderna tillsammans totalt 25,3 mnkr till investeringar under 2021.

Per den sista maj har 8,5 mnkr bokförts som investeringar för de tre nämnderna tillsammans.

Välfärd Gävle	Utfall för perioden 2021-01-01 - 2021-05-31 (Intern bokföring inom respektive nämnd ingår inte)						
TOTALT	**Utfall**	**Budget**	**Avvikelse**	**Förändring %**	**ON**	**SN**	**AFN**
Intäkter							
Taxor och avgifter	38 817	38 700	118	-7,2%	35 777	1 743	1 302
Hyresintäkter	36 836	41 373	-4 537	-10,6%	18 924	10 032	7 880
Statsbidrag	104 796	101 561	3 235	5,0%	4 887	5 500	94 409
Övriga intäkter	37 066	35 379	1 687	-16,9%	23 894	8 341	8 248
Kommunbidrag	1 142 943	1 142 943	0	4,6%	541 169	187 296	414 478
Summa intäkter	**1 360 459**	**1 359 956**	**503**	**3,0%**	**624 652**	**212 911**	**526 317**
Kostnader							
Personalkostnader	-752 121	-715 928	-36 193	3,7%	-339 204	-118 025	-294 893
Bidrag och transfereringar	-89 812	-97 765	7 953	-1,3%	-718	-2 382	-90 122
Köp av verksamhet och entrepren	-358 364	-324 299	-34 065	21,2%	-186 700	-92 566	-79 098
Hyror och fastighetskostnader	-122 910	-126 594	3 683	0,5%	-59 425	-27 649	-35 840
Övriga kostnader	-91 504	-61 444	-30 059	16,2%	-49 854	-16 524	-25 133
Avskrivningar och intern ränta	-3 811	-4 348	537	-2,8%	-3 005	-229	-576
Summa kostnader	**-1 418 523**	**-1 330 379**	**-88 144**	**7,7%**	**-638 907**	**-257 375**	**-525 662**
Resultat	**-58 064**	**29 577**	**-87 641**	**-1822,7%**	**-14 255**	**-44 464**	**655**

Tabell 1; *Förändring i % är skillnaden jämfört med samma period förgående år.

Sammanfattning av resultatet för omvårdnadsnämnden, maj 2021

Enligt bokföringen är det ackumulerade resultatet t.o.m. maj 2021 minus 14,3 mnkr. Avvikelsen mot den periodiserade budgeten är för samma period minus 31,4 mnkr.

Omvårdnadsnämnden TOTALT	Utfall 202101-202105	Budget 202101-202105	Avvikelse mot budget	Förändring % 2020 / 2021	Budget 202101-202112
Intäkter					
Taxor och avgifter	35 777	36 071	-294	-4,0%	86 570
Hyresintäkter	18 924	20 048	-1 124	-5,4%	48 116
Statsbidrag	4 887	7 534	-2 647	236,5%	18 081
Övriga intäkter	23 894	23 095	799	3,5%	55 484
Kommunbidrag	541 169	541 169	0	7,4%	1 298 805
Summa intäkter	**624 652**	**627 917**	**-3 265**	**6,7%**	**1 507 056**
Kostnader					
Personalkostnader	-339 204	-302 880	-36 324	6,5%	-754 578
Bidrag och transfereringar	-718	-185	-533	-0,9%	-445
Köp av verksamhet och entrepren	-186 700	-187 118	418	13,7%	-461 914
Hyror och fastighetskostnader	-59 425	-59 570	145	3,1%	-143 709
Övriga kostnader	-49 854	-57 496	7 642	16,3%	-137 991
Avskrivningar och intern ränta	-3 005	-3 508	503	-2,6%	-8 419
Summa kostnader	**-638 907**	**-610 758**	**-28 149**	**8,8%**	**-1 507 056**
Resultat	**-14 255**	**17 159**	**-31 414**	**803,5%**	**0**

Kommentarer och åtgärder till större avvikelser i resultatet t.o.m. maj 2021

Vård- och omsorgsboende egen regi -16,4 mnkr (-15,5 mnkr april)

Kommentar till avvikelse; Vård- och omsorgsboenden i egen regi redovisar ett negativt resultat med totalt minus 16,4 mnkr för perioden. Det negativa resultatet beror till största del på höga personalkostnader för timanställda och ersättningar för obekväm arbetstid, samt inhyrd personal. Totalt är merkostnaden för personal på grund av covid-19 under perioden beräknad till -12,3 mnkr för vård- och omsorgsboende och hemtjänst tillsammans.

Ett omfattande omställningsarbete pågår för att komma tillrätta med brister som upptäckts inom ett verksamhetsområde vilket är tidskrävande och tar resurser i anspråk.

Samordningen av bemanning och personalplanering mellan enheter och verksamheter är inte optimal. Det mesta av bemanningsplaneringen sker idag på enhetschefsnivå, av enhetschef och/eller samordnare. Enhetschefer har olika förutsättningar för detta och behovet av att säkerställa chefers möjlighet att utöva ett närvarande ledarskap är tydligt.

Åtgärd till avvikelsen; Ett arbete startades för att se över hantering av scheman och schemaläggning. Uppdraget till arbetsgruppen är att ta fram en kontorsgemensam organisation (Boende samt Stöd i hemmet) för personalplanering/schemaläggning som fungerar som stöd till enhetschefer. I förslaget ska kostnadsberäknade åtgärder med en hemtagningseffekt om 10 mnkr 2021 finnas med. Uppdraget genomförs i en mindre konstellation. Stödfunktioner tas in efter behov som bedöms av verksamhetschefer. Enhetschefer och samordnare kan utgöra referensgrupp under arbetets gång. Samtidigt sker regelbunden uppföljning av ekonomi och bemanningsmål med tillhörande handlingsplaner månadsvis.

En planering för att tillfälligtvis plombera avdelningar på några vård- och omsorgsboenden med många tomma lägenheter pågår, för att effektivare kunna utnyttja våra resurser.

Materialinköp på grund av Covid-19, -11,0 mnkr (-10,9 mnkr april)

Kommentar till avvikelsen; Kostnaderna för inköp av material för skyddsutrustning uppgår t.o.m. maj till 10,9 mnkr. Detta avser främst handskar, munskydd och visir till personalen. Det finns ännu inget beslut om kommuner kan söka ersättning för dessa kostnader.
Åtgärd till avvikelsen; ingen åtgärd, prognosen redovisas under nästa rubrik.

Covid-team, Hemtjänst, -4,8 mnkr (-3,9 mnkr april)

Kommentar till avvikelsen; Kostnaderna för Covid-team inom Hemtjänsten till och med april 2021. Det finns ännu inget beslut om kommuner kan söka ersättning för dessa kostnader.
Åtgärd till avvikelsen; ingen åtgärd, prognosen redovisas under nästa rubrik. Covidteamet är avslutat per den sista maj.

Hemtjänst egen regi, -4,4 mnkr (-3,7 mnkr april)

Kommentar till avvikelsen; Kostnaderna för hemtjänsten i egen regi är 3,7 mnkr högre för perioden än budget (exkl. kostnader för äldreomsorgslyftet). En stor anledning till de högre kostnaderna beror på ökade personalkostnader med anledning av kohortvård (covid-19 pandemin). Kohortvård bedrivs fortsatt, men enbart i de hemtjänstområden där det finns bekräftad eller misstänkt smitta. Detta innebär att en del hemtjänstområden kan återgå till normalläge avseende personalplanering.
Åtgärd till avvikelsen; Ingen åtgärd. Kostnaderna är en direkt konsekvens av covid-19 pandemin och därav är ingen åtgärd aktuell i dagsläget.

Hemtjänst extern, 5,8 mnkr (-3,7 mnkr april)

Kommentar till avvikelsen; Kostnaderna för externt köpt hemtjänst är 5,8 mnkr för perioden jämfört med budget. Anledningen till kostnadsökningen är högre volymer än budget för 2021.
Åtgärd till avvikelsen; Ingen åtgärd.

Köp av plats Vård och omsorgsboende, 8,8 mnkr (7,9 mnkr april)

Kommentar till avvikelsen; Kostnaderna för köp av platser på externa vård- och omsorgsboenden är 8,8 mnkr lägre än budget för perioden. De lägre kostnaderna beror på att flera av de externa utförarna har flertalet lediga lägenheter och därmed har köpen varit färre än planerat.
Åtgärd till avvikelsen; Ingen åtgärd.

Hemsjukvård, -3,5 mnkr (-2,5 mnkr april)

Kommentar till avvikelsen; Kostnaderna för hemsjukvården är 3,5 mnkr högre än budget för perioden. De ökade kostnaderna avser OB och övertid.
Åtgärd till avvikelsen; Ett arbete med schemaläggning och personalplanering för att sänka kostnaderna är påbörjat.

Prognos för helåret 2021 inkl. effekter av Covid-19

Helårsprognosen för omvårdnadsnämnden är väldigt svår att bedöma i dagsläget och kan komma att påverkas av beslut från Regering/myndigheter och därmed förändras väldigt mycket. Utifrån den information som finns vid prognostillfället så blir nämndens årsprognos -60 mnkr baserat på att pandemin pågår över sommaren 2021. Då är inga intäkter för merkostnader på grund av covid-19 medräknade vilket i förekommande fall kan förbättra prognosen med 30 mnkr.

Materialinköp för skyddsutrustning -15,0 mnkr

Kostnaderna för materialinköp för skyddsutrustning förväntas uppgå till ca 15,0 mnkr för omvårdnadsnämnden vid årets slut enligt den senaste bedömningen och de aktuella prisnivåerna på marknaden. Prognosen är dock högst osäker och kan behöva justeras. För tillfället finns ingen information om eventuellt statsbidrag från Socialstyrelsen, därav tas dessa kostnader upp utan hänsyn till eventuella framtida ersättningar.

Personalkostnader -15,0 mnkr

Prognosen för ökade personalkostnader förväntas uppgå till ca 15,0 mnkr för omvårdnadsnämnden vid årets slut enligt den senaste beräkningen, som baseras på förväntad mertid, utökad bemanning mm. inom både hemtjänst och vård- och omsorgsboende. I denna prognos ingår även personalkostnaderna för Covid-teamet och hemtjänst. Prognosen är dock väldigt svår att bedöma. För tillfället finns ingen information om eventuellt statsbidrag från Socialstyrelsen, därav tas dessa kostnader upp utan hänsyn till eventuella framtida ersättningar.

Hemtjänst extern -10,0 mnkr

Prognosen avseende mer köpt hemtjänst beräknas uppgå till 10 mnkr mer än budget för 2021 vid prognostillfället.

Köp av plats Vård och omsorgsboende 10,0 mnkr

Prognosen avseende mindre köp av platser på externa vård- och omsorgsboenden beräknas bli 10 mnkr lägre än budget för helåret 2021 vid prognostillfället.

Vård- och omsorgsboende, effektivisering av personalplanering -30,0 mnkr

Prognosen gällande arbetet för att minska personalkostnaderna genom schema-planering/optimering inom vård- och omsorgsboenden förväntas uppgå till ca minus 30,0 mnkr för omvårdnadsnämnden vid årets slut enligt den senaste beräkningen. Denna prognos är ytterst osäker och beror till stor del på hur snabb framdriften kan vara inom det arbete kring samordning av schemaläggning som genomförs inom kontor boende och stöd i hemmet.

Tabellsammanställning av Prognos 2021

Beskrivning	Område	Nämnd	2021	2022
Skyddsutrustning	Merkostnad	ON	-15,0	0,0
Personalkostnader	Merkostnad	ON	-15,0	0,0
Hemtjänst extern	Ej covid-19	ON	-10,0	0,0
Köp av plats Våbo	Ej covid-19	ON	10,0	0,0
Vård- och omsorgsboende, effektivisering av personalplanering	Effektivisering, Ej covid-19	ON	-30,0	0,0
SUMMA TOTALT - Omvårdnadsnämnden			**-60,0**	**0,0**

Beslutsärende: Kurser/konferenser

12

E-hälsa i låg tätortsgrad
Trendmonitorering
Lagstiftning hemsjukvård
Digitala oaser på landsbygd
Planering och byggande

Ny teknik i äldreomsorgen
21 september 2021 Stockholm

KTH, Användarföreningen och Vitalis hälsar dig välkommen till en dag med information om hur digitala lösningar kan utvecklas även i låg tätortsgrad. Lösningar som kan minska både ohälsa och sjukvårdskostnader. Med paraplynät, digitala oaser, 5G inomhus och trendmonitorering skapas nya möjligheter till en samordnad digitalisering av svensk välfärd.

KTH VETENSKAP OCH KONST

Användarföreningen
för äldreomsorgens teknikutveckling

VITALIS

21 SEPTEMBER

Moderator: Tord af Klintberg
KTH Byggnadsteknik

08.30-08.45
Introduktion – Digitaliseringen flyttar inomhus
- Professor Folke Björk, KTH Byggnadsteknik

08.45-09.00
Regeringens satsning på samordnad digitalisering
- Digitaliseringsminister Anders Ygeman

09.00-09.40
Visionen hemmonitorering – multisjuka äldre
- Peter Graf, Vd, Tiohundra AB

09.40-10.20
Trendmonitorering med bärbara sensorsysten – pågående forskning
- Maria Lindén, Professor i Hälsoteknik, Mälardalens högskola

10.20-10.30
Bensträckare

10.30-11.10
Utmaningar för skärgårdskommuner
- Madeleine Qvarforth, Digitaliseringsstrateg på Värmdö Kommun

11.10-11.50
Digitala oaser i extrem glesbygd
- Jan Danielsson, 5G i byggnad

11.50-13.00
Lunch (självservering)

13.00-13.40
Monitorering av hälsa – sjukvårdens ansvar och utveckling
- Johanna Ulfvarson, Sakkunnig forsknings- och e-hälsofrågor, Svensk sjuksköterskeförening

13.40-14.20
Juridiska aspekter med hemmonitorering
- Maria Jacobsson, Jurist, E-hälsomyndigheten

14.20-15.00
Planering och byggande – digitala oaser
- Johan Sjöstrand, Expert planering och byggande, SKR

15.00-15.10
Bensträckare

15.10-16.00
Sammanfattande diskussioner
- Monitorering och hemsjukvård
- Säker uppkoppling
- Minskade kostnader

16.00
Avslutning

Ny teknik i äldreomsorgen
21 september 2021

Under 2021 inleds lanseringen av 5G i Sverige.
5G kallas *den fjärde industriella revolutionen* och kommer att ge stora möjligheter till teknisk utveckling, även inom äldreomsorgen.

Ett aktuellt område är e-hälsa. Sverige står inför en samordnad digitalisering av välfärden som inte minst berör glesbygd, där den globala standarden 5G blir en viktig beståndsdel. Nya tekniklösningar kan utnyttja högmaster för samhällen som saknar bredband.

Trendmonitorering gör det möjligt att förebygga ohälsa och därigenom minska lidande samt minska sjukvårdskostnader. 80% av kroniska sjukdomar såsom hjärtsjukdomar, stroke och diabetes kan undvikas genom prevention. Trendmonitorering möjliggörs på ett säkert sätt med 5G – både inomhus och utomhus.

KTH, Användarföreningen och Vitalis hälsar dig välkommen till en dag med information om vilken möjlighet 5G och hemmonitorering kan erbjuda samhället – speciellt på de orter där kostnaderna för hemtjänst och hemsjukvård blir höga på grund av långa avstånd och sämre infrastruktur.

Ny teknik i äldreomsorgen presenterar bland annat forskning, rön, åtgärder, lagstiftning och metoder som leder till slutsatsen att uppkopplad hemsjukvård blir möjligt även i extrem glesbygd. Under seminariet sammanfattas internationell forskning, tekniska resonemang och hur kommunal planering kan underlätta användandet av ny teknik.

Seminariet vänder sig till dig som är verksam inom områden som berör äldreomsorg, hemsjukvård, planering och drift av digitala lösningar och infrastruktur, såväl inom näringsliv som inom offentliga organisationer och myndigheter.

Tid:	**21 september 2021**
Plats:	**Zoom-uppkopplat seminarium** **Multi-Purpose Hall** **Openlab, KTH, Valhallavägen 79, Stockholm**
Anmälan:	**https://www.teknikhuset.org/anmhar** **Eller genom e-mail till info@teknikmarknad.se**
Mer information:	**Bengt Simonsson, tel 070-572 33 00** **bengt.simonsson@teknikmarknad.se**
Pris:	**2 950 kronor.**
Sista anmälningsdag:	**17 sept 2021. Anmälan är bindande. Begränsat antal platser**

Beslutsärende: Delegationsbeslut

13

Delegationsbeslut

1. Avgiftsbeslut
   Perioden 2021-04-19 – 2021-06-03 315 st

2. Sammanställning av yttrande/handlingar från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

3. Sammanställning av Lex Sarah 2021.

4. Sammanställning av personuppgiftsincidenter till Omvårdnadsnämnden.

5. Svar på remiss - Socialstyrelsens termbank 21ON141-1
6. Remiss - Socialstyrelsens termbank 21ON141-1

Sammanställning av begäran om yttrande/handlingar från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) - 2021

= Avslutade ärenden
= Pågående ärenden

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
1.	2018-03-07	18ON105	Begäran om uppgifter – uppföljning av gynnande domar – bistånd enligt 4 kap 1 § SoL samt insatser enligt 9 § LSS - ej verkställda domar, äldre än 4 månader	2018-05-02	2018-04-23 (skickat 24/4)	Katarina Stistrup, myndighetschef	
2.	2018-08-20	18ON392	Begäran om yttrande och handlingar – övervägande om att ansöka om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten	2018-10-08	2018-10-04 (skickat 4/10)	Katarina Stistrup, myndighetschef	
3.	2019-06-26	19ON222	Underrättelse och begäran om handlingar och uppgifter - Klagomål mot hälso- och sjukvården, Forellplan 1 B	2019-08-19	2019-08-12 (skickat 16/8)	Kia Fernlund	
3.	2019-11-29	19ON222	Underrättelse med möjlighet att lämna synpunkter på förslag till beslut	2020-01-10		Kia Fernlund	Kia Fernlund beslutar 12/12 att avstå från att lämna synpunkter
3.	2020-01-21	19ON222	Beslut IVO avslutar ärendet med följande ställningstagande: - Det har brustit i vården och omsorgen av patienten på aktuellt boende - Det går inte att följa patientens vård och omsorg i varken den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen eller i den sociala dokumentationen - Vårdgivaren har vidtagit adekvata åtgärder med anledning av anmäld händelse.			Kia Fernlund	Ärendet avslutas.

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
4.	2020-01-31	20ON25	Underrättelse och begäran om handlingar och uppgifter - Klagomål mot hälso- och sjukvården, Vallongården	2020-03-04	2020-02-24 (skickat 25/2)	Kia Fernlund, kontorschef	
4.	2020-09-07	20ON25	Beslut IVO har utrett klagomålet och konstaterar följande brist: - Det har brustit i kontrollen av patientens mat- och vätskeintag. IVO finner inte anledning att kritisera de delar av klagomålet som handlar om: - Beslut om vård i livets slutskede. Vårdgivaren ska beakta IVO:s beslut i sitt systematiska patientsäkerhetsarbete. IVO avslutar ärendet men kan komma att följa upp vilka eventuella åtgärder som vårdgivaren har genomfört med anledning av den identifierade bristen.			Kia Fernlund, kontorschef	Ärendet avslutas.
5	2020-03-12	20ON93	Underrättelse och begäran om handlingar och uppgifter - Klagomål mot hälso- och sjukvården, Forellplan	2020-04-21	2020-04-21 (skickat 21/4, efter OK från IVO)	Kia Fernlund, kontorschef	
5.	2020-11-17	20ON93	Kompletterande begäran - Kopior av listor över kost- och vätskeintag, samt genomförandeplaner	2020-12-02	2020-12-01	Kia Fernlund, kontorschef	
5.	2021-02-10	20ON93	Kompletterande begäran - Nutritionsansvarig dietist – saknar utbildning/legitimation för yrket	2021-03-10	2021-03-09 (1:e vice ordf) (skickat 9/3)	Kia Fernlund, kontorschef	
6.	2020-04-08	20ON128	Underrättelse och begäran om handlingar och uppgifter - Klagomål mot hälso- och sjukvården, Bergmästargården	2020-05-01	2020-05-06 (skickat 7/5)	Anneli Lindblom, kontorschef	
6.	2020-10-16	20ON128	Underrättelse med möjlighet att lämna synpunkter på förslag till beslut	2020-11-09		Anneli Lindblom, kontorschef	Kontorschef beslutar att avstå från att lämna synpunkter.

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
6.	2020-11-17	20ON128	Beslut IVO har utrett klagomålet och har inte funnit brister när det gäller: - Rehabiliteringens innehåll och omfattning på korttidsenheten Bergmästaren, Gävle kommun - Rehabiliteringens innehåll och omfattning på Rehabiliteringsmedicin, Sandviken sjukhus och Dagrehabiliteringen på Södertull Din Hälsocentral, Region Gävleborg.			Anneli Lindblom, kontorschef	Ärendet avslutas.
7.	2019-06-02	19ON209	Underrättelse om öppnat ärende och meddelande om inspektion - Granskning av ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) - Inspektion den 4 september			Katarina Stistrup	
7.	2019-11-25	19ON209	Underrättelse med möjlighet att lämna synpunkter över innehållet i handlingar.	2019-12-23		Katarina Stistrup	Katarina Stistrup beslutar 29/11 att avstå från att lämna synpunkter
7.	2020-01-21	19ON209	Beslut IVO har identifierat följande brist: - Kommunen har inte genomfört någon övergripande riskanalys av informationssäkerheten avseende påverkan på kommunens nätverk och informationssystem. IVO kan komma att följa upp ärendet inom ramen för kommande tillsyn.			Katarina Stistrup	IVO kan komma att följa upp ärendet inom ramen för kommande tillsyn.
7.	2020-01-31	19ON209	Rättelse av beslut - IVO inkommer med rättelse av beslut då VG gjort IVO uppmärksamma på att det fanns fel i beslutet daterat 2020-01-21. På sidan 2 stod ”Uppsala” där det skulle vara ”Gävle”.			Katarina Stistrup	

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
8.	2020-06-09	20ON211	Underrättelse om tillsyn och begäran om uppgifter - IVO genomför en riktad tillsynsinsats maa den pågående smittspridningen av Covid-19. Intervju har skett med enhetschef, Brynäs hemtjänst + klagomål har inkommit. IVO begär yttrande över klagomål samt svar på säkerställande av tre angivna punkter	2020-07-08	2020-06-18 (skickat 22/6)	Anneli Lindblom	
8.	2020-09-09	20ON211	Beslut - IVO har inte uppmärksammat några brister inom det område som tillsynen omfattat. IVO avslutar därför ärendet.			Anneli Lindblom	Ärendet avslutas
9.	2020-10-26	20ON357 (även AFN och SN)	Meddelande om tillsyn och begäran om uppgifter - IVO genomför, med anledning av utbrottet av covid-19 i Sverige, en tillsynsinsats med underlag av kommunernas inrapporterade ej verkställda beslut. Tillsynen riktar sig till samtliga kommuner i landet. IVO begär svar på ett antal uppgifter, via fomulär.	2020-12-01	Lena Hörnell har hanterat svaren, enligt aktuell formulär från IVO.	Lena Hörnell	
9.	2021-02-15	20ON357 (även AFN och SN)	Meddelande om fortsatt tillsyn - IVO har en pågående tillsyn av verkställighet av socialtjänstinsatser maa utbrottet av covid-19. Tillsynen fortsätter nu i Gävle. - I den fortsatta tillsynen kommer IVO, genom telefon- eller videosamtal med enskilda, att granska vilka konsekvenser kommunens genomförda förändringar i in satser innebär för enskilda samt hur enskilda upplever kommunens hantering av förändringarna. IVO kommer genomföra detta med den chef som nämnden har lämnat kontaktuppgifter till vid IVO:s begäran om uppgifter.			Lena Hörnell	

9.	2021-03-08	20ON357 (även AFN och SN)	Information om intervju i pågående tillsyn samt förslag på tid för intervju - Mailkonversation mellan IVO och Magnus Höijer. Tid för intervju fastställs till den 7 april 2021.			Lena Hörnell	Sid 93(745)
9.	2021-03-31	20ON357 (även AFN och SN)	Underrättelse - Möjlighet att lämna synpunkter. ”Det första underlaget för tillsynen är samtliga uppgifter som ansvariga nämnder i er kommun har lämnat utifrån IVO:s Meddelande om tillsyn och begäran om uppgifter, daterad 2020-10-26. IVO kommer även att intervjua en ansvarig chef, vilket ni har fått information om. Underlaget som består av era nämnders uppgifter är omfattande. För att underlätta för er vid kommuniceringen inför IVO:s beslut har ni möjlighet att redan nu ta del av det underlaget, som bifogas. IVO kommer att komplettera underlaget med protokoll från intervju med ansvarig chef så fort det är genomfört och senast vecka 15. IVO kommer då också att komplettera underlaget med Sammanfattning brukarsamtal, om samtal med enskilda har kunnat genomföras i er kommun.” Bilagor: - Uppgifter som samtliga nämnder i sektorn lämnat in. - Kompletteringar till nämndernas uppgifter från kommunen.			Lena Hörnell	
9.	2021-04-07	20ON357 (även AFN och SN)	Underrättelse - Möjlighet att lämna synpunkter på protokoll från intervju med ansvarig chef. - Synpunkter på det samlade underlaget skall vara IVO tillhanda senast 27 april 2021.	2021-04-27		Lena Hörnell	Magnus Höijer beslutar 26/4 att avstå från att lämna synpunkter

Nr	Skrivelse från IVO daterat	Dnr	Frågan/ärendet	Svar senast till IVO	Ordförandebeslut, daterat	Ansvarig chef	Beslut
10.	2020-06-24	20ON223	Meddelande om tillsyn och begäran om journaler m m - IVO genomför, med anledning av den pågående smittspridningen av covid-19 i Sverige, en tillsynsinsats som fokuserar på medicinsk vård och behandling för äldre som bor på särskilda boenden. Tillsynen har i ett inledande skede riktat sig mot alla kommuner och regioneri landet. - IVO har genomfört intervju med MAS. - IVO fördjupar granskningen avseende Vallongården och Vardaga Tallåsvägen - IVO begär att ta del av hälso- och sjukvårdsjournaler - IVO begär namn och kontaktuppgifter för patientansvarig sjuksköterska	2020-07-09	2020-06-26 Svar skickat direkt från MAS, Ulrika Carlsson.	Kia Fernlund	
10.	2021-02-02	20ON223	Beslut IVO har i tillsynen funnit brister: - Det har, vid det enskilda boendet som ingår i aktuell tillsyn, inte funnits förutsättningar för att ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19 - Det går, vid det särskilda boendet som ingår i aktuell tillsyn, inte att följa vården till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende pga brister i hälso- och sjukvårdsjournalera. IVO begär att nämnden ska redovisa sin ställning till de brister som IVO konstaterat. Redovisningen ska även innehålla ev åtgärder som nämnden vidtagit eller planerar vidta för att komma till rätta med bristerna. Redovisningen ska innehålla uppgifter om när ev åtgärder genomfördes eller kommer att genomföras.	2021-03-15	2021-03-12 (skickat 12/3)	Kia Fernlund	
10.	2021-04-22	20ON223	Underrättelse och begäran IVO kommer under 2021 att fortsätta granskningen av nämnden inom ramen för det aktuella tillsynsärendet. Med anledning av den fortsatta tillsynen begär IVO redogörelse på totalt fyra frågeställningar.	2021-09-15		Kia Fernlund	

Sammanställning av Lex Sarah-ärenden 2021 Omvårdnadsnämnd

= Avslutade ärenden
= Pågående ärenden

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
1	19ON363	2019-09-09	Brister i bemötande	Egen regi Dagverksamhet för äldre i Sätra	Eva-Lotta Alm-Wahlman	Handledning/Utbildning i bemötande via PBM. En till enhetschef har anställts från 1 november 2019	Ej aktuellt	2019-11-27
2	19ON356	2019-10-24	Personal utelämnat uppgifter till kunds anhörig utan medgivande.	Extern utförare LOV Allt i hemmet	Zarah Asgari	Förtydligat kunds genomförandeplan och samtyckesblankett. Gått igenom sekretesspolicy med personal i bolaget.	Ja	Avskriven 2020-02-12
3	19ON391	2019-11-09	Nattpersonal hör inte kundens larm p.g.a. att personal sover.	Egen regi Selggrens vård- och omsorgsboende	Liselott Smedlund	Medarbetaren får inte jobba nattpass. Information och diskussion på APT. Utb. i social dokumentation	Ej aktuellt	2020-01-15
4	19ON393	2019-11-14	Kund har legat på golvet hela natten och har blivit nedkyld.	Egen regi Furugårdens vård- och omsorgsboende	Charlotta Lindblom	Information på APT om hur personal ska agera när kunder är oroliga.	Ej aktuellt	2020-01-15
5	19ON394	2019-11-11	Kund har legat med ”dagkläder” på hela natt och inget inkontinensskydd har bytts.	Egen regi Selggrens vård- och omsorgsboende	Carina Roos	Medarbetaren får inte jobba nattpass. Information och diskussion på APT. Utb. i social dokumentation	Ej aktuellt	2020-01-15

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
6	19ON424	2019-12-08	Den enskilde ber medarbetare att tända adventsljusstaken. Som sedan inte släcks och ljusstaken börjar brinna. Kund larmar när brandlarmet går igång.	Egen regi Hemtjänst centrum	Ingela Söderberg	Diskussion om ansvarsfördelning på verksamhetens ledningsgrupp samt på enhetens APT. Information av säkerhetssamordnare om brandsäkerhet. Samverkan med räddningstjänsten.	Ej aktuellt	2020-01-31
7	20ON5	2019-10-09	Den enskilde avviker och hittas på verksamhetens tak. Har klättrat ut genom ett fönster.	Egen regi Fleminggatans vård- och omsorgsboende	Victoria Hammarsten/Therese Christiansson	Tagit bort alla fönsterhandtag Informerat GPS?	2020-02-18 Kompletteri ng begärd 2020-02-21 Kompletteri ng skickad 2020-03-10	2020-03-18
8	20ON17	2020-01-11	Brister i bemötande och omvårdnad av enskild.	Egen regi Forellplans vård- och omsorgsboende	Charlotte Larsson	Tydligare rutiner och registrering av närvaro hos kund. Betonat vikten av att hämta stöd av kollega.	Ej aktuellt	2020-03-31
9	20ON36	2020-01-26	Den enskilde har blåmärken på överarm. SSK kontaktas direkt men det dröjer två dagar. Det visar sig att armen är bruten.	Egen regi Sätra hemtjänst/ hemsjukvård	Annica Eriksson/Lisa Hartung	Om möjligt hitta ett sätta att kommunicera med den enskilde. Utökat samarbete genom teamträffar. Ett nytt rapporteringsstöd för personal och ett beslutsstöd för sjuk-sköterskor kommer att införas i verksamheterna.	Ej aktuellt	2020-03-05

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
10	20ON45	2020-02-12	Den enskilde har kunnat ramla och skada sig under natten. Då golvlarm var frånkopplat och ingen hade hjälpt den enskilde att sätta på trygghetslarmet	Egen regi Forellplans vård- och omsorgsboende	Ulla Danielsson	Omedelbart aktiverat larm samt att den enskilde har fått på sig sitt trygghetslarm. Samtal med personal om det inträffade samt uppföljning på nästföljande APT.	Ej aktuellt	2020-04-07
11	20ON49	2020-02-03	Rörigt på enheten p.g.a. oroliga brukare. Det medförde att en brukare ”daskade” till en annan brukare. Det inträffade då personal var inne hos andra brukare.	Egen regi Forellplans vård- och omsorgsboende	Charlotte Larsson	Betonat att medarbetare från olika enheter hjälps åt vid dubbelbemanning då övriga kunder med demens finns i gemensamma utrymmet.	Ej aktuellt	2020-03-31
12	20ON54	2020-02-20	Stöld av brukares kontanter i hemtjänst-lokal. Personal hade tagit med den enskildes plånbok i sin väska under lunchen. P.g.a. att direkt efter sin lunch skulle personal följa med den enskilde till frisören.	Egen regi Hille hemtjänst	Malin Lööf	Rutin för hantering av kundens pengar har inte följts. Enhetschef informerar och går igenom rutinen för hantering av kundens pengar på APT mars 2020.		2020-03-12
13	20ON55	2020-02-21	Sänggrindar uppfällda (skyddsåtgärd som inte brukaren beviljats eller behöver) samt golvlarm felriktat så personal märkte ingen aktivitet i lägenheten.	Egen regi Fleminggatans vård- och omsorgsboende	Therese Christiansson	Information på APT om vikten av att registrera avvikelser om larm krånglar/trasigt. Finns extralarm att använda vid behov. Sänggrindar borttagna.	Ej aktuellt	2020-03-12

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
14	20ON67	Augusti 2019 - januari 2020	Den enskilde har fått proteinberikad kost istället för energiberikad kost och har därav förlorat vikt,	Egen regi Forellplans vård- och omsorgsboende	Charlotte Larsson/ Hanna Andersson	Rutiner finns och åtgärder har vidtagits. Planerad tillsyn av vård- och omsorgsboendet av MAS och SAS.	Ej aktuellt	2020-04-27
15	20ON74	2020-02-20	Brukaren har förflyttat sig från våning 5 till entréplan och gått ut. Därefter ringer den enskilde på porttelefonen. Personal har inte uppmärksammat att brukaren försvunnit från enheten.	Egen regi Forellplans vård- och omsorgsboende	Charlotte Larsson	Infört mer uppsikt av de brukarna, byte av dörrkod regelbundet och planering av mer aktiviteter för den enskilde.	Ej aktuellt	2020-04-27
16	20ON79	2020-02-06	Den enskilde har förlorat sin mobiltelefon.	Egen regi Vallongården avd E-G, vård- och omsorgsboende	Sara Jönsson	Personal ska bli bättre på att dokumenterar när man upptäcker att saker är borta. Detta för att man ska kunna spåra lite bättre. Som omedelbar åtgärd sker samtal med personalen om detta.	Ej aktuellt	2020-04-08
17	20ON80	Slutet på dec 2019	Förlorade glasögon samt förlorade kläder, en blus och en jacka.	Egen regi Vallongården avd E-G, vård- och omsorgsboende	Sara Jönsson	Personalen måste bli noggrannare på att rapportera när enskild förlorar eller tappar bort saker. Detsamma gäller om den enskildes ägodelar går sönder. Detta kommuniceras omgående med personal som ett led i vidtagen åtgärd.	Ej aktuellt	2020-04-08

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
18	20ON81	December 2019 – januari 2020	Den enskilde har förlorat en ägodel (parfymflaska).	Egen regi Vallongården avd A-C, vård- och omsorgsboende	Sara Jönsson	Personalen måste bli noggrannare på att rapportera när enskild förlorar eller tappar bort saker.	Ej aktuellt	2020-04-21
19	20ON86	2020-02-07	Den enskilde har förlorat en ägodel. Ett armband uppges ha stulits av en okänd person som varit i den enskildes lägenhet.	Egen regi Vallongården avd A-C, vård- och omsorgsboende	Sara Jönsson	Rutiner finns, i övrigt inga andra åtgärder vidtagna.	Ej aktuellt	2020-04-21
20	20ON91	17-25/2-2020	Stöld av smycken i hemmet.	Egen regi Hemtjänst Söder	Marie Hammarberg	Ansvarig chef har kontaktat verksamhetschef och även dokumenterat namnen på den personal som enligt TES varit hemma hos den enskilde.	Ej aktuellt	2020-05-11
21	20ON94	2020-02-20	Kund avlider på sjukhus och vid återlämnande av ägodelar till anhörig upptäcks att kontanter saknas.	Ordinärt boende, korttidsvistelse.	Maria Larsson	Genomgång av rutin för hantering av kunders pengar med personalen samt uppföljning på APT	Ej aktuellt	2020-05-04
22	20ON153	2020-03-10	Brister i omsorgen och bemötande.	Egen regi Furugården	Camilla Carlsten	Den enskilde fick hjälp med omsorgen så snart missförhållandet upptäcktes. Gällande bemötande så har chef samtal med berörd personal.	Ej aktuellt	2020-06-01
23	20ON173	2020-02-08	Fysiska skador på den enskilde.	Egen regi Hamrånge Hemtjänst	Eva Svedlund	Klagomål diariefört och utrett. Lex Sarah-utredning.	Ej aktuellt	2020-07-02

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
24	20ON193	2020-05-07	Stöld av kontanter.	Stödboendeenheten och Hemtjänst	Taina Palomäki	Felregistrerad. Omregistrerad och utredd av SON dnr 20SON170. Avslutad 2020-06-29.	Ej aktuellt	2020-06-05
25	20ON217	200614	Konflikt mellan två kunder på boendet.	Vård- och omsorgsboende Forellplan	Anna Almén	Fortsatt arbete utifrån boendes BPSD. Info till personal om vikten att ha uppsikt och vara nära.	Ej aktuellt	200821
26	20ON229	200408	Stöld av smycken.	Korttidsboende Bergmästaren	Emma Rondina Bisi/Anna Kronberg	VHT kommer fortsättningsvis att vara tydligare i infon vid inflytt på enheten som rör hantering av och ansvar kring värdesaker	Ej aktuellt	200824
27	20ON239	200624+ 200625	Brister i rutiner.	Vård- och omsorgsboende Solgårdsgatan	Lys Karlsson	Samtal med arbetsgruppen där rutiner tydliggjorts samt påtalas vikten av att följa dessa.	Ej aktuellt	200909
28	20ON254	Juli 2020	Brister i bemötande.	Vård- och omsorgsboende Forellplan	Charlotte Larsson	Fortsatt utbildning och information kring demens/BPSD/medmötandeplan mm.	Ej aktuellt	200828
29	20ON283	200617	Oönskad förtäring	Vård- och omsorgsboende Solgårdsgatan	Lys Karlsson	Flera åtgärder har vidtagits för att säkra upp vårdmiljön	Ej aktuellt	200916

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
30	20ON258	200805	Stöld av plånbok.	Bomhus hemtjänst	Viktoria Persson	Misstänkt personal tagen ur tjänst i avvaktan på vidare utredning, kontakt med HR	Ej aktuellt	201005
31	20ON259	200719	Utebliven insats.	Andersbergs hemtjänst	Eija Urnefelt	Genomgång av rutiner samt påtala vikten av dokumentation, tydlig och säker kommunikation	Ej aktuellt	201007
32	20ON260	200721-200722	Utebliven insats.	Andersbergs hemtjänst	Eija Urnefelt	Genomgång av rutiner i samband med APT	Ej aktuellt	201007
33	20ON325	200902	Bemötande och olyckshändelse	Vård- och omsorgsboende Forellplan	Ulla Danielsson	Möte/samtal med arbetsgrupp med stöd av annan profession gällande bemötande.	Ej aktuellt	201027
~~34~~	~~20ON375~~	~~201029~~	~~Brister i bemötande och att insatser uteblivit~~	~~Vård- och omsorgsboende Fleminggatan 13~~	~~Anna-Karin Axelsson~~	Felregistrerad, tillhör AFN		
35	20ON339	200625	Olämpligt beteende gentemot kund	Vård- och omsorgsboende Sätraåsen	Antonio Mir Cabout	Alla ska ta del av medarbetapolicy och reflektionsstund kring bemötande och värdegrund, utbildning i modul 1-6 (fokus bemötande och självbestämmande) Uppföljning inplanerat v. 29	Ej aktuellt	200731

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
36	200N303	200902	Försvinnande av värdesak	Vård- och omsorgsboende Forellplan	Charlotte Larsson	Fortsatta arbetet kring att informera om broschyren vid inflytt som rör hantering av och ansvar kring värdesaker. Utreda möjlighet till utdrag ur belastningsregistret vid anställning.	Ej aktuellt	201113
37	20ON319	200827	Fysiskt våld mellan boende	Vård- och omsorgsboende Furugården	Charlotta Lindblom	Diskussion på teamträff, de berörda ska inte sitta bredvid varandra i matsal eller dagrum. Utbildning och fortsatt arbete kring BPSD	Ej aktuellt	201120
38	20ON356	200901	Brister i utförandet av insatser	Natteam	Annelie Grönblad	Hanteras inom ramen för synpunkter och klagomålshanteringen	Ej aktuellt	201221
39	20ON331	200407	Brister i omsorgen	Vård- och omsorgsboende Vallongården	Anette Hedlund	Flera omedelbara åtgärder är vidtagna, fler planerade utifrån upprättad handlingsplan vid enheten	Ja	201124
40	21ON1	201214	Hamrånge hemtjänst - Brister i rutin gällande tillsyn	Hemtjänst Hamrånge	Eva Svedlund	Flera omedelbara åtgärder är vidtagna, fler planerade utifrån upprättad handlingsplan vid enheten	Ja	210203

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
41	20ON366	201014	Fysiska övergrepp och bristande bemötande	Vård- och omsorgsboende Solgårdsgatan	Lys Karlsson	Flera åtgärder vidtagna bla samtal med berörd medarbetare, samtal med HR, förtydligande gällande förflyttningar och genomförandeplan	Ej aktuellt	210104
42	20ON369	201028	Fysiskt våld mellan boende och personal	Vård- och omsorgsboende Selggrensgården	Eva Kronobratt Borg	Berörd medarbetare besöker inte kunden, utbildningsinsatser, samtal och information.	Ej aktuellt	210107
43	20ON393	Oklart	Bristande uppföljning i vårdplan och brister i dokumentation av insatser	Vård- och omsorgsboende Solgårdsgatan	Lys Karlsson	Flera åtgärder vidtagna och en mer omfattande handlingsplan finns upprättad vid enheten	Ej aktuellt	210129
44	20ON434	201206	Brister i utförandet av insatser i form av oförsiktighet och dåligt bemötande	Vård- och omsorgsboende Solgårdsgatan	Lys Karlsson	Samtal med berörd medarbetare	Ej aktuellt	210219
45	20ON447	201212	Brister i utförandet av insatser	Vård- och omsorgsboende Vallongården	Anette Hedlund	Flera åtgärder vidtagna och en mer omfattande handlingsplan finns upprättad vid enheten	Ej aktuellt	210219
46	21ON46	201214	Stöld	Änglavård AB	Ahnna Halling	Flera åtgärder vidtagna så som arbetsrättsliga och förbättring kring rutiner	Ej aktuellt	Oklart
47	21ON53	Oklart	Brister i social dokumentation och har ej meddelat handläggare om att kund velat pausa insatser	Maid Hemtjänst	Kristina Wäppling Lindbäck	Uppdaterade rutiner, kontroll utbildning av kontaktmän	Ej aktuellt	210209

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
48	21ON8	201105	Kund avliden innan kontakt etableras med myndighet	Myndighet SoL 1 och 2	Katarina Söderberg Pettersson	Rutin kommer att upprättas vid enheten som beskriver mer när och hur polis kan kontaktas	Ej aktuellt	210310
49	21ON90	210131	Brister i utförandet av insatser i form av att kund inte fått läkarstöd i tid	Vård- och omsorgsboende Solgårdsgatan	Lisa Krantz			
50	21ON12	210104	Uteblivna insatser utifrån att man missat att räkna in personal	Hemtjänsten Hedesunda	Katrin Svensson	Samtal med medarbetare, ytterligare rutiner, förtydligande av rutiner, fortsatt dialog med systemavariga	Ej aktuellt	210322
51	21ON113	210118	Stöld	Vård- och omsorgen Vardaga	Malin Lenkey	Arbetsrättsliga samt förtydligande av rutiner	Ej aktuellt	210318
52	21ON15	210112	Stöld	Hemtjänsten Söder	Marie Hammarberg	Samtal med arbetsgruppen och förtydligande av rutiner	Ej aktuellt	210329
53	21ON62	210212	Kund kommer åt fjärrkontrollen till sängen vilket resulterat i att sängen flyttats och kund hamnar i en obekväm position	Vård- och omsorgsboende Forellplan	Michelle Grundström	Förtydligande kring GP och vårdplaner samt samtal mer arbetsgruppen	Ej aktuellt	210329
54	21ON121	210324	OVP har larmat och under tiden lämnat kunden ensam i bostaden utan att säkerställa att kund låg bra i sängen utan risk för att falla ur	Hemtjänst Hille/Strömsbro	Ann-Christine Carlsson Hansén			

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
55	21ON16	201230	Brister i utförandet av insatser	Hemtjänsten Söder	Marie Hammarberg	Utbildning, vidare åtgärder från HR	Ej aktuellt	210419
56	21ON82	210224	Fall i samband med att personal inte fanns på plats	Vård- och omsorgsboende Forellplan	Charlotte Larsson	Kontakt med bemanning, förbättringar kring kommunikation etc.	Ej aktuellt	210421
57	21ON143	210428	Brister i bemötande	Söders hemtjänst	Marie Hammarberg			
58	21ON160	210425	Rörelselarm ej utlöst, kund blev liggande efter fall	Vård och omsorgsboende Forellplan	Michelle Grundström			

Nytt sedan nämndsmöte 2020-05-27

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
59	21ON92	210204	Bister i utförandet av insatser i form av att kund inte har fått hjälp i tid	Vård- och omsorgsboende Solgårdsgatan	Lisa Krantz	Förbättrad kommunikation mellan medarbetarna	Ej aktuellt	210503
60	21ON166	210129	Brister i utförandet av insatser	Hemtjänst/ vuxenteam	Carolina Gidlundh			
61	21ON154	210201	Brister i bemötande	Vård- och omsorgsboende Sätraåsen Frösunda omsorg AB	Antonio Mir Cabot	Medarbetare omplacerades och därefter avsluta anställning	Ja 210503	

Nr	Dnr	Händelse-datum	Händelse	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till IVO	Avslut
62	21ON169	210515	Fysiska övergrepp mellan boende	Vård- och omsorgsboende Fleminggatan 11	Daniel Eriksson			
63	21ON172	210514	Brister i bemötande	Vård- och omsorgsboende Ängslyckan	TF Carolina Lindstedt			
64	21ON117	210314	Brister i medmötande gentemot kund	Natteam	Maria Dahlenlund	Samtal i arbetsgruppen samt info om Lex Sarah	Ej aktuellt	210528
65	21ON122	210323	Risk för att insatschema med känsliga uppgifter har kommit i orätta händer	Natteam	Maria Dahlenlund	Ny rutin upprättas	Ej aktuellt	210528
66	21ON114	210319	Flera brister i utförandet av insatserna, brister i dokumentationen, brister i bemötande etc.	Vård- och omsorgsboende Furugården	Charlotta Lindblom	Handlingsplan finns upprättad	Ja 210604 Lex-Sarah utredning avslutad 210604	Inväntar svar IVO

Sammanställning av personuppgiftsincidenter 2021
Omvårdnadsnämnden

9	= Avslutade ärenden
2	= Pågående ärenden

Nr	Dnr	Händelse datum	Incident	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till Integritetsskydds-myndigheten	Beslut från Integritetsskydds-myndigheten Datum/ Diarienummer
1.	21ON39	2021-02-01	Anställd skickar mötesinbjudan, till sin personalgrupp och råkar då ta med information om anställds hälsa.	Utveckling och stöd, Administrativt stöd	Katarina Stistrup	Kontrollera noga innan utskick.	Nej	
2.	21ON42	2021-02-02	Servern med testmiljön för verksamhetssystem (för vård och omsorg) har haft enfaktorsnivå gällande säkerhetsnivån under en period istället för tvåfaktors-inloggning.	Utveckling och stöd, Verksamhets- och utvecklingsstöd	Anna Bengtsson	Säkerhetsnivån har återställts vid upptäckt. Säkerställa rutiner hos IT-avdelningen så att detta inte händer igen. Det pågår ett arbete kring incidentrapportering inom Välfärd Gävle varför denna incident kommer att tas upp som lärfall.	**Ja, med tillhörande komplettering om att det inte är en incident då utredning visar på att endast behöriga som tagit del av uppgifterna.**	**2021-03-17/ PUI-2021-473**
3.	21ON87	201-03-03	Anställd fick ett mejl, okrypterat, av en medarbetare innehållande personnummer som anställd sedan svarade på.	Myndighet/ Myndighet SoL Omsorg	Carina Wohlmer	Anställd har haft samtal med medarbetare, som först skickade mejlet okrypterat, samt ska ta upp hur enkelt det är att göra detta misstag på kommande veckas beredning.	Nej	

Nr	Dnr	Händelse datum	Incident	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till Integritetsskydds-myndigheten	Beslut från Integritetsskydds-myndigheten Datum/ Diarienummer
4.	21ON88	2020-12-04 och 2021-02-25 (i samband med Sveriges radios granskning i kombination med upptäckt av att person-uppgifter inte var anonymisera de.)	Personuppgifter från kommunens webbplats har skickats till tredje land genom Google analytics. Den 4/12 2020 rekommenderades det från dataskyddsombud att byta statistikverktyg. Arbetet påbörjades omgående och det nya systemet tas i bruk under mars 2021. Kommunen behöll Google analytics i övergångsfasen i tron att personuppgifterna var anonymiserade. När det upptäcktes att de inte var det bröt kommunen kopplingen till Google analytics omgående.	Styrning och stöd/ gavle.se		Gävle kommuns webbplats delar inte längre data till Google analytics.	Ja, då incident involverar alla nämnder har kommunstyrelsen skickat in en gemensam anmälan med diarienummer 21KS118.	
5.	21ON99	2021-02-25	Anställd har skickat en beställning via säker e-post till annan kommun och har då skrivit personnummer på en annan kund.	Myndighet/ Myndighet SoL Omsorg	Alejandra Olivares Caballeria	Verksamheten tar upp incidenten på kommande arbetsplatsträff som lärfall.		
6.	21ON101	2021-02-17	Flera anställda har av misstag skrivit in lösenord i möteschatt.	Utveckling och stöd/ Verksamhets- och utvecklingsstöd	Anna Bengtsson	De anställda informeras om vad som har hänt och blir ombedda att byta lösenord såväl på jobbet som i privata kanaler. De hänvisas också till information på intranätet.	Nej	
7.	21ON102	2021-03-12	Anställd har skickat person-uppgifter okrypterat via mejl till annan myndighet.	Utveckling och stöd /Administrativt stöd	Catrin Krsticevic Tranberg	Incidenten kommer att tas upp som exempel på enhetens arbetsplatsträff.	Nej	

Nr	Dnr	Händelse datum	Incident	Enhet	Ansvarig chef	Åtgärd	Anmälan till Integritetsskydds-myndigheten	Beslut från Integritetsskydds-myndigheten Datum/ Diarienummer
8.	21ON109	2021-03-18	Automatiserad nattlig patchning av Windows server och SQL-server förorsakade störning i verksamhets-systemets databas p.g.a. kombination av databasversion och versioner av tillhörande script, vilket fick konsekvensen att automatisk inloggning vid uppstart av databasen misslyckades. I och med bortfallet av åtkomst till detta system har inte vårdpersonal kunnat ta del av kundernas journaler.	Utveckling och stöd/ Verksamhets- och utvecklingsstöd	Anna Bengtsson	IT-beredskap larmades, felsökning påbörjades, grundorsak identifierades och system uppstartades. Incidenten resulterade även i en s.k. NIS-incident.	Ja	
9.	21ON118	2021-03-23	Omvårdnadspersonal har tappat bort ett så kallat insatsschema med uppgifter gällande 28 olika kunder. Insatsschemat innehåller såväl känsliga som sekretessbelagda uppgifter: namn, adress, telefonnummer, e-postadress, nyckelnummer och arbetsmoment (vårdbehov). Handlingen har förmodligen tappats utomhus och kan inte återfinnas.	Stöd i hemmet / Hemtjänst och hemsjukvård	Anneli Lindblom	Ny rutin införs och de registrerade meddelas per brev om att det inträffat en incident.	**Ja, och även en komplettering där anmälan dras tillbaka då det inte är en incident, eftersom handlingen sedan återfunnits inom verksamheten och inga personuppgifter därmed röjts.**	

Nya incidenter sedan sammanträdet 2021-05-27

10	21ON174	2021-02-25	Personuppgifter har vidareskickats per mejl okrypterat.	Utveckling och stöd/ Planering, analys och utvärdering	Patrik Bergman	Berörd enhet kommer att ta upp denna incident som lärfall på kommande arbetsplatsträff	Nej	Sid 110(745)
11	21ON180	2021-05-18	Namn och personnummer har rapporterats enligt äldre rutin. Rapporten skapar i teams istället för delat via säker e-post.	Utveckling och stöd/ Administrativt stöd	Catrin Tranberg	Ny rutin finns upparbetad för en säkrare delning, i detta fall uppstod fel i det enskilda fallet. Övriga rapporteringar sker enligt ny rutin, säker e-post.	Nej	

Från: Välfärd Gävle - Omvårdnadsnämnd (e-post) <omvardnadsnamnd@gavle.se>
Till: "Platina-ON (e-post)" <platina-on@gavle.se>
Ämne: VB: Socialstyrelsens termbank: remiss för begrepp relaterade till kontaktorsak
Skickat: 2021-04-27 07:36:55

Från: Kommunstyrelsen (e-post) <kommunstyrelsen@gavle.se>
Skickat: den 26 april 2021 16:36
Till: Välfärd Gävle - Socialnämnd (e-post) <socialnamnd@gavle.se>; Välfärd Gävle - Omvårdnadsnämnd (e-post) <omvardnadsnamnd@gavle.se>
Ämne: VB: Socialstyrelsens termbank: remiss för begrepp relaterade till kontaktorsak

Översänder remiss till er för direktbesvarande till Socialstyrelsen.

Med vänlig hälsning

Registrator
Styrning och stöd
Kanslienheten

Gävle kommun
801 84 GÄVLE
Stadshuset, Drottninggatan 22
Telefon: 026-17 80 00

Från: Kundtjänst <kundtjanst@gavle.se>
Skickat: den 26 april 2021 13:57
Till: Kommunstyrelsen (e-post) <kommunstyrelsen@gavle.se>
Ämne: VB: Socialstyrelsens termbank: remiss för begrepp relaterade till kontaktorsak [2021KC53352]

Hej,

Följande mail har inkommit till Gävle kommuns officiella e-postlåda.

Med vänlig hälsning

Maria Larsson

Kundkommunikatör Kundtjänst
Gävle kommun

80184 Gävle
Besöksadress: Drottninggatan 22
Kundtjänst: 026-178000
www.gavle.kommun@gavle.se
www.gavle.se
www.facebook.com/gavlekommun

Denna mejlväxling kan innehålla personuppgifter som Gävle kommun behandlar enligt Eu:s dataskyddsförordning.Läs mer på www.gavle.se/dataskydd

Från: Strömbäck, Carl <Carl.Stromback@socialstyrelsen.se>
Skickat: den 26 april 2021 13:43
Till: gavle.kommun@gavle.se
Ämne: Socialstyrelsens termbank: remiss för begrepp relaterade till kontaktorsak

Till registrator för vidarebefordran till sakkunnig

Hej,

Detta är en inbjudan att besvara en remiss på föreslagna termer och definitioner relaterade till begreppet kontaktorsak. Praktiska instruktioner och information om terminologiprojektet finns i remissens inledning.

Vi vill ha ert svar senast den 4 juni 2021.

För att komma till remissen, klicka här: https://reply.surveygenerator.com/go.aspx?u=42999iEoqAPT5uCtUr9bT1
Om du inte kan använda länken ovan, klicka här:
https://reply.surveygenerator.com/go.aspx
Logga in med användarnamnet 42999iEoqAPT5uCtUr9bT1

Om ni inte vill svara på remissen, klicka på denna länk:
https://reply.surveygenerator.com/unregister.aspx?u=42999iEoqAPT5uCtUr9bT1

Frågor om remissen besvaras av Socialstyrelsens terminolog Carl Strömbäck, som nås på carl.stromback@socialstyrelsen.se.

Tack på förhand för er medverkan!

Socialstyrelsen

Remiss, begrepp relaterade till kontaktorsak
Socialstyrelsen ansvarar för samordning av terminologin inom fackområdet vård och omsorg, som innefattar hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Bakgrund till terminologiarbetet
Begreppet kontaktorsak är ett av flera begrepp som används i Nationell informationsstruktur (NI) i en betydelse som delvis skiljer sig från termbankens definition. Detta leder till att Socialstyrelsen som myndighet inte ger en entydig bild av vad en kontaktorsak är. Syftet med projektet är att ta fram en enda definition, som speglar språkbruket i hälso- och sjukvården.

Arbetsgruppen
Projektets arbetsgrupp har bestått av sakkunniga från

- Socialstyrelsen
- Sveriges kommuner och regioner
- Inera
- Region Örebro län

samt jurist och terminologer från Socialstyrelsen.

Resultatet av terminologiarbetet
Arbetet har resulterat i föreslagna revideringar av fyra termposter:

- vårdbegäran
- kontaktorsak
- besöksorsak
- remiss

Om du har frågor om projektet eller enkäten, kontakta Socialstyrelsens terminolog Carl Strömbäck: carl.stromback@socialstyrelsen.se

Vi vill ha ditt svar **senast den 4 juni 2021**.

Praktiska instruktioner

- Svaren sparas när du klickar på knapparna "Tillbaka" eller "Nästa" längst ner på varje sida i enkäten. Du kan ändra dina svar fram till sista svarsdag.
- Om ni är flera personer som ska besvara remissen behöver ni lämna ett gemensamt svar på denna enkät. Om flera personer använder samma länk kommer bara de senast registrerade svaren att sparas.
- Sist i formuläret finns möjlighet att skriva ut svaren. Använd denna funktion om du vill diarieföra svaret.
- Tänk på att inte ange några personuppgifter som till exempel namn, e-post eller andra uppgifter som kan identifiera en person i dina fritextsvar.

Klicka här för en läsversion av enkäten.

Termpost 1 – vårdbegäran

Term: vårdbegäran

Tidigare definition: begäran om erhållande av hälso- och sjukvård

Föreslagen definition: begäran om hälso- och sjukvård

Tidigare anmärkning:
Vårdbegäran kan göras för egen eller annans räkning.

Exempel: tidsbeställning, akut öppenvårdsbesök, remiss.

Föreslagen anmärkning:
Vårdbegäran kan delas in i tre typer utifrån vem som framställer den:

• Vårdbegäran för egen räkning, där patienten själv eller en företrädare för patienten framställer vårdbegäran. Exempel på företrädare är vårdnadshavare, förvaltare, ombud och god man.

• Remiss, där hälso- och sjukvårdspersonal framställer vårdbegäran för patientens räkning.

• Vårdbegäran från tredje part, där någon annan framställer vårdbegäran för patientens räkning. Exempel på tredje part är myndigheter (typiskt Polisen eller Rättsmedicinalverket) och utomstående personer.

Arbetsgruppens resonemang:

Vi föreslår en enklare definition (med oförändrad betydelse) och en tydligare anmärkning.

	Ja	Nej
Tillstyrker föreslagen definition	◉	○
Tillstyrker föreslagen anmärkning	◉	○

Motivera varför du inte tillstyrker den nya definitionen:

Motivera varför du inte tillstyrker den nya anmärkningen:

Kommentar (frivilligt):

Termpost 2 – kontaktorsak

Tidigare term: kontaktorsak

Föreslagen term: sökorsak

Tidigare definition: orsak till vårdkontakt som patient eller företrädare för patient anger

Föreslagen definition: orsak till vårdbegäran som anges av patient, företrädare för patient eller tredje part

Tidigare anmärkning: -

Föreslagen anmärkning: Begreppet ska inte förväxlas med *vårdkontaktsorsak*, som anges av hälso- och sjukvårdspersonal.

Arbetsgruppens resonemang:

Formuleringen "orsak till vårdbegäran" är en mer korrekt beskrivning av vad som anges här. Till exempel kan en vårdbegäran leda till flera vårdkontakter, men patienten anger inte en separat orsak för varje vårdkontakt.

Termen kontaktorsak är mindre lämplig för detta begrepp. Den används på flera håll i hälso- och sjukvården om orsaken till en vårdkontakt, oavsett vem som anger den. Eftersom den föreslagna definitionen inte heller innehåller ordet vårdkontakt föreslår vi i stället termen sökorsak.

	Ja	Nej
Tillstyrker föreslagen term	◉	○
Tillstyrker föreslagen definition	◉	○
Tillstyrker föreslagen anmärkning	◉	○

Termpost 3 – besöksorsak

Tidigare term: besöksorsak

Föreslagen term: vårdkontaktsorsak

Tidigare definition: orsak som hälso- och sjukvårdspersonal anger för patients öppenvårdsbesök

Föreslagen definition: orsak till vårdkontakt som hälso- och sjukvårdspersonal anger

Tidigare anmärkning: -

Föreslagen anmärkning: Begreppet ska inte förväxlas med *sökorsak*, som anges av patient, företrädare för patient eller tredje part.

Arbetsgruppens resonemang:

Den tidigare definitionen var för snäv eftersom personalen inte bara anger orsak till öppenvårdsbesök. Av samma anledning är termen besöksorsak mindre lämplig för detta begrepp. I teorin skulle kontaktorsak kunna vara en bra term, men eftersom många sedan länge har den inlärda betydelsen att kontaktorsak är det som patienten anger föreslår vi för tydlighets skull termen vårdkontaktsorsak.

	Ja	Nej
Tillstyrker föreslagen term	◉	○
Tillstyrker föreslagen definition	◉	○

Tillstyrker föreslagen anmärkning

Motivera varför du inte tillstyrker den nya termen *sökorsak* (tidigare *kontaktorsak*):

Motivera varför du inte tillstyrker den nya definitionen av sökorsak/kontaktorsak:

Motivera varför du inte tillstyrker den nya anmärkningen till sökorsak/kontaktorsak:

Kommentar till termpost 2 - sökorsak/kontaktorsak (frivilligt):

Motivera varför du inte tillstyrker den nya termen *vårdkontaktsorsak* (tidigare *besöksorsak*):

Motivera varför du inte tillstyrker den nya definitionen av vårdkontaktsorsak/besöksorsak:

Motivera varför du inte tillstyrker den nya anmärkningen till vårdkontaktsorsak/besöksorsak:

Kommentar till termpost 3 - vårdkontaktsorsak/besöksorsak (frivilligt):

Termpost 4 – remiss

Term: remiss

Tidigare definition: handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient

Föreslagen definition: vårdbegäran från hälso- och sjukvårdspersonal som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient

Tidigare anmärkning: -

Föreslagen anmärkning:
Observera att denna definition skiljer sig något från den definition som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.: *handling om patient som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar.*

Arbetsgruppens resonemang:

Remiss är i dagsläget definierat som en handling, men är också uppräknat som exempel i termposten för vårdbegäran. Detta är en nyansskillnad som i många kommunikationssituationer inte påverkar förståelsen av begreppet. I informatiskt arbete är det dock mer funktionellt att se remiss som en typ av vårdbegäran, varför vi föreslår denna ändring.

I det nya förslaget är det också tydligt att det är hälso- och sjukvårdspersonal som är avsändare till remissen. Den tidigare definitionen kunde felaktigt tolkas som att varje beställning av tjänst är en remiss. (Vårdbegäran direkt från en patient till specialiserad vård, som ibland kallas egenremiss, omfattas varken av den tidigare eller den nu föreslagna definitionen.)

	Ja	Nej
Tillstyrker föreslagen definition	◉	○
Tillstyrker föreslagen anmärkning	◉	○

Motivera varför du inte tillstyrker den nya definitionen:

Motivera varför du inte tillstyrker den nya anmärkningen:

Kommentar (frivilligt):

Eventuella kommentarer till remissen i sin helhet:

Tack för dina svar!

Klicka **<u>här</u>** för att skriva ut dina svar.

Kommande beslut: Remiss - Kommunplan med årsbudget 2022 och utblick 2023-2025

14

21ON158

Gävle KOMMUN

Missiv

Ärende Dnr 21KS22
Dok/Handl id 21KS22-1
2021-05-07

Till Remiss till samtliga nämnder

Ärende **Kommunplan med årsbudget 2022 och utblick 2023-2025**

Vårt dnr 21KS22

Begäran om yttrande i rubricerat ärende.

Handlingar Innevarande års kommunplan och de uppföljningar respektive nämnd själva upprättat utgör underlagsmaterial.

Vid verksamhetsdialog den 2 – 3 juni kommer en allmän utblick över den kommunala verksamhetens utmaningar på lång sikt att presenteras av tjänstemän från sektorer och bolag.

I beslutad kommunplan för innevarande år finns en utblick för de närmast kommande åren både såvitt gäller mål och ekonomiska ramar.

Trots att de ekonomiska förutsättningarna för nämnderna i princip redan är lagda **ges nämnderna en möjlighet** att ytterligare utveckla och beskriva möjliga handlingsvägar för att nå en ekonomi i balans.

Finns ändrade förutsättningar för nämnden jämfört med kommunplan 2021 som påverkar verksamheten på kort eller lång sikt – t.ex. avseende lagstiftning, nya trender, volymer mm kan även detta belysas.

Svarsdatum De nämnder som önskar inkomma med yttrande ska göra det senast den **31 augusti 2021**

Upplysningar

En ny grundkalkyl uppdaterad med nya ekonomiska grundförutsättningar om skatteprognos, volymer mm tas fram under september. Därefter upprättar kommunstyrelsen förslag till budget för 2022 i enlighet med lagkravet att intäkterna överstiger kostnaderna och att skattesatsen och anslagen till nämnderna anges. Kommunplanen antas i kommunfullmäktige i november.

Åsa Wiklund - Lång
Kommunstyrelsens ordförande

Gävle KOMMUN

Kommunplan

med årsbudget 2021 och utblick 2022–2024

www.gavle.se

Innehållsförteckning

1 Beslutsförslag 4
2 Utdrag ur protokoll från Kommunfullmäktiges sammanträde 20201130 6
3 Organisationsbild Gävle kommunkoncern 7
4 STRATEGISK PLAN 8
4.1 Politisk huvudskrivelse för valperioden 8
4.2 Ledningsfilosofi 10
4.3 Kommunövergripande mål 11
4.4 Finansiella mål 18
4.5 Förvaltningens plan 20
5 ÅRSPLAN 23
5.1 Kommunkoncernens fokus 2021 23
5.2 Omvärld 25
5.3 Budgetmodell och kalkylförutsättningar 29
5.4 Finansiering av verksamheterna 31
5.5 Finansiell analys sammanställd redovisning 34
5.6 Finansiell analys av kommunen 36
5.7 Kommunens nämnder 44
5.8 Kommunens bolag 57
6 SÅ HÄR ARBETAR VI FÖR ATT NÅ VÅRA MÅL 65
6.1 Agenda 2030 65
6.2 Gävle kommuns styrmodell 65
6.3 Strategiska program och planer 66
6.4 God ekonomisk hushållning 68
7 EKONOMISKA SAMMANSTÄLLNINGAR 69
7.1 Koncernbudget 69
7.2 Nämndsöversikt 69
7.3 Resultatbudget 70
7.4 Balansbudget 71
7.5 Kassaflödesbudget 73
7.6 Notförteckning till resultatbudget 75
7.7 Notförteckning till balansbudget 80

7.8 Driftbudget ... 84

7.9 Investeringsbudget 2021-2024 ... 85

7.10 Försäljning av anläggningstillgångar 2021-2024 ... 86

7.11 Exploateringsbudget 2021-2024 ... 87

7.12 Stadshuskoncernen ... 89

Bilagor

Bilaga 1: Bilaga 1 - Investeringsplan

Bilaga 2: FORSLAG nya ägardirektiv för GSAB-koncernen ver 2

Bilaga 3: Ändringar i ägardirektiv 2021-2024 ver 2

Bilaga 4: Bilaga 2 - Exploatering i detalj

1 Beslutsförslag

1. att för finansiering av 2021 års och tidigare års investeringar jämte förmedlade lån till företag inom kommunkoncernen upplåna högst 11 100 mnkr
2. att tidigare lånebeslut upphävs i motsvarande mån
3. att bemyndigande kommunstyrelsen att inom beloppsram på 10 800 mnkr år 2021 utlämna lån eller teckna borgen för kommunens bolag för finansiering av investeringar, leasing, omsättning av tidigare lån samt för löpande rörelsekrediter inom i Kommunplanen angivna kreditramar per bolag
4. att bemyndiga kommunstyrelsen att uppta tillfälliga lån år 2021 inom en beloppsram på 1 000 mnkr
5. att fastställa föreliggande förslag till kommunövergripande mål, indikatorer och uppdrag, samt ägardirektiv (bilaga 3), för nämnder och bolagsstyrelser åren 2021 - 2024
6. att fastställa Gävle Stadshus AB aktieutdelning till 98,6 mnkr
7. att bolagen inom bolagskoncernen omarbetar sina budgetar utifrån beslutad kommunplan och de nya ägardirektiven
8. att fastställa kommunens resultat- och balansbudget för åren 2021 - 2024
9. att fastställa föreslagna driftsramar till kommunens nämnder och styrelse, samt att dessa är skyldiga att inrymma verksamheten inom de tilldelade budgetramarna
10. att bemyndiga kommunstyrelsen att förfoga över centrala anslag för oförutsedda behov, projektmedel mm
11. att fastställa föreslagen reviderad investeringsplan (bilaga 1) och reviderad exploateringsbudget (bilaga 2) för kommunen, inklusive investeringar hos de kommunala bolagen som riktas mot den kommunala skattefinansierade verksamheten. Revidering i investeringsplan består av ökad investeringsram för Samhällsbyggnadsnämnden med 10 mnkr 2021 och 25 mnkr 2022 och ökad investeringsram för Kommunstyrelsen med 3 mnkr 2021.
12. att bemyndiga ekonomidirektören att inom ram omfördela centrala anslag till nämnderna avseende kompensation för ökade hyres- och kapitaltjänstkostnader till följd av färdigställda investeringar
13. att bemyndiga kommunstyrelsen att medge igångsättningstillstånd för projekt med statsbidrag eller liknande, samt att ålägga kommunstyrelsen att till kommunfullmäktige rapportera om vidtagna åtgärder och samtidigt hemställa om medelsanvisning
14. att investeringsobjekt överstigande 25 mnkr inte får igångsättas utan kommunstyrelsens medgivande
15. att godkänna förslag till budget för åren 2021 - 2024 för stadshuskoncernens bolag och Gävle Vatten AB
16. att fastställa föreslagna investeringsramar för affärsinvesteringar avseende bolag inom stadshuskoncernen och Gävle Vatten AB, samt att den operativa beslutsordningen ska gälla inför investeringarnas verkställande inom stadshuskoncernen
17. att nämnder och bolag skall avlämna månads-, delårsrapporter och årsredovisning enligt tidsplaner och anvisningar från Sektor Styrning och stöd
18. att, i den del upprättad kommunplan omfattar även förslag till revisorernas budget, hänskjuta frågan om slutlig beredning av revisorernas budget till kommunfullmäktiges presidium
19. att besluta om nedanstående ändringar i ägardirektiven 2021 för följande bolag:
    - Gävle Stadshus AB skall lämna utdelning till Gävle kommun med 98,6 mnkr.
    - AB Gavlegårdarna ska totalt nyproducera 750 lägenheter på fem år med start år 2021 i Gävle kommun
    AB Gavlegårdarna ska ha en långsiktig avkastning på bokfört eget kapital med lägst 3,5%.
    - Gavlefastigheter Gävle kommun AB syfte verksamhet första punkt skall vara: att bolaget ska tillhandahålla ändamålsenliga, attraktiva och prisvärda lokaler för kommunala verksamheter. Därutöver ska bolaget ansvara för drift och skötsel av övriga fastigheter ägda av kommunen där förvaltningsavtal upprättats.
    -Gävle Parkeringsservice ABs syfte med verksamhet: Bolaget skall äga, förvärva, uppföra och förvalta mobilitetsanläggningar för bilar och cyklar, dels i övrigt övervaka

och bedriva parkeringsverksamhet i parkeringsanläggningar för fordon samt bedriva därmed förenlig verksamhet i enlighet med Gävle kommuns parkeringspolicy.
Gävle Parkeringsservice AB - Kravet på bolagets avkastning efter finansiella poster, exklusive värdejusteringar, men före bokslutsdispositioner är 7,0 mnkr varav 5 mnkr skall lämnas i aktieutdelning till Gävle Stadshus AB för vidareförmedling till Gävle kommun.

20. att Gävle kommun skall lämna aktieägartillskott på 25 mnkr till Gävle Parkeringsservice för att stärka bolagets egna kapital inför investeringen i parkeringshuset Pralinen på Godisfabriken.
21. att ge Sektor styrning och stöd möjlighet till redaktionella justeringar i Kommunplanen inför beslut i Kommunfullmäktige.

2 Utdrag ur sammanträdesprotokoll

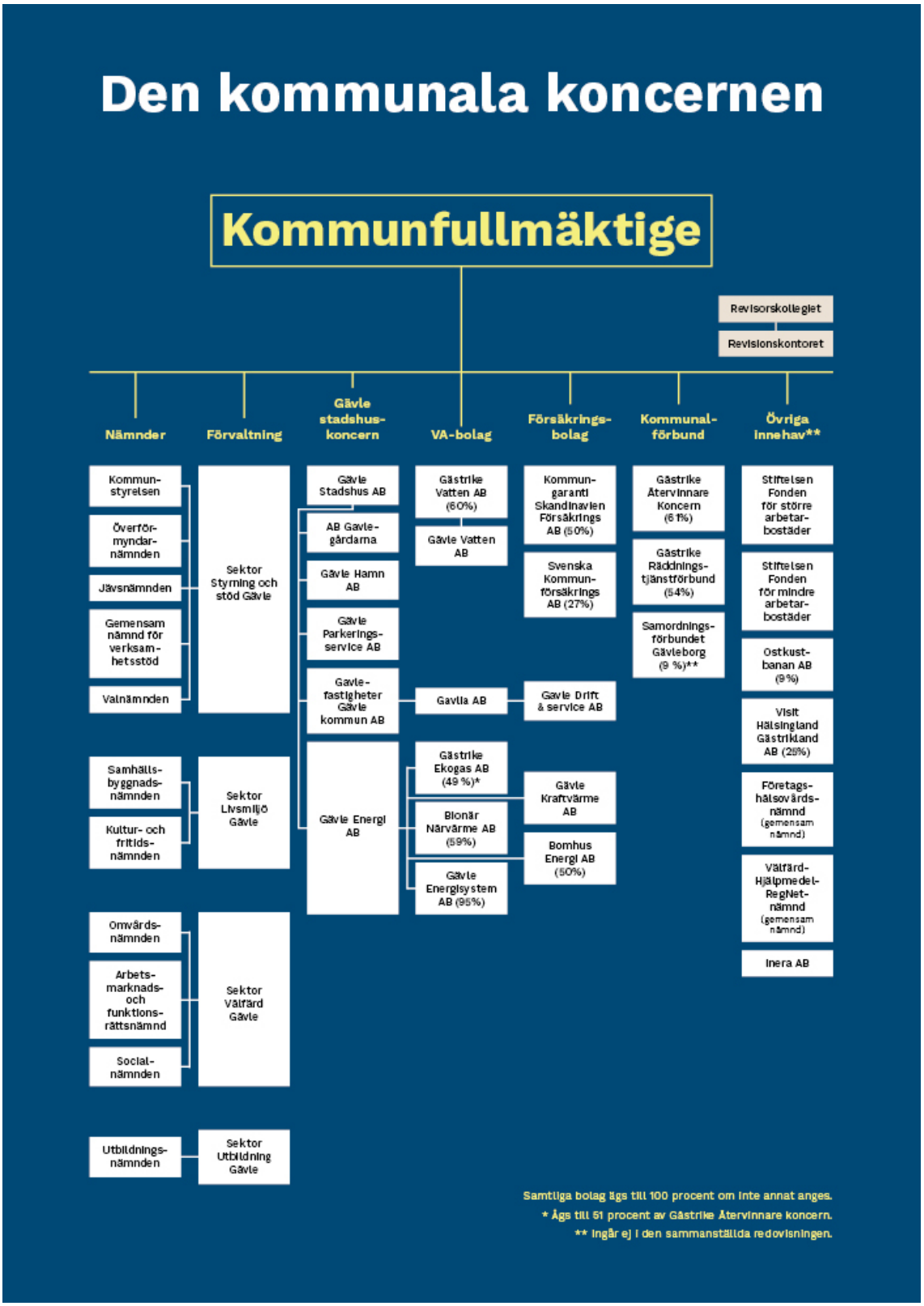
Kommunfullmäktiges sammanträde 2020-11-30

§ 4: Kommunplan med årsbudget 2021 och utblick 2022–2024

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag

- att anta kommunplan med årsbudget 2021 och utblick 2022–2024 enligt handlingarna 20KS23-1, 20KS23-2, 20KS23-3, 20KS23-4 samt 20KS23-5, samt
- att anta att-satserna 1-20 som beskrivs i handling 20KS23-1.

3 Organisationsbild Gävle kommunkoncern



4 STRATEGISK PLAN

Den strategiska planen är kommunfullmäktiges viktigaste verktyg för att styra och leda verksamheterna i nämnderna och kommunens bolag. Planen beslutas under första året av en ny mandatperiod. I planen anges den politiska huvudskrivelse som samtidigt utgör ett visionsdokument för Gävle kommun. I planen beskrivs vidare kommunens ledningsfilosofi, kommunövergripande mål samt finansiella mål.

Nämnder och bolag utgår från planen i sin ekonomi- och verksamhetsplanering. Det innebär att alla arbetar för att nå de koncernövergripande målen.

I den strategiska planen redovisar också kommundirektören förvaltningens plan. Där presenteras hur organisationen ska arbeta för att nå de kommunövergripande målen samt de mål som gäller för kommunkoncernens övergripande styrprocesser.

Den strategiska planen följs upp i samband med delårsbokslut och årsredovisning.

4.1 Politisk huvudskrivelse för valperioden

Vi tror på Gävle. Vi växer som kommun och har ett fantastiskt geografiskt läge, vilket vi ska bli ännu bättre på att lyfta fram. Vi ska fokusera på det som är viktigast för Gävle och Gävlebornas utveckling. Tillsammans har vi stor potential att bli en ännu mer attraktiv kommun för människor att leva och verka i.

Gävle har alla möjligheter att bli en företagsvänlig kommun av rang, samtidigt som vi stärker välfärden och fortsätter vara Sverigeledande i omställningen till att bli ett miljömässigt och socialt hållbart samhälle.

Det är mycket som är bra i Gävle, men vi står också inför stora utmaningar. Skolresultaten måste höjas, fler måste ha ett arbete att gå till, integrationen måste gå snabbare och fungera bättre, tryggheten och sammanhållningen måste öka och vi måste bryta segregationen mellan våra stads- och kommundelar.

För att fortsätta arbetet att förbättra resultaten i alla Gävles skolor ska resurserna styras till de skolor och de elever som behöver det mest. Personaltätheten, inte barngrupperna, ska öka i

förskolan. Med fler vuxna i förskola och skola ska lärare få fokusera på planering, genomförande och uppföljning av undervisning. Elevhälsans arbete ska stärkas för att barnens och elevernas psykiska ohälsa ska minska.

I Gävle ska alla känna framtidstro och ha förtroende för utvecklingen, såväl i staden som på landsbygden. Vi vet att vi politiskt kan bidra till det. Vi prioriterar ordning och reda i ekonomin. Varje skattekrona ska användas på ett ansvarsfullt sätt. Kommunens alla investeringar ska göras för att stärka välfärden och vår kommun, på både kort och långsikt. De kommunala bolagen ska drivas effektivt med ett ökat fokus på koncernnytta och samhällsnytta.

Vi ska skapa rätt förutsättningar för näringsliv och för företag att etablera sig, växa och utvecklas. Vi ska underlätta för fler att bli företagare. Företagsklimatet ska bli väsentligt bättre genom ännu större förståelse och lyhördhet för näringslivets behov och önskemål.

Alla som kan jobba ska jobba. Egen försörjning ska alltid vara målet. Vi ska därför ta oss an arbetslösheten med nya grepp och ge människor rätt förutsättningar för såväl framgångsrika studier som för att få arbete. Kompetensförsörjning är en kärnfråga som vi behöver bidra till att lösa, både till kommunens egna verksamheter och för näringslivet.

Arbetsmiljöfrågor och goda arbetsvillkor för våra medarbetare ska stå högt på agendan och kommunens attraktionskraft som arbetsgivare ska fortsätta att öka.

Välfärdstjänsterna i vår kommun ska hålla hög kvalitet och utgå ifrån individuella behov. Vi ska se till att såväl äldre personer som personer med funktionsvariationer får rätt stöd, god omvårdnad, känner trygghet, har stort inflytande i sitt liv och ges förutsättningar att leva ett gott liv. Den förebyggande aspekten ska stärkas i alla våra verksamheter.

Tryggheten i alla våra stads- och kommundelar ska öka. Vi ska tillsammans med civilsamhällets aktörer och näringslivet, bidra till trygghet och utveckling i hela vår kommun. Social oro och segregation ska motverkas med kraft.

Hela kommunen ska leva och utvecklas. Det ska byggas fler bostäder både i stad och på landet. Vi ska bidra till att det är möjligt att både bo, utöva entreprenörskap och leva tryggt även på landsbygden genom hela livet.

Vi vill att gävleborna ska känna tillit till varandra, till demokratin, till samhället och till Gävle kommun. Därför är bättre medborgardialog, dialog med företag, föreningsliv och civilsamhället viktigt. Därför vill vi verka för fler mötesplatser i våra stadsdelar och mer service i våra landsbygder.

Centrumutvecklingen behöver också stärkas. Ett nytt kultur- och bildningscentrum med stadsbibliotek ska utgöra navet som mötesplats i centrum.

Gävle ska fortsätta vara en av Sveriges bästa miljökommuner. Det nya reviderade miljöstrategiska programmet ska fortsatt ta ett helhetsgrepp om miljöfrågorna.

Vi vill se en tydligare framgångskultur i vår kommun. En kultur som vill lyckas, som vågar misslyckas och vågar ta nya tag. En kultur där alla vill och får tänka nytt. Vi vill se en kultur med höga förväntningar och hög tillit. En kultur som ser vikten av helhet och samverkan och en kultur där vi gör varandra bättre. Vi ska ge varandra tio sätt att lyckas, inte tio anledningar till att det inte går. När det vi vill uppnå ändå inte går fullt ut - så får ger vi varandra tio nya möjligheter att nå så långt det bara går. Så bygger vi en kultur som är möjlighetsbaserad och inte problemorienterad.

Vi ska ta ansvar för kommunens utmaningar men också ta vara på våra stora möjligheter. För i förändring föds ny kreativitet. I förändring föds nya idéer. Vi vill tillvarata kraften i både det politiska ledarskapet, i hela vår koncern och i alla medarbetares kompetens där vi alla, i våra olika roller, utövar ett tydligt och tillitsbaserat ledarskap med höga förväntningar på varandra. Så klarar vi välfärdens utmaningar och så gör vi ett bra Gävle ännu bättre!

Åsa Wiklund Lång (S), kommunstyrelsens ordförande
Jörgen Edsvik (S), kommunalråd
Helene Åkerlind (L), kommunalråd
Erik Holmestig (C), kommunalråd
Therese Metz (MP), kommunalråd

4.2 Ledningsfilosofi

Tillitsbaserad styrning

Gävle kommun ska tillämpa en tillitsbaserad styrning och ledning på alla nivåer. Vi definierar tillitsbaserad styrning i enlighet med Tillitsdelegationens definition där kultur och arbetssätt har fokus på verksamhetens syfte och medborgarens behov. Den tillitsbaserade styrningen och ledningen som vi definierar här är en utveckling av den värdegrund Gävle kommunkoncern sedan tidigare tagit fram som fokuserar på uppdraget, kvalité, bemötande och samarbete.

Varje beslutsnivå verkar aktivt för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer samt säkerställa att medarbetaren kan, vill och vågar hjälpa medborgaren.

Tillit i en stor organisation med fler än 8 000 medarbetare bygger på att det gemensamma målet är tydligt. Tydliga ramar, verksamhetsnära mål och mandat är en förutsättning. Lust och engagemang i uppdraget och möjligheter att få prova nya metoder likaså.

Tillit - sträva efter att som utgångspunkt välja att lita på dem du samarbetar med och ha positiva förväntningar.

Medborgarfokus - sätt medborgarens upplevelse och kunskap i fokus och försök förstå vad medborgaren sätter värde på.

Helhetssyn - uppmuntra alla i styrkedjan att aktivt och gemensamt ta ansvar för helheten och samverka över gränser.

Handlingsutrymme - delegera handlingsutrymme och välkomna medbestämmande, men var också tydlig kring vem som har mandat att göra vad, och skapa goda förutsättningar för medarbetarna att klara sitt uppdrag.

Stöd - säkerställ ett verksamhetsnära och kvalificerat professionellt, administrativt och psykosocialt stöd i kärnverksamheten.

Kunskap - premiera kunskapsutveckling, lärande och en praktik baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Öppenhet - sträva efter öppenhet genom att dela information, välkomna oliktänkande och respektera kritik.

Tillit betyder inte fritt valt arbete, utan vi vill förstärka den egna såväl som organisationens kreativitet för att klara uppdraget i en utmanande tid. En kultur och ett ledarskap som främjar en tillitsbaserad organisation ska få en betydligt mer framskjuten roll samtidigt som styrningen via ekonomi, mål- och resultatstyrning ska bli mindre detaljerad och mer möjliggörande. Uppföljning är viktigt för att veta att vi är på rätt väg, men målet och vägen dit än viktigare.

Framgångskultur

Värdegrund är ett samlingsbegrepp för frågor om moral, etik, relationer, demokrati och livsåskådning. Det är ett begrepp som kan användas för att beskriva de värderingar som formar en organisations normer och handlingar. Vi vill sätta mer fokus på den kultur som finns i vår organisation och som påverkar våra medarbetares agerande och mående på jobbet och som är en stor del i hur väl en verksamhet fungerar. Organisationskulturen handlar om vanorna, värderingarna, de oskrivna reglerna och den stämning som råder på arbetsplatsen. Alla bidrar till kulturen i en organisation. Kulturen sitter inte i väggarna. Den sitter i människorna. Det innebär att det alltid går att förändra, förädla, förbättra och utveckla en organisationskultur för att nå ökad kvalitet, trivsel och sammanhållning.

Vi vill se en tydligare framgångskultur i hela vår kommun. En kultur som gör att vi vill lyckas, vågar misslyckas och vågar ta nya tag. En kultur där alla vill och får tänka nytt. Vi vill se en kultur av höga förväntningar och hög tillit i alla delar av kommunen. En kultur som främjar helhet och samverkan och en kultur där vi gör varandra bättre. Vi ska ge varandra tio sätt att lyckas, inte tio anledningar att det inte går. Och om det vi vill uppnå ändå inte går fullt ut, så får ger vi varandra tio nya möjligheter att nå så långt det går. Så bygger vi en kultur som är möjlighetsbaserad och inte problemorienterad.

De förhållningssätt som vi vill ska bidra till denna framgångskultur är:

Möjliggörande

Vi möjliggör och öppnar dörrar för nya idéer. Vi har alltid ett medborgarfokus - gott bemötande och god service möjliggör nya vägar.

Medskapande

Medarbetare, brukare, invånare, civilsamhälle, näringsliv och andra relevanta aktörer är självklart med och bidrar till hela kommunens utveckling.

Medvetenhet

Vi gör medvetna och hållbara val ur ett socialt, ekologiskt och ekonomiskt perspektiv. Målet är att uppnå god kvalitet i våra verksamheter. Det ska ske inom ramen för en långsiktigt hållbar ekonomi och är beroende av tydlig styrning där relevant uppföljning, utvärdering och analys är förutsättningar för att kunna göra välavvägda prioriteringar och vägval.

4.3 Kommunövergripande mål

Kommunfullmäktiges mål är koncernövergripande. De kommunövergripande målen kompletteras med finansiella mål. Målen beskrivs mer detaljerat på följande sidor. De fem kommunövergripande målen ger en vision om hur Gävle ska utvecklas på lång sikt.

Nuläget motsvarar den senast kända indikatorvärdet, vilket är antingen från 20191231 eller från 20200831.

Kraftigt förbättrade resultat i Gävles skolor

Det kommunövergripande målet Kraftigt förbättrade resultat i Gävles skolor bidrar till

Hela kommunkoncernen ska verka för att kompetensnivån hos Gävles invånare höjs och möter arbetsmarknadens krav och behov. Resultaten i grundskolan ska höjas, fler gymnasieelever ska gå vidare till högre studier, fler unga ska ha kunskap om den breda arbetsmarknad som finns i vår närregion och fler vuxna ska få möjligheter till omställning och livslångt lärande. Kommunkoncernen ska gemensamt bidra till insatser som leder till en god kompetensförsörjning.

Alla Gävles skolor ska vara framgångsrika och präglas av studiero, trygghet och fokus på kunskap. Vårt mål är att kraftigt öka andelen elever som tar gymnasieexamen. För att lyckas måste vi satsa på hela utbildningskedjan, från förskola till gymnasium. Likvärdig tillgång till förskoleverksamhet är viktig för alla barn. Målet för barngruppernas storlek i förskolan är de nationella riktmärkena och arbetet för att minska barngruppernas storlek kommer att ske genom både kraftigt utbyggd förskoleverksamhet och anställning av mer personal. Andra vuxenresurser kan med fördel anställas i förskolan för att underlätta pedagogernas arbete.

Lärarna är skolans viktigaste resurs och det ska synas i både lönekuvertet och i de möjligheter till utveckling som erbjuds. För att höja kunskapsresultaten behöver lärarna få fokusera på att planera, genomföra och följa upp undervisningen. Därför måste de avlastas med uppgifter som inte kräver en lärarlegitimation. Därför ska fler vuxna anställas i skolan och arbetsuppgifter ska identifieras som kan utföras av andra yrkesgrupper.

För att klara kunskapsmålen är det också viktigt att eleverna mår bra. Elevhälsoarbetet ska därför förstärkas för att minska den psykiska ohälsan. Vi ska fortsätta arbetet med att bekämpa

den negativa skolsegregationen och alltid beakta inkludering och eftersträva elevsammansättningar som ger positiva kamrateffekter. Barn och unga ska ha tillgång till skolgårdar som främjar lek och rörelse och vi ska investera i mer gröna skolgårdar.

Indikator	Nuläge	Indikator värde 2021	Indikator värde 2022	Indikator värde 2023	Indikator värde 2024
1, Andel elever i åk 9 som är behöriga till nationellt program i gymnasieskolan, andel (%)	82,5 %	85,7%	87,2%	88,5%	90,5%
2, Gymnasieelever med examen eller studiebevis inom 3 år, andel (%)	-	71,9%	74%	76%	77,5%
3, Andel elever som är etablerade på arbetsmarknaden eller studerar 2 år efter avslutad gymnasieutbildning	68,5 %	71%	72%	72%	77,5%
4, Andel elever som godkänns inom kommunal vuxenutbildning	-	68%	69%	70%	71%
5, Andel av befolkningen med minst treårig eftergymnasial utbildning	26%	29%	29%	29%	29%

1, Antal elever i årskurs 9 som är behöriga till ett yrkesprogram dividerat med antal elever som fått eller skulle ha fått betyg i minst ett ämne enligt det mål- och kunskapsrelaterade betygssystemet i årskurs 9. Uppgiften avser elever folkbokförda i kommunen. Uppgiften avser läsår. Källa: SCB och Skolverket.
3, Andel av eleverna folkbokförda i kommunen som erhållit slutbetyg eller motsvarande och som påbörjat studier på universitet/högskola eller börjat arbeta oberoende var arbetet ligger. Även andra utbildningar som berättigar till studiebidrag räknas in som studier. Exempel på detta är KY-utbildningar och komvux. Källa: SCB och Skolverket.
5, Eftergymnasial utbildning utgörs av utbildning som förutsätter gymnasial utbildning. Det handlar oftast om universitets eller högskoleutbildning. Källa SCB

Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen

Det kommunövergripande målet Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen bidrar till

Vår kommun ska vara en plats där alla ges möjligheter att bidra till vår gemensamma utveckling. Tillit till samhället, en trygg inkomst och meningsfullt arbete och fritid är grunden för en god hälsa. Det behövs fler insatser som underlättar vägen till arbete för fler. Vi ska bli bättre på att skapa sammanhållning och tillit mellan människor och inte minst tillit till kommunens verksamheter. Fler mötesplatser behövs i hela kommunen, som främjar ökad gemenskap.

Våra välfärdstjänster ska hålla hög kvalitet och utgå från individuella behov. Alla stads- och kommundelar ska vara trygga att bo och vistas i och erbjuda goda livsvillkor och attraktiva livsmiljöer genom hela livet. Därför måste möjligheterna att bo, arbeta, utvecklas och trivas i hela vår kommun bli bättre. Strategiskt förebyggande arbete är viktigt i alla våra verksamheter för att klara välfärden framåt. Tidiga insatser där individens möjligheter stärks är grunden för att ge barn och unga en reell chans till en riktigt bra framtid.

En förutsättning för att fa˚ välfärdsverksamheter med hög kvalitet är att vi har rätt utbildade medarbetare som trivs, vill utveckla verksamheterna, som kan och vill arbeta kvar. Såväl ändrad demografi, tillväxt och pensionsavgångar ska mötas. För att lyckas med vår kompetensförsörjning och attrahera fler nya medarbetare, är det av högsta vikt att kommunen även fortsättningsvis uppfattas som en attraktiv arbetsgivare där varje medarbetares engagemang tas tillvara

Indikator	Nuläge	Indikator värde 2021	Indikator värde 2022	Indikator värde 2023	Indikator värde 2024
1, Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av befolkningen	-	1,4%	1,3%	1,2%	1,2%
2, Självskattat hälsotillstånd	70%	76%	77%	78%	78%
3,Anmälda våldsbrott/100 000 invånare	1 088	980	960	940	940
4, Invånare 16 - 84 år med avsaknad av tillit till andra, andel (%)	28%	22%	22%	22%	22%
5, Förtroende	Index 40	Index 43	Index 46	Index 46	Index 46

2. Andel (%) av invånarna 16–84 år som uppgivit att det egna allmänna hälsotillståndet är bra eller mycket bra. Källa: Folk-hälsomyndigheten, Hälsa på lika villkor (HLV) samt regionala enkäter.
3. Avser summering av: Dödligt våld, Försök till mord eller dråp, Misshandel inkl. grov, Våldtäkt inkl. grov, Grov kvinno-fridskränkning, Grov fridskränkning, Olaga förföljelse, Våld mot tjänsteman och Rån inkl. grovt, antal/100 000 inv Källa: Brå
4. Resultatet baseras på data från de fyra befolkningsenkäterna Hälsa på lika villkor (Statens folkhälsoinstitut), Liv & hälsa, Folkhälsa, Hälsoenkät.
5. Ger svar på hur kommunens politiker arbetar för kommunens bästa, hur ansvarstagande kommunens politiker är, hur kommunens högre tjänstemän arbetar för kommunens bästa och hur väl politiska beslut genomförs. Källa: SCB medborgar-undersökning

Påtagligt förbättrat företagsklimat i Gävle

Det kommunövergripande målet Påtagligt förbättrat företagsklimat i Gävle bidrar till

För att uppfattas som en attraktiv kommun för företag och företagsamma människor så behöver Gävle vara en öppen och spännande kommun med hög kvalitet i alla verksamhetsdelar. Med ett

gott företagsklimat i Gävle växer våra företag och företagare, fler arbetstillfällen skapas, skattekraften ökar och utanförskapet minskar.

Vi tror på den enskilde entreprenörens förmåga och näringslivets kraft att främja en hållbar tillväxt i vår kommun. Öppenhet och mångfald innebär att Gävle verkar för ett dynamiskt företagsklimat som främjar innovation och entreprenörskap.

Etableringar och investeringar är av stor betydelse för Gävles utveckling.

Den som driver företag i Gävle ska känna att kommunen förstår deras förutsättningar och kommunens service ska utgå från företagens behov. Företagare ska bemötas av effektivitet och bra service i hela kommunens organisation. Synpunkterna från näringslivet ska vi aktivt arbeta med för att nå förbättringar.

De synpunkter som särskilt behöver prioriteras är; attityder till företagande, kompetensbrist, upphandling och bemötande. Vi ska utveckla begreppet Företagsservice till att även gälla mer komplexa ärenden där företagare i dagsläget på egen hand behöver samordna offentliga kontakter.

Betydligt mer mark än idag måste planläggas och möjliggöras för företag. Dialogen och kommunikationen med näringslivet ska stärkas. Kommunen behöver se över arbetssätt, rutiner och regelverk och differentiera dem gentemot små och stora företag, där så behövs och är möjligt.

Trots att Gävle har hög arbetslöshet upplever många företag att det råder brist på kompetent personal. Samarbetet med gymnasieskolans utbildningar, vuxenutbildningen och högskolan ska utvecklas för att förstärka företagens kompetensförsörjning. Skolornas inriktning och yrkesprogram behöver bättre anpassas till efterfrågan på arbetskraft och fler behöver fullföljd gymnasieutbildning.

Indikatorer	**Nuläge**	**Indikator värde 2021**	**Indikator värde 2022**	**Indikator värde 2023**	**Indikator värde 2024**
1, NKI, Kommunens service till företag	Index 73	Index75	Index75	Index75	Index75
2, Nyregistrerade företag	5,2 st	7,2 st	7,2 st	7,2 st	7,2 st
3, Företagsklimat (ranking)	279	högst 110	högst 100	högst 100	högst 100
4, Byggklar mark för verksamhet	36,6 ha	minst 60 ha	minst 60 ha	minst 60 ha	minst 60 ha
5, Arbetslöshet, avvikelse från rikssnittet (procentenheter)	2,1%	högst 1,4%	högst 1,3%	högst 1,3%	högst 1,3%

1 NKI är ett mått på företagarnas helhetsbetyg av kontakten med kommunerna. Bedömning görs på brandtillsyn, bygglov, markupplåtelse, miljötillsyn och serveringstillstånd. Källa: Utrednings- och statistikkontoret AB och SCB, KKiK 34 (Insikten)
2 Antalet nyregistrerade företag per 1000 invånare i kommunen.
3 Näringslivsrelaterad statistik på kommunnivå och enkätundersökningar där tiotusentals företagare och politiker bedömer olika aspekter av det lokala företagsklimatet. Totalt antal kommuner i undersökningen är 290. Målen anger förändring i rankingen.
4 Utbudet av byggklar mark för verksamheter ska fortlöpande uppgå till 60 ha som är fördelade på mark som tillgodoser olika typer av efterfrågan.

5 Indikatorn mäter avvikelsen från genomsnittliga arbetslösheten i riket vid rapporteringstillfället.

En modern samhällsplanering som möter nuvarande och kommande generationers behov

Det kommunövergripande målet En modern samhällsplanering som möter nuvarande och kommande generationers behov bidrar till

Gävle är en snabbt växande kommun och vi är en stark nod för nationell infrastruktur. De senaste åren har inflyttningen ökat markant och satt fart på många omvandlingsprojekt i kommunen.

Fortfarande är bostadsbristen ett problem i vår kommun. Den bidrar förutom till risk för avstannande inflyttning till trångboddhet och svårigheter för kapitalsvaga grupper att finna ett eget boende. Bland utmaningarna som en växande kommun för med sig finns också en risk för en växande segregation mellan olika stads- och kommundelar och olika socioekonomiska grupper. Vi ska ta ansvar för bostadsförsörjningen i hela vår kommun.

Genom en innovativ, smart, grön och hållbar samhällsplanering ska vi både bidra till att fler vill bo i vår kommun, att människor känner samhörighet och sammanhållning och att Gävle erbjuder goda livsmiljöer även för kommande generationer.

Vår vision är en tät stad med hållbara förutsättningar för näringslivet, ett klimatsmart transportsystem och upplevelserika centrum, stadsdelar och orter. Centrums gröna stråk och parker är en viktig, omistlig del av stadens utveckling.

Goda livsmiljöer skapar vi när vi planerar för hela samhället även i de mindre byggnationerna. Mötesplatser som skapar sammanhållning, trygghet för alla individer, gröna stråk och parker som främjar hälsa, hållbar infrastruktur ur ett miljömässigt perspektiv och tillgång till kultur, idrott och friluftsliv i det vardagliga livet är hörnstenar som vi beaktar i både de små och de stora processerna.

Indikator	Nuläge	Indikator värde 2021	Indikator värde 2022	Indikator värde 2023	Indikator värde 2024
1, Nettotillskott av bostäder genom ny-, till- och ombyggnad	347 st	Lägst 800	Lägst 800	Lägst 800	Lägst 800

2, Antal hektar byggklar mark till näringslivet inom Gävle kommun	36,6	Lägst 60 ha	Lägst 60 ha	Lägst 60 ha	Lägst 60 ha
3, Gävlebornas uppfattning om att bo och leva i kommunen. Andel (%) som tycker ”Ganska bra” eller ”Mycket bra”	Helhets-betyg* anm.	Lägst 71%	Lägst 72%	Lägst 73%	Lägst 74%
4, Andel av motorburen trafik som sker med kollektivtrafik	20,2 %	Lägst 26%	Lägst 30%	Lägst 32%	Lägst 33%
5, Antal cyklister vid fasta mätpunkter	4 469	Lägst 8 300	Lägst 9 100	Lägst 10 000	Lägst 11 000
6, Antal gående i stadskärnan	1,19 %	Lägst 1,81	Lägst 1,88	Lägst 1,96	Lägst 2,03

1 Med utgångspunkt för årsskiftet mäts den ackumulerade förändringen i bostadsbeståndet vid varje tertial. Nettoförändringen mäts i antal bostäder genom ny-, till- och ombyggnad samt rivning.
2 För att möta näringslivets behov erbjuder Gävle kommun fortlöpande mark. Vid varje tertial avläses antalet hektar byggklar mark som kommunen kan erbjuda näringslivet.
3 Fr. o. m. år 2021 utgörs undersökningen av en mer traditionell utformning av enkät, vilket innebär att tidigare NKI-modell slopas. I den nya versionen redovisas resultat per fråga i form av andelar(%) som svarat ”Instämmer helt”, ”Instämmer delvis”, etc. • Anm. Resultatet vid 2019 års medborgarundersökning gav helhetsbetyget 58. Resultat för år 2020 förväntas i december 2020 (helhetsbetyg). Fr.o.m. 2021 presenteras resultatet i procentuell andel.
4 Kollektivtrafikens procentuella andel av den motorburna trafiken i Gävle kommun.
5 Antal cyklister som passerat fasta mätpunkter vid givna tidpunkter. Kommunen har ett tre mätpunkter vid cykelvägar i stadskärnan. Mätpunkterna är Gefle teater, Kvarnparken och Centralbron.
6 Antal miljoner gående som passerat någon av åtta mätpunkter i stadskärnan per månad.
Kommunen har åtta mätpunkter i stadskärnans gångstråk. Vid dessa mätpunkter sker en automatisk registrering av passerande gående. Registreringen av dessa mätpunkter avläses vid givna tidpunkter.

En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun

Det kommunövergripande målet En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun bidrar till

Gävle kommun ska vara en hållbar kommun ur såväl socialt, ekologiskt som ekonomiskt perspektiv. Vi måste minska våra verksamheters och Gävlebornas ekologiska fotavtryck för att inte tära på jordens ändliga resurser.

Gävle är som geografisk plats klimatneutral senast år 2035 och klimatpositiv senast år 2040. Såväl investeringar som verksamhetsnära beslut ska understödja resan mot målet att vara en klimatneutral plats.

Ett mer hållbart vardagsnära transportsystem främjar en god hälsa hos både medborgare och medarbetare. Giftfria miljöer skapar mer hälsosamma miljöer i våra egna verksamheter men också i allas vår närmiljö. Strategisk planering för ekologisk hållbarhet i all vår verksamhet främjar vår ekonomi genom mindre ohälsa och färre miljöskulder. I Gävles välfärdsverksamheter är ekologisk hållbarhet är en integrerad del.

Människors hälsa och välmående förbättras i och nära naturen och vi är beroende av en stark biologisk mångfald. Vi stödjer processer för att skapa fler natur- och vattennära miljöer nära människor. Vi skyddar mer natur och vi skapar möjligheter för invånare och besökare att ta del av den, både i staden och på landsbygden.

Vi ökar ambitionerna på miljö och klimatområdet och fortsätter vara en av Sveriges bästa miljökommuner och visar att den ekologiska omställningen är möjlig genom att ligga i framkant för nya lösningar och arbetssätt. Våra höga ambitioner skapar innovationsmöjligheter både inom välfärdssektorn och näringslivet. Vi blir mer intressanta för etableringar och företag växer här när vi tillsammans bäddar för nya lösningar på de miljö- och klimatutmaningar som hela världen står inför.

Vi visar att en stark välfärd, goda livsmiljöer för alla Gävlebor och ansvar för vår gemensamma planet hänger ihop och är beroende av varandra.

Indikator	**Nuläge**	**Indikator värde 2021**	**Indikator värde 2022**	**Indikator värde 2023**	**Indikator värde 2024**
1, Aktuell hållbarhets miljöranking Bästa miljökommun	2	5	5	5	5
2, Utsläpp till luft av växthusgaser	3	2,07	1,72	1,72	1,72
3, Vattenförekomster (sjöar och vattendrag) ekologisk och god kemisk status	16 %	35%	40%	45%	50%
4, Skyddad natur totalt, andel i %	3,9 %	4,5%	4,5%	5,0%	5%
5, Uppmätt kvävedioxidhalt vid Södra Kungsgatan 12	0	175 ggr/år	175 ggr/år	175 ggr/år	175 ggr/år
6, Insamlat hushållsavfall totalt, kg/person	513	400	400	400	400

2, Agenda 2030 och i Miljöstrategiska programmet
3, Följs upp i Miljöstrategiska programmet
4, Agenda 2030 och Miljöstrategiska programmet
5, (NO2 timme) i antal timmar som överstiger 60 µg/m3.Uppföljningen kan ske via SLBs hemsida: Miljökvalitetsmål | SLB-analys (följs upp i Miljöstrategiska programmet)
6, Agenda 2030 och Miljöstrategiska programmet

4.4 Finansiella mål

Kommunens finansiella mål ska säkerställa en långsiktig hushållning av skattemedel och andra intäkter.

Resultatet ska långsiktigt uppgå till minst 1 procent av skatteintäkterna

Under en tid av demografiskt kraftigt driven ökning av behov av välfärdstjänster, vilket även innebär investeringsbehov för en växande verksamhet, kombinerat med kraftiga reinvesteringsbehov i befintliga tillgångar och investeringar i en kommun med tillväxt, kommer inte Gävle kommun att lämna så kraftiga ekonomiska resultat som innebär att investeringar kan genomföras med endast egna medel. Med ett överskottsmål skapas dock förutsättningar för att hantera oväntade kostnader eller minskade intäkter. Därmed undviks kraven på kraftiga och snabba åtgärder som skulle bli nödvändiga om Gävle kommun inte uppfyller kraven på en ekonomi i balans.

Det ekonomiska överskottet över tid är viktigare än resultatet enskilda år. Med målet att över tid redovisa överskott på 1% kan befintlig finansiell stabilitet stödja ett omställningsarbete där kostnadsutvecklingen initialt inte följer intäktsutveckling. Därmed kan kommunens budget och utfall per år understiga målet, men med ambitionen att långsiktigt redovisa resultat enligt mål. När de yttre förutsättningarna ändras, genom intäktsförstärkningar eller lägre kostnadstryck, kan ett högre resultatkrav påverka övriga finansiella mål positivt.

I denna kommunplan planeras för att för respektive år redovisa ett ekonomiskt överskott överstigande 1% för tre av fyra år. Med historiskt höga resultat kommer målet med marginal överskridas.

Vid beräkning av resultatet exkluderas realisationsvinster och -förluster samt exploateringsresultat.

Indikator	Nuläge	Indikator värde 2021	Indikator värde 2022	Indikator värde2023	Indikator värde 2024
Resultat i procent av skatteintäkter, Skatter, generella bidrag och utjämning. Genomsnittligt resultat under senaste åtta åren.	2,6%	2,5%	2,4%	2,2%	1,8%

Nuläge avser helårsprognos lämnad vid delårsrapport 2 2020

Kommunkoncernen har en långsiktig tillväxt i balans

Soliditet är ett nyckeltal som används för att mäta den finansiella styrkan i ett långsiktigt perspektiv och ett mått på hur stor del av tillgångarna som finansierats med eget kapital. Soliditetens absoluta nivå och förändring är beroende av ökningen i tillgångsmassan i balansräkningen och den förändring som tillförs det egna kapitalet genom årets resultat. Det övergripande målet är att bibehålla kommunkoncernens soliditet. Utgångspunkten är 32% utifrån planeringshorisonten när målet sattes inför 2020. Genom att arbeta med en indikator för skuldsättningen per innevånare skapas ett medvetande om risknivån. Kommunens och de kommunala bolagens finansiella risk ökar med en högre skuldsättningsgrad. Vid en räntehöjning ökar de årliga kostnaderna och vid en finansiell oro på kapitalmarknaderna ökar riskerna för högre finansieringskostnader vid hög skuldsättningsnivå, vilket minskar utrymmet för annan verksamhet eller sänker resultaten och soliditeten.

Indikator	Nuläge	Indikator värde 2021	Indikator värde 2022	Indikator värde 2023	Indikator värde 2024
Kommunens soliditet	45,3%	45,8%	48,5%	53,2%	54,6%
Kommunens soliditet (inkl GFAB)	27,5%	27,0%	26,8%	28,5%	28,9%
Kommunkoncernens soliditet	34,2%	33,3%	32,9%	34,3%	34,6%
Kommunkoncernens skuldsättningsnivå (kr/inv) exkl Gävle Energi AB, Bomhus Energi AB, Gävle Hamn AB)	73 777	85 100	96 700	100 100	104 300

Nuläge avser 2019-12-31.

Skattefinansierade investeringar har långsiktigt en hög självfinansieringsgrad

Motivet till ett skarpare krav på självfinansiering av investeringar inom den skattefinansierade verksamheten är att dessa investeringar normalt inte ger någon avkastning. En lånefinansiering av dessa investeringar innebär på sikt en ökad finansiell belastning. En lånefinansiering av denna sektor tar resurser från verksamheterna och på sikt begränsar detta utvecklingen inom kommunen. Vid bedömning av investeringsvolymen ska dock hänsyn kunna tas till investeringarnas inriktning, till exempel om dessa innebär kostnadsbesparingar, aktuellt konjunkturläge, samt styrkan i kommunens balansräkning. I investeringar inkluderas de kommunala bolagens investeringar som är riktade mot kommunens skattefinansierade verksamhet. I en period av stora reinvesteringar och kraftig tillväxt av befolkningen ökar investeringsbehoven och självfinansieringsgraden kan under en period vara lägre än 100 %.

Målet anses vara uppfyllt om självfinansieringsgraden i kommunen överstiger 100% och självfinansieringsgraden inkl skattefinansierade verksamheter inom Gavlefastigheter och AB Gavlegårdarna över en åttaårsperiod överstiger 67%. Med utgångspunkt från historiskt hög egenfinansieringsgrad samt mål om bibehållen soliditet bör självfinansieringsgraden över tid kunna överstiga 67%.

Indikator	Nuläge	Indikator värde 2021	Indikator värde 2022	Indikator värde 2023	Indikator värde 2024
Självfinansieringsgrad, per år, kommunens egna	164%	73%	110%	182%	144%
Avskrivningars andel av investeringar, kommunens egna	33,0%	22,4%	32,1%	46,6%	93,5%
Självfinansieringsgrad, per år, totalt	92%	50%	55%	96%	104%
Självfinansieringsgrad, senaste åtta åren, totalt	91%	60%	54%	59%	71%

Nuläge avser 2019-12-31.

4.5 Förvaltningens plan

I förvaltningens plan redovisas kommundirektörens plan för hur organisationen ska arbeta för att stödja den utvecklingsinriktning som fullmäktige beslutat. Samordningen i en förvaltning ger förutsättningar för hållbar styrning och ledning över tid som har förmåga att realisera de politiska målen inte bara i förvaltningen utan i hela Gävle kommunkoncern samtidigt som Gävle växer och utvecklas.

Göran Arnell, kommundirektör

En förvaltning - en kommunkoncern

Gävle kommun har en gemensam förvaltning med kommundirektören som högsta chef. Förvaltningen delas in i fyra sektorer med stark koppling till kommunens kärnverksamheter och förutsättningar att styra och leda arbetet för bästa resultat: Styrning och stöd Gävle, Utbildning Gävle, Välfärd Gävle och Livsmiljö Gävle.

Kommunsektorn står inför stora utmaningar för att klara framtidens välfärd när antalet unga och äldre ökar i en snabbare takt än de som är i arbetsför ålder och de ekonomiska förutsättningarna därmed sviktar.

En förvaltning ger förutsättningar för samordning av nya arbetsmodeller och färre inbyggda gränssnitt. Fokus på kundperspektiv, framtidens krav på digitalisering, kompetensförsörjning och kompetensväxling samt tillitsbaserad styrning och arbetssätt är ytterligare viktiga delar i samordningen.

Vi måste därför ständigt fortsätta att utveckla och utmana vår nya förvaltningsorganisation så att vi på bästa sätt kan verkställa politiska beslut och klara välfärdsuppdraget hållbart över tid. Servicefunktioner ska genomsyras av värdeskapande för kommuninvånarna, dialog, öppenhet och transparens samt att samhällets resurser tas tillvara.

De fem kommunövergripande målen och de tre övergripande programmen -miljöstrategiskt program, näringslivsprogram och socialt hållbarhetsprogram - ger oss den politiska inriktningen. Mål och program, som självfallet gäller även för de helägda bolagen, ska genomsyra hela kommunkoncernen. För att lyckas med verkställighet, samarbete och samordning inom förvaltningen krävs samordning inom hela kommunkoncernen.

Målen är:

1. Kraftigt förbättrade resultat i Gävles skolor
2. Påtagligt förbättrat företagsklimat
3. Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen
4. En modern stadsplanering som möter nuvarande och kommande generationers behov
5. En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun

Den politiska inriktningen har vi alla förutsättningar att verkställa på ett bra sätt i förvaltningsorganisationen.

Styrprocesser

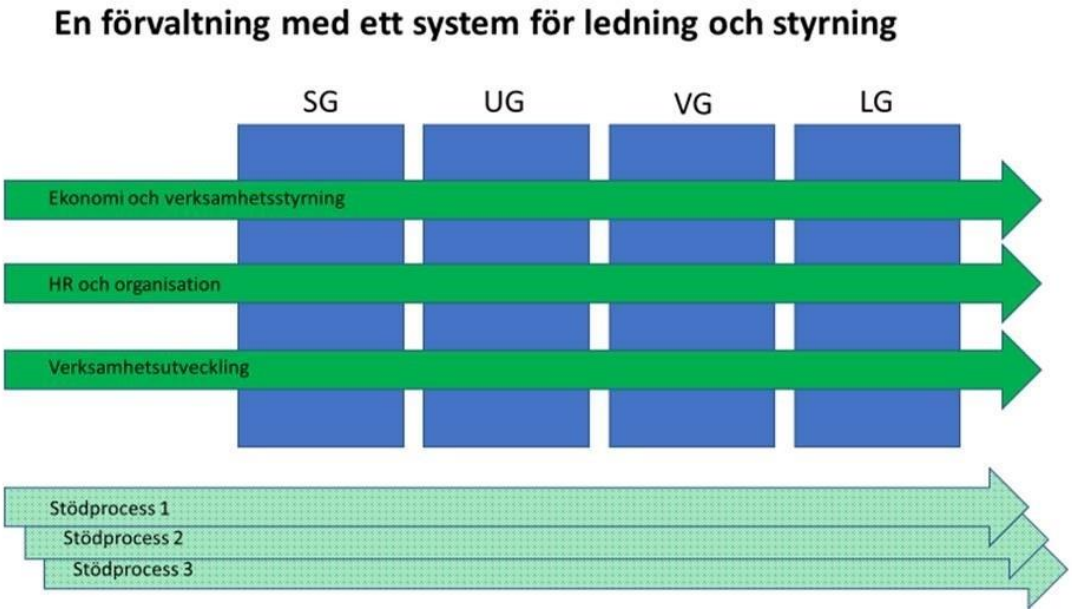
Beskrivning

Vi använder en processinriktad arbetsmodell där förvaltningens arbete genom styr- och stödprocesser ska ge nämnderna förutsättningar att klara sina kärnuppdrag inom de ekonomiska ramar som gäller.

Styrprocesser karaktäriseras av att de leder och styr så att kommunfullmäktiges övergripande mål, program och andra styrdokument kan uppfyllas. De utgår från kommunstyrelsens uppgift

att leda, samordna och ha uppsikt över kommunens samlade verksamhet

Vi arbetar i tre styrprocesser; ekonomi- och verksamhetsstyrning, HR och organisation samt verksamhetsutveckling. Styrprocesserna har processansvariga från Styrning och stöd och särskilt utsedda deltagare från sektorerna. De arbetar för en bra utveckling och ett gott resultat ur ett helhetsperspektiv. Olika stödprocesser bidrar till att styrprocesserna kan genomföras och fungera på ett bra sätt. Processarbetet behöver utvecklas ytterligare genom tydligare samordning och helhetssyn i hela förvaltningen.



Ett gott arbete inom styrprocesserna i samverkan med och kompletterat med övriga berörda medarbetare och chefers arbete kan sammantaget ge oss bra förutsättningar att arbeta med de fem kommunövergripande målen inom givna ramar. Några särskilda mål för styrprocesserna definieras inte i förvaltningens plan. Förvaltningens plan kommer att utvecklas i kommundirektörens handlingsplan med närmare inriktning och mål för förvaltningen 2021.

Stödprocesser

Stödprocesserna är viktiga för att styrprocesserna ska kunna genomföras och fungera på ett bra sätt. Men de är självklart också viktiga för att vi ska klara vår kärnverksamhet, det vill säga leveransen till kommuninvånare, företag och föreningar av vård, skola, omsorg, infrastruktur, bygglov, kultur mm på bästa sätt.

Stödprocesserna måste bli ett stöd där de allra bäst behövs. Ofta finns det delar av styrning och stöd i samma funktion tex inom IT, HR och kommunikation. Ibland finns det förutsättningar att samla förvaltningens stödresurser och ibland fungerar stödprocesser bäst så nära verksamheten som möjligt. Under senare år har vissa stödprocesser samlats; exempelvis löneadministration, fakturahantering, gemensam kundtjänst och nu senast en gemensam bemanningsenhet.

Oavsett var stödprocessen har sin hemvist är det viktigt att stödet utformas på ett effektivt och kvalitativt sätt. Vi måste också vara uppmärksamma på samhällsutvecklingen och ta tillvara på teknikutvecklingens möjligheter. Inom området stödprocesser finns utrymme för ytterligare utveckling både genom att samla resurser, skapa nätverk av kompetenser och genom ytterligare digitalisering.

Fortsatt utveckling av förvaltningens plan

Förvaltningens plan kommer att kompletteras med en handlingsplan, en verksamhetsplan för år 2021, som kommer att utarbetas inför årsskiftet. I handlingsplanen definieras mål för respektive styrprocess och vidare kommer fokus att läggas på utveckling av ett antal stödprocesser där förutsättningar finns att åstadkomma bestående kostnadsreduceringar.

Den kommunala sektorn prognosticeras de närmaste åren ha ett ökande gap mellan intäkter och kostnader för att klara välfärdsuppdraget med minst dagens ambitionsnivå. Att vidareutveckla förvaltningens plan är därför nödvändigt för att klara av att på bästa sätt verkställa de politiska besluten. De närmaste åren handlar det inom kommunkoncernen främst om att utveckla styrning och ledning, verksamhetsutveckling och digitalisering, samverkan inom hela kommunkoncernen samt utveckling av gränsöverskridande arbetsmodeller för olika administrativa processer.

En uttalad ambition för kommande år, för att bromsa och klara kostnadsutvecklingen, är också väl fungerande metodik för hantering av fastigheter, lokaler och infrastruktur och att en anpassad upphandlings- och inköpsfunktion vidareutvecklas som del i styr och stödprocesserna. Fokus läggs också på kompetensförsörjning- och kompetensväxling.

Vi behöver samtidigt med en kostnadsanpassning fortsatt klara de krav som ställs på kommunkoncernen för att säkerställa den goda tillväxttakten. Utvecklingen av befolkning, företag, arbetstillfällen och attraktiva bostäder är en förutsättning för att klara välfärdsuppdraget. En högt ställd ambition är därför att än mer utveckla samverkan med externa samarbetspartners; företag, region, statliga myndigheter och verk, andra kommuner och organisationer.

5 ÅRSPLAN

Årsplanen beskriver vad kommunfullmäktige vill fokusera på under året för att nå de kommunövergripande målen. Årsplanen beskriver också de ekonomiska förutsättningarna för kommunkoncernens verksamheter.

När årsplanen är beslutad ska nämnder och bolagsstyrelser besluta om sina respektive verksamhetsplaner.

5.1 Kommunkoncernens fokus 2021

Gävle är i en expansiv period. Målet är att skapa förutsättningar en stark välfärd, en trygg och attraktiv kommun, nya jobb, bostäder och infrastruktur för 120 000 invånare år 2030. Allt detta med ett starkt och medvetet miljö- och klimatfokus.

För att möta denna tillväxt planerar vi för investeringar i Gävle kommunkoncern på över 5 miljarder kronor för perioden 2021-2023. Till detta ska alla privata initiativ och investeringar läggas. Som exempel kan nämnas både Microsofts etablering som skapar många nya jobb, inte bara inom sin egen bransch utan även inom exempelvis serviceyrken och säkerhetsbranschen, och Gävle hamns utbyggnad av nytt supermodernt pappersmagasin där privata aktörer och kommunen tillsammans investerat och möjliggjort för nya affärer i vår region. Att stärka möjligheterna för nya etableringar och vårt viktiga befintliga näringsliv är grundläggande för att klara vår tillväxt. Tillsammans bygger vi Gävle starkt.

Resultatet i våra kommunala grundskolor har ökat kraftigt och överstiger nu målvärdet för 2020. Det är framför allt andelen elever med behörighet till gymnasieskolans yrkesprogram som har ökat, och då främst pojkarnas resultat som har förbättrats. Även i gymnasieskolan har andelen elever som tar examen ökat. Målet "Kraftigt förbättrade resultat" har fått genomslag i hela organisationen. Fokus har varit på undervisningen i klassrummen, skolledare har stöttat och utmanat lärare och elever i skolorna, och haft möjlighet att se varje enskild elev. Nu fortsätter det fokuserade arbetet från förskolan genom hela utbildningssystemet.

Arbetet med ett påtagligt förbättrat företagsklimat sker i alla delar av kommunkoncernen. Inom ramen för Näringslivsprogrammet arbetar vi bland annat med att stärka vår näringslivsservice. Inköp- och upphandlingsenheten har framgångsrikt tagit över upphandlingsuppdraget från Inköp Gävleborg och bedriver parallellt med sitt utförandeuppdrag ett strategiskt utvecklingsarbete med inköp- och upphandlingsfrågor för Gävle kommun. Bland annat har ett upphandlingsråd inrättats tillsammans med en rad externa aktörer. Vi arbetar dessutom intensivt med att utveckla kommunens service vid myndighetsutövning och kontakter med företag. Allt för att bli bättre beställare, en ännu bättre partner och en möjliggörare för ett stärkt näringsliv.

Att nå målet om fler i jobb, trots stora utmaningar på arbetsmarknaden och trots nedgång i konjunkturen, är helt nödvändigt. Därför moderniserar vi nu den lokala arbetsmarknadspolitiken med förstärkt fokus på fler till utbildning och för att minska behoven av försörjningsstöd. Tydliga krav, ett stärkt individfokus och stärkt samordning med både Region Gävleborg och nationella myndigheter behövs för att lyckas.

Vi har inlett det största trygghetsarbetet i Gävle någonsin. Allt från trygghetsplaner med fokus på stadsdelarnas yttre miljöer och stärkt finansiering av fritidsgårdarna till trygghetsskapande insatser genom fler väktare och trygghetskameror på utvalda platser har genomförts. Nu ska vi ta nästa steg för att koppla ihop och stärka trygghetsarbetet ytterligare i utvalda stadsdelar.

Arbetet för att möta dagens och framtidens behov av omsorg, för bland annat äldre, pågår men det arbetet behöver intensifieras ordentligt. På ett abrupt och dramatiskt sätt, har vi alla fått viktiga lärdomar om äldreomsorgens behov av starkare fokus på kvalitetsutveckling och fokus på hälsa. Vi ska ta kraft i både ökad finansiering, mer nytänkande, fler samarbeten och förbättrade villkor och kompetens hos våra medarbetare för att stärka framtidens äldreomsorg. Tillsammans med arbetet för att bli en äldrevänlig kommun sätter vi fokus på äldres behov på riktigt.

Gävle kommun är en av de mest framgångsrika kommunerna i Sverige i den gröna omställningen. Det arbetet ska intensifieras. Det är viktigt för att vi ska fortsätta vara en relevant plats för näringslivet att växa på, men lika mycket för att visa världen att den gröna omställningen är möjlig. Gävle kommun ska vara klimatneutral senast år 2035, för att lyckas med det måste ett intensivt arbete pågå. Lika avgörande för vår framtid är att skydda vår natur och den biologiska mångfalden. Det är extra viktigt när kommunen växer. Omställningen kan inte förminskas till var och ens personliga uppgift. Vi måste skapa samhällen som gör det lätt att göra rätt. Med ett uppdaterat Miljöstrategiskt program och en klimatfärdplan som kan visa vägen så tar vi ansvar för att lyckas. Höga klimat- och miljöambitioner ger inte bara konkurrensfördelar för företag. Det är också nödvändigt för att lämna över en hållbar värld till våra barn och barnbarn.

Covid-19 har så klart starkt påverkat och präglat arbetet i Gävle kommuns verksamheter under 2020. Denna påverkan kommer att kvarstå under flera år framåt.

Redan tidigare befann sig Gävle kommun i situationen med en försvagad konjunktur, och därmed en försvagad finansiering och med ökande volymer och behov inom kärnuppdragen utbildning och omsorg. Behoven tar sig uttryck både i att fler invånare är i behov av kommunens tjänster, och i att investeringarna i vår växande kommun är historiskt stora. Med anledning av detta skulle ett stort genomlysningsarbete och omställningsarbete genomföras i våra verksamheter under 2020. Pandemins framfart gör att detta arbete måste skjutas framåt i tiden, men 2021 beräknas ändå insatser att kunna genomföras. Det är helt nödvändigt för att stå väl rustade för den nya demografiska situationen på sikt. Under 2020 har staten löpande tillfört kommunsektorn bidrag och stöd och efter sommaren reviderades skatteprognosen upp kraftigt. Men stora osäkerheter kring de ekonomiska förutsättningarna för kommande år kvarstår, dels avseende verksamhetens finansiering, och dels vilka krav som kommer att ställas på den kommunala verksamheten efter eller i en mer utdragen pandemi.

Alla Sveriges kommuner har ett stort arbete att göra för att klara demografins och ekonomins utmaningar, så också Gävle kommun. Vi är nu mitt i den förändring vi tidigare bara förutspått, att vi blir allt fler barn och äldre som ska försörjas av en befolkning i arbetsför ålder som inte alls växer i samma utsträckning. Utbyggnaden av välfärden behöver nu ske i en större omfattning än vi sett förut. Förskolor, skolor och äldreboenden måste nu byggas i en snabbare takt än på 60-talet, då utbyggnaden var rekordstor. Alla dessa verksamheter ska dessutom bemannas med rätt utbildade medarbetare.

Att klara detta uppdrag är möjligt. Vår långsiktigt stabila ekonomi gör att vi har goda förutsättningar att lyckas. Men omställning till dessa nya förutsättningar behöver göras - nu.

Fokus framåt är att rigga en organisation och ett arbete i praktiken som inom givna ekonomiska ramar kan möta denna situation med så hög kvalitet som möjligt för Gävleborna. Det betyder att förändringar är nödvändiga och att det krävs omprövning och omställning i alla delar av organisationen i smått och i stort. Varje budgetöverskridande innebär att någon annan del i organisationen drabbas. Därför måste alla kommunens verksamheter hålla sin budget. Att kostnadsutvecklingen hålls på en nivå som gör att de finansiella målen kan hållas är oerhört viktigt för att vi ska klara av välfärdens utbyggnad med kvalitet framåt.

Vi får aldrig glömma att vi fortfarande har väldigt mycket resurser att göra bra verksamhet för. Risken i ekonomiskt utmanande tider är att allt fokus läggs på det vi inte kan göra och de pengar vi inte har. Därför ska alla verksamheter identifiera sitt kärnuppdrag utifrån våra faktiska förutsättningar. Ledarskapet ska fokusera på att hitta förändringskraften på alla nivåer.

Vi ska också bättre ta vara på den förändringskraft och kraftsamling som pandemin skyndat på, såväl inom vår egen organisation som inom ideell sektor och näringsliv, för att på allvar göra de förändringar som behövs för att klara välfärdens krav och finansiering framåt.

Åsa Wiklund Lång (S), kommunstyrelsens ordförande

5.2 Omvärld

Samhällsekonomisk utveckling

Nedan följer utdrag och sammanfattningar av Ekonomirapporten, som Sveriges kommuner och regioner (SKR) presenterade i oktober 2020

Flera frågetecken kvarstår för världsekonomin efter den dramatiska konjunkturkollapsen i våras: hur ska återhämtningen fortgå liksom vilka bestående skador kan befaras för samhällsekonomin?
Smittspridningen av covid-19 har tagit ny fart i många länder och utvecklingen är mycket osäker. Den makroekonomiska bottenpunkten tycks dock ha passerats, både globalt och i Sverige. En starkt positiv rekyl syns just nu i BNP världen över. Det finns dock riskfaktorer som gör konjunkturutsikterna även på kort sikt tämligen osäkra. Det samhällsekonomiska scenariot utgår från att lågkonjunkturen håller i sig ända till 2024. Hög BNP-tillväxt kommande år tar Sverige ur den djupa lågkonjunkturen. Återhämtningen för sysselsättningen väntas dock inte gå lika snabbt som den för produktionen. Andelen arbetslösa i Sverige antas ligga kvar på en hög nivå i ytterligare några år.

Vad som händer nästa år, eller till och med hur utvecklingen blir under avslutningen av 2020, kan ingen veta mer exakt. Ledande indikatorer kan ge viss vägledning men är sällan tillräckligt skarpa indikationer – speciellt inte i turbulenta tider. För det är nu allt tydligare att pandemin långt ifrån är över. Och även om smittspridning, vårdbelastning och restriktioner skulle klinga av oväntat snabbt, finns det frågetecken kring vilka de långsiktiga globala effekterna blir av den stjärnsmäll som covid-19 har inneburit för världsekonomin.

Inte förrän 2024 antas timgapet i den svenska ekonomin slutas. Då beräknar vi att volymen faktiskt arbetade timmar når upp till samma nivå som de potentiella timmarna. Denna beräknade potential härleds utifrån SCB:s befolkningsprognos* samt en rad antaganden om tänkta jämviktsnivåer för arbetsmarknaden, exempelvis för sysselsättningsgraden och medelarbetstiden (antalet arbetade timmar per sysselsatt). De potentiella timmarna är inte en beräkning av en »högsta möjliga nivå« utan syftar till att beskriva vad som varaktigt skulle kunna gälla när varken hög- eller lågkonjunktur råder, i ett tillstånd av »normalkonjunktur«.

Statliga beslut och åtgärder

Den 24 september 2020 presenterade regeringen budgetpropositionen för 2021 och höstständringsbudgeten för 2020. Kort sammanfattning av de viktigaste förslagen för kommunernas verksamhet:

•Ytterligare 10 miljarder kronor satsas på generella medel till kommuner och regioner för 2021 och med 5 miljarder kronor för 2022. Tillsammans med tidigare ändringsbudgetar är det en ökning med 22,5 miljarder kronor för 2021 och med 17,5 miljarder kronor för 2022 jämfört med BP20. För 2023 aviseras ingen ökning.

•Riktat statsbidrag på 4 miljarder kronor för äldreomsorgen.

•Ytterligare 5 miljarder kronor, totalt 10 miljarder, har avsatts för att ersätta kommuner och regioner för merkostnader inom hälso- och sjukvården samt omsorgen 2020.

•Omsorgslyftet inom äldreomsorgen ökar med 1,7 miljarder kronor.

Den 15 april presenterade regeringen 2020 års ekonomiska vårproposition och Vårändringsbudgeten för 2020. Den ekonomiska vårpropositionen syftar till att ange politikens inriktning för perioden 2020–2022. Vårändringsbudgeten anger förändringar i årets budget. Nedan sammanfattas några av satsningarna:

•Ytterligare 20 miljarder kronor satsas på generella medel till kommuner och regioner för 2020. Tillsammans med tidigare ändringsbudgetar är det en ökning för 2020 med 22,5 miljarder kronor jämfört med BP20. För 2021 och 2022 höjs de generella statsbidragen med 12,5 miljarder kronor.

•Anslaget för att ersätta merkostnader på grund av covid-19 inom hälso- och sjukvård samt omsorg ökar från 1 miljard till 3 miljarder kronor.

•675 miljoner kronor i ökat anslag för regional yrkesinriktad vuxenutbildning för ökat antal platser och slopad medfinansiering, tidigare 50 procent, för kommunerna 2020. 2021 och framåt förväntas kommunernas medfinansiering vara 30 procent.

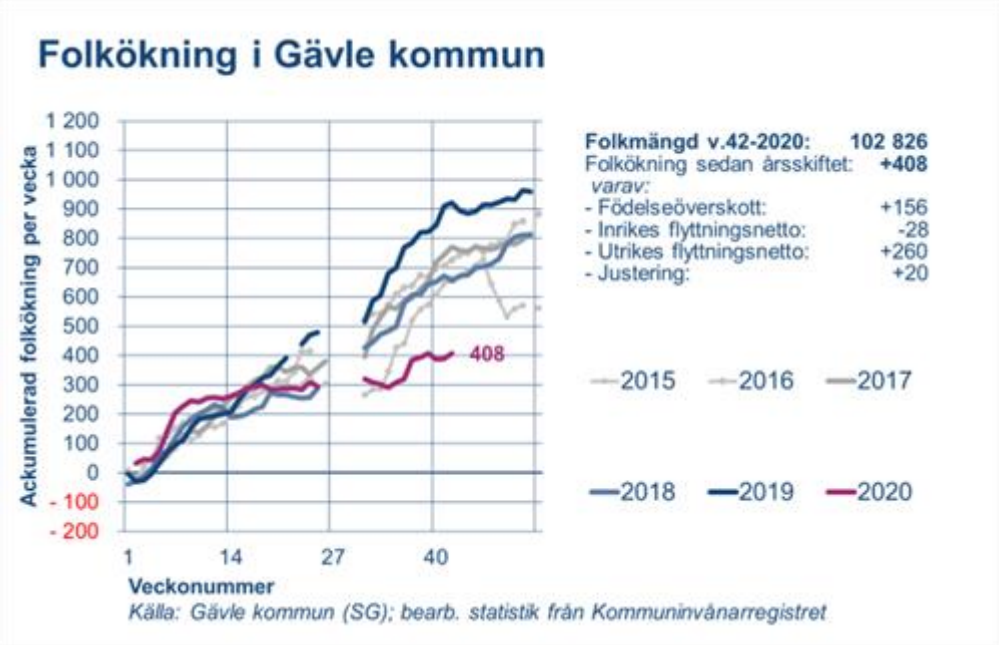
Förutsättningar för Gävle kommun

Befolkningsutveckling/åldersstruktur

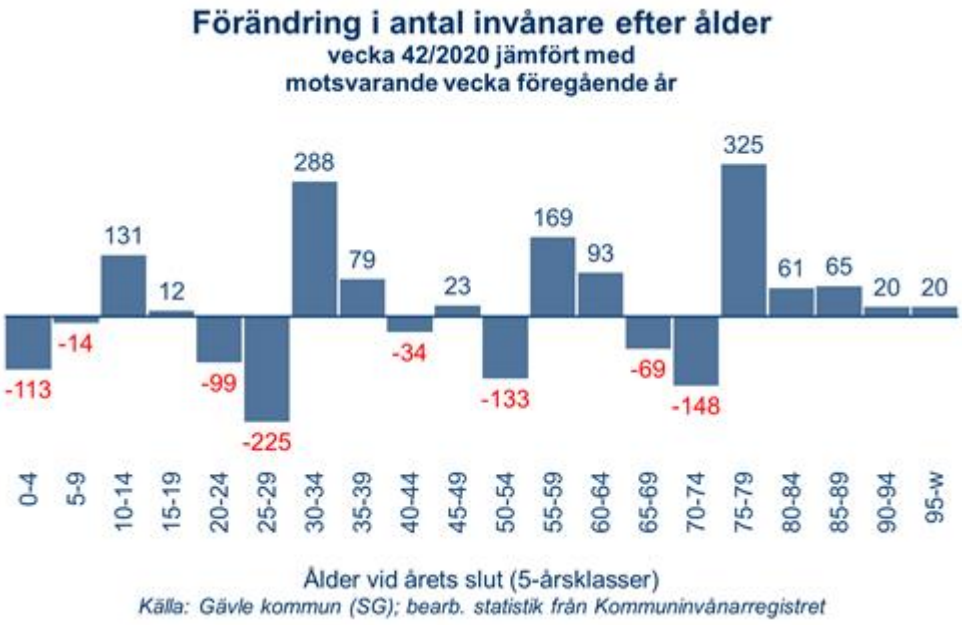
Den senaste befolkningsprognosen för kommunen beräknades i december 2019, innan kännedom fanns beträffande corona pandemins konsekvenser. Befolkningen ökar för närvarande med endast 450 personer i årstakt, vilket är mindre än hälften av den beräknade årsprognosen.

Minskat barnafödande utgör en del av förklaringen till den låga tillväxten. Invandringen har också begränsats, i motsats till inrikes utflyttning som ökat i omfattning. Utvecklingen av inrikes inflyttning har samtidigt dämpats, delvis kopplat till kravet på distanserad högskoleundervisning under våren. En successiv återgång till campusförlagd högskoleundervisning kommer att medföra en ökad inflyttning.

Den årliga effekten på åldersstrukturen kan avläsas i ett minskat antal barn i förskole- och lågstadieålder samt unga vuxna 20–29 år. Däremot ökar antalet invånare i familjebildande åldrar 30–39 år. Vidare ser vi ett ökat antal äldre invånare, främst från 75 år och äldre.



Den årliga effekten på åldersstrukturen kan avläsas i ett minskat antal barn i förskole- och lågstadieålder samt unga vuxna 20–29 år. Däremot ökar antalet invånare i familjebildande åldrar 30–39 år. Vidare ser vi ett ökat antal äldre invånare, främst från 75 år och äldre.



Bostadsmarknaden

Gävle är en attraktiv plats att leva och bo på, vilket bland annat återspeglas i prisutvecklingen på småhus. Medelpriset för småhus i Gävle kommun uppgick till 3,1 mnkr för perioden juli-september 2020. Det innebär en prisökning med 6 procent jämfört med motsvarande period föregående år. Motsvarande prisutveckling i hela landet uppgick till 6 procent, enligt SCB:s Småhusbarometer.

Bostadsbeståndet i Gävle uppgick till 52 000 bostäder år 2019, varav drygt hälften utgörs av hustypen flerbostadshus och knappt hälften utgörs av upplåtelseformen hyresrätt.

Antal lägenheter efter hustyp och upplåtelseform i Gävle kommun år 2019

	Upplåtelseform				
Hustyp	Hyresrätt	Bostadsrätt	Äganderätt	Uppg.sakn.	Summa
Småhus	2 042	3 143	16 158	1	21 344
Flerbostadshus	18 531	8 558	0	0	27 089
Övriga hus	583	37	0	0	620
Specialbostäder	2 877	113	0	0	2 990
Summa	24 033	11 851	16 158	1	52 043

Källa: Gävle kommun (SG), bearbetad statistik från SCB

Bostadsbyggandet kommer inte att nå upp till målsättningen om 800 nya bostäder per år, som anges i Riktlinjer för bostadsförsörjning i Gävle kommun. Till mitten av september har under innevarande år 393 bostäder beviljats bygglov, 518 bostäder påbörjats samt 347 bostäder färdigställts och tillförts bostadsbeståndet (netto). Nedbruten på bostadstyper respektive upplåtelseform har statistiken följande utseende.

Bygglovsstatistik efter bostadstyp och upplåtelseform i Gävle kommun år 2020 ***(nettotillskott av bostäder t o m 17 september)***

	Beviljade bygglov	Påbörjad byggnation	Färdigställd byggnation
Bostadstyp			
Enbostadshus	11	21	44
Rad-/par-/kedjehus	59	83	7
Flerbostadshus	323	41	293
Summa	393	518	347
Upplåtelseform			
Äganderätt	48	54	53
Bostadsrätt	190	201	68
Hyresrätt	155	263	226
Summa	393	518	347

Källa: Gävle kommun (SG), bearbetad bygglovsdata

Arbetsmarknaden

Gävleregionen, det vill säga kommunerna i Gästrikland inklusive Älvkarleby kommun, utgör en lokal arbetsmarknad som sysselsätter drygt 76 000 förvärvsarbetande, vilket placerar arbetsmarknadens som den 15:e i storleksordning av rikets 69 lokala arbetsmarknadsregioner (SCB, 2018). Strax under 50 000 av dessa förvärvsarbetar inom Gävle kommuns gränser.

Den lokala arbetsmarknaden kännetecknas av några av världens ledande stålföretag med verksamheter i många länder. Vidare finns framgångsrika företag inom skogsindustri, logistik, besöksnäring, geografiska informationssystem och andra branscher. Det senaste tillskottet till det regionala näringslivet är Microsofts etableringar av serverhallar i Gävle och Sandviken.

Gävleregionen har ett gynnsamt strategiskt läge strax norr om Stockholm och i direkt anslutning till den företagstäta regionen i östra Mellansverige. Regionen har dessutom goda infrastrukturtillgångar i form av Europavägarna E4 och E16, tre järnvägsstambanor, ostkustens största containerhamn samt en närbelägen internationell flygplats i Arlanda. Sammantaget utgör dessa tillgångar goda grundförutsättningar för ett växande och konkurrenskraftigt regionalt näringsliv.

Åtgärder mot smittspridning under Corona pandemin har starkt bidragit till en ökad användning av digital teknik. Samtidigt har åtgärder mot smittspridningen inneburit svåra påfrestningar på samhället, inte minst för samhällsekonomin. Kontaktintensiva tjänstebranscher som handel, hotell och restaurang och transportbranschen har drabbats svårt. Vidare har både orderingång och produktion minskat kraftigt inom industrin. Det har lett till korttidspermitteringar, ökat antal varsel om uppsägning samt ökad arbetslöshet.

Den totala arbetslösheten i Gävle kommun uppgick i september 2020 till 5 810 personer, vilket är en ökning med 880 personer jämfört med föregående år. Arbetslösheten utgör därmed 11,1 procent av den registerbaserade arbetskraften 20–64 år, att jämföra med 9,0 procent i riket. Arbetslösheten är något större hos män (11,4 %) jämfört med bland kvinnor (10,7 %). Ser man till situationen för unga respektive utrikes födda är arbetslösheten väsentligen högre i kommunen (17,7 respektive 21,4 procent), jämfört med riksgenomsnittet (12,7 respektive 21,4 procent) Källa: Arbetsförmedlingen, sept-2020.

Strukturomvandlingen inom näringslivet drivs av teknikutvecklingen, främst digitalisering och automatisering. Utvecklingen leder till ökad produktivitet, ekonomisk tillväxt samt ökad efterfrågan på teknisk kompetens. Samtidigt kommer många av dagens arbetsuppgifter förändras eller försvinna. Arbetsförmedlingen uppskattar att trender som åldrande befolkning, ökade inkomster, teknikinvesteringar och uppkomst av nya yrken kommer att leda till 1,3 miljoner nya jobb fram till år 2030. Samtidigt bedömer Arbetsförmedlingen att var femte av dagens arbetade timmar kommer att automatiseras under motsvarande period, vilket motsvarar

drygt en miljon jobb. Källa: Arbetsförmedlingen, Automatiseringen på den svenska arbetsmarknaden (2020).

Kommunens ekonomi i senaste bokslut/prognos

Kommunens resultat i bokslut 2019 uppgick till 316 mnkr, vilket är en resultatförbättring med 188 mnkr jämfört 2018. Om jämförelsestörande poster i form av bland annat realisationsvinster/förluster mm frånräknas redovisas ett resultat på 53 mnkr, vilket är 59 mnkr bättre jämfört med 2018. Resultatavvikelsen jämfört med den av kommunfullmäktige fastställda årsbudgeten uppgick till +159 och till +22 mnkr exklusive budgeterade och redovisade jämförelsestörande poster.

För år 2020 redovisas i delår 2 en prognos som innebär ett resultat vid årsskiftet beräknat till 211,5 mnkr exklusive realisationsvinster och exploatering. Detta är 150 mnkr bättre än den av kommunfullmäktige fastställda budgeten, 61,5 mnkr, för året.

Inom den skattefinansierade verksamheten redovisar främst nämnderna inom sektor Välfärd stora negativa budgetavvikelser med totalt -72 mnkr.

5.3 Budgetmodell och kalkylförutsättningar

Ekonomiska ramarna har på tjänstemannanivå räknats fram utifrån känd kostnadsnivå efter analys av det senaste bokslutet. Ekonomiska obalanser, som inte har kunnat identifierats som tillfälliga, mot gällande budget har följt med som grund. För kommande år har intäkter och kostnader därefter indexerats. Hänsyn har även tagits till volymförändringar till följd av beräknade befolkningsförändringar i åldersgrupper som påverkar skol- och äldreomsorgsverksamhet mm.

Ramarna beskriver därmed vad verksamheten med nuvarande servicenivå kommer att kosta under de närmaste åren. Ramarna överlämnas därefter till den politiska nivån för prioriteringar där avstämning även ska ske mot de framtagna kommunövergripande målen.

De ekonomiska ramarna består för den skattefinansierade verksamheten av ett tilldelat kommunbidrag (anslag) som skall ses som den ersättning kommunfullmäktige tilldelar nämnderna för att bedriva beslutad verksamhet för att uppnå fastlagda mål.

Tilldelning av ramar och avsatta reserver

I de till nämnderna tilldelade ramarna ingår inte ersättning för tillkommande hyror och kapitaltjänstkostnader till följd av investeringar under planperioden. En summa är reserverad under finansförvaltningen som motsvarar de beräknat framtida kostnaderna som är till följd av de planerade investeringarna. Nämnderna tilldelas utökad ramkompensation motsvarande hyra eller kapitaltjänstkostnad när investeringen är färdigställd och kostnaderna för nämnden uppstår.

Reserver har satts av med 15 mnkr 2021 och 30 mnkr per år resterande del av planperioden för att hantera volymavvikelser.

Det är avsatt reserver utan specificerat ändamål, till kommunstyrelsens disposition med 15 mnkr per år, varav drygt hälften kalkyleras som bestående kostnader.

Det finns 10 mnkr för år 2020 och 20 mnkr kommande år reserverat för osäkerheter i kommande skatteprognoser och med anledning av de kraftiga kostnadsökningarna inom verksamheter styrda av myndighetsbeslut.

För att hantera kostnader till följd av rådande covid-19 pandemi har en reserv om 50 mnkr avsatts.

Det finns kostnadsreducering intecknade centralt med 7 mnkr 2021 och 12,0 mnkr 2022 som kommer att fördelas ut till nämnderna i senare beslut.

Följande kalkylförutsättningar har ingått i beräkningarna av de ekonomiska ramarna.

Nämndernas intäkter utöver kommunbidrag har uppräknats med 2,0 procent årligen. För vissa statsbidrag, hyresintäkter mm används dock lägre indextal. Nämnderna kompenserats för ökade lönekostnader med 2,0 - 2,4 procent per år under planperioden.

Inflationskompensationen uppgår till 1,8 procent år 2021, 1,9% 2022, samt med 2,0 procent år 2023 och 2024. För köp av verksamhet har indexeringar gjorts utifrån ett snitt av ramkompensationen för personal- respektive övriga kostnader.

För att möjliggöra acceptabla nivåer i kommunens totala resultat har samtliga nämnder ålagts kostnadsreduceringar. Totalt med 73,7 mnkr 2021 och ytterligare 381 mnkr 2022–2024.

Skatteintäkterna är beräknade efter den senaste prognosen från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) från oktober månad 2020 avseende utvecklingen av skatteunderlaget mm.

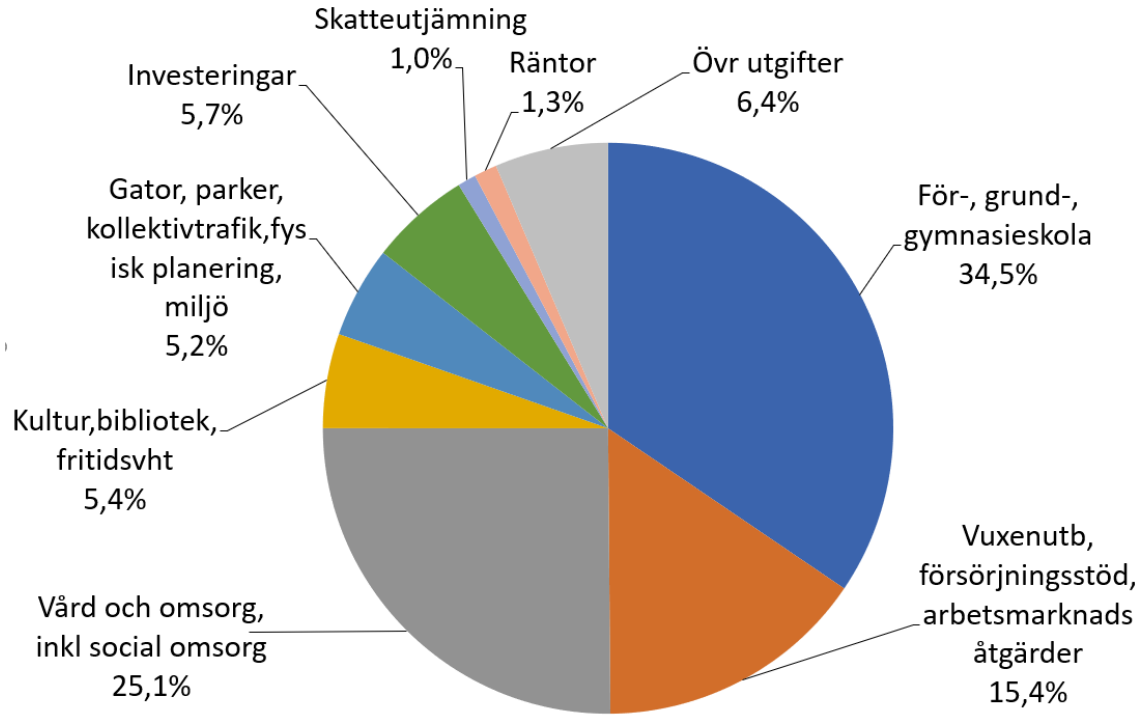
5.4 Finansiering av verksamheterna

Belopp i Mnkr	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Vad går pengarna till?					
För-, grund-, gymnasieskola	2 812	2 871	2 935	3 007	3 096
Vuxenutbildning, arbetsmarknadsåtgärder, försörjnings stöd	1 248	1 282	1 279	1 267	1 275
Vård och omsorg	1 983	2 092	2 151	2 257	2 421
Kultur, bibliotek och fritidsverksamhet	446	446	453	468	481
Gator, parker, kollektivtrafik, fysisk planering o miljö	421	431	445	455	464
Pensionskostnader	349	349	381	371	402
Övrigt	318	303	316	393	435
Avgår interna räntor	-32	-32	-33	-35	-36
Summa verksamhetens kostnader	**7 545**	**7 791**	**7 928**	**8 184**	**8 539**
Avgår internt tillförda medel	-144	-134	-180	-202	-274
Kommunalt kostnadsutjämningssystem	94	87	89	92	95
Finansiella kostnader	86	108	159	208	241
Investeringar i materiella anläggningstillgångar	426	474	392	341	219
Investering i finansiella anläggningstillgångar	0	0	0	0	0
Förändring i rörelsekapital	375	0	60	0	0
Amortering av egna lån	0	0	45	410	152
Till egen kassa	235	0	0	0	41
Summa utbetalningar	**8 621**	**8 326**	**8 492**	**9 033**	**9 014**
Var kommer pengarna från?					
Taxor och avgifter	272	279	289	298	308
Riktade statsbidrag i verksamheten	480	488	497	506	511
Övrigt i verksamheten	648	658	650	858	580
Summa verksamhetens intäkter	**1 401**	**1 425**	**1 435**	**1 662**	**1 399**
Kommunalskatt	5 039	5 104	5 282	5 497	5 704
Kommunalt inkomstutjämningssystem	844	889	929	979	1 030
LSS-utjämning	3	0	0	0	0
Regleringsbidrag mm från staten	105	308	262	184	158
Övriga generella statsbidrag	212	41	41	41	41
Fastighetsavgift	199	210	210	210	210
Finansiella intäkter	227	253	313	363	434

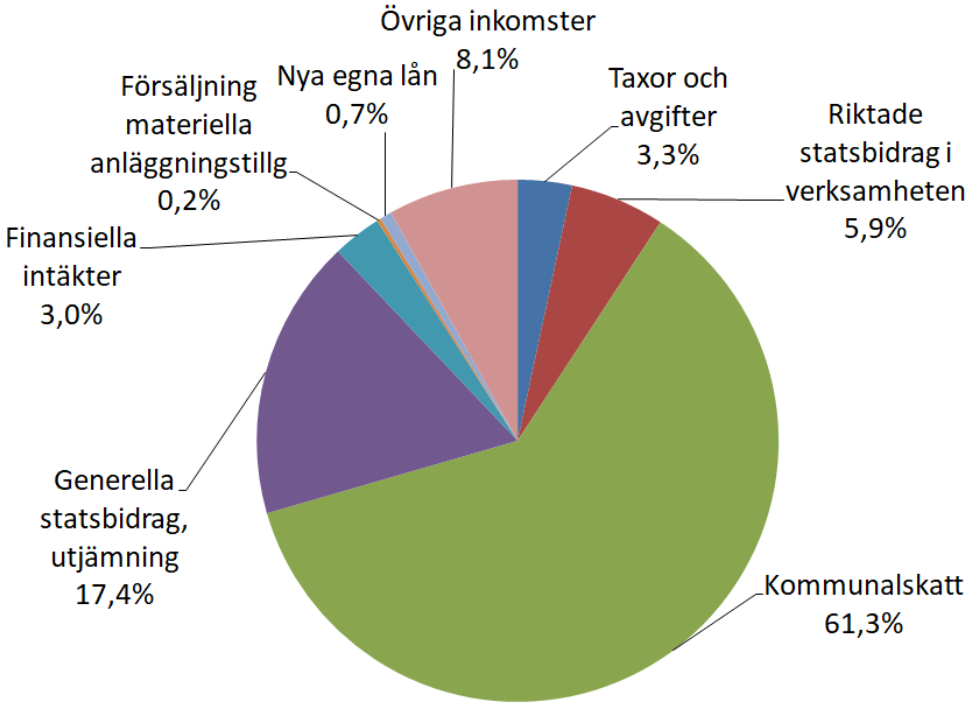
Belopp i Mnkr	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Försäljning av materiella anläggningstillgångar	45	20	20	20	20
Ny egna lån	547	61	0	0	0
Förändring i rörelsekapital	0	15	0	78	18
Summa inbetalningar	**8 621**	**8 326**	**8 492**	**9 033**	**9014**

Kommunens utgifter återfinns främst inom de prioriterade verksamheterna skola, vård och omsorg mm. Kostnadsökningen under planeringsperioden uppgår för dessa verksamheter till 548 mnkr eller 8,8 procent. De samlade bruttoutgifterna i kommunen år 2021 uppgår till 8,3 miljarder kronor eller cirka 80 100 kronor per invånare. Kommunen satsar sina resurser främst inom de prioriterade områdena. Av de sammanlagda anslagen (kommunbidragen) i driftbudgeten på 6,3 miljarder kronor riktas 83 procent till dessa verksamheter. Den enskilt viktigaste inkomstposten utgörs av den kommunala inkomstskatten som uppgår till 62 procent av kommunens totala inkomster. Detta motsvarar cirka 49 100 kronor per invånare. Inkomster från taxor och avgifter kommer främst från förskolan och omvårdnadsverksamhet.

Utgifternas fördelning i budget 2021



Inkomsternas fördelning i budget 2021



5.5 Finansiell analys sammanställd redovisning

Årets resultat

Koncernens resultat efter finansiella poster för år 2021 beräknas uppgå till 477,5 mnkr att jämföra med 2019 då resultat efter finansiella poster uppgick till 470,3.

Belopp i mnkr	Budget 2021	Utfall 2019
Gävle kommun	244,5	315,9
Stadshuskoncernen	308,0	290,8
Gävle Vatten	15,0	-34,3
Övriga bolag	35,3	-1,6
Elimineringar	-125,3	-100,5
Summa	**477,5**	**470,3**

I övriga bolag ingår Gästrike Vatten AB, Gästrike Återvinnare, Gästrike Räddningstjänst, Gästrike Ekogas AB, Bomhus Energi AB och Svenska kommunförsäkrings AB. De delägda bolagen är konsoliderade efter ägd andel.

Investeringar

Kommunens förvaltningar och bolag har arbetar fram investeringsplaner och följande investeringsnivåer finns nu inarbetade i förslaget till ekonomiska ramar för planeringsperioden 2021–2024.

Belopp i mnkr	2021	2022	2023	2024
Stadshuskoncernen	2 087,3	2 303,6	1 603,8	1 209,5
Gävle Vatten AB	82,0	177,0	212,0	407,0
Bomhus Energi AB	2,5	2,5	2,5	2,5
Gävle Kommun 1)	473,9	392,0	340,8	219,1
Summa	**2 645,7**	**2 875,2**	**2 159,1**	**1 838,1**

1)Inklusive anläggningstillgångar från exploatering

I ovanstående bolagsinvesteringar ingår 2 670 mnkr i fastigheter med kommunal verksamhet via Gavlia och Gavlegårdarna. Detta avser i huvudsak skolor, idrottsanläggningar och kulturfastigheter samt särskilda boenden för äldre och för personer med funktionsnedsättning.

Övriga bostadsinvesteringar hos Gavlegårdarna uppgår till 2 770 mnkr under perioden och består av reinvesteringar, stadsdelsförnyelse och nyproduktion.

För Gavlia uppgår övriga investeringar för perioden till 130 mnkr.

Gävle Energi AB:s investeringsbehov uppgår för perioden sammantaget till 1 160 mnkr. De befintliga värme- och elnäten har ett behov av reinvesteringar samtidigt som det krävs en utbyggnad av värme- och elnät för att försörja bland annat nya byggnadsområden. Investeringsvolymen för planeringsperioden uppgår till 280 mnkr avseende elnät och 224 mnkr avseende värmenäten. Även anläggningar för elproduktion har ett reinvesteringsbehov och uppgår totalt till 131 mnkr under perioden. Det finns även ett fortsatt investeringsbehov i bredband vilket uppgår till 182 mnkr för perioden. Under planeringsperioden planerar man också att i samverkan med Sandviken Energi genomföra projekt Felix som skall koppla samman fjärrvärmenäten i Sandviken och Gävle. Budgeterad investeringskostnad under perioden är ca 260 mnkr.

För Gävle Hamn AB uppgår investeringsvolymen till 230 mnkr för perioden och avser främst investeringar i kajer, teknisk infrastruktur och en bogserbåt.

Investeringar hos Gävle Vatten AB uppgår totalt till 878 mnkr under perioden. Planerade investeringar i exploateringsprojekt beräknas till 125 mnkr för perioden och förnyelseinvesteringar beräknas uppgå till 115 mnkr. Värt att beakta är att ett större investeringsbehov om 1 300 mnkr kommer att finnas de närmsta åren efter planeringsperioden för att kunna hantera vattenförsörjning och avloppshantering.

Finansiering av nettoinvesteringar

I den av Kommunfullmäktige fastställda investerings- och finansieringsstrategin ingår bl.a. att investeringsnivån inom kommunkoncernen skall anpassas till tillgängliga finansieringsmedel.

Tillgängliga investeringsmedel är avskrivningar, resultat exklusive realisationsvinster, samt försäljning av tillgångar. Anläggningstillgångar som tillförs via exploateringsverksamhet finansieras i huvudsak av exploateringsöverskott som uppkommer i samband med försäljning av tomter. Tillgängliga finansieringsmedel enligt ramförslag uppgår till:

Belopp i mnkr	2021	2022	2023	2024
Stadshuskoncernen	854	865	911	1 011
Gävle Vatten AB	37	47	49	48
Bomhus Energi AB	72	76	80	80
Gävle Kommun	361	433	621	315
Summa	**1 323**	**1 420**	**1 660**	**1 453**

Kommunens finansieringsstrategi förutsätter att det bland tillgängliga finansieringsmedel kan ingå extern- och alternativ finansiering. Om angivna investeringsplaner skall genomföras krävs följande tillkommande finansiering:

Belopp i mnkr	2021	2022	2023	2024
Stadshuskoncernen	1 226	1 431	685	191
Gävle Vatten AB	45	130	163	359
Bomhus Energi AB	-69	-73	-77	-77
Gävle Kommun	113	-40	-280	-96
Summa	**1 315**	**1 447**	**491**	**377**

Den totala investeringsvolymen i kommunkoncernen under åren 2021–2024 budgeteras till 9 500 mnkr. Självfinansieringen för dessa investeringar uppgår till 5 900 mnkr eller 64 procent. Totalt innebär det att 3 600 mnkr av den planerade investeringsvolymen måste finansieras genom upplåning eller alternativ finansiering.

Kommunkoncernens soliditet uppgick vid utgången av år 2019 till 44,6 procent. Denna beräknas år 2020 att ligga på 43,4 procent och sedan successivt sjunka till 41,0 procent år 2024. Om pensionsåtagandet i form av ansvarsförbindelse frånräknas från det egna kapitalet uppgår den beräknade soliditeten år 2020 till 34,0 procent som därefter stiger och beräknas vara cirka 34,6 procent år 2024. Det kommunövergripande målet för kommunkoncernens soliditet för därmed anses bli uppfyllt med budgetförslaget.

Skuldsättning per invånare

Skuldsättningen inom hela kommunkoncernen uppgick vid utgången av år 2019 till 99 589 kr per invånare. I detta belopp ingår långa och korta skulder, med tillägg för ansvarsförpliktelser (pensionsåtaganden), samt med avdrag för likvida medel och placeringar av pensionsmedel samt övriga korta placeringar och långfristiga fordringar.

Kommunkoncernens skuldsättning beräknas under 2020 passera över 100 000 kr per invånare och hamna kring 100 600 kr vid årets slut. Genom en hög investeringsvolym inom främst bolagssektorn kommer kommunkoncernens skuldsättning att öka under planeringsperioden och hamna kring 128 300 kr per invånare vid utgången av år 2024.

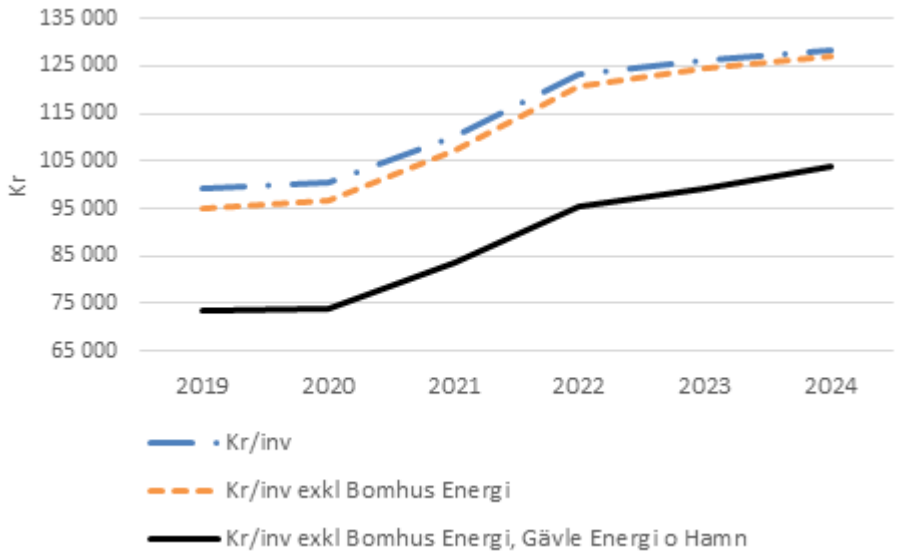
En bidragande orsak till skuldökningen är de investeringar som gjorts i Bomhus Energi. Detta bolag ägs till 50 procent av Gävle Energi. Bolaget finansierar sin verksamhet på egna meriter. Enligt aktiebolagslagens regler inräknas inte bolaget i Gävle Energis koncernredovisning. Med de redovisningsregler som gäller för kommunen ska dock bolaget ingå i kommunens sammanställda redovisning motsvarande ägarandelen 50 procent både avseende resultat- och balansräkning.

Frånräknas Bomhus Energis beräknade påverkan på den totala skuldsättningen uppgår kommunkoncernens skuldsättning till ca 127 300 kr per invånare vid utgången av år 2024.

Frånräknas den beräknade påverkan på den totala skuldsättningen som avser Gävle Energi i sin helhet och Hamnen uppgår kommunkoncernens skuldsättning till ca 104 300 kr per invånare vid utgången av år 2024.

Vid en bedömning av skuldsättningsnivån bör också hänsyn tas att en stor del av investeringsvolymen inom bolagssektorn är affärsmässiga och ger framtida intäkter. Detta förhållande medför att det kan finnas motiv att göra en starkare koppling till balansräkningens tillgångar vid bedömningen.

Kommunkoncernens skuldsättning



5.6 Finansiell analys av kommunen

Allmänt

Gävle kommun har en finansiell profil som kan mäta sig väl med jämförbara kommuner inom R9 enligt rapport som upprättats av KommunForskning i Västsverige (KFi). I rapporten beskrivs var Gävle befinner sig finansiellt och hur kommunen har utvecklats i förhållande till ett antal jämförbara kommuner de tre senaste åren. De kommuner som ingår i jämförelsen är Eskilstuna, Gävle, Jönköping, Linköping, Norrköping, Södertälje, Uppsala, Västerås och Örebro.

Gävle har i jämförelsen en god långsiktig handlingsberedskap. Gävle har ett stabilt ekonomiskt läge där kommunen har haft sammantagna resultat under de tre senaste åren som ligger över genomsnittet i gruppen. För 2019 hade endast Västerås ett bättre ekonomiskt resultat. Gävle kommun hade 2019 en soliditet som också var fjärde starkast i gruppen och något starkare än snittet i kommungruppen. Gävle kommun hade 2019 den högsta skattesatsen och ligger 1,11 kr över genomsnittet. På grund av olika skatteväxlingar i olika län är skattesatserna inte helt jämförbara. Det relativt höga skatteuttaget i Gävle begränsar dock kommunens möjlighet att

stärka intäktssidan med skattehöjningar. Jämförelsen redovisar även kommunernas borgensåtagande, i princip borgen för egna bolag. Gävle kommuns åtagande motsvarar 86% av verksamhetens kostnader, vilket även utgör medelvärdet för gruppen.

Jämförelsen med kommunerna i R9 visar också på att Gävle kommun har haft den starkaste finansiella situationen senaste åren gällande skattefinansieringen av investeringar. Här skall dock noteras att kommuner organiserar sin verksamhet och sina tillgångar olika. Det är av den anledningen Gävle kommun har ett självfinansieringsmål och soliditetsmål som inbegriper Gavlia-koncernen i kommunens verksamhet. Soliditeten för kommunen inkl Gavlia är lägre jämfört med kommunens då Gavlia-koncernen är finansierad via aktieägartillskott och externa lån.

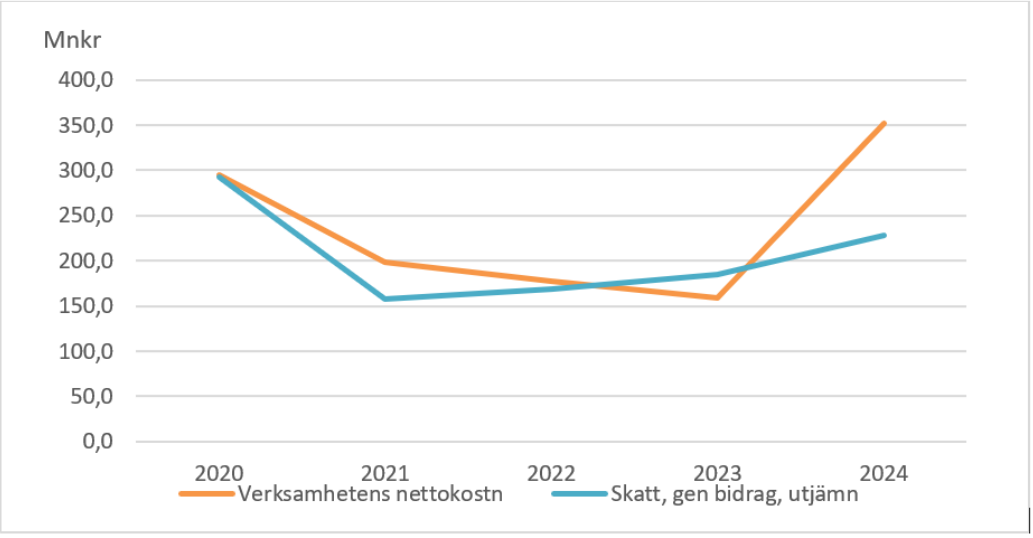
I grundkalkylen inför budget beräknas hur stora tillskott skolan och omsorgen (hemtjänst och omsorgsboenden) kräver vid oförändrat utförande, men högre volymer. Detta uppgår under planeringsperioden till nära 328 mnkr. Även kostnadsökningar med anledning av löneökningar och övriga prisökningar beräknas. Då utvecklingen av skatteintäkterna, de generella statsbidragen och den kommunala intäkts- och kostnadsutjämningen beräknas vara svagare än den demografiskt drivna kostnadsutvecklingen krävs anpassningar motsvarande sammanlagt nära 455 mnkr under perioden. Dessa krav är inräknade i de ekonomiska ramarna för nämnderna under åren.

För år 2021 och 2022 har staten tillfälligt tillfört kommunerna statsbidrag, för Gävle kommunens del 70 mnkr för 2021 och 35 mnkr för 2022. Detta medger en budgetförstärkning för dessa år och möjliggör för reserver för eventuellt fortsatta ekonomiska konsekvenser av covid-19, både gällande ökade kostnader som uteblivna intäkter.

Verksamhetens nettokostnader

Intäkter från skatter, generella bidrag och utjämningssystem beräknas totalt öka med 158 mnkr mellan åren 2020 och 2021, Nettokostnadsökningar till följd av löne- och prisökningar kan för motsvarande tid beräknas till ca 220 mnkr.

Med budgetförslaget ökar nettokostnaderna mer än skatteintäkterna under planperioden fram till 2024. År 2024 kan intäkter för skatter, generella bidrag och utjämningssystem beräknas öka med 740 mnkr jämfört med år 2020 och verksamhetens nettokostnader (exklusive reavinster/–förluster) med 890 mnkr. Det bör dock betonas att prognosen för den senare delen i planeringsperioden är osäker.



Årlig ökning av verksamhetens nettokostnader (exkl. realisationsvinster/förluster) samt intäkter från skatter, generella bidrag och utjämning.

Pensionskostnadernas utveckling

Kommunens pensionskostnader består av direkta utbetalningar till kommunens pensionärer, individuella pensionsavgifter och pensionsförsäkringar, avsättning för framtida pensionsutbetalningar avseende intjänade pensioner efter år 1998 samt särskild löneskatt på pensionskostnader. Förändringar av pensionsrätter intjänade före år 1998 redovisas som ansvarsförbindelse inom linjen och belastar således inte balansräkningen.

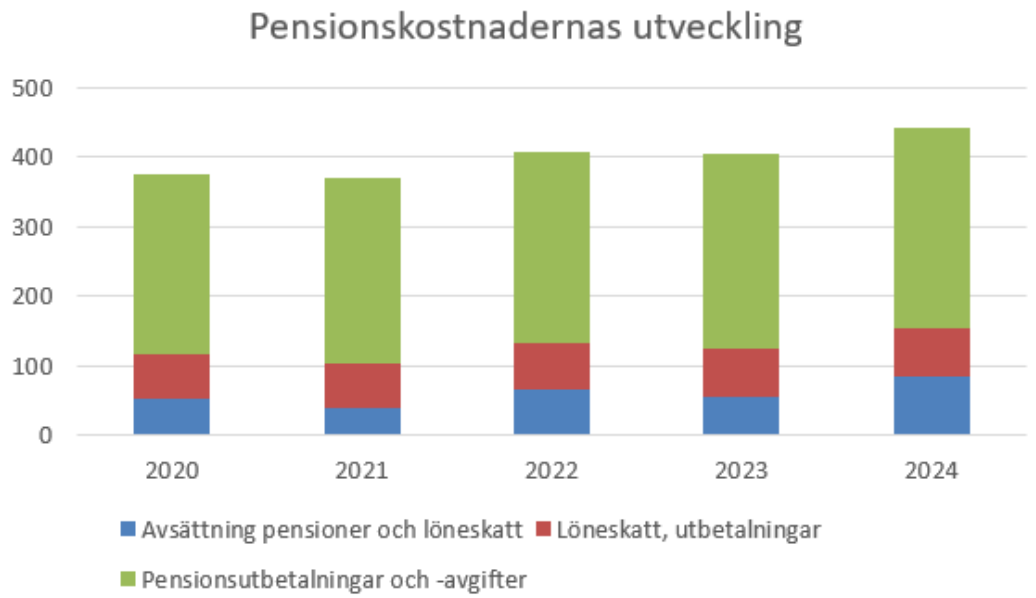
Under år 2013 träffades överenskommelse om helt avgiftsbestämda pensioner för alla anställda i kommuner, landsting och regioner. Avtalet heter AKAP-KL och omfattar arbetstagare som är födda 1986 och senare. Avgiftsnivåerna är 4,5 procent under det så kallade taket (7,5 inkomstbasbelopp) och 30 procent därutöver. Det redan existerande avtalet KAP-KL gäller enbart för födda 1985 och tidigare.

Från år 2015 tillämpar kommunen Omställningsstöd och pension för förtroendevalda (OPF-KL) som är utformat för att kunna tillämpas på förtroendevalda som tillträder ett (eller flera) uppdrag för första gången efter valet 2014 eller senare.

För år 2020 budgeteras pensionskostnaderna inklusive finansiell del till 355 mnkr för att stiga till 425 mnkr år 2024. I den av KPA beräknade förändringen av pensionsåtagandet redovisad som ansvarsförbindelse redovisas en minskning med ca 76 mnkr mellan år 2020 och 2021. Under resterande del av planeringsperioden sjunker ansvarsförbindelsen med ytterligare 180 mnkr. Den totala ansvarsförbindelsen beräknas vid utgången av år 2021 till 1 770 mnkr inklusive löneskatt. Ansvarsförbindelsen motsvarar därmed ca 32 procent av kommunens egna kapital detta år. Ansvarsförbindelsen sjunker nu, till följd av att utbetalningar av intjänade pensionsrätter före år 1998 ökar. Detta belastar kommunens resultat negativt till följd av den tillämpade blandmodellen.

Kommunen får en ökad likviditetsbelastning för pensioner genom ökade pensionsutbetalningar och individuella pensionsavgifter. Dessa ökar (inklusive löneskatt) med ca 7 mnkr mellan år 2020 och 2021 och med 27 mnkr år 2024 jämfört med år 2020.

Kommunen har skapat möjlighet för främst sektorchefer att växla den förmånsbestämda pensionsavsättningen mot en försäkringslösning. För år 2020 beräknas ca 5 mnkr inbetalas i dessa premier. Dessutom beräknas ca 14 mnkr utbetalas i premier för pensionsförsäkringar i form av löneväxling mm.



Pensionskostnader och utbetalningar riskerar att utrymmet till kommunens verksamheter begränsas liksom möjligheterna att finansiera framtida investeringar utan ökad upplåning.

Den så kallade blandmodellen för pensionsskuldsberäkningen medför att utbetalningar av pensioner intjänade före 1998 kommer att få resultat- och likvideffekt vid utbetalningstillfället. Kommunen har till och med år 2019 haft en försäkringslösning genom Kommungaranti Skandinavien Försäkrings AB i syfte att mildra negativa kostnadsavvikelser i kommunen. Denna avsättning på 709 mnkr har 2020 återförts till kommunen.

Mnkr	2020	2021	2022	2023	2024
Avsättning i balansräkningen	602,2	640,0	704,1	756,9	835,9
Ansvarsförbindelse	1 834,1	1 770,5	1 691,8	1 637,5	1 587,0
Summa pensionsåtagande	2 436,3	2 410,5	2 395,9	2 394,4	2 422,9

Beräknade pensionsförpliktelser

Skatteintäkter m.m.

Skatteintäktsberäkningen bygger på nuvarande skatt 22,26 kr, samt en genomsnittlig befolkningsökning med 1 211 invånare per år fram till år 2024.

Enligt taxering 2019 uppgick Gävlebornas beskattningsbara inkomster (skatteunderlaget) inkomstår 2018 till ca 21,7 mdkr. Gävlebornas beskattningsbara inkomst per invånare (skattekraften) 2019 prognostiseras uppgå till 224 711 kr, vilket är 96,6 procent av riksgenomsnittet. Skattekalkylen grundas på skatterna för inkomstår 2018. Skattemedel för år 2021 beräknas med en prognostiserad ökning för inkomståren 2019, 2020 och 2023.

Enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) prognos för inkomståret 2019 (okt 2020) ökar skatteunderlaget i riket med 2,8 procent. Den aktuella prognosen pekar på att ökningen av skatteunderlaget blir mindre 2020 (1,9 procent) och 2021 (1,5 procent). Den procentuella förändringen kommer åren därefter att vara högre och ligga på 3,5 procent 2024. Den samhällsekonomiska bilden som beskrivs i omvärldsanalysen ligger till grund för skatteprognosen.

För inkomståren 2019, 2020 och 2021 beräknas skatteunderlaget i Gävle öka med 2,19, 1,92 respektive 1,67 procent. Tillämpningen av SKR:s prognos innebär att Gävle kommun har en skuld till staten för inkomstår 2019 med 41,2 mnkr (regleras januari 2021). Detta till följd av att de fysiska utbetalningarna av skatteinkomsterna sker utifrån uppräkningsstal som fastställs av regeringen och att dessa avviker från de tillämpade prognoserna.

Sammantaget beräknas Gävle kommuns skatteintäkter till 5 141 mnkr år 2021, vilket är en ökning med 21 mnkr jämfört med prognosen för år 2020 som även innehåller avräkning för inkomstår 2019.

Nettointäkten från de kommunala utjämningssystemen, fastighetsavgift och de generella bidragen beräknas till 1 320 mnkr år 2021, vilket är 267 mnkr högre jämfört med prognosen för år 2020.

Under generella statsbidrag redovisas tillskott, de så kallade välfärdsmiljarderna som regeringen i budgetpropositionen för 2017 respektive 2018 tillfört kommunsektorn. En del av statsbidraget tilldelas i förhållande till antalet kommunmottagna flyktingar samt antalet asylsökande i kommunen och en del av bidraget i förhållande till kommunens invånarantal. En utfasning sker av bidragsandelen som är baserad på flyktingmottagning till förmån för invånarantal. Från och med år 2021 sker tilldelningen endast utifrån invånarantalet.

I propositionen Vårändringsbudget för 2020 föreslogs och aviserades att anslaget för kommunalekonomisk utjämning skulle ökas med 12,5 miljarder kronor som permanent tillskott från och med 2021. Kommunernas andel uppgår till 8,75 miljarder.

I syfte att minska behovet av att höja kommunalskatterna och skära ner i verksamheter och samtidigt ge kommuner och regioner bättre förutsättningar att utveckla välfärdens verksamheter, föreslår regeringen att anslaget ökas med ytterligare 10 miljarder kronor 2021 och av dessa beräknas 5 miljarder kronor kvarstå på anslaget 2022. Kommunernas andel uppgå

till 7 miljarder 2021 och 3,5 miljarder 2022.

Finansiella intäkter och kostnader

Kommunens roll som internbank skapar stora flöden genom den förmedling av lån som sker till i huvudsak de kommunala bolagen. De förmedlade lånen och certifikaten till våra bolag uppgick vid årsskiftet 2019/2020 till 6 549,9 mnkr, och kan förväntas stiga till 8 500 mnkr under 2021 och till 11 300 mnkr vid utgången av år 2024 baserat på bolagens finansieringsbehov. Övrig långfristig utlåning var vid årsskiftet 2019/2020 1 688,8 mnkr, främst till kommunala bolag i samband med att kommunen sålt anläggningstillgångar.

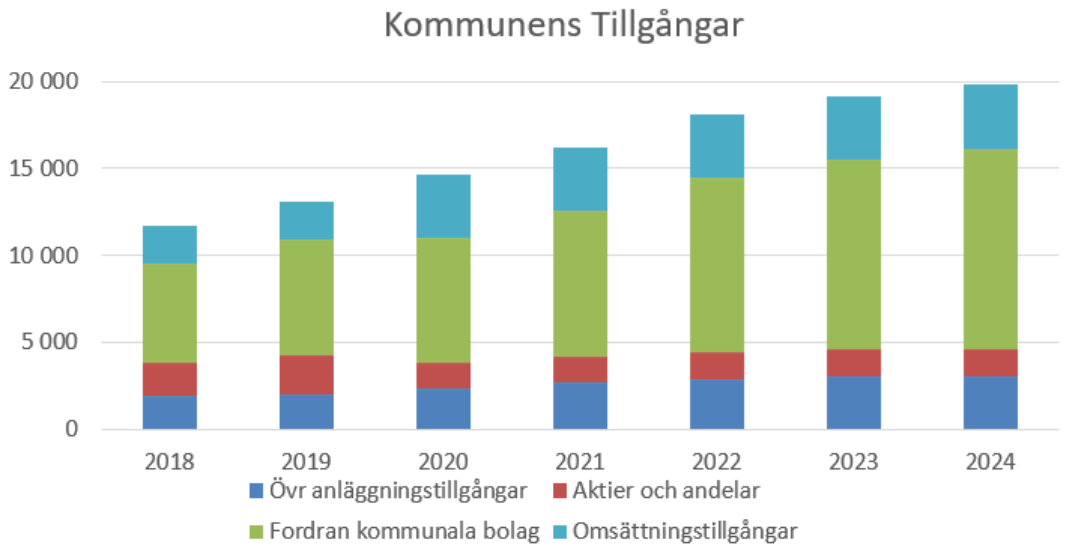
Gävle kommun har ett positivt finansnetto, ca +106 mnkr i bokslut för år 2019. Ett positivt finansnetto har varit ett resultat av en aktiv skuldportföljhantering, samt utdelningar från koncernföretag. För år 2021 förväntas finansnettot uppgå till ca +145 mnkr, inkluderat utdelning från Gävle Stadshus AB med 98,6 mnkr, varav 16 mnkr är vidareförmedlat från AB Gavlegårdarna för att användas till bostadssociala åtgärder.

Finansnettot påverkas även av kommunens eget upplåningsbehov och av det allmänna ränteläget. Räntorna har legat på historiskt låga nivåer och förväntas inte öka något under 2020. För detta år beräknas de kortfristiga räntorna hamna på ca 0,20 procent och de långa på ca 0,40 procent. Under de påföljande åren förväntas de korta räntorna hamna på ca 0,50 procent och de långa på ca 1,00 procent år 2024.

Tillgångar, skulder och eget kapital

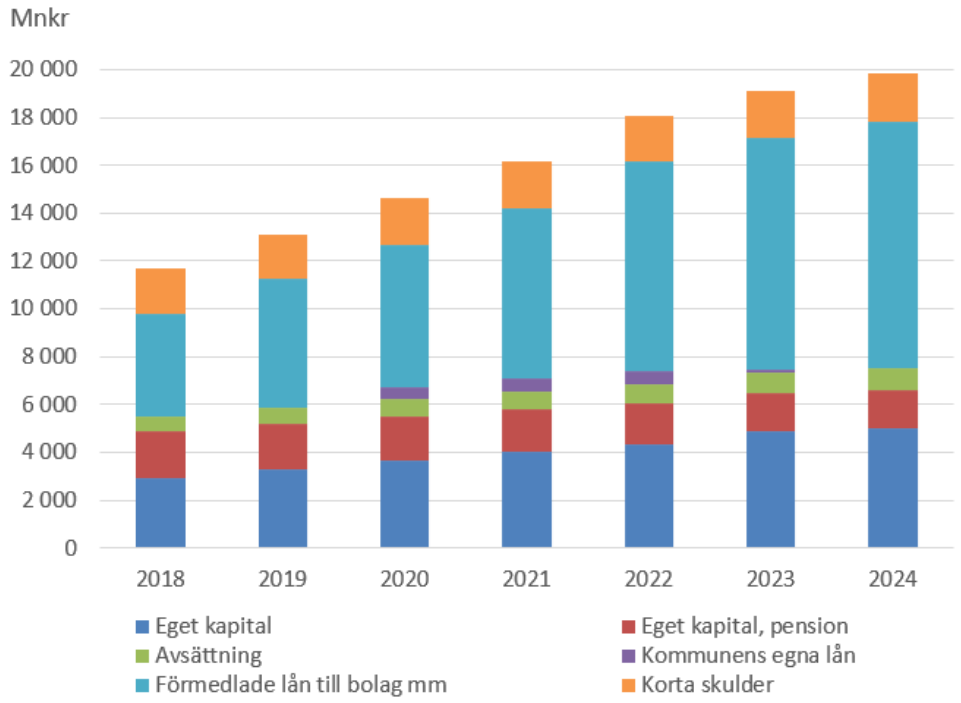
Balansräkningen ger en ögonblicksbild av kommunens totala tillgångar, skulder och eget kapital och en samtidig beskrivning av hur de totala tillgångarna finansierats med skulder och eget kapital. Balansomslutningen i kommunen uppgick i bokslut 2019 till 13 103 mnkr. Anläggningstillgångarna uppgick till 10 926 mnkr, varav de materiella/immateriella anläggningstillgångarna utgjorde 1 919 mnkr. Större delen av tillgångarna avser därmed finansiella anläggningstillgångar och då främst förmedlade lån till de kommunala bolagen.

Kommunens anläggningstillgångar beräknas öka med 5 245 mnkr till slutet av år 2024, jmf med bokslut 2019, varav de materiella anläggningstillgångarna ökar med 1 085 mnkr. Ökningen av anläggningstillgångarna består därmed till 80 procent av finansiella anläggningstillgångar i form av från kommunen förmedlade lån till de kommunala bolagen.



Kommunens egna kapital uppgick i bokslut 2019 till 5 207 mnkr. Förmögenheten per invånare blev därmed ca 47 800 kr. Det egna kapitalet förväntas fortsätta utvecklas positivt under den kommande planeringsperioden för att vid utgången av år 2024 uppgå till ca 6 600 mnkr.

Kommunens avsättningar och långfristiga skulder beräknas öka med 5 160 mnkr till slutet av år 2024 jämfört med 2019. Kommunens har inte haft några egna lån sedan 2016. Med nuvarande planerad investeringsvolym kan det krävas att kommunen upptar nya egna lån under perioden. Kommunen har en relativt god kassa och möjlighet finns att finansiera del av investeringarna med den tillgången.



Skuldernas och det egna kapitalets utveckling

Vid bedömning av kommunens balansräkning ska hänsyn tas till det pensionsåtagande som ligger utanför balansräkningen i form av en ansvarsförbindelse som motsvarar ca 32 procent av kommunens egna kapital år 2021.

Kommunen har ett finansiellt engagemang i Gävle Stadshuskoncern. Motivet för detta är att åstadkomma en så fördelaktig finansiering som möjligt för hela kommunkoncernen. Eftersom kommunen har den högsta kreditvärdigheten uppnås de lägsta finansieringskostnader om kommunen tecknar borgen eller lånar upp kapital på marknaden och sedan vidareutlånar detta kapital till kommunens bolag. För år 2021 föreslås kreditramen för förmedlade lån eller borgen till totalt 10 800 mnkr med nedanstående fördelning:

Företag	**2021 Mnkr**	**2020 Mnkr**
Gävle Stadshus AB	950	950
AB Gavlegårdarna	3 700	3 400
Gävle Energi AB1)	1 170	1 170
Bionär Närvärme AB (59 %)	0	10
Gävle Hamn AB	1 500	1 400
Gavlefastigheter Gävle kommun AB1)	1 745	1 645
Gävle Drift och Service AB	50	50
Gävle Parkeringsservice AB	170	160
Gävle Vatten AB 1)	900	600
Gästrike Vatten AB (70 %)	150	150

Företag	2021 Mnkr	2020 Mnkr
Gästrike Räddningstjänstförbund	0	0
Gästrike Återvinnare (61 %)	140	140
Gästrike Ekogas AB2)	150	150
Ej fördelat	175	175
Summa	**10 800**	**10 000**

1. *Exklusive utlämnade lån från Gävle kommun*
2. *Gästrike Ekogas AB ägs av Gävle Energi AB 49 % och Gästrike Återvinnare 51 %.*

Utöver ovanstående tillkommer eventuellt kommunens egen upplåning. Med utgångspunkt från kommunens stora tillgångar i likvida medel inför 2021, särskilt efter försäljning av Svenska kommungaranti AB, kan kapitalbehov täckas av egna medel eller extern upplåning. Skall medel avsätta för kommande pensionsutbetalningar uppstår lånebehov i kommunen i övrigt. För att ha handlingsfrihet till fördelningen mellan långa och korta lån bör kommunfullmäktiges bemyndigande omfatta ett belopp på 1 000 mnkr för korta krediter.

Soliditet är ett mått på kommunens långsiktiga finansiella styrka och visar hur stor del av kommunens tillgångar som har finansierats med eget kapital. I redovisningen av kommunens tillgångar ingår även förmedlade lån till de kommunala bolagen. För att få en rättvisande bild av kommunens styrka bör interna fordringar kvittas mot de lån som upptagits för bolagens räkning. Vid en analys av den finansiella styrkan bör på ett motsvarande sätt det egna kapitalet justeras för pensionsåtagandet i form av en ansvarsförbindelse. Med dessa justeringar uppgick soliditeten (soliditet 2) i bokslut 2019 till ca 45 procent. Soliditeten beräknas uppgå till ca 44 procent år 2020 och stärkas till 55 procent 2024. Med en traditionell beräkning av soliditeten (soliditet 1) sjunker soliditeten från 40 procent år 2019 till ca 33 procent år 2024.

I den sammanställda redovisningen 2019 uppgick kommunkoncernens soliditet efter justering av pensionsåtagande utanför balansräkningen till ca 34 procent och beräknas hamna på ca 35 procent 2024. Med en traditionell beräkning av soliditeten uppgår denna till 45 procent år 2019 för att sjunka till ca 41 procent år 2024. Det finansiella målet avseende soliditet för kommunen och kommunkoncernen får anses uppfyllt under planperioden. Utvecklingen innebär att kommunens finansiella långsiktiga handlingsberedskap inför framtiden får anses vara god.

Investeringar och finansiering

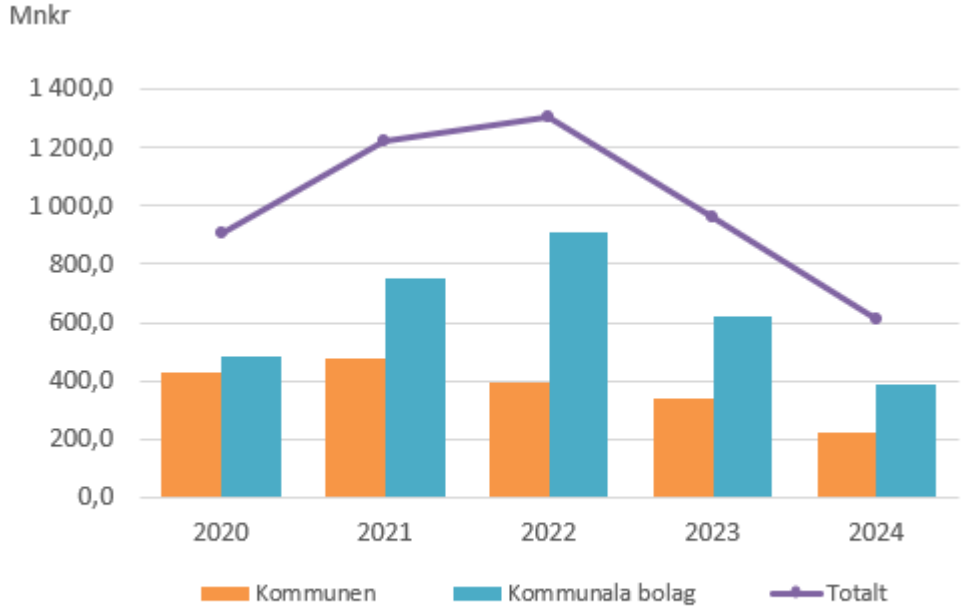
Gävle Kommun har för närvarande en mycket hög investeringsvolym. Dels för att möta ett ökat behov till följd av en befolkningstillväxt, dels fastighetstekniska upprustningar. Utöver det planeras även för infrastruktur och ett nytt Kultur och bildningscenter.

Kommunen behöver med anledning av detta uppnå ett positivt kassaflöde från den löpande verksamheten genom resultatöverskott som bidrar till en hög självfinansiering av dessa investeringar. Den nu beräknade resultatnivån räcker inte till självfinansiering under planperioden, vilket innebär en ökad lånefinansiering inom kommunkoncernen under de kommande åren och där de finansiella kostnaderna direkt eller indirekt via hyror, ökar.

Kassaflödesbudgeten visar årets kassaflöde med uppdelning på löpande verksamhet, investeringsverksamhet, respektive finansieringsverksamhet.

Ett positivt kassaflöde med 1 930 mnkr beräknas från den löpande verksamheten under perioden 2020 - 2024. Detta kan användas till att finansiera planerade investeringar i materiella anläggningstillgångar om 1 425 mnkr under motsvarande period. I kommunens budget är det främst infrastrukturinvesteringarna som är mest framträdande, både ordinarie investeringar som redovisas hos Samhällsbyggnadsnämnden och investeringar som görs i allmän platsmark i samband med exploatering av mark för bostadsbyggande och näringslivets behov. Dessa uppgår sammantaget till ca 900 mnkr under perioden 2021 - 2024. Den löpande verksamheten i kommunen klarar investeringsverksamheten utan utökad upplåning och ett likviditetsöverskott uppstår hos kommunen som tillsammans med den ingående kassan från 2019 kan beräknas till ca 1 530 mnkr år 2024.

En likviditetsuppbyggnad hos kommunen möjliggörs då en stor del av investeringar som riktar sig mot kommunens verksamheter sker via de kommunala fastighetsbolagen. Under åren 2020 - 2024 uppgår dessa investeringar sammantaget till 3 155 mnkr. Om hänsyn även tas till dessa, samt det kassaflöde som skapas hos bolagens verksamhetsgrenar riktade mot kommunen uppnås inte egenfinansiering av investeringar. Egenfinansieringsgraden för hela perioden kan med denna definition beräknas till ca 71 procent, vilket innebär att ca 1,5 miljarder kronor måste lånefinansieras inom koncernen.



Investeringar riktade mot kommunens skattefinansierade verksamhet.

Likviditet

Likviditet visar på kommunens kortfristiga betalningsförmåga. De löpande utgifterna betalas i första hand av våra skatteinkomster, avgifter med mera eller av andra omsättningstillgångar. Kassalikviditet är ett mått på förhållandet mellan kommunens omsättningsbara tillgångar och de kortfristiga skulderna. I bokslut för år 2019 uppgick kassalikviditeten till 113,8 procent. För år 2021 är denna likviditet beräknad till ca 180 procent. Under år 2019 hade kommunen 550 mnkr i kassa/bank, som beräknas stiga till 1 527 mnkr år 2024. Överlikviditeten beräknas delvis kunna användas för finansiering av tillkommande investeringar i kommunen eller via aktieägartillskott till kommunala fastighetsbolaget.

En kassalikviditet som understiger 100 procent innebär att de kortfristiga skulderna överstiger omsättningstillgångarna. Kommunens likviditet är tillräcklig i förhållande till betalningsströmmarna. Kommunen kan även använda hela kommunkoncernens likviditetsreserv genom internbankens koncernkontosystem. Dessutom kompletteras den egna likviditeten med en disponibel likviditet i form av kreditlinor och andra lånelöften. Kommunens betalningsberedskap på kort sikt får därmed anses vara mycket god.

Känslighetsanalys

Kommunens resultat är utsatt för påverkan från omvärlden. En känslighetsanalys som visar förändringar i ett antal storheter ger följande riskexponering för år 2021.

- Ökade löner med en procentenhet - motsvarar ca 40 mnkr inklusive arbetsgivaravgifter.
- Prisförändringar för varor och tjänster med en procentenhet - motsvarar ca 35 mnkr.
- Räntekostnadsförändring med en procentenhet – motsvarar ca 80 mnkr i kommunkoncernen om samtliga lån sätts om under året.
- Skatteunderlagsförändring med en procentenhet - motsvarar ca 60 mnkr.
- Invånarförändring med 100 personer – motsvarar ca 5,0 mnkr för skatter och bidrag.

5.7 Kommunens nämnder

Kommunstyrelsen

Nämndens ansvarsområden

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för;

- att besluten som fattas av kommunfullmäktige genomförs, följs upp och utvärderas.
- Gävle kommuns ekonomi.
- utvecklingen av Gävle.

Politiska uppdrag

Kommunstyrelsen ska inom ramen för sitt uppdrag att leda, styra, samordna och följa upp även leda ett genomgripande förändringsarbete för att effektivisera, stärka analysförmågan och förstärka kommunens gemensamma styr- och stödprocesser. Övriga nämnder kan då fokusera på sina kärnuppdrag och nå högre kvalitet i sina verksamheter. Inom ramen för kommunstyrelsen leds arbetet med de kommunövergripande målen och de strategiska programmen.

1. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att säkerställa kvalitet, samordning, koncernnytta, effektivitet och att minimera risker för suboptimering i hela förvaltningen. Hur de kommunägda bolagen kan involveras och bidra ska identifieras. Arbetet förväntas leda till bestående kostnadsreduceringar på minst 15 mnkr 2021, 30 mnkr 2022 och 45 mnkr 2023.

2. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att bibehålla acceptabla resultatnivåer framöver, att möjliggöra långsiktighet och ett förebyggande förhållningssätt i våra verksamheter och att säkerställa finansieringen av våra verksamheter trots osäkra krav och statliga finansieringsmöjligheter och osäkert skatteunderlag framåt. Detta genom att undersöka förutsättningar för olika fonderingsmöjligheter där vi kan dra framtida nytta av det höga ekonomiska resultatet 2020.

3. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att utifrån våra kommunövergripande mål samt strategiska program vidareutveckla en analys-, uppföljnings- och ledningsstruktur som löper genom hela kommunkoncernen.

4. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att öka samordning av investeringar och att fokusera på framtida finansieringsmöjligheter genom att utveckla den strategiska gemensamma investeringsprocessen i kommunkoncernen och med våra övriga intressebolag.

5. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att skapa tydligare avstämningspunkter för prioritering och finansiering genom att vidareutveckla kommunkoncernens investeringsprocess.

6. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att skyndsamt utreda förutsättningarna för att inrätta ett exploateringsbolag eller annan organisering för en offensiv och långsiktig mark- och exploateringshantering med fokus på våra stora omvandlingsområden.

7. Kommunstyrelsen uppdras att intensifiera arbetet för att uppnå minskad segregation, ökad integration, tryggare skolmiljöer, mer jämlika förutsättningar samt ökad upplevd trygghet i utvalda stadsdelar. Arbetet ”Stadsdelslyftet” ska vara kommunövergripande och faktabaserat. I uppdraget ingår att finna nya sätt att verka för ökad myndighetsnärvaro i berörd stadsdel. För satsningen kommer 2 mnkr att tillföras kommunbidraget via särskilt beslut under 2021 efter ansökan om tilläggsanslag.

8. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att säkerställa effektiva samverkansformer som bidrar till kommunens mål och uppdrag. En översyn ska genomföras som sammanställer de övergripande samverkansstrukturerna kommunen deltar i tillsammans med andra

offentliga aktörer avseende rätten till arbete och egen försörjning, bostad och utbildning, social omsorg och trygghet och en god och jämlik hälsa. Översynen ska omfatta såväl politisk nivå som tjänstemannanivå och ska resultera i ett underlag för framtida prioritering.

9. Kommunstyrelsen uppdras att bidra till en mer framgångsrik integration och att främja individers väg in i studier, till arbetsmarknaden, bostadsmarknaden, föreningslivet, kulturlivet och det förebyggande sociala arbetet. Målet är en tydligare väg in och en ökad samordning av insatser. Uppdraget genomförs i samverkan med andra lämpliga aktörer. För ändamålet kommer 0,5 mnkr att tillföras kommunbidraget via särskilt beslut under 2021 efter ansökan om tilläggsanslag.

10. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att bidra till omställning och ökad kundfokus och kundnytta på ett nytt proaktivt, transparent och demokratiskt sätt. Ett förändrings- och dialogarbete ska inledas. I ”Förenkla i Gävle” ges Gävleborna möjlighet att ge sin syn på förbättringspotential i den kommunala organisationen, på vår service och våra verksamheter.

11. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att bidra till en mer attraktiv och grön centrumutveckling. Handeln i centrum ska stärkas och åtgärder ska genomföras för att förbättra luftkvaliteten, öka möjligheten till hållbart resande och stärka besöksupplevelsen i centrum. Samverkan med näringslivet är central. Som ett led i detta arbete ska Centrumplanen aktualiseras och vidareutvecklas. Arbetet ska ske i samverkan med Samhällsbyggnadsnämnden.

12. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att skapa goda förutsättningar och stödja näringslivets behov och utveckling på ett långsiktigt och målinriktat sätt och att peka ut visionen och de strategiska utvecklingsområdena, som till exempel näringslivets kompetensförsörjning, framåt. En övergripande näringslivsstrategi med branschfokus ska tas fram. Strategin ska verka som ett övergripande styrdokument för hela Gävle kommuns näringslivsarbete.

13. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att höja måluppfyllelsen i det Miljöstrategiska programmet och Klimatfärdplanen genom att säkerställa att ökad extern finansiering söks.

14. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att bidra till en hållbar utveckling och till att minska växthusgasutsläppen i det geografiska området Gävle. Tillsammans med näringsliv och föreningsliv ska kommunstyrelsen initiera och leda arbetet med att skriva klimatprotokoll.

15. Kommunstyrelsen ges i uppdrag att fortsätta säkerställa att Gävle kommun är en attraktiv arbetsgivare med våra medarbetares hälsa och kompetens i fokus.

    a) Kommunstyrelsen ges i uppdrag att utreda hur det statliga Äldreomsorgslyftet kan möjliggöra för fler undersköterskor och gärna komplettera med utbildningsinsatser för såväl sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. I samverkan med Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

    b) En kompetensförsörjningsenhet med fokus på att minska chefers arbetsbelastning ska stegvis inrättas. Syftet är att öka chefers tid för verksamhetens och medarbetarnas utveckling. Kompetensförsörjningsenheten ska minska chefernas administration, förbättra rekryteringsprocessen och effektivisera kommunens hela personaladministrativa omfattning. Finansiering sker huvudsakligen inom ram. För att inleda införandet kommer 1,0 mnkr att tillföras kommunbidraget via särskilt beslut under 2021 efter ansökan om tilläggsanslag.

    c) Kommunstyrelsen ska stödja verksamheterna i att initiera, driva och utvärdera fler

metoder för medarbetarnas inflytande över sin arbetstid, möjlighet till återhämtning och stärkt hälsa och kompetensutveckling.

d) Kommunstyrelsen ska utreda hur kommunen kan minska timvikariebehovet och skapa mer trygga anställningsvillkor för fler, med syfte att så väl bli en attraktivare arbetsgivare som att höja kvalitén i verksamheterna. Processen ska också identifiera vilka steg som behöver tas för att höja och bredda kompetenserna inom verksamheterna.

e) Den breddade rekryteringen ska fortsätta i fler verksamheter med syfte att öka såväl kvalitet och måluppfyllelse som att minska kostnader. Fokus är verksamheterna inom Utbildningsnämnden och Välfärdsnämnderna, men fler områden där detta är aktuellt ska identifieras och analyseras för hur nästa steg kan tas.

16. Kommunstyrelsen uppdras att bidra till bästa möjliga utfall och effektivitet i såväl samhällsbyggnadsprocessen som i gemensamma processer med samhällsbyggnadsnämnden. Utökad samverkan och samarbete är centralt (spegling av uppdrag till Samhällsbyggnadsnämnden).

Nämndens ram

Kommunstyrelsen mnkr	**Budget 2021**	**Plan 2022**	**Plan 2023**	**Plan 2024**
Kommunbidrag	388,2	386,3	382,6	381,4
Investeringsram*	78,3	57,0	57,2	57,3
*varav via Kommunala fastighetsbolag	18,4	0,0	0,0	0,0

Arbetsmarknads och funktionsrättsnämnden

Nämndens ansvarsområden

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden har det politiska ansvaret för verksamheter inom;

- arbetsmarknad
- vuxenutbildning
- daglig verksamhet (EDV=enheten för daglig verksamhet)
- stöd och service till personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga
- försörjningsstöd

Politiska uppdrag

Det övergripande målet för nämndens arbete är att alla som kan jobba, ska jobba. Därför ska målet vara så få personer i behov av försörjningsstöd som möjligt. Insatser mot studier och arbete ska alltid prioriteras och samverkan inom kommunkoncernen, med näringslivet och med myndigheter ska stärkas för att rätt insatser med avsedd effekt ska kunna säkerställas för varje individ på väg mot jobb. För personer med funktionsvariationer är målet att ge fler möjligheter till ett utvecklande arbetsliv, inflytande, en trygg boendemiljö och en meningsfull fritid.

1. Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden uppdras att stärka arbetet avsevärt för att minska behoven av försörjningsstöd genom tydligare krav, uppföljning och samordning.

2. Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden uppdras att stärka vuxenutbildningen gällande bristyrken och hitta samverkan med fler aktörer.

3. Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden uppdras att arbeta vidare med konceptet 1000 fler i arbete.

4. Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden uppdras att öka samarbetet med privata näringslivet för fler i jobb.

5. Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden uppdras att utreda behovet av att komplettera/förstärka insatserna för personer med psykisk funktionsnedsättning med liknande Fontänhus, i samverkan med lämpliga Funktionsrättsrörelser och att stärka samverkan med föreningsliv/ ideell sektor kring träffpunkter för personer med psykisk funktionsnedsättning.

6. Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden uppdras att se över verksamheten utifrån lagstiftningen, om vad lagens krav på skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor innebär i praktiken gällande försörjningsstöd. För arbetet kommer 0,5 mnkr att tillföras kommunbidraget via särskilt beslut under 2021 efter ansökan om tilläggsanslag.

Nämndens ram

Arbetsmarknads och funktionsrättsnämnden	Budget	Plan	Plan	Plan
mnkr	2021	2022	2023	2024
Kommunbidrag	994,7	985,6	966,1	972,1
Investeringsram*	12,0	9,5	4,9	1,6
*varav via Kommunala fastighetsbolag	10,5	8,4	0,4	0,4

Socialnämnden

Nämndens ansvarsområden

Socialnämnden har det politiska ansvaret för kommunens verksamheter inom socialtjänst, vilket omfattar bland annat;

- uppgifter och uppdrag enligt socialtjänstlagen
- budget- och skuldrådgivning
- familjerätt
- familjerådgivning
- serveringstillstånd för restauranger
- lotteritillstånd

Politiska uppdrag

Socialnämndens verksamhet ska ha som mål att bidra till social hållbarhet i samhället och för individer på såväl kort som lång sikt. Det förebyggande perspektivet ska prägla alla insatser. Det behandlande och myndighetsbaserade arbetet ska bygga på evidens och lagkrav. All verksamhet och alla insatser ska utformas så att bästa möjliga effekt kan uppnås inom tilldelade ramar.

1. Socialnämnden uppdras att fördjupa analysarbetet och identifiera framgångsfaktorer och utifrån detta arbete föreslå en strategi för såväl det förebyggande sociala arbetet och det missbruksbehandlande arbetet. För uppdraget kommer 1,0 mnkr att tillföras kommunbidraget via särskilt beslut under 2021 efter ansökan om tilläggsanslag.

2. Socialnämnden uppdras att främja barn och ungas hälsa och möjligheter att nå höjda skolresultat. Nämnden ska utreda hur fler riktade serviceinsatser kan möjliggöras som stöd för föräldrar i detta syfte. Uppdraget genomförs i samverkan med relevanta aktörer.

Socialnämnden ges i uppdrag att fortsätta utvecklingen av främjande, förbyggande och tidiga insatser för barn och unga och vidta åtgärder för att tidigt upptäcka elever i riskzonen för problematisk skolfrånvaro. Samverkan ska ske med Utbildningsnämnden och Region Gävleborg. (spegling av uppdraget till Utbildningsnämnden)

Nämndens ram

Socialnämnden mnkr	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Kommunbidrag	448,6	448,1	447,5	446,8
Investeringsram*	14,0	2,0	2,0	2,1
*varav via Kommunala fastighetsbolag	5,9	0,9	0,9	1,0

Omvårdnadsnämnden

Nämndens ansvarsområden

Omvårdnadsnämnden har ansvaret för verksamheter som omfattar bland annat;

- stöd och omsorg till äldre
- förebyggande verksamhet
- hemtjänst och hemsjukvård

Politiska uppdrag

Att människor lever längre är en stor framgång samhället. För att klara situationen med en växande åldrande befolkning så måste vi få en friskare befolkning som lever ett gott liv utan stöd längre upp i åren. Vi måste arbeta mer förebyggande och med olika boendelösningar för att främja äldre personers oberoende och för att inte kostnader för vård- och omsorgsboenden ska öka radikalt framåt.

1. Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att genomföra ett Äldreomsorgslyft för att möjliggöra fler utbildade undersköterskor och helst komplettera med utbildningsinsatser för såväl fler sjuksköterskor som specialistsjuksköterskor i syfte att minska hyrpersonal och öka kvalitén. Behov av utökad fortbildning i svenska språket hos anställda skall identifieras och om nödvändigt genomföras. Detta i samverkan med kommunstyrelsen och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

2. Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att återkomma med en strategi för hur ökade statsbidrag på bästa sätt kommer att höja kvaliteten i äldreomsorgen.

3. Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att aktivt arbeta för att Gävle kommun i nära samverkan med Region Gävleborg utveckla arbetet med god och nära vård. Ett särskilt fokus bör läggas på förebyggande insatser som stärker den äldre att bibehålla god hälsa. Utöver förebyggande arbete ska en mer tillgänglig, närmare vård, tillsammans med nya arbetssätt och utökad samverkan, innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler.

4. Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att delta i arbetet med att utveckla fler boendelösningar för äldre.

5. Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att utreda stärkt samverkan med föreningsliv/ ideell sektor kring träffpunkter för äldre.
6. Omvårdnadsnämnden uppdras att i samverkan med kultur- och fritidsnämnden främja äldres hälsa och välmående i en tid av hög isolering genom att möjliggöra ”Kultur för äldre” (spegling av uppdrag till Kultur- och fritidsnämnden)

Nämndens ram

Omvårdnadsnämnden mnkr	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Kommunbidrag	1 296,5	1 333,6	1 394,2	1 460,5
Investeringsram*	92,7	91,7	41,9	12,4
*varav via Kommunala fastighetsbolag	85,5	84,2	34,2	4,2

Kultur och fritidsnämnden

Nämndens ansvarsområden

Nämnden har det politiska ansvaret för kommunens kultur- och fritidsaktiviteter, vilket omfattar bland annat;

- badanläggningar och friluftsbad
- symfoniorkester och konserthus
- folkbiblioteken
- kulturskolan
- konsthall och offentlig konst
- budget- och skuldrådgivning
- ärenden inom nämndens verksamhetsområde om stöd och bidrag till föreningar och andra organisationer

Politiska uppdrag

Kultur- och fritidsnämndens verksamheter bidrar till att göra Gävle kommun till en attraktiv kommun att leva i. Den ska ge främst barn och ungdomar men även vuxna möjligheter till en stimulerande och aktiv fritid, nya möten, nya tankar och nya intressen. Nämnden ska verka för att stärka jämlikheten och jämställdheten. Kulturlivet ska stärkas för fler och de demokratiska forumen fortsätta att utvecklas i dialog med Gävleborna.

1. Kultur- och fritidsnämnden uppdras att intensifiera arbetet med samordning, nyttjandegrad och intäkter i samtliga kultur- och idrottsfastigheter.

2. Kultur- och fritidsnämnden uppdras att verka för fler former av avtal och driftsformer i våra anläggningar där föreningar kan och vill ta ett större ansvar.

3. Kultur- och fritidsnämnden uppdras att utveckla dialogen med föreningslivet om utmaningar och möjligheter kopplat till såväl verksamhetsutveckling, tillgänglighet och möjligheter i ett växande Gävle.

4. Kultur- och fritidsnämnden uppdras att återställa, restaurera och renovera den befintliga offentliga konsten. För ändamålet kommer 1,75 mnkr att tillföras kommunbidraget via särskilt beslut under 2021 efter ansökan om tilläggsanslag. Därefter förväntas nämnden avsätta egna medel för skötsel och underhåll av den offentliga konsten.

5. Kultur- och fritidsnämnden uppdras att, i samverkan med andra aktörer, utreda hur möjligheterna att få låna sport- och friluftsutrustning på fler platser och under fler tider kan åstadkommas.

6. Kultur- och fritidsnämnden uppdras att fortsätta arbetet med att stötta kulturutövare, med anledning av covid-19, för att möjliggöra ett brett kulturliv i Gävle även efter pandemin. För ändamålet kommer 0,5 mnkr att tillföras kommunbidraget via särskilt beslut under 2021 efter ansökan om tilläggsanslag.

7. Kultur- och fritidsnämnden uppdras att i samverkan med Omvårdnadsnämnden främja äldres hälsa och välmående i en tid av hög isolering genom att möjliggöra ”Kultur för äldre”. För uppdraget kommer 0,5 mnkr att tillföras kommunbidraget via särskilt beslut under 2021 efter ansökan om tilläggsanslag.

8. Kultur- och fritidsnämnden uppdras att fortsätta engagera Gävleborna i utformningen och utvecklingen av verksamheterna i det nya kultur- och bildningscentret.

Nämndens ram

Kultur- och fritidsnämnden	Budget2021	Plan2022	Plan2023	Plan2024
mnkr	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Kommunbidrag	339,4	337,2	335,9	334,2
Investeringsram*	203,4	263,2	63,4	14,3
*varav via Kommunala fastighetsbolag	174,0	219,0	53,1	3,9

Samhällsbyggnadsnämnden

Nämndens ansvarsområden

Samhällsbyggnadsnämnden har det politiska ansvaret för verksamheter inom;

- mark och vatten
- allmänna platser, vägar och trafik
- fastigheter och byggnadsväsende
- miljö- och hälsoskydd
- den kommunala lantmäterimyndigheten som organisatoriskt tillhör samhällsbyggnadsnämnden

Politiska uppdrag

Samhällsbyggnadsnämnden ska möjliggöra den starka hållbara tillväxt som vår kommun planerar för. Samtidigt ska man bidra till ökad social och miljömässig hållbarhet, och till att vår kommun ska vara en välskött, attraktiv och tillgänglig kommun. Den möjliggörande och serviceinriktade inställningen ska också prägla all myndighetsutövning och ska resultera i fler beviljanden.

1. Samhällsbyggnadsnämnden uppdras att fortsätta utvecklingsarbetet inom myndighetsutövningen.

2. Samhällsbyggnadsnämnden uppdras att bidra till bästa möjliga utfall och effektivitet i såväl samhällsbyggnadsprocessen som i gemensamma processer med kommunstyrelsen. Utökad samverkan och samarbete är centralt.

3. Samhällsbyggnadsnämnden uppdras att tillsammans med fastighetsägare möjliggöra ökad attraktivitet och ett mer blomstrande näringsliv genom en utveckling av Magasinsområdet. Nämnden tillförs investeringsmedel motsvarande 10 mnkr 2021 och 25 mnkr 2022 i medfinansieringmedel.

4. Samhällsbyggnadsnämnden uppdras att höja måluppfyllelsen i det miljöstrategiska programmet och Klimatfärdplanen genom att säkerställa att ökad extern finansiering söks. Särskilt prioriterat är medel för hållbart resande och skydd av natur och vatten.

5. Samhällsbyggnadsnämnden uppdras att i samverkan med berörda aktörer utöka arbetet med att tillgängliggöra fler naturområden för medborgare och besökare.

6. Samhällsbyggnadsnämnden uppdras att prioritera resurser så att cykelfrämjande insatser genomförs i enlighet med investeringsplanen, samt att utreda möjligheten att införa cykel gator i framförallt 2,5 kilometersstaden.

7. Samhällsbyggnadsnämnden uppdras att i dialog med byggherrar verka för ökad byggnation i trä.

8. Samhällsbyggnadsnämnden uppdras att arbeta för att Gävle kommun ska ta aktiv del i arbetet för att utreda och om möjligt säkerställa fiskvandringsvägar i Testeboån med hjälp av extern finansiering.

Nämndens ram

Samhällsbyggnadsnämnden mnkr	**Budget 2021**	**Plan 2022**	**Plan 2023**	**Plan 2024**
Kommunbidrag	315,8	319,9	322,0	323,5
Investeringsram*	229,9	138,0	111,3	110,7
*varav via Kommunala fastighetsbolag	32,3	0,0	0,0	0,0

Utbildningsnämnden

Nämndens ansvarsområden

Utbildningsnämnden ansvarar för frågor som rör;

- förskola
- pedagogisk omsorg
- förskoleklass
- grundskola och grundsärskola
- fritidshem
- gymnasieskola och gymnasiesärskola

Politiska uppdrag

Arbetet för kraftigt höjda resultat fortsätter med ett än starkare fokus 2021. Målsättningen med nämndens arbete ska vara en stark utbildningskedja från förskola till gymnasieskola där alla barn ska nå sin fulla potential. Trygghet och höga förväntningar ska prägla all verksamhet.

1. Utbildningsnämnden uppdras att intensifiera arbetet med att minska gruppstorlekarna i förskolan. Exempelvis ska andelen årsarbetare per barn öka.

2. Utbildningsnämnden uppdras att påskynda arbetet med att anställa fler kompetenser i alla skolformer och att utveckla organisation och arbetssätt. Fokus ska ligga på att öka elevers måluppfyllelse och på deras rätt till undervisning av legitimerade lärare och på att förbättra lärares arbetsmiljö. En tydlig plan för genomförande ska tas fram. Finansiering sker via ordinarie budget med tillägg från den statliga ” skolmiljarden”.

3. Utbildningsnämnden uppdras att satsa mer på svenska språket i såväl förskolan och grundskolan.

4. Utbildningsnämnden ges i uppdrag att fortsätta utvecklingen av främjande, förbyggande och tidiga insatser för barn och unga och vidta åtgärder för att öka närvaron i skolan och tidigt upptäcka elever i riskzonen för problematisk skolfrånvaro. Samverkan ska ske med Socialnämnden och Region Gävleborg.

Nämndens ram

Utbildningsnämnden mnkr	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Kommunbidrag	2 499,3	2 535,5	2 561,7	2 588,5
Investeringsram*	406,0	584,6	522,2	363,7
*varav via Kommunala fastighetsbolag	373,4	549,5	485,7	335,7

Överförmyndarnämnden

Nämndens ansvarsområden

Överförmyndarnämnden ansvarar för;

- tillsyn över förmyndares, förvaltares och gode mäns uppdrag.

Politiska uppdrag

Nämnden har inga politiska uppdrag.

Nämndens ram

Överförmyndarnämnden mnkr	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Kommunbidrag	10,9	10,9	10,9	10,9
Investeringsram*	0,0	0,0	0,0	0,0
*varav via Kommunala fastighetsbolag	0,0	0,0	0,0	0,0

Valnämnden

Nämndens ansvarsområden

Valnämnden ansvarar för;

- genomförandet av allmänna val till riksdag, region- och kommunfullmäktige.
- att det finns lokaler att rösta i.
- att anställa röstmottagare som räknar den första preliminära rösträkningen i vallokalerna på valnatten och rapporterar resultatet.

Politiska uppdrag

Nämnden har inga politiska uppdrag.

Nämndens ram

Valnämnden mnkr	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Kommunbidrag	0,3	2,7	0,3	2,6
Investeringsram*	0,0	0,0	0,0	0,0
*varav via Kommunala fastighetsbolag	0,0	0,0	0,0	0,0

Jävsnämnden

Nämndens ansvarsområden

Jävsnämnden ansvarar för;

- tillsyn, beslut och övrig myndighetsutövning i ärenden där samhällsbyggnadsnämnden normalt har ansvaret, men inte kan på grund av jäv.

Politiska uppdrag

Nämnden har inga politiska uppdrag.

Nämnden ram

Jävsnämnden mnkr	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Kommunbidrag	0,4	0,4	0,4	0,4
Investeringsram*	0,0	0,0	0,0	0,0
*varav via Kommunala fastighetsbolag	0,0	0,0	0,0	0,0

Gemensam nämnd för verksamhetsstöd

Nämndens ansvarsområden

Nämnden ansvarar för samverkan av administrativ, ofta IT-relaterad art, för de kommuner som ingår i den gemensamma nämnden. De kommuner som ingår är: Gävle, Sandviken, Ockelbo och Hofors.

Politiska uppdrag

Nämnden har inga politiska uppdrag.

Nämndens ram

Gemensam nämnd för verksamhetsstöden mnkr	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Kommunbidrag	0,1	0,1	0,1	0,1
Investeringsram*	0,0	0,0	0,0	0,0
*varav via Kommunala fastighetsbolag	0,0	0,0	0,0	0,0

Revisorskollegiet

Nämndens ansvarsområden

Den kommunala revisionen är lagstadgad och granskar den verksamhet som finns i kommunen samt provar ansvarstagandet. Revisorerna granskar, bedömer och uttalar sig i den årliga revisionsberättelsen om kommunens;

- räkenskaper och medelförvaltning
- redovisning och verksamhetens resultat
- styrelsens och nämndernas förvaltning så att fullmäktige kan bedöma om styrelsen och nämnderna kan ges fortsatt förtroende

Politiska uppdrag

Nämnden har inga politiska uppdrag.

Nämndens ram

Revisorkollegiet mnkr	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Kommunbidrag	4,9	5,0	5,1	5,2
Investeringsram*	0,1	0,1	0,1	0,1

Revisorkollegiet	Budget	Plan	Plan	Plan
*varav via Kommunala fastighetsbolag	0,0	0,0	0,0	0,0

Finansförvaltning

Funktion

Inom finansförvaltningen budgeteras och redovisas intäkter och kostnader som inte är direkt hänförliga till en nämnd eller kommunstyrelsen. Främst utgörs det av skatteintäkter, arbetsgivaravgifter och pensioner.

Utöver tilldelade ramar och behov av ramanpassning för nämnderna reserveras ett samlat utrymme under finansförvaltningen för att hantera osäkerheter. Utrymme för politiska satsningar budgeteras till 15,0 mnkr per år under planperioden. Drygt hälften av dessa utrymmen kalkyleras vara strukturella, dvs motsvara behov som består åren framåt. Då osäkerheterna är stora i volymprognoserna budgeteras reserver med 15 mnkr 2021 och 30 mnkr per år resterande planperiod. Med anledning av osäkra skatteprognoser och kostnadsutvecklingen i verksamheter som är styrd av myndighetsbeslut reserveras 10 mnkr för 2021, sedan ytterligare 20 mnkr per år.

För att hantera kostnader till följd av rådande covid-19 pandemi har en reserv om 50 mnkr avsatts.

Under finansförvaltningen har centrala medel för löner budgeterats, vilket ger kommunen ökade möjligheter till att bedriva en aktiv lönepolitik. För år 2021 och följande år uppgår den budgeterade summan till ca 4 mnkr.

För att möjliggöra tillgång till öppet geodata budgeteras fortsatt en resurs med 1,3 mnkr per år.

Med anledning av ändrade förutsättningar i syfte att öka utnyttjandet av friskvård, där egenfinansieringen har tagits bort, reserveras ytterligare 1 mnkr per år.

För tillkommande hyror och kapitaltjänstkostnader till följd av investeringar under planperioden är det avsatt 40,1 mnkr 2021. Beloppet ökar till ackumulerat 411,4,4 mnkr i slutet av perioden. Nämnderna tilldelas utökad ramkompensation från de avsatta medlen motsvarande hyra eller kapitaltjänstkostnad när investeringen är färdigställd och kostnaderna för nämnden uppstår.

En kostnadsreducering om 7 mnkr 2021 och 12 mnkr är budgeterad på finansförvaltningen men avser flera poster som skall fördelas ut på nämnderna. Efter utredning kommer dessa kostnadsreduceringar fördelas ut på nämnderna, vilket då kommer att motsvaras av motsvarande minskning av kommunbidrag.

5.8 Kommunens bolag

Ägardirektiv och ekonomi för de kommunala bolagen

I följande avsnitt redovisas utdrag ur bolagens ägardirektiv samt ekonomi. Redovisade utdrag avser att gälla från och med 2021. Ägardirektiv samt underlag på förändringar sedan tidigare beslut finns redovisade som bilagor till denna kommunplan.

Gävle Stadshus AB

Bolagets verksamhet

Föremålet för bolagets verksamhet anges till sin art i bolagsordningen.

Bolaget får därutöver inte driva verksamhet eller vidta åtgärder som inte är förenlig med den kommunala kompetensen. Bolaget ska i sin verksamhet också tillämpa de kommunala lokaliserings-, självkostnads- och likställighetsprinciperna om inte annat särskilt anges.

Syfte med bolagets verksamhet

Bolagets syfte är genom att samordna ägaransvaret för de bolag som ingår i den kommunala bolagskoncernen åstadkomma en optimal användning av gemensamma resurser.

Ekonomiska mål för bolagets verksamhet

Bolaget skall totalt lämna en aktieutdelning på totalt 98,6 mnkr till Gävle kommun vilket inkluderar aktieutdelning från AB Gavlegårdarna, 16 mnkr, som i Gävle kommun skall användas till bostadssociala åtgärder inom ramen för kommunens bostadsförsörjningsansvar

Utöver ovanstående finns inga avkastningskrav på bolaget.

Budget och nyckeltal

Belopp i Mnkr	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Resultat efter finansiella poster exkl koncernbidrag/utdelning från dotterbolag	-13,6	-17,6	-19,7	-20,7	-21,4	-24,5
Koncernbidrag/utdelning dotterbolag	102,6	102,6	148,1	148,1	148,1	148,1
Utdelning till ägaren	-92,7	-92,7	-98,6	-98,6	-98,6	-98,6
Investeringar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Försäljningar av anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansieringsbehov	19,8	-7,7	29,8	28,8	28,1	25,0
Balansomslutning	2 871,0	3 009,3	3 122,0	3 018,2	3 113,9	3 110,7
Eget kapital	1 951,3	2 086,3	2 183,3	2 279,5	2 375,2	2 472,0
Avkastning på eget kapital %	-0,8%	3,3%	4,7%	4,4%	4,2%	4,0%
Avkastning på totalt kapital %	0,3%	3,3%	4,7%	4,7%	4,7%	4,6%
Soliditet %	61,6%	69,8%	70,4%	76,0%	76,8%	80,0%

Gävle Energi AB

Bolagets verksamhet

Föremålet för bolagets verksamhet anges till sin art i bolagsordningen.

Bolaget får därutöver inte driva verksamhet eller vidta åtgärder som inte är förenlig med den kommunala kompetensen. Bolaget ska i sin verksamhet också tillämpa de kommunala lokaliserings- och likställighetsprinciperna om inte annat särskilt anges.

Syfte med bolagets verksamhet

- Bolaget ska, med helhetssyn på ekonomi, service och miljö tillgodose behovet av produkter och tjänster hos olika kundkategorier utifrån en affärsmässig grund. (med undantag från de kommunalrättsliga principerna på det sätt det kommer till uttryck i 7 kapitlet ellagen)
- Bolagets verksamhet ska vara att med hög leveranssäkerhet, bedriva produktion, distribution, köp, försäljning och handel med el, värme, biogas, kyla och tele- och datakommunikation samt därmed förenlig verksamhet.
- Bolaget ska medverka till utveckling inom verksamhetsområdet så att kommunens och regionens utveckling och konkurrenskraft stärks.
- Bolaget ska sträva efter en samverkan med andra aktörer regionalt såväl som nationellt.
- Den kommunala verksamheten såväl i förvaltningsform som i bolagsform ska präglas av samma helhetssyn och princip avseende koncernnytta. Kommunen och bolaget ska i samråd söka lösningar som tillgodoser kommunens samlade intresse.
- Bolaget ska aktivt driva klimat- och miljöfrågor i sin verksamhet. Mätbara mål ska finnas som genom årsredovisningen följs upp årligen.
- Bolaget ska ha konkurrenskraftiga taxor och avgifter i förhållande till jämförbara kommuner.
- Bolagets investeringsverksamhet ska baseras på en helhetssyn där effekter i samtliga styrperspektiv beaktas inför investeringsbeslut.

Ekonomiska mål för bolagets verksamhet

Resultat efter finansiella poster, exklusive värdejusteringar men före bokslutsdispositioner ska minst vara 144 mnkr, varav minst 115 mnkr lämnas i utdelning/koncernbidrag till moderbolaget.

Budget och nyckeltal

Belopp i Mnkr	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Resultat efter finansiella poster	194,8	189,2	181,6	178,1	176,0	189,7
Koncernbidrag/utdelning	-104,9	-75,9	-115,9	-115,9	-115,9	-115,9
Nettoinvesteringar exkl försäljning	-214,3	-255,1	-263,2	-440,3	-290,4	-165,7
Finansieringsbehov	24,0	-9,1	-61,8	-236,0	-89,5	133,7
Balansomslutning	3 110,1	3 195,8	3 224,3	3 561,7	3 607,1	3 514,2
Eget kapital	1 455,6	1 534,4	1 578,1	1 623,5	1 667,7	1 723,1
Avkastning på eget kapital %	13,6%	12,7%	11,7%	11,1%	10,7%	11,2%

Belopp i Mnkr	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Avkastning på totalt kapital %	7,3%	6,5%	6,2%	5,9%	5,7%	6,0%
Soliditet %	46,8%	48,0%	48,9%	45,6%	46,2%	49,0%

AB Gavlegårdarna

Bolagets verksamhet

Föremålet för bolagets verksamhet anges till sin art i bolagsordningen.

Bolaget får därutöver inte driva verksamhet eller vidta åtgärder som inte är förenlig med den kommunala kompetensen. Bolaget ska i sin verksamhet också tillämpa de kommunala lokaliserings-, självkostnads- och likställighetsprinciperna om inte annat särskilt anges.

Syfte med bolagets verksamhet

- Bolaget ska utifrån affärsmässiga principer utveckla och förvalta ett bostadsbestånd som tillgodoser de boendes och bostadssökandes olika krav beträffande standard, storlek, utformning, läge, service och hyresnivåer.
- Bolaget skall ge förutsättningar för medinflytande för hyresgästerna i angelägenheter som berör boendet samt skapa förutsättningar för gemenskap, grannsamverkan och medverkan i brottsförebyggande åtgärder.
- Verksamheten syftar till att utveckla och förädla såväl nya som befintliga bostäder och bostadsområden. Det kan ske genom om-, till- eller nybyggnation, samt genom förvärv, byte eller försäljning av fastigheter, allt i syfte att erbjuda ett brett utbud av bostäder.
- Inriktningen vid nyproduktion är att öka utbudet av hyresrätt i stadsdelar och områden där andra associationsformer dominerar, medan avyttringar bör ske i områden och stadsdelar där hyresrätten är dominerande.
- Bolaget ska säkerställa attraktiva bostäder med hög tillgänglighet för alla boendegrupper. Särskild vikt ska läggas vid att utveckla boendet för kundgrupperna äldre, unga samt personer med funktionsnedsättning.
- Bolaget ska eftersträva att erbjuda alla sina hyresgäster goda boendesociala miljöer.
- Bolaget ska medvetet och aktivt arbeta för att motverka segregation i boendet.
- Den kommunala verksamheten såväl i förvaltningsform som i bolagsform ska präglas av samma helhetssyn och princip avseende koncernnytta. Kommunen och bolaget ska i samråd söka lösningar som tillgodoser kommunens samlade intresse. Bolaget ska, i god samverkan med framför allt Omvårdnadsnämnden och Socialnämnden, arbeta med bostadssociala frågor för svaga grupper på bostadsmarknaden.
- Bolaget ska aktivt driva klimat- och miljöfrågor i sin verksamhet. Mätbara mål ska finnas som genom årsredovisningen följs upp årligen.
- Genom kostnadseffektiv fastighetsförvaltning ska företaget erbjuda kunder attraktiva och prisvärda bostäder.
- Hyressättningen för den kommunala verksamheten skall vara baserad på affärsmässiga principer.
- Bolagets investeringsverksamhet ska baseras på en helhetssyn där effekter i samtliga styrperspektiv beaktas inför investeringsbeslut.
- Vid kommunens upphandlingar av bostadsförsörjningsåtgärder äger bolaget rätt att inlämna anbud.

-
- Bolaget ska totalt nyproducera 750 lägenheter på fem år med start år 2021 i Gävle kommun

Ekonomiska mål för bolagets verksamhet

Bolaget ska bedriva sin verksamhet på affärsmässiga principer och sträva efter en ekonomisk utveckling som ger förutsättningar för en långsiktig ekonomisk stabilitet och att bolaget kan genomföra investeringar utan ägartillskott.

De definierade målen är avkastning på eget kapital. Bolaget ska ha en långsiktig avkastning på bokfört eget kapital med lägst 3,5%.

Bolagets långsiktiga direktavkastning ska vara på samma nivå som övriga långsiktiga fastighetsägare har på bostadsmarknaden i Gävle.

Kommunfullmäktiges långsiktiga krav för ekonomisk stabilitet och avkastning ska utgöra utgångspunkt för bolagets ekonomiska planering och verksamhetsplanering. Bolaget ska uppnå verksamhetskrav och verksamhetsmål inom ramen för dessa långsiktiga krav.

Resultat efter finansiella poster för år 2021 beräknas bli 110 miljoner kronor exklusive eventuella värdejusteringar.

Marknadsvärdet av fastighetsbeståndet ska vara ett genomsnitt av värdet vid årets ingång respektive utgång.

Utdelning till moderbolaget för vidarebefordran till Gävle kommun ska uppgå till16 mnkr och användas till bostadssociala åtgärder inom ramen för kommunens bostadsförsörjningsansvar.

Där till ska utdelning ske med ett belopp motsvarande statslåneräntan med tillägg om en procentenhet, beräknat på kontant tillskjutet aktiekapital.

Utdelningskravet gäller under förutsättning att gällande lagstiftning så tillåter med hänsyn taget till bolagets resultatnivå etc.

Budget och nyckeltal

Belopp i Mnkr	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Resultat efter finansiella poster	92,4	112,2	112,8	92,6	73,8	59,9
Koncernbidrag/utdelning	-16,5	-16,5	-16,5	-16,5	-16,5	-16,5
Investeringar	-400	-499	-862,0	-871,0	-690,0	-579,0
Investeringsbidrag	95	5,3	0	0,0	0,0	0,0
Finansieringsbehov	-57,9	-202,2	-563,4	-571,4	-387,1	-272,7
Balansomslutning	5 086	5 385	6 045	6 692	7 137	7 453
Eget kapital	2 139	2 239	2 331	2 407	2 464	2 508
Avkastning på eget kapital %	4,3%	5,1%	4,9%	3,8%	3,0%	2,4%
Avkastning på totalt kapital %	2,8%	3,1%	2,9%	2,4%	2,0%	1,7%
Soliditet %	42,6%	42,0%	39,0%	36,4%	34,9%	34,0%
Direktavkastning % (driftnetto/marknadsv fastigheter)	3,9%	4,25%	4,25%	4,25%	4,25%	4,25%

Gavlefastigheter Gävle kommun AB inkl dotterbolag

Bolagets verksamhet

Föremålet för bolagets verksamhet anges till sin art i bolagsordningen.

Bolaget får därutöver inte driva verksamhet eller vidta åtgärder som inte är förenlig med den kommunala kompetensen. Bolaget ska i sin verksamhet också tillämpa de kommunala lokaliserings-, självkostnads- och likställighetsprinciperna om inte annat särskilt anges.

Syfte med bolagets verksamhet

- Bolaget ska tillhandahålla ändamålsenliga, attraktiva och prisvärda lokaler för kommunala verksamheter. Därutöver ska bolaget ansvara för drift och skötsel av övriga fastigheter ägda av kommunen där förvaltningsavtal upprättats. Det kommersiella lokalinnehavet ska inte drivas i konkurrens med övriga lokaluthyrare och kontinuerligt anpassas och avvecklas så långt möjligt
- Den kommunala verksamheten såväl i förvaltningsform som i bolagsform ska präglas av samma helhetssyn och princip avseende koncernnytta. Kommunen och bolaget ska i samråd söka lösningar som tillgodoser kommunens samlade intresse.
- Bolagets investeringsverksamhet ska baseras på en helhetssyn där effekter i samtliga styrperspektiv beaktas inför investeringsbeslut
- Bolaget ska ha konkurrenskraftiga taxor och avgifter i förhållande till jämförbara kommuner.
- Hyressättningen för den kommunala verksamheten ska vara baserad på den prissättningsmodell som kommunen beslutat att tillämpa.
- Hyressättningen av GFAB ägda kommersiella lokaler ska baseras på marknadsmässig prissättning.
- Bolaget ska aktivt driva klimat- och miljöfrågor i sin verksamhet. Mätbara mål ska finnas som genom årsredovisningen följs upp årligen.
- Bolaget ska utifrån hyresgästens behov driva utveckling av och kunna erbjuda facility managementtjänster.
- Genom sitt dotterbolag, Gavle Drift & Service AB, ska bolaget tillhandahålla attraktiva, ändamålsenliga, kostnadseffektiva samt prisvärda tjänster inom markentreprenad för gator och parker inom Gävle kommunkoncern. Dotterbolaget får inom Gävle kommunkoncern tillhandahålla tjänster inom vinter och barmarksunderhåll, parkunderhåll, lekplatsunderhåll, väg och markbyggnad samt med detta förenlig verksamhet.
- Genom sitt dotterbolag, Gavle Drift & Service AB, ska bolaget även bedriva uthyrnings- och samordningsverksamhet beträffande fordon som används inom kommunkoncernen samt därmed förenlig verksamhet.

Ekonomiska mål för bolagets verksamhet

Kravet på bolagets avkastning efter finansiella poster, exklusive värdejusteringar, men före bokslutsdispositioner är 5,7 mnkr varav resultatkravet för de kommunala fastigheterna är 4,0 mnkr.

Budget och nyckeltal

Belopp i Mnkr	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Resultat efter finansiella poster	6,2	19,4	-16,4	6,0	6,2	6,2
Koncernbidrag/utdelning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Investeringar	-485,9	-460,1	-696,5	-853,0	-613,3	-417,7

Belopp i Mnkr	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Försäljningar av anläggningstillgångar	-11,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansieringsbehov	-306,2	-455,9	-463,4	-590,3	-326,2	-110,3
Balansomslutning	3 653,5	3 921,0	4 368,0	4 964,3	5 296,7	5 413,2
Eget kapital	1 223,2	1 242,6	1 226,2	1 232,2	1 238,4	1 244,6
Avkastning på eget kapital %	0,4 %	1,6 %	-1,3 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Avkastning på totalt kapital %	3,5 %	4,3 %	0,6 %	1,1 %	1,2 %	1,2 %
Soliditet %	33,5 %	31,7 %	28,1 %	24,8 %	23,4 %	23,0 %

Gävle Hamn AB

Bolagets verksamhet

Föremålet för bolagets verksamhet anges till sin art i bolagsordningen.

Bolaget får därutöver inte driva verksamhet eller vidta åtgärder som inte är förenlig med den kommunala kompetensen. Bolaget ska i sin verksamhet också tillämpa de kommunala lokaliserings-, självkostnads- och likställighetsprinciperna om inte annat särskilt anges.

Syfte med bolagets verksamhet

- Gävle Hamn utgör ett viktigt gods- och logistiknav för hela Mellansverige. Gävle Hamn skall vara det självklara godsnavet för sjötransporter i vår region och därigenom skapa förutsättningar för tillväxt, sysselsättning och hållbar utveckling i vår region.
- Gävle Hamn AB ska ha en ledande roll i utvecklingen av Gävleregionen som ett regionalt logistiskt centrum. Gävle Hamns utveckling ska medverka till att regionens behov av effektiv hamnkapacitet kan tillgodoses i ett långt perspektiv. Det ska ske i lämpliga former av samverkan med andra intressenter och myndigheter.
- Bolaget skall i nära samverkan med Gävle kommun, regionala organ och statliga myndigheter verka för en infrastruktur som ger god tillgänglighet till hamnområdet.
- Bolaget skall aktivt medverka i utbyggnaden av landinfrastruktur och logistiklösningar som syftar till att utveckla tillgängligheten till hamnens verksamhet. Infrastruktur, verksamhet och organisation ska utvecklas i takt med EU:s förändring, den snabba utvecklingen i Östersjöregionen samt transportmarknadens krav. Bolagets verksamhet skall bygga på sunda ekonomiska kalkyler.
- Bolaget har uppdraget att tillse att hamnordningen efterlevs.
- Bolaget ska utöva tillsyn och trafikkoordinering inom hamnområdet och tillse att fartygstrafiken följer sjövägsregler och i övrigt respekterar regler om säkerhet och ordning inom farleder och hamnområdet.
- Bolaget överlåter ansvaret för driften terminalverksamheterna till en privat operatör. Villkoren för överlåtelsen regleras i ett långsiktigt koncessionsavtal.
- Bolaget har en strategisk roll när det gäller att aktivt påverka och skapa förutsättningar för framgångsrik terminalverksamhet. Gävle Hamn AB skall medverka till kostnadseffektiva, konkurrenskraftiga, tillförlitliga och säkra hamn- och logistiktjänster för att möjliggöra fortsatt tillväxt. Tillgängligheten i terminalerna skall garanteras på en icke-diskriminerande grund.
- Bolaget skall själva, och i samverkan med andra kommunala verksamheter aktivt skapa förutsättningar för hamnrelaterade nyetableringar både innanför och utanför nuvarande hamnområde.

- Bolagets utveckling skall ske med långsiktighet och uthållighet.
- Bolaget skall säkerställa en stabil ekonomisk utveckling, med en för branschen tillfredsställande soliditet, för att skapa ett ekonomiskt utrymme som möjliggör ett långsiktigt agerande.
- Bolaget ska medverka till en långsiktigt hållbar utveckling genom att i alla verksamheter bedriva ett integrerat och proaktivt hållbarhetsarbete i enlighet med Gävle kommuns miljöstrategiska program som syftar till att uppnå de lokala miljömålen och minimera negativ miljöpåverkan.

Ekonomiska mål för bolagets verksamhet

Bolaget skall årligen lämna en aktieutdelning på 11,6 mnkr till Gävle Stadshus för vidareförmedling till Gävle kommun varav 1,0 mnkr avser täckande av Gävle kommuns kostnader till Trafikverket för elektrifiering av järnvägsspår till hamnen.

Budget och nyckeltal

Belopp i Mnkr	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Resultat efter finansiella poster	13,4	56,6	27,7	26,6	29,5	31,1
Koncernbidrag/utdelning	-11,6	-11,6	-11,6	-11,6	-11,6	-11,6
Investeringar	310,2	222,9	144,9	16,7	18,5	46,5
Försäljningar av anläggningstillgångar	00	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansieringsbehov	-246,3	-123,2	-61,7	64,2	63,6	37,2
Balansomslutning	1527,7	1 749,9	1 826,8	1 799,8	1 769,0	-1 769,7
Eget kapital	168,2	213,2	229,3	243,9	261,8	281,3
Avkastning på eget kapital %	4,4%	15,5%	7,3%	6,6%	7,1%	7,2%
Avkastning på totalt kapital %	2,0%	4,1%	2,4%	2,4%	2,6%	2,7%
Soliditet %	19,9%	20,8%	20,7%	21,9%	23,3%	24,4%

Gävle Parkeringsservice AB

Bolagets verksamhet

Föremålet för bolagets verksamhet anges till sin art i bolagsordningen.

Bolaget får därutöver inte driva verksamhet eller vidta åtgärder som inte är förenlig med den kommunala kompetensen. Bolaget ska i sin verksamhet också tillämpa de kommunala lokaliserings-, självkostnads- och likställighetsprinciperna om inte annat särskilt anges.

Syfte med bolagets verksamhet

Bolaget skall äga, förvärva, uppföra och förvalta mobilitetsanläggningar för bilar och cyklar, dels i övrigt övervaka och bedriva parkeringsverksamhet i parkeringsanläggningar för fordon samt bedriva därmed förenlig verksamhet i enlighet med Gävle kommuns parkeringspolicy.

Bolaget skall i mobilitetshuset Pralinen, som kommer att byggas på Godisfabriken, även tillhandahålla utrymme för bostadsområdets sopsug

Ekonomiska mål för bolagets verksamhet

Kravet på bolagets avkastning efter finansiella poster, exklusive värdejusteringar, men före bokslutsdispositioner är 7,0 mnkr varav 5 mnkr skall lämnas i aktieutdelning till Gävle Stadshus AB för vidareförmedling till Gävle kommun.

Budget och nyckeltal

Belopp i Mnkr	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Resultat efter finansiella poster	-0,1	1,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Investeringar	-2,4	-15,7	-120,7	-122,6	-0,6	-0,6
Försäljningar av anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansieringsbehov	-0,3	8,5	-95,5	-116,1	26,6	5,9
Balansomslutning	72,8	87,4	206,0	319,7	315,8	311,9
Eget kapital	3,1	4,1	6,1	8,1	9,1	10,1
Avkastning på totalt kapital %	0,0%	2,1%	4,0%	3,0%	3,0%	3,0%
Soliditet %	7,0%	7,0%	3,9%	3,2%	3,5%	3,9%

Gästrike Vatten AB

Gävle Vatten AB

Syfte med bolagets verksamhet

Separata ägardirektiv för Gävle Vatten AB saknas. Enligt beslut i Gävle kommunfullmäktige 2008-12-15 (Dnr 08KS510) ska tillämpliga delar av ägardirektiv för Gästrike Vatten AB även gälla för bolagets dotterbolag.

Ekonomiska mål för bolagets verksamhet

Det finns inga resultat och utdelningskrav för bolaget då det inte är förenligt med lagen om allmänna vattentjänster. (LAV).

Budget och nyckeltal

Belopp i Mnkr	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Resultat efter finansiella poster	-28	-11	15	23	22	11
Investeringar	-61	-175	-82	-177	-212	-407
Inkomst anläggningsavgifter	44	3	10	10	10	10
Finansieringsbehov	-37	-169	-45	-130	-163	-359
Balansomslutning	631	723	838	1 048	1 296	1 724
Eget kapital	17	2	21	40	40	40
Skuld till taxekollektivet	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

6 SÅ HÄR ARBETAR VI FÖR ATT NÅ VÅRA MÅL

En politiskt styrd organisation

Gävle kommun är en politiskt styrd organisation vars högsta beslutande organ är kommunfullmäktige. Under kommunfullmäktige finns kommunstyrelsen och de ytterligare nämnder som fullgör kommunens uppgifter. I kommunkoncernen finns även fem helägda och två delägda bolag. Utöver bolagen finns fyra kommunalförbund.

Enligt regeringsformen är syftet med kommunal verksamhet att trygga rätten till bostäder och utbildning samt verka för social omsorg, trygghet, sysselsättning och för goda förutsättningar för hälsa. Kommunen är även ansvarig för den service som har stor betydelse för samhällets funktionalitet såsom infrastruktur, vatten- och avfallshantering samt tillsyn av miljöfarlig verksamhet och livsmedelshantering.

Kommunen styrs, förutom av regeringsformen, även av kommunallagen som ger stort utrymme för självstyre. Detta innebär att kommunen har rätt att själv bestämma på vilket sätt arbetsuppgifter ska organiseras och hur resurser ska fördelas.

Kommunens verksamheter erbjuder tjänster och service till människor, företag och organisationer. Det resultat som levereras till de som nyttjar tjänsterna och servicen, har betydelse för tilliten till kommunkoncernen.

Kommunfullmäktige fastställer nämndernas verksamhetsområden, dess uppgifter och dess inbördes förhållanden och arbetsformer i reglementen. Kommunfullmäktige beslutar också om reglemente för kommunens revisorer.

Gävles kommunplan har en övergripande roll för kommunens styrning. Utöver kommunplanen, som uppdateras med politiska uppdrag till förvaltningen varje år, finns ett antal strategiska program och planer som samverkar och är styrande för all verksamhet inom Gävle kommun.

6.1 Agenda 2030

Agenda 2030 antogs 2015 av FN:s generalförsamling och innebär att alla medlemsländer i FN har förbundit sig att arbeta för att uppnå en ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbar värld till år 2030.

De 17 målen i Agenda 2030 handlar om att skapa anständiga och hållbara levnadsförhållanden och levnadsvillkor för alla världens människor. Eftersom förutsättningarna för att nå de 17 målen är lokala, medan målen är globala, blir varje lands utmaningar och styrkor unika. Det som sker på den lokala nivån är centralt för genomförandet av agendan.

6.2 Gävle kommuns styrmodell

Styrmodellen för Gävle kommun består av ett antal mål, program och principer som alla har beslutats av kommunfullmäktige.

2018 inrättades fem kommunövergripande mål, som löper över mandatperioden. Dessa mål rör allt från förbättrade skolresultat och förbättrat företagsklimat till en trygg och hållbar kommun. Samtliga mål är utförligt beskrivna i avsnitt 4.3 i denna kommunplan.

I samband med att de kommunövergripande målen beslutades, infördes också en ny vision om en framgångskultur inom Gävle kommun. Framgångskulturen, där medarbetare ska våga testa nytt genom den tillitsbaserade styrningen, grundas på tre förhållningssätt. Dessa är möjliggörande, medskapande och medvetenhet och finns preciserade i avsnitt 4.2.

Varje kommunplan innehåller förutom budget ett antal politiska uppdrag som nämnder och

bolag ska uppnå under kommande år. Uppdragen för 2021 finns angivna i avsnitt 5.7.

Parallellt med de kommunövergripande målen, och de politiska uppdragen, har Gävle kommun också tre strategiska program inom miljö, social hållbarhet och näringsliv samt en översiktsplan för det växande Gävle. Dessa beskrivs ytterligare i avsnitt 6.3

Inom kommunkoncernen finns utöver förvaltningen också ett antal bolag och kommunalförbund. Dessa styrs dels av kommunplanen, men behöver också följa reglementen, bolagsordningar och förbundsordningar. Läs mer i avsnitt 5.8.

6.3 Strategiska program och planer

Översiktsplan Gävle kommun år 2030

Gävle växer och år 2030 beräknas staden ha 120 000 invånare. En fortsatt positiv befolkningsökning och samhällsutveckling innebär stora möjligheter och utmaningar för kommunens framtida utveckling. I översiktsplanen som antogs av kommunfullmäktige 2017 redovisar kommunen sin viljeinriktning för hur mark- och vattenanvändningen ska ledas i en hållbar riktning fram till 2030, och med utblick mot 2050.

Översiktsplanen har tre övergripande mål och ett befolkningsmål, som talar om vad Gävle kommun vill uppnå och hur vi ska agera för att nå dit:

• Gävle - en av Sveriges bästa miljökommuner, där tillväxt leds i hållbar riktning.

• Attraktiva livsmiljöer i stad och på landsbygd.

• Gävle kommun - en tillväxtmotor i regionen.

• 120 000 invånare i Gävle kommun år 2030.

Miljöstrategiska programmet

Under många år har ambitionen varit att Gävle ska vara en av landets bästa miljökommuner att leva, verka och vistas i. Gävles första miljöstrategiska program antogs av kommunfullmäktige 2013, och arbetet med miljöfrågor har pågått sedan dess. De senaste fyra åren har Gävle placerat sig topp tre i Aktuell hållbarhets kommunranking.

2020 antog kommunfullmäktige ett reviderat miljöstrategiskt program med tre övergripande mål:

• Gävle kommun ska vara en klimatneutral kommun senast 2035 för att säkra kommande generationers rätt till goda livsmiljöer och välfärd.

• Alla invånare ska ha tillgång till rent vatten, ren luft och välkomnande naturområden med hög biologisk mångfald.

• Gävle kommunkoncern ska möjliggöra för invånare och näringsliv att leva miljömässigt hållbart i Gävle.

Sociala hållbarhetsprogrammet

Gävle ska vara jämställt, jämlikt och en plats där alla människors rättigheter respekteras. Oavsett behov och förutsättningar ges lika möjligheter till en livsmiljö där alla kan utvecklas, tillgodogöra sig kunskap, ha en god hälsa och där alla kan vara delaktiga i samhällsutvecklingen. Det förutsätter tillit, respekt för mångfalden och alla människors lika värde. Ett aktivt arbete med social hållbarhet skapar ett samhälle som är tryggt, förändringsbenäget, tål påfrestningar och ett samhälle där ingen person missgynnas strukturellt.

Gävle kommuns sociala hållbarhetsprogram antogs av kommunfullmäktige 2019 och har tagits fram för att säkerställa att kommunkoncernen arbetar tillsammans för en hållbar framtid för alla som bor och vistas i vår kommun, och där särskild hänsyn tas till barn och unga.

Programmets fyra målområden är:

• Trygghet

• Jämställda och jämlika villkor

• Delaktighet och inflytande

• Icke-diskriminering

Näringslivsprogrammet

Näringslivsprogrammet är framtaget i samverkan mellan näringslivet, myndigheter och Gävle kommun i syfte att stärka det lokala näringslivet. En revidering av näringslivsprogrammet inleddes 2019, och ett uppdaterat program kommer att föreslås för kommunfullmäktige 2021.

I samband med revideringen har Gävle kommun, efter dialogmöten med det lokala näringslivet, lagt fokus på sex fokusområden under 2020:

• Utveckla kommunens näringslivsservice

• Utveckla kommunens kommunikation och information kring företagsfrågor

• Strukturerade näringslivs- och branschdialoger

• Bilda kompetensförsörjningsråd

• Bilda ett upphandlingsråd

• Byggklar mark för lokala företag och nyetableringar

6.4 God ekonomisk hushållning

Kommunfullmäktige har fastställt 3 övergripande finansiella mål. Utgångspunkten för de finansiella målen är att varje generation själv måste bära kostnaderna för den service som de konsumerar.

Enligt kommunallagen ska kommuner och regioner i samband med budgeten ange finansiella mål för ekonomin som är av betydelse för god ekonomisk hushållning. Målen ska följas upp i förvaltningsberättelsen i årsredovisning och delårsbokslut. Revisorerna ska göra en bedömning om resultaten i årsbokslut och delårsrapport är förenliga med beslutade finansiella mål.

Kommuner och regioner ska ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och i sådan verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer." Så uttrycks denna grundläggande princip i 11 kap 1 § kommunallagen. I samma paragraf anges att fullmäktige ska besluta om riktlinjer för god ekonomisk hushållning. Riktlinjerna bör enligt förarbetena även innehålla en uttolkning av vad god ekonomisk hushållning betyder för kommunen/regionen och hur den mer konkret kan uppnås. God hushållning handlar om att styra ekonomi och verksamhet både i ett kortare och i ett längre tidsperspektiv. Om kostnaderna i ett längre perspektiv överstiger intäkterna innebär det att kommande generationer får betala för denna överkonsumtion. Normalt sett ska ekonomin visa på ett positivt resultat på en nivå som gör att förmögenheten inte urholkas av inflation eller av för låg självfinansieringsgrad av investeringar. Målsättningen för nivåerna på exempelvis ekonomiskt resultat, skuldsättning och förmögenhet ska beslutas lokalt av varje kommun och region, utifrån lokalt rådande förutsättningar.

7 EKONOMISKA SAMMANSTÄLLNINGAR

7.1 Koncernbudget

Mnkr	Budget 2021	Utfall 2019
Verksamhetens intäkter	3 989,4	4 014,5
Verksamhetens kostnader	-9 057,0	-8 678,2
Avskrivningar och nedskrivningar	-814,1	-775,3
Verksamhetens nettokostnader	**-5 881,7**	**-5 439,0**
Skatteintäkter	5 104,3	5 024,6
Generella statsbidrag och utjämning	1 361,5	990,8
Verksamhetens resultat	**584,1**	**576,4**
Finansiella intäkter	48,3	33,0
Finansiella kostnader	-154,9	-139,1
Resultat efter finansiella poster	**477,5**	**470,3**

7.2 Nämndsöversikt

Driftramar

Belopp i Mnkr	KF Budget 2020	Aktuell Budget 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Kommunstyrelse	354,3	370,6	388,2	386,3	382,6	381,4
Gem nämnd verksamhetsstöd	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Valnämnd	0,3	0,3	0,3	2,7	0,3	2,6
Överförmyndarnämnd	10,7	10,7	10,9	10,9	10,9	10,9
Revisorskollegiet	4,9	4,9	4,9	5,0	5,1	5,2
Samhällsbyggnadsnämnd	302,2	308,9	315,8	319,9	322,0	323,5
Jävsnämnd	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Kultur- o fritidsnämnd	340,8	345,5	339,4	337,2	335,9	334,2
Utbildningsnämnd	2 451,4	2 450,3	2 499,3	2 535,5	2 561,7	2 588,5
Arbetsmarknad och funktionsrättsnämd	967,3	967,4	994,7	985,6	966,1	972,1
Socialnämnd	446,2	461,5	448,6	448,1	447,5	446,8
Omvårdnadsnämnd	1 208,4	1 205,6	1 296,5	1 333,6	1 394,2	1 460,5
Summa	**6 087,0**	**6 126,2**	**6 299,0**	**6 365,3**	**6 426,9**	**6 526,2**

7.3 Resultatbudget

Belopp i Mnkr	Not	Bokslut 2019	Prognos 2020	Kf Budget 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Verksamhetens intäkter	1	1 486,9	1 400,6	1 437,7	1 425,0	1 435,4	1 661,6	1 398,6
Verksamhetens kostnader	1	-7 190,7	-7 440,6	-7 458,3	-7 685,1	-7 801,9	-8 025,4	-8 333,8
Avskrivningar	2	-101,4	-104,5	-108,9	-106,2	-125,8	-158,9	-204,8
Verksamhetens nettokostnader	3	**-5 805,1**	**-6 144,5**	**-6 129,5**	**-6 366,3**	**-6 492,2**	**-6 522,7**	**-7 140,0**
Skatteintäkter	4	5 024,6	5 039,3	5 103,1	5 104,3	5 281,7	5 497,2	5 703,9
Generella bidrag och utjämning	5	990,8	1 268,3	1 090,6	1 361,5	1 352,7	1 321,7	1 343,5
Verksamhetens resultat		**210,3**	**163,1**	**64,2**	**99,5**	**142,1**	**296,1**	**-92,6**
Finansiella intäkter	6	192,0	226,7	252,3	253,1	313,4	363,4	434,4
Finansiella kostnader	7	-86,4	-89,2	-108,9	-108,1	-158,7	-207,8	-241,5
Resultat före extraordinära poster		**315,9**	**300,7**	**207,5**	**244,5**	**296,8**	**451,7**	**100,3**
Extraordinära poster								
ÅRETS RESULTAT		**315,9**	**300,7**	**207,5**	**244,5**	**296,8**	**451,7**	**100,3**
Varav realisationsvinster/förluster och exploateringsresultat		201,1	156,5	146,0	152,8	154,7	314,6	49,8
Resultat exklusive reavinst/förlust och exploateringsresultat		**114,8**	**144,2**	**61,5**	**91,7**	**142,1**	**137,1**	**50,5**
Årets resultat* som andel av skatteintäkter, generella bidrag/utjämning		1,9%	2,3%	1,0%	1,4%	2,1%	2,0%	0,7%

Resultatbudgetens uppgift är att beskriva och förklara det årliga ekonomiska resultatet av kommunens verksamhet. Resultatbudgeten redovisar samtliga intäkter och kostnader samt hur det egna kapitalet förändras under budgetåret. Verksamhetens nettokostnad hämtas från kommunens driftbudget i internredovisningen och redovisas exklusive internränta och övriga interna transaktioner. Resultat före extraordinära poster beskriver resultatet sedan skatteintäkter och kommunal utjämning samt finansnetto ställts mot kostnaden för den egentliga verksamheten. Årets resultat visar förändringen av det egna kapitalet under året.

7.4 Balansbudget

Belopp i Mnkr	Not	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Tillgångar							
Anläggningstillgångar							
Immateriella/materiella anläggningstillgångar	8	1 919,3	2 213,7	2 571,5	2 827,7	2 999,7	3 004,0
Finansiella anläggningstillgångar	9	9 006,9	8 824,6	10 125,3	11 715,1	12 591,2	13 166,9
Summa anläggningstillgång		**10 926,2**	**11 038,3**	**12 696,8**	**14 542,8**	**15 590,9**	**16 170,9**
Omsättningstillgång							
Förråd/lager/exploateringsfast.	10	96,4	78,9	62,6	82,6	69,7	63,8
Kortfristiga fordringar	11	1 530,4	2 042,9	2 058,3	2 067,7	2 066,4	2 065,1
Kassa och bank		550,2	1 486,2	1 486,2	1 486,2	1 486,2	1 486,2
Summa omsättningstillgång		**2 177,0**	**3 607,9**	**3 607,2**	**3 636,5**	**3 622,3**	**3 656,1**
Summa tillgångar		**13 103,2**	**14 646,2**	**16 303,9**	**18 179,3**	**19 213,2**	**19 827,0**
Eget kapital avsättning och skulder							
Eget kapital	12	4 890,6	5 206,5	5 507,2	5 751,7	6 048,4	6 500,2
Årets resultat		315,9	300,7	244,5	296,8	451,7	100,3
Summa eget kapital		**5 206,5**	**5 507,2**	**5 751,7**	**6 048,4**	**6 500,2**	**6 600,5**
Avsättningar för pensioner och övriga avsättningar	13	649,4	698,7	736,5	800,6	853,4	932,4
Långfristiga skulder	14	5 418,5	5 944,8	7 245,6	8 835,4	9 711,5	10 287,1
Egna långa lån			546,5	607,3	562,3	152,0	0,0
Kortfristiga skulder	15	1 828,8	1 949,0	1 962,8	1 932,5	1 996,0	2 007,0
Summa avsättningar och skulder		**7 896,7**	**9 139,0**	**10 552,3**	**12 130,8**	**12 713,0**	**13 226,5**
Summa eget kapital,		**13 103,2**	**14 646,2**	**16 303,9**	**18 179,3**	**19 213,2**	**19 827,0**

Belopp i Mnkr	Not	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
avsättningar och skulder							
Ansvarsförpliktelse:							
Pensioner		1 889,1	1 846,5	1 770,5	1 691,8	1 637,5	1 587,0
Soliditet 1		39,7%	37,6%	35,3%	33,3%	33,8%	33,3%
Soliditet 2		45,3%	43,9%	45,8%	48,5%	53,2%	54,6%
Kassalikviditet		113,8%	181,1%	180,6%	183,9%	178,0%	179,0%

Soliditet 1: Andel eget kapital av de totala tillgångarna.

Soliditet 2: Andel eget kapital av de totala tillgångarna justerat för förmedlade lån till kommunala bolag samt den del av det egna kapitalet som motsvarar ansvarsförbindelsen för pensionsåtagandet.

Balansbudgeten visar den ekonomiska ställningen vid årets slut. Balansbudgeten visar värdet av kommunens samtliga tillgångar (kapitalanskaffningen) och hur dessa har finansierats, externt med skulder och internt med avsättningar och eget kapital (kapitalanskaffningen). Inom linjen under rubriken Ansvarsförpliktelse redovisas t o m 1997 intjänade pensionsförpliktelser till personalen.

7.5 Kassaflödesbudget

Belopp i Mnkr	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Den löpande verksamheten					
Årets resultat	300,7	244,5	296,8	451,7	100,3
Justeringar för poster som inte ingår i kassaflödet:					
Av- och nedskrivningar	104,5	106,2	125,8	158,9	204,8
Avsättningar	49,3	37,8	64,1	52,8	78,9
Realisationsvinst	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
Kassaflöde före förändring av rörelsekapital	**444,5**	**378,5**	**476,6**	**653,5**	**374,0**
Förändring i rörelsekapital					
Ökning/minskning förråd/lager/expl.fastigheter	17,5	16,2	-19,9	12,8	5,9
Ökning/minskning kortfristiga fordringar	-512,5	-15,5	-9,4	1,3	1,3
Ökning/minskning kortfristiga skulder	120,2	13,8	-30,3	63,5	10,9
Kassaflöde från den löpande verksamheten	**69,7**	**393,1**	**417,0**	**731,1**	**392,2**
Investeringsverksamheten					
Investering i materiella anl tillgångar	-426,3	-473,9	-392,0	-340,8	-219,1
Försäljning av materiella anl tillgångar	45,0	20,0	20,0	20,0	20,0
Kassaflöde från investeringsverksamhet	**-381,3**	**-453,9**	**-372,0**	**-320,8**	**-199,1**
Finansieringsverksamheten					
Nyupptagna egna lån	546,5	60,8	0,0	0,0	0,0
Nyupptagna förmedlade lån	526,4	1 300,7	1 589,8	876,1	575,7
Amortering av egna lån	0,0	0,0	-45,0	-410,3	-152,0
Ökning av långfristiga fordringar	-526,4	-1 300,7	-1 589,8	-876,1	-575,7
Kassaflöde från finansieringsverksamhet	**546,5**	**60,8**	**-45,0**	**-410,3**	**-152,0**
Årets kassaflöde	**235,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**41,1**

Belopp i Mnkr	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Likvida medel vid årets början	**550,2**	**1 486,2**	**1 486,2**	**1 486,2**	**1 486,2**
Likvida medel vid årets slut	**1 486,2**	**1 486,2**	**1 486,2**	**1 486,2**	**1 527,3**

Kassaflödesbudgeten beskriver kommunens betalningsflöden i den löpande verksamheten, respektive investerings- och finansieringsverksamheten. Kassaflödesbudgeten ger en helhetsbild av verksamheten där både intern och extern finansiering redovisas, det vill säga i vilken utsträckning medel genereras internt respektive genom upplåning.

7.6 Notförteckning till resultatbudget

Not 1. Verksamhetens intäkter och kostnader

	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Verksamhetens intäkter						
Hyror och arrenden (exkl övergångsbost mm)	90,5	94,4	97,7	101,5	105,8	109,9
Riktade statsbidrag	343,0	349,2	356,7	363,8	371,6	376,0
Realisationsvinster	9,3	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Exploateringsintäkter	207,1	175,1	173,4	148,3	342,0	46,0
Övriga intäkter	837,0	771,9	787,2	811,8	832,2	856,7
Summa intäkter	**1 486,9**	**1 400,6**	**1 425,0**	**1 435,4**	**1 661,6**	**1 398,6**
Verksamhetens kostnader						
Personalkostnader	-3 648,4	-3 773,8	-3 908,4	-4 043,0	-4 174,8	-4 320,8
Pensionskostnader	-335,1	-363,3	-363,6	-397,0	-386,9	-418,3
Köp av verksamhet (skattefinansierad verks.)	-1 228,0	-1 293,3	-1 344,5	-1 406,5	-1 477,6	-1 543,7
Realisationsförlust	-1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Exploateringskostnader	-8,1	-28,7	-30,7	-3,6	-37,4	-6,2
Övriga kostnader	-1 969,5	-1 981,4	-2 038,0	-1 951,9	-1 948,8	-2 044,8
Summa kostnader	**-7 190,7**	**-7 440,6**	**-7 685,1**	**-7 801,9**	**-8 025,4**	**-8 333,8**
Verksamhetens nettokostnader, exkl avskrivningar	**-5 703,8**	**-6 040,0**	**-6 260,1**	**-6 366,5**	**-6 363,8**	**-6 935,2**

I verksamhetens nettokostnader redovisas utöver nämndernas verksamhetskostnader diverse gemensamma kostnader under kommunens finansförvaltning.

Arbetsgivaravgifter 2021

Gävle kommun ska som arbetsgivare betala lagstadgade och avtalsmässiga arbetsgivaravgifter och försäkringar. Arbetsgivaravgifterna har beräknats utifrån nu kända förhållanden. Utöver dessa kostnader belastas förvaltningarna med ett kalkylerat personalomkostnadspålägg avseende täckning för avtalspensioner och tillhörande löneskatt.

%	Kommunala avtal	Uppdragstagare
Lagstadgade avgifter	31,42	31,42
Avtalsenliga avgifter	0,13	
Avtalspension	8,60	
Totalt	**40,15**	**31,42**

Pensionskostnader

Pensionskostnaderna i budgetförslaget är beräknad enligt den i redovisningslagen föreskrivna

så kallade blandmodellen. Detta innebär att pensionsskuld som är intjänad före 1998 lyfts ut ur balansräkningen och redovisas som ansvarsförbindelse. Beräkningen baseras på pensionsavtalet KAP-KL och är beräknad enligt riktlinjer för pensionsskuldsberäkning.

	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Pensionskostnader:					
Årets utbetalning	-112,5	-113,4	-114,7	-115,2	-117,0
Årets intjänande, individuella del	-128,9	-133,5	-138,2	-142,7	-147,8
Pensionsförsäkringsavgifter	-18,0	-19,0	-20,0	-21,0	-22,0
Löneskatt på pensioner mm	-63,7	-65,0	-66,8	-68,6	-70,8
Summa utbetalningar	**-323,1**	**-330,9**	**-339,7**	**-347,5**	**-357,6**
Årets ny intjänande, avsättning	-29,7	-23,5	-43,3	-28,8	-45,9
Löneskatt, avsättning	-7,2	-5,7	-10,5	-7,0	-11,1
Finansiell kostnad, avsättning/löneskatt	-15,3	-10,6	-12,8	-21,2	-27,3
Summa avsättningar	**-52,3**	**-39,9**	**-66,6**	**-57,0**	**-84,2**
Summa kostnader	**-375,4**	**-370,8**	**-406,3**	**-404,4**	**-441,8**
Kostnader exklusive finansiell del	**-360,0**	**-360,2**	**-393,4**	**-383,3**	**-414,5**

Centralt avsatta budgetmedel

I budgeten har medel reserverats under finansförvaltningen för oförutsedda behov mm.

För att möjliggöra en aktiv lönepolitik i kommunen och underlätta lönekorrigeringar i samband med arbetsvärderingar, samt viss reserv för nya löneavtal har centrala lönemedel inkluderat arbetsgivaravgifter reserverats i budgeten motsvarande 0,1 procent per år.

	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Centralt avsatta medel:				
Oförutsett Kommunfullmäktige	1,0	1,0	1,0	1,0
Till kommunstyrelsens disposition:				
Reserv politiska prioriteringar/oförutsett	15,0	22,5	30,0	37,5
Reserv obalanser	10,0	30,0	50,0	70,0
Öppet geo data	1,3	1,3	1,3	1,3
Friskvård	1,0	1,0	1,0	1,0
Ej fördelade politiska prioriteringar	-7,0	-19,0	-19,0	-19,0
Reserv för volymkorrigeringar	15,0	30,0	30,0	30,0

	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Reserv avseende covid19	50,0			
Bostadssociala åtgärder	16,0	16,0	16,0	16,0
Totalt	**102,3**	**82,8**	**110,3**	**137,8**

Not 2. Avskrivningar

Avskrivningar enligt plan ska motsvara värdeminskningen på inventarier och anläggningar och har beräknats utifrån befintliga och planerade anskaffningsvärden för fastigheter, anläggningar, fordon, maskiner och inventarier. Avskrivningar görs enligt nominell metod och påbörjas månaden efter att tillgången tagits i bruk.

Not 3. Verksamhetens nettokostnader

	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Skattefinansierad verksamhet:					
Kommunstyrelse	-209,3	-235,5	-231,6	-68,0	-331,7
Gemensam nämnd verksamhetsstöd	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Valnämnd	-0,3	-0,3	-2,7	-0,3	-2,6
Överförmyndarnämnd	-10,7	-10,9	-10,9	-10,9	-10,9
Revisorskollegiet	-4,9	-4,9	-5,0	-5,1	-5,2
Samhällsbyggnadsnämnd	-309,0	-315,8	-319,9	-322,0	-323,5
Jävsnämnd	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4
Kultur- o fritidsnämnd	-345,5	-339,4	-337,2	-335,9	-334,2
Utbildningsnämnd	-2 452,9	-2 499,2	-2 535,5	-2 561,8	-2 588,4
Arbetsmarknad o funktionsrättsnämd	-966,7	-994,7	-985,6	-966,1	-972,1
Socialnämnd	-461,5	-448,6	-448,1	-447,5	-446,8
Omvårdnadsnämnd	-1 205,6	-1 296,5	-1 333,6	-1 394,2	-1 460,5
Summa skattefinansierad verksamhet	**-5 966,8**	**-6 146,3**	**-6 210,6**	**-6 112,3**	**-6 476,4**
Finansförvaltning:					
Kalkylerat Po-pålägg, pensioner	237,3	245,8	254,2	262,5	271,7
Utgående pensioner och löneskatt	-311,9	-319,3	-327,6	-334,9	-344,6
Avsättning pensioner/löneskatt	-37,0	-29,3	-53,8	-35,8	-57,0
Interna räntor	32,2	32,3	33,0	34,9	35,7
Ers ledningsrätt Gävle Energi	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Oförutsedda behov, hyreskostn framtida invest mm	-95,0	-142,4	-176,2	-321,4	-549,1

	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Särskilda lönemedel	0,0	-3,9	-8,0	-12,4	-17,0
Semesterlöneskuldsförändring	-4,7	-4,7	-4,7	-4,7	-4,7
Summa finansförvaltning	**-177,7**	**-220,1**	**-281,7**	**-410,4**	**-663,6**
Verksamhetens nettokostnader	**-6 144,5**	**-6 366,3**	**-6 492,2**	**-6 522,7**	**-7 140,0**

Not 4. Skatteintäkter

	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Skatt på eget underlag 22:26, preliminärt	5 119,9	5 140,8	5 281,7	5 497,2	5 703,9
Slutavräkning, föregående år	-21,8	0,0			
Prognos slutavräkning innevarande år	-58,8	-36,5			
Summa skatteintäkter	**5 039,3**	**5 104,3**	**5 281,7**	**5 497,2**	**5 703,9**

Not 5. Generella statsbidrag och utjämning

	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Inkomstutjämning	843,9	889,4	928,5	978,6	1 030,2
Kostnadsutjämning	-109,7	-86,5	-89,0	-91,9	-95,3
Införandebidrag	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Regleringsbidrag/-avgift	104,8	307,7	262,2	184,0	157,6
Stb migration	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LSS-utjämning	2,6	0,4	0,4	0,4	0,4
Fastighetsavgift utbetalning	186,4	194,1	200,3	211,0	211,0
Fastighetsavgift tillägg	12,5	15,5	9,4	-1,3	-1,3
Statsbidrag tillskott	192,4	40,9	40,9	40,9	40,9
Summa generella statsbidrag och utjämning	**1 268,3**	**1 361,5**	**1 352,7**	**1 321,7**	**1 343,5**

Not 6. Finansiella intäkter

	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Förmedlade lån inom koncernen	63,7	83,3	141,2	185,3	212,9
Provision förmedlade lån	26,1	32,1	36,6	44,1	49,1
Utlämnade lån	32,0	30,5	28,9	27,3	25,7
Koncernkonto	2,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Swap räntor	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0

	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Övriga finansiella intäkter	101,9	106,7	106,7	106,7	146,7
Summa finansiella intäkter	**226,7**	**253,1**	**313,4**	**363,4**	**434,4**

Not 7. Finansiella kostnader

	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Egen upplåning	-5,5	-12,7	-3,4	0,0	0,0
Förmedlade lån inom koncernen	-63,7	-83,3	-141,1	-185,3	-212,9
Koncernkonto	-0,3	-0,1	0,0	0,0	0,0
Swapräntor	-3,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansiella kostnader pension	-15,4	-10,7	-12,9	-21,2	-27,3
Bank- och förvaltningskostnad	-1,1	-1,1	-1,1	-1,1	-1,1
Övriga finansiella kostnader	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Summa finansiella kostnader	**-89,2**	**-108,1**	**-158,7**	**-207,8**	**-241,5**

Kommunen fungerar som internbank åt bolagen inom koncernen Gävle kommun. I föreliggande budgetförslag har volymförändringarna av utlåning inom koncernen kalkylerats jämfört med läge 31/12 2019. De förmedlade lånen har även beaktats i den ränteberäkning som redovisas under finansiella intäkter. Lånen har beräknats med följande ränteantaganden.

	2020	2021	2022	2023	2024
Kort ränta	1,36%	1,81%	2,12%	2,12%	2,12%
Lång ränta	2,87%	3,12%	3,30%	3,30%	3,30%
Budgeterad snitträntа för nyupplåning	2,57%	2,86%	3,06%	3,06%	3,06%

7.7 Notförteckning till balansbudget

Not 8. Immateriella/materiella anläggningstillgångar

	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Immateriella anläggningstillgångar	**8,5**	**8,5**	**8,5**	**8,5**	**8,5**	**8,5**
Materiella anläggningstillgångar:						
Bokfört värde 1 januari		1 910,8	2 205,2	2 563,0	2 819,2	2 991,2
Årets nettoinvesteringar		426,3	473,9	392,0	340,8	219,1
Planenliga avskrivningar		-96,9	-106,2	-125,8	-158,9	-204,8
Nedskrivningar pga försäljningar		-35,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
Övriga nedskrivningar		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Omklassificering		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anskaffningsvärde 31 december	3 414,8	3 806,1	4 270,0	4 652,0	4 982,9	5 192,0
Ackumulerade avskrivningar	-1 504,0	-1 600,9	-1 707,0	-1 832,8	-1 991,7	-2 196,5
Avrundning/utjämning						
Bokfört värde 31 december	**1 910,8**	**2 205,2**	**2 563,0**	**2 819,2**	**2 991,2**	**2 995,5**
Bokfört värde 31 december totalt	**1 919,3**	**2 213,7**	**2 571,5**	**2 827,7**	**2 999,7**	**3 004,0**

Not 9. Finansiella anläggningstillgångar

	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Aktier och andelar						
Gävle Stadshus AB	1 416,2	1 416,2	1 416,2	1 416,2	1 416,2	1 416,2
Svenska Kommun Försäkrings AB	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
Kommungaranti Skandinavien Försäkrings AB	708,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gästrike Vatten AB	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Gävle Vatten AB	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Övriga Kommuninvest m fl	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2
Summa aktier och andelar	**2 196,6**	**1 487,9**	**1 487,9**	**1 487,9**	**1 487,9**	**1 487,9**
Långfristiga fordringar						
Förmedlade lån till koncernföretag						
Gävle Stadshus AB	0,0	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7

	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
AB Gavlegårdarna	2 200,0	2 402,2	2 965,6	3 537,0	3 915,1	4 187,8
Gavlefastigheter Gävle kommun AB	1 045,0	1 084,8	1 548,2	2 138,5	2 464,7	2 575,1
Gävle Energikoncern	650,0	659,1	730,9	976,9	1 076,4	952,6
Gästrike Återvinnare/Gästrike Ekogas	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0
Gävle Vatten AB/Gästrike Vatten AB	308,1	452,5	497,4	627,6	790,2	1 149,7
Gävle Parkeringsservice AB	0,0	0,0	95,5	211,6	185,0	179,1
Gävle Hamn AB	1 035,0	1 158,1	1 219,8	1 155,6	1 091,9	1 054,7
Summa förmedlade lån koncernföretag	*5 378,1*	*5 904,4*	*7 205,2*	*8 794,9*	*9 671,1*	*10 246,8*
Övrig utlåning till kommunala bolag						
Gavlefastigheter Gävle kommun AB	927,5	927,5	927,5	927,5	927,5	927,5
Gävle Energi (förlagslån)	382,5	382,5	382,5	382,5	382,5	382,5
Summa övrig utlåning koncernföretag	*1 310,0*	*1 310,0*	*1 310,0*	*1 310,0*	*1 310,0*	*1 310,0*
Övrig långfristig utlåning						
Bomhus Folkets Hus	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
Läkerol Arena	104,9	104,9	104,9	104,9	104,9	104,9
Kommuninvest i Sverige AB (förlagslån)	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5
Summa övrig utlåning	*122,3*	*122,3*	*122,3*	*122,3*	*122,3*	*122,3*
Summa långfristiga fordringar	**6 810,3**	**7 336,7**	**8 637,4**	**10 227,2**	**11 103,3**	**11 679,0**
Summa finansiella anläggningstillgångar	**9 006,9**	**8 824,6**	**10 125,3**	**11 715,1**	**12 591,2**	**13 166,9**

Not 10. Förråd, lager, exploateringsfastigheter

	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Förråd, lager	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Exploateringsfastigheter	95,9	79,0	63,2	83,4	70,6	64,6
Avrundning/utjämning		-0,6	-1,1	-1,3	-1,4	-1,3
Summa förråd, lager, expl-fastigheter	**96,4**	**78,9**	**62,6**	**82,6**	**69,7**	**63,8**

Not 11. Kortfristiga fordringar

	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Kommunalskatt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fastighetsavgift	121,3	133,8	149,2	158,6	157,3	156,0
Övriga fordringar	1 409,1	1 909,1	1 909,1	1 909,1	1 909,1	1 909,1
Summa kortfristiga fordringar	**1 530,4**	**2 042,9**	**2 058,3**	**2 067,7**	**2 066,4**	**2 065,1**

Not 12. Eget kapital

	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Ingående eget kapital	4 890,6	5 206,5	5 507,2	5 751,7	6 048,4	6 500,2
Årets resultat	315,9	300,7	244,5	296,8	451,7	100,3
Summa Eget Kapital	**5 206,5**	**5 507,2**	**5 751,7**	**6 048,4**	**6 500,2**	**6 600,5**

Not 13. Avsättningar

	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Hamnspår	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Deponier	96,5	96,5	96,5	96,5	96,5	96,5
Avsättning för pensioner o liknande förpliktelser						
Ingående avsättning för pensioner		444,9	487,0	519,1	572,7	618,5
Ingående avsättning till särskild löneskatt för pensioner		108,0	115,2	120,9	131,4	138,4
Förändring av avsättning pensioner		29,8	23,6	43,3	28,8	46,0
Ränteuppräkning pensioner		12,3	8,5	10,3	17,0	21,9
Förändring av löneskatt		7,2	5,7	10,5	7,0	11,1
Utgående avsättning för pensioner	444,9	487,0	519,1	572,7	618,5	686,3
Utgående avsättning till särskild löneskatt för pens.	108,0	115,2	120,9	131,4	138,4	149,5
Summa avsättningar	**649,4**	**698,7**	**736,5**	**800,6**	**853,4**	**932,4**

Not 14. Långfristiga skulder

	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Förmedlade lån till kommunala bolag	5 378,1	5 904,5	7 205,2	8 795,0	9 671,1	10 246,8

	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Gävle kommuns egna lån	0,0	546,5	607,3	562,3	152,0	0,0
Investeringsbidrag	34,8	34,8	34,8	34,8	34,8	34,8
Övriga långfristiga skulder	5,6	5,6	5,7	5,6	5,7	5,6
Summa långfristiga skulder	**5 418,5**	**6 491,4**	**7 853,0**	**9 397,7**	**9 863,6**	**10 287,2**

Not 15. Kortfristiga skulder

	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Kommunalskatt	47,3	124,1	95,2	36,5	0,0	0,0
Pensionsskuld individuell del	119,7	128,9	133,5	138,2	142,7	147,7
Särskild löneskatt på individuell pensionsavgift	35,6	36,7	37,8	39,0	40,1	41,3
Semesterlöneskuld	215,8	220,5	225,2	230,0	234,7	239,4
Periodiserade exploateringsinkomster	0,0	19,2	51,5	69,5	159,2	159,2
Förmedlade certifikat	400,0	400,0	400,0	400,0	400,0	400,0
Övriga kortfristiga skulder	1 016,6	1024,0	1024,0	1024,0	1024,0	1024,0
Avrundning/utjämning	-6,2	-4,4	-4,4	-4,7	-4,7	-4,6
Summa kortfristiga skulder	**1 828,8**	**1 949,0**	**1 962,8**	**1 932,5**	**1 996,0**	**2 007,0**

7.8 Driftbudget

Driftbudget 2021

Belopp mnkr

Nämnd/Styrelse	Intäkt	Kostnad	Netto	Kommun-bidrag	Årets resultat
Revisorskollegiet	1,2	-6,2	-4,9	4,9	0
Kommunstyrelse	215,3	-603,5	-388,2	388,2	0
Kommunstyrelse reavinst/-förlust	183,4	-30,7	152,8	0,0	152,8
Gemensam nämnd verksamhetsstöd	0,0	-0,1	-0,1	0,1	0
Valnämnd	0,0	-0,3	-0,3	0,3	0
Överförmyndarnämnd	0,5	-11,5	-10,9	10,9	0
Samhällsbyggnadsnämnd	110,6	-426,4	-315,8	315,8	0
Jävsnämnd	0,0	-0,4	-0,4	0,4	0
Kultur- och fritidsnämnd	102,6	-441,9	-339,4	339,4	0
Utbildningsnämnd	367,5	-2 866,8	-2 499,3	2 499,3	0
Arbetsmarknad o funktionsrättsnämd	286,8	-1 281,5	-994,7	994,7	0
Socialnämnd	105,6	-554,2	-448,6	448,6	0
Omvårdnadsnämnd	222,3	-1 518,8	-1 296,5	1 296,5	0
Delsumma	**1 595,9**	**-7 742,3**	**-6 146,3**	**6 299,0**	**152,8**
Finansförvaltning	279,5	-499,6	-220,1		
Avgår					
Interna intäkter och kostnader	-450,4	450,4			
Summa verksamhetens nettokostnad	**1 425,0**	**-7 791,4**	**-6 366,4**		

Verksamhetens nettokostnad

Inklusive planenliga avskrivningar och pensionsavsättningar men exklusive realisationsvinster och exploateringsresultat uppgår verksamhetens nettokostnader till 6 519 mnkr år 2021 (6 366 mnkr inklusive realisationsvinster mm), vilket är en ökning med 202 mnkr eller 3,3 procent jämfört med prognos för år 2020.

Den genomsnittliga ökningstakten för verksamhetens nettokostnader (exklusive realisationsvinster/förluster och exploateringsresultat) har under den senaste femårsperioden till och med 2019 varit 247 mnkr per år. För år 2020 beräknas nettokostnadsökningen till ca 183 mnkr, en följd av både ökade kostnader, minskade ersättningsnivåer och bortfallande tillfälliga ersättningar. Takten på våra kostnadsökningar har stigit under de senaste åren och sammanfaller med en för våra mått kraftig befolkningsökning och i övrigt ett ökat demografiskt tryck genom befolkningssammansättningen, men även av ambitionshöjningar.

Löne- och prisnivåerna förväntas fortsatt vara relativt låga men långsamt ökande till följd av det rådande konjunktur- och arbetsmarknadsläget. För att uppnå budgeterat årsresultat ställs krav

på rationaliseringar/omstruktureringar hos kommunens nämnder. I övrigt påverkas även kostnadsutvecklingen i bruttotermer av strukturella förändringar. Detta kan till exempel vara nivån på verksamheter finansierade med riktade statsbidrag eller liknande.

7.9 Investeringsbudget 2021–2024

Sammandrag av nämndernas investeringsplaner

Belopp i mnkr	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Revisorskollegiet	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Kommunstyrelse	-32,2	-93,5	-59,9	-57,0	-57,2	-57,3
Samhällsbyggnadsnämnd	-113,7	-171,6	-197,7	-138,0	-111,3	-110,7
Kultur- och fritidsnämnd	-19,2	-12,9	-29,3	-44,2	-10,3	-10,4
Utbildningsnämnd	-16,2	-32,8	-32,6	-35,1	-36,5	-28,0
Arbetsmarknad o funktionsrättsnämd	-1,5	-1,2	-1,5	-1,1	-4,5	-1,2
Socialnämnd	-0,4	-2,9	-8,1	-1,1	-1,1	-1,1
Omvårdnadsnämnd	-8,1	-8,2	-7,2	-7,5	-7,7	-8,2
Summa skattefinansierad verksamhet	**-191,3**	**-323,1**	**-336,3**	**-284,1**	**-228,6**	**-216,9**
Exploateringsverksamhet						
Anläggningstillgångar	-64,0	-103,1	-137,6	-108,0	-112,2	-2,2
Summa exploatering	**-64,0**	**-103,1**	**-137,6**	**-108,0**	**-112,2**	**-2,2**
SUMMA NETTOINVESTERING	**-255,3**	**-426,3**	**-473,9**	**-392,0**	**-340,8**	**-219,1**

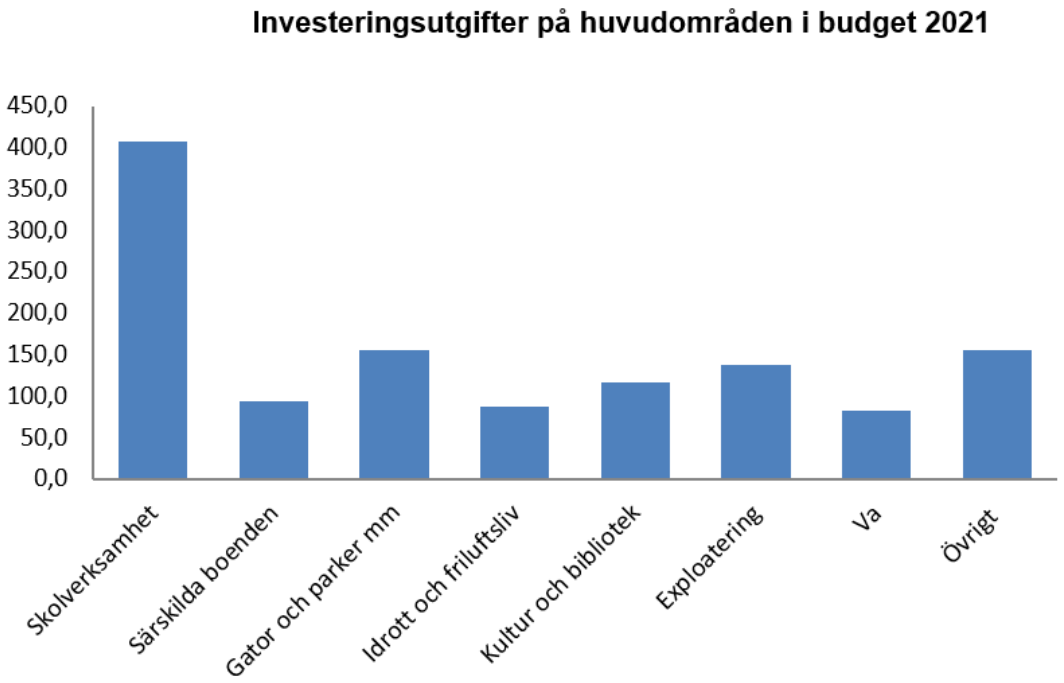
Investeringar

Den totala investeringsvolymen under planperioden 2021–2024 för den skattefinansierade verksamheten uppgår till 1 066 mnkr exklusive investeringar i exploateringsområden. Ungefär hälften avser investeringar i infrastruktur. Investeringar i markreserv uppgår till 192 mnkr. Planerade investeringar i kultur och fritidsverksamhet uppgår till 94 mnkr för perioden I övrigt består kommunens investeringar i huvudsak av inventarier, IT, maskiner med mera.

Utöver detta sker investeringar via de kommunala fastighetsbolag som riktar sig mot den kommunala verksamheten. Lejonparten av investeringarna via de kommunala bolagen under planperioden är inom utbildningsnämnden och avser bland annat fortsatt upprustning och tillbyggnad av förskolor och skolor och uppgår under planeringsperioden till ca 1 740 mnkr. Investeringar om 450 mnkr via det kommunala fastighetsbolaget Gavlefastigheter AB avser fastigheter och anläggningar för att möta Kultur- och fritidsnämndens behov. Den största posten där avser ny-byggnation av bibliotek med 370 mnkr. Under planperioden är det också budgeterat med ca 200 mnkr för att Gavlegårdarna skall bygga nytt särskilt boende i

Hemlingby. Resterande belopp avser främst upprustning, anpassning och åtgärder på anläggningar och fastigheter.

Kommunen har under flera år varit i en fas med omfattande exploateringsverksamhet. Exploatering av bostads- och industritomter medför även en utbyggnad av tillhörande infrastruktur i form av anläggningstillgångar som kommer att vara kvar i kommunens ägo. Sammantaget ingår i investeringsplanen en investeringsvolym på 220 mnkr under åren 2021–2024 till följd av exploateringar. En närmare beskrivning av exploateringsverksamheten sker under egen rubrik.



7.10 Försäljning av anläggningstillgångar 2021-2024

Belopp i Mnkr	Bokslut 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Fastighetsförsäljningar	9,3	45,0	20,0	20,0	20,0	20,0
Realisationsvinster	9,3	43,8	10,0	10,0	10,0	10,0

Kommunens försäljningar av anläggningstillgångar särredovisas och bokförs per objekt. Realisationsvinster respektive förluster redovisas i resultatet i samband med försäljning.

7.11 Exploateringsbudget 2021–2024

Belopp i Mnkr	Totalt under perioden	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Inkomster	894,7	205,7	166,3	431,7	46,0
Utgifter	-422,8	-152,0	-131,5	-136,8	-2,5
Nettoexploatering	**426,9**	**53,7**	**34,8**	**294,9**	**43,5**
Effekter i balansräkningen:					
Tillkommande anläggningstillgångar	360,0	137,6	108,0	112,2	2,2
Kassaförändring	426,9	53,7	34,8	294,9	43,5
Exploateringsfastigheter	-14,3	-15,8	20,2	-12,8	-5,9
Summa tillgångar	**772,5**	**175,5**	**163,0**	**394,3**	**39,8**
Exploateringsresultat (eget kapital)	631,8	142,8	144,7	304,6	39,8
Inkomster att periodisera	140,7	32,7	18,3	89,7	0,0
Summa eget kapital/skulder	**772,5**	**175,5**	**163,0**	**394,3**	**39,8**

Med exploateringsverksamhet avses åtgärder som syftar till att anskaffa, bearbeta och iordningställa råmark för bostads- och industriändamål. I de fall avsikten är att sälja en färdigställd exploateringsfastighet skall denna klassificeras och värderas om omsättningstillgång. Gator, parkmark, belysning med mera som kommer att finnas kvar i kommunens ägo och betjänar exploateringsområdena redovisas som anläggningstillgångar och ingår i kommunens investeringsredovisning. Under senare år har exploateringsverksamheten varit omfattande i kommunen, vilket är ett uttryck för marknadens efterfrågan.

2021 års exploateringsutgifter uppgår till 152 mnkr. 137 mnkr avser egna anläggningstillgångar och ingår i kommunens investeringsredovisning. 15 mnkr av utgifterna avser åtgärder på tomter till försäljning och redovisas som omsättningstillgång i balansräkningen. Inkomster från tomtförsäljning för år 2021 budgeterade till 206 mnkr.

Större exploateringsutgifter under perioden avser Gävle Strand etapp 2 som beräknas slutföras inom planeringsperioden. Etappen omfattar ca 240 lägenheter samt tomt för förskola och äldreboende. Gävle Strand etapp 3 är pausat och startar på nytt 2021. Ett fullt utbyggt Gävle Strand kommer att omfatta cirka 1 600 lägenheter.

På området där tidigare Läkerolfabriken fanns skall nu den nya stadsdelen Godisfabriken byggas. Exploateringsavtal är tecknat med AB Gavlegårdarna för byggande av hyres- och bostadsrättslägenheter. Enligt beslutad budgetram bekostar kommunen utbyggnad av allmän plats med 30 miljoner kronor och AB Gavlegårdarna betalar 77 miljoner kronor för utbyggnaden av allmän plats. Detaljplan för 750 bostäder, en förskola samt parkeringshus är lagakraftvunnen. Gävle kommun har ingen intäkt från försålda byggrätter.

Fler exploateringsprojekt med syfte att generera fler bostäder är bland annat;

Storsand, under 2021 kommer 8 villatomter att säljas samt gator och infrastruktur att

färdigställas.

Engeshöjden i Bönan, marken har sålts och under 2021 kommer vägar och infrastruktur att byggas ca 43 st bostäder är planerade.

Planmyrastigen, under 2021 kommer vägar och infrastruktur att byggas. Här planerar fyra entreprenörer att bygga ca 160 bostäder.

Under planeringsperioden kommer Gavlehov Östras byggnation att påbörjas. Totalt ca 400 bostäder, inom området kommer även en förskola och ett särskilt boende att byggas.

Projektet Östra Kungsbäck startades startades 2020. Det syftar till att skapa möjlighet för 500-700 bostäder, kontor samt förskola.

För näringslivets behov sker ett flertal exploateringsprojekt under planperioden.

Under 2020 har projektet Västra Kungsbäck etapp 2 beställt ett verksamhetsområde mellan E4 och Mackmyra Whisky. Avsikten är att erbjuda mark för i detta läge främst lättare verksamheter så som utbildning, kontor och lättare handel som enligt plan skall vara till försäljning under slutet av 2022.

Under 2021 väntas beställning av Hemlingby handel bli beslutad. Beställningen avser exploateringsprojekt till förmån för näringslivets växande i kommunen.

Projektet Ersbo syd etapp 4. Projektet startades under 2020 och målet är att området ska ha en antagen detaljplan halvårsskiftet 2021. Infrastruktur påbörjas i slutet av 2021 och färdigställs under 2023. Projektet är planerat att fylla på med ca 80 Ha verksamhetsmark som vi i dagsläget har väldigt lite av. Försäljningen är planerad att påbörjas under tredje kvartalet 2022.

I Tolvforsskogen pågår en förstudie för en helt ny logistikpark mellan år 2020-2021. I förstudien genomförs samtidigt ett program för detaljplan. Logistikparken planeras för att bli ett storskaligt verksamhetsområde på ca 1000 Ha. Tolvforsskogen kommer att utvecklas under många år och etapper, målsättningen idag är att ha en första etapp säljbar mark mellan 2025-2040. Innan säljbar mark påbörjas den första detaljplanen mellan år 2022-2023, från fjärde kvartalet 2023 kan infrastruktur påbörjas att byggas ut. En eller två helt nya trafikplatser kommer att behövas till Logistikparken från väg E4.

På Näringen planeras en av Gävle kommuns största stadsomvandlingar genom tiderna. Dagens verksamhetsområde är tänkt att omvandlas till en blandad stadsdel med 6000 nya bostäder och utrymme för 450 000m² bruttoarea verksamheter. I den blandade stadsdelen ska också kommunal service, kulturutbud och utrymmen för rekreation med mera finnas. Beslut om fortsatt arbete väntas under slutet av 2020. Tidplanen ger att det 2025 finns en färdig detaljplan för blandade funktioner inom det geografiska området som ligger både närmast de östra utbyggda delarna av staden och havet.

7.12 Stadshuskoncernen

Bolagsöversikt stadshuskoncernen

Resultat efter finansiella poster

Mnkr	Utfall 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Gävle Stadshus AB *)	**-13,6**	**-17,6**	**-19,7**	**-20,7**	**-21,4**	**-24,5**
Gävle Energi-koncernen	**194,8**	**189,2**	**181,6**	**178,1**	**176,0**	**189,7**
AB Gavlegårdarna	**92,4**	**112,2**	**112,8**	**92,2**	**73,8**	**59,9**
varav ursprunglig verksamhet	*73,7*	*95,4*	*97,1*	*78,8*	*67,7*	*56,1*
varav kommunens verksamhetslokaler	*18,7*	*16,8*	*15,7*	*13,4*	*6,1*	*3,8*
Gavlia-koncernen	**6,2**	**19,4**	**-16,4**	**6,0**	**6,2**	**6,2**
varav övriga lokaler	*1,4*	*-0,2*	*0,1*	*0,1*	*0,1*	*0,1*
varav kommunens verksamhetslokaler	*4,6*	*25,1*	*-18,3*	*4,1*	*4,2*	*4,2*
varav Gavle Drift & Service AB	*2,1*	*-5,5*	*1,8*	*1,8*	*1,9*	*1,9*
Gävle Hamn AB	**13,4**	**56,6**	**27,7**	**26,6**	**29,5**	**31,1**
Gävle Parkeringsservice AB	**-0,1**	**1,0**	**7,0**	**7,0**	**7,0**	**7,0**
Koncernen	**293,1**	**360,8**	**293,0**	**289,2**	**271,1**	**269,4**
*) Exkl utdelningar från dotterbolag						

Investeringar

Mnkr	Utfall 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Gävle Stadshus AB	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Gävle Energi-koncernen	**214,3**	**255,1**	**263,2**	**440,3**	**290,4**	**165,7**
AB Gavlegårdarna	**400,0**	**499,0**	**862,0**	**871,0**	**681,0**	**579,0**
varav ursprunglig verksamhet	*212,3*	*424,0*	*668,0*	*109,0*	*96,0*	*95,0*
nyinvesteringar	*179,8*	*60,0*	*80,0*	*690,0*	*531,0*	*480,0*

Mnkr	Utfall 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
*varav kommunens verksamhetslokaler *)*	*7,9*	*15,0*	*114,0*	*72,0*	*54,0*	*4,0*
Gavlia-koncernen	**485,9**	**460,1**	**696,5**	**853,0**	**613,3**	**417,7**
varav övriga lokaler	*13,3*	*12,4*	*10,5*	*7,4*	*1,5*	*3,8*
*varav kommunens verksamhetslokaler *)*	*438,1*	*419,4*	*656,1*	*820,1*	*586,3*	*388,4*
varav Gavle Drift & Service AB	*34,5*	*28,3*	*29,9*	*25,5*	*25,5*	*25,5*
Gävle Hamn AB	**310,2**	**222,9**	**144,9**	**16,7**	**18,5**	**46,5**
Gävle Parkeringsservice AB	**2,4**	**15,7**	**120,7**	**122,6**	**0,6**	**0,6**
Koncernen	**1 102,6**	**1 229,9**	**2 087,3**	**2 303,6**	**1 603,8**	**1 209,5**
*) Enligt preliminära ramar för kommunen						

Försäljning av anläggningstillgångar

Mnkr	Utfall 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Gävle Stadshus AB	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gävle Energi-koncernen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-82,0
AB Gavlegårdarna	-95,0	-5,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Gavlia-koncernen	-11,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Gävle Hamn AB	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gävle Parkeringsservice AB	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Koncernen	**-106,5**	**-5,2**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**-82,0**

Utdelningar/koncernbidrag, betalningar

Mnkr	Utfall 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Gävle Stadshus AB	50,4	41,3	49,5	49,5	49,5	49,5
Gävle Energi-koncernen	-85,9	-105,9	-115,0	-115,0	-115,0	-115,0
AB Gavlegårdarna	-16,5	-16,5	-16,5	-16,5	-16,5	-16,5
Gavlia-koncernen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gävle Hamn AB	-1,0	-11,6	-11,6	-11,6	-11,6	-11,6
Gävle Parkeringsservice AB	0,0	0,0	-5,0	-5,0	-5,0	-5,0
Koncernen	**-53,0**	**-92,7**	**-98,6**	**-98,6**	**-98,6**	**-98,6**

Finansieringsbehov efter utdelningar/koncernbidrag

Mnkr	Utfall 2019	Prognos 2020	Budget 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Gävle Stadshus AB	19,8	-7,7	29,8	28,8	28,1	25,0
Gävle Energi-koncernen	24,0	-9,1	-61,8	-236,0	-89,5	133,7
AB Gavlegårdarna	-57,9	-202,2	-563,4	-571,4	-387,1	-272,7
Gavlia-koncernen	-306,2	-455,9	-463,4	-590,3	-326,2	-110,3
Gävle Hamn AB	-246,3	-123,2	-61,7	64,2	63,6	37,2
Gävle Parkeringsservice AB	-0,3	8,5	-95,5	-116,1	26,6	5,9
Koncernens upplåningsbehov	**-566,9**	**-666,4**	**-1 154,3**	**-1 485,0**	**-748,1**	**-218,4**

Kommande beslut: Remiss - SOU 2021:6 God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa

15

21ON135

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

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

God och nära vård

Rätt stöd till psykisk hälsa

Betänkande av utredningen
Samordnad utveckling för god och nära vård

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

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 Sid 228(745) ... 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

Sid 231(745)

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

Sid 232(745)

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 Sid 257(745)

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.

Sid 260(745)

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.

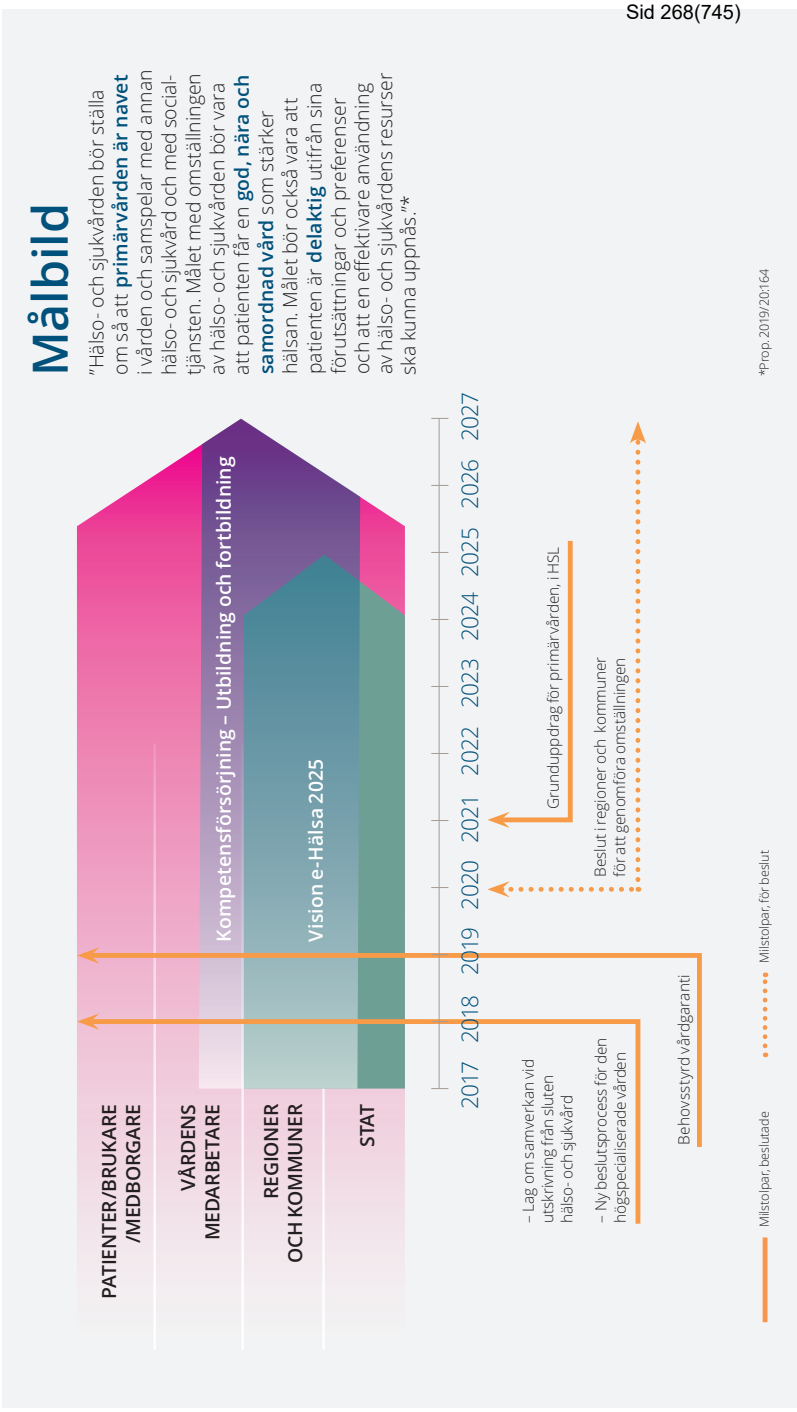
Redan i utredningens första delbetänkande presenterade vi en färdplan och målbild för omställningen till god och nära vård. Detta var vårt sätt att visualisera resan från en hälso- och sjukvård historiskt fokuserad på akuta insatser, och därmed på akutsjukhusvård, till en personcentrerad, integrerad 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.

Sid 274(745)

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.

Sid 290(745)

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-

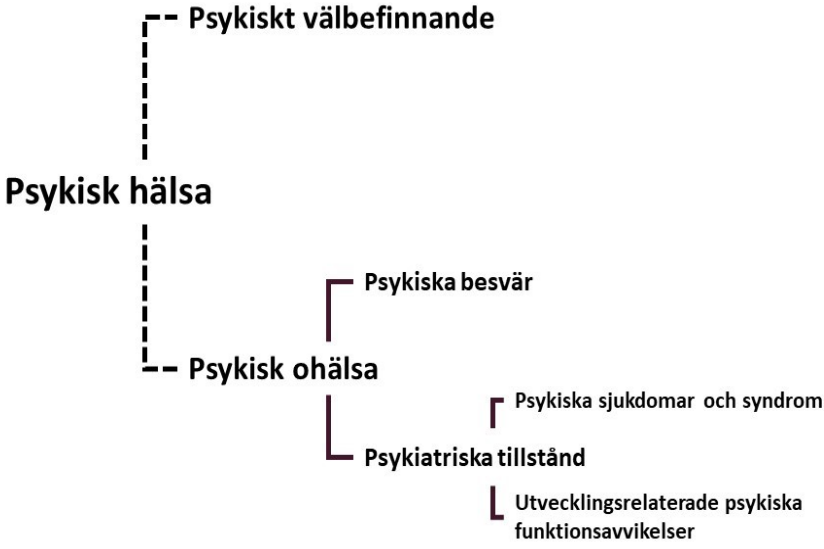
Sid 300(745)

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.

Sid 802(745)

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.

Sid 312(745)

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*.

Sid 316(745)

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.

Sid 320 (745)

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.

Sid 322(745)

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, *om 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

Sid 330(745)

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.

Sid 334(745)

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*.

Sid 336 (745)

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.

Sid 338(745)

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.

Sid 342(745)

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.

Sid 356(745)

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.

Sid 368(745)

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 Sid 378(745)

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.

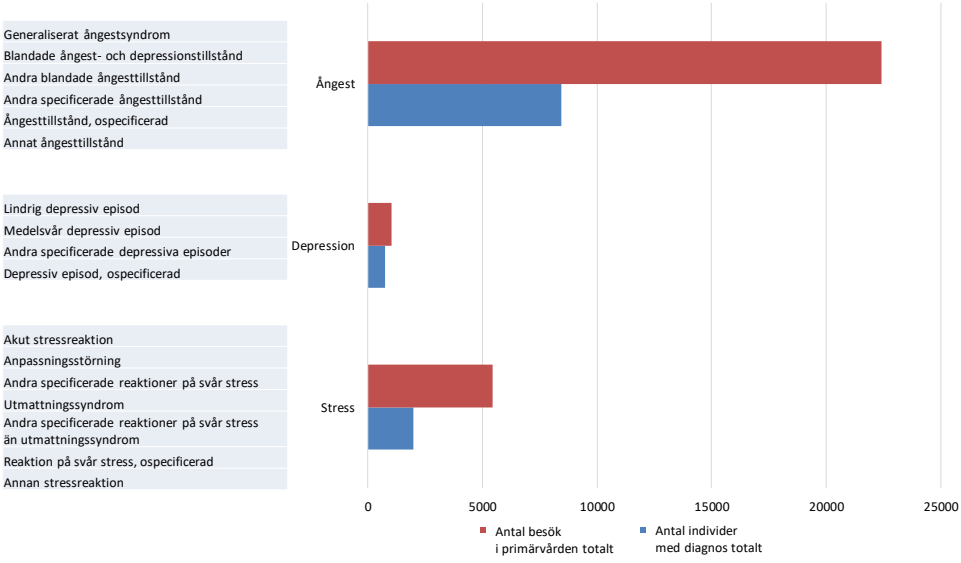
Sid 386(745)

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 Sid 387(745)

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 när 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 helårsarbetare 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 Sid 420(745)

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.

Sid 422(745)

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*.

Sid 424(745)

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: Medicinsket 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: Sid 437(745)

- 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.

Sid 444(745)

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 Sid 449(745)

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

Sid 450(745)

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.

Sid 454(745)

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

Sid 456(745)

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 framhållande 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 stördas villkor.*
[17] 1 § 3 LSS.
[18] 4 § första stycket 3 a LVM.
[19] 1 kap. 11 § högskoleförordningen.
[20] 2 kap. 1 § andra stycket AML.

Sid 458(745)

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.

Sid 460(745)

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

Sid 462(745)

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 storleksklass. 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.

Sid 472(745)

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

Sid 476/745

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.

Sid 484(745)

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.

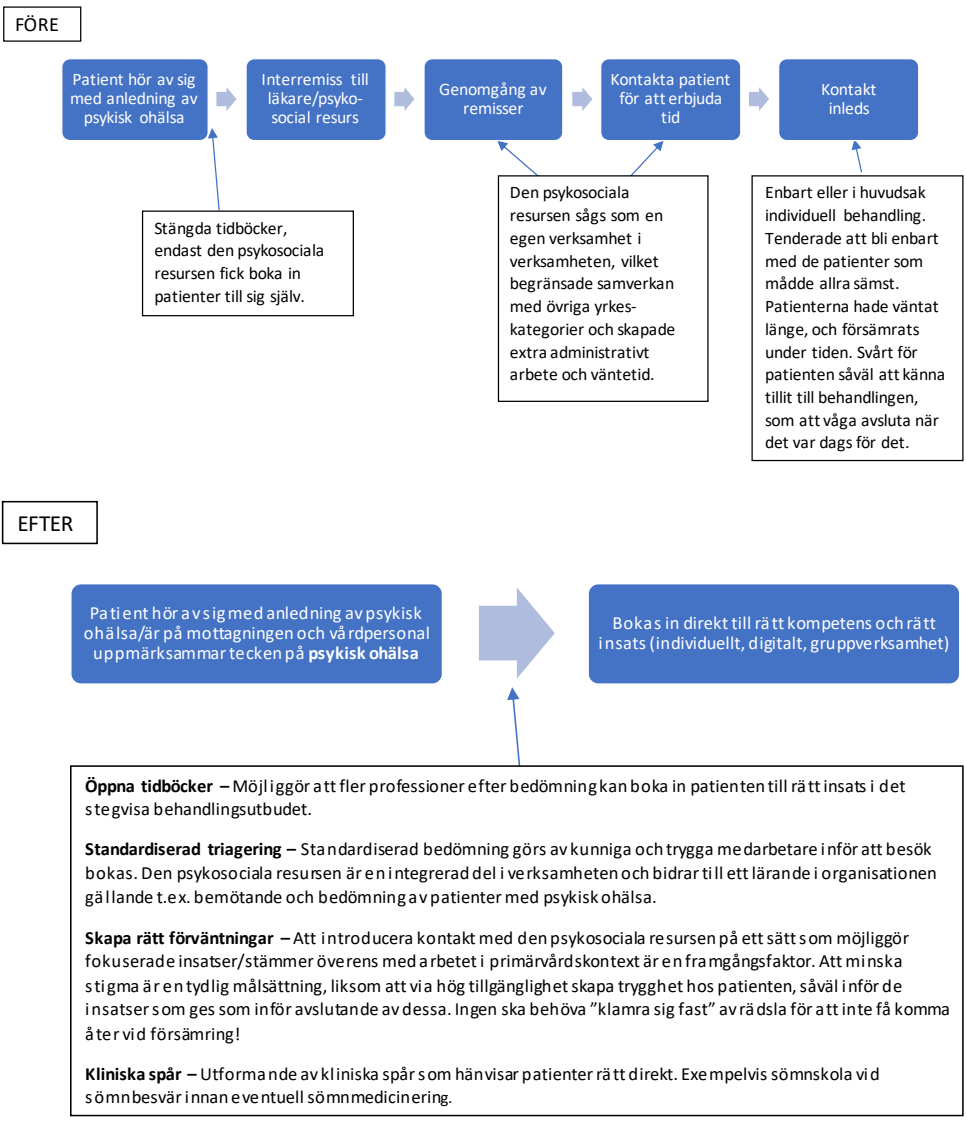
Det finns ett behov av att samla och lyfta framgångsrika metoder och arbetssätt specifikt tillämpade i primärvårdssammanhang.

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.

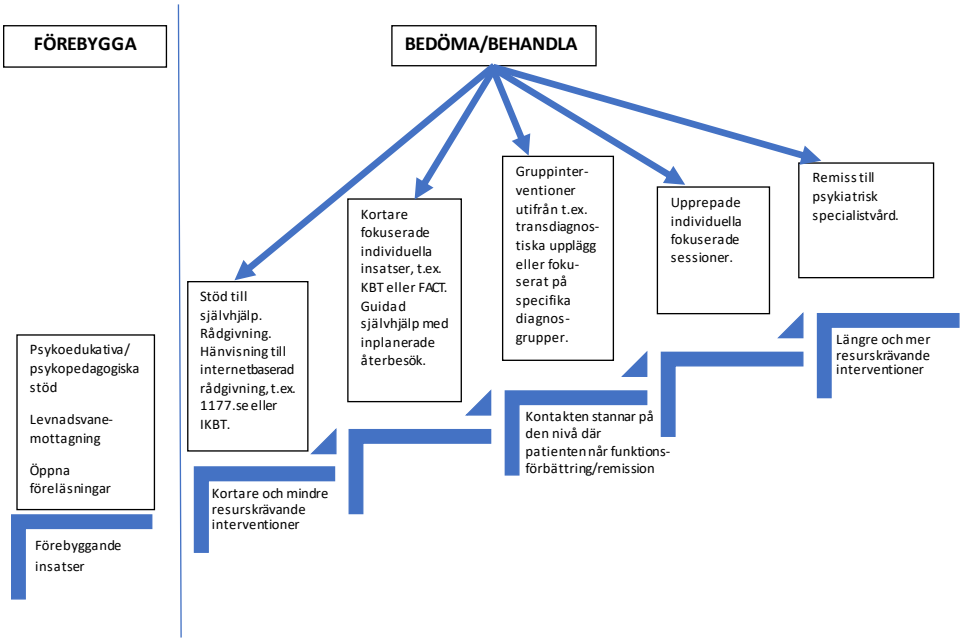
I strukturen för den stegvisa vårdens insatser behöver samtliga vårdnivåer omfattas, och primärvårdsnivån bör i kraft av att vara den första instansen befolkningen möter, och som varande basen i hälso- och sjukvården, ha en särskilt viktig roll. Primärvården har goda förutsättningar att genom hög tillgänglighet 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

Sid 499(745)



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 Sid 502(745)

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

Sid 504(745)

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/.

Sid 510(745)

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” Sid 514(745)

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 Sid 517(745)

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 Sid 522(745)

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-ess-sankte-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.*

Sid 549(745)
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). Sid 553(745)

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/professionsutvecklingl/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 samvård 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).

Sid 560(745)

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)

Sid 578(745)

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

Sid 582(745)

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 Sid 588(745)

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

Sid 590(745)

(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)

Sid 592(745)

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)

Sid 600(745)

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

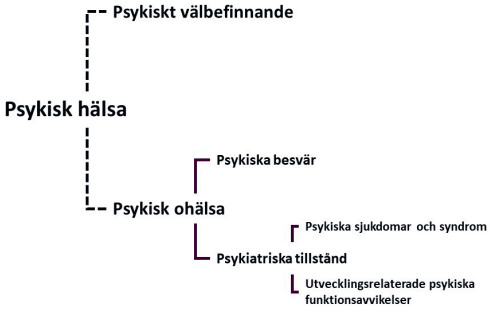
Detta dokument riktar sig till deltagande statliga myndigheter och Sveriges regioner och kommuner, men kan användas av andra aktörer som analyserar och publicerar information inom området psykisk hälsa.

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

Sveriges Kommuner och Regioner

Folkhälsomyndigheten

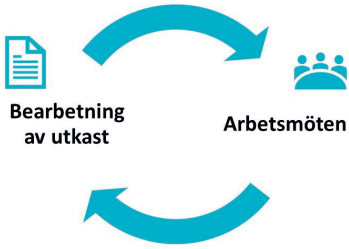
SBU STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK OCH SOCIAL UTVÄRDERING

Socialstyrelsen

Externt stöd i framtagandet: Jonas Lundberg och Josefin Klingvall, Lumell Associates.

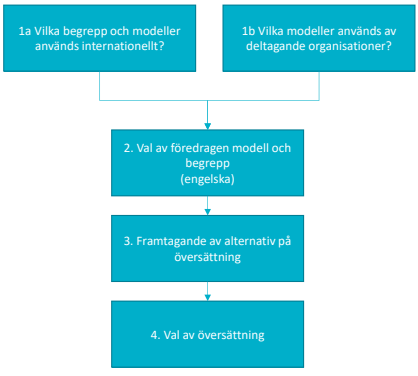
Tillvägagångssätt

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.

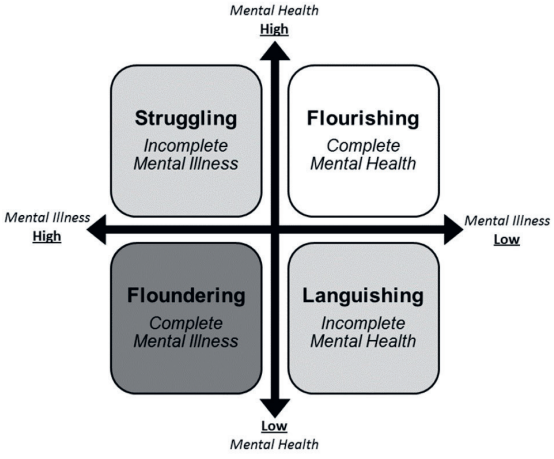
Internationella modeller

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).

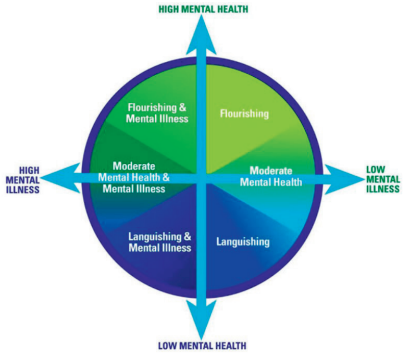
Dual continuum model

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).

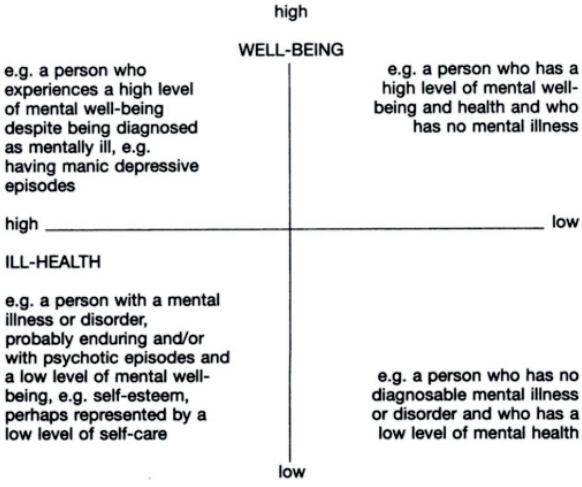
Exempel på ”dual continuum model”



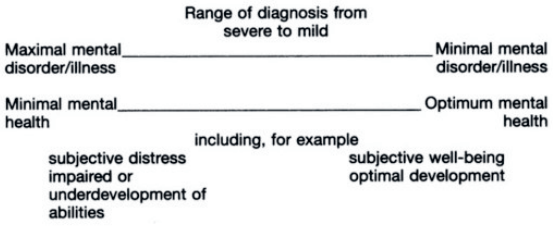
Tenga et al. (2015) visualisering utifrån C. L. Keyes (2002)



Corey LM Keyes (2014)



Tudor (1996) baserad på Downie, Fyfe, and Tannahill (1990)

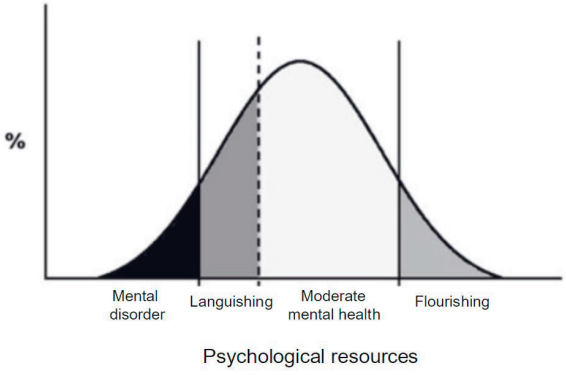


Tudor (1996) baserad på Health and Welfare Canada (1988)

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)

Mental health	'Stressed'	Mild disorder	Mental illness
Absence of mental disorder World Health Organisation (2001) definition Wellbeing Can be maintained with the indirect help of mental health professionals (e.g. as authors of self-help guides)	Occasional stress or transient mild distress that is part of the normal experience of living Able to cope Generally good quality of life Rarely needs direct professional support but indirect help from professionals (e.g. the provision of advice and guidance) is useful	Minor mental health problems Mild to moderate stress that is over and above the normal experience of living May be some degree of impairment Struggling to cope Quality of life affected Likely to benefit from professional help	Significant distress whether short-term (acute) or long-term (ongoing) Disabling Unable to cope Quality of life (or of those around them) severely affected Professional help likely to be necessary either for the individual's sake or the sake of those around them

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”.

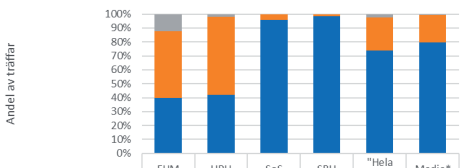
För de tillstånd av psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för en diagnos använder deltagande organisationer bland annat begreppen: ”psykiatriska tillstånd”, ”psykiatrisk diagnos”, ”psykiska sjukdomar”, ”psykiatriska tillstånd och psykiska sjukdomar”, ”olika psykiska syndrom som uppfyller kriterier 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 Sid 622(745)

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.

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]

Informationsärende: Anmälningsärenden

20

§ 6: Inköp- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern

Delges:

Samtliga nämnder och bolag, Näringslivsavdelningen

Dnr 20KS376

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag

att anta Inköps- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern,

att följande beslut och dokument ersätts och upphör att gälla

- 06KS400 Godkännande av bildande samt delegation av Upphandling till Inköp Gävleborg, samt Förbundsordning Inköp Gävleborg
- 11KS149 Upphandlings- och inköpspolicy för Gävle kommun och dess helägda bolag
- 16KS100 Upphandlingspolicy för hållbara offentliga affärer

Ärendebeskrivning

Gävle kommuns förslag till Inköp-Upphandlingspolicy har nu varit på remiss och yttranden har inkommit från berörda nämnder, bolag samt företag enligt bilagor. Policyn blev beslutad att revideras med ovanstående tillägg under förslag till beslut.

Inlägg i ärendet

Helene Åkerlind (L) och William Elofsson (M).

Yrkanden

Helene Åkerlind (L) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

Beslutsunderlag

- §60 KS Inköp- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 20KS376-29
- §14 NU Inköp- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 20KS376-27
- Tjänsteskrivelse - Inköp- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 20KS376-26

- Inköps- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern - uppdaterad med föreslagna ändringar, dnr 20KS376-25
- Näringslivskonsekvensanalys - Inköps- och upphandlingspolicy, dnr 20KS376-28
- Sammanställning av yttranden med kommentarer gällande inköp- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 20KS376-24
- Remissvar från Byggföretagen Gävleborg gällande Inköps- och upphandlingspolicy, dnr 20KS376-21
- Tjänsteskrivelse - Remissvar gällande Inköp- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 20KS376-22
- Remissvar från Gavlefastigheter gällande Inköps- och upphandlingspolicy, dnr 20KS376-19
- Remissvar från Gävle Energi AB gällande Inköps- och upphandlingspolicy, dnr 20KS376-20
- Remissyttrande från AB Gavlegårdarna gällande Inköps- och Upphandlingspolicy Gävle Kommunkoncern, dnr 20KS376-18
- Protokollsutdrag Kultur- och fritidsnämnden 2020-12-15 §118 - Remissvar Inköps- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 20KS376-17
- Protokollsutdrag Utbildningsnämnden 2020-12-16 §129 - Remissvar inköps- och upphandlingspolicy, dnr 20KS376-16
- Protokollsutdrag 2020-12-16 § 346 Samhällsbyggnadsnämnden - Remissvar gällande Inköps- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 20KS376-15
- Protokollsutdrag 2020-11-25 § 138 Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden - Remiss Inköps- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 20KS376-14
- Protokollsutdrag Omvårdnadsnämnden 2020-11-26 § 154 - Remiss - Inköps- och upphandlingspolicy, dnr 20KS376-12
- Remissvar från Omvårdnadsnämnden gällande Inköps- och upphandlingspolicy, dnr 20KS376-13
- Protokollsutdrag Socialnämnden 2020-11-24 § 216 - Remiss - Inköps- och upphandlingspolicy, dnr 20KS376-10
- Remissvar från Socialnämnden gällande Inköps- och upphandlingspolicy, dnr 20KS376-11
- Protokollsutdrag Valnämnden 2020-11-20 §17 Remiss – inköp- och upphandlingspolicy, dnr 20KS376-9

INKÖPS- OCH UPPHANDLINGSPOLICY

Gävle kommunkoncerns inköp- och upphandlingspolicy

Inköps- och upphandlingspolicy för Gävle kommunkoncern

Bakgrund

Gävle kommunkoncern köper årligen varor, tjänster och entreprenader för miljardbelopp. För att få ut mesta möjliga nytta är det viktigt att kommunkoncernen har en helhetssyn på inköps- och upphandlingsfrågor.

Gävle kommun och dess bolag lyder under lagen om offentlig upphandling[1] (lagen om upphandling inom försörjningssektorerna[2] för Gävle Energi och Gävle Hamn) och i beslutade områden - lagen om valfrihetssystem[3], vilket medför att kommunen är skyldig att upphandla varor, tjänster och entreprenader.

Syfte

Denna policy innehåller de huvudprinciper som gäller för all upphandling och alla inköp inom Gävle kommunkoncern. Syftet är att säkerställa att inköp sker affärsmässigt och i enlighet med kommunens värderingar, mål och rutiner. Styrning av inköpsprocessen är ett strategiskt verktyg för verksamhetsutveckling inom Gävle kommunkoncern.

Mål

Gävle kommunkoncern ska skapa förutsättningar för goda affärer och affärsrelationer, tillgodose verksamheternas behov samt möjliggöra verksamhets- och näringslivsutveckling.

Vårt koncerngemensamma synsätt gällande inköps- och upphandlingsverksamhet ska skapa en strukturerad leverantörsbas och öka förutsättningarna för att förbättra kravställnings- och uppföljningsarbete vilket skapar förutsättningar för lägre totalkostnad och ökad hållbarhet.

En hög avtalstrohet påverkar kommunens kostnader långsiktigt genom att kommunen är en trovärdig och attraktiv kund och affärspartner till leverantörerna, vilket är en grund för att uppnå konkurrens och få attraktiva anbud.

Målgrupp

Denna policy gäller samtliga nämnder och helägda bolag och avser samtliga inköp och upphandlingar som görs med Gävle kommunkoncerns medel, oavsett vem som är upphandlande myndighet och oavsett vem som praktiskt hanterar inköpet eller upphandlingen.

---

[1] LOU, Lag 2016:1145
[2] LUF, Lag 2016:1146
[3] LOV, Lag 2008:962

Definitioner

Med inköp avses hela flödet vid anskaffning av varor, tjänster och entreprenader från det att ett inköpsbehov uppstår till det att uppföljning av leverans har skett och ersättning för leverans har reglerats.

Med upphandling avses processen som vidtas i syfte att anskaffa varor, tjänster eller entreprenader genom att avtal tilldelas leverantör. Upphandling är en del av inköpsprocessen.

Regler

- Vid inköp ska kostnadseffektivitet samt god hushållning med skattebetalarnas resurser eftersträvas
- Inköp och upphandlingar utgår ifrån kommunplanen samt de strategiska programmen för social hållbarhet, miljö och näringsliv.
- All inköpsverksamhet utförs på ett affärsmässigt och etiskt sätt och utgår från transparens, konkurrens, affärsetik och oberoende.
- Inköp- och upphandling ska, inom ramen för bolagens regler, samordnas när det är den affärsmässigt bästa lösningen så att skalfördelar erhålls.
- Avtalssamverkan med externa parter (t.ex. regioner, andra kommuner, SKR) görs där så är lämpligt ur ekonomiskt perspektiv eller av andra prioriterade orsaker.
- Ingångna avtal ska tillämpas
- Verksamheternas behov av anskaffning av varor och tjänster ska göras med god tidsplanering, koordinering med budget och politiska beslut, god konkurrens, i dialog med marknad och leverantörer, uppföljning och utveckling av avtal och avtalsformer samt skapa förutsättningar för lokala, nationella och internationella leverantörer.
- Alla verksamheter ska använda systemverktyg som bidrar till effektiva processer; vilket inkluderar upphandlingssystem, avtalsdatabaser, e-handel, leverantörskontra och uppföljningssystem.
- God dokumentation ska genomsyra all inköps- och upphandlingsverksamhet för en god ordning och transparens så upphandling, inköp och avtalsuppföljning kan ske effektivt och enkelt granskas.
- Direktupphandling görs i enligt gällande lagstiftning samt fastlagda rutiner och riktlinjer.

Ansvar och roller

Kommunstyrelsen/Kommunfullmäktige/Utskott

Kommunfullmäktige (KF) beslutar om koncernövergripande styrdokument.

Kommunstyrelsen (KS) bereder ärenden till KF gällande kommunkoncernen samt fattar beslut om styrdokument gällande primärkommunen

Näringslivs- och upphandlingsutskottet bereder ärenden till KS.

Bolag, nämnder och styrelser

Varje nämnd och styrelse ansvarar för

- tillräcklig beställarkompetens och kapacitet för behovsanalys, marknadsanalys, kravställning, utvärdering, implementering och uppföljning under avtalstiden
- att identifiera och tydliggöra behov inom sina respektive verksamheter samt initiera upphandlingar i god tid när så behövs samt säkra finansiering av dessa upphandlingar
- att inom sina respektive ansvarsområden säkerställa att denna policy följs
- att verksamhetens organisation bemannas med kompetens utifrån verksamhetens anskaffningsbehov
- implementera upphandlade avtal i verksamheten samt följa upp ur verksamhetsperspektiv under avtalstiden

Enheten för Inköp och upphandling

- utformar förslag på styrdokument för beredning och beslut av politisk instans
- ansvarar för att leda, driva och utveckla primärkommunens gemensamma inköpsprocess och nödvändiga systemstöd för kommunen
- samordnar upphandlingar och beställare inom de områden där det finns gemensamma behov för primärkommun och bolag och utifrån kommunkoncernens gemensamma bästa
- genomför upphandlingar, förvaltar avtal och erbjuder kompetensutveckling, råd och stöd i inköps- och upphandlingsrelaterade frågor
- ansvarar för uppföljning, utvärdering och rapportering av inköpsmönster och -data som kan hämtas ur gemensamma system samt föreslår förbättringar relaterade till upphandling och inköp
- ansvarar för att tillsammans med näringslivsenheten aktivt, koordinerat och frekvent möta näringslivet för att sprida kunskap om kommunens inköps- och upphandlingsverksamhet och diskutera utvecklingsområden och sträva mot tidiga dialoger med presumtiva anbudsgivare.

Bolag, sektorer, avdelningar och enheter

Varje chef i bolag, sektorer, avdelningar och enheter ansvarar för att medarbetares upphandlingar och inköp sker i enlighet med Gävle kommunkoncerns inköpspolicy.

Respektive chef ansvarar för att berörda medarbetare känner till och följer inköpspolicyn. Det innebär exempelvis att

- vid behov delta i arbetet med att samordna upphandlingar
- vid behov planera och genomföra upphandlingar så att verksamheten aldrig står utan avtal
- vara köptrogen mot tecknade avtal
- alltid använda e-handel när så är möjligt samt bidra till att öka andelen inköp i e-handel

Varje chef och medarbetare är ansvarig för att ta till sig kunskap om den lagstiftning och de regelverk som berör dem, och att följa dessa lagar och regler.

Uppföljning och revidering

Kommunstyrelsen ansvarar för att säkerställa att inköpspolicyn granskas, följs upp och regelbundet revideras.

§ 5: Miljöbokslut 2020

Delges:

Samtliga nämnder och styrelser.

Dnr 21KS60

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag

att fastställa miljöbokslutet för år 2020.

Ärendebeskrivning

Gävle kommuns första Miljöstrategiska program beslutades i juni 2013. Det har följts upp årligen under 2013-2019 genom ett så kallat Miljöbokslut.

Under 2019 reviderades det miljöstrategiska programmet. Det reviderade programmet antogs 20200330 av Kommunfullmäktige och kommer även i fortsättningen följas upp årligen.

Miljöbokslutet innehåller:

- indikatorer som följs för att visa om målen är på väg att nås
- en beskrivning av åtgärder som genomförts under året för att bidra till måluppfyllelse
- en målanalys

Åtgärder har samlats in genom så kallade Storytelling-möten då representanter från kommunens verksamheter berättat för varandra om genomförda åtgärder. Det här är det första miljöbokslutet efter revideringen och gäller för år 2020.

Inlägg i ärendet

Emanuel Hort (MP), Mattias Eriksson Falk (SD), Niclas Bornegrim (M), William Elofsson (M), Erik Holmestig (C), Lars Beckman (M), Matilda Sundquist Boox (S), Owe Hellberg (V), Jan Myléus (KD), Lisa Trevitt (S), Helene Åkerlind (L), Charlotta Lagnander (V), Marita Johansson (V), Hans Wahlström (S), Jörgen Edsvik (S) och Margareta Larsson (M).

Yrkanden

Emanuel Hort (MP), Mattias Eriksson Falk (SD), Erik Holmestig (C), Lisa Trevitt (S) och Jörgen Edsvik (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

Kommunfullmäktige
Sammanträdesdatum 2021-05-10

Beslutsunderlag

- §59 KS Miljöbokslut 2020, dnr 21KS60-4
- Tjänsteskrivelse - Miljöbokslut för Gävle kommun 2020, dnr 21KS60-2
- Miljöbokslut för Gävle kommun 2020, dnr 21KS60-1
- §20 SBU Miljöbokslut 2020, dnr 21KS60-3

Gävle KOMMUN

Miljöbokslut Miljöstrategiskt program 2020

Innehållsförteckning

1 Inledning 4

2 Syfte 5

3 Sammanfattande målanalys 6

4 Klimatneutral kommun 2035 7

4.1 Gävle kommun är klimatneutral 2035 7

4.2 Kollektivtrafikens marknadsandel i Gävle kommuns geografiska område skall fördubblas till 2030 jämfört med 2006, i förhållande till annat motoriserat resande 8

4.3 Cykeltrafikens andel i Gävle kommuns geografiska område ska öka med 100 % fram till 2025, jämfört med 2012. 11

4.4 Gävle kommunkoncern ska skapa förutsättningar som bidrar till att de resor och transporter som sker inom Gävles kommuns geografiska område ska vara fossilfria år 2030. 14

4.5 Gävle kommunkoncerns drivmedelsförbrukning inklusive upphandlingar där transporter ingår ska vara 100 % fossilfria 2025. 17

4.6 Gävle kommunkoncern ska skapa förutsättningar som bidrar till att invånarnas och näringslivets koldioxidutsläpp från flygresor minskar med 30 % till 2030. 18

4.7 Koldioxidutsläppen från flygresor för Gävle kommuns anställda ska minska med 30 % under perioden 2018–2025. 20

4.8 Näringslivets och invånarnas energianvändning i fastigheter och anläggningar ska vara fossilfri år 2030. 20

4.9 Energianvändningen i Gävle kommunkoncerns fastigheter med lokaler och bostäder ska vara 30 % effektivare till år 2030 jämfört med 2009. 21

4.10 Effektkapaciteten för produktion av förnybar el till Gävle Energis elnät ska byggas ut med 200 % till år 2035. 24

4.11 Av Gävle kommunkoncerns elanvändning ska minst 10 % produceras från solceller år 2035. 24

4.12 Försäljningen av lokalt producerad biogas för drivmedel har ökat med 35 % från 2020 till 2025. 25

4.13 Invånarnas och näringslivets konsumtion och energianvändning ska vara resurseffektiv och klimatmässigt hållbar. 26

4.14 I Gävle byggs och anläggs miljö- och klimatmässigt hållbart och det skapas förutsättningar för boende och verksamhetsutövare att leva miljömässigt hållbart. 29

5 Robusta ekosystem 31

5.1 Stärkt biologisk mångfald och fler värdefulla rekreationsområden. 31

5.2 God status i alla vattenförekomster. 35

5.3 Robust vattenförsörjning. 36

5.4 Gävle kommun arbetar aktivt med att minska påverkan från förorenade områden. 38

5.5 Gävle kommun är anpassad till det förändrade klimatet och har minimerat risker för miljö och hälsa. 39

6 Ren och giftfri vardag 40

6.1 Alla invånare ska ha handlingskompetens för en hållbar samhällsutveckling; 100% år 2030. 40

6.2 Alla kommunala skolor och förskolor ska ha uppnått certifieringen Grön Flagg och/eller utmärkelsen Skola för hållbar utveckling senast år 2025. 43

6.3 Hållbar och klimatsmart mat. 44

6.4 Mängden totalt matsvinn som slängs inom vård, omsorg, förskola och skola inom Gävle kommunkoncern ska minska med 15 % mellan år 2020 och år 2025. 47

6.5 Värdet av den samlade livsmedelsproduktionen (kr) inom Gävle kommun som geografiskt område har ökat med 50 % från år 2020 till år 2030. 48

6.6 Bibehållen jordbruksareal i kommunen. 49

6.7 Mängden hushållsavfall per invånare i Gävle kommun ska minska med 20 procent från år 2015 till år 2025. 50

6.8 Minst 70 procent av matavfall, förpackningar och tidningar från hushåll sorteras ut och återvinns år 2025. 51

6.9 Användningen av plast ska vara hållbar. 52

6.10 Nedskräpningen ska minska och upplevelsen av en trygg och ren utemiljö ska öka..... 53

6.11 Luften ska vara så ren att människors hälsa, samt djur, växter och kulturvärden inte skadas.. 54

6.12 Negativa effekter av buller ska minska 57

6.13 Gävle kommunkoncern ska skapa förutsättningar som bidrar till att den totala körsträckan med bil i Gävle kommuns geografiska område ska år 2025 ha minskat med 20 % per invånare jämfört med 2018. 57

6.14 Den totala körsträckan med bil i Gävle kommunkoncern ska år 2025 ha minskat med 30 % per anställd, jämfört med 2018. 58

6.15 Invånarnas användning av och exponering för miljö- och hälsofarliga ämnen ska minska...59

6.16 Varor och tjänster som upphandlas av Gävle kommunkoncern ska vara miljömässigt hållbara. 60

1 Inledning

Kommunfullmäktige antog Gävle kommuns reviderade Miljöstrategiska program, MSP 2.0, den 30 mars 2020.

Det nya programmet tar än mer höjd och är än mer utmanande, bland annat med målet att Gävle är klimatneutralt 2035. Programmet har även en tydlig koppling till Agenda 2030 och de 17 globala hållbarhetsmålen.

Gävle kommunkoncern vill visa vägen och arbetar för att skapa förutsättningar för näringsliv, föreningsliv och invånare för att tillsammans uppnå målen.

När programmet antogs hade redan Covid -19 tagit ett grepp om världen, Sverige och Gävle. Det har naturligtvis påverkat arbetet med att inleda implementeringen och genomförandet av åtgärder som ska bidra till programmets måluppfyllelse.

Trots omständigheterna har ett omfattande arbete påbörjats och flertalet åtgärder har genomförts som bidrar och som kommer att bidra till minskad miljö- och klimatpåverkan, både lokalt och globalt.

Att Gävle blev rankad som Sveriges näst bästa miljökommun 2020 och att Gävle blev utsedd till Sveriges bästa Håll Sverige Rent kommun är ett tydligt bevis för att Gävle kommun driver ett strategiskt och omfattande miljöarbete.

Under 2020 har fokuset legat på att skapa rätt förutsättningar för genomförandet av programmet. En ny Kretsloppsplan har arbetats fram, en Klimatfärdplan, en Cykelplan och även andra planer, policys och riktlinjer med fokus på miljö- och hållbarhet är framtagna. Det med syftet att skapa en tydlig bild över vad som behöver genomföras.

Vi ska vara stolta över allt som har genomförts i vårt miljöarbete 2020! Nu ser vi fram emot att göra ännu mer 2021 som bidrar till att Gävle fortsätter att vara en av Sveriges bästa miljökommuner!

2 Syfte

Gävle kommuns miljöstrategiska program följs årligen upp i ett så kallat Miljöbokslut. Kommunstyrelsen har ett övergripande ansvar för det miljöstrategiska programmet och miljöbokslutet. Det miljöstrategiska programmet tillsammans med miljöbokslutet är viktiga verktyg i arbetet med att nå det kommunövergripande målet "En hållbar och klimatneutral kommun". Miljöbokslutet innehåller indikatorer som visar om målen är på väg att nås, en beskrivning av åtgärder som genomförts under året och en målanalys.

Genom miljöbokslutet kan invånare, företagare, föreningsliv, besökare, anställda och beslutsfattare få en samlad bild av läget för Gävles miljöarbetet.

Miljöbokslutet innehåller indikatorer som visar om målen är på väg att nås, en beskrivning av åtgärder som genomförts under året för att bidra till måluppfyllelse och en målanalys.

Åtgärder har samlats in genom så kallade Storytelling-möten då representanter från kommunens verksamheter berättat för varandra om genomförda åtgärder.

Miljöbokslutet ger vägledning kring om resurser läggs på rätt ställe, om mer resurser och insatser krävs för att nå målen eller om man borde omfördela resurserna.

Uppföljningen av programmet är uppdelad efter programmets tre målområden: Klimatneutral kommun, Robusta ekosystem samt Ren och giftfri vardag. Respektive målområde har ett flertal indikatorer som visar om målet är på väg att uppfyllas. Vissa indikatorer används för att mäta konkret om målen är på väg att nås, vissa indikatorer visar mer hur utvecklingen går.

Vid bedömningen av målen behöver analys av indikatorer och genomförda aktiviteter genomföras och avvägningar av vilken rådighet kommunen har att kunna påverka målet med åtgärdsarbete.

Indikatorerna i detta miljöbokslut är både interna och externa. De interna följer kommunkoncernens miljöpåverkan, och de externa mäter miljöpåverkan från alla som bor och verkar i hela Gävle kommun.

Mål och indikatorer bedöms i grönt, gult och rött. I de fall det saknas underlag för bedömning står ett streck istället för en färgbedömning.

Grön - målet är nära att uppnås eller har uppnåtts

Gul - arbete har påbörjats, ett fortsatt arbete krävs för att nå målet men vi har kommit en bit på väg

Röd - trenden går åt fel håll och/eller det räcker inte med de insatser som hittills har genomförts för att vi ska uppnå målet i tid.

3 Sammanfattande målanalys

Ett mycket omfattande arbete har inletts under 2020 och en mängd åtgärder har påbörjats och även genomförts. Mer om de påbörjade och genomförda åtgärderna finns beskrivet under respektive mål.

När det gäller målområdet Klimatneutral kommun har arbetet med att ställa om till förnybar energi i Gävle pågått sedan länge inom energisektorn, det vill säga för el, värme och inom industrin. Men det finns fortfarande mycket arbete kvar att göra när det gäller transportområdet, konsumtionsområdet och med att bygga en hållbar klimatsmart stad. Arbete med en klimatfärdplan har påbörjats under året. Den lägger grunden till fortsatt åtgärdsarbete.

För att målen inom målområdet Robusta ekosystem ska uppnås krävs större insatser och ett helhetsgrepp som innefattar hela kommunen. Ett strategiskt och systematiskt arbete skulle kunna ge mer kontroll av nuläget, mer samverkan och att fler effektiva miljöåtgärder genomförs i natur och vattendrag.

Inom målområdet Ren och giftfri vardag har ett omfattande arbete med att ta fram en ny Kretsloppsplan genomförts. Kretsloppsplanen är ett viktigt verktyg i arbetet med att förebygga resursslöseri, minska gifter i kretsloppet, återanvända, återvinna samt att arbeta med minskad nedskräpning. Mycket arbete återstår när det gäller att minska mängden av det totala avfallet, att det cirkulära genomsyrar våra produkter, tjänster samt levnadssätt, samt hur det vi använder bidrar till att minska utsläpp av föroreningar som är miljö- och hälsofarliga.

Inköp och upphandling är ett mycket viktigt verktyg i arbetet med nå målen i det Miljöstrategiska programmet. Genom att arbeta strategiskt med att ställa miljö- och hållbarhetskrav vid upphandling bidrar kommunen till att både de lokala, regionala, nationella och internationella miljömålen uppnås. Miljömässig och hållbar upphandling bidrar också till att stimulera utvecklingen i den privata sektorn, till en cirkulär ekonomi, och en bättre hälsa genom exempelvis mindre utsläpp till luft från drivmedel och mindre användning av kemikalier.

Att kommunicera kring alla åtgärder som har genomförts som bidrar till ett mer hållbart Gävle med förbättrad livskvalité, är en framgångsfaktor i det miljöstrategiska programmet. Det bidrar till att skapa engagemang, ökad medvetenhet och motiverar till mer hållbara beteenden. Detta arbete behöver förstärkas ytterligare. Därför behöver det ses över hur kommunikationen med programmets tre målgrupper och arbetet med beteendeförändringar kan utvecklas.

4 Klimatneutral kommun 2035

Målområdet omfattar transporter, energi, byggande och konsumtion.

2020 har varit ett år då det lagts mycket fokus på att planera för det framtida arbete som krävs för att bli en klimatneutral kommun 2035. Det är även en hel del tidigare åtgärder som börjar ge resultat. Mycket av arbetet inom målområdet klimatneutral kommun 2035 har påbörjats under 2020 men det är för tidigt att se något resultat.

4.1 Gävle kommun är klimatneutral 2035

Målet bedöms som gult eftersom arbete har påbörjats. Arbetet med att ställa om till förnybar energi har pågått sedan länge inom energisektorn i Gävle kommun. Bland annat är den el och värme som säljs av Gävle Energi redan 100 % förnybar.

Inom transport- och konsumtionssektorn har arbetet bara påbörjats. För utsläpp av växthusgaser från invånare och näringsliv i Gävle kommun har Gävle kommunkoncern mindre rådighet över utsläppskällorna men kommunen kan driva på utvecklingen på flera sätt bland annat genom att verka som en förebild som går före.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

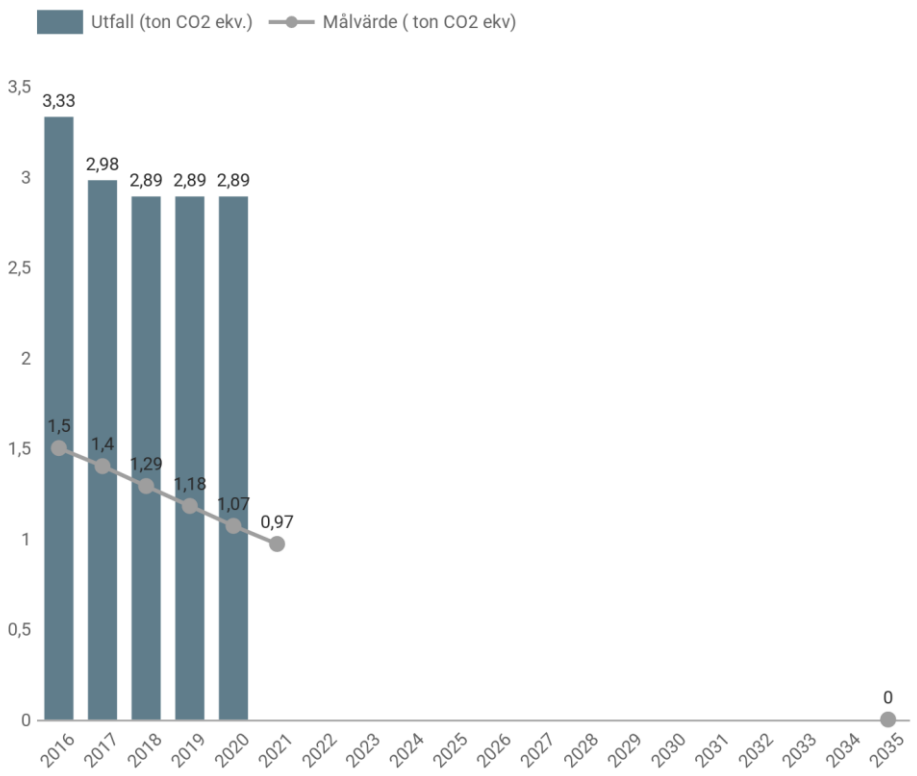
Kommunen har tagit fram en Klimatfärdplan som finns på remiss. Den innehåller åtgärder som är klimatberäknade och om de genomförs kommer resultatet leda fram till att Gävle kommun blir klimatneutrala 2035. Stort fokus ligger på åtgärder som berör transporter som står för 70% av utsläppen.

Gävle Hamn genomförde förstudien "Energioptimerat hamnkluster". Energioptimerat hamnkluster är ett 10-årigt program med huvudmålet: ” Att Gävle hamnkluster till 2030 i takt

och i tid når de krav på CO2-reduktion och energieffektivitet som finns från både nationell nivå och länsnivå, och som är i linje med Parisavtalet. Läs mer på: Energioptimerat Hamnkluster - Gävle Hamn (gavlehamn.se)

Gävle kommuns energibolag Gävle Energi har levererat både förnybar el och fjärrvärme sedan lång tid tillbaka. Inom en snar framtid kommer Gävle kommun bidra till minskade koldioxidutsläpp även för vår grannkommun Sandviken genom en satsning med en fjärrvärmeledning från Gävle till Sandviken. Den kommer vara resurseffektiv och 100 % förnybar och förväntas leda till en minskning av koldioxidutsläppen med 46 000 ton per år.

Covid -19 har bidragit till att många av kommunens verksamheter ändrat sitt arbetssätt och utvecklat användningen av digitala möten för att undvika att träffas fysiskt. Detta har gjort att kommunens resande minskat. Andra exempel på ändrat arbetssätt är att klimat- och energirådgivaren genomfört digitala energi- och klimatrådgivningar och inspirationstillfällen.

Indikator	
Totala territoriella CO2-utsläpp per invånare i Gävle som geografiskt område. Källa: Kolada	

4.2 Kollektivtrafikens marknadsandel i Gävle kommuns geografiska område skall fördubblas till 2030 jämfört med 2006, i förhållande till annat motoriserat resande.

Målet bedöms som rött eftersom mycket arbete kvarstår. Möjligheten att nå målet bedöms som låg även om Covid -19 har påverkat måluppfyllelsen under 2020. Ytterligare insatser måste till för att målet ska nås.

På grund av Covid-19 saknas statistik från bussresor under perioden april-dec. Detta eftersom

framdörrarna på bussarna varit stängda vilket inneburit att inga resor registrerats. X-Trafiks resor med tåg har dock registrerats under hela 2020.

Internt i kommunen följs hur mycket kollektiva resor som sker med X-trafik med det som kallas Företagskort. Anledningen till nedgången av resorna är till stor sannolikhet på grund av Covid - 19. Tidigare år har det varit en betydande ökning kollektivt resande internt.

I X-trafiks uppdrag har under året ingått att avråda från resor med kollektivtrafiken. X-trafik har följt Folkhälsomyndighetens rekommendationer för att minska spridningen av coronaviruset. Informationen har varit att om du måste resa med kollektivtrafik så finns möjligheten, men att undvika onödiga resor, hålla avstånd och använda munskydd samt att inte resa med symtom.

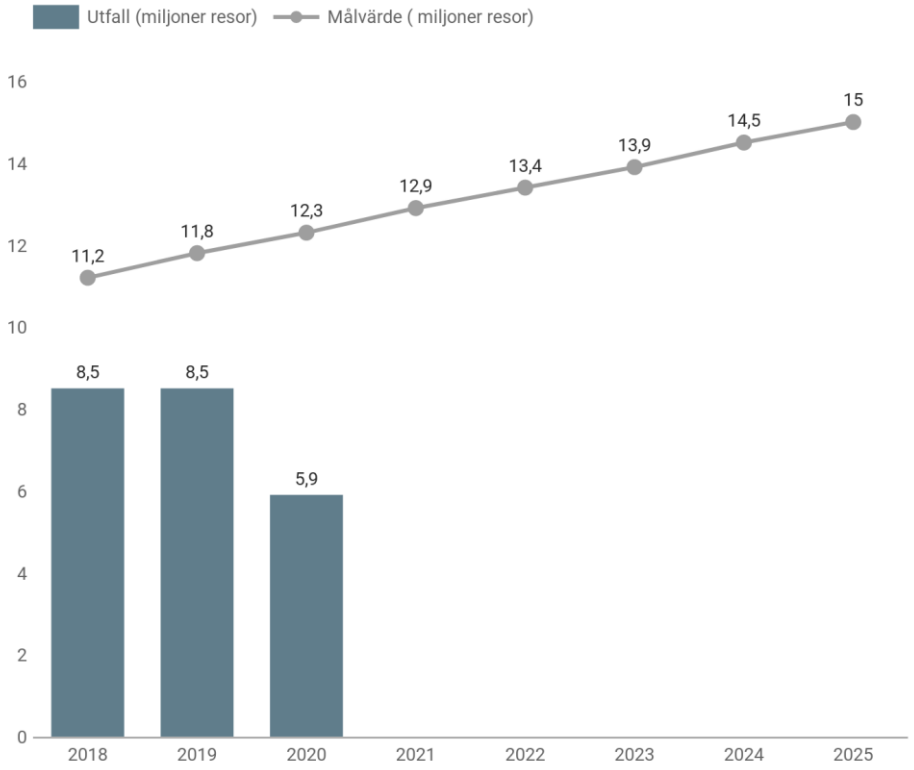
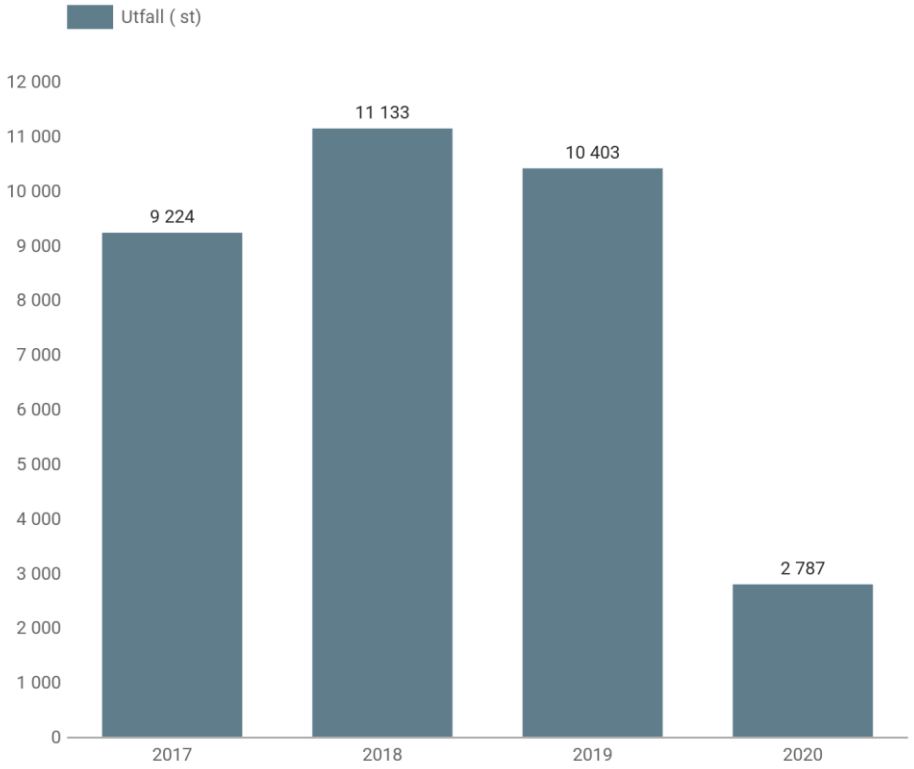
Indikatorn Kollektivtrafikens marknadsandel visar på en näst intill halvering av resandet med kollektivtrafik. Orsaken till minskningen bedöms uteslutande bero på Covid-19.

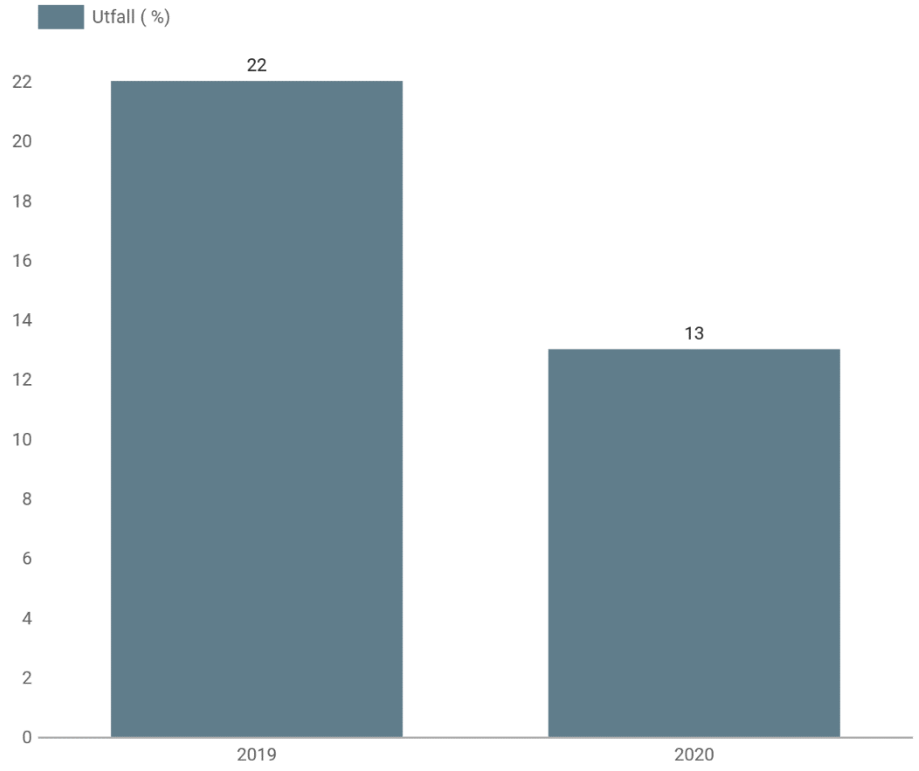
Några exempel på utförda åtgärder under året:

Under 2020 färdigställdes ett nytt intelligent trafikstyrningssystem på Gavlehov. Med hjälp av digitala skyltar, sensorer och bussarnas GPS:er kan trafiken på Gavlehovsvägen ställas om till enkelriktad trafik för biltrafiken och reversibelt körfält för kollektivtrafiken, vilket leder till omfattande tidsvinster för kollektivtrafiken. Syftet med systemet är att under evenemang prioritera framkomligheten för kollektivtrafik.

En annan åtgärd som genomförts är digitala displayer vid centrumhållplatsen. 2020 och 2021 satsar Livsmiljö Gävle, X-trafik och JCDeaux gemensamt att ta fram en skräddarsydd lösning för de nya väderskydden på Centrumhållplatsen med digitala displayer som kommer visa realtidsinformation till resenärerna.

Kommunen arbetar i större utsträckning i exploateringsprojekt med att skapa goda möjligheter att åka kollektivt. I projektet för Sörby backe har ett helt nytt bostadsområde byggts. Stor del av de boende är äldre och behov av hållplats i nära läge och tydlig utformning med fokus på god tillgänglighet. Med detta som bakgrund har man i projektet byggt om hållplatsen på Granitvägen och utökat den med ett hållplatsläge in mot staden.

Indikator	
Registrerade resor per år och invånare (påstigande) i Gävle kommun med trafik som X-trafik ansvarar för.	
Kommun-koncernens registrerade resor per år med X-trafiks företagskort.	

Indikator	
Kollektiv-trafikens marknads-andel.	

4.3 Cykeltrafikens andel i Gävle kommuns geografiska område ska öka med 100 % fram till 2025, jämfört med 2012.

Målet bedöms som rött eftersom mycket arbete kvarstår. Cyklandet ligger på ungefär samma nivå som förra året.

Gävle kommun är en av sex kommuner som har deltagit samtliga elva år i Kommunvelometern. Kommunvelometern är Cykelfrämjandets stora nationella granskning av kommuners arbete med cykelfrågor. Gävle har ökat sina poäng jämfört med 2019 från 48 till 57 poäng av 90 möjliga i årets Kommunvelometer. Gävle tar därmed 23:e plats i den totala rankingen av 40 deltagande kommuner och 13:e plats av 14 deltagare i gruppen stora kommuner. Gävle har i år särskilt ökat sina poäng i delområdena infrastrukturinvesteringar och infrastrukturåtgärder, där kommunen ligger över snittet bland samtliga deltagare och jämfört med gruppen stora kommuner vilket tyder på att Gävle satsar på att utveckla sin cykelinfrastruktur för att förbättra cyklingen för sina invånare. Jämfört med andra stora kommuner har Gävle som mest utrymme att vidareutveckla sitt arbete i delområdena informations- och marknadsföringsinvesteringar och informations- och marknadsföringsåtgärder.

Gävle kommun deltog i Cyklistvelometern 2020. Cyklistvelometern är en nationell nöjdhetsmätning som genomförs vartannat år där cyklister får beskriva upplevelsen att cykla i en stad utifrån ett antal kriterier. Gävle kommun får 3,13 i totalpoäng, vilket ger betyg C. Kommunen får därmed plats 7 av 16 inom rankningen för stora kommuner.

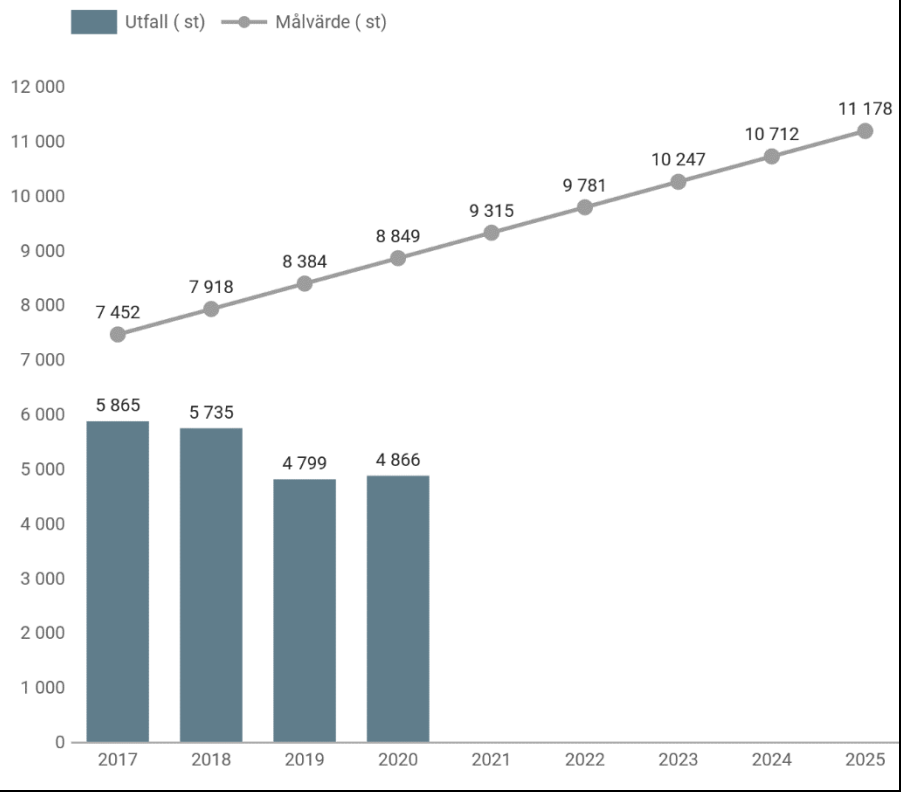
Några exempel på utförda åtgärder under året:

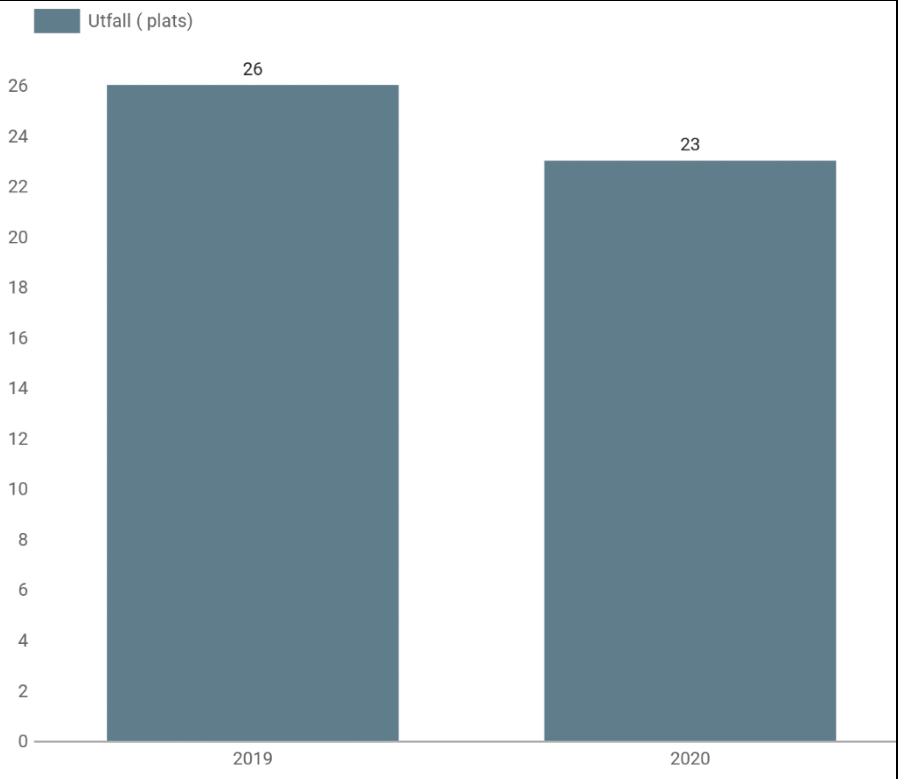
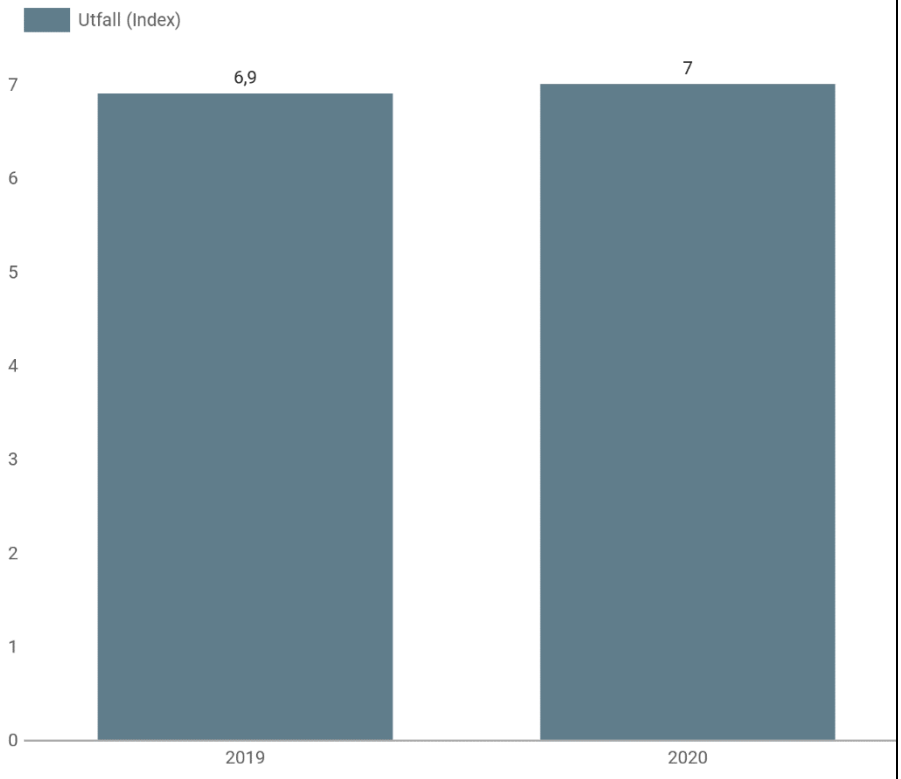
För att öka förutsättningar för ökat cyklande har Gävle kommun under 2020 antagit en ny cykelplan. En handlingsplan är påbörjad kring hur Gävle kommun skulle kunna arbeta med beteendeförändringar som leder till ett ökat cyklande. Det har totalt anlagts 8 kilometer ny cykel-och gångväg, ett par längre sträckor i Harkskär och Stigslund samt några korta sträckor,

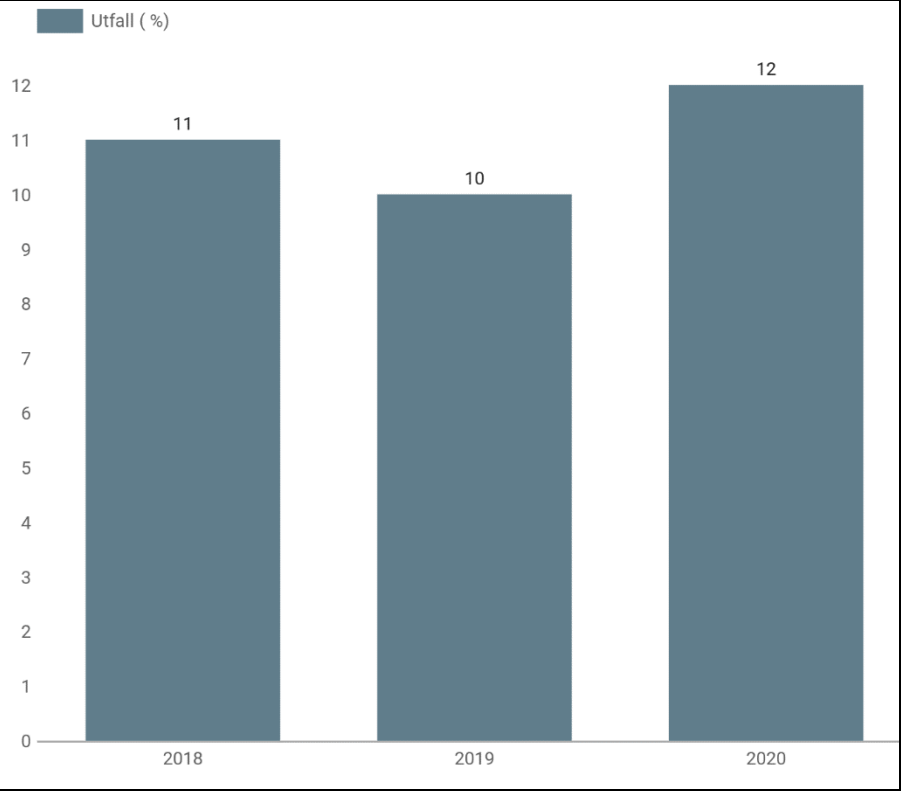
så kallade brutna länkar, för att länka ihop cykelbanenätet. Det har även genomförts olika kampanjer såsom Skoj på hoj, Vintertrampet samt Vintercyklisten, se film Vintercyklisten: https://www.regiongavleborg.se/regional-utveckling/samhallsplanering-och-infrastruktur/hallbara-transporter/Vintercyklisten/

Som arbetsgivare har Gävle kommun, för att främja smart, miljövänligt resande och en hälsosam livsstil, börjat erbjuda den som är tillsvidareanställd i Gävle kommun att hyra en så kallad förmånscykel. 711 anställda tecknade avtal första året och då till största del hamnade valet på elcykel. Varje vår och höst kommer det fortsatt vara möjligt att beställa förmånscykel.

Arbetet med en intern kommunal cykelpool för tjänsteresor har påbörjats och ska vara på rull under 2021.

Indikator	
Antal cyklister vid fasta mätpunkter, vid Teatern, Kvarnparken och Centralbron.	

Indikator	
Placering i Kommun-velometern Cykel-främjandets nationella Cykelranking.	
Hur tillgång till gång - och cykelbanor upplevs? Medborgarunder-sökning SCB.	

Indikator	
Cykelns marknadsandel i X-trafiks resvaneunder-sökning.	

4.4 Gävle kommunkoncern ska skapa förutsättningar som bidrar till att de resor och transporter som sker inom Gävles kommuns geografiska område ska vara fossilfria år 2030.

Målet bedöms som gult eftersom arbete har påbörjats. Kommunen kan skapa förutsättningar genom till exempel göra det tillgängligt att tanka förnybara drivmedel och planera och möjliggöra för mer hållbara transporter i staden.

I Gävle finns det möjligheter att tanka biogas, etanol, HVO (biodiesel) och el.

Gävle kommun hamnade på plats 10 år 2020 i den årliga kommunrankningen; SHIFT. Rankingen visar vilken kommun i Sverige som är bäst på hållbara transporter. Ambitionen är att under 2021 nå en bättre placering.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

Färdigställande av 6 nya elladdplatser på Slottstorget under året. Totalt finns nu över 220 elladdplatser i Gävle och två biogasstationer.

Framtagandet av Grön resplan. Den gröna resplanen är ett stöd som bidrar till mer hållbara och effektiva tjänsteresor och pendlingsresor till och från till exempel arbetsplatser, skolor och bostäder.

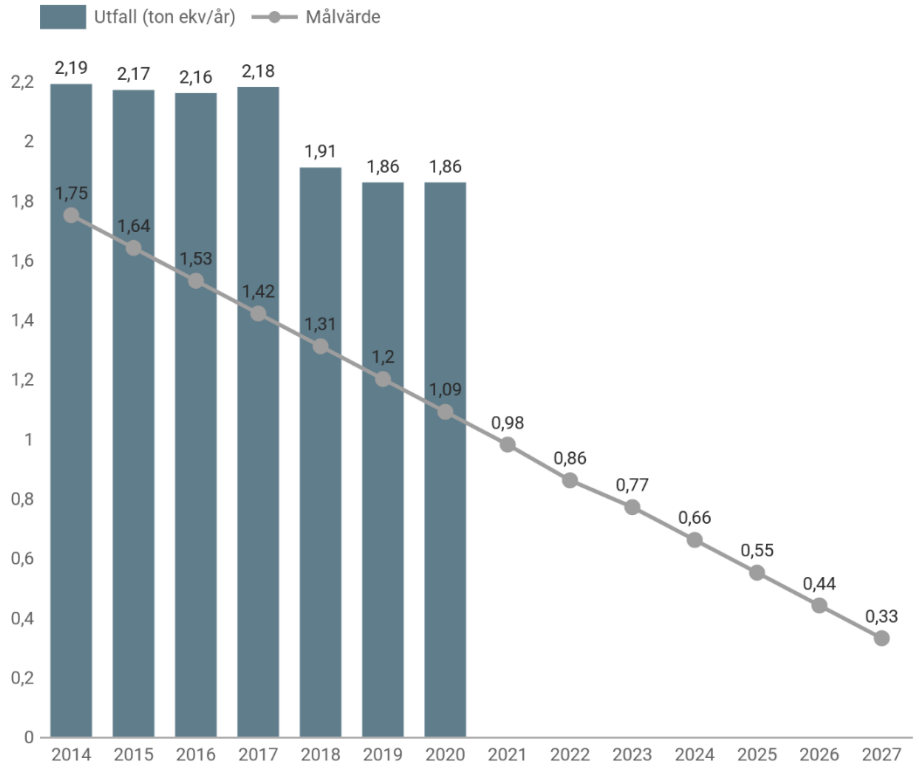
För att nå våra unga i Gävle pågår mycket arbete inom skolan. En handlingsplan för skolmobilitet blev antagen i kommunfullmäktige juni 2020. Den innehåller åtgärder för att skapa förutsättningar för en säker skolväg och uppmuntra till hållbara resval. Skolzoner har inrättats på Ulvsätersskolan, Staffansskolan och Solängsskolan. Skolzoner innebär sänkt hastighet, fysiska åtgärder och information till föräldrar och barn om hållbart resande. Ett arbete med att ta fram skolspecifik reseinformation för alla grundskolor har påbörjats.

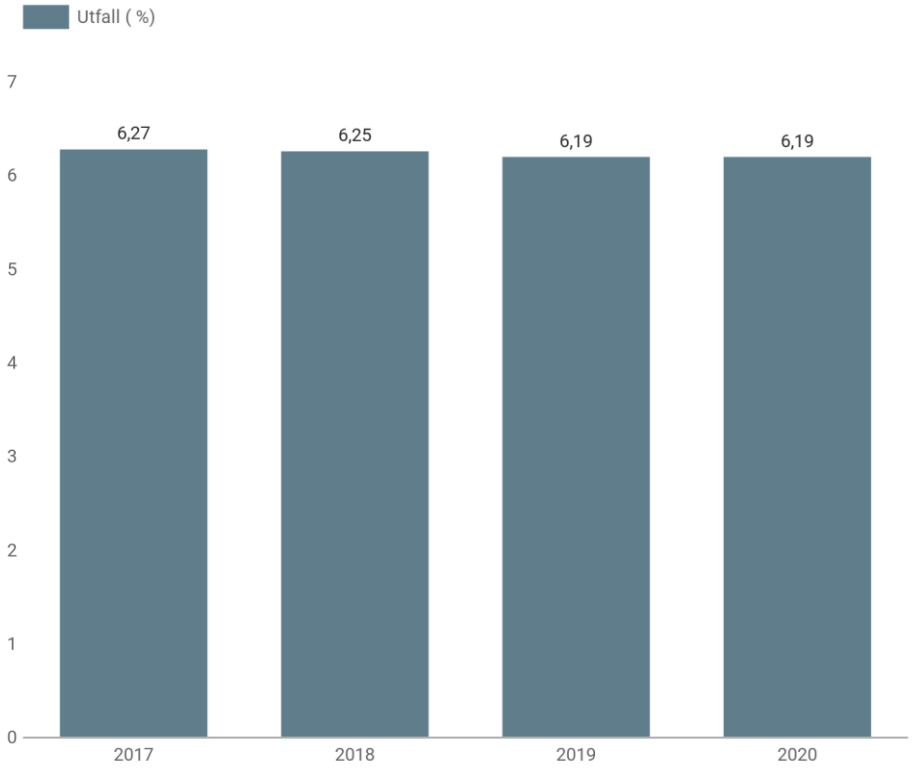
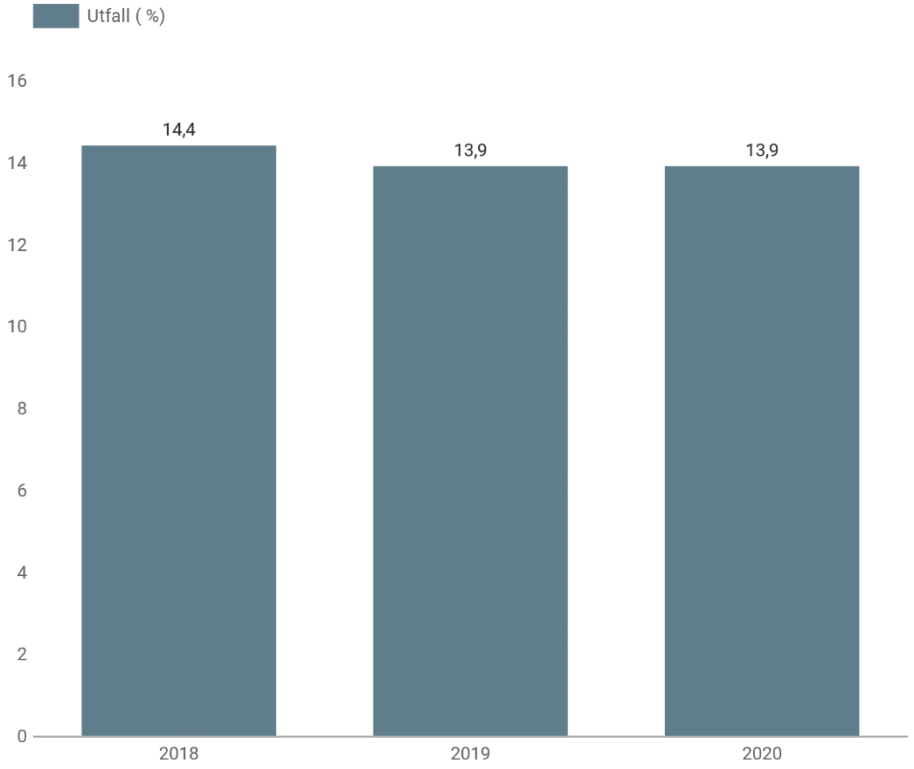
Konserthuset, som är en av kommunens verksamheter, har påbörjat framtagandet av en modell för framtida turné- och gästspelsverksamhet kopplat till Gävle kommuns resepolicy.

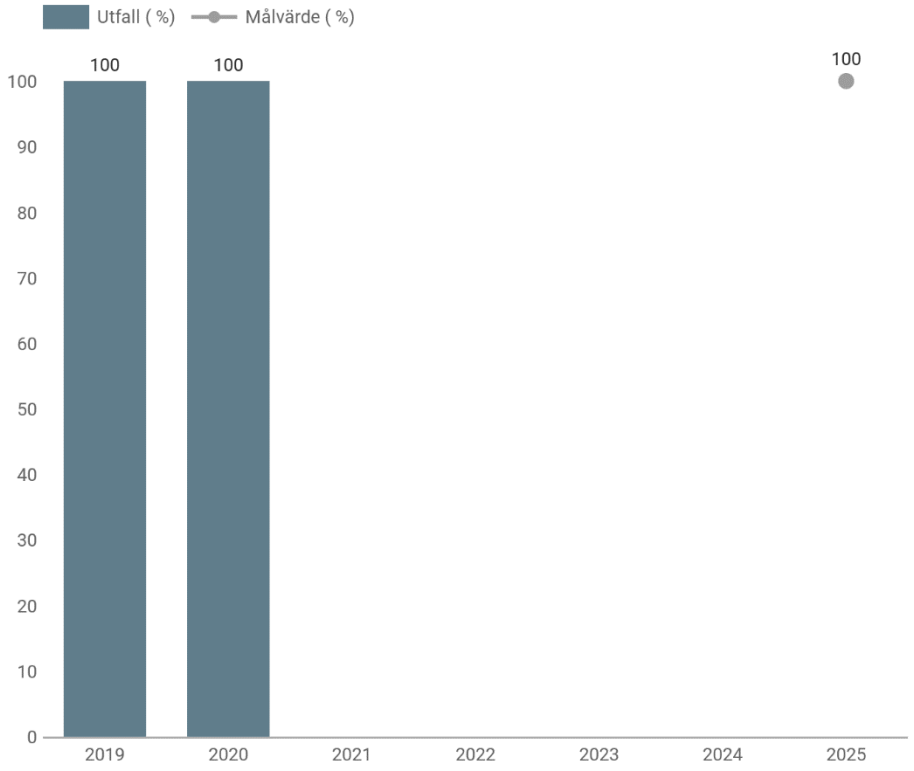
Energi och klimatrådgivningen har istället för att bjuda in till fysiska föreläsningar Covid-anpassat sin verksamhet och genomfört en rad webbinarier: Cykel som alternativ till bilen, Drivmedel – vad finns för alternativ till bensin och diesel? Det är även en ny webbsida framtagen: www.energiochklimat.se

Gavlegårdarna har tagit fram en mobilitetsplan för Godisfabriken och kommer inkludera övriga byggherrar inklusive Gävle kommun, Gävle parkeringsservice, Gävle Energi och X-Trafik / Vy. Gavlegårdarna har också påbörjat en utredning via extern konsult som ska visa på möjligheterna att erbjuda Gavlegårdarnas hyresgäster möjligheten att ladda elfordon.

Sist men inte minst: Gävle Hamn har möjliggjort att fartyg kan ansluta sig till el vid kaj. Att fartygen inte längre behöver ha maskiner igång vid kaj för att alstra ström betyder minskade utsläpp, minimerad ljudnivå men även bättre arbetsmiljö för de som arbetar på fartygen.

Indikator	
Andel ton CO_2 från resor och transporter per invånare i Gävle kommun som geografiskt område.	

Indikator	
Andel fossil-oberoende fordon i trafik i Gävle kommun som geografiskt område	
Andel miljöbilar enligt den nationella definitionen i det geografiska området, i %	

Indikator	
Andel förnybara drivmedel i kollektiv-trafiken i %	

4.5 Gävle kommunkoncerns drivmedelsförbrukning inklusive upphandlingar där transporter ingår ska vara 100 % fossilfria 2025.

Målet bedöms som gult för arbete har påbörjats. Genom den fordonscentralisering Gävle kommun genomfört under de senaste åren är det nu möjligt att tanka förnybara drivmedel i princip alla personbilar och lätta lastbilar som kommunen använder. 86 % av fordonen kan tankas med förnybara drivmedel. Förutsättningarna att tanka förnybart finns och det tankas förnybart till 57,2 %, resterande del är fortfarande bensin och diesel. Flertalet bolag och förbund har fordon som kan tankas med förnybara drivmedel och tankar idag nästan uteslutande förnybart.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

Under 2021 kommer även arbetsmaskiner och tunga fordon inkluderas i arbetet med att använda förnybara drivmedel.

Covid -19 har påverkat att fordonsbytena inte blivit utförda i önskad takt. Detta har gjort det svårt att nå målet om 100% fossilfria fordon under 2020 men under 2021 kommer målet nås.

Kommunens bilflotta består av:

1. Dieselbilar, som kan och ska tankas med HVO100. Att tanka dessa bilar är inga problem då de allra flesta vet hur man tankar. Problematiken ligger i var man kan få tag i produkten.

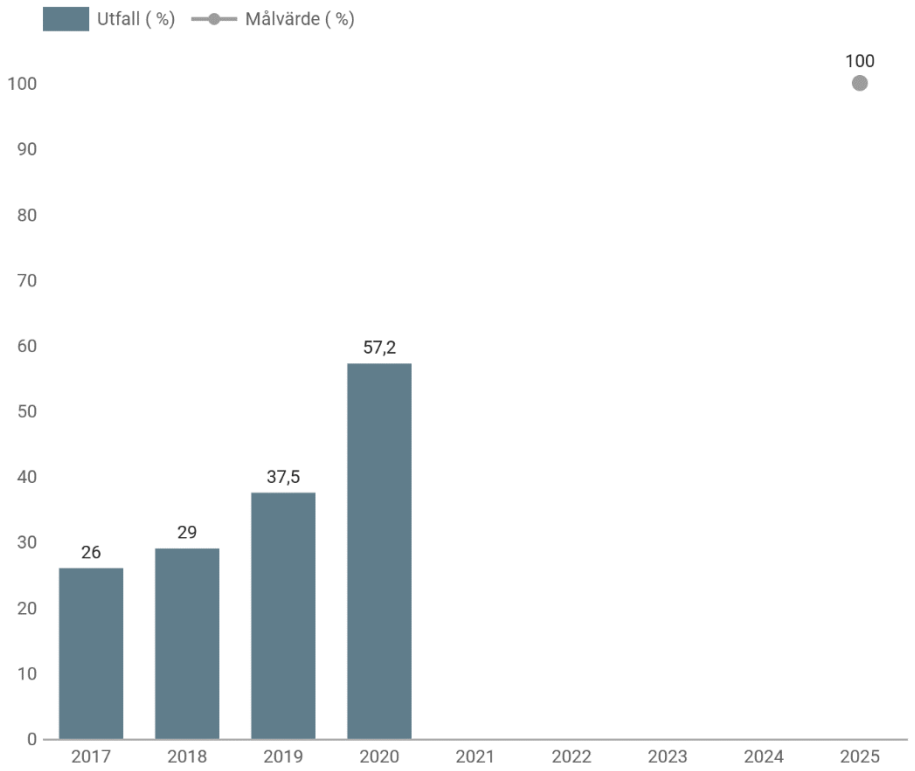
2. Gasbilar. Nackdelen är få tankställen i Gävle, annars har det inte varit några problem med tankning av biogas. I dessa bilar finns också en trygghet att bilen har en tank för bensin, men det kan bli en stor nackdel om endast bensin används.

3. Elbilen. Som har varit den mest främmande börjar bli populär. Räckvidden sträcker sig till 45 mil på de moderna elbilarna och det klarar sig väldigt många verksamheter med. Nackdelen är kylan på vintern som är den stora räckviddstjuven.

Alla verksamheter inom stadskärnan skulle klara sig med en elbil. På marknaden finns nu även skåpbilar med dragkrok.

Den statistik som redovisas gäller drivmedel som används i personbilar och lätta lastbilar. Det sker även en omställning till förnybara drivmedel i andra verksamheter, till exempel gick Gävle Hamns bogserbåtar över till att helt tankas på HVO under 2020 och Räddningstjänsten har också börjat köra på HVO.

Kommunen saknar idag uppföljning av arbetsmaskiner och tunga fordon.

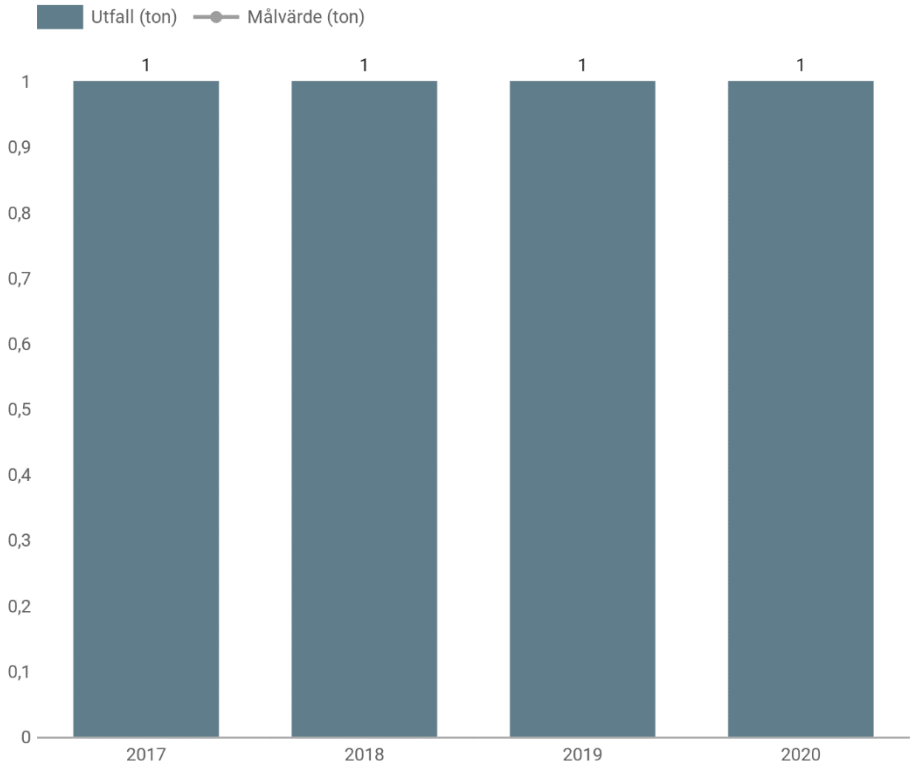
Indikator	
Andel drivmedel som i huvudsak innehåller förnybart bränsle, i dagsläget biogas, HVO, el och etanol.	

4.6 Gävle kommunkoncern ska skapa förutsättningar som bidrar till att invånarnas och näringslivets koldioxidutsläpp från flygresor minskar med 30 % till 2030.

–

Målet är svårbedömt, dels med tanke på Covid - 19, dels är statistiken på Sverigenivå och har en eftersläpning på ett år.

Målet behöver ersättas med indikator med statistik per invånare i Gävle från flygresor (finns inte ännu men är under framtagande).

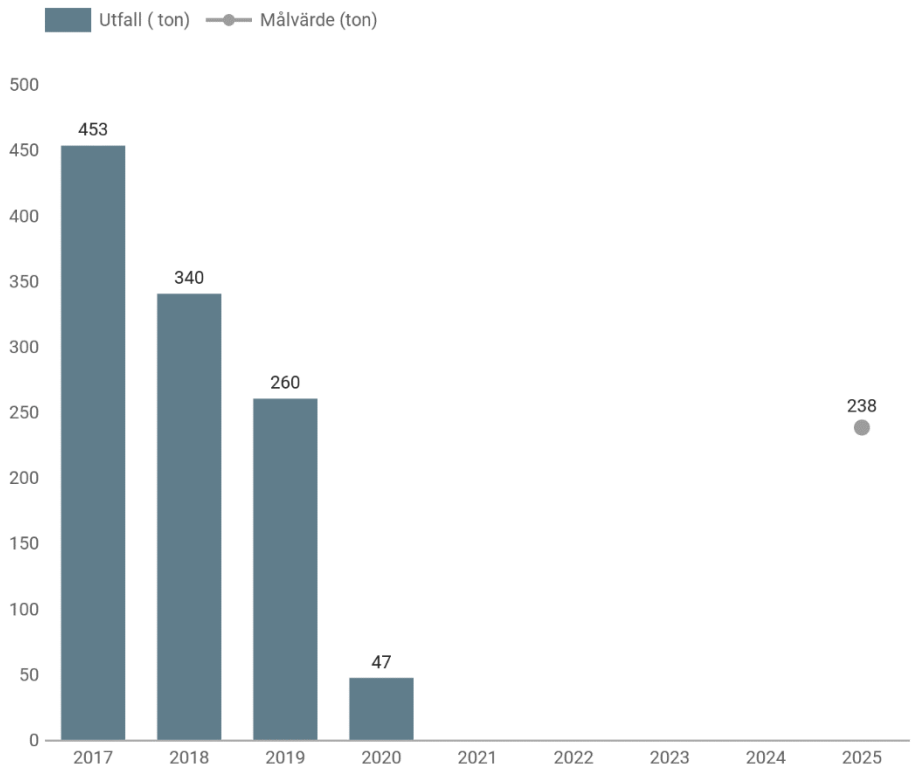
Indikator	
Flygstatistik på Sverigenivå fördelat på respektive kommun per invånare	

4.7 Koldioxidutsläppen från flygresor för Gävle kommuns anställda ska minska med 30 % under perioden 2018–2025.

Målet bedöms som grönt eftersom andel resor med flyg inom kommunen minskat stadigt under flera år. Covid -19 har med stor sannolikhet påverkar utfallet för 2020 men kommunens riktlinjer gällande flyg i resepolicyn har skärpts och efterföljs vilket ses som anledning till att flygresorna minskat över tid.

Indikator

CO_2-utsläpp från flygresor internt i kommun-koncernen



4.8 Näringslivets och invånarnas energianvändning i fastigheter och anläggningar ska vara fossilfri år 2030.

Målet bedöms som grönt eftersom målet med stor sannolikhet kommer att nås. Arbetet med att ställa om till förnybar energi har pågått under en längre tid inom energisektorn i Gävle kommun och den el och värme som säljs av Gävle Energi är 100 % förnybar.

Gävle Energi ligger i framkant i Sverige med uppdrag om att minska användandet av fossila bränslen till förmån för förnybara energikällor och bidra till utökad volym förnybar energiproduktion.

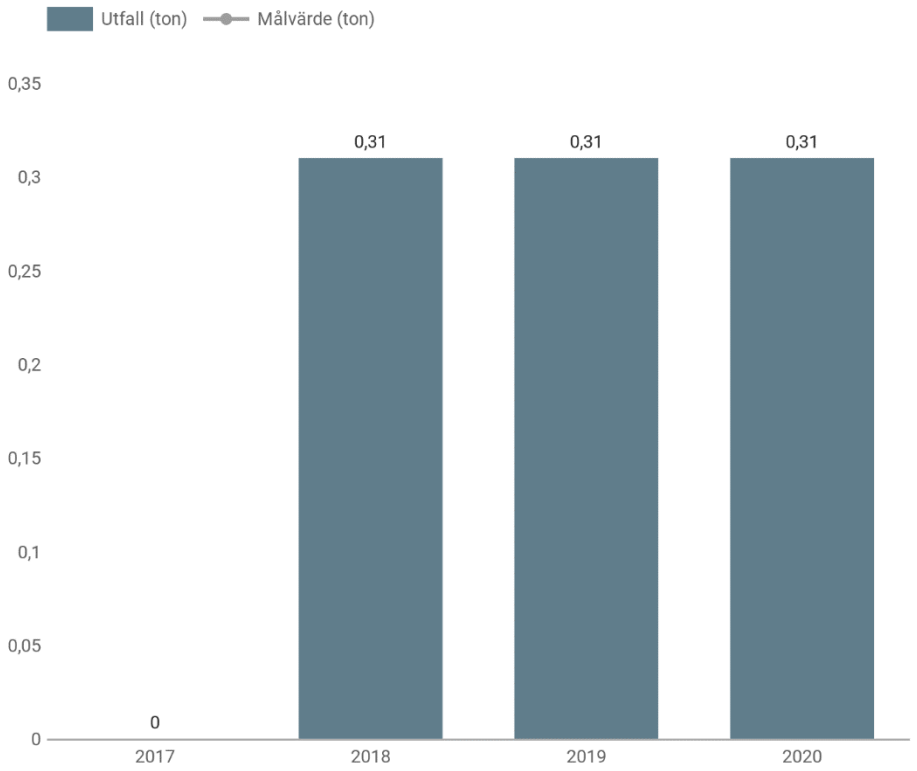
Några exempel på utförda åtgärder under året:

Under 2020 har Gävle Energi fortsatt att utveckla energitjänster för att hjälpa sina kunder med att minska deras klimatpåverkan samt att öka deras effektivitet. Miljö- och klimatkraven ger idag öppningar för nya affärs- och utvecklingsmöjligheter. Utökad samverkan med näringslivet i regionen krävs för att nå målet som innefattar företag och invånare också.

Covid -19 har lett till nya sätt att arbeta med Energi- och klimatrådgivning. Rådgivningen och

även de inspirationsseminarier med fokus solceller, cykling och alternativa drivmedel har skett digitalt. Exempel på utåtriktade aktiviteter som genomförts digitalt är under året är att energi- och klimatrådgivaren har bedrivit digital rådgivning till gävlebor och företag. Särskilda informationsinsatser med fokus på energieffektivisering har bedrivits mot företag och bostadsrättsföreningar. Det har tagits fram en ny hemsida för energi- och klimatrådgivning: www.energiochklimat.se.

Den värme och el som används i Gävle kommuns verksamheter är 100 % förnybar.

Indikator	
Utsläpp till luft av CO2 från industrin, ton CO2 per invånare.	

4.9 Energianvändningen i Gävle kommunkoncerns fastigheter med lokaler och bostäder ska vara 30 % effektivare till år 2030 jämfört med 2009.

Målet bedöms som grönt eftersom målet med stor sannolikhet kommer att nås. När det gäller den totala energianvändningen i Gävle kommunkoncerns lokaler så har den minskat med 28 % mellan 2009 och 2020. Det innebär att målet på 30 % nästan är uppfyllt redan nu. Flertalet energieffektiviseringsinitiativ som redan genomförts har gett positiva resultat. Slutsatsen är att kommunkoncernens mål för effektivare elanvändning uppnås.

Covid - 19 i har påverkat i form av mindre verksamhet i många lokaler och stängda gymnasieskolor men trenden var även innan på väg ner.

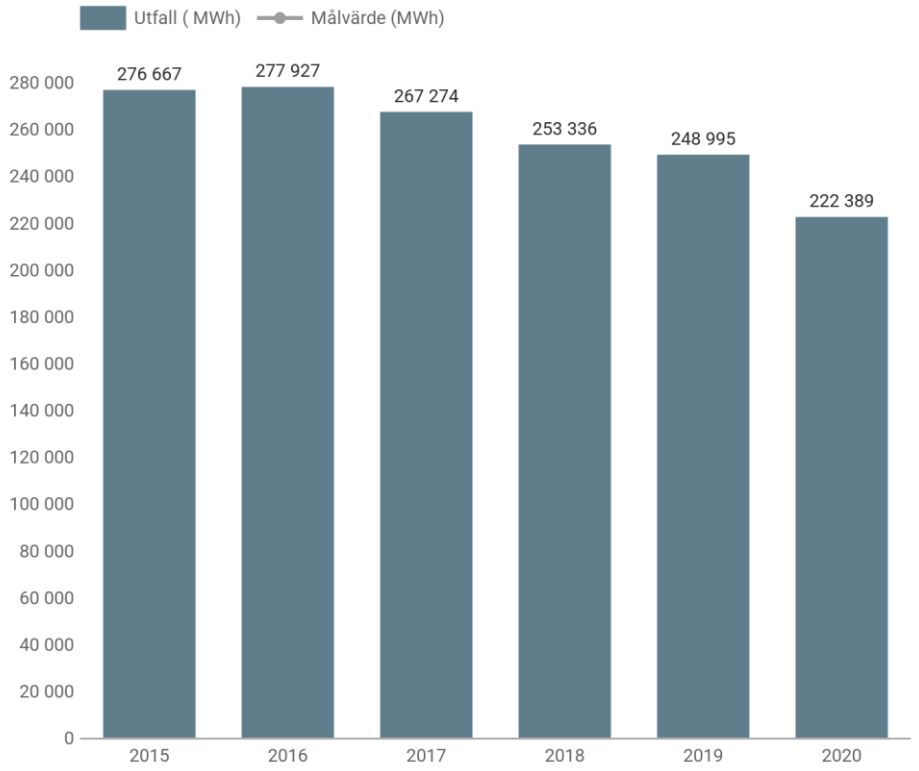
Några exempel på utförda åtgärder under året:

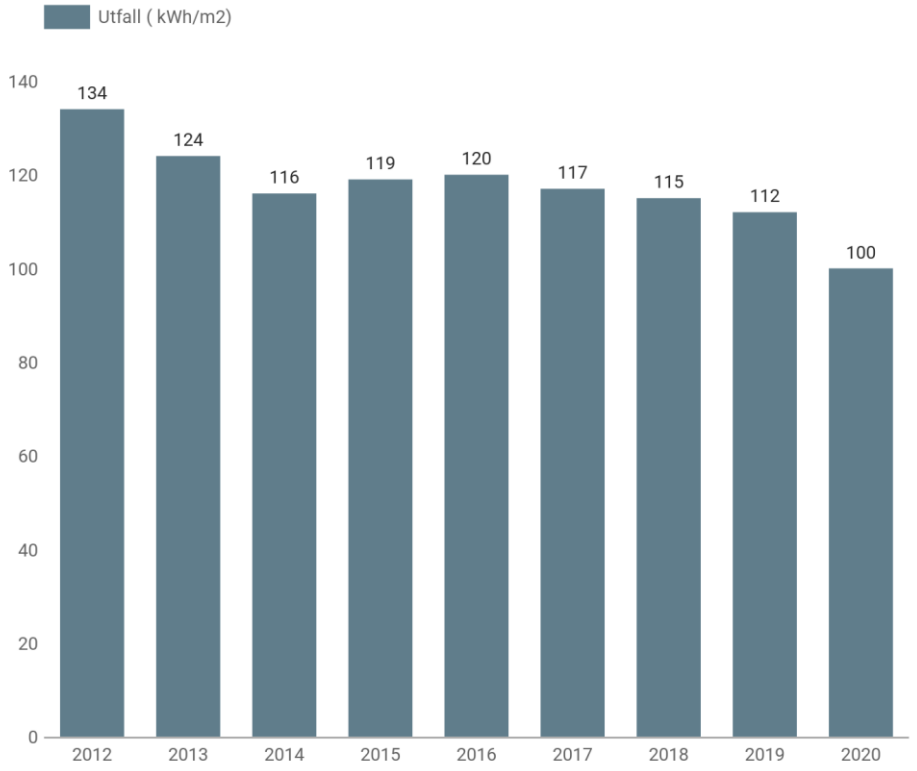
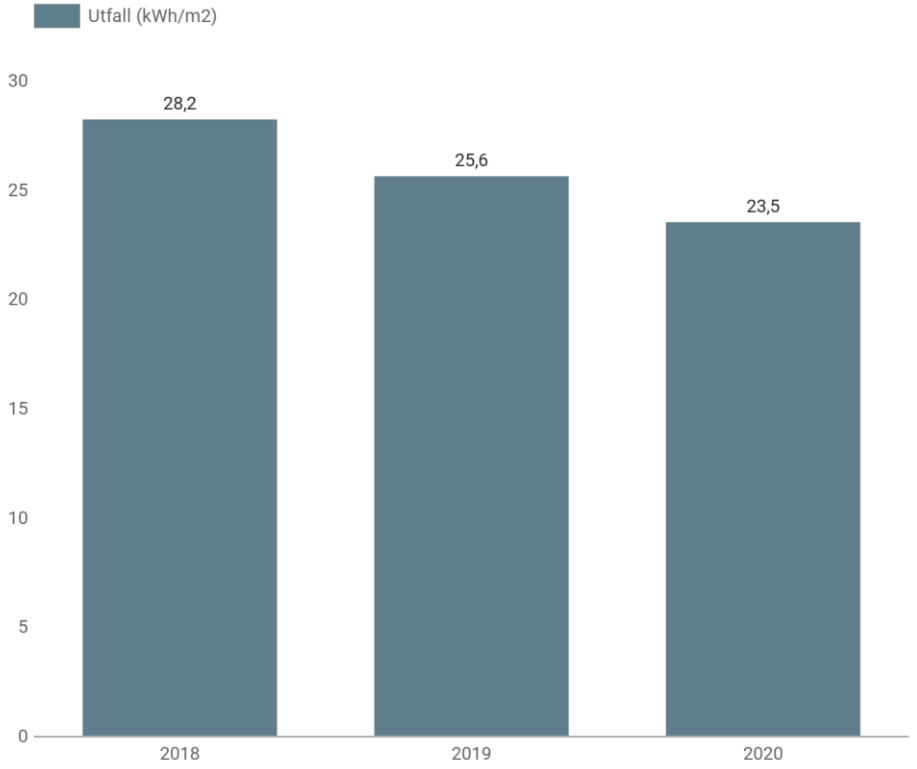
Gavlefastigheter, kommunens fastighetsbolag, har under 2020 nått sitt interna mål med att minska elanvändningen med 20 % och 2020 hamnade de på en minskning på 27 %. Exempel på genomförda energieffektiviseringsåtgärder som Gavlefastigheter utfört under 2020 är utbildning kring energismarta kök, belysning, ventilation, solel och styråtgärder.

Gavlegårdarna, kommunens hyresbolag, fortsätter minska sin förbrukning av fastighetsel i linje med uppsatta målsättningar och stort fokus ligger på elbesparingar även de närmaste åren. Under 2020 har de bland annat satt rums/temperaturgivare i lägenheterna som gör det möjligt att styra energiåtgången, bytt ut takfläktar, bytt ut allmänbelysning i trapphus och gårdar till LED-belysning etc.

Gavlegårdarna har också startat ett samarbete med Gävle Energi som handlar om att med hjälp av GIS upptäcka läckage av varmvattnen i interna kulvertar så det snabbt kan åtgärdas.

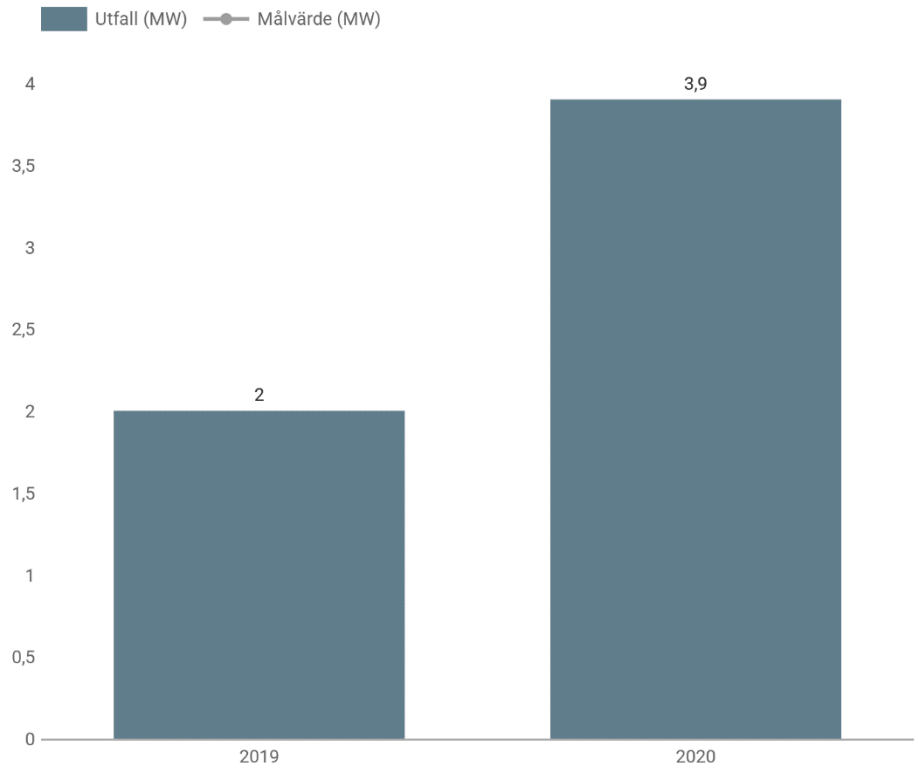
I samband med större ombyggnationer finns exempel på halverad energiförbrukning genom automatisering och styrning men även som ett resultat av tilläggsisolering, fönsterbyten, ventilation med energiåtervinning och ny belysning.

Indikator	
Total energi-användning i Gävle kommun-koncerns fastigheter med lokaler och bostäder.	

Indikator	
Fjärrvärme-användning per m2 Atemp.	
Elanvändning per m2 Atemp.	

4.10 Effektkapaciteten för produktion av förnybar el till Gävle Energis elnät ska byggas ut med 200 % till år 2035.

Målet bedöms som rött. Från 2019 till 2020 har den nyinstallerade effekten av förnybar elproduktion fördubblats. Detta tack vare solcellsinstallationer. Om det ska vara möjligt att nå målet 200 % måste behöver utbyggnad av vindkraft finnas med. Utmaningen blir då att vindkraftsparker oftast innebär stora anläggningar och stora anläggningar kopplas in på det regionala nätet och inte på Gävle Energis lokala nät. Målet behöver ses över och omformuleras.

Indikator	
Nyinstallerad effekt av förnybar elproduktion (MegaWatt).	

4.11 Av Gävle kommunkoncerns elanvändning ska minst 10 % produceras från solceller år 2035.

Målet bedöms som gult eftersom arbete påbörjats. Det här är ett nytt mål och 2020 används som basår. Därför kan utvecklingen inte följas än men potentialen är stor att nå målet genom en gemensam solcellspark.

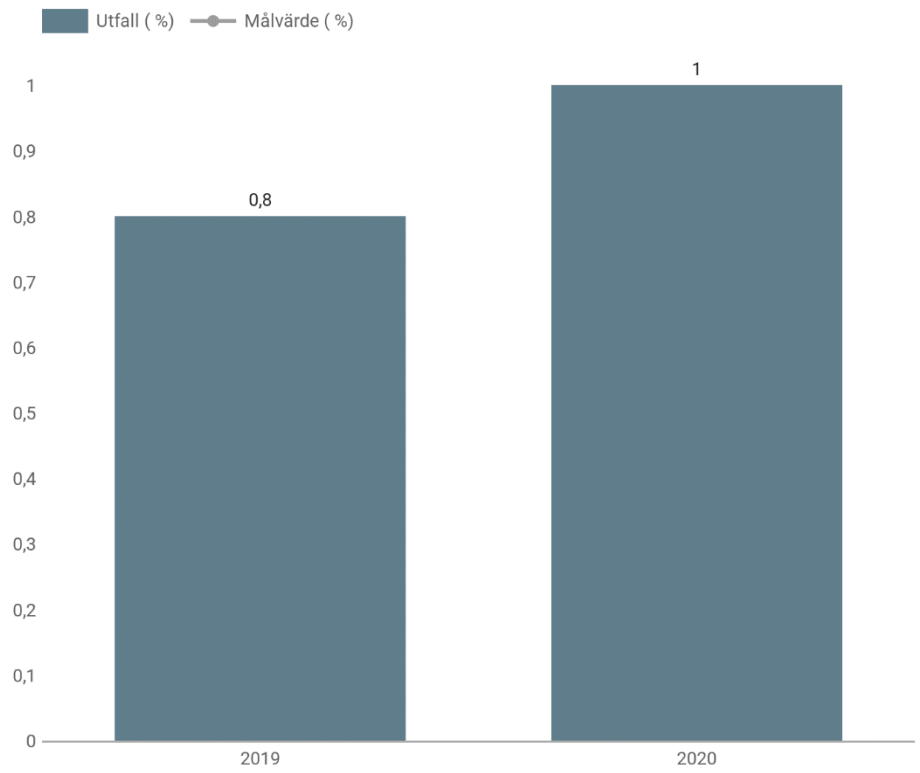
Några exempel på utförda åtgärder under året:

Gävle Energis fjärrkyla-anläggning Bore, vars tak är klätt med solceller. Därmed är Bore rustad för att producera sin egen el. Solanläggningen, som installerades under försommaren 2020, är på 38,8 kW och kommer att kunna producera cirka 27,5 MWh varje år.

Gavlefastigheter har också installerat solceller i samband med nybyggnation samt genomfört förstudier för att utreda möjligheter för solceller på ett flertal befintliga tak.

Gävle Parkeringsservice ökar successivt andel solcellsdrivna biljettautomater. Om behovet finns

av en ny automat kontrollerar bolaget alltid i första hand om en solcellsautomat kan installeras.

Indikator	
Installerad effekt*nyckeltal uträknat i % (900kWh/kWp) av solelproduktion.	

4.12 Försäljningen av lokalt producerad biogas för drivmedel har ökat med 35 % från 2020 till 2025.

Målet bedöms som grönt eftersom målet med stor sannolikhet kommer att nås. Tidigare har utvecklingen av en mix av såld biogas och naturgas följts men från och med 2020 följs istället utvecklingen av såld lokalproducerad biogas.

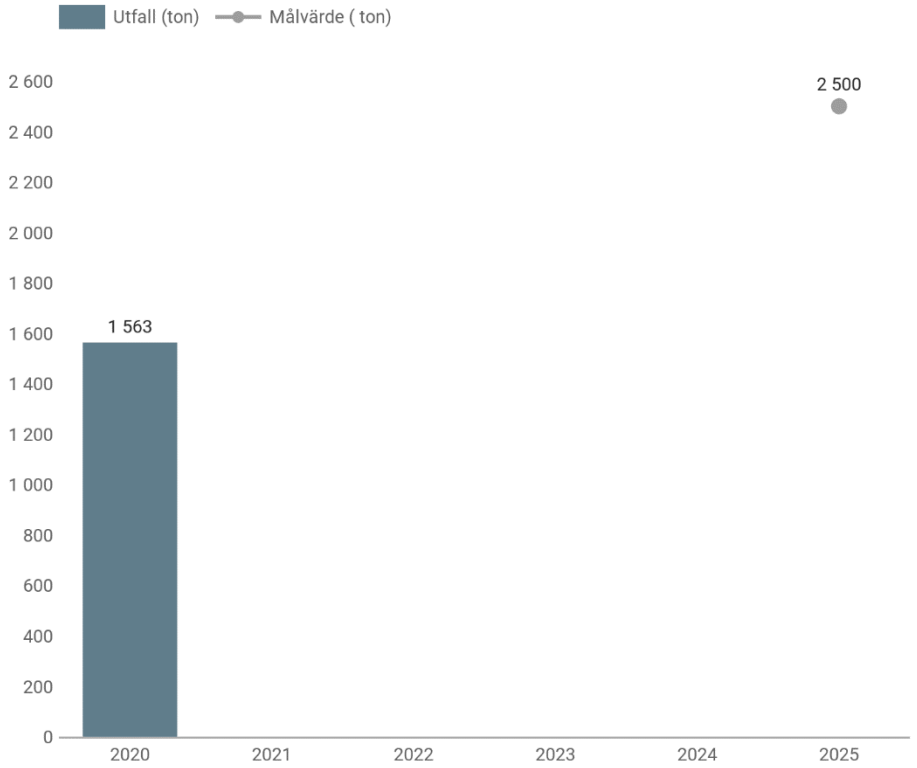
Ekogas producerar samt säljer biogas till busstrafik, sopbilar, taxi, företag och privatpersoner i regionen. Den gas som produceras kommer från Duvbackens reningsverk och från Forsbacka biogasanläggning.

Under 2020 har Ekogas sökt nytt tillstånd för att behandla slaktavfall och även utökade mängder organiskt avfall från verksamheter för att kunna hantera mer och fler olika substrat från verksamheter.

Prognosen är att man ska kunna öka försäljningen av biogas genom ett utökat samarbete med Stadsbussarna och samarbete med Borlänge energi.

Biogasproduktionen är ett konkret exempel på cirkulär ekonomi och även vad som kallas industriell symbios. Matavfall i Gävle och från vissa delar i regionen som samlas in blir till lokalproducerad biogas och biogödsel. När det produceras biogas i biogasanläggningen bildas en näringsrik rötrest som används som biogödsel. Biogödslet sprids på åkrar hos bönder i Gävles närområde. Den lokala biogasproduktionen ger verksamheter i regionen nya möjligheter att ställa om sina transporter så att de blir fossilfria. Biogödsel minskar lantbrukets behov av fossil mineralgödsel.

Målet beräknas uppfyllas år 2025. För mer information, besök www.ekogas.se.

Indikator	
Försäljning av lokalt producerad biogas i ton.	

4.13 Invånarnas och näringslivets konsumtion och energianvändning ska vara resurseffektiv och klimatmässigt hållbar.

Målet bedöms som gult då arbete har påbörjats. Inom energisektorn har vi kommit långt i Gävle kommun men inom transport- och konsumtionssektorn har arbetet bara påbörjats. Målet omfattar konsumtion och energianvändning både inom och utanför Sveriges gränser.

Gävle kommun kan på olika sätt skapa förutsättningar för att nå målet men målet påverkas även mycket av yttre faktorer som låg- eller hög konjunktur, om kommunen ökar i befolkning och får fler etableringar i form av energikrävande industrier. Och som under det senaste året - Covid 19. Här krävs fler insatser för att nå målet.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

Kommunerna i Sverige står för en stor del av de investeringar som behöver göras för att ställa om samhället i en hållbar riktning. Det kan ske genom så kallas gröna lån och det ska nu Gävle kommun arbeta mer med. Gröna lån är pengar som är öronmärkta för miljö- och klimatrelaterade investeringsprojekt. Dessa pengar kommer från placerare som vill att deras förvaltade medel skall göra skillnad för miljön.

Gävle Energi och Livsmiljö Gävle har löpande samråd och möten för att hitta lösningar för energieffektiviseringar. Exempel på energieffektiviseringar som genomförts under året är utbyte av armaturer längs cykelbanor i Andersberg, Brynäs och Sätra. Det är dock en utmaning att minska den totala energiförbrukningen eftersom antalet belysningspunkter ökar varje år när Gävle växer.

Under 2020 har en arbetsgrupp bestående av representanter från Gästrike återvinnare, Gavlegårdarna, Styrning och stöd, Välfärd Gävle, Gavlefastigheter och Högskolan i Gävle, träffats och diskuterat förutsättningar för ”Ökad cirkularitet i Gävle”. Det kommer att leda till en

förstudie med syfte att undersöka var Gävle står idag, vilken potential och vilka förutsättningar som finns när det gäller kompetens, identifiera möjliga och angelägna material och produkter, aktörer som kan vara drivande, nätverk samt fysiska och ekonomiska förutsättningar.

Gävle kommun har arbetat inom organisationen med att inrätta en kommunal möbelpool. Det är Gavle Drift och Service som håller i möbelpoolen. Åtgärden har lett till att Gävle kommun minskade utsläpp med 80 ton CO2 och minskade kostnader på 3 miljoner kr under det första halvåret Möbelpoolen var i bruk.

Gavlehov har varit delaktig i ett pilotprojekt för hållbara arenor i Sverige, projekt Hållbar Arena 2020/2021. Tillsammans med andra arenor i Sverige har man arbetat fram ett digitalt verktyg för dokumentation av arenors hållbarhetsarbete. Hållbar Arena är en kunskapsbank om hållbarhet anpassat för arenor, dokumentation och möjlighet att spara arbetet över tid och se årlig progression finns samt möjlighet att ta del av andra arenors svar för hantering av miljöutmaningar i de olika arenorna.

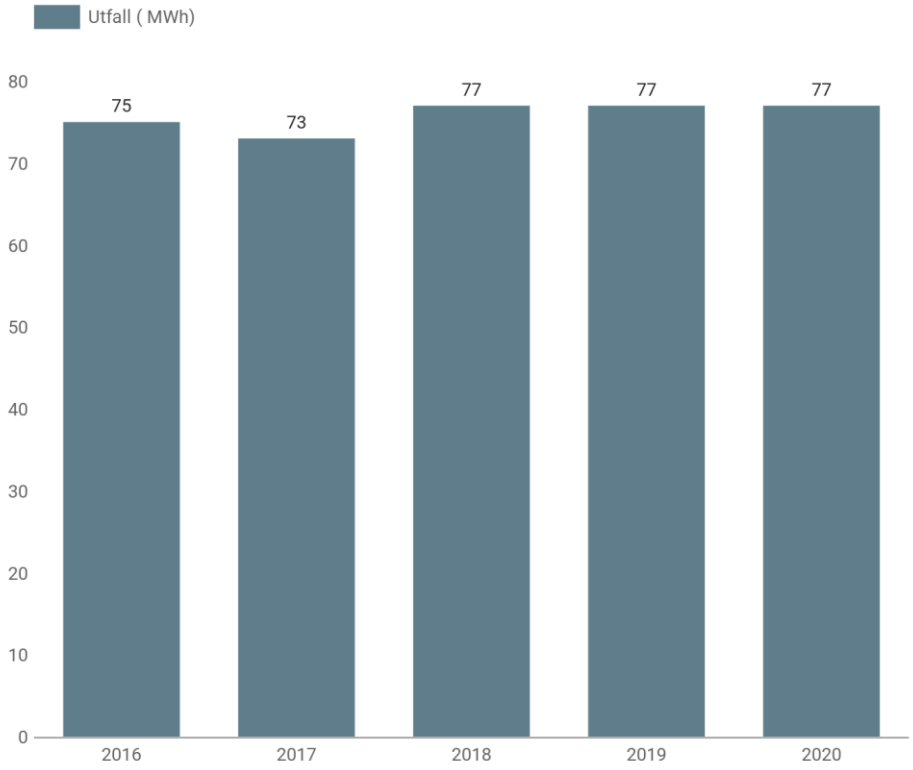
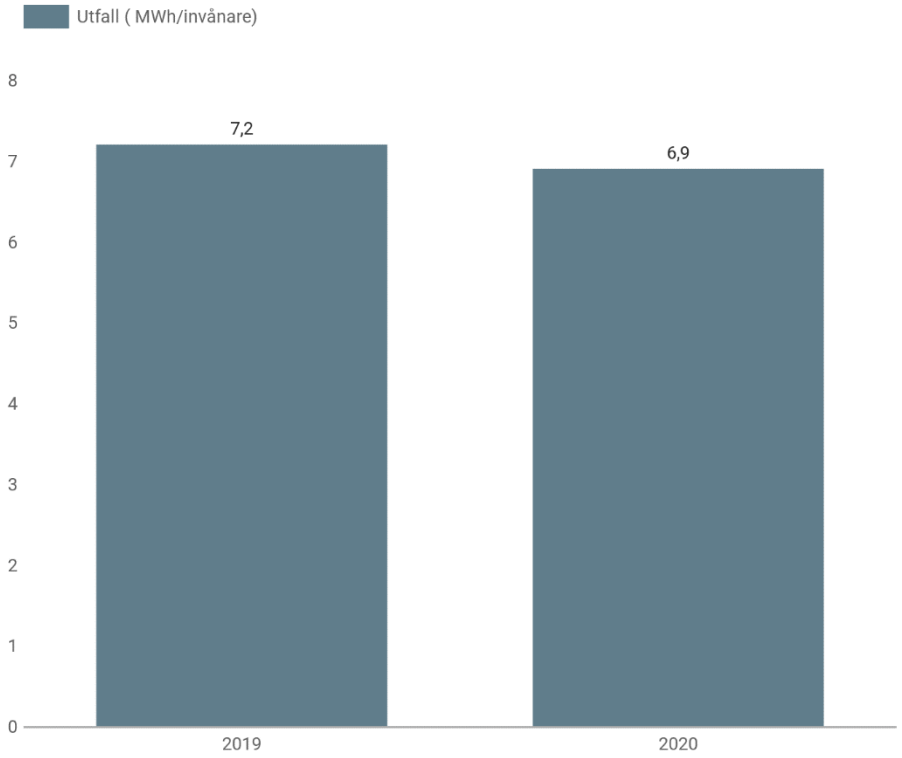
Sportoteket fortsätter att utvecklas. och växa. Under hösten 2020 har frilufts- och sportutrustning köpts in till Sportoteket verksamhet något som möjliggör för fler att låna utrustning. Idag kan Sportoteket också erbjuda 3-hjulade cyklar, parasportsutrustning och ett ökat utbud av friluftsutrustning. Sportoteket till Gavlevallen, en plats som ligger mer tillgängligt för besökarna att både hitta till och att besöka. Det finns tillgänglighetsparkering i direkt anslutning till den nya lokalen. Även digitalisering av verksamheten planeras och skärmar och datorer har köpts in.

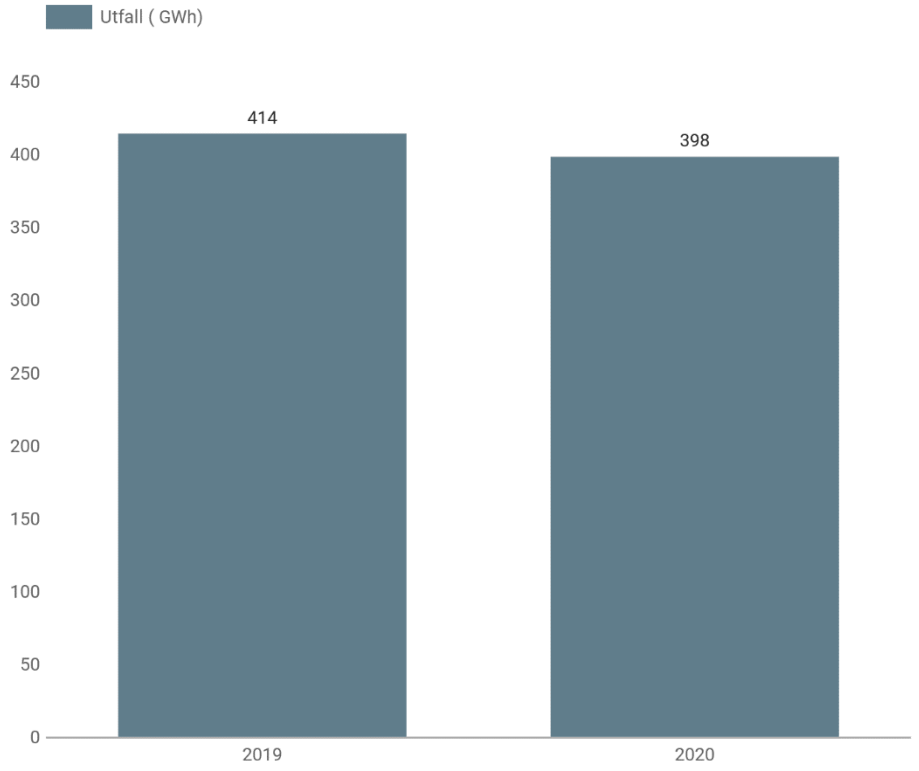
Arbetet med hållbarhet kring evenemang på Gasklockorna fortsätter, upprustning av trasiga möbler och målning med återbruksperspektiv har varit en viktig del i renoveringsarbetet.

Konserthuset har arbetat kontinuerligt för bibehållen Svanen-certifiering.

Inför flytten av Stadsbiblioteket ingår att göra det på ett så hållbart sätt som möjligt. Till exempel att återbruka och återvinna i första hand i samarbete med den kommunala möbelpoolen och Gästrike återvinnare.

Det saknas en indikator för att mäta konsumtionen på kommunnivå i dagsläget.

Indikator	
Total energi-användning per invånare i Gävle kommun som geografiskt område.	
Elanvändning per invånare inom Gävle Energis nätområde, exl verksamheter som kopplas till det regionala elnätet.	

Indikator	
Näringslivet-Total elanvändning GWh.	

4.14 I Gävle byggs och anläggs miljö- och klimatmässigt hållbart och det skapas förutsättningar för boende och verksamhetsutövare att leva miljömässigt hållbart.

Målet bedöms som gult eftersom arbete har påbörjats. Målet följs inte upp genom någon indikator i dagsläget. Istället beskrivs hur kommunen arbetar för att nå målet.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

Det har under 2020 tagits fram nya riktlinjer för mark och exploatering som bidrar till minskad miljö-och klimatpåverkan. Kommunen har även tagit fram riktlinjer för mobilitetsutredningar i exploateringsfasen där man grundligt går igenom hur man kan minska transportbehovet, öka cykel, gång och kollektivtrafik och främja fossilfria transporter. Kommunen har också en ny mobilitetsnorm där parkeringstalen stramats åt samt en Mobilitetspolicy.

Gävle kommuns Arkitekturpolicy som antogs 2020 inkluderar hur den bidrar till minskad miljö- och klimatpåverkan. Kommunen arbetar även med gröna resplaner som stöd för en verksamhet i någon form av förändringssituation. Till exempel flytt till nya lokaler, utökad verksamhet i befintliga lokaler eller en certifieringsprocess vid ny- eller ombyggnad.

Exempel på byggnader som byggts enligt Miljöbyggnad Silver är Strömsbro skola, Nynäs, och Almgården. Det har också genomförts en komplett Livscykelanalys på Sörby förskola. Det gäller även att tänka hållbart vid större ombyggnationer. Ett exempel finns i Sätra där energiförbrukningen nästan halverats vid ombyggnationen.

Gävle är en stad som växer och i de byggprojekt som planeras är det stort fokus på hållbarhet. Allt från krav på material, avfallshantering, mobilitetsplan, laddplatser för elfordon med mera. Den nya stadsdelen Hemlingborg ska byggas i hållbarhetens tecken. De lägenheter som planeras ska byggas med stomme i Korslimmatträ, vilket är ett klimatsmart alternativ till betong, och

fasad i skiffer. Solceller kommer att installeras på taken och regnvatten kommer att användas för bevattning.

I Hemlingborg togs även första spadtaget för ett vård- och omsorgsboende med 80 st platser under 2020. Byggnaden kommer att bli en kombination med skola, förskola och nämnda vård- och omsorgsboende där gemensamma ytor samt idrottshall kommer att samnyttjas. Även detta projekt har en hållbarhetsprofil.

Ett sätt att skapa förutsättningar för boende och verksamhetsutövare är genom så kallade Mobilitetshus. Förutom parkeringsplatser för bilar kan det erbjudas integrerade cykelparkeringar med servicestation där pumpning och laddning av elcykel är möjlig, digitala informationstavlor och utrymmen för varuutlämningsboxar.

Exempel på hur det går att arbeta med redan befintliga stadsdelar är Gavlegårdarnas renoveringsprojekt på Nordost. Projektet som pågått i fem år har haft fokus på tre integrerade B:n – Byggprojekt, Bodemokrati och Beteendeförändring. Det utsågs vid Sveriges Allmännyttas Fastighetsutvecklingsdag till Årets bästa renovering. Gavlegårdarna vann priset!| Gavlegårdarna (gavlegardarna.se)

Den nya stadsdelen Näringen ska bli en av Europas mest hållbara stadsdelar. Det innebär en storsatsning på innovation och teknikutveckling för att dels möta klimatutmaningarna och dels för att kunna bygga en stadsdel med höga hållbarhetskrav. Ambitionen är även att befintliga verksamheter ska finnas kvar och att nya etableras i området. Arbetet kommer att ta många år och är än så länge bara i startgroparna.

Den nya stadsdelen Näringen ska bli en av Europas mest hållbara stadsdelar. Det innebär en storsatsning på innovation och teknikutveckling för att dels möta klimatutmaningarna och dels för att kunna bygga en stadsdel med höga hållbarhetskrav. Ambitionen är även att befintliga verksamheter ska finnas kvar och att nya etableras i området. Arbetet kommer att ta många år och är än så länge bara i börjanstartgroparna.

5 Robusta ekosystem

Målområdet Robusta ekosystem omfattar ökad biologisk mångfald, utveckling och förstärkning av ekosystemtjänster, rekreation, rent vatten och ren mark samt klimatanpassning.

Att närma sig ett tillstånd som kan kallas Robusta ekosystem är ett ständigt pågående arbete. För att klara målen inom målområdet Robusta ekosystem krävs att det påbörjas ett systematiskt arbete inom respektive mål som också resursätts.

5.1 Stärkt biologisk mångfald och fler värdefulla rekreationsområden.

Målet bedöms gult arbetet är påbörjat och delvis uppnått, men ett systematiskt arbete kring biologisk mångfald som innefattar hela kommunen behöver initieras för att nå målet. Indikatorerna visar att arbetet går framåt inom vissa områden men är lika som föregående år för de flesta. Andel av den kommunägda jordbruksmarken som brukas ekologiskt har inte förändrats sedan 2019. Andelen kommunägd jordbruksmark som brukas ekologiskt är 69 % 2020 och har inte förändrats sedan 2017. Av totalen odlad areal åkermark/jordbruksmark, är 45 % ekologiskt odlad.

Areal kommunalt bildade naturreservat är 891 ha jämfört med 617 ha 2019 vilket är en ökning med 31% tack vare Limöns naturreservat. De kommunala örtbackarna är 10 st 2020, vilket är lika många som 2019 och antalet har inte ökat sedan 2016. Total andel skyddad natur är 4,3 % vilket är samma nivå som 2019. Gävles placering som friluftskommun har förbättrats, från plats 47 år 2019 till plats 41 år 2020.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

En så kallad "fickpark" bland tät bebyggelse i Nordost. Fickparken i Nordost är en liten park bland tät bebyggelse med ett rikt innehåll och tillgänglig för alla. Ett arbete har påbörjats för att anlägga en äng i Andersberg. Ängen skapar goda livsmiljöer för ängsblommor och har

kompletterats med bibäddar i slänter, ett insektshotell, informationsskyltar och en iordningsställd yta med picknickbord. Den ska fungera som rekreationsplats där man kan mötas över åldrarna.

Det finns nu en ny naturslinga i Sätraskogen och det har skett en upprustning av Valls hage.

Biotoprestaurering av Skärjån har genomförts vilket innebär att det nu finns många fler platser för fisken, samtidigt som livsutrymmet för bottenfauna och andra akvatiskt levande arter i vattendraget har ökat markant.

En kartläggning och inventering av den invasiva arten svartmunnad Smörbult har genomförts.

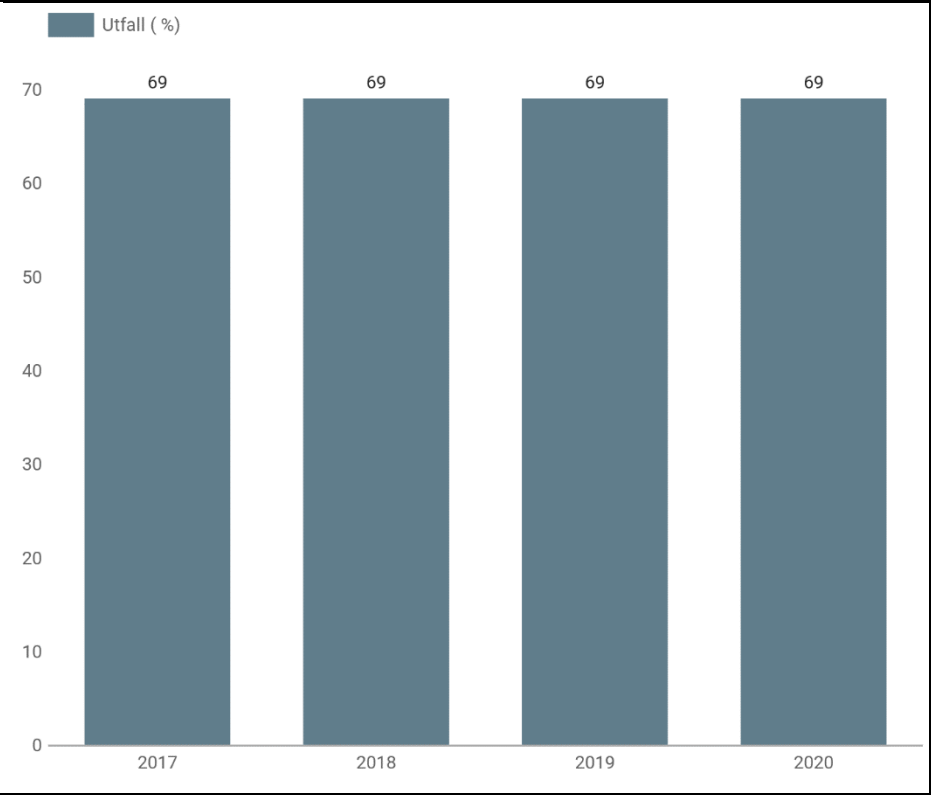
I stadsträdgården har några träd kapats för att skapa högstubbar. Högstubbar är träd som har kapats på 3–4 meters höjd för att skapa hem och matplats för insekter, svampar och fåglar.

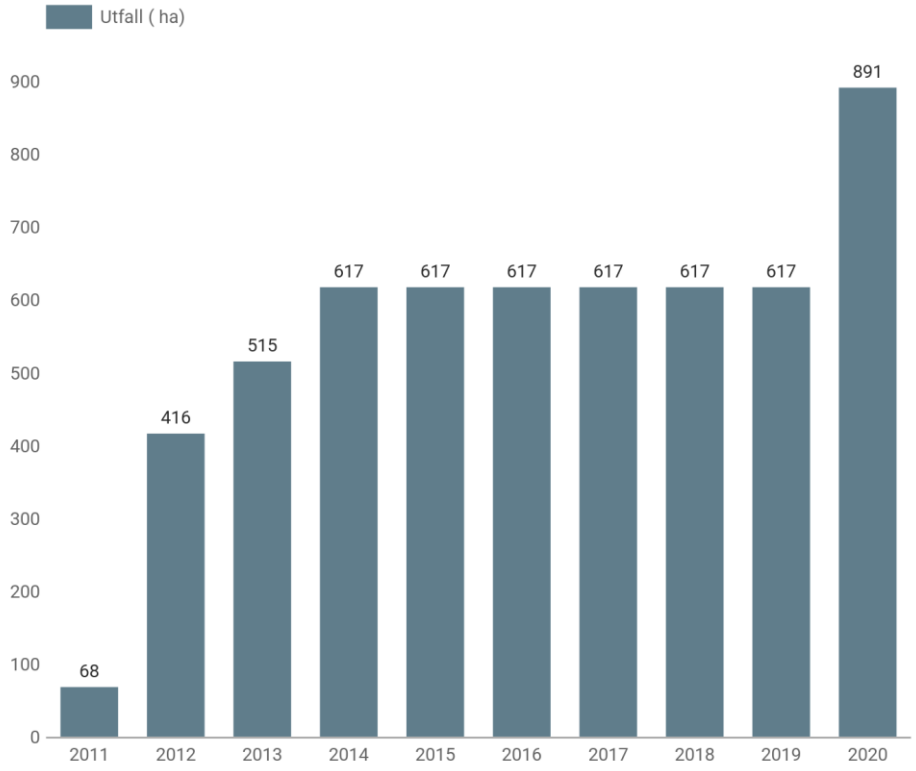
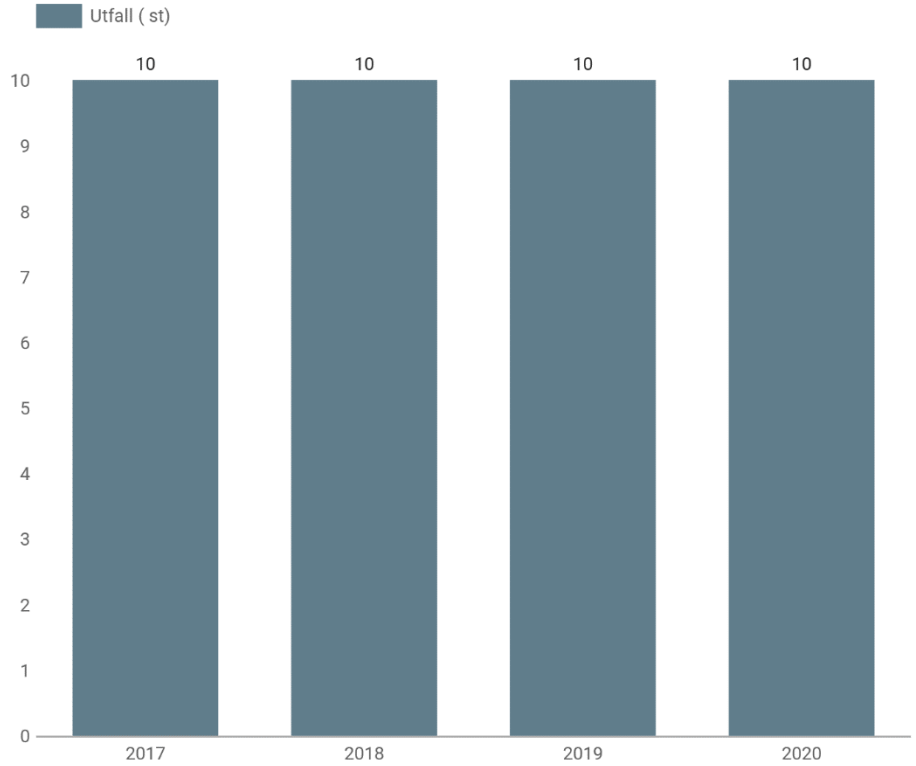
Kommunfullmäktige har beslutat att bilda ett nytt naturreservat på Limön.

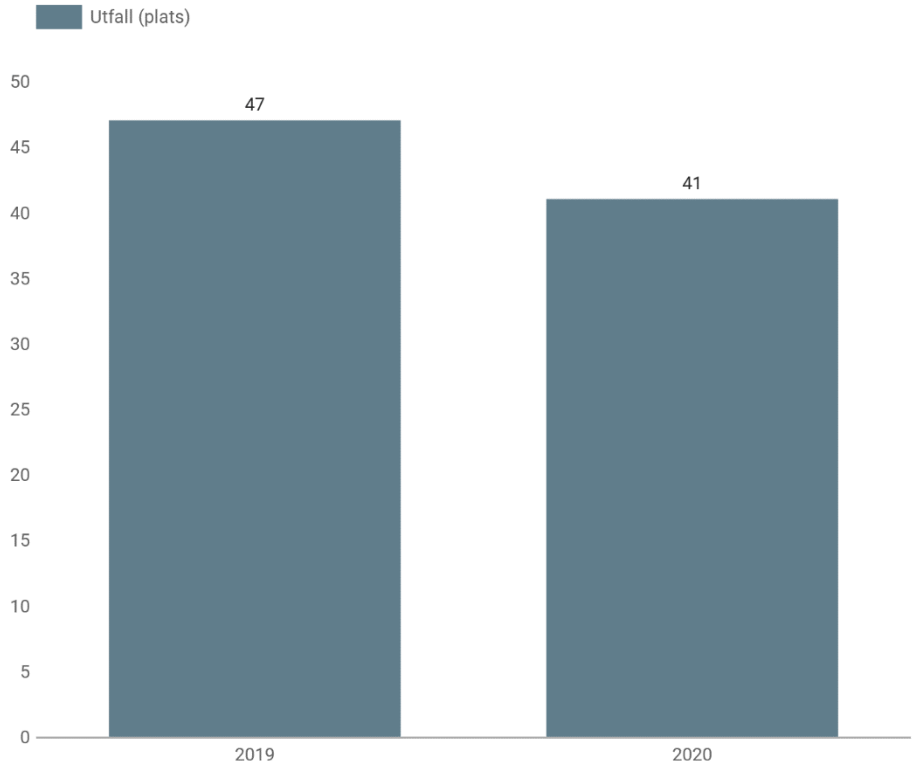
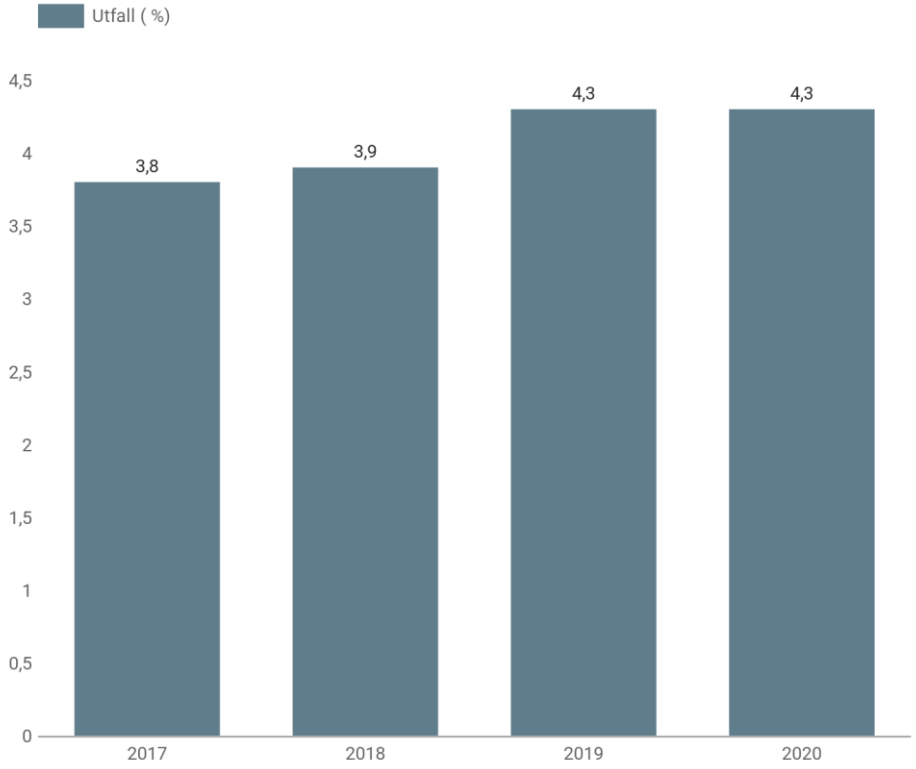
Arbete med att implementera en ekosystemtjänstkartläggning pågår och förväntas vara klar till sommaren. Analysen omfattar kartläggning och värdering av biologisk mångfald såväl som producerande, reglerande och kulturella ekosystemtjänster med områdesvisa rekommendationer och kan användas som stöd vid detaljplanehandläggning.

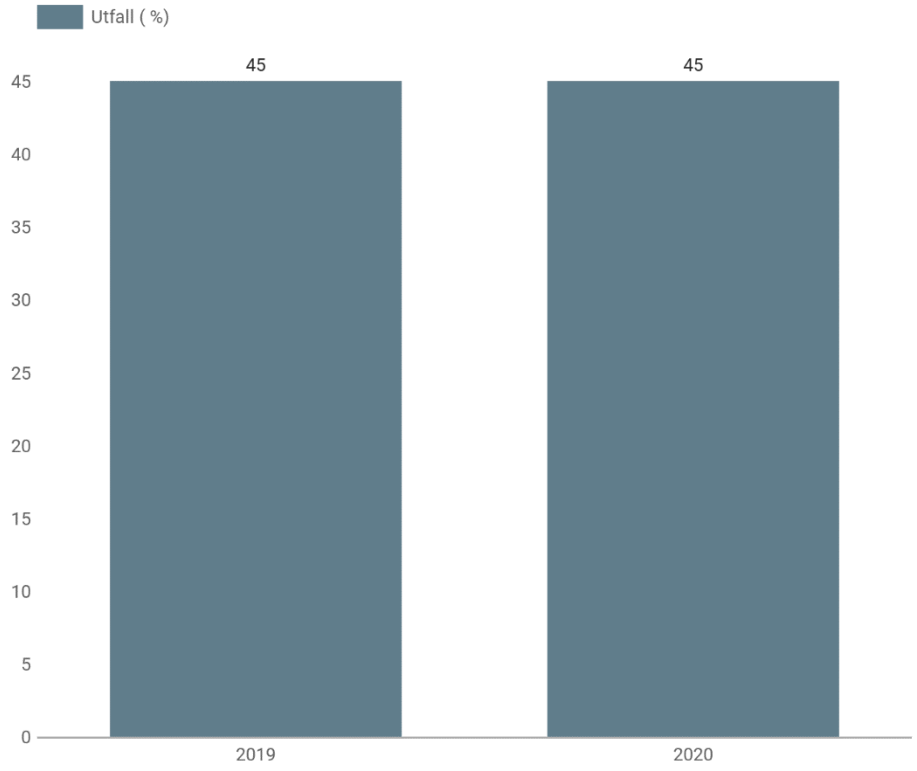
Gävle deltog 2020 i tävlingen Sveriges friluftskommun, vilket är en tävling med syfte att stimulera och uppmuntra kommunernas arbete med friluftsliv. 2020 förbättrade Gävle kommun sin placering i tävlingen.

Andra exempel som genomförts de senaste åren är att Storskogen fått infoskyltar för barn. Naturstigen fått infoskyltar för unga vuxna, nyanlända och övriga gävlebor. Ny fågel/fiskeinformation vid Gavleån, kulturhistoriska skyltar vid naturreservat och längs Gästrikeleden via naturkraft Gästrikland.

Indikator	
Andel av den kommunägda jordbruks-mark som brukas ekologiskt.	

Indikator	
Areal kommunalt bildade naturreservat enligt Strategi för bildande av naturreservat i Gävle kommun.	
De kommunala örtbackarna ska skyddas och hävdas.	

Indikator	
Bästa friluftskommun.	
Total andel skyddad natur i % ska öka.	

Indikator	
Andel ekologiskt odlad areal åkermark/jord-bruksmark i % ska öka.	

5.2 God status i alla vattenförekomster.

Målet bedöms som rött och med de insatser som genomförts bedöms målet inte uppnås. För att nå målet krävs ökad provtagning, ett ökat uppströmsarbete, samt utarbetade åtgärdsförslag som resursätts och genomförs.

För 2020 har ingen ny statusklassning genomförts av vattenförekomster och den senaste gjordes 2019 och visar att 16 % av sjöar och vattendrag i Gävle kommun har god eller hög ekologisk och kemisk status.

Indikatorn som visar vatten och avloppsindex beskriver medborgarnas syn på kommunens vattenförsörjning och avloppssystem. Det är första året indikatorn följs.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

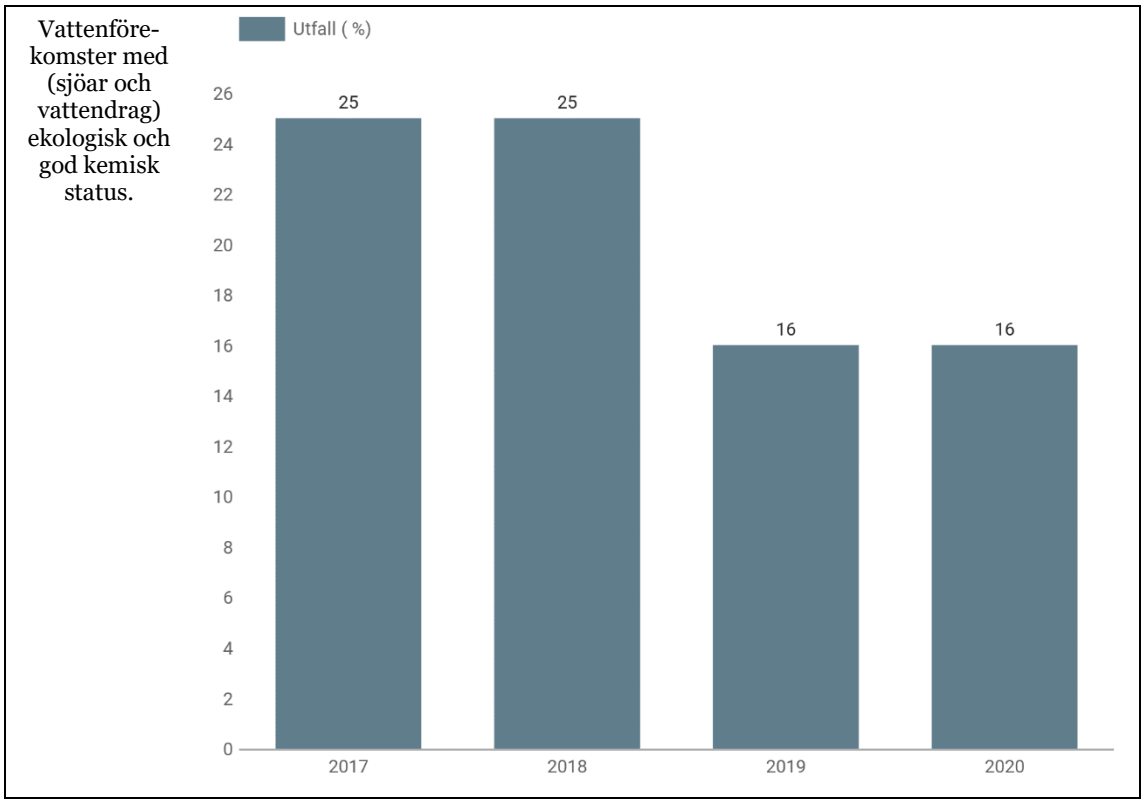
Det har pågått förstärkt arbete för att minska mängden av annat vatten, så kallat ovidkommande vatten, i våra spillvattenledningar. Exempel på ovidkommande vatten kan vara anslutet dagvatten, anslutet dräneringsvatten samt inläckage från marken.

Andra exempel på åtgärder som är genomförda är anläggandet av dagvattendamm för att rena vattnet från Valbovägen.

Kommunen bedriver också tillsyn på verksamheter som har utsläpp till mark, luft och vatten, detta resulterar bland annat i att vissa industrier får skärpta krav på hur de ska rena sitt dagvatten. Vilket i sin tur resulterar i att mindre mängd föroreningar hamnar i recipienterna.

Ett annat viktigt arbete är kommunstyrelsens mark- och vattenstrategi. Arbetet syftar till att öka koncernens kunskap om vattenförekomsterna i Gävle-Valboåsen. Därmed kan dricksvattentäkten skyddas på ett bättre sätt. Detta arbete ger viktiga bidrag i utvecklingen av Gävle.

Gävle Gästhamn är en av 12 st hamnar i Sverige som fått hissa Blå Flagg 2020. Blå Flagg är en internationell miljömärkning för fritidsbåtshamnar och stränder som finns i 45 länder. En anläggning som har Blå Flagg visar för sina gäster och sin omgivning att de uppfyller högt ställda krav när det gäller vattenkvalitet, miljö, säkerhet och service.



5.3 Robust vattenförsörjning.

Målet bedöms som gult eftersom mycket omfattande åtgärdsarbete är påbörjat. Arbete pågår för att utöka mängden tillgängligt vatten i Gävle kommun för att uppnå en robust vattensörjning.

Indikatorn som visar "Utnyttjandegraden vid Vattenverket minskar" påvisar om vi får större marginaler i vattenverket därför strävas mot en lägre utnyttjandegrad.

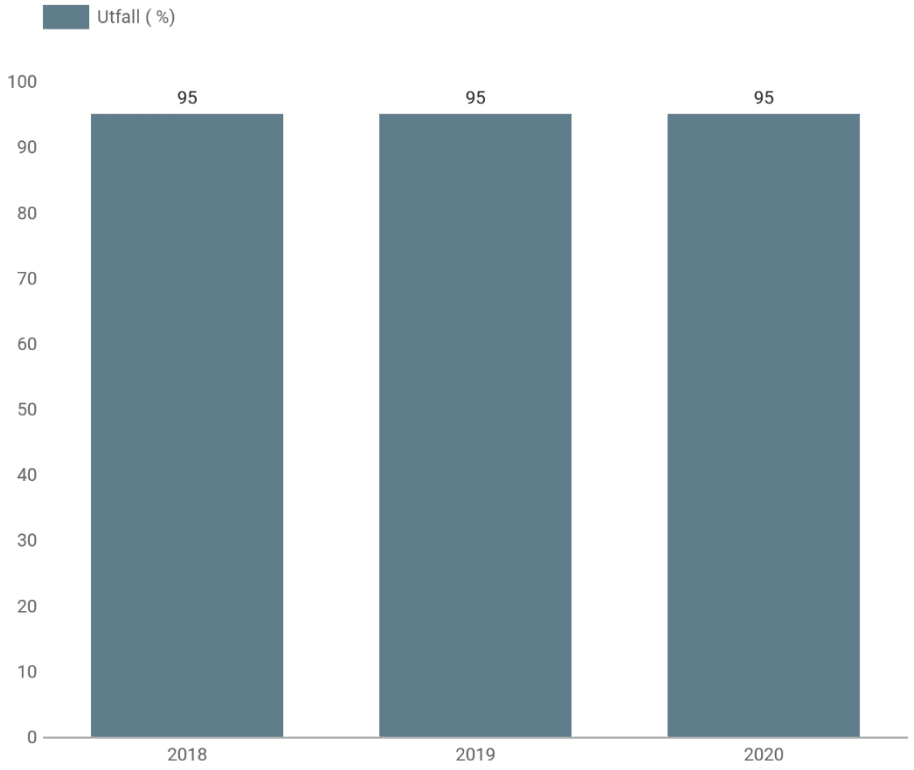
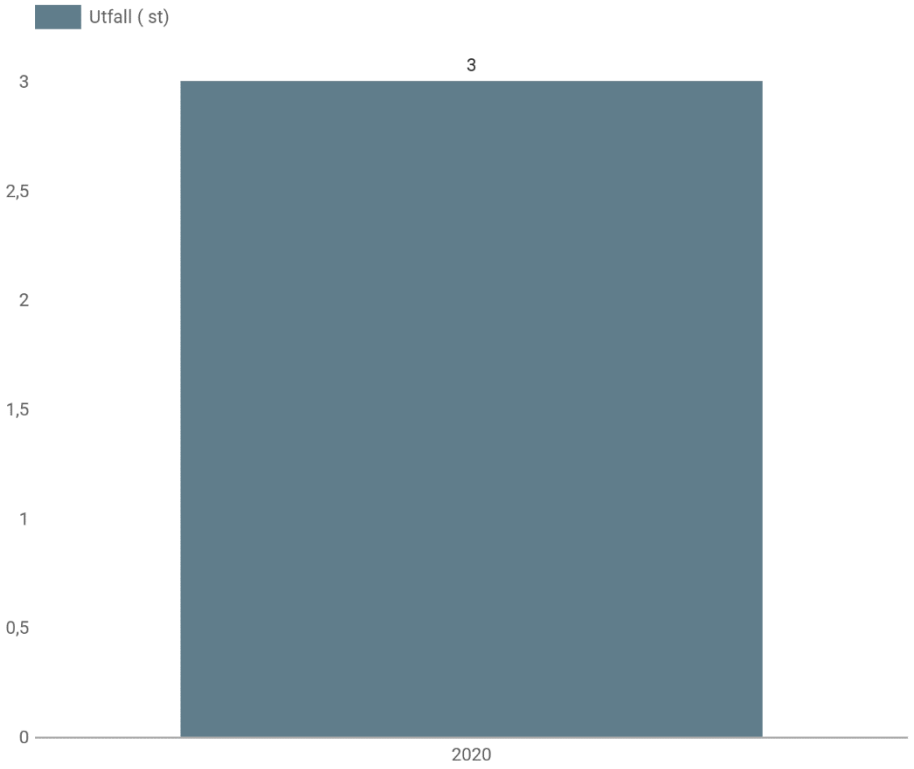
Några exempel på utförda åtgärder under året:

Gävle Energi har under året installerat en ny rökgaskondenseringsreningsutrustning. Den bedöms minska dricksvattenförbrukningen väsentligt i produktionen vid kraftvärmeverket Johannes.

Gävle kommun har deltagit i arbetet med detaljplanen för sjukhuset som ligger inom vattenskyddsområde samt i arbetet med att ta fram nya föreskrifter för Gävle-Valboåsens vattenskyddsområde, hanterat ärenden gällande PFAS (perfluorerande ämnen) i grundvattnet vid Rörbergs flygplats, samt ställt krav i tillståndsärenden gällande arbeten och verksamhet inom vattenskyddsområden.

Arbete med att minska läckage av vatten pågår löpande. Ett led i arbetet är att installera digitala mätare för att enklare kunna se eventuella läckage.

Kommunen undersöker även möjligheter kring att använda tekniskt vatten, ej dricksvatten, vid till exempel tvätt av gator.

Indikator	
Utnyttjande-graden vid Vattenverket minskar.	
Andel åtgärdade vägavsnitt som är utpekade i Skydd av Gävle-Valboåsen.	

5.4 Gävle kommun arbetar aktivt med att minska påverkan från förorenade områden.

Målet bedöms som rött med tanke på att det krävs ett mer strategiskt och omfattande arbete. Att söka externa bidrag för att åtgärda förorenade områden behöver startas, detta är en förutsättning för att nå målet.

Indikatorn som visar antal förorenade områden i riskklass 1 och 2 är en ny indikator som kommer följas åren framöver. Ju färre det blir desto bättre är det.

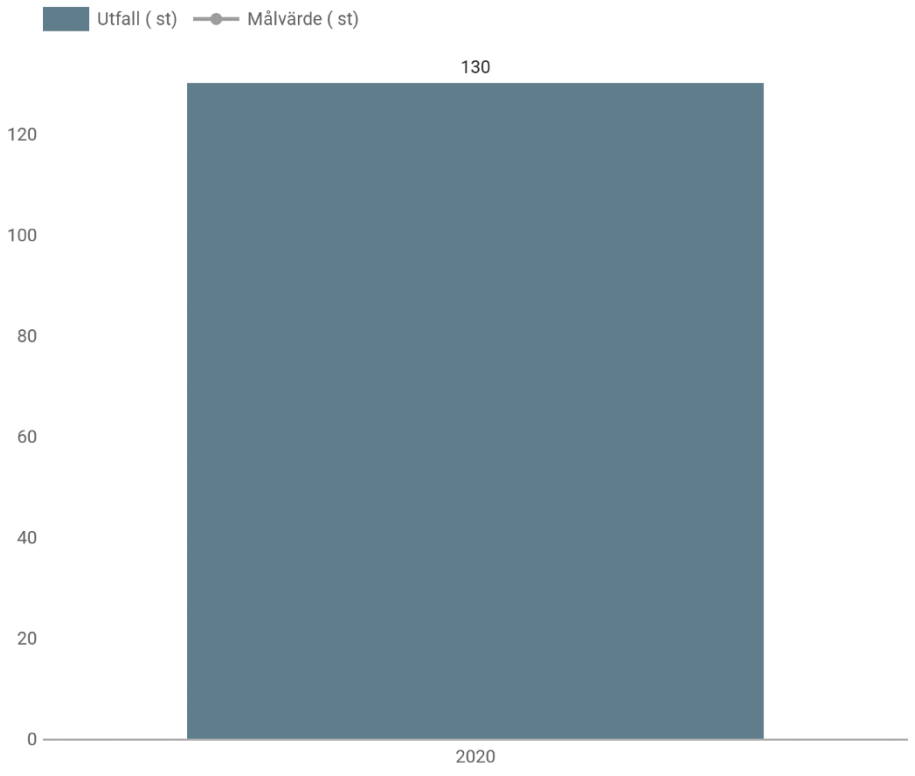
Några exempel på utförda åtgärder under året:

En kartläggning av deponin på Näringen. I Norrsundet har ett pilotprojekt genomförts för att undersöka om kvicksilver från sediment från pappersbruket är på väg att lossna.

Livsmiljö Gävle har genom arbete med statusrapporter för verksamheter minskat påverkan av framtida ”förorenade områden”. De arbetar också med att ställa krav på åtgärder i ärenden där förorening påträffats eller där arbete ska göras i mark där förorening är konstaterad. Vid tillsyn har Livsmiljö märkt att företag renar dagvattnet i högre grad än tidigare.

Indikator

Gävle kommun minskar antalet förorenade områden i riskklass 1 och 2.



5.5 Gävle kommun är anpassad till det förändrade klimatet och har minimerat risker för miljö och hälsa.

Målet bedöms som rött eftersom mycket arbete kvarstår. Kommunen saknar ett strategiskt övergripande arbete kring klimatanpassning, vilket är en förutsättning för att få till ett systematiskt arbete med åtgärder, planer och strategier. Kommunen analyserar vissa delar men det finns inget helhetsgrepp.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

Gävle kommun har påbörjat klimatanpassningsarbetet i de stadsomvandlingsprojekt som pågår och har med det i planeringen av den nya stadsdelen som planeras på Näringen.

Ett exempel på ett pågående stadsomvandlingsprojekt är Norra Brynäs, där ingår klimatanpassning utifrån det vattennära läget. Mer om det kan läsas om i Fördjupad översiktsplan för Norra Brynäs.

Det har tagits fram nya riktlinjer för mark och exploatering som inkluderar klimatanpassning.

Gavlegårdarna utvecklar metoder för att gynna ekosystemet kontinuerligt. Regnvatten tillvaratas och leds till rabatter och dagvattendiken istället för att belasta reningsverk. Plantering sker av utvalda växter och träd som gynnar ekosystemet.

Livsmiljö Gävle kräver att verksamhetsutövare tar höjd för klimatförändringar när de hanterar anmälan om dagvattenanläggningar.

Gävle kommuns arkitektpolicy som antog under 2020 inkluderar Klimatanpassning: Arkitekturpolicy.pdf. Genom att i planeringsskedet se vatten som en resurs och inte ett problem, kan åtgärder för dagvattenhantering och skyfall integreras till en naturlig del i stadsbilden till exempel.

Indikatorerna kommer ses över om det kan finnas lämpliga indikatorer att följa. SMHI har fått i uppdrag av regeringen att utveckla ett system för uppföljning och utvärdering av det nationella arbetet med klimatanpassning. Kommunen inväntar resultatet från det.

6 Ren och giftfri vardag

Målområdet Ren och giftfri vardag omfattar kretslopp, matens miljöpåverkan, kemikalier, ren luft och buller samt medvetandegörandet av en mer hållbar livsstil.

Framgångsfaktorer som kommunikation, samverkan, delaktighet och inflytande och handlingskompetens är mycket viktiga för att kunna skapa rätt förutsättningar för att nå målen inom målområdet Ren och giftfri vardag. De är väsentliga för att alla målgrupper i programmet, det vill säga Gävle kommunkoncern, invånare och näringsliv i Gävle, ska känna att de är delaktiga och har inflytande att skapa ett miljömässigt hållbart Gävle.

6.1 Alla invånare ska ha handlingskompetens för en hållbar samhällsutveckling; 100% år 2030.

Målet bedöms som rött eftersom mycket arbete kvarstår. Här är kommunikation och samverkan avgörande för att målet ska kunna uppfyllas och det krävs ett mer långsiktigt och omfattande arbete kring det. Kommunen behöver hitta vägar framåt för hur kommunen genom samverkan med andra kan skapa handlingskompetens, det vill säga att aktivt skapa engagemang på olika sätt för att påverka till en hållbar samhällsutveckling.

En av de indikatorer som följs beskriver hur invånarna i Gävle uppfattar Gävle kommuns miljöarbete och under 2020 visar den en ökning vilket är positivt.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

Som en del i Utbildning Gävles arbete "Lärande för hållbar utveckling" får varje år elever i årskurs 5 och 9 och i gymnasiet i Gävle besvara frågor i en enkät som visar på Handlingskompetens. Utbildning Gävle satsar på att ge barn och elever kunskap för att kunna

bidra till en hållbar samhällsutveckling. Det sker genom ett aktivt arbete med Lärande för hållbar utveckling - LHU. LHU genomsyras av kommunens miljöstrategiska program och sociala hållbarhetsprogram, som är viktiga styrdokument på lokal nivå, samt av FN:s globala mål för hållbar utveckling, Agenda 2030.

Ett flertal informationskanaler används för att kommunicera vad som händer i Gävle via till exempel Gavle.se, Gävle kommuns Facebook samt Instagram. På www.gavle.se/miljo hittas det miljöstrategiska programmet och det årliga Miljöbokslutet.

Gävle Energis kampanj: 100 framsteg för en bättre morgondag, där berättas om några av de projekt och initiativ som Gävle Energi genomför eller är delaktiga i.: 100 framsteg – Gävle Energi AB (gavleenergi.se).

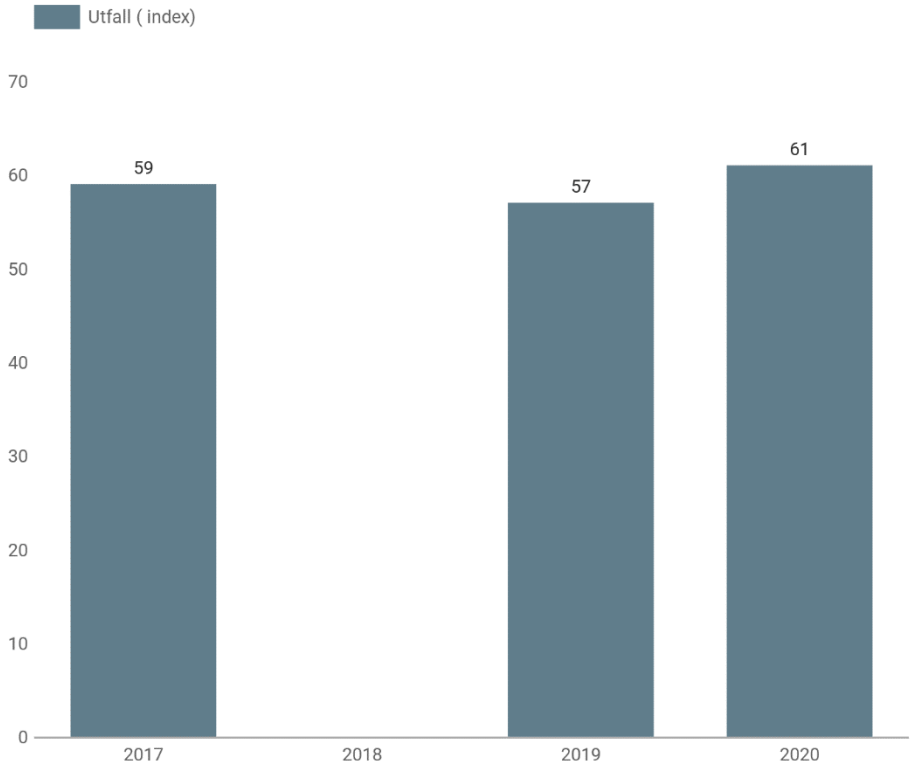
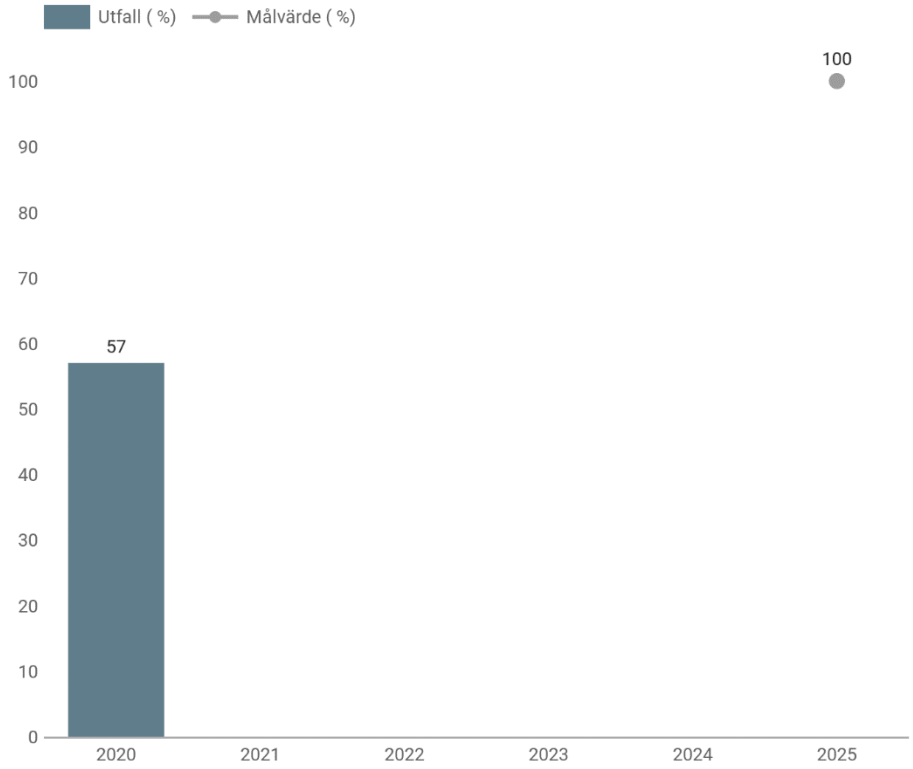
Kommunens konsumentvägledning bidrar till att motverka överkonsumtion genom att stärka den enskildes kunskaper om rättigheter enligt konsumenträttslig lagstiftning. Detta minskar konsumentskadan vilket i förlängningen ger samhällsekonomiska vinster.

Miljöutbildningar inom Gävle kommun - för att uppmärksamma och integrera miljöarbetet har det skett ett omtag under 2020. Räddningstjänsten, Gavlefastigheter, Gävle Energi, Gävle hamn, Gästrike återvinnare och Gavlegårdarna för att nämna några verksamheter som goda exempel på att ha utbildat sin personal i miljöfrågor.

Under 2020 har diskussioner påbörjats inom kommunen för hur en gemensam kommunikation för Gävle kommuns styrande program kan vidareutvecklas.

Gävle kommun har tillsammans med ett par andra kommuner, regionala myndigheter och länsstyrelsen i Gävleborg, undertecknat en avsiktsförklaring för att samarbeta för genomförandet av Agenda 2030 i både långsiktiga planer och det dagliga arbetet. Som ett led i det arbetet har Gävle kommun under 2020 skrivit fram en ansökan att delta i ett EU-projekt där cirka 15 europeiska städer kommer att ingå. Det är ett pilotprojekt med syfte att stötta städer att integrera Agenda 2030 i organisationen.

Under 2020 har det även pågått ett utvecklingsarbete med att integrera Agenda 2030 i kommunplanen för 2021.

Indikator	
Miljöarbete-index ska öka från index 59 år 2017 till Index 65 år 2025. Medborgar-undersökning SCB.	
% (0-100) elevers handlings-kompetens åk 5, 9 och gymnasiet åk 2	

6.2 Alla kommunala skolor och förskolor ska ha uppnått certifieringen Grön Flagg och/eller utmärkelsen Skola för hållbar utveckling senast år 2025.

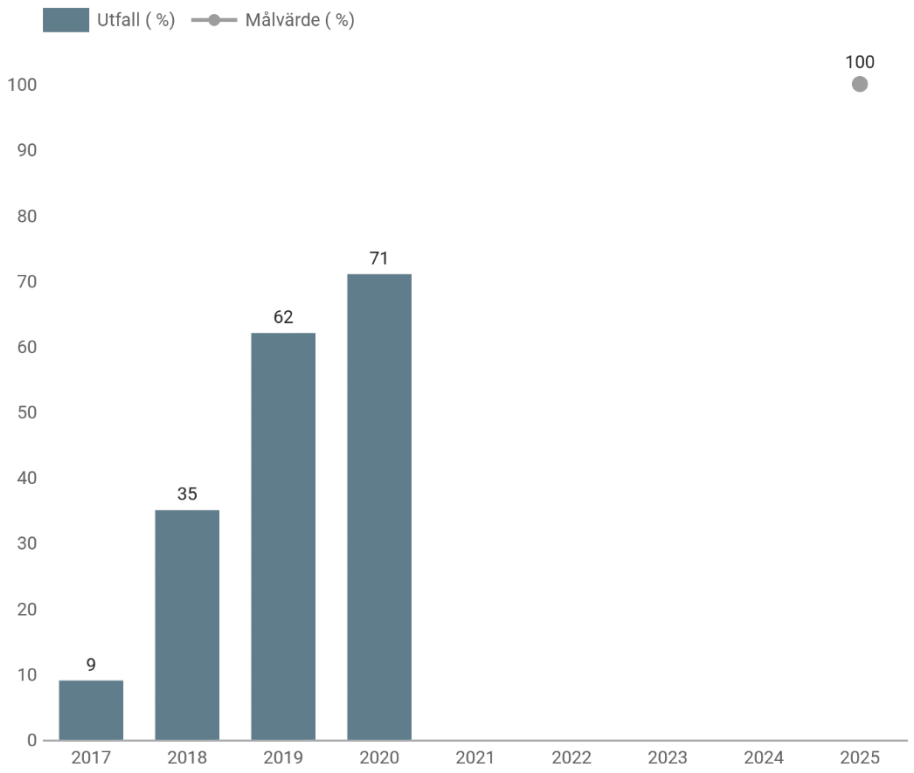
Målet bedöms som gult eftersom arbete pågått en längre tid och lett till en successiv ökning. Totalt 71 % av Gävle kommuns förskolor och skolor har nu hissat Grön Flagg, det vill säga 78 verksamheter.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

Bland annat hissade två av våra gymnasieskolor flaggan under 2020 och det bidrog till att Polhemsskolan och Vasaskolan kom på delad andra plats som Årets hållbara gymnasieskola i Sverige 2020.

Förutom att förskolor och skolor certifierar sig har Junibacken som första korttidshem i Sverige certifierat sig med Grön Flagg för deras arbete med hållbar utveckling, fokus på återvinning och odling.

Andelen förskolor och skolor som har tillgång till så kallade skolträdgårdar ökade med x%, nu har 82 % tillgång till en trädgård uppförd i pedagogiskt syfte i anslutning till en skola, där elever kan lära sig om växter och odling.

Indikator	
100 % av alla kommunala skolor och förskolor ska vara Grön Flagg-certifierade eller motsvarande certifiering senast år 2025.	

6.3 Hållbar och klimatsmart mat.

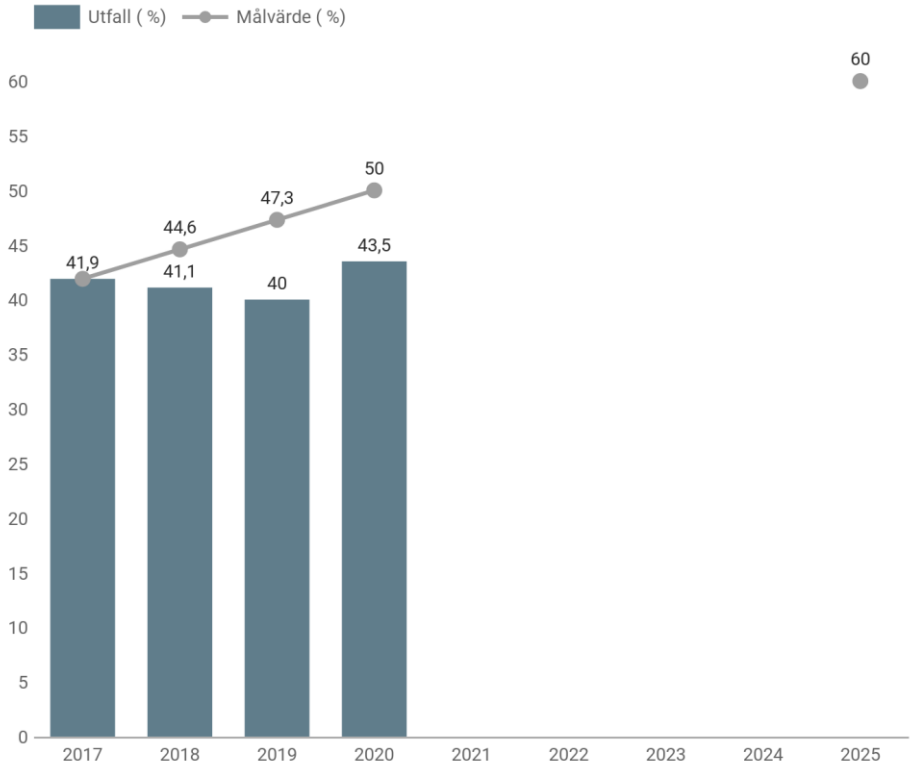
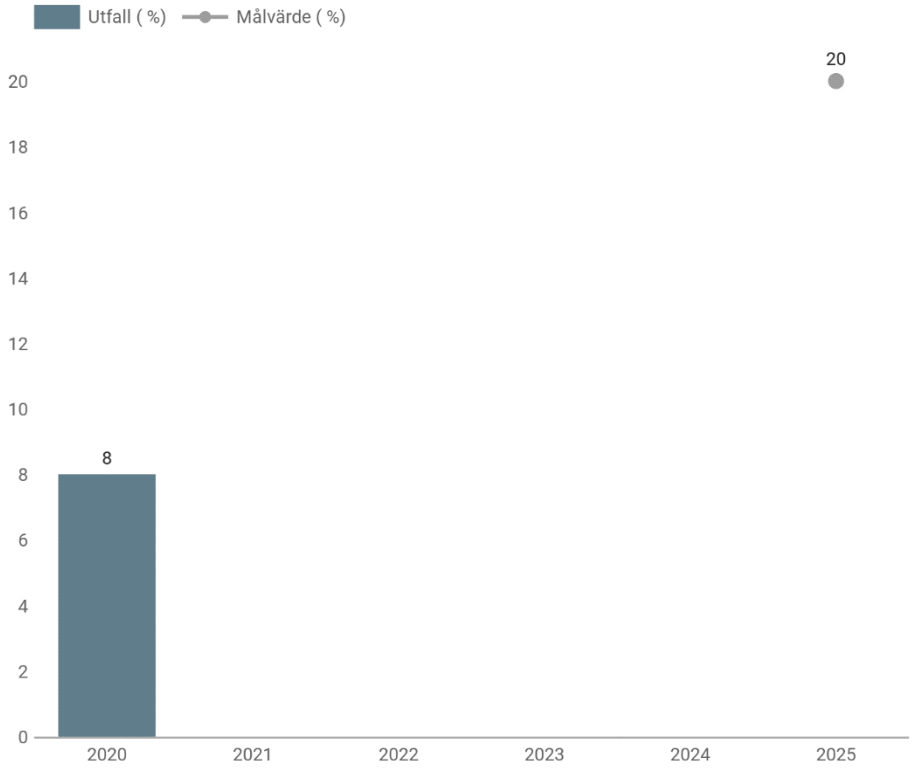
Målet bedöms som gult eftersom arbete påbörjats. Gävle kommunkoncern arbetar aktivt för att minska miljöpåverkan från den mat som serveras inom kommunens alla verksamheter. Det genom att öka andelen närproducerat, ekologiskt, svenskt och vegetabilier, samt minska andelen rött kött, och att endast köpa MSC/ASC-märkt fisk. Kommunen arbetar även med att minska matsvinnet. Indikatorer som följs för detta mål är andel svenskproducerat, andel närproducerat, andel rött kött och minskat matsvinn. Dessa indikatorer är alla nya med basår 2020 och därför kan de följas upp först nästa år.

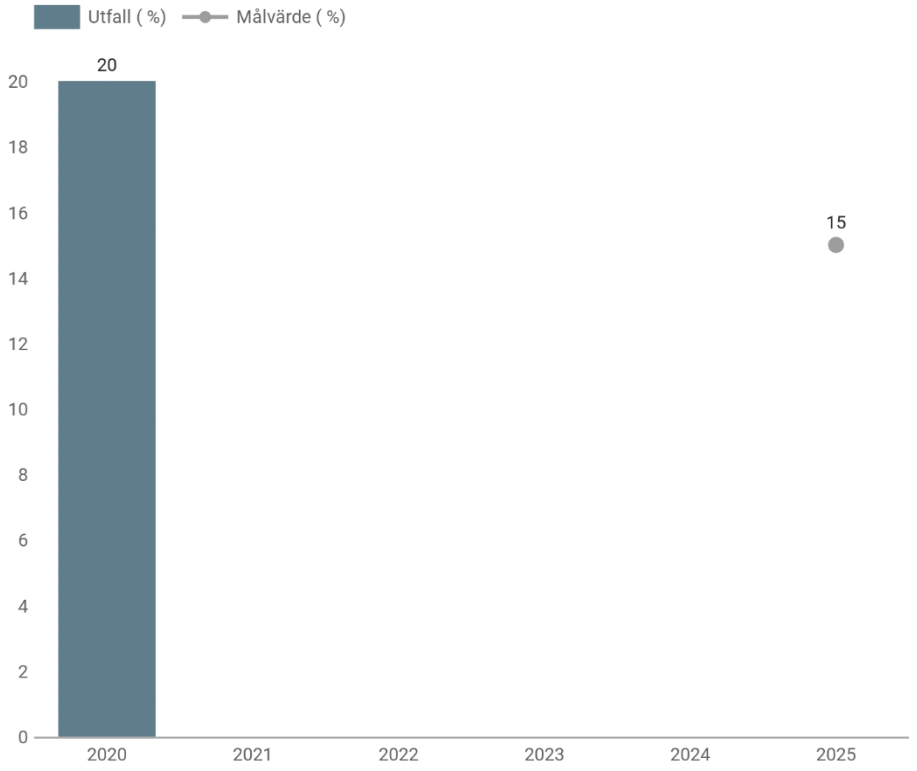
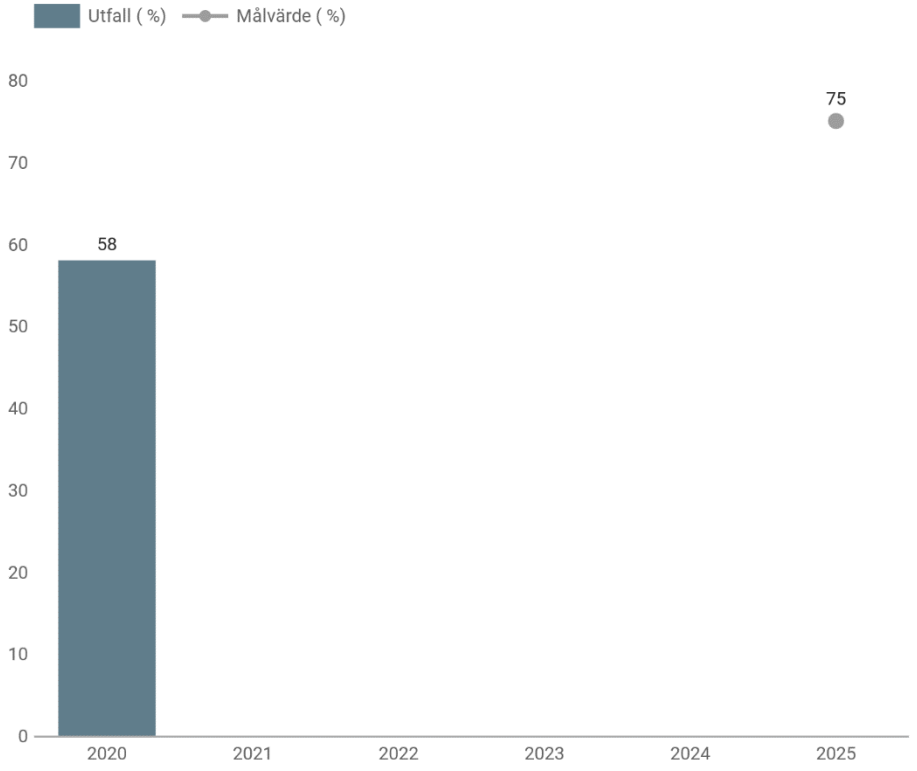
Den indikator som följt med sedan tidigare är andel ekologiska inköp. Andelen ekologisk mat som serveras inom kommunens verksamheter fortsätter att öka. Även i år fick Gävle kommun ta emot diplom från Ekomatsligan för sitt goda arbete med ekologiska inköp. Ekomatsligan är en ranking av landets kommuner och regioner avseende deras ekologiska inköp. Kommunen nådde dock inte upp till målet 50 % ekologisk mat år 2020 inom kommunens verksamheter, utan hamnade på 43,5 %.

Värt att lyfta fram är kommunens förskolekockar som verkligen ligger i framkant när det gäller ekologiska inköp, de nådde 2020 s mål med råge, med 63 % ekologisk mat.

Statistik för att följa målen hämtas från det nyligen upphandlade systemet Hantera Livs. Det är ett analysprogram för inköp av livsmedel där alla avtalsleverantörerna inom livsmedel och måltider finns samlade. Systemet redovisar även koldioxidutsläpp.

Att mäta matsvinn inom förskola och skola har pågått under flera år. 2020 togs en bredare ansats och nu har även vård och omsorg samt Hemlingbystugan börjat mäta matsvinnet. Under fem dagar mättes matsvinnet vid 5 luncher och av de 70 000 lunchportioner som var med i mätningen genererades ett matsvinn på i genomsnitt 47 gram per portion (matsvinnet från leverantörernas storkök är inte medtaget i beräkningen). Resultatet är ett viktigt underlag för miljöstrategiska programmets fortsatta arbete för att minska matsvinnet inom kommunen, samt för målet om matsvinn som finns med i Kretsloppsplanen.

Indikator	
Andel ekologiska livsmedels-inköp, inklusive MSC-märkt fisk (Marine Stewardship Council, certifierat hållbart fiske), av totala livsmedels-inköpen i kr.	
Andel rött kött (nöt, gris, lamm, ren och vilt) i % relaterat till total inköpskostnad.	

Indikator	
Andel inköp av närproducerat i % relaterat till total inköpskostnad .	
Andel svensk-producerat i % relaterat till total inköpskostnad .	

6.4 Mängden totalt matsvinn som slängs inom vård, omsorg, förskola och skola inom Gävle kommunkoncern ska minska med 15 % mellan år 2020 och år 2025.

Målet bedöms som gult eftersom arbete påbörjats. Gävle kommun har tidigare mätt matsvinnet inom grundskola och gymnasieskola och under 2012-2017 minskade matsvinn med 20 %, vilket också var målet i det förra miljöstrategiska programmet.

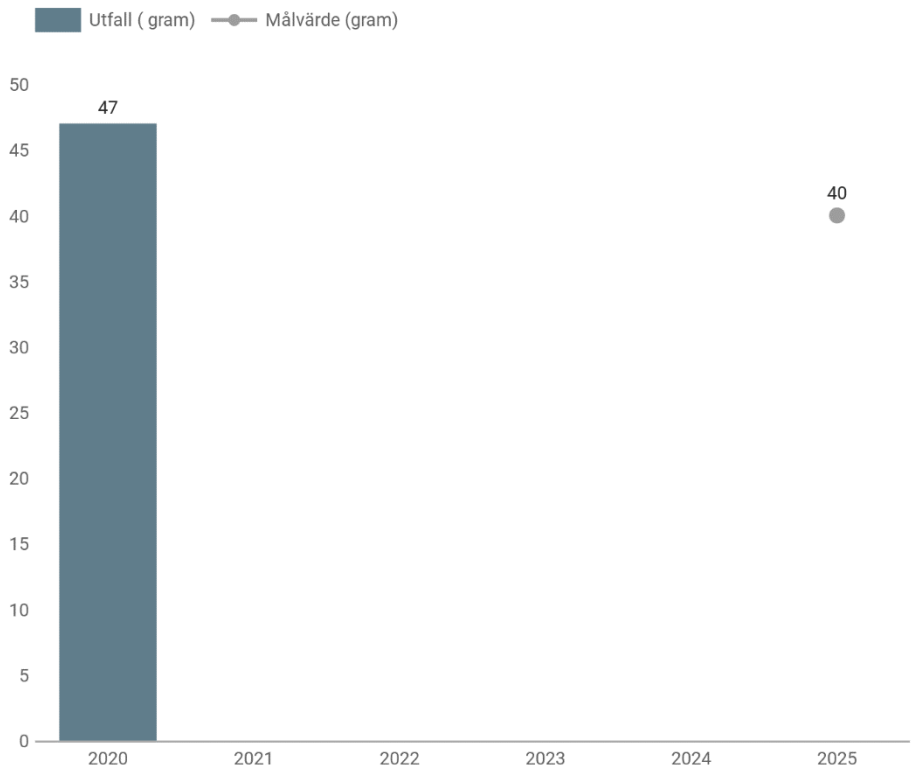
Målet har nu höjts och inkluderar förutom förskola och skola, även vård, omsorg samt Hemlingbystugan som är i kommunens regi.

År 2020 genomfördes för första gången en gemensam matsvinnsvecka för hela Gävle kommun, det vill säga inom både vård, omsorg, förskola och skola samt Hemlingbystugan. Under fem dagar mättes matsvinnet vid 5 luncher och av de 70 000 lunchportioner som var med i mätningen genererades ett matsvinn på i genomsnitt 47 gram per portion (matsvinnet från leverantörernas storkök är inte medtaget i beräkningen). Resultatet används som underlag för miljöstrategiska programmets fortsatta arbete för att minska matsvinnet inom kommunen, samt för målet om matsvinn som finns med i Kretsloppsplanen.

Eftersom år 2020 blir basåret för mätningen av matsvinn går det inte att göra någon målanalys i år. Men i jämförelse med nationella mätningar kan vi se att Gävle kommun ligger i framkant.

Indikator

Totalt matsvinn i gram per portion.

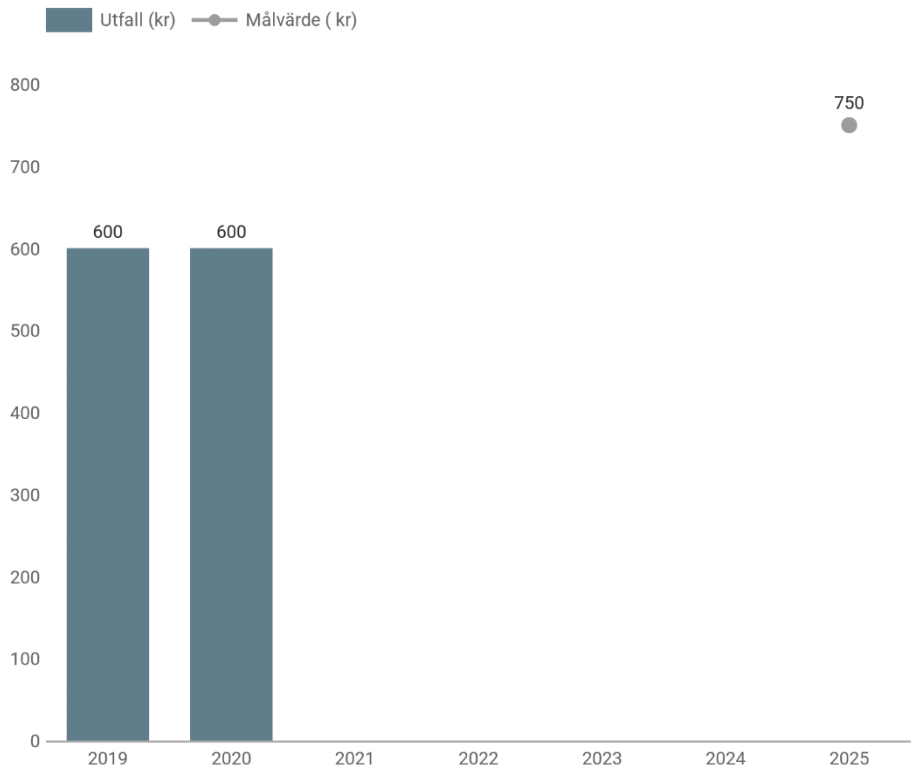


6.5 Värdet av den samlade livsmedelsproduktionen (kr) inom Gävle kommun som geografiskt område har ökat med 50 % från år 2020 till år 2030.

Målet bedöms som rött eftersom mycket arbete kvarstår. Indikatorn bygger på regional statistik från Gävleborgs län sammanställt av LRF. Det reala produktionsvärdet sjönk med 14 miljoner eller 2 procent under 2019 och orsaken är minskande animalieproduktion i länet och lägre pris för nötkött.

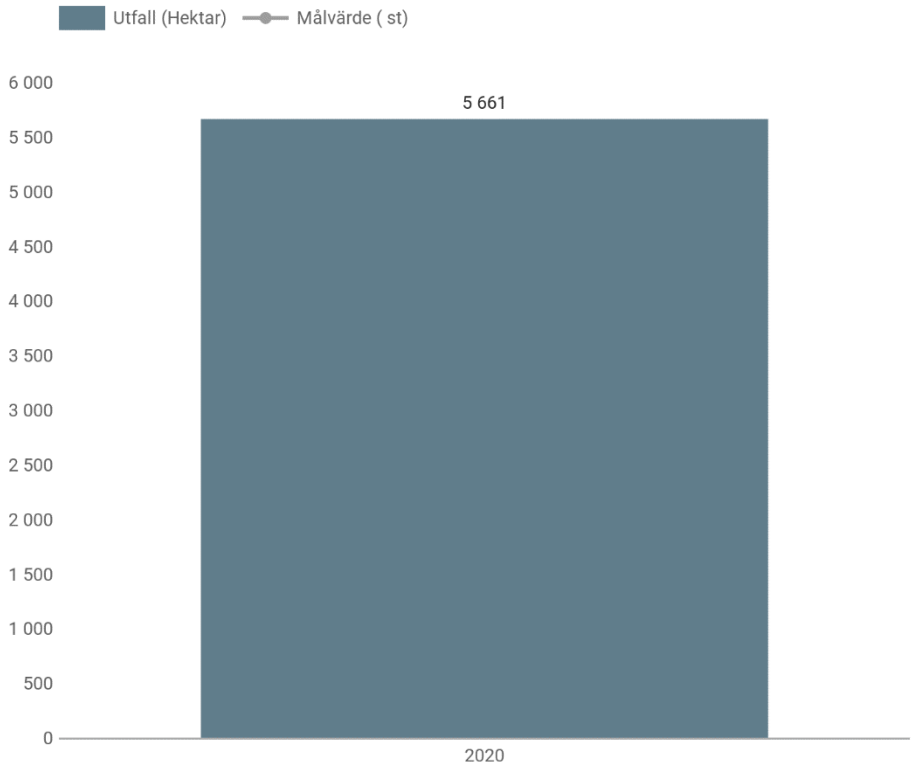
Rapporten "Livsmedelsproduktion i Gävleborgs län" visar att självförsörjningsgraden för Gävle kommun är mycket låg, det vill säga att Gävle är starkt beroende av mat från annat håll för att klara livsmedelsförsörjningen.

Kommunen använder upphandling som verktyg och upphandlar utifrån ställda mål i MSP 2.0 och arbetar med att ge förutsättningar till ökad lokal livsmedelsproduktion. För att möjliggöra för lokala leverantörer att lämna anbud delas upphandlingarna upp så att mindre företag kan inkomma med anbud. Det har lett till avtal med lokalt kött, charkuteri, kyckling, ägg, potatis, morötter, mejeriprodukter och nu även med en lokal fiskleverantör.

Indikator	
Värdet av den samlade livsmedels-produktionen (miljoner kr) inom Gävle kommun som geografiskt område.	

6.6 Bibehållen jordbruksareal i kommunen.

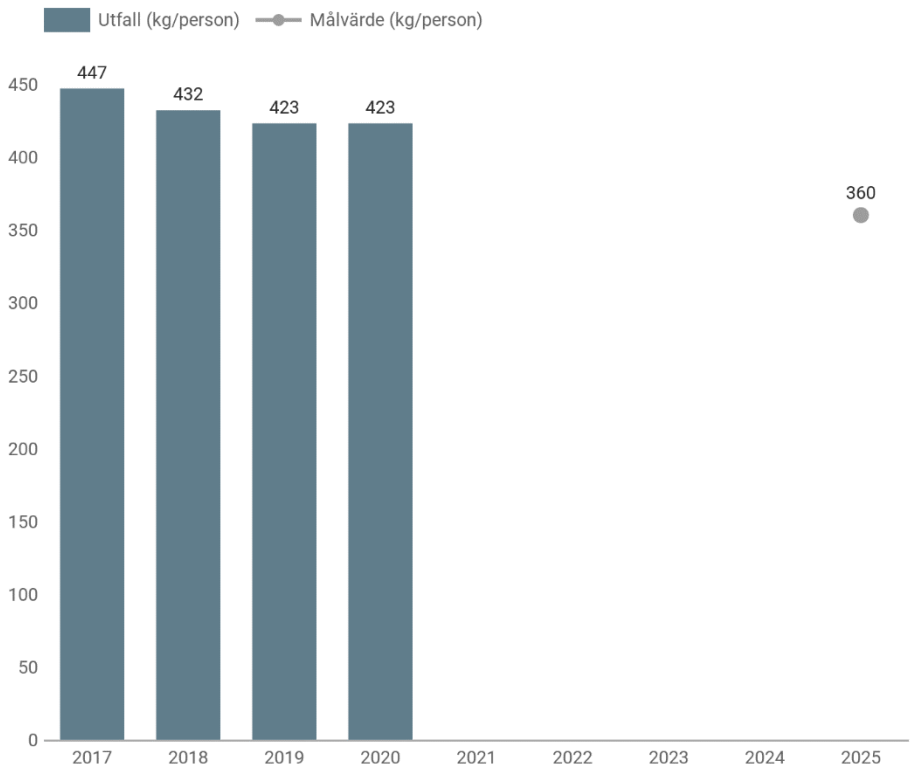
Indikatorn följer att den jordbruksmark som finns i kommunen bibehålls. Det för att säkra möjligheter till lokal livsmedelsproduktion. 5661 hektar, varav åkermark 4889 hektar och betesmark 772 hektar.

Indikator	
Jordbruks-areal-utveckling.	

6.7 Mängden hushållsavfall per invånare i Gävle kommun ska minska med 20 procent från år 2015 till år 2025.

Målet bedöms som gult eftersom arbete påbörjats. Målet avser den totala mängden hushållsavfall (matavfall, restavfall, returpapper, förpackningar och grovavfall) per person som uppkommer, oavsett hur det tas omhand. Målet mäter inte om återvinningen ökar, utan om avfall uppkommer i mindre utsträckning. Om mängden per person minskar så är det en indikation på att avfall har förebyggts, det vill säga inte uppstått.

Den Kretsloppsplan som tagits fram under 2020 innehåller en inspirationsbank med en mängd förslag till åtgärder som kan bidra till att nå målet.

Indikator	
Mätning total avfallsmängd kg per person. Metall, plast, glas, returpapper, kartong, wellpapp, matavfall och elavfall, då ingår säck och kärlavfall och grovavfall från Återvinnings-centralen.	

6.8 Minst 70 procent av matavfall, förpackningar och tidningar från hushåll sorteras ut och återvinns år 2025.

Målet bedöms som gult eftersom arbete påbörjats. Den nationella målnivån för att sortera matavfall från hushåll och verksamheter var för 2020 en utsorteringsgrad på 50 %. I Gävle har vi goda förutsättningar att nå högre och siktar därför på 70 %. Det innebär att av allt matavfall som uppkommer, så ska minst 70 % sorteras och lämnas till återvinning och då användas till biogas och biogödsel. Detsamma gäller förpackningar och tidningar, 2025 ska minst 70 % sorteras och lämnas till återvinning.

År 2019 var utsorteringsgraden för matavfall 62 % och för förpackningar och tidningar 56 %. Som sammanvägt mått för 2019 blir utfallet 58%.

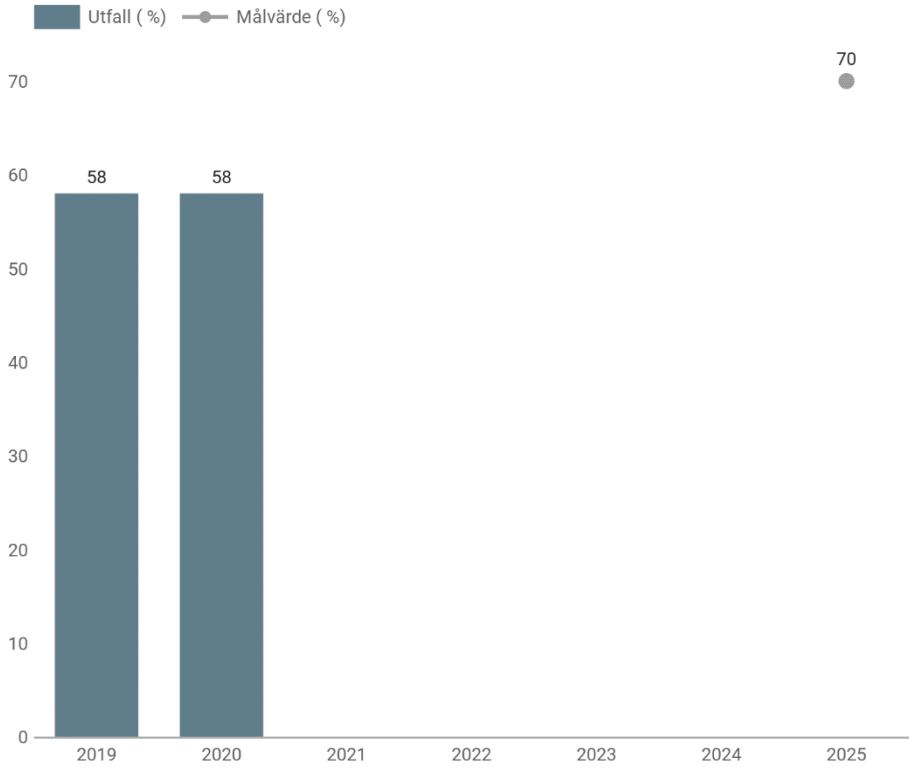
Några exempel på utförda åtgärder under året:

Under 2020 har Gästrike återvinnares pedagoger arbetat med olika typer av kommunikations- och utbildningsinsatser för att få till ett ändrat beteende kring sortering, nedskräpning och förebyggande av avfall.

I det renoveringsprojekt som pågått på Nordost har det arbetats mycket med uppsökande verksamhet då de bland annat ringt på hos alla 750 hushåll för att prata återvinning. Barnen i området har också via Rapatac fått lära sig om återvinning och varför det är nödvändigt. Där kan ses en fantastisk förbättring vad det gäller sorteringen av avfall. Mängden rätt sorterat matavfall ökade med 60%, från 41 till 65 kilo per hushåll och år och Den beräknade mängden rätt sorterade förpackningar och tidningar ökade med drygt 30%, från ca 80 till ca 100 kilo per hushåll och år.

För att underlätta och motivera till sortering har metodstöd för fastighetsägare tagits fram, metodstödet går att hitta på www.gastrikeatervinnare.se.

Återvinningscentralen har utökat mottagningen för sortering: det går nu även att lämna in däck, flyttkartonger och textil.

Indikator	
Årliga mätningar av andel utsorterat av matavfall samt förpackningar och tidningar.	

6.9 Användningen av plast ska vara hållbar.

Målet går inte att bedöma eftersom underlag saknas. I dagsläget följs inte målet men under 2021 kommer vissa leverantörer och områden väljas ut vilket gör det möjligt att följa inköp av återvunnen plast, bioplast och svart plast. Med målet menas att mängden plast ska minska och den plast som används ska vara biobaserad eller återvunnen, och möjlig att återvinna.

Vår plastanvändning för med sig många utmaningar. Den plast som tillverkas idag är till största del tillverkad av fossil råvara, vilket medför en stor klimatpåverkan. Plast är också mycket svårnedbrytbart. Ingen vet säkert hur lång tid det tar för traditionellt tillverkad plast att brytas ned i naturen.

Det finns många engångsartiklar av plast som går att fasa ut. Inom vissa verksamheter är engångsartiklar av plast däremot nödvändiga, till exempel av hygieniska skäl. Det är viktigt att varje verksamhet identifierar vad som är önskvärt att fasa ut och inte.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

Gävle kommun har medverkat i framtagandet av en regional plaststrategi: Plaststrategi | Kretsloppsplan (kretsloppsplangavleborg.se) Strategin syftar till att ge riktning, underlag och stöd för att arbeta för en minskad och smartare plastanvändning genom ökad återanvändning, effektivare återvinning samt minskad nedskräpning. Insatserna handlar om avfallsförebyggande arbete, om att ställa smarta krav vid inköp, göra kloka val i vardagen och stödja bra beteenden.

Kommunala verksamheter är viktiga beställare och genom att ställa krav vid upphandlingar kan kommunen vara med och öka efterfrågan av återvunnen och biobaserad plast.

Välfärd Gävle, som är en stor användare av engångsartiklar, har under 2020 arbetat aktivt med att byta ut engångsartiklar i plast, där det är möjligt, till papper som sedan läggs för återvinning.

6.10 Nedskräpningen ska minska och upplevelsen av en trygg och ren utemiljö ska öka.

Målet bedöms som gult eftersom arbete påbörjats men det saknas en övergripande organisation. Målet handlar om att skapa en ren, snygg och trygg utemiljö som vi är stolta över och tar ansvar för. Därför följs indikatorer hur invånare upplever Gävle ur renhållning- och trygghetssynpunkt. En liten ökning har skett mellan 2019 och 2020.

Nedskräpningen ska minska, både på land och i marina miljöer. För att lyckas med det arbetar kommunen med långsiktiga, förebyggande och strategiska åtgärder där fokus ligger på att skapa förutsättningar för målbeteendet som att ”använda flera gånger”, ”slänga rätt”, samt ”att plocka andras skräp”. Allt med sikte på att öka upplevelsen av rena, trygga och värdeskapande utemiljöer.

Under 2020 hamnade Gävle högst i Håll Sverige Rents kommunranking. Rankningen baseras bland annat på andelen invånare som deltagit i Håll Sverige Rents årliga skräpplockningskampanj Skräpplockardagarna, samt på enkätfrågor om kommunernas förebyggande arbete mot nedskräpning.

Gävle vinner 2020 med följande motivering:

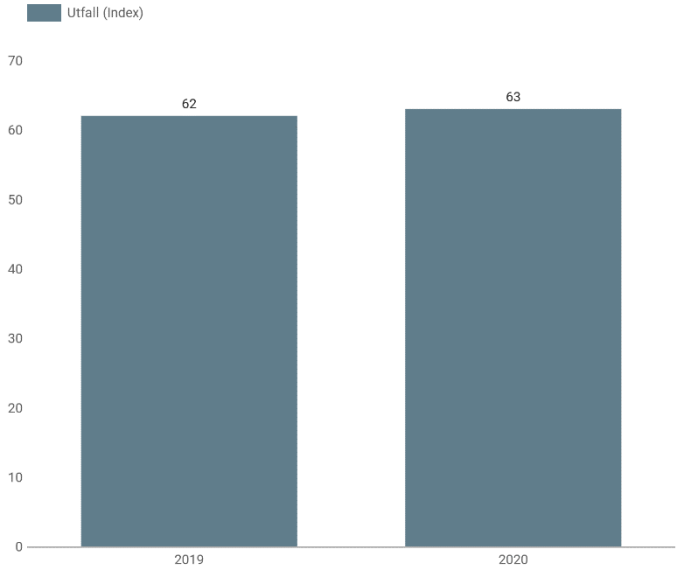
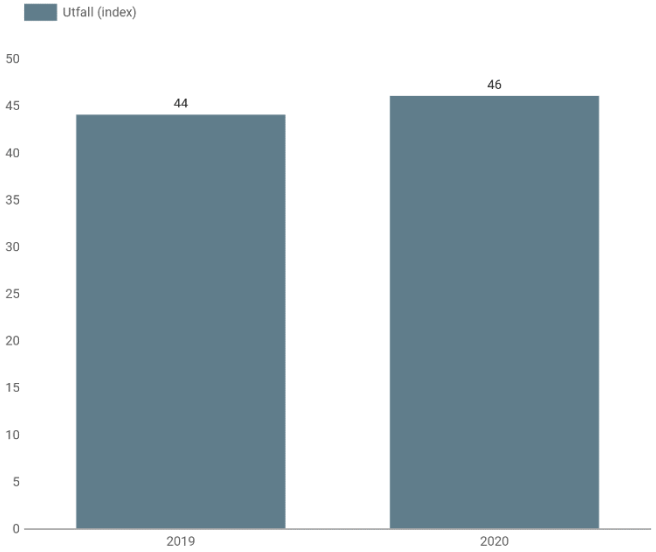
”För det stora engagemanget i kommunen och för arbetet med ett nytt Miljöstrategiskt program och en Kretsloppsplan som tillsammans gör uppdraget att minska och förebygga nedskräpning till ett uppdrag för många.”

Några exempel på utförda åtgärder under året:

Drygt 14 000 invånare i Gävle deltog i Håll Sverige Rents årliga skräpplockarkampanj 2020,"Skräpplockardagarna" vilket var rekordhögt.

Gästrike återvinnare genomförde en "Hitta skräpet turné". Syftet med turnén var att uppmärksamma nedskräpningens konsekvenser men framförallt att inspirera och ge tips för minskad nedskräpning.

Gavlefastigheters arbete med Nolla Sabbet syftar till en förbättrad skolmiljö med nollvision gällande skadegörelse och anlagda bränder. Tillsammans med elever, föräldrar och lärare jobbar Nolla Sabbet mot en framtid fri från skadegörelse. Under 2020 anordnades bland annat organiserad spontanfotboll i Sätra en dag i veckan. Det resulterade i att ett sextiotal barn blev medlemmar i IK Sätra och de får därigenom en regelbunden aktivitet på sina fritider.

Indikator	
Renhållnings- och sophämtnings-index.	
Trygghetsindex.	

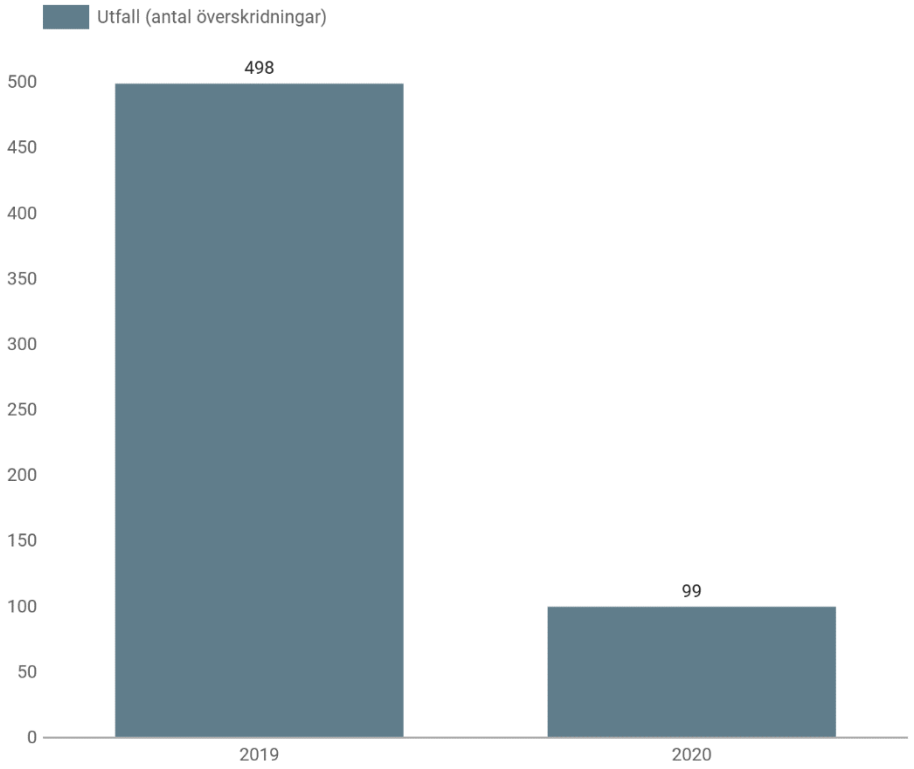
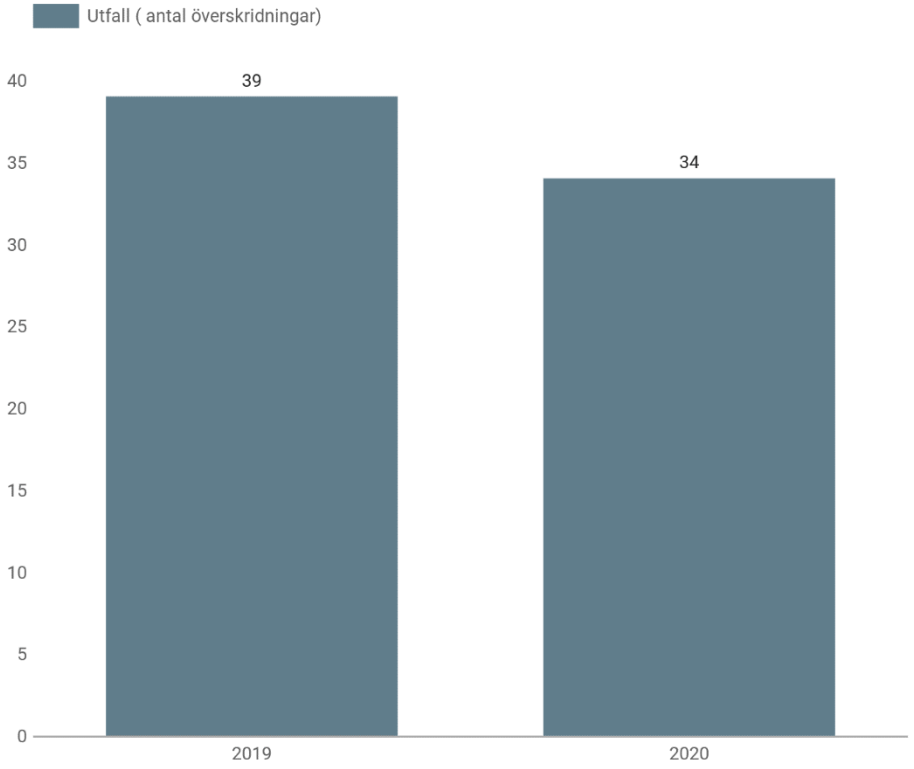
6.11 Luften ska vara så ren att människors hälsa, samt djur, växter och kulturvärden inte skadas.

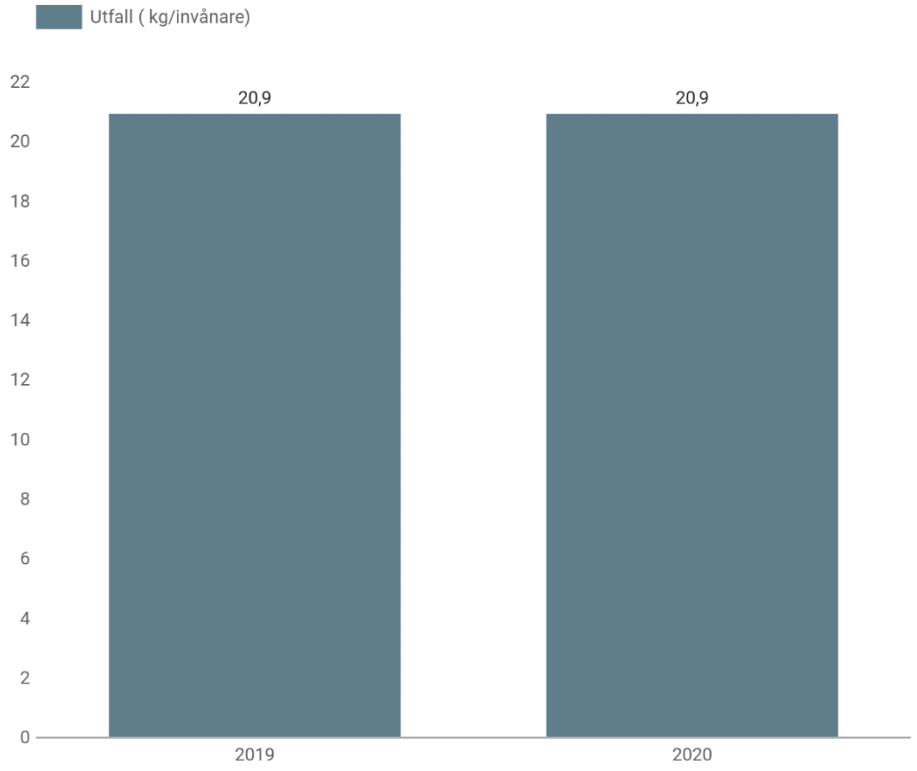
Målet är svårt att analysera på grund av Covid - 19. Vid gångbanan på Södra Kungsgatan, mitt i Söderbacken, finns en luftmätare utplacerad. Den mäter mängden luftföroreningar i form av kvävedioxid och partiklar som finns i luften på gatunivå i vår stadsmiljö. Såväl kvävedioxidhalten samt partikelhalten vid Södra Kungsgatan visade lägre utfall än föregående år. Bedömningen vad detta beror på är minskad trafik på grund av Covid -19, mild vinter, tidigarelagd gatusopning och fler biogasbussar, elhybrider och rena elbilar, fler biogasbilar samt att fler kör på bränslet HVO.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

Under 2020 har förstudier för både Samordnad varudistribution och Bygglogistikcenter genomförts. Förstudierna visar på minskade utsläpp till luft, minskat buller och minskade koldioxidutsläpp. De visar även på minskade körda kilometrar samt minskad trängsel.

Förutom de åtgärder som beskrivs här bidrar de åtgärder som genomförs för att öka cyklingen och öka det kollektiva resandet till minskat buller och minskade utsläpp samt minskad körsträcka med bil i Gävle. Om dem kan läsas under Klimatneutral kommun 2035.

Indikator	
Uppmätt kvävedioxid-halt vid vald mätpunkt, Södra Kungsgatan 12.	
Uppmätt partikelhalt vid vald mätpunkt, Södra Kungsgatan 12.	

Indikator	
Utsläpp till luft av kväveoxider (NOx), totalt, kg/inv.	

6.12 Negativa effekter av buller ska minska

Målet bedöms som rött eftersom mycket arbete kvarstår. Buller kan påverka människors prestation, inlärning, vila och sömn negativt. Vid långvarig exponering kan det även öka risken för hjärt- och kärlsjukdomar.

Eftersom negativt buller främst kommer från väg- och tågtrafik bidrar åtgärder som leder till minskad körsträcka till minskat buller.

Under 2020 har förstudier för både Samordnad varudistribution och Bygglogistikcenter genomförts. Förstudierna visar på minskade utsläpp till luft, minskat buller och minskade koldioxidutsläpp. De visar även på minskade körda kilometrar samt minskad trängsel.

Det som behöver mätas och följa är att bullernivån minskar. Ju lägre bullernivå desto mindre negativa effekter av buller. Målet kommer kompletteras med indikatorer under 2021.

6.13 Gävle kommunkoncern ska skapa förutsättningar som bidrar till att den totala körsträckan med bil i Gävle kommuns geografiska område ska år 2025 ha minskat med 20 % per invånare jämfört med 2018.

Målet bedöms som rött för att mycket arbete kvarstår för att målet ska kunna nås. Indikatorn " körsträcka med bil. antal körda mil med bil i genomsnitt per invånare och år”- visar att en minskning skett mellan 2018 och 2019, från 629 mil till 597 mil. Eftersom datan släpar ett år så är det inte Covid-19 som har påverkat minskningen. Det trendbrott som har anats de senaste åren har fortsatt. Men fortfarande i för långsam takt.

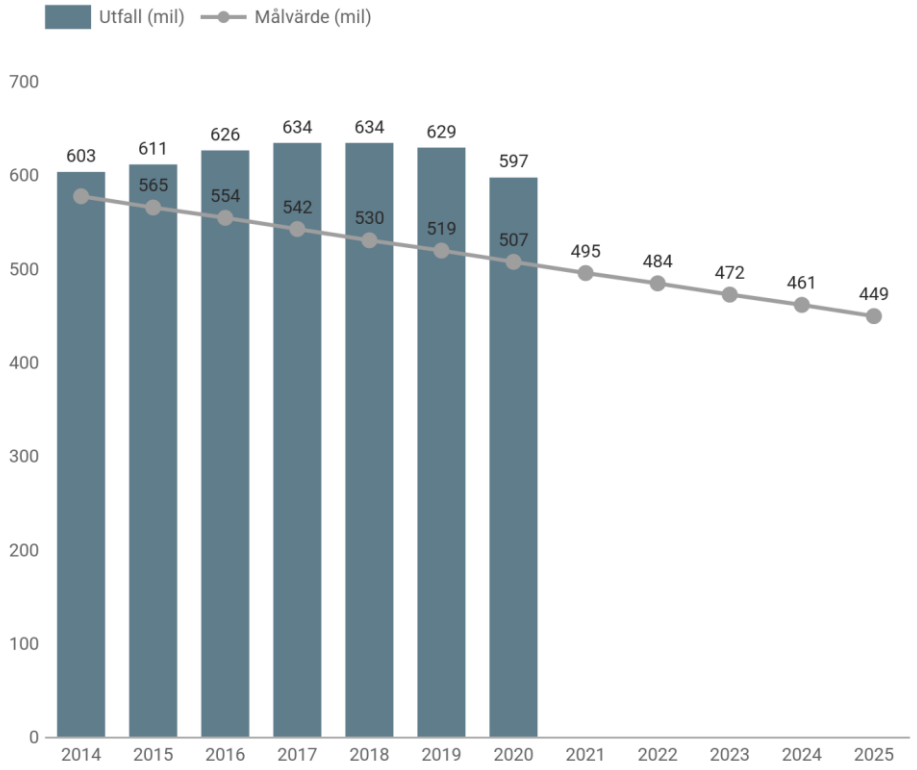
Utvecklingen inom transportområdet kommer att ha en avgörande betydelse i arbetet för att nå målen i MSP. Indikatorn hjälper till att belysa en del av detta åtgärdsområde. Befintliga och beslutade åtgärder och styrmedel är inte tillräckliga för att de ”externa” transportmålen i MSP 2.0 kan nås.

Vägtrafikens utsläpp påverkar klimatet, bidrar till övergödning, försurning och bildning av marknära ozon. Bilarnas avgaser, buller och slitagepartiklar har stora hälsoeffekter. Trafiken tar också naturresurser och utrymme i anspråk. Transportbehovet och resandet med bil behöver minskas för att våra nationella klimat- och flera miljökvalitetsmål ska kunna nås.

Några exempel på utförda åtgärder under året:

Under 2020 har förstudier för både Samordnad varudistribution och Bygglogistikcenter genomförts. Förstudierna visar på minskade utsläpp till luft, minskat buller och minskade koldioxidutsläpp. De visar även på minskade körda kilometrar både inom Gävle kommun som geografiskt område och Gävle kommunkoncern samt minskad trängsel.

De åtgärder som genomförs för att öka cyklingen och öka det kollektiva resandet som kan läsas om under Klimatneutral kommun 2035, bidrar också till minskad körsträcka med bil i Gävle.

Indikator	
Körsträcka med bil, antal körda mil med bil i genomsnitt per invånare och år - årligen.	

6.14 Den totala körsträckan med bil i Gävle kommunkoncern ska år 2025 ha minskat med 30 % per anställd, jämfört med 2018.

Målet bedöms som gult eftersom arbetet är påbörjat. Den totala körsträckan med bil inom Gävle kommunkoncern har minskat något de senaste åren. Den minskning som skett i år är svår att analysera, bland annat på grund av Covid -19. Utifrån att många under Covid 19 upptäckt att det fungerar att arbeta på distans och använda digitala mötesformer kommer det med stor sannolikhet användas i större utsträckning än tidigare.

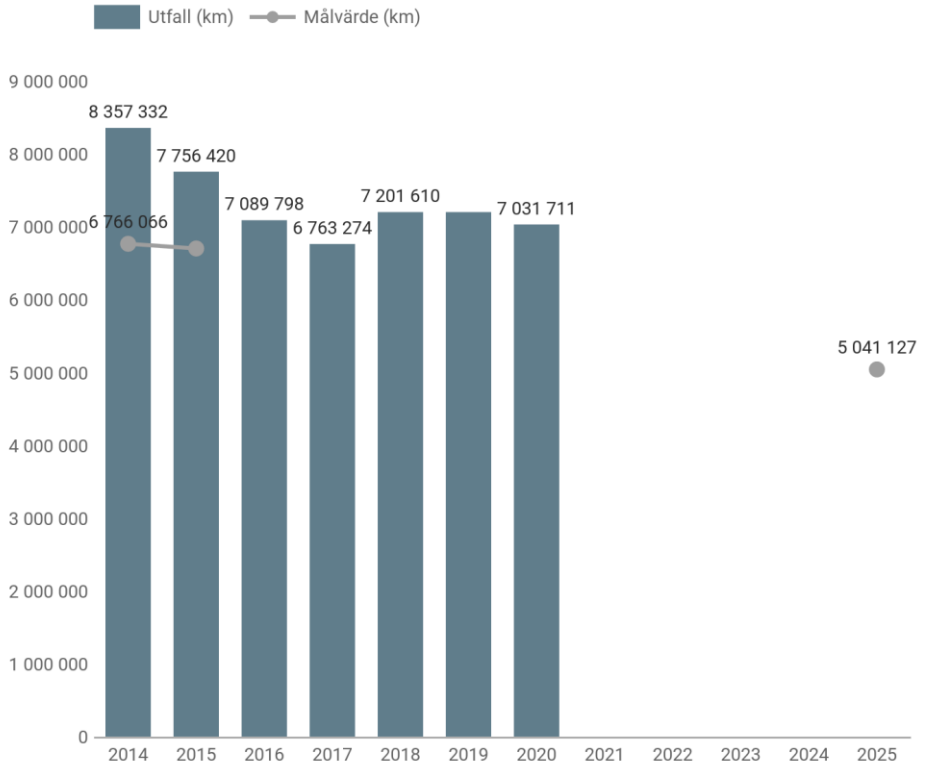
Några exempel på utförda åtgärder under året:

Kommunens IT-avdelning har under året bidragit till en smidig övergång till nya arbetssätt för flertalet av kommunens verksamheter. De digitala plattformar för möten och möjlighet till distansarbete det lett till har bidragit till minskat resande, både i tjänsten och i resande till och från arbetsplatsen. Och det i sin tur lett till minskad miljöpåverkan.

Under 2020 har Välfärd Gävle undersökt hur digital vård och omsorg kan bedrivas hos kunder och patienter som bor i ordinärt boende med syfte att kunden ska känna sig tryggare och mer delaktig i sin vård och omsorg. Här kommer de nya arbetssätten möjliggöra att personalen kan minska tid i bil fram och tillbaka till kund när vissa tillsynsbesök kan undvikas.

Välfärd Gävle har undersökt om det är möjligt att genomföra inköp via nätet åt sina kunder. Nyttorna för miljön skulle vara att minska resor i hemtjänsten och att transporten av kundernas varor istället sker via matleverantör där rutten optimeras.

Då åtgärder som genomförts för att nå mål under Klimatneutral kommun bidrar också till minskad körsträcka för kommunens verksamheter.

Indikator	
Körda km totalt med personbilar och lätta lastbilar inom Gävle kommun-koncern.	

6.15 Invånarnas användning av och exponering för miljö- och hälsofarliga ämnen ska minska.

Målet bedöms som rött för mycket arbete kvarstår för att nås. Det har genomförts en del arbeten för att sträva mot målet, men ett mer samlat arbete och bredare insatser krävs av Gävle kommun och andra aktörer för att nå målet.

Exempel på arbete som pågår är kemikaliesmarta förskolor och skolor som bland annat omfattar utbildning av personal i förskola och pedagogisk omsorg. Gavlefastigheter väljer miljö- och hälsomässigt bra produkter med stöd av Byggvarubedömningen vid alla om- och nybyggnationer.

Frågan kring mikroplasters påverkan på miljö och hälsa har senaste åren blivit mer och mer uppmärksammad. Konstgräsplaner utgör en källa till spridning av mikroplatser. Därför har Gavlefastigheter under 2020 tagit fram en vägledning för konstgräsplaner för att minska negativ miljöpåverkan från våra konstgräsplaner.

Förutom det som beskrivs här bidrar andra åtgärder till att nå målet, till exempel åtgärder för målet "Luften ska vara så ren att människors hälsa, samt djur, växter och kulturvärden inte skadas” och åtgärder för målet ”God status i alla vattenförekomster”.

6.16 Varor och tjänster som upphandlas av Gävle kommunkoncern ska vara miljömässigt hållbara.

Målet bedöms som gult eftersom arbetet är påbörjat och Gävle kommun har under 2020 fortsatt arbetet med att ställa miljökrav vid upphandlingar. Inköp och upphandling påverkar många miljöområden och är ett viktigt verktyg för kommunens miljöarbete. Genom att arbeta strategiskt med att ställa miljö och hållbarhetskrav vid upphandling bidrar kommunen till att både de lokala, regionala, nationella och internationella miljömålen uppnås. Det möjliggör stor potential till att minska utsläpp och miljöanpassa produkter och tjänster för kommunen i alla sektorer, bolag och förbund.

Miljö och hållbarhetskrav ställs i de flesta upphandlingar som genomförs och systematisk uppföljning genomförs för till exempel livsmedel. För kommunens kost/måltid och städavtal finns två heltidstjänster som arbetar med avtalsuppföljning. Det som kontinuerligt följs inom dessa områden är sociala krav som tex praktikplatser och miljö/hållbarhetskrav som andel ekologiska livsmedel och att inte kemikalier används vid städning. Gävle kommun nyttjar sedan något år ett IT-verktyg för att samla in och följa upp statistik för måltid och livsmedelsavtalen som till exempel ekologiskt och närproducerat.

Några exempel på miljökrav som Välfärd Gävle har ställt är krav på fossilfria fordon vid upphandling av extern hemtjänst, krav som bidrar till minskat fossilplastanvändande och krav på andelen ekologiskt på upphandlade måltider. De har även under 2020 undersökt om det är möjligt att genomföra inköp via nätet åt sina kunder. Nyttorna för miljön skulle vara att minska resor i hemtjänsten och att transporten av kundernas varor istället sker via matleverantör där rutten optimeras.

Under 2021 kommer vissa leverantörer och områden väljas ut vilket gör det möjligt att ta fram statistik för de utvalda indikatorerna. Inköp och upphandlingsavdelningen kommer också att utbilda upphandlare, inköpssamordnare och beställare vid Gävle kommuns sektorer, bolag och förbund. Utbildningarna ska höja kompetensen när det gäller att ställa miljökrav, ha leverantörsdialoger med företag, samt att följa upp miljökrav samt tillhandahålla verktyg för att bättre hitta lösningar som gynnar både kommunen och företagen.

§ 7: Möbelpolicy för Gävle kommunkoncern

Delges:

Samtliga nämnder och bolag

Dnr 19KS434

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag

att anta Möbelpolicy för Gävle kommunkoncern, samt

att finansiering av möbelpool efter år 2021 hanteras inom ramen för kommande kommunplan.

Ärendebeskrivning

Kommunfullmäktige beslutade i 2018 att:
”Nämnder och bolag ska i möjligaste mån tillgodose sina behov av nya möbler och inventarier från kommunens möbelpool”.

För att ge än bättre förutsättningar att verkställa uppdraget i Kommunplan 2018, kommunstyrelsens uppdrag 1 i kommunplan 2021 samt uppnå kommunövergripande och ekonomiska mål i kommunplan 2021 föreslås att en möbelpolicy antas för Gävle kommunkoncern. En policy ger tydliga riktlinjer för hur inköp och avrop av möbler och inventarier ska ske. Den beskriver också hur möbler och inventarier som inte längre erfordras ska hanteras och reglerar också ansvarsfördelning för drift och utförande mellan nämnder och bolag.

I förlängningen medverkar också en tydlig möbelpolicy till verkställande av lokalfunktionsprogram och målen kring nämnders ökade möjlighet att fokusera på respektive kärnverksamhet och en bättre fördelning av chefers och medarbetares tid.

En möbelpolicy arbetar främst mot det kommunövergripande målet ”En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun” samt de finansiella målen.

Detta möjliggörs genom att policyn beskriver och reglerar:

- att det alltid är obligatoriskt att använda möbelpoolen
- en samordning av inköp, återbruk, lagerhållning och reparation
- en stärkt, samlad, inköpsfunktion för möbler och inventarier
- samordning vid ombyggnation, omflyttning och omorganisering

Inlägg i ärendet

Henrik Sundberg (MP), Lena Säfström (S), William Elofsson (M), Jan Myléus (KD), Charlotta Lagnander (V), Hans Wahlström (S), Lars Beckman (M) och Mattias Eriksson Falk (SD).

Yrkanden

Henrik Sundberg (MP), Lena Säfström (S) och Hans Wahlström (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

William Elofsson (M) yrkar att kommunfullmäktige uppdrar till kommunstyrelsen att uppdra till Sektor Styrning och stöd att utreda förutsättningar för annan driftsform av möbelpoolen, med aktör utanför kommunkoncernen, inför beslut om kommande kommunplan.

Jan Myléus (KD) instämmer i William Elofsson (M) yrkande.

Beslutsgång

Ordföranden ställer kommunstyrelsens förslag mot William Elofsson (M) m.fl. tilläggsyrkande och finner att kommunfullmäktige bifaller kommunstyrelsens förslag.

Votering begärs och bifalles. Följande voteringsproposition godkännes. Den som bifaller William Elofsson (M) m.fl. tilläggsyrkande röstar ja. Den som bifaller kommunstyrelsens förslag förslag röstar nej. Vid votering avges 37 röster, varav 9 ja-röster och 29 nej-röster. Ordförande finner att kommunfullmäktige beslutar att bifalla kommunstyrelsens förslag.

Reservationer

Moderaternas och Kristdemokraternas ledamöter reserverar sig mot beslutet till förmån för sitt tilläggsyrkande.

Beslutsunderlag

- §61 KS Möbelpolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 19KS434-6
- Tjänsteskrivelse - Möbelpolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 19KS434-4
- Möbelpolicy för Gävle kommunkoncern - utförligt resonemang, ekonomi och möjlig besparing, dnr 19KS434-3
- Möbelpolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 19KS434-1
- Näringslivskonsekvensanalys Möbelpolicy, dnr 19KS434-2
- Möbelpolicy presentation Kommunstyrelsen 2021-04-13, dnr 19KS434-5

Beslutad av Kommunfullmäktige: 2021-05-10 § 7

Diarienr: 19KS434

Möbelpolicy för Gävle kommunkoncern

Omfattning:

Denna policy omfattar återbruk av befintliga möbler och inventarier, inköp av nya och begagnade möbler och inventarier samt reparation och restauration av befintliga möbler och inventarier inom Gävle kommunkoncern. Denna policy gäller för hela Gävle kommunkoncern (nämnder och bolag) och ska vara vägledande vid upphandling av möbler och inventarier. Gemensamma förbund och bolag erbjuds nyttja möbelpoolens tjänster.

Syfte:

Policyn ska:

- minska kostnader för möbler och inventarier (ekonomiska perspektivet)
- minska miljöpåverkan (ekologiska perspektivet)
- ge god sysselsättning till individer med funktionsvariationer (sociala perspektivet)

Mål:

Policyn bidrar till att uppnå de övergripande målen för Gävle kommuns ekonomieffektivisering, Miljöstrategiska programmet och Sociala hållbarhetsprogrammet. I förlängningen medverkar också en tydlig möbelpolicy till verkställandet av lokalfunktionsprogram och målen kring nämnders ökade möjlighet att fokusera på respektive kärnverksamhet samt en bättre fördelning av chefers och medarbetares tid.

Mätbara mål för möbelpolicyn är:

- Minskning av utsläpp av CO_2
- Besparing i tkr (besparingen mäter vad Gävle kommunkoncern har sparat i jämförelse med om alla de varor Möbelpoolen levererat hade köpts in nya)
- antal platser i Enheten för daglig verksamhet

Grundregler:

GRUNDREGLER FÖR INKÖP AV MÖBLER OCH INVENTARIER INOM GÄVLE KOMMUNKONCERN
Inköp av möbler och inventarier ska planeras och genomföras enligt följande:

1. att det alltid är obligatoriskt att använda Möbelpoolen vid inköp av möbler. Först då Möbelpoolen inte kan tillgodose beställningen genom lagerhållna återbrukade möbler eller genom inköp av begagnade möbler eller inventarier kan verksamheterna beställa nya möbler och inventarier via avtalad leverantör. Förfrågan till Möbelpoolen ska alltid ske innan inköp görs nya möbler.

2. att alltid konsultera Möbelpoolen gällande lagerhållning och reparation av möbler och inventarier.

3. att vid ombyggnation, omflyttning och omorganisering alltid nyttja Möbelpoolen för samordning.

4. att alla möbler eller inventarier som verksamheten själva inte längre har behov av ska lämnas till Möbelpoolen för återbruk- hämtning och transport ingår. Möbler som inte kan återbrukas ansvarar verksamheten själva för att frakta till Gästrike Återvinnare.

Ansvar:
Varje chef har ansvar för att policyn efterlevs av medarbetarna och det innebär att chefen ska:

- Säkerställa att alla medarbetare känner till möbelpolicyn och Möbelpoolens funktion.

- Arbeta strategiskt och övergripande för att bidra till att minska kostnader för möbler och inventarier, minska miljöpåverkan och att skapa sysselsättning till individer med olika funktionsvariationer.

Uppföljning och utvärdering:
Gavle Drift & Service ansvarar för uppföljning av att verksamheterna agerar i enlighet med möbelpolicyn samt ansvarar för att årligen genomföra återbruksmätning med återrapport till KS. Återbruksmätningen skall visa kommunkoncernens inköp av möbler och inventarier per nämnd och bolag, från möbelpool och från extern leverantör. Den skall också återredovisa miljönytta uttryckt i CO_2, kommunkoncernens besparing i SEK och de antal arbetsplatser i Enheten för daglig verksamhet som tillhandhålls genom möbelpoolen.

Gävle
KOMMUN

Tjänsteskrivelse

2021-06-08

Diarienummer: 21ON185

Handläggare:

Dunia Fällgren Lopez
026-17 94 86
dunia.fallgren_lopez@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Åtgärder efter granskning av dataskyddsorganisation

Sammanfattning av ärendet

Dataskyddsenheten på Styrning och Stöd genomförde en uppföljning av tidigare granskningar och granskning av personuppgiftsansvarigas systematiska arbete med personuppgiftsincidenter, som en del av dataskyddsenhetens övervakande arbete 2020.

Rapport av granskning av dataskyddsorganisation inom Omvårdnadsnämnden, diarienummer 20ON413, presenterades för nämnden som ett anmälningsärende den 2020-12-17.

Här följer återkoppling på åtgärder som vidtagits efter nämnd granskning.

Uppföljning av dataskyddsorganisation

Enligt artikel 24 i dataskyddsförordningen följer att den personuppgiftsansvarige ska genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa och kunna visa att organisationens personuppgiftsbehandlingar följer dataskyddsförordningen.

Enligt artikel 5.2 ska den personuppgiftsansvarige kunna visa att all personuppgiftsbehandling följer de viktiga grundprinciperna för personuppgiftsbehandling (laglighet och öppenhet, ändamålsbegränsning, uppgiftsminimering, korrekthet, lagringsminimering samt integritet och konfidentialitet) enligt art. 5.

Sammanfattning av dataskyddsombudets bedömning

De förtroendevalda i kommunala nämnder är personuppgiftsansvariga enligt dataskyddsförordningen. Den högsta ledningen under respektive nämnd ansvarar normalt för verkställigheten av de arbetsuppgifter som följer av personuppgiftsansvaret och har därmed en nyckelroll i organisationens dataskyddsarbete. Det är av vikt att högsta ledningen tar en aktiv roll i dataskyddsarbetet genom att ta initiativ till regelbunden återkoppling från data-skyddssamordnare om framtida och genomförda aktiviteter.

Ledning bör genomföra en översyn av dataskyddsorganisationen för att säkerställa att varje person har tid för dataskyddsarbetet. Exempel på åtgärder som ledningen kan ta för att säkerställa ett dataskyddsarbete som fortskrider i önskvärd takt är att:

(1) Överföra ansvar ner i organisationen.

(2) Utse fler dataskyddssamordnare.

(3) Frigöra tid för dataskyddssamordnare.

Dataskyddsombudets rekommendation

Ledning bör utvärdera den redan implementerade dataskyddsorganisationen.

Åtgärd från verksamheten

Kompensöverföring sker mellan medarbetare inom enhet för informationshantering för att säkerställa att alla inom enheten kan handlägga personuppgiftsincidenter samt begäran om registerutdrag. Rekrytering pågår sedan 2021-04-16 av samordnare för informationssäkerhet och dataskydd.

Inom sektor Välfärds dataskyddsorganisation finns det, förutom dataskydds-samordnare, även dataskyddskoordinatorer. Beroende på kontor finns de på verksamhetsnivå eller enhetsnivå. Arbete med att utbilda dataskyddskoordinatorer är ett prioriterat arbete under kommande höst.

Uppföljning av registerförteckning

Enligt artikel 30 i dataskyddsförordningen ska personuppgiftsansvariga föra ett register över personuppgiftsbehandlingar som utförs under dess ansvar.

Sammanfattning av dataskyddsombudets bedömning

Vid tidigare granskning (2019) bedömdes Omvårdnadsnämnden sakna registerförteckning.

Omvårdnadsnämnden saknar fortfarande en komplett registerförteckning (2020). För tillfället pågår ett arbete med att upprätta registerförteckning över personuppgiftsbehandlingar för nämnden i systemet DraftIT som även flertalet andra personuppgiftsansvariga inom Gävle kommunkoncern använder sig av. Det är positivt att man nu ser över nämndens registerförteckning och använder ett system som kan öka regelefterlevnaden av Dataskyddsförordningen.

Dataskyddsombudets rekommendation

Engagera hela verksamheten för att registerförteckningen ska vara aktuell och komplett. Fortsätt arbeta processbaserat med förteckningen.

Åtgärd från verksamheten

Arbete med att slutföra den processbaserade registerförteckningen i DraftIT pågår. Ansvaret för förvaltning av registerförteckning kommer fortsatt att vara hos enheten för informationshantering.

Granskning av personuppgiftsansvarigas systematiska arbete med personuppgiftsincidenter

Enligt artikel 33.1 i dataskyddsförordningen ska den personuppgiftsansvarige vid en personuppgiftsincident utan onödigt dröjsmål och, om så är möjligt, inte senare än 72 timmar efter att ha fått vetskap om den, anmäla personuppgiftsincidenten till den tillsynsmyndighet som är behörig i enlighet med artikel 55, såvida det inte är osannolikt att personuppgiftsincidenten medför en risk för fysiska personers rättigheter och friheter. Om anmälan till tillsynsmyndigheten inte görs inom 72 timmar ska den åtföljas av en motivering till förseningen. Enligt artikel 34.1 om personuppgiftsincidenten sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter ska den personuppgiftsansvarige utan onödigt dröjsmål informera den registrerade om personuppgiftsincidenten.

Sammanfattning av dataskyddsombudets bedömning

Personuppgiftsansvarig har en upprättad rutin i verksamhetssystemet Canea One. Sammanfattningsvis bedöms sektorn ha en välfungerande process för att anmäla personuppgiftsincidenter. Problem som kan uppstå i processen är att utredning av incident kan dra ut på tiden och i vissa fall missa tidsramen för att anmäla till Datainspektionen[1] från att man fått vetskap om incidenten. En systematisk uppföljning av relevanta personuppgiftsincidenter har inte skett. Vid incident bör dokumentering göras om uppföljning över exempelvis rutiner som implementerats i samband med incident eller att en incident som sker frekvent ska ses över.

Inom Omvårdnadsnämnden bedöms mörkertalet av dokumenterade personuppgifts-incidenter vara högre jämfört med Socialnämndens som bedöms som låga. Bedömningen görs utifrån verksamhetens art och storlek. Att en verksamhet har ett lågt antal dokumenterade personuppgiftsincidenter tyder inte på att man inte begår misstag utan att man misslyckas med att belysa dem. Det beror troligtvis på en bristande dataskyddskultur och för att motverka detta bör personal utbildas inom området för att öka medvetandegraden bland anställda.

Dataskyddsombudets rekommendationer

Att genomföra kunskapshöjande insatser för anställda med målet att öka kännedom om dataskydd bland anställda.

Att rutin för en systematisk uppföljning av relevanta personuppgiftsincidenter införs.

Åtgärd från verksamheten

En digital GDPR-utbildning där även informationssäkerhet ingår finns tillgänglig för alla medarbetare i Kompetensen. Information om detta har publicerats på intranätet.

Det finns även uppdaterad information, om vad som gäller kring dataskydd och hur medarbetare praktiskt ska hantera personuppgifter, på Välfärd Gävles GDPR-sidor på intranätet.

Att anmäla en personuppgiftsincident har blivit enklare i och med att anmälningsformulär har skapats och publicerats på ovan nämnda sida.

---

[1] Datainspektion bytte namn till Integritetsskyddsmyndigheten per 2021-01-01.

Team (i Microsoft Teams) Dataskyddskoordinator-Välfärd Gävle, skapades 2019-12-09 för utsedda dataskyddskoordinatorer, dvs kontaktpersoner för kollegor vid frågor rörande GDPR, och främst vid incidenter eller misstänkta incidenter. Här publiceras också information som rör dataskydd.

Utbildningsinsatser sker, på initiativ av enheter, av dataskyddssamordnare och har under året genomförts dels på plats, dels digitalt via Teams, beroende på aktuella restriktioner (pandemi).

För att mäta om (ökad) kännedom finns om dataskydd bör enheten för informations-hantering framöver ta hjälp av verksamhetsutvecklare för att t.ex. skapa en enkät till alla anställda. Utifrån resultat kan ytterligare insatser förutom digital GDPR-utbildning, information på Ankaret samt anpassade enhetsutbildningar planeras och genomföras.

Frågan har även ställts till HR via dataskyddsombud om det är möjligt att introduktion om GDPR och informationssäkerhet kan komma med i olika checklistor för nyanställda inom kommunen.

Vad gäller rutin för en systematisk uppföljning av relevanta personuppgiftsincidenter görs åtgärder i de flesta fall i samband med incidenten varför detta arbete inte har prioriterats. Dock kommer ansvaret med att skapa en rutin läggas på den framtida samordnaren för informationssäkerhet och dataskydd. Föreslagna åtgärder är enkät till alla anställda, analysrapporter samt ta hjälp av verksamhetsutvecklare i detta arbete.

Slutligen planeras ett arbete framöver med att skapa en gemensam process för alla typer av incidenter/ avvikelser/ oönskade händelser där upplägget på uppdraget är att i steg 1, undersöka hur kompetensen ser ut bland chefer och medarbetare gällande incidenter/ avvikelser/ oönskade händelser – ta reda på i vilken mån man har förståelse.
I Steg 2, planerar man testa hur ett urval av incidenter/ avvikelser/ oönskade händelser kan hanteras på ett hållbart sätt inom olika verksamheter - så att vi rapporterar av rätt anledning, inte för sakens skull.

Följande delar planeras levereras i arbetet:

- Definitioner av de olika begreppen - incidenter/ avvikelser/ oönskade händelser
- Beskrivning av hur olika incidenter/ avvikelser/ oönskade händelser förhåller sig till varandra
- Förslag på olika enkla lösningar att hantera incidenter/ avvikelser/ oönskade händelser för chefer och medarbetare.
- Flera deltester av olika typer av incidenter/avvikelser/oönskade händelser och hur dessa skall utvärderas och bli en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Catrin Krsticevic Tranberg
Verksamhetschef
Utveckling och stöd
Sektor Välfärd

Gävle KOMMUN

REVISIONSKONTORET

Omvårdnadsnämnden

Grundläggande granskning

Grundläggande granskning 2020

Omvårdnadsnämnden

Anna Giotas Sandquist och Micaela Hedin, KPMG
på uppdrag av Revisionskontoret

Gunilla Beckman Ljung, revisionschef kvalitetssäkring

Gävle kommun 2020

Dnr: 21REK14

www.gavle.se

Innehållsförteckning

Grundläggande granskning av Omvårdnadsnämnden 3
- Bakgrund 3
- Metod 3
- Revisionskriterier 3
- Begreppsförklaringar 4

Granskningsresultat 4
- Reglemente 4
- Kommunfullmäktiges mål och uppdrag 6
- Ekonomi 9
- Lagstiftning 12
- Tillsynsmyndigheter 12
- Riskhantering 19
- Intern kontroll 20
- Övrigt 21
- Yrkesrevisorernas sammanfattande ställningstagande 24

Grundläggande granskning av Omvårdnadsnämnden

Bakgrund

Den grundläggande granskningen syftar till att ge de förtroendevalda revisorerna en grund för beslutet att till- eller avstyrka ansvarsfrihet för nämnden i rapporteringen till kommunfullmäktige. Den skall också ge ett underlag till om kritik eller anmärkning ska framföras till nämnden.

I denna rapport tar det sakkunniga biträdet ställning till de grundläggande frågorna om

- verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt,
- om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig.

Den grundläggande granskningen i denna rapport är ett av underlagen för revisorernas bedömning om de ska tillstyrka att nämnden beviljas ansvarsfrihet.

Granskning av om räkenskaperna är rättvisande kommer att ske i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning. Eventuella fördjupade granskningar rapporteras i separata revisionsrapporter.

Metod

De metoder som kommer att användas i granskningsarbetet är följande:

- Dokumentanalys
- Intervjuer/mailkontakter
- Löpande följa kallelser, handlingar och protokoll från nämnderna
- Dialogmöten där de förtroendevalda revisorerna samt sakkunniga biträden deltar.

Redovisningen för kommun och nämnder granskas dels översiktligt i delårsrapporten, dels i en mer omfattande granskning av årsredovisningen, vilket resulterar i separata rapporter.

Revisionskriterier

En utgångspunkt för granskningen är de övergripande styrdokument som finns för Gävle kommunkoncern alternativt Gävle kommun. Exempel på dessa är:

<u>Övergripande</u>: Fullmäktiges kommunplan med mål, uppdrag och ekonomiska ramar. Internkontrollreglemente och attestreglemente.

<u>Nämnder</u>: Reglementen, delegationsordningar, attestordningar Tillsynsrapporter och beslut från de statliga organ som granskar myndighetsutövningen inom olika nämnder samt domstolsbeslut.

Begreppsförklaringar

Nedan följer en förklaring av de begrepp som revisionen använder vid sina iakttagelser:

Begrepp:	**Förklaring:**
Bristfällig	Omedelbara förstärkningar krävs
Tillräcklig	Behov av förstärkningar föreligger
Ändamålsenlig	God följsamhet inom området
Tillfredsställande	Mycket god följsamhet inom området

Granskningsresultat

Reglemente

Utöver det som föreskrivs i ”Huvudreglemente för kommunstyrelse och nämnder i Gävle kommun”, kommunallagen och annan författning gäller bestämmelserna i detta reglemente.

1 § Nämndens verksamhetsområden och uppgifter

Omvårdnadsnämnden svarar för:
1. kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) som avser sådana omsorger och service som har som mål att kompensera för bortfall av fysiska och psykiska funktioner samt anknytande planering och uppsökande verksamhet, utom såvitt gäller särskilt boende enligt SoL 7 kap 1 §, punkt 2 och 3 i form av gruppboende/serviceboende för personer med funktionsnedsättning/socialpsykiatri samt hemtjänst som utförs av boendestöd samt personligt stöd samt anknytande planering

2. stöd till anhöriga till långvarigt sjuka och övrig inom omvårdnadsnämndens målgrupp

3. ledning av och ansvar som vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

4. föreningsstöd till ideella föreningar som vänder sig till omvårdnadsnämndens målgrupp

5. att inom nämndens verksamhetsområde, avge yttranden eller upplysningar enligt särskild lagstiftning om dessa enligt författningen skall avges av socialnämnd eller den nämnd som enligt fullmäktiges beslut fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller eljest faller inom nämndens verksamhetsområde.

Föreslagna förändringar

	Omvårdnadsnämnden			
§	Nuvarande lydelse	Föreslagen lydelse från nämnd	Yttrande från Styrning och stöd	Kommentar
1 § 1 p	kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) som avser sådana omsorger och service som har som mål att kompensera för bortfall av fysiska och psykiska funktioner samt anknytande planering och uppsökande verksamhet, utom såvitt gäller särskilt boende enligt SoL 7 kap 1 §, punkt 2 och 3 i form av gruppboende/serviceboende för personer med funktionsnedsättning/socialpsykiatri samt hemtjänst som utförs av boendestöd samt personligt stöd samt anknytande planering	kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) som avser sådana omsorger och service som har som mål att kompensera för bortfall av fysiska och psykiska funktioner samt anknytande planering och uppsökande verksamhet, utom ***vad gäller*** särskilt boende enligt SoL 7 kap 1 §, punkt 2 och 3 i form av gruppboende/serviceboende för personer med funktionsnedsättning/socialpsykiatri samt hemtjänst som utförs av boendestöd samt personligt stöd, ***träffpunkter och dagverksamheter till målgruppen funktionsnedsättning/socialpsykiatri*** samt anknytande planering,	Enligt förslag	
1 § 2 p.	stöd till anhöriga till långvarigt sjuka och övrig inom omvårdnadsnämndens målgrupp	stöd till anhöriga till långvarigt sjuka och övriga inom omvårdnadsnämndens målgrupp	Enligt förslag	Språklig justering

Ny förvaltningsorganisation

Den nya förvaltningsorganisationen trädde i kraft 2019-01-01.
Det innebar att fyra sektorer skapades: Utbildning, Välfärd, Livsmiljö samt Styrning och Stöd. Kommunstyrelsen är nu anställningsmyndighet för all personal. Hur det påverkar nämndens arbete har nämnden redogjort för både skriftligt och muntligt i samband med dialogmötet.

Dialogmöte med nämnden

Frågor från kommunrevisionen	Nämndens svar
Den nya förvaltningsorganisationen trädde i kraft 2019-01-01 KS är nu anställningsmyndighet för all personal. Nämnden har ansvar för verksamheten. Möjligheterna att genomföra verksamheten är mycket beroende av personal. Har nämndens behov av personal tillgodosetts av KS via kompetensförsörjningsstöd och bemanningsenheten?	Behovet av personal har kunnat tillgodoses. Under pandemin har detta testats särskilt (ffa under våren och sommaren 2020), och försörjningen har fungerat.

Nämndens svar:

Under dialogmötet har det framkommit att kompetensförsörjningsstödet är under uppbyggnad. Resurser har flyttats till KS men det innebär en ökad arbetsbörda för närvarande för cheferna.
En annan fråga som gäller smittspridning och vikarier är att en vikarie inte kan arbeta vid olika enheter. När det gäller om vikarierna även arbetar hos andra arbetsgivare är en fråga som gått till KS. Det finns ju även privata arbetsgivare inom äldreomsorgen.

Kommunfullmäktiges mål och uppdrag

Nämndens bedömning vid delår 2

Kraftigt förbättrade resultat i Gävles skolor	–
Omvårdnadsnämnden har inget mål kopplat till detta	
Påtagligt förbättrat företagsklimat i Gävle	–
Omvårdnadsnämnden har inget mål kopplat till detta	
Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen.	◆
Omvårdnadsnämnden har inget mål kopplat till detta men har identifierat två fokusområden som är centrala och som nämnden väljer att fokusera och prioritera efter för god måluppfyllelse: • Omvårdnadsnämnden har kunden i centrum med fokus på tillgänglighet och ett självständigt liv • Omvårdnadsnämnden verkar för att kunderna ska ha inflytande och erbjudas sociala sammanhang	
För att följa upp målet har nämnden också beslutat 6 målsatta indikatorer.	Nämndens helårsprognos är att samtliga sex indikatorer uppnås.
En modern samhällsplanering som möter nuvarande och kommande generationers behov	–
Omvårdnadsnämnden har inget mål kopplat till detta	
En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun	–
Omvårdnadsnämnden har inget mål kopplat till detta	

Dialogmöte med nämnden

Finns problem med genomförandet av mål/uppdrag?	Nämndens svar:
Revisorerna noterar följande ang uppdrag i delårsrapport 2: *”Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att i samverkan med kommunstyrelsen förbättra medarbetarnas arbetsmiljö, minska sjukfrånvaron och öka personalens inflytande över arbetstid och planering.* *Uppföljning uppdrag:* *Klargöra ansvarsområden för olika myndigheter inom Gävle kommun och vad det betyder för uppdraget för Omvårdnadsnämnden. Arbetsmiljöansvaret ligger till fullo placerat inom Kommunstyrelsens reglemente. Dialog har påbörjats mellan Välfärd Gävles HR-funktioner och HR-avdelningen inom Styrning och stöd för hantering av uppdraget.”* Finns problem med genomförandet även av andra av uppdrag?	Arbetet pågår mellan respektive sektor, för närvarande finns inga problem med genomförandet.

Nämndens analys av utfall delår 2 och prognos för helåret

Se ovan

Nämndens bedömning

En försiktig bedömning är att en rättvis samlad bedöming av måluppfyllelse är ”delvis uppfylld”.

Det kommunövergripande uppdrag som följs upp är “Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i helakommunen”. Samlad måluppfylles baseras på dels faktiskt resultat av de omständigheter som föreligger inom nämndens verksamheter, dels på resultatet av de indikatorer som följs upp under året.

De faktiska omständigher som nämndens verksamheter verkar inom under året präglas kraftigt av Covid-19-pandemin. Samtliga indikatorer baseras på Socialstyrelsens brukarundersökning vars resultat inte presenterats förrän under senare del av året. Sannolikt kommer resultatet i denna undersökning åtminstone i delar påverkas av Covid-19 då undersökningen skedde under mars/april månad.

Nämndens analys av utfall i verksamhetsberättelsen 2020

Mål: Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i helakommunen

Analys av indikatorerna

Enligt verksamhetsberättelsen baserar indikatorerna helt på Socialstyrelsens brukarundersökning. Denna undersökning gjordes perioden mars-april.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål. Hemtjänst	88 %	90 %	
Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål. Vård- och omsorgsboende	80 %	82 %	
Andel äldre som uppger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen. Hemtjänst	62 %	65 %	
Andel äldre som anger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen. Vård- och omsorgsboende	67 %	64 %	
Andel äldre på vård och omsorgsboende som är mycket eller ganska nöjda med de aktiviteter som erbjuds	69 %	72 %	
Andel äldre som uppger att det känns mycket eller ganska tryggt på vård- och omsorgsboendet	90 %	92 %	

Nämndens bedömning

Gävles resultat ligger relativt högt i landet, men generellt strax under beslutade målvärden.

Yrkesrevisorernas bedömning

Omvårdnadsnämnden svarar i sin verksamhetsplan för 2020 upp emot ett av fullmäktiges fem mål: Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen. Av verksamhetsplanen framgår att nämnden valt att i den inte arbeta med andra kommunövergripande mål såsom

företagsklimat och ”miljömålet”. De aktiviteter som där beslutas och genomförs ska istället följas upp inom ramen för respektive strategiskt program. Sammanfattningsvis ska enligt verksamhetsplanen "Måluppfyllelse uppnås genom ett urval prioriterade fokusområden, prioriterade förbättringsområden samt konkreta delmål". Det är dock oklart i verksamhetsplanen och delårsrapport 2 vilka dessa delmål är.

Nämnden har därmed inga nämndmål, utan två fokusområden som följs upp genom 6 indikatorer med målvärden. Nämnden prognosticerar i delårsrapport 2 att målvärdena för samtliga indikatorer uppnås. Samtidigt beskrivs i texten att i princip all verksamhet fått ställa om och anpassa sig efter situationen med Covid-19-pandemin, vilket bland annat påverkat kunderna. Revisionens bedömer att detta påverkat måluppfyllelsen negativt.

Ekonomi

Det ekonomiska utfallet för Omvårdnadsnämnden presenterades i verksamhetsrapporten i delår 2. Nedan följer en tabell över utfallet.

(mnkr)	Utfall 2020-08-31	Utfall 2019-08-31	Budget 2020-08-31	Budget helår 2020	Prognos helår 2020
Verksamhetens intäkter	135	85,9	127,9	191,8	202,8
Personalkostnader	-532,4	-564,8	-521,4	-777,6	-789,6
Övriga kostnader	-436	-373,8	-410,7	-615,6	-657,6
Avskrivningar/nedskrivningar	-4,4	-4,8	-3,8	-5,8	-5,8
Internränta	-0,5	-0,5	-0,7	-1	-1,0
Resultat före kommunbidrag	-838,3	-858,0	-808,7	-1 208,2	-1 251,2
Kommunbidrag	803,7	834,4	803,7	1 208,1	1 208,1
Årets resultat	**-34,6**	**-23,6**	**-5**	**-0,1**	**-43,0**
Investeringar	1,1	2,6	5,5	8,2	8,2
Erhållet investeringsbidrag	0	0,0	0	0	0
	1,1	2,6	5,5	8,2	8,2

Frågor från kommunrevisionen	Nämndens svar:
Nämndens kommentarer till det ekonomiska utfallet jämfört med budget: Resultat delår 2 och prognos 2020. Utmaningar/risker för att ej nå en ekonomi i balans för helåret?	Omvårdnadsnämnden redovisar ett resultat t.o.m. augusti 2020 på minus 34,6 mnkr. Den största avvikelsen finns inom vård- och omsorgsboenden för bemanning, där kostnaderna för OB, övertid och inhyrda sjuksköterskor avviker med ca 17,4 mnkr. Arbetet för att hantera denna kända avvikelse har pausats på grund av Covid-19 men förväntas startas under hösten 2020, samt att det i dagsläget inte fullt ut går att värdera hur stor andel av avvikelsen som uteslutande beror på Covid-19. Arbetet med effektiviseringskravet för omvårdnadsnämnden under 2020 (26 mnkr) startade redan under slutet av 2019 och det första beslutet fattades på februarisammanträdet och

	förväntades ha en effektiviseringseffekt på ca 2,0 mnkr under 2020. Dock har stora delar av nämndens planerande effektiviseringsarbete tyvärr blivit förskjutet på grund av den förändrade situationen av Covid-19. Prognosen för omvårdnadsnämnden avseende hela 2020 bedöms till minus ca 43,0 mnkr. Avvikelsen är till sin helhet beroende på effekterna av Covid-19 pandemin. Prognosen kan dock förändras utifrån kommande beslut angående stadsbidraget merkostnader på grund av sjukdomen covid-19. I dagsläget är endast 50% av sökt belopp och prognostiserat belopp upptaget som intäkt. Potentiellt kan då prognosen för omvårdnadsnämnden förbättras med ca 11 mnkr ner till minus 32 mnkr.

Nämndens analys av utfall delår 2 och prognos för helåret

Den största avvikelsen finns inom vård- och omsorgsboenden för bemanning, där kostnaderna för OB, övertid och inhyrda sjuksköterskor avviker med ca 17,4 mnkr. Arbetet för att hantera denna kända avvikelse har pausats på grund av Covid-19 men förväntas startas under hösten 2020, samt att det i dagsläget inte fullt ut går att värdera hur stor andel av avvikelsen som uteslutande beror på Covid-19.

Arbetet med effektiviseringskravet för omvårdnadsnämnden under 2020 (26 mnkr) startade redan under slutet av 2019 och det första beslutet fattades på februarisammanträdet och förväntades ha en effektiviseringseffekt på ca 2,0 mnkr under 2020. Dock har stora delar av nämndens planerande effektiviseringsarbete tyvärr blivit förskjutet på grund av den förändrade situationen av Covid-19.

Prognosen för omvårdnadsnämnden avseende hela 2020 bedöms till minus ca 43,0 mnkr. Avvikelsen är till sin helhet beroende på effekterna av Covid-19 pandemin. Prognosen kan dock förändras utifrån kommande beslut angående stadsbidraget merkostnader på grund av sjukdomen covid-19. I dagsläget är endast 50% av sökt belopp och prognostiserat belopp upptaget som intäkt. Potentiellt kan då prognosen för omvårdnadsnämnden förbättras med ca 11 mnkr ner till minus 32 mnkr.

Nämndens bedömning

Prognosen för helåret är ett resultat om - 43 mnkr.

Nämndens analys av utfall i verksamhetsberättelsen 2020

Ekonomi

(mnkr)	Utfall helår 2020	Utfall helår 2019	Budget helår 2020
Verksamhetens intäkter	228,6	205,6	191,8
Personalkostnader	-796	-836,4	-774,1
Övriga kostnader	-668,6	-571,1	-616,5
Avskrivningar/nedskrivningar	-6,5	-7,1	-5,8
Internränta	-0,6	-0,7	-1
Resultat före kommunbidrag	-1 243,1	-1 209,7	-1 205,6
Kommunbidrag	1 205,6	1 179,7	1 205,6
Årets resultat	**-37,5**	**-30,0**	**0**
Investeringar	3,1	8,1	8,2
Erhållet investeringsbidrag	0	0,0	0
Nettoinvesteringar	3,1	8,1	8,2

Nämndens bedömning

Omvårdnadsnämnden redovisar ett resultat för helåret 2020 på minus 37,5 mnkr.

Den största avvikelsen finns inom vård- och omsorgsboenden för bemanning, där kostnaderna för OB, övertid och inhyrda sjuksköterskor avviker med ca 31,8 mnkr. Arbetet för att hantera denna kända avvikelse har pausats på grund av Covid-19 men förväntas startas under hösten 2020, samt att det i dagsläget inte fullt ut går att värdera hur stor andel av avvikelsen som uteslutande beror på Covid-19. Totalt är merkostnaden för personal på grund av covid-19 under perioden beräknad till 12,7 mnkr för vård- och omsorgsboende och hemtjänst tillsammans. Dessa kostnader har till viss del redan ersatts eller förväntas ersättas via statsbidrag från Socialstyrelsen tillsammans med merkostnaderna för skyddsmaterial.

Arbetet med effektiviseringskravet för omvårdnadsnämnden under 2020 (26 mnkr) startade redan under slutet av 2019 och det första beslutet fattades på februarisammanträdet och förväntades ha en effektiviseringseffekt på ca 2,0 mnkr under 2020. Dock blev stora delar av nämndens planerande effektiviseringsarbete förskjutet på grund av den förändrade situationen av Covid-19, men kan förhoppningsvis återupptas under våren 2021.

Yrkesrevisorernas bedömning

Personalkostnaderna avviker mot budget per 2020-08-31 med -11 mnkr och övriga kostnader med - 25,3 mnkr. Den största avvikelsen finns inom vård- och omsorgsboenden för bemanning, där arbetet med att hantera

avvikelsen har pausats på grund av Covid-19. I delårsrapporten konstateras också att "Verksamhetsplanering och åtgärdsplaner utifrån att uppnå budget i balans har endast genomförts marginellt.", vilket förklaras av pandemin.

Nämnden uppvisar en prognostiserad negativ budgetavvikelse - 43 mnkr jmf med budget vilken enligt nämnden helt beror på effekterna av Covid-19 pandemin. Potentiellt kan dock prognosen förbättras med ca 11 mnkr till - 32 mnkr utifrån kommande beslut angående statsbidraget merkostnader på grund av sjukdomen covid-19.

Nämndens resultat för helåret – 37,5 mnkr blev 5,5 mnkr bättre än prognostiserat resultat vid delåret.

Revisionen är väl medveten om att nämndens verksamhet och processer på olika nivåer har påverkats kraftigt av pandemin och dess konsekvenser. Mot denna bakgrund är bedömningen därför, trots den betydande ekonomiska avvikelsen, att omvårdnadsnämnden i den uträckning det är möjligt har vidtagit åtgärder för att nå en ekonomi i balans.

Revisorerna konstaterar också att vid behandlingen av delårsrapporten fattade Kommunfullmäktige beslut att Omvårdnadsnämnden tilläts lämna ett underskott på -43 mnkr för 2020 (prognos för helår i delårsrapporten). Fullmäktiges beslut innebär att de skatteintäkter och statsbidrag som blev högre än budgeterat intecknats för att finansiera nämndens underskott. Effekten blir densamma som om ytterligare kommunbidrag skulle ha skjutits till eller om de riktade statsbidragen för sjuklöner hade fördelats ut till nämnden. I årsredovisningen kommenteras dock inte detta beslut vid Omvårdnadsnämnden redovisning av resultat och verksamhet.

Lagstiftning

Kommunallag (2017:725)
Socialtjänstlag (2001:453)
Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Tillsynsmyndigheter

IVO
Arbetsmiljöverket

Dialogmöte med nämnden

Finns pågående eller avslutat ärende från tillsynsmyndigheter som berör nämndens verksamheter? Finns det pågående eller nyligen avslutade rättsprocesser?	**Nämndens svar:** Det är en ökning av ej verkställda beslut inom framför allt dagverksamhet. Detta till följd av stängningen av dessa för att minska smittspridningen av Covid- 19. Rapporteringen av dessa beslut kommer att bli synliga vid nästa rapporteringsperiod till IVO. Gällande antalet ärenden i domstol uppgår dessa till 0.

Nedan följer en sammanställning över nämndens aktuella och avslutade tillsynsärenden. 2020-10-13 var 17 ärenden under beredning och 9 ärenden avslutade.

Dnr	Sändare/mottagare	Ärenderubrik	Status	Reg.-datum
20ON223	Inspektionen för vård och omsorg	IVO. Begäran, underrättelse om tillsyn samt begäran om journaler med mera Dnr 3.5.1-21326/2020-6. Vardaga Tallåsvägen, Vallongården.	Beredning	2020-06-26
20ON211	Inspektionen för vård och omsorg	Underrättelse om tillsyn och begäran om uppgifter, Ordinärt boende. Dnr 3.5.1-17456/2020-4.	Avslutad	2020-06-10
20ON128	Inspektionen för vård och omsorg	Underrättelse och begäran om handlingar och uppgifter, Bergmästargården. Dnr 3.4.1-12161/2020-3.	Beredning	2020-04-09
20ON93	Inspektionen för vård och omsorg	Underrättelse och begäran om handlingar och uppgifter efter mottaget klagomål, vård- och omsorgsboende. Dnr 3.4.1-09190/2020.	Beredning	2020-03-13
20ON25	Inspektionen för vård och omsorg	Underrättelse och begäran om handlingar och uppgifter, vård- och omsorgsboende. Dnr 3.4.1-01110/2020	Avslutad	2020-02-03
20ON7	Inspektionen för vård och omsorg	Begäran om utlämnande av handlingar, Faham Service & Utbildning AB. Dnr 6.3.1-10683/2019	Beredning	2020-01-09
19ON376	Inspektionen för vård och omsorg	Begäran om uppgifter, Artan Health Care Nordic AB. Dnr 6.3.1-10619/2019.	Beredning	2019-11-14
19ON284	Inspektionen för vård och omsorg	Begäran om utlämnande av handlingar, Kalsan AB. Dnr 6.3.1-7355/2019.	Beredning	2019-09-02
19ON279	Inspektionen för vård och omsorg	Begäran om uppgifter gällande Adekvat hemtjänst. Dnr 6.3.1-7550/2019.	Beredning	2019-08-30
19ON222	Inspektionen för vård och omsorg	Underrättelse och begäran om handlingar och uppgifter, vård- och omsorgsboende. Dnr 8.2.1-23007/2019.	Avslutad	2019-06-27
19ON37	Inspektionen för vård och omsorg	Begäran om yttrande och handlingar som gäller ett ej verkställt beslut. Dnr 8.8.1-18/2019	Avslutad	2019-01-31
18ON392	Inspektionen för vård och omsorg	Begäran om yttrande och handlingar med anledning av ej verkställt beslut. Dnr 8.8.1-13068/2017.	Beredning	2018-08-27

18ON105	Inspektionen för vård och omsorg	Begäran om uppgifter, uppföljning av gynnande domar. 10.4-8616/2018	Beredning	2018-03-09
20ON197	Inspektionen för vård och omsorg	Information om tillsyn med anledning av Covid-19.	Avslutad	2020-05-29
20ON192	Inspektionen för vård och omsorg	Tillsyn, Frågor som IVO ställer till verksamheter inom äldreomsorgen med anledning av Covid-19.	Beredning	2020-05-27
20ON191	Inspektionen för vård och omsorg	Tillsyn, Frågor som IVO ställer till verksamheter inom äldreomsorgen med anledning av Covid-19.	Beredning	2020-05-27
20ON162	Inspektionen för vård och omsorg	Information om tillsyn med anledning av Covid 19 samt behandling av dina personuppgifter, Elvinas Omsorg och Rehabilitering AB	Avslutad	2020-05-07
19ON146	Inspektionen för vård och omsorg	Ivo begär yttrande och handlingar som gäller ett ej verkställt beslut. Dnr 8.8.1-37188/2018	Beredning	2019-04-12
19ON51	Inspektionen för vård och omsorg	IVO begär yttrande och handlingar som gäller ett ej verkställt beslut. Dnr 8.8.1-4898/2019.	Avslutad	2019-02-08
20ON181	Omvårdnads-nämnden	Rapportering av ej verkställda beslut enligt SoL år 2020 (kvartalsrapporteringar till IVO från Omvårdnadsnämnden)	Beredning	2020-06-23
19ON55	Omvårdnad Gävle	Rapportering av ej verkställda beslut enligt SoL år 2019 (kvartalsrapporteringar till IVO från Omvårdnadsnämnden)	Beredning	2020-06-23
20ON265	Arbetsmiljöverket	Föranmälan av inspektion, vård- och omsorgsboende Solgårdsgatan 2. 2020/042212.	Beredning	2020-08-14
20ON248	Arbetsmiljöverket	Inspektion av personlig skyddsutrustning inom vård och äldreomsorg - Arbetsmiljöverket.	Beredning	2020-07-23
20ON152	Arbetsmiljöverket	Anmälan till Arbetsmiljöverket, vård- och omsorgsboende. 2020/023309.	Avslutad	2020-04-24
20ON78	Arbetsmiljöverket	Föranmälan av inspektion, gruppbostad. 2020/010205.	Avslutad	2020-03-09
20ON60	Arbetsmiljöverket	Föranmälan av inspektion, Solgårdsgatan. 2020/011884.	Beredning	2020-02-27

IVO:s inspektion av Vallongården dnr 20ON223

Utifrån IVO:s rapport från 2021-02-02 har IVO i tillsynen inom det särskilda boendet avseende journaler för tiden 1 februari-1 juni 2020 kommit fram till att det inte funnits förutsättningar för att ge sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet till äldre med misstänkt eller konstaterad Covid-19 samt att det inte kunnat gå att följa vården p.g.a. brister i hälso-och sjukvårdsjournalerna.

De brister som konstaterats gäller bland annat arbetssätt, bemanning och kompetens.

En redovisning av nämndens inställning till de konstaterade bristerna har redovisats till IVO 12 mars 2021. Nedan återges Omvårdnadsnämndens svar till IVO.

Omvårdnadsnämndens svar till IVO:

”Omedelbara, redan genomförda åtgärder på Vallongården

- Översyn och justering av vikariehanteringen i samarbete med den kommungemensamma bemanningsenheten (genomfört 2020).
- Säkerställande av introduktionen till vikarier avseende rutiner vid misstänkt eller konstaterad covid 19-smitta (påbörjat 2020, löpande arbete därefter).
- Kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal avseende vård i livets slut, social dokumentation och avvikelsehantering (genomfört 2020).
- Kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal avseende basala hygienrutiner och klädregler samt observationer gällande följsamhet gentemot dessa rutiner (påbörjat 2020, löpande arbete därefter beroende på olika verksamheters behov och grad avföljsamhet).
- Utifrån hög sjukfrånvaro samt tillfällig tjänstgöring av bemanningssköterska som bedömts kunna påverka vårdkvaliteten flyttades en erfaren sjuksköterska från annat vård- och omsorgsboende till det berörda boendet, Vallongården (genomfört 2020).
- Förstärkning av kompetens hos omvårdnadspersonal med intern rekrytering av erfarna undersköterskor (pågående åtgärd).
- Översyn, förtydligande och individuell anpassning av rutiner för hur information till kund och anhöriga gällande kunders hälsotillstånd ska ske (genomfört 2020).
- Kvalitetsmöte med Verksamhetschef HSL, MAS, enhetschef och sjuksköterskor för uppföljning av åtgärder.

Planerad åtgärd; Övergripande översyn av hälso- och sjukvårdsorganisationen

Det finns en risk för att arbetet med den kommunala hälso- och sjukvården blir splittrat och att sättet den organiserats på försvårar att arbeta på ett fokuserat sätt. De utmaningar och krav på snabba omställningar verksamheterna har ställts inför i samband med pandemin och de brister som identifierats i IVO:s tillsyner av kommuner och regioner förstärker behovet av att säkerställa en tydlig organisation inriktad på samverkan.

Framtiden med God och nära vård ställer krav på flexibilitet och nära samverkan med primärvården är en förutsättning. Dessutom finns ett behov av att fokusera på den strategiska kompetensförsörjningen – attrahera, rekrytera och behålla legitimerad personal.
En arbetsgrupp har tillsatts av sektorledningen och fått uppdraget att genomlysa och identifiera eventuella otydligheter i nuvarande organisation samt ta fram förslag på en struktur där hälso- och sjukvårdsfrågorna samlas i ett eget verksamhetsområde. Arbetet

innefattar omvärldsbevakning, främst via kontakt med Resultatnätverket för ekonomisk jämförelse (R9-kommunerna); Västerås, Linköping, Södertälje, Gävle, Norrköping, Uppsala, Jönköping, Örebro och Eskilstuna.
Arbetet med hälso- och sjukvårdsorganisationen beräknas pågå under våren och sommaren 2021.

MAS granskning *(MAS = medicinskt ansvarig sjuksköterska)*
Under pandemin har det uppmärksammats att det har varit svårt att följa vården genom HSL-dokumentationen. Välfärd Gävle håller med om att det finns brister så som i arbetssätt, bedömningar och utförande av arbetsuppgifter samt att boende och närstående inte alltid givits information och varit delaktiga i vården. Det är viktigt att närstående och patienter är delaktiga i sin vård och får vara med i de medicinska beslut som tas av legitimerad personal. I detta arbete är det viktigt att inte överta en annan professions åtagande som att framföra brytpunktsamtal eller att göra en medicinsk bedömning.

Genom dokumentationen ska det tydligt framgå hur informationsöverföring skett mellan sjuksköterska och läkare, sjuksköterska till omvårdnadspersonal och hur information givits till närstående /anhöriga. Vården ska dokumenteras så att det går att följa resonemang om den planerade vården och vårdplaner ska vara upprättade och uppföljda så att hög patientsäkerhet uppfylls.

Arbetssätt som har uppmärksammats är att omvårdnadspersonal har givit injektioner till exempel av morfinpreparat och Midazolan - detta kan ske i undantagsfall. Omvårdnadspersonal som utför denna arbetsuppgift är noga utvald av sjuksköterska på boendet och delegerad. Sjuksköterska har kontrollerat att den som tagit emot delegeringen har kunskap och kan utföra uppgiften. Innan omvårdnadspersonal ger läkemedlet ska sjuksköterska kontaktas för konsultation och bedömning, detta ska även dokumenteras nogsamt. Det ska finnas enbart en dos uppdragen och sjuksköterska ska åka till boendet för att iordningställa en ny dos till nästa tillfälle. Sjuksköterska ska då göra en bedömning och utvärdering av den givna dosen samt dokumentera detta i journalen. Enligt rutin ska MAS informeras innan dessa delegeringar görs. Under den första vågen i pandemin då sjukdomsförloppen ofta gick fort gjordes undantag från rutinen att MAS inte kontaktades innan delegering för godkännande. Detta gällde främst om behov uppstod under kvällar, helger och nätter.

MAS har i flera Lex Maria uppmärksammats att vården inte går att följa genom HSL-dokumentationen samt att bedömningar inte sker av legitimerade i den utsträckning som behövs - detta skiljer sig i kommunen så även tid på dygnet.

MAS har inte kunnat utföra sina arbetsuppgifter så som Omvårdnadsnämnden har beslutat då MAS arbetsuppgifter i och med pandemin förändrats till att i stort handla om att uppdatera rutiner och instruktioner som följd av ny information från olika myndigheter samt riktlinjer från Smittskyddsenheten och vårdhygien i Region Gävleborg. MAS har även varje vecka deltagit i samverkansmöten mellan Region Gävleborg och länets kommuner. Syftet med denna samverkan var och är fortfarande att diskutera medicinska frågor och fatta beslut om vissa

gemensamma rutiner. Från Region Gävleborg var chefsläkare i primärvården, biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, smittskyddsläkare och hälsovalskontoret representerade och från länets kommuner var medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering, (MAR), representerade. MAS fick även under denna tid arbeta med personalfrågor, personalprovtagning och skyddsutrustningsfrågor vilket upptog stor del av ordinarie arbetstid.

Under 2020 arbetades nya samverkansavtal/läkaravtal för särskilt boende fram, ett ramavtal som är övergripande samt ett lokalt samverkansavtal som reglerar hur samverkan ska genomföras i varje enskild verksamhet.

Åtgärdsplan 2021
Dokumentationsutbildning i HSL för all legitimerad personal inom Välfärd Gävle
Utbildning i läkemedel och delegeringar för samtliga sjuksköterskor och enhetschefer
Nytt forum för legitimerad personal och berörda chefer inom Välfärd Gävle, leds av MAS och MAR i syfte att öka kompetensen kring hälso- och sjukvårdsfrågor.
Utbildning och införande av ViSam beslutstöd för samtliga sjuksköterskor.”

Arbetsmiljöverket
Under året har frågan om visir som skyddsutrustning resulterat i flera kontroller från Arbetsmiljöverket.

SKR:s PPM mätning basala hygienrutiner
(SKR = Sveriges Kommuner och Regioner, PPM = punktprevalens-mätning)
Av nämndens Patientsäkerhetsberättelse för 2020 framgår följande:
En sk PPM mätning gjorts av SKR v 40–41 hos 162 kommuner inklusive Gävle. Det handlar om att mäta efterlevnaden av basala hygienrutiner. 286 mätningar genomfördes i Gävle kommuns regi.

Resultatet visade på brister i basala hygienrutiner:
Andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler är 56% i Gävle kommun jämfört med riket 64,5%.

Slutsatsen från detta var: Denna mätning och den egna mätningen under våren visade att basala hygien och klädregler måste förbättras och är ett utvecklingsområde för Gävle kommun. Det har varit extra noga att följa detta i pandemin då efterlevnad till basala hygienrutiner och klädregler har varit grunden till en säker vård.

Yrkesrevisorernas bedömning tillsynsmyndigheters rapporter

Nämnden blir löpande granskad i ärenden som anmäls till Inspektionen för vård och omsorg, IVO och även via inspektioner som görs på myndighetens initiativ. Under 2020 gjorde IVO en större genomgång av 98 särskilda boenden över hela landet varav två i Gävle. Rapporten avseende ett av boendena var mycket kritisk. Nämnden har svarat

utförligt på vilka åtgärder som vidtagits dels rörande boendet, dels övergripande, både under 2020 och i början av 2021.

Yrkesrevisorerna har verifierat att ett nytt samverkansavtal/läkaravtal med Region Gävleborg för särskilt boende finns på plats. Här har också konstaterats brister vid IVO:s granskning av Region Gävleborg.

Yrkesrevisorerna har även tagit del av den Patientsäkerhetsberättelse som tagits fram för 2020. Där refereras bland annat till SKR:s PPM mätning av basala hygienrutiner och där efterlevnaden i den mätningen och i en egen mätning under våren visat sig att efterlevnaden av basala hygienrutiner är ett utvecklingsområde.

Sammanfattningsvis kan konstateras att de brister som belysts för äldreomsorgen i hela landet också funnits i Gävle. Variationer har funnits inom kommunen, där några äldreboenden klarat sig utan covid-19 fall medan andra drabbats.

En uppföljning av statistik från Socialstyrelsen per 18 april 2021 visar följande:

Avlidna i covid-19, uppdelat på typ av insats och kommun

Avlidna i covid-19 enligt dödsorsaksintyg inkomna fram till den 18 april 2021

Folkbokföringsort		**Totalt**		**Särskilt boende**		**Hemtjänst**	
Län	**Kommun**	**Antal**	**Andel av län eller riket (%)**	**Antal**	**%***	**Antal**	**%***
Totalt riket		**12 993**		**5 598**	**43,1**	**3 521**	**27,1**
21 Gävleborg	**Totalt länet**	**511**	**3,9**	**231**	**45,2**	**148**	**29,0**
	Gävle	167	32,7	70	41,9	49	29,3

Statistiken visar totalt har 167 personer enligt Socialstyrelsens statistik avlidit av covid-19 i Gävle kommun. Andelen avlidna vid särskilda boenden är något lägre i särskilt boende i Gävle jämfört med riket och länet. När det gäller personer med hemtjänst är andelen något högre i Gävle än i riket, men likvärdig med länets genomsnitt. Totalt har 71,3% av de som avlidit funnits inom äldreomsorgen, vilket är något högre än rikets 70,2 % men lägre än länets 74,2 %.

Socialstyrelsens statistik över avlidna per län 2021-04-25 visar att Stockholms län haft flest med 210 per 100 000 invånare. Därefter kommer Gävleborgs län med 152 avlidna per 100 000 invånare. Någon analys av detta har ännu inte framkommit.

Per 2020-12-31 har Gävle 102 904 invånare av Gävleborgs läns totalt 287 502, dvs 35,8%. Gävle har alltså haft en relativt sett mindre andel av dödsfallen (32,7% se tabellen ovan). Andra kommuner har drabbats hårdare.

Enligt nämndens egen Patientsäkerhetsrapport framgår följande:
”Inom välfärd Gävles patienter och kunder har 355 personer haft konstaterad Covid-19 under 2020. Av dessa har 255 personer tillfrisknat och 80 personer har avlidit under året.”

Dödfall kan registreras olika om man anger en underliggande sjukdom som orsak eller Covid-19, därav kan statistik från olika källor skilja sig. Man kan dock konstatera att av de smittade enligt omvårdnads statistik för 2020 har 71,8 % överlevt. Att siffrorna inte överensstämmer med Socialstyrelsens ovan beror på också på tidsperioden, eftersom Socialstyrelsens inkluderar 1 januari-18 april 2021.

Riskhantering

En riskanalys ska ligga till grund för internkontrollplanen. Den omfattar ofta flera risker än de som tas med i internkontrollplanen.

Dialogmöte med nämnden

Hur säkerställer nämnden att internkontrollplanen baseras på en aktuell och heltäckande riskanalys för nämnden?

Nämndens svar:

Nämnden fattar beslut om Internkontrollplan enligt Internkontrollreglementet för Gävle Kommun. Internkontrollplanen innehåller de prioriterade risker som framkommer av riskanalysen. Riskanalysen sker inom Sektor Välfärd och är grunden för framtagande av de prioriterade risker och kontrollmomnent som utgör själva beslutförslaget till Internkontrollplan. Riskanalysen fattas alltså ej som beslut av nämnden och så ser inte gällande ansvarsfördelning ut enligt aktuellt Internkontrollreglemente.
Riskanalys sker kontinuerligt genom Sektor Välfärds inre arbete, samt genom de regelbundna rapporteringar inklusive eventuella problemområden/ avvikelser från verksamheterna som sker till nämnd. Vid behov revideras internkontrollplanen med tillägg av risker under året om sådana risker identifieras efterhand som måste följas upp och hanteras.

Svar på kompletterande frågor till nämnden 2021-01-15

Frågor från kommunrevisionen	**Nämndens svar:**
Är samtliga risker i riskanalysen med i internkontrollplanen?	Nej. Stratsys är ännu inte helt anpassat efter vår nya organisation av olika anledningar och därför har inte i praktiken den fulla riskanalysen skett i Stratsys. Det finns alltså ett arbete som sker utanför Stratsys i detta motsvarande ”bruttolista”. Risker har passerat ledningsgrupp och där har de risker som gemensamt prioriterats tagits vidare in i Stratsys vilket tjänat som beslutsunderlag för nämnd. I nämndprocessen har även denna metodik förankrats och informerats om.
Finns skriftlig dokumentation/motivering till varför risker tas med till internkontrollplanen eller inte?	Nej. Däremot ges en information i samband med att ärendet är i aktuell nämnd.

Nämndens bedömning

Se ovan

Yrkesrevisorernas bedömning

Riskanalys sker inom Sektor Välfärd Gävle. Enligt internkontrollreglementet är det inte tydligt att riskanalysen ska beslutas i nämnden.

Yrkesrevisorerna rekommenderar att nämnden fattar beslut om riskanalys. Enligt 6 kap 7 § kommunallagen ska nämnden ” se till att den interna kontrollen är tillräcklig.”

Intern kontroll

Dialogmöte med nämnden

Bedömer nämnden att man har en återrapportering som ger en tillfredställande intern kontroll över verksamheten?	**Nämndens svar:**
Ekonomi:	Ekonomisk månadsrapportering samt redovisning av diverse definerade nyckeltal (volymer) sker månadsvis. Detta bedöms vara en tillfredsställande rapportering.
Måluppfyllelse och uppdrag:	Måluppfyllelse rapporteras i statusuppdateringar tertialvis och redovisas slutligen vid Årsrapporten för innevarande år. Detta bedöms vara en tillfredsställande rapportering.
Köer/ärendeflöden	-

Nämndens bedömning

Nämnden fattar beslut om internkontrollplan enligt internkontrollreglementet.

Yrkesrevisorernas bedömning

Internkontrollplanen har antagits i nämnden i enlighet med internkontrollreglementet, men en månad efter angiven deadline.

KS gjorde en uppföljning av samtliga nämndernas internkontrollplaner under juni 2020. För Internkontrollplanen 2020 kommenterades det att omvårdnadsnämnden plan för 2020 utgår från 2019 års risker. Fyra av totalt sex risker är kvar från 2019. Nämnden har antagit två nya risker avseende efterlevnad av externa och interna regelverk. Felaktiga betalda fakturor vid externt köp av verksamhet och uppföljning av privata utförare. Den risk som har tagits bort från 2019 är risk för felaktig bokföring vilken inte visade några avvikelser vid uppföljningen.

Av planerade kontroller görs huvuddelen vid årsskiftet. Med ett enda kontroll- och rapporttillfälle kan inga förändringar göras under löpande år.

Övrigt

Covid-19

Hur har pandemin påverkat nämndens verksamhet?
Ekonomi: Delår 2 påvisar att den största avvikelsen finns inom vård- och omsorgsboenden för bemanning, där kostnaderna för OB, övertid och inhyrda sjuksköterskor avviker med ca 17,4 mnkr. Arbetet för att hantera denna kända avvikelse har pausats på grund av Covid-19 men förväntas startas under hösten 2020, samt att det i dagsläget inte fullt ut går att värdera hur stor andel av avvikelsen som uteslutande beror på Covid-19. Arbetet med effektiviseringskravet för omvårdnadsnämnden under 2020 (26 mnkr) startade redan under slutet av 2019 och det första beslutet fattades på februarisammanträdet och förväntades ha en effektiviseringseffekt på ca 2,0 mnkr under 2020. Dock har stora delar av nämndens planerande effektiviseringsarbete tyvärr blivit förskjutet på grund av den förändrade situationen av Covid-19. Prognosen för omvårdnadsnämnden avseende hela 2020 bedöms till minus ca 43,0 mnkr. Avvikelsen är till sin helhet beroende på effekterna av Covid-19 pandemin. Prognosen kan dock förändras utifrån kommande beslut angående stadsbidraget merkostnader på grund av Covid-19. I dagsläget är endast 50% av sökt belopp och prognostiserat belopp upptaget som intäkt. Potentiellt kan då prognosen för omvårdnadsnämnden förbättras med ca 11 mnkr ner till minus 32 mnkr. <u>Materialinköp för skyddsutrustning -12,0 mnkr</u> Kostnaderna för materialinköp för skyddsutrustning förväntas uppgå till ca 12,0 mnkr för omvårdnadsnämnden vid årets slut enligt den senaste bedömningen och de aktuella prisnivåerna på marknaden. Prognosen är dock högst osäker och kan behöva justeras. Alla dessa kostnader återsöks som statsbidrag hos Socialstyrelsen.

Personalkostnader -10,0 mnkr
Prognosen för ökade personalkostnader förväntas uppgå till ca 10,0 mnkr för omvårdnadsnämnden vid årets slut enligt den senaste beräkningen, som baseras på förväntad mertid, utökad bemanning etc inom både hemtjänst och vård- och omsorgsboende. I denna prognos ingår även personalkostnaderna för Covid-teamet. Prognosen kan dock behöva justeras om smittspridningen kraftigt ökar igen. Alla dessa kostnader återsöks som statsbidrag hos Socialstyrelsen.

Statsbidrag, merkostnader på grund av Covid-19 11,0 mnkr
Prognosen för statsbidraget merkostnader på grund av sjukdomen Covid-19 tas upp med 50% av prognostiserade kostnader i delåret, då ansökan vid tidpunkt för delårsrapporteringen ännu inte är godkänd.

Statsbidrag för att kompensera, direkt eller genom återsökning av kostnder?
Se ovan.
I delåret så tas 50% av de sökta medlen upp. Totalt omfattar ansökan 13,8 mnkr till och med augusti inom egen regin (total ansökan för perioden 1/2 2020 – 31/8 2020; ca 16 mnkr). Avser främst materialinköp (förbrukat material 8,4 mnkr) och personalförstärkningar (5,4 mnkr) inom vård- och omsorgsboende och hemtjänst.

Personal:

Prognosen för ökade personalkostnader förväntas uppgå till ca 10,0 mnkr för omvårdnadsnämnden vid årets slut enligt den senaste beräkningen, som baseras på förväntad mertid, utökad bemanning etc inom både hemtjänst och vård- och omsorgsboende. I denna prognos ingår även personalkostnaderna för Covid-teamet. Prognosen kan dock behöva justeras om smittspridningen kraftigt ökar igen. Alla dessa kostnader återsöks via statsbidrag hos socialstyrelsen.
Omvårdnadsnämndens verksamheter har haft ett starkt fokus på att möta pandemins effekter och majoriteten av pågående förändringsarbete har fått prioriteras bort för att möta den akuta situationen.
Boenden och hemtjänst samt hemsjukvård har varit högt belastad pga pandemin.

Brukare:

Pandemin har påverkat kundernas möjlighet till självständighet negativt, bl a utifrån besöksförbudet på vård- och omsorgsboenden men också eftersom flera aktiviteter har ställts in eller minimerats för att minska risken för smittspridning. De gemensamma måltider som vanligen är en höjdpunkt har förändrats så att kunder nu i större utsträckning äter ensamma. För att kunna genomföra säkra besök och motverka isolering och ensamhet hos kunder har plexiglasskärmar för utomhusbesök köpts in till samtliga boenden, liksom ipads för att möjliggöra skype- och/eller facetimesamtal med anhöriga. Aktiviteter har också covid-anpassats och kunder har erbjudits att ta del av underhållning från trubadur och dramapedagog utomhus, promenadgrupper, tipspromenader, cykelturer med side by side-cykel.

Dagverksamheter och träffpunkter har stängt. Biståndsbeviljade insatser i form av dagverksamhet genomförs inte. En covidanpassad stödverksamhet har bedrivits för vissa personer efter individuell bedömning. Belastningen för kunder/brukare och deras anhöriga har varit påtaglig. Planering pågår om utökad stödverksamhet men kvaliteten i verksamheten kommer vara nedsatt resten av året.

Träffpunkterna har också stängt ner sina lokaler. Uppskattad uteverksamhet har bedrivits. Även inom detta område planeras covid-anpassad verksamhet till hösten då uteverksamhet blir svårare att bedriva.

Anhörigstöd och personliga ombud arbetar med sina uppdrag men har anpassat sig utifrån smittspridningsrisken och arbetar mer digitalt, via telefon och färre fysiska möten. Anhörigstöd arbetar med kommunens stödlinje där medborgare har möjlighet att uttrycka oro och få samtalsstöd.

Volontärsamordnaren driver fortfarande sin verksamhet. Volontärernas insatser påverkas dock av besöksförbudet på vård och omsorgsboenden
Ändrad verksamhet för att minska smittspridning: Se ovan. Regeringen har beslutat att fr o m 1 oktober häva beslutet om besöksförbud på våra vård- och omsorgsboenden. Under mars/april beslutade sektorchefen att stänga dagverksamheter, daglig verksamhet, träffpunkter och verksamheten för avlösningsvistelse vid Bergmästaren tillsvidare för att minska smittspridning av coronaviruset samt för att omfördela personalresurser till olika boenden och andra stödinsatser. Sektorchefen beslutade 21 respektive 24 september att påbörja en anpassad öppning av dagverksamheter (SoL), daglig verksamhet (LSS), träffpunkt Nygården samt avlösningsvistelse vid Bergmästaren.
Räcker skyddsutrustningen till? Har anställda/facket/ Arbetsmiljöverket haft synpunkter på skyddsutrustning? Tillgången till skyddsutrustning är god och inte under något tillfälle under pandemin har skyddsutrustning saknats. Däremot var det tidigt under pandemin en generell brist, vilket innebar att verksamheten var mycket beroende av täta och snabba leveranser Det har under sommaren gjorts flera begäran om förelägganden från lokala skyddsombud gällande användande av visir och för närvarande följer kommunen de riklinjer som smittskydd vid Region Gävleborg meddelat samt de krav Arbetsmiljöverket ställer.

Nämndens sammanfattning av de viktigaste händelserna delårsrapport 2

Situationen med Covid-19-pandemin är och har varit helt dominerande under våren. I princip all verksamhet och kraft har fått ställa om och anpassa sig efter detta nuläge. Detta kommer att påverka måluppfyllelsen i alla delar under hela året.

Omvårdnadsnämndens verksamheter har haft ett starkt fokus på att möta pandemins effekter, och majoriteten av pågående förändringsarbete har fått prioriteras bort för att möta den akuta situationen.

Boenden och hemtjänst samt hemsjukvård har varit högt belastad pga pandemin.

Nämndens sammanfattning av de viktigaste händelserna i verksamhetsberättelsen 2020

Situationen med Covid-19-pandemin är och har varit helt dominerande under året. I princip all verksamhet och kraft har fått ställa om och anpassa sig efter detta nuläge. Detta har påverkat måluppfyllelsen i alla delar under hela året.

Yrkesrevisorernas sammanfattande ställningstagande

Måluppfyllelse och ekonomi

Revisionen konstaterar att den pågående Covid 19-pandemin kraftigt har påverkat Omvårdnadsnämndens verksamheter och processer på alla nivåer. Nämnden beskriver bland annat att pandemin har krävt stränga prioriteringar och nya arbetssätt för att få kärnverksamheten gentemot kund att fungera under kraftigt förändrade förutsättningar.

Arbetssituationen har påverkats för såväl omvårdnadspersonal och sjuksköterskor som chefer på alla nivåer. Framför allt enhetschefer har fått en ökad arbetsbelastning med fokus på personalbemanning och schemaläggning. Verksamhetsplanering och åtgärdsplaner utifrån att uppnå budget i balans har endast genomförts marginellt.

Yrkesrevisorernas bedömning är att måluppfyllelsen för nämnden påverkats av pandemin. Nämnden har sökt tillgängliga statsbidrag för att täcka de extra kostnader som uppstått med anledning av Covid-19. Den ekonomiska obalans som fanns innan 2020 har däremot inte åtgärdats.

Vi bedömer att nämndens ledning, styrning och uppföljning gällande ekonomi och måluppfyllelse med tanke på omständigheterna under 2020 varit tillräcklig. Arbetet med den underliggande ekonomiska obalansen behöver dock återupptas så snart det är möjligt.

Internkontrollplan

Vi bedömer att nämndens arbete med internkontrollplanen i huvudsak har varit tillräckligt. Den kan förstärkas genom att nämnden tar beslut om riskanalysen. Kontroller och rapportering görs för de flesta identifierade risker en gång per år vilket inte ger möjligheter till åtgärder under året. Även detta kan förstärkas. Vi rekommenderar att nämnden ser över behovet av tätare uppföljning av de identifierade riskerna som grund för ett systematiskt internkontrollarbete.

Tillsynsmyndigheter

Tillsynen från Inspektionen för vård och omsorg, IVO, tyder på att nämnden inte haft intern kontroll över omfattningen av sjukskrivningar för enskilda särskilda boendeenheter och var vårdkvalitén riskerade att brista på grund av många vikarier. Rapporteringen till nämnden om pandemin, sjukfrånvaro bland personal och sjukdomsfall bland boende har skett övergripande vid varje nämndssammanträde.

Enligt svaret till IVO har åtgärder vidtagits både för den granskade enheten och för hela verksamheten.

Statistik över dödsfall för riket, länet och Gävle kommun visar att länet är det län förutom Stockholm som drabbats av flest dödsfall per 100 000 invånare under hela pandemin fram till nu. Orsakerna har ännu inte analyserats. Per 2020-12-31 har Gävle 102 904 invånare av Gävleborgs läns totalt 287 502, dvs 35,8%. Gävle har en relativt sett haft en mindre andel av dödsfallen, 32,7%. Andra kommuner har drabbats hårdare.

Intern kontroll verksamhet

Pandemin har inneburit att vikarier som arbetar vid olika enheter, även privata, har medfört en risk för smittspridning mellan enheter, vilket nämnden lyfte vid dialogmötet. Kommunstyrelsen (KS) har via bemanningsenheten försett nämndens verksamheter med vikarier. Vilken kontroll KS och bemanningsenheten har haft över denna risk för smittspridning ligger under KS ansvar.

Ansvaret för verksamheten och smittrisker för brukare ligger på nämndens ansvar. Här har nämnden även haft att hantera brukare som kommit tillbaka från sjukhusvistelser och varit smittade. Nämnden har övergått till kohort-vård i verksamheten under året (att särskild personal enbart arbetar med smittade patienter).

Arbetsmiljöansvaret som bland annat rör smittskydd för personalen är ytterst KS ansvar, då all personal har KS som arbetsgivare. Arbetsmiljöansvaret har delegerats från KS till kommundirektören, vidare till sektorchefer och sedan delegerats vidare inom tjänstemannaorganisationen.

Att förse personalen med nödvändig skyddsutrustning är både en del av arbetsmiljöansvaret och en del av att skydda boende och hemtjänstkunder mot smitta från personal som smittar utan att ännu ha fått symptom. Kostnaden finansieras av nämnden. Inledningsvis i pandemin fanns inga större lager av skyddsutrustning. I bokslutet 2020 framgår att lager av skyddsutrustning har byggts upp.

- Vi bedömer att nämndens ledning, styrning och uppföljning gällande ekonomi och måluppfyllelse med tanke på omständigheterna under 2020 varit tillräcklig.

- Vi bedömer att nämndens arbete med internkontrollplanen i huvudsak har varit tillräckligt. Det kan förstärkas genom att nämnden tar beslut om riskanalysen och genomför tätare uppföljningar.

- Nämndens hantering av pandemin hade vissa brister i det akuta inledningsskedet, vilket IVO:s granskning visar. Under året har anpassning av verksamheterna skett. Utan en fördjupad granskning kan revisorerna inte uttala sig om den interna kontrollen i detta avseende.

- Det delade ansvaret mellan kommunstyrelsen (anställda) och omvårdnadsnämnden (verksamhet och brukare) komplicerar ansvarsprövningen.

Gävle KOMMUN

Omvårdnadsnämnden

2021-05-27

Revisionsrapport 2020 Grundläggande granskning Omvårdnadsnämnden

Vi, av kommunfullmäktige i Gävle kommun utsedda förtroendevalda revisorer, har granskat Omvårdnadsnämndens verksamhet.

I vårt arbete har vi anlitat sakkunniga från Gävle kommuns revisionskontor och KPMG. Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och kommunens revisionsreglemente.

Nämnden ansvarar för att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och effektivt sätt med god intern kontroll och bedrivs enligt gällande reglemente, mål, ramar och styrdokument beslutade av fullmäktige samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Kommunstyrelsen ansvarar för styrning och uppföljning av enheternas arbete med intern kontroll.

Generella slutsatser för kommunen från grundläggande granskning 2020: Intern kontroll samt riskhantering

Nämndens arbete med intern kontroll förutsätter en löpande strukturerad process för att hantera risker som uppkommer för att målen inte kan uppfyllas.

Riskhantering är det vedertagna begreppet för denna process med delarna att identifiera risker för att målen inte uppnås, värdera och prioritera de risker som måste hanteras, hantering av och uppföljning av riskarbetet.

Kommunstyrelsens reglemente för intern kontroll från 1999 har brister och ger inte i tillräckligt hög grad stöd för nämndernas arbete. Idag genomförs riskanalysen på tjänstemannanivå och ett förslag till internkontrollplan läggs fram till nämnden för beslut. Arbetet dokumenteras i Stratsys och kommuniceras i nämnd/styrelse och mellan enhet och kommunstyrelsen. Nämnden är i begränsad omfattning involverad i processen.

Granskningen har visat att de viktigaste områdena att förbättra är:

- Nämndens delaktighet i hela riskhanteringsprocessen
- Tydlighet kring mål för verksamheten
- Analys av alla risker som riskerar att målen inte uppfylls
- Prioritering utifrån konsekvens och riskkostnad
- Löpande uppföljning i nämnd där incidenter, tillsynsrapporter med mera beaktas
- Löpande kommunikation om avvikelser med kommunstyrelsen

Sammanfattningsvis anser revisorerna

- År 2020 har varit ett extremt år med tanke på omständigheterna med pandemin
- Några av nämndens särskilda boenden har klarat verksamheten utan att vare sig personal eller boende drabbats av Covid-19. IVO:s granskning av två enheter visar att den ena fått allvarlig kritik för sin pandeminhantering i det akuta inledningsskedet våren 2020. I svaret till IVO februari 2021 noteras att åtgärder vidtagits vid den granskade enheten under 2020, men även för verksamheten i stort och att Folkhälsomyndighetens rekommendationer har följts.
- Det delade ansvaret mellan kommunstyrelsen (anställda) och omvårdnadsnämnden (verksamhet och brukare) komplicerar ansvarsprövningen.
- Nämndens arbete med den interna kontrollen har saknat struktur med löpande dokumenterade uppföljningar, varför revisorerna inte kan uttala sig om den interna kontrollen över verksamheten varit tillräcklig som helhet.

- Vi bedömer att Omvårdnadsnämnden har hållit sig inom de ekonomiska ramar som fullmäktige gett, då ett beslut fattades i fullmäktige i oktober 2020 att tillåta nämndens då prognosticerade underskott om -43 mnkr. Utfallet blev -37 mnkr.

- Vi bedömer att nämndens interna kontroll har varit tillräcklig i de delar vi granskat.

Gävle 2021-05-27

Eva-Karin Hamilton
Revisorskollegiets ordförande

Gunilla Beckman Ljung
Revisionschef

Bilaga: Grundläggande granskning Omvårdnadsnämnden