

2017-12-15

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om barnhälsovård m m

Ärendenr: 17/05957

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 21 december 2017 beslutat

att för sin del godkänna överenskommelsen med staten om barnhälsovård m m, samt

att i en skrivelse informera landsting och regioner om överenskommelsen.

Bakgrund

Barnhälsovård

Överenskommelsen om insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården syftar till att bidra till en jämlik hälsoutveckling i befolkningen. Även om folkhälsan har en positiv utveckling generellt, finns det stora skillnader mellan olika grupper, ofta kopplat till socioekonomiska förutsättningar. Detta gäller inte minst bland barn. Det tidiga livet är en central del i en människas liv eftersom förutsättningarna och villkoren under denna tid påverkar barnen direkt, men lägger också grunder för utveckling, inlärning och hälsa längre fram i livet. Det innebär att ojämlikhet i livsvillkor bidrar till att barn har skilda förutsättningar att utvecklas. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet därför inriktas på att skapa, stötta och stärka en god start i livet, för alla barn.

Barnhälsovården, som riktar sig till alla barn och föräldrar fram tills barnet börjar skolan, har en bred verksamhet och jobbar mycket med förebyggande och främjande insatser. Men samtidigt som barnhälsovården når de flesta barn visar studier att barns hälsa i hög grad påverkas av deras föräldrars och vårdnadshavares socioekonomiska situation. Det finns därför anledning för barnhälsovården att kunna rikta insatser till familjer och barn som är särskilt utsatta i syfte att främja en jämlik hälsa.

Överenskommelsen för 2018 omfattar totalt 122 000 000 kronor avsett för insatser

som ska öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet i främst socioekonomiskt utsatta områden (åldersgrupp 0–6 år). Utökade hembesöksprogram har visat mycket goda resultat där det testats, men även andra modeller som passar det lokala sammanhanget och de behov som finns kan användas eller utvecklas. Den uppsökande verksamheten bör i möjligaste mån ske i samverkan med socialtjänst och vårdgivare inom tandvården.

Ersättningen fördelar sig på följande insatsområden:

- 120 000 000 kronor avsett som utvecklingsmedel till landstingen.
- 2 000 000 kronor till SKL för arbete med fördelning av medel, administration, uppföljning m.m.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhetslagen definierar begreppet vårdskada och reglerar vårdgivarens skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att informera patienten vid en inträffad vårdskada. Hög patientsäkerhet är också ett grundläggande krav enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vårdskador definieras som skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

De gemensamma nationella målsättningarna på patientsäkerhetsområdet är enligt SKL:s plan att förebygga allvarliga vårdskador, förebygga vårdrelaterade infektioner och förebygga trycksår.

- 4 000 000 kronor tilldelas SKL för att under 2018 att arbeta för en långsiktig hantering och integrering av det nationellt gemensamma patientsäkerhetsarbetet som en del av kunskapsstyrningssystemet.

Sällsynta diagnoser

En sällsynt diagnos är enligt de svenska kriterierna en diagnos som högst 100 personer per en miljon invånare har. Trots det är sällsynta diagnoser inget ovanligt. I takt med förbättrad diagnostik och kunskap ökar antalet sällsynta diagnoser dessutom i snabb takt. Varje diagnos är dock sällsynt i sig och kunskapsunderlaget om diagnosen är ofta begränsat. Sällsynta diagnoser är ofta obotliga och kräver därför livslång vård och behandling.

Personer med sällsynta diagnoser riskerar att inte få den vård och behandling de behöver då kunskapen kring deras tillstånd ofta är bristfällig och tillgängligheten till vård är ojämlik.

- 6 000 000 kronor tilldelas landets sex medicinska centrum för sällsynta diagnoser i syfte att skapa en nationell och sammanhållen struktur för vården av personer med sällsynta diagnoser

- 1 500 000 kronor tilldelas SKL för att förbereda för att den nationella samordningen av sällsynta diagnoser inrättas inom ramen för programområdesstrukturen från och med 2019. I samordningen ska ingå att utveckla aktuella och relevanta kunskapsunderlag med tillhörande system för uppföljning.

Läkemedel

Under 2017 har arbetet med att strukturera vårddokumentation fortsatt hos flera olika aktörer, inte minst när det gäller uppgifter som avser uppföljning av läkemedelsanvändning. Strukturering av läkemedelsinformation ökar förutsättningarna för patientsäker vård och kan också bidra till en effektivisering av arbetsmoment i hela läkemedelsprocessen.

Rapportering av läkemedelsbiverkningar är en viktig förutsättning för att upptäcka brister i läkemedelsanvändningen och för att öka läkemedelssäkerheten

- 6 000 000 kronor tilldelas SKL för arbete med att
 - stötta hälso- och sjukvårdens behov av möjligheter att uttrycka och dokumentera information om patientens läkemedelsbehandlingar på ett enhetligt och strukturerat vis.
 - stödja E-hälsomyndighetens arbete med en struktur för de informationsmängder som kommer att ingå i den nationella läkemedelslistan
 - stödja Socialstyrelsens vidareutveckling av NI läkemedel.
 - stödja Läkemedelsverket med struktur- och metodfrågor i det vidare arbetet med IDMP.
- 2 000 000 kronor tilldelas SKL för arbete med STRAMA

Beredskap

I och med det försvarspolitiska inriktningsbeslutet som regeringen fattade 2015 har planeringen för totalförsvaret återupptagits. Där ingår även hälso- och sjukvården. Dessutom har Försvarsmaktens förväntan på stöd från den civila sjukvården ökat.

- 21 miljoner kronor fördelas till landstingen (1 mnkr per landsting) för att återuppta civilförsvarsplaneringen inom hälso- och sjukvården,
- 8 miljoner kronor fördelas till de landsting som ingår i områden som utpekats som särskilt betydelsefulla för totalförsvaret (varav de tre storstadsregionerna får dela på hälften och övriga områden på den andra hälften)

För att påbörja arbetet med återupptagen planering in om civilförsvaret är parterna överens om att landsting/regioner under 2018 deltar i den nationella och regionala planeringen av totalförsvaret genom att kartlägga vilka samarbetsytor som krävs

inom landstinget för att nå önskad förmågeförhöjning i hela traumavårdskedjan, kartlägga vilka delar av den egna hälso- och sjukvårdsverksamheten som mest berörs av de återupptagna civilförsvvarplaneringen samt att landstingen/regionerna samverkar med länsstyrelsen, Försvarsmakten, Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter i planeringen av totalförsvaret.

Främja uppföljning inom Primärvården

Ett arbete med att ta fram indikatorer för att följa upp verksamheten inom Primärvården har pågått sedan 2014. Implementering av användningen av indikatorerna görs genom ett system, kallat PrimärvårdsKvalitet. Detta system omfattar såväl lokala som nationella delar.

En nationell arbetsgrupp för PrimärvårdsKvalitet har etablerats på uppdrag av det nationella programrådet för primärvård. Arbetsgruppen ska vidareutveckla systemet, planera inför framtida behov, ge stöd för lokal användning av primärvårdsdata samt uppdatera och utveckla indikatorer. Arbetsgruppen har också tagit initiativ till att delta i en nationell satsning för att underlätta insamling av patientrapporterade data.

- 3 000 000 kronor tilldelas SKL för att fortsätta stötta landsting/regioner i utvecklingen av datadriven verksamhetsutveckling och lokalt förbättringsarbete. SKL kommer också att redovisa en plan för hur arbetet ska förvaltas och finansieras långsiktigt.

Överenskommelsen redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Micko
Ordförande

Insatser för ökad till-
gänglighet i barnhälso-
vården m.m.

Överenskommelse mellan staten och
Sveriges Kommuner och Landsting 2018

Innehåll

1. Inledning	3
1.1 Förutsättningar för överenskommelser	3
1.2 Överenskommelser för 2018	4
1.3 Överenskommelsens olika delar	5
2. Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården	5
2.1 Mål med överenskommelsen	5
2.2 Bakgrund	5
2.2.1 Information och kommunikation om vaccinationer	7
2.2.2 Tandhälsa	8
2.2.3 Förebyggande insatser	8
2.3 Insatser 2018	9
2.3.1 Utvecklingsmedel till landstingen	9
2.4 Övriga insatser	10
3. Mot en säkrare vård inkl. Strama	10
3.1 Insatser under 2018	11
4. Förbättrad läkemedelsinformation	12
4.1 Strukturerade uppgifter i patientjournal för förbättrad patientsäkerhet i läkemedelsprocessen	12
4.2 Möjliggör elektronisk rapportering av läkemedelsbiverkningar	13
4.3 Insatser under 2018	14
5. Långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar	15
5.1 Mål	16
5.2 Inriktningen för arbetet	16
5.3 Aktiviteter	16
5.3.1 Stärkt nationell struktur	16
5.3.2 Stärkt nationell samordning	16
5.4 Medelstillskott 2018	17
6. Främja uppföljning inom Primärvården – PrimärvårdsKvalitet	17
6.1 Utvecklingsområden 2018	18
7. Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar	18
7.1 Bakgrund	18
7.1.1 En förändrad hotbild ställer högre krav på beredskapen	18
7.1.2 Inom hälso- och sjukvården pågår omfattande förändringsarbeten	18
7.1.3 Hälso- och sjukvårdens beredskap	19
7.1.4 Det civila försvaret och Försvarsmaktens behov av hälso- och sjukvård	20
7.1.5 Socialstyrelsens och Försvarsmaktens pågående projekt	20
7.1.6 Övningar och utbildningar stärker krisberedskapen och det civila försvaret	21
7.2 Övergripande inriktning	21
7.3 Insatser 2018	22
7.4 Fördelning av medel	23
8. Ekonomiska villkor och verksamhetsrapport	23
9. Uppföljning	24
10. Godkännande av överenskommelsen	25
Bilaga 1	26
Bilaga 2	27

1. Inledning

Svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet. Internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig väl i jämförelse med andra länder, särskilt när det gäller insatser inom den specialiserade vården. Samtidigt står den svenska hälso- och sjukvården inför en rad utmaningar. Demografin förändras när medellivslängden och antalet personer som lever längre med kroniska sjukdomar ökar. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat pekar förutom på goda medicinska resultat på brister avseende kontinuitet och tillgänglighet samt på obefogade skillnader mellan grupper både avseende hälsoutfall och vård. Det finns även utmaningar på kompetensförsörjningsområdet. Vidare finns det i dag en medvetenhet om att hälso- och sjukvårdens resurser är begränsade och att en omställning till en effektivare hälso- och sjukvård är nödvändig för framtiden.

För att mer effektivt kunna möta hälso- och sjukvårdens utmaningar har regeringen tillsatt en särskild utredare som utifrån förslagen i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) ska 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. Landsting och kommuner har redan i varierande utsträckning påbörjat en sådan omställning. Den syftar till att öka vårdkvaliteten och tillgängligheten för att i större utsträckning möta patienternas behov. Parallellt med omställningen mot en god och nära vård, koncentreras den högspecialiserade vården i ökad utsträckning i syfte att ytterligare öka kvaliteten. I detta arbete behöver samtliga berörda aktörer inkluderas. Det innefattar landsting såväl som kommuner, verksamheter i egen regi samt offentligt finansierade verksamheter i privat regi. Omställningen utgår från en gemensam målbild och kommer att behöva genomföras gradvis och med utgångspunkt i lokala förutsättningar. Arbetet kommer att behöva bedrivas under en längre tid för att uppnå en långsiktigt hållbar förändring.

1.1 Förutsättningar för överenskommelser

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kan användas inom områden där regeringen och SKL gemensamt identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en förbättring i verksamheterna. Genom överenskommelser kan insatser ske samordnat på nationell, regional och lokal nivå.

En utgångspunkt vid överenskommelser är ett tillitsbaserat förhållningssätt som bl.a. syftar till att ge mer långsiktiga planeringsförutsättningar.

För de kommande åren handlar det gemensamma utvecklingsarbetet främst om omställningen mot en nära vård, vilket inkluderar att åstadkomma ökad tillgänglighet och bättre samordning, förbättrad kompetensförsörjning, ökad digitalisering samt ökat fokus på att verksamheten ska styras utifrån kunskap och beprövad erfarenhet.

Överenskommelserna mellan staten och SKL utgår från ett tydligt jämställdhetsperspektiv, med utgångspunkten att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma makt att forma samhället och sina liv. Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. Brister avseende jämställdhet ska följas upp.

Överenskommelserna omfattar vård som är offentligt finansierad, oavsett vem som utför vården. Det betyder att såväl landsting som privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård som finansieras av landstingen samt kommuner kan komma att omfattas.

1.2 Överenskommelser för 2018

Samtliga överenskommelser för 2018 bidrar på olika sätt till målet för hälso- och sjukvårdspolitiken och till den långsiktiga omstruktureringen av hälso- och sjukvården. Överenskommelserna fokuserar på att förbättra kvaliteten, tillgängligheten samt stärka kompetensförsörjningen och bemanningen, främst inom primärvården, förlossningsvården, cancervården och psykiatrin. Överenskommelserna ger också möjlighet till verksamhetsutveckling och utveckling av kunskapsstyrning när det gäller barnhälsovård samt en fortsatt satsning på nationella kvalitetsregister.

Hälso- och sjukvårdens ledare och medarbetare är dess viktigaste resurser och en förutsättning för en effektiv vård av hög kvalitet. Överenskommelserna stödjer hälso- och sjukvårdens utveckling och en strategisk och långsiktig kompetensförsörjning.

Verksamhetsutveckling förutsätter ett kontinuerligt arbete med implementering av bästa tillgängliga kunskap. Arbetet med en samlad styrning med kunskap fortsätter att utvecklas. I arbetet med att genomföra överenskommelsernas olika delar bör relevanta nationella och sjukvårdsregionala programområden och samverkansgrupper inom ramen för landsting/regioners gemensamma system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård involveras. Även myndigheter inom området bör involveras där det är relevant. Värdet av forskning och innovation ska beaktas inom de verksamheter som ingår i överenskommelserna.

Överenskommelserna ska bidra till att stärka preventiva och sjukdomsförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården. Tidig upptäckt av sjukdomar

ökar sannolikheten för en framgångsrik behandling och effektiv prevention kan innebära stora besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället.

Överenskommelserna ska bidra till att digitalisering kan användas som ett verktyg för verksamhetsutveckling. Det handlar om allt från medarbetarnas tillgång till rätt information i möten med patienter till hantering av data för uppföljning av medicinska resultat och jämförelser av verksamheternas resultat. För patienter handlar det om att få stöd för ökad delaktighet samt att få inflytande och kontroll över frågor och beslut som rör hälsan och den sociala livssituationen. Vidare ger digitaliseringen möjligheter att skapa verktyg som kan bidra till nya och innovativa arbetssätt, utveckla verksamhetsprocesserna samt öka möjligheterna för forskning.

1.3 Överenskommelsens olika delar

- Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården
- Mot en säkrare vård inkl. Strama
- Förbättrad läkemedelsinformation
- Långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar
- Främja uppföljning inom Primärvården – PrimärvårdsKvalitet
- Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar

2. Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården

2.1 Mål med överenskommelsen

Det övergripande målet med överenskommelsen är att öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet i främst socioekonomiskt utsatta områden där även följsamheten till vårdprogram kan vara låg. Parterna är överens om målsättningen att ingå överenskommelse med liknande inriktning även 2019 och 2020.

2.2 Bakgrund

Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet. De flesta kan se fram emot ett både längre och friskare liv än tidigare generationer. Ur hälsosynpunkt är Sverige ett bra land att leva i. En god hälsoutveckling i befolkningen är av grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen i stort. Att främja hälsa och förebygga sjukdom skapar förutsättningar för långsiktig hållbarhet. Den goda hälsan är dock inte jämnt fördelad i befolkningen, vilket till stor del hänger samman med att människor lever under olika socioekonomiska förhållanden.

I den budgetöverenskommelse regeringen har slutit med Vänsterpartiet ingår en satsning på barnhälsovård och vaccination. Barnhälsovården riktar

sig till alla barn och deras föräldrar fram tills barnet börjar skolan. Barnhälsovårdens mål är att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn, samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö.

För att uppnå dessa mål har barnhälsovården en bred verksamhet som på olika sätt ska vägleda och stödja föräldrar i sitt föräldraskap och uppmärksamma hälsorisker hos barnet. Verksamheten ansvarar för barnens vaccination, ger stöd och råd kring amning samt följer barns hälsa, utveckling och livsvillkor för att identifiera barn i behov av stöd. Det innebär även att tidigt identifiera och stödja föräldrar som är psykiskt sårbara, har risk- eller missbruk, av andra skäl behöver extra stöd eller då det förekommer våld i familjen, liksom att stödja barn med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar och deras föräldrar.

I barnhälsovårdens främjande uppdrag ingår att i sitt möte med familjer medverka till att skapa förutsättningar för föräldrar, såväl män som kvinnor, till ett aktivt föräldraskap och en jämställd fördelning av ansvaret för gemensamma barn. Barnhälsovården har även en viktig funktion vad gäller upptäckt av våldsutsatthet både hos barn och bland närstående i familjen.

Barnhälsovården påverkar också framtida kontakter med hälso- och sjukvården. Barnhälsovården erbjuder hembesök, föräldrastöd, samtal om levnadsvanor, vid behov kontakt med socialtjänst m.m. Stöd i föräldraskapet är en viktig och effektiv insats för att främja barnets hälsa och utveckling. Genom generella och riktade insatser spelar barnhälsovården därmed en viktig roll i att utjämna de sociala hälsoskillnaderna och främja en god och jämlik hälsoutveckling.

Svenska barn har internationellt sett en god hälsa. Kartläggningar visar exempelvis på låg spädbarnsdödlighet, låg andel olycksfall och hög andel vaccinerade barn. Samtidigt som barnhälsovården når de flesta barn visar studier att barns hälsa i hög grad påverkas av deras föräldrars och vårdnadshavares socioekonomiska situation. Studier visar också att barn som kommer från en socioekonomisk situation som är sämre än genomsnittet, med erfarenheter av psykisk ohälsa, missbruk, våld eller ekonomisk utsatthet löper större risk för en sämre hälsoutveckling på lång sikt. Det finns därför anledning för barnhälsovården att kunna rikta insatser till familjer och barn som är särskilt utsatta i syfte att främja en jämlik hälsa.

Hembesök från Barnavårdscentralen

Hembesök från personal på Barnavårdscentralen (BVC) har länge varit en del av den svenska barnhälsovården. Enligt Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovården (2014) är det främsta syftet med de hembesök som erbjuds

alla – ofta då barnet är nyfött – att informera om vad barnhälsovården erbjuder samt lägga grunden för fortsatt kontakt. Därtill ges stöd till skadeförebyggande insatser och andra råd. Dessutom får personalen förståelse för barnets levnadsmiljö. Hembesök kan också göras med syfte att ge ett barn eller en familj särskilt stöd i de fall barnhälsovårdens övriga verksamhet inte räcker till. Det förtroende som kan skapas genom hembesöken kan också göra det lättare för föräldrar att vara mottagliga för råd och hjälp med egna problem och sårbarhet som kan innebära svårigheter i föräldraskapet.

Fördelarna med hembesök lyfts även av professionsföreträdare inom barnhälsovården. Det finns flera studier som gett positiva resultat både vad gäller riktade och generella hembesök. Vidare att hembesök har underlättat framtida kontakter med barnhälsovården.

Ett gott exempel på riktade utökade hembesök återfinns i Rinkeby genom projekt för barns hälsa och integration 2013–2015 (det s.k. *Rinkebyprogrammet*). Under perioden har alla förstagångsföräldrar vid Rinkeby BVC erbjudits ett utökat hembesöksprogram med sex hembesök av BVC-sjuksköterska tillsammans med en föräldrarådgivare från socialtjänsten när barnet är 2–15 månader. Hembesöken är planerade så att de på ett lämpligt sätt passar in i barnhälsovårdsprogrammet som familjerna erbjuds i övrigt.

Utvärderingen av Rinkebyprogrammet visar att projektet har lyckats öka tillgängligheten i barnhälsovården genom att nå och erbjuda grupper med stora behov ett stöd som upplevts stärkande i deras föräldraroll. De utökade hembesöken har även bidragit till ökad kunskap om det svenska samhället och samhällets stöd till föräldrar i föräldraskapet. Programmet har också ökat tilliten till hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom den fördjupade kontakt och det ökade förtroende som hembesöken av BVC-sjuksköterskor och föräldrarådgivare ger.

2.2.1 Information och kommunikation om vaccinationer

Vaccinationer är ett av de mest effektiva sätten att förebygga sjukdomar och främja folkhälsan. Alla barn i Sverige har rätt till kostnadsfri vaccination mot nio allvarliga sjukdomar; difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib-infektion, pneumokockinfektion, mässling, påssjuka och röda hund. Alla flickor erbjuds dessutom vaccination mot humant papillomvirus (HPV). Vissa barn erbjuds även vaccin mot andra sjukdomar som hepatit B, tuberkulos och influensa.

I Sverige finns inga krav på obligatorisk vaccination, utan det är föräldrarna som avgör om barnet ska vaccineras. Inför dessa beslut har föräldrar ofta många frågor om varför man ska låta sitt barn vaccineras; om risker, biverkningar och hur vaccinationen går till. Barnhälsovården har här en viktig roll att kunna informera och kommunicera med föräldrarna. I Sverige finns

områden med lägre vaccintäckning och med vaccintveksamhet. I t.ex. sociala medier sprids ibland även felaktig information om vaccinationer. Detta kan försvåra för föräldrar att göra välinformerade val kring sina barns vaccination vilket i sin tur ställer extra stora krav på barnhälsovården att kunna bemöta föräldrars oro men även att kunna redovisa och förklara fakta.

2.2.2 Tandhälsa

Barn och ungas tandhälsa fortsätter att förbättras, dock inte för alla grupper av barn. Karies är upp till dubbelt så vanlig hos barn och ungdomar till föräldrar som har dålig tandhälsa än hos unga vars föräldrar har bra tandhälsa.

Sannolikheten att barn inte kommer till tandvården när de blir kallade ökar om barnet har en ensamstående förälder, en ung förälder, en familj som får ekonomiskt bistånd, föräldrar som har låg utbildning och om föräldrarna själva har dålig tandhälsa. Det är fyra gånger mer vanligt att barn till unga föräldrar som inte själva går till tandvården uteblir från tandvårdsbesök, jämfört med barn till äldre föräldrar som besöker tandvården regelbundet.

Det dominerande mönstret är att de sociala förhållanden som barn och ungdomar växer upp i har stor betydelse för både besöksbenägenheten och för deras tandhälsa. Relationen mellan tandhälsa och sociala och ekonomiska villkor är ett komplicerat samspel där hela livssituationen, med vardagliga vanor avseende kost och hygien, samt familjers hälsotraditioner, utbildningsnivå och ekonomiska situation måste tas i beaktande.

2.2.3 Förebyggande insatser

Hälsosamma levnadsvanor bidrar till många positiva hälsoeffekter hos barn och vuxna och kan förebygga psykiska och fysiska sjukdomar. Enligt Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovården visar en systematisk kunskapsöversikt att fysisk aktivitet hos barn 0–5 år troligtvis kan reducera risken för övervikt och främja den motoriska och kognitiva utvecklingen samt den psykosociala hälsan. Det finns också studier som pekar på att hälsosamma matvanor i tidig ålder och under uppväxten kan reducera risken för hjärt- och kärlsjukdom samt diabetes.

Även föräldrars bruk av tobak och alkohol kan påverka barnets hälsa. Rökning hos vårdnadshavare gör att barnet får ökad risk för exempelvis besvär och sjukdomar i öron och luftvägar. Riskbruk av alkohol kan i hög grad bidra till försämrad omvårdnad och tillsyn av barnet. Bland barnhälsovårdens förebyggande uppgifter är individ- och åldersanpassad information om hur olycksfall kan förebyggas också viktig. Barnhälsovården har därtill förutsättningarna för att uppmärksamma barn som kan misstänkas fara illa, och kan med stöd av bl.a. Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4) bidra till arbetet att förebygga våld både mot barn och deras närstående.

Forskning inom barnhälsoområdet visar att endast en liten del av hälsobesök för barn är inriktad på samtal om levnadsvanor och att den utbildning i motiverande samtal som sjuksköterskor genomgår inte ger dem tillräckliga färdigheter. Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvårdens möjligheter till kompetensutveckling behöver öka när det gäller insatser som rekommenderas för att påverka individers levnadsvanor.

2.3 Insatser 2018

Parterna är överens om att under 2018 öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinations-täckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet i främst socioekonomiskt utsatta områden (åldersgrupp 0–6 år). Den uppsökande verksamheten ska baseras på frivillighet och kan utgå från lokala modeller t.ex. Rinkebyprogrammet. Barnens hälsa och utveckling ska stå i centrum, och den uppsökande verksamheten bör i möjligaste mån ske i samverkan med socialtjänst och vårdgivare inom tandvården. Insatserna syftar till att stärka de insatser som BVC redan gör och bör ta sin utgångspunkt i nationella kunskapsstöd, såsom Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovården. I insatserna bör ingå att

- informera föräldrar om nyttan med vaccination och även bemöta felaktig information och rykten som sprids om vaccinationer,
- informera föräldrar om hur man uppnår en god tandhälsa och betydelsen av goda tandvårds- och levnadsvanor,
- samtala kring barnens och familjernas levnadsvanor och förebyggande av psykisk ohälsa, övervikt och kroniska sjukdomar hos barn, samt skadeförebyggande insatser och ge råd och stöd kring amning och andra aktuella frågor.

I arbetet med att genomföra överenskommelsens insatser bör relevanta nationella och sjukvårdsregionala programområden och samverkansgrupper inom ramen för landsting/regioners gemensamma system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård involveras. Särskilt bör de nationella respektive regionala programområdena för barn- och unga samt tandvård involveras. De insatser som genomförs inom ramen för överenskommelsen ska bidra till huvudmännens långsiktiga utvecklingsarbete inom barnhälsovården.

2.3.1 Utvecklingsmedel till landstingen

Regeringen avsätter 2018 totalt 120 000 000 kronor till landstingen för insatser för att öka tillgängligheten i barnhälsovården. Dessa medel utbetalas till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att sedan fördelas till landstingen utifrån lokala behov. SKL tillförs 2 000 000 kronor för arbete med att fördela medel samt relaterad administration t.ex. uppföljning, vägledning, samordning, ledning, stöd m.m.

Stimulansmedlen ska användas till insatser som har direkt koppling till de insatser (se del 2.3 Insatser 2018) som ingår i överenskommelsen.

SKL ska ansvara för att sammanställa och redovisa vilka insatser som har genomförts för utvecklingsmedlen utifrån landstingens rapportering. Redovisningen ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) med kopia till Socialstyrelsen senast den 31 mars 2019.

2.4 Övriga insatser

Regeringen avser ge Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att följa överenskommelsen, samt utgöra stöd för SKL och respektive landsting i genomförande av överenskommelsens insatser.

För att stötta landstingen med information och kommunikation kring vaccinationer avser regeringen därutöver att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att stärka sitt arbete inom området för att bemöta felaktig information och nå grupper som har lägre vaccinationstäckning.

Regeringen avser vidare att uppdra åt Socialstyrelsen att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

3. Mot en säkrare vård inkl. Strama

Patientsäkerhetslagen definierar begreppet vårdskada och reglerar vårdgivarens skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att informera patienten vid en inträffad vårdskada. Hög patientsäkerhet är också ett grundläggande krav enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vårdskador definieras som skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Den vanligaste vårdskadan, även globalt sett, utgörs av vårdrelaterade infektioner (VRI). Utöver vårdrelaterade infektioner är trycksår, fallskador, skador orsakade av läkemedel och kirurgiska skador de mest frekventa skadorna i samband med vård. Vårdskador orsakar lidande för enskilda och kostnader för samhället. Kostnaderna för den extra vårdtid som vårdskador bedöms leda till har beräknats av SKL till ca 9 miljarder kronor årligen.

Patientsäkerhetsöverenskommelserna mellan staten och SKL tecknades mellan 2011–2014. Under denna period avsattes även medel till myndigheter och till SKL för att stärka patientsäkerhetsarbetet. Utvecklingen inom centrala delar på patientsäkerhetsområdet har följts upp över tid genom kontinuerliga mätningar i hälso- och sjukvården. Resultaten från mätningarna har av landstingen kontinuerligt rapporterats in till olika databaser som administreras av SKL. Under 2017 avsattes medel till SKL för fortsatt för-

valtning av databaserna och för genomförande av fortsatta mätningar på patientsäkerhetsområdet.

SKL publicerade i september 2017 sin senaste rapport om skador i vården baserad på nationella resultat av den journalgranskning som genomförts av landsting/regioner i samarbete med SKL under perioden 2013–2016. Rapporten visar att antalet patienter som får en vårdskada har minskat mellan år 2013 och första halvåret 2015, därefter har ingen ytterligare minskning skett.

Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla ett samlat stöd för hälso- och sjukvården på patientsäkerhetsområdet, i samverkan och samråd med bl.a. flera andra myndigheter och SKL. Samverkan med Socialstyrelsen och övriga berörda myndigheter på patientsäkerhetsområdet är angeläget.

Socialstyrelsen följer också utvecklingen på patientsäkerhetsområdet i årliga lägesrapporter. I april 2017 publicerades den senaste rapporten. Socialstyrelsen konstaterade då att förekomsten av vårdsador har minskat initialt sedan 2013, men att de senaste årens resultat inte visar en fortsatt nedåtgående trend. Myndigheten konstaterar också att de regionala skillnaderna i exempelvis vårdrelaterade infektioner och trycksår fortsatt är stora.

Regeringen har tagit fram en nationell strategi mot antibiotikaresistens. Det är av betydelse att det i landstingen ges möjlighet att arbeta med implementering av de mål och insatser som beskrivs i strategin.

Inom ramen för det arbete med programråd som SKL bedriver har Nationell kompetensgrupp Strama bildats. Kompetensgruppen syftar till att samverka nationellt för att minska antibiotikaanvändningen och förebygga antibiotikaresistens.

Den långsiktiga hanteringen av Nationell kompetensgrupp Strama sker inom ramen för översynen av hur programråden ska förvaltas och finansieras av landstingen själva på längre sikt.

3.1 Insatser under 2018

De gemensamma nationella målsättningarna på patientsäkerhetsområdet är enligt SKL:s plan att förebygga allvarliga vårdsador, förebygga vårdrelaterade infektioner och förebygga trycksår. För att uppnå detta kommer SKL i samråd med landstingen (och kommunerna) bland annat att:

- Stödja vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete i både kommuner och landsting.
- Stödja arbetet med att minska diagnostiska fel.

- Fortsätta mäta skador i somatisk sjukhusvård månatligen både på sjukhus och på kliniknivå genom strukturerad journalgranskning. Utveckling har också successivt skett inom andra områden än den somatiska slutenvården. Under 2017 genomfördes en nationell mätning av skador inom sluten och öppen psykiatrisk vård, sammanställning av resultaten planeras under 2018. En handbok för journalgranskning inom hemsjukvården kommer lanseras under 2018.
- Genomföra punktprevalensmätningar en gång per år (vår) avseende VRI, basala hygienrutiner och klädregler, samt trycksår och fortsätta utveckla användningen av Infektionsverktyget.
- Fortsätta mätningarna av överbeläggningar och mata in dessa i SKL:s databas.
- Stödja patientsäkerhetsarbetet i vårdens övergångar, både inom landsting och mellan landsting och kommuner.
- Fortsätta att stödja ett integrerat arbete med säkerhetskultur utifrån patientsäkerhets- och medarbetarperspektiv.
- Bidra till en säker och jämlik vård genom att stödja användandet av mätresultaten i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Visa relevanta kvalitetsdata från patientsäkerhetsmätningarna ovan på SKL:s portal Vården i siffror.

SKL kommer under 2018 att arbeta för en långsiktig hantering och integrering av det nationellt gemensamma patientsäkerhetsarbetet som en del av kunskapsstyrningssystemet. Förankringen sker via landsting och regioners samverkansgrupp för patientsäkerhet, samverkansgruppen för uppföljning och analys, kontaktpersonsnätverket inom patientsäkerhet och med hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket. Kommunikation sker även med representanter för den kommunala hälso- och sjukvården. Sammanställningar och analyser av data från nationella mätningar som görs sprids till landsting, och kommuner där det är möjligt, i lärande syfte för att underlätta utvecklingen.

Regeringen avsätter 2018 totalt 6 000 000 kronor för en säkrare vård inklusive Strama. Av dessa avsätts 4 000 000 kronor för SKL:s systematiska patientsäkerhetsarbete. Därutöver avsätts 2 000 000 kronor för att stödja utvecklingsinsatser inom ramen för Nationell kompetensgrupp Strama, som en del i genomförandet i den nationella strategin mot antibiotikaresistens.

4. Förbättrad läkemedelsinformation

4.1 Strukturerade uppgifter i patientjournal för förbättrad patientsäkerhet i läkemedelsprocessen

Under 2017 har arbetet med att strukturera vårddokumentation fortsatt hos flera olika aktörer, inte minst när det gäller uppgifter som avser uppföljning av läkemedelsanvändning. Strukturering av läkemedelsinformation ökar

förutsättningarna för patientsäker vård och kan också bidra till en effektivisering av arbetsmoment i hela läkemedelsprocessen. För verksamheten innebär det till exempel att man snabbare kan hitta relevanta uppgifter om ordinerade läkemedel i patientjournalen, att extrahering av uppgifter till hälsodata- eller kvalitetsregister underlättas och att det ska bli enklare att förstå vad som har hänt vid uppföljning av eventuella avvikelser i samband med ordination och hantering av läkemedel.

Strukturerad läkemedelsinformation är också en viktig förutsättning för att kunna samla uppgifter om patientens ordinerade läkemedel i olika delar av läkemedelsprocessen samt att skapa åtkomst till dessa uppgifter för behörig hälso- och sjukvårdspersonal som har ett berättigat ändamål att ta del av dem. Detta gäller för både delning av uppgifter inom ramen för sammanhållen journalföring och för korrekt och ändamålsenlig överföring av uppgifter till en kommande nationell läkemedelslista. Även patienter gynnas av att få bättre och mer fullständig information om deras ordinerade läkemedel än vad som är möjligt idag. Arbetet är angeläget både inom den hälso- och sjukvård som landstingen ansvarar för och inom den kommunala hälso- och sjukvården. SKL:s närhet till verksamheten och kompetens inom informatikområdet behöver därför fortsättningsvis kunna användas för att stödja både det pågående arbetet på Inera som bedrivs under beteckningen ”Sammanhållen läkemedelsjournal” och myndigheternas arbete – E-hälsomyndighetens uppdrag att strukturera läkemedelsinformation och ta fram en nationell läkemedelslista, Socialstyrelsens uppdrag med Nationell informationsstruktur och Läkemedelsverkets arbete med standarderna för identifiering av läkemedelsprodukter (IDMP, Identification of Medicinal Products). Av samma anledning är SKL också en lämplig diskussionspartner till Socialstyrelsen när det gäller myndighetens arbete med att optimera informationsspecifikationen för uppmärksamhetsinformation och kartlägga förutsättningar för en mer samordnad hantering av denna informationsmängd i hälso- och sjukvården.

4.2 Möjliggör elektronisk rapportering av läkemedelsbiverkningar

Rapportering av läkemedelsbiverkningar är en viktig förutsättning för att upptäcka brister i läkemedelsanvändningen och för att öka läkemedels säkerheten. I dag upplever hälso- och sjukvårdspersonal rapporteringen som alltför tidskrävande, och Läkemedelsverket gör bedömningen att endast en mindre del av biverkningarna rapporteras. Under flera års tid har därför såväl Läkemedelsverket som Inera arbetat för att möjliggöra rapportering av läkemedelsbiverkningar via en elektronisk tjänst som kan kopplas direkt till journalsystemen. Under 2016 genomförde Inera en förstudie om vårdens behov, och under 2017 har en fristående applikation utvecklats på Inera, baserad på Läkemedelsverkets tidigare prototyp, SEBRA (förkortning för Sjukvårdens Elektroniska BiverkningsRAPportering). Region Uppsala har

också under Ineras ledning påbörjat arbetet med en pilottest av applikationen, och arbetet beräknas avslutas under 2018. Inera och Region Uppsala samarbetar också med ett parallellt projekt på Läkemedelsverket.

Planen är att applikationen ska förvaltas på Inera när den är färdig. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting har dock under 2016 och 2017 varit överens om att regeringens finansiering av förstudien och eventuell efterföljande pilot i sig inte innebär att varken landstingen eller staten har gjort ett åtagande avseende implementering och långsiktig förvaltning.

4.3 Insatser under 2018

Under 2018 kommer SKL att

1. stötta hälso- och sjukvårdens behov av möjligheter att uttrycka och dokumentera information om patientens läkemedelsbehandlingar på ett enhetligt och strukturerat vis. Arbetet syftar till att bidra till en enhetlig implementering av Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:37) och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Det syftar även till att underlätta ett framtida införande av såväl en nationell läkemedelslista som IDMP. I arbetet ingår att harmonisera informationsmängder i domänmodellen till Nationell informationsstruktur (NI) och att förankra modellen brett hos de viktigaste aktörerna inom området. Arbetet utgår från olika aktörers behov av samlad information om patientens läkemedelsbehandling och SKL:s domänmodell kommer att vara en viktig utgångspunkt. SKL kommer även att fortsätta arbeta för att modellen på olika sätt ska kunna utgöra grunden för arbete med informationsstrukturer inom läkemedelsområdet.
2. stödja E-hälsomyndighetens arbete med en struktur för de informationsmängder som kommer att ingå i den nationella läkemedelslistan. Aktiviteten syftar till att E-hälsomyndigheten ska kunna presentera en färdig struktur för den information som ska hanteras i den nationella läkemedelslistan under 2018. SKL ska bidra till att den struktur som presenteras harmonierar med strukturen för övrig information om en patients läkemedelsbehandlingar som ska hanteras i journalsystemen enligt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:37) och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Ett särskilt fokus för SKL ska vara hur information om dosering av rekvisitionsläkemedel ska kunna struktureras.
3. stödja Socialstyrelsens vidareutveckling av NI läkemedel.

4. stödja Läkemedelsverket med struktur- och metodfrågor i det vidare arbetet med IDMP.

Arbetet i samtliga dessa aktiviteter ska genomföras i samverkan med Inera, E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. SKL och Socialdepartementet är överens om att ha kontinuerlig avstämning under året om hur arbetet fortskrider.

Avseende biverkningsrapporteringen avslutas utvecklingen av den fristående applikationen, och tjänsten verifieras och trimmas i en skarp pilot i Region Uppsala. Från januari 2019 är det möjligt för andra landsting och regioner att ta del av tjänsten. Förvaltning av tjänsten förbereds hos Inera, och Inera genomför runt årsskiftet 2017–2018 en inventering av landstings och regioners intresse och möjligheter att göra ett förvaltningsåtagande, enligt Ineras normala rutiner för förvaltningsobjekt.

Regeringen avsätter 2018 totalt 6 000 000 kronor till förbättrad läkemedelskommunikation. Av dessa avsätts 5 000 000 kronor för strukturerade uppgifter i patientjournal och 1 000 000 kronor för att fortsätta genomförandet och utvärderingen av pilotundersökningen avseende biverkningsrapportering.

5. Långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar

En sällsynt sjukdom är enligt de svenska kriterierna en sjukdom som högst 100 personer per en miljon invånare har. Trots det är sällsynta sjukdomar inget ovanligt. Såväl antalet personer som lever med en sällsynt sjukdom som antalet sällsynta sjukdomar är stort. I takt med förbättrad diagnostik och kunskap ökar antalet sällsynta sjukdomar dessutom i snabb takt. Varje sjukdom är dock sällsynt i sig och kunskapsunderlaget om sjukdomarna är ofta begränsat. Sällsynta sjukdomar är ofta obotliga och kräver därför livslång vård och behandling.

Regeringen har tagit initiativ till en rad reformer som kommer att förbättra förutsättningarna för personer med sällsynta sjukdomar, t.ex. genom en förstärkt vårdgaranti i primärvården, patientkontrakt i syfte att samordna patientens alla vårdkontakter och en ökad koncentration av den mest högspecialiserade vården. Dessutom har regeringen beslutat om en utredning (dir. 2016:95) som ska göra en översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel. Det finns utmaningar med läkemedel som utvecklas för att användas för små patientgrupper i förhållande till nuvarande subventions- och prissättningssystem.

Även om viktiga steg har tagits anser regeringen att det behövs en sammanhållen plan för hur vård och behandling av personer med sällsynta sjukdomar ska styras och samordnas.

5.1 Mål

Målet med denna satsning på området sällsynta sjukdomar är att skapa ökade förutsättningar för en god, jämlik och tillgänglig vård med patienten i centrum.

5.2 Inriktningen för arbetet

Då kunskapen kring sällsynta sjukdomar är bristfällig och tillgängligheten till vård är varierande över landet riskerar personer med sällsynta sjukdomar att inte få den vård och behandling de behöver. Den bristfälliga kunskapen är delvis en konsekvens av sjukdomarnas sällsynthet i sig. Den varierande tillgängligheten är delvis en konsekvens av att de sex centrumen för sällsynta diagnoser, som finns i landets sjukvårdsregioner, har olika kapacitet till följd av landstingens olika förutsättningar. Ytterligare en förklaring till varierande tillgänglighet till hälso- och sjukvård för personer med sällsynta sjukdomar är att det råder brist på samordning och kunskapsöverföring inom befintliga vårdstrukturer.

Regeringen ser därför behov av en långsiktig inriktning för att stärka de befintliga vårdstrukturerna, stärka och utveckla den nationella samordningen samt stärka patientperspektivet när det gäller vård och behandling av personer med sällsynta sjukdomar.

Landstingen i samverkan har inlett ett arbete för en samlad styrning med kunskap. I detta arbete är den programområdesstruktur som växer fram central, bl.a. genom inrättandet av ett programområde för sällsynta diagnoser. Det är grundläggande att det finns aktuella och relevanta kunskapsunderlag med tillhörande system för uppföljning av vården för personer med sällsynta sjukdomar.

5.3 Aktiviteter

5.3.1 Stärkt nationell struktur

I syfte att skapa en nationell och sammanhållen struktur för vården av personer med sällsynta sjukdomar tillför regeringen landets medicinska centrum för sällsynta diagnoser totalt 6 000 000 kronor under 2018. Dessa medel ska fördelas av Sveriges kommuner och landsting (SKL).

5.3.2 Stärkt nationell samordning

Under 2018 ska SKL förbereda för att den nationella samordningen av sällsynta sjukdomar inrättas inom ramen för programområdesstrukturen från

och med 2019. I samordningen ska ingå att utveckla aktuella och relevanta kunskapsunderlag med tillhörande system för uppföljning. I uppdraget ingår också att analysera förutsättningarna för SKL att tillhandahålla kunskapsdatabasen för sällsynta diagnoser inom ramen för programområdesstrukturen. Den nationella samordningen ska öka förutsättningarna för en sammanhållen vårdkedja i vård som rör sällsynta diagnoser. För förberedelsearbetet får SKL använda 1 500 000 kronor under 2018. I arbetet ingår att utarbeta grundläggande kriterier för verksamheten vid centrumen för sällsynta diagnoser. SKL ska i detta arbete ha en referensgrupp med relevanta aktörer där både professions- och patientperspektivet är representerat.

5.4 Medelstillskott 2018

Regeringen avsätter 2018 inom överenskommelsen totalt 7 500 000 kronor för vård och behandling av sällsynta sjukdomar. Regeringen avser även tillföra Socialstyrelsen medel under 2018 för att fördela som statsbidrag till organisationer, för en mer patientcentrerad vård för patientgruppen personer med sällsynta sjukdomar. Inom området sällsynta diagnoser har även Socialstyrelsen regeringens uppdrag om en nationell funktion för samordning, koordinering och informationsspridning inom området sällsynta sjukdomar. Detta uppdrag gäller även för 2018. Från och med 2019 flyttas dessa uppgifter som aviserat ovan till den nationella programområdesstrukturen som är under utveckling.

Parterna är överens om målsättningen att det gemensamma arbetet med vård och behandling är långsiktigt och ska fortsätta efter 2018.

6. Främja uppföljning inom Primärvården – PrimärvårdsKvalitet

Under 2014 genomförde SKL en kartläggning av möjligheter att följa upp verksamheter inom primärvården. Kartläggningen påvisade ett stort behov av att stödja en mer systematisk användning av befintliga data i respektive landsting. Under 2015 utarbetades indikatorer och data samlades in för gemensam uppföljning och utveckling av primärvården inom ramen för regeringens och landstingens gemensamma satsning på kvalitetsregister.

Under 2016 började indikatorerna att användas i primärvården. Det görs genom systemet PrimärvårdsKvalitet, som omfattar både lokala och nationella delar. Vidare har tekniken som krävs nationellt för att beräkna nationella medelvärden och för att på sikt kunna presentera data på aggregerad nivå tagits fram. Därutöver har en nationell arbetsgrupp för PrimärvårdsKvalitet etablerats för att vidareutveckla systemet, planera inför framtida behov, ge stöd för lokal användning av primärvårdsdata samt uppdatera och utveckla indikatorer.

Under 2017 har SKL fortsatt att främja uppföljning inom primärvården. De nationella indikatorerna har utvecklats, setts över och vid behov uppdaterats. Ett arbete med att främja samverkan mellan landstingen och att stödja landstingen i analys- och tolkningsfrågor som rör uppföljning av primärvårdens resultat för olika sjukdomsgrupper, för kvinnor och män samt för olika åldersgrupper pågår. Nya indikatorer har utformats för angelägna områden som rehabilitering, samverkan och sköra äldre. Samarbeten med Socialstyrelsen har varit viktigt. Stöd för lokal analys och användning av kvalitetsdata har tagits fram och spridits till anslutna vårdcentraler.

Detta arbete behöver fortsätta 2018. Vidare behöver arbetet med att utveckla kvalitetsindikatorer för digital vård på distans fortsätta. Ett samarbete pågår här mellan företrädare för PrimärvårdsKvalitet, Folkhälsomyndigheten och Programråd Strama.

6.1 Utvecklingsområden 2018

- Fortsatt utveckling av indikatorer.
- Stöd till landstingen i utveckling av datadriven verksamhetsutveckling och lokalt förbättringsarbete
- SKL ska redovisa en plan för hur arbetet ska förvaltas och finansieras långsiktigt inom landstingen.

Regeringen avsätter 2018 totalt 3 000 000 kronor för att främja uppföljning inom Primärvården – PrimärvårdsKvalitet.

7. Hälsa- och sjukvårdens arbete med civilt försvar

7.1 Bakgrund

7.1.1 En förändrad hotbild ställer högre krav på beredskapen

I och med det försvarspolitiska inriktningsbeslutet som regeringen fattade 2015 har planeringen för totalförsvaret återupptagits. Där ingår även hälso- och sjukvården. Dessutom har Försvarsmaktens förväntan på stöd från den civila sjukvården ökat. Regeringen aviserar i budgetpropositionen för 2018 en permanent ökning om 40 miljoner kronor extra per år till hälso- och sjukvården för arbetet med civilt försvar.

7.1.2 Inom hälso- och sjukvården pågår omfattande förändringsarbeten

Regeringen har en uttalad ambition att stärka primärvården som en del av den öppna vården. Att mer hälso- och sjukvård ges utanför sjukhusen är en utveckling som redan pågår och som regeringen ser som en förutsättning för att bedriva en modern hälso- och sjukvård. Detta arbete bedrivs bl.a. i utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. (dir. 2017:24). Regeringen har också lämnat en proposition om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården (prop. 2017/18:40). Förslagen syftar till att

koncentrera den högspecialiserade vården i ökad utsträckning för att uppnå en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård. Regional högspecialiserad vård ska bedrivas i sjukvårdsregionerna, men på ett begränsat antal enheter i respektive region.

7.1.3 Hälso- och sjukvårdens beredskap

Ansvaret för att bedriva hälso- och sjukvård i Sverige vilar enligt 8 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, till stor del på landstingen. Enligt 12 kap. ansvarar kommunerna för hälso- och sjukvård i vissa fall och får även i vissa andra situationer bedriva hälso- och sjukvård.

I hälso- och sjukvårdslagen finns det inga bestämmelser som begränsar lagens tillämplighet vid höjd beredskap. Landstingen ska enligt 7 kap 2 § HSL planera sin hälso- och sjukvård så att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Några särskilda bestämmelser som tar fasta på huvudmännens ansvar när det gäller civilt försvar finns inte i HSL. Enligt 6.1 § punkten 2 får regeringen emellertid meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara. Även annan lagstiftning inom hälso- och sjukvården, exempelvis smittskyddslagen (2004:168), har betydelse för hälso- och sjukvårdens beredskap.

Bestämmelser om kommuners och landstings ansvar under fredstida kriser och under höjd beredskap återfinns även i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH). I 3 kap. återfinns bestämmelser om kommuners och landstings förberedelser för och verksamhet under höjd beredskap.

Inom hälso- och sjukvården ska Socialstyrelsen medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap, samt förordningen (2015:1053) om totalförsvaret och höjd beredskap. Socialstyrelsen ska samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap samt på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför höjd beredskap, för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap.

Att säkerställa tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter är centralt i en fungerande hälso- och sjukvård. Omregleringen av apoteksmarknaden har inneburit att det inte längre finns en utpekad aktör med beredskapsuppgifter. Samtidigt har landstingen fått större frihet att själva organisera sin läkemedelsförsörjning.

7.1.4 Det civila försvaret och Försvarsmaktens behov av hälso- och sjukvård

Civilt försvar är den verksamhet som myndigheter, kommuner och landsting samt enskilda, företag och föreningar m.fl. vidtar för att förbereda Sverige för krig. I fredstid genomförs förberedelser i form av beredskapsplanering och förmågehöjande åtgärder. Under höjd beredskap och ytterst krig vidtas nödvändiga åtgärder för att upprätthålla målet för civilt försvar.

Enligt den försvarspolitiska inriktningspropositionen (prop. 2014/15:109) tar det civila försvaret och arbetet med detta, sin utgångspunkt i samhällets krisberedskap. Målet för civilt försvar är att inför och under höjd beredskap samt under krig värna befolkningen, säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna samt bidra till Försvarsmaktens förmåga att möta ett väpnat angrepp. En av de viktigaste prioriteringarna, enligt regeringen, är att stärka förmågan i totalförsvaret och därför ska planeringen för det civila försvaret återupptas. Planeringsarbetet bör vidare utgå från att förmågan att hantera kriser i samhället i fredstid också ger en grundläggande förmåga att hantera krigssituationer. Strukturer och processer som används inom krisberedskapen bör så långt möjligt användas i planeringen av det civila försvaret.

Enligt budgetpropositionen för 2018 (prop. 2017/18:1) är det av stor vikt att planeringen samordnas mellan det civila och det militära försvaret, att kunskapshöjande åtgärder och övningar genomförs samt att beredskapsåtgärder vidtas i samverkan med berörda aktörer. Det är prioriterat att även kommuner och landsting särskilt utvecklar sin kunskap och möjlighet att utföra de uppgifter som ankommer på dem.

Regeringen gav i april 2017 i uppdrag åt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) att i samråd med Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) föreslå hur den återupptagna planeringen för det civila försvaret bör utvecklas inom kommuner och landsting. Förslagen ska knyta an till det arbete inom krisberedskapen som redan pågår i kommuner och landsting och utgå från de krav som finns angivna i lagen (2006:544) och förordningen (2006:637) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och vid höjd beredskap (LEH). MSB ska redovisa en bedömning av vilka kostnader för kommuner och landsting som förslagen medför och som bör ersättas av staten i enlighet med 5 kap. 1 § LEH. Uppdraget redovisades till Regeringskansliet (Justitiedepartementet) den 15 december 2017.

7.1.5 Socialstyrelsens och Försvarsmaktens pågående projekt

Mot bakgrund av det förändrade säkerhetsläget i närområdet inledde Socialstyrelsen och Försvarsmakten 2015 projektet *Totalförsvarets sjukvårdssystem*. Arbetet har inriktats mot fyra områden: väpnat angrepp mot Sverige, militära insatser utomlands, katastrofmedicinskt koncept i fredstid och civil-

militära internationella insatser. Totalförsvarets sjukvårdssystem strävar efter en sammanhållen planering för en förmågeutveckling inom hälso- och sjukvårdssektorn.

7.1.6 Övningar och utbildningar stärker krisberedskapen och det civila försvaret

Samhällets förmåga att hantera olyckor, kriser och ytterst krig stärks avsevärt genom planering och genomförande av olika övningar. En god övningsverksamhet bidrar till arbetet att uppfylla målen för samhällets krisberedskap. I många fall saknas det enligt risk- och sårbarhetsanalyserna fortfarande en utbildnings- och övningsplan att hålla sig till.

Katastrofmedicin är inte en egen specialitet utan snarare en vidareutbildningsprofil. Socialstyrelsen har bedömt att nationella utbildningsplaner för all personal som ansvarar för omhändertagande från skadplats och prehospital vård till omhändertagandet på sjukhus behöver utvecklas och fastslås på nationell nivå och förankras på regional nivå. För att säkerställa och öka den prehospitala förmågan att hantera skadade behöver utbildningar genomföras med inriktning mot att kunna bedriva vård av skadade i hotfulla miljöer.

För att kunna tillämpa och utveckla erhållen utbildning måste den användas, prövas övas och utvärderas. Utifrån ett totalförsvarsperspektiv har både Försvarmakten och den civila sjukvårdspersonalen ett stort behov av simuleringsövningar, liksom övningar på regional och nationell nivå med både perspektivet traumavård och katastrofmedicin. Dessutom krävs en samträning och samövning med polisen och räddningstjänsten för att kunna arbeta effektivt i hotfulla miljöer i fredstid, vid gråzonsscenarioer samt vid höjd beredskap och krig.

Mot denna bakgrund avser regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra insatser för landsting och regioner i frågor som rör katastrofmedicin och sjukvårdens förmåga vid höjd beredskap.

7.2 Övergripande inriktning

Landstingen ska tillsammans med berörda myndigheter, delta i planeringen av totalförsvaret. Planeringen ska förbereda Sverige för krig. I fredstid sker det i form av beredskapsplanering och förmågehöjande åtgärder samt under höjd beredskap och ytterst krig genom nödvändiga åtgärder för att upprätthålla målet för civilt försvar.

Landstingens insatser bör utgå från en analys av hur hälso- och sjukvårdens beredskap ska kunna anpassas till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården, bl.a. arbetet med en god och nära vård och den högspecialiserade vården.

Parterna är överens om att avsikten är att liknande överenskommelser mellan staten och SKL om hälso- och sjukvårdens roll inom ramen för det återupptagna arbetet med planering för civilt försvar ska tecknas för 2019 och 2020. Inriktningen är att medel fördelas till dels samtliga landsting för arbetet med den återupptagna planeringen för civilt försvar, dels landsting som ingår i områden som utpekats som särskilt betydelsefulla för totalförsvaret. Inriktningen och fördelning för beräknade insatser kommande år bestämmas årligen.

Avsikten är att grunden för landstingens åtaganden inom ramen för både krisberedskap och civilt försvar utifrån LEH under de närmaste åren hanteras i en annan överenskommelse som tecknas mellan MSB och SKL.

Av denna anledning är parterna överens om att avsikten inför 2019 är att se över denna överenskommelse vad gäller utmaningar i hälso- och sjukvården i syfte att bättre anpassa den till de strategiska sektorsspecifika utmaningar som finns i hälso- och sjukvården i fråga om civilt försvar och till den överenskommelse som tecknas mellan MSB och SKL. Parterna är vidare överens om att avsikten att förenkla landstingens hantering av båda överenskommelserna så långt det är möjligt.

7.3 Insatser 2018

Parterna är överens om att insatser inom följande områden ska prioriteras under 2018:

a) Påbörja arbetet med den återupptagna civilförvarsplaneringen inom hälso- och sjukvården

- delta i den nationella och regionala planeringen av totalförsvaret, t.ex. genom framtagande av nationella planer för utbildning och övning som Socialstyrelsen tar fram i samverkan med bland annat Försvarsmakten,
- kartlägga vilka samarbetsytor som krävs inom landstinget för att nå önskad förmågeförhöjning i hela traumavårdskedjan,
- kartlägga vilka delar av den egna hälso- och sjukvårdsverksamheten som mest berörs av de återupptagna civilförvarsplaneringen, göra bedömningar av i vad mån verksamheterna kan behöva anpassas för att möta de krav som ställs inom ramen för civilförsvaret och identifiera vilka insatser som bedöms vara mest prioriterade, samt
- samverka med länsstyrelsen, Försvarsmakten, Socialstyrelsen, kommuner och andra berörda myndigheter i planeringen av totalförsvaret och vid genomförandet av övriga insatser.

b) landstingsgemensamma frågor

- insatsen inriktas på att analysera landstingsgemensamma frågor för gemensamt utnyttjande av resurser med syfte att nationellt öka förmågan, t.ex. upphandlad vård, försörjningsfrågor och bemanningsfrågor.

7.4 Fördelning av medel

Regeringen avsätter 2018 totalt 30 000 000 kronor för hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar. Medlen inom överenskommelsen ska fördelas enligt följande

- a) 21 000 000 kronor fördelas till landstingen (1 000 000 kronor per landsting) för att återuppta civilförsvarsplaneringen inom hälso- och sjukvården,
- b) 8 000 000 kronor ytterligare fördelas till de landsting som ingår i områden som utpekats som särskilt betydelsefulla för totalförsvaret (varav de tre storstadsregionerna får dela på hälften och övriga områden på den andra hälften), samt
- c) 1 000 000 kronor fördelas till landsting som tar på sig uppgifter kopplade till landstingsgemensamma frågor.

8. Ekonomiska villkor och verksamhetsrapport

Beslut om utbetalning av 122 000 000 kronor för insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagspost 10 Barnhälsovård.

Beslut om utbetalning av 4 000 000 för det systematiska patientsäkerhetsarbetet (exkl. Strama) ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagspost 18 God vård och folkhälsa.

Beslut om utbetalning av 2 000 000 kronor för att stödja utvecklingsinsatser inom ramen för Nationell kompetensgrupp Strama ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagsposten 15 Säkrare och effektivare hälso- och sjukvård.

Beslut om utbetalning av 6 000 000 kronor för förbättrad läkemedelsinformation ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagspost 29 Ordnat införande och strukturerad uppföljning.

Beslut om utbetalning av 7 500 000 kronor för stärkt nationell struktur samt stärkt nationell samordning på området sällsynta diagnoser ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagspost 03 Kroniska och långvariga sjukdomar.

Beslut om utbetalning av 3 000 000 kronor till uppföljning inom primärvården – PrimärvårdsKvalitet ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagspost 15 Säkrare och effektivare hälso-och sjukvård

Beslut om utbetalning av 30 000 000 kronor för sjukvårdens arbete med civilt försvar ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagspost 22 Totalförsvarsöverenskommelse.

Alla medel inom ramen för överenskommelsen utbetalas engångsvis till SKL efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Rekvisering av medlen ska ske senast den 1 december 2018. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid. Se vidare *bilaga 1* med tabell över fördelning av medel inom ramen för överenskommelsen.

SKL kommer att lämna en slutlig verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2019, om inte annat anges. I verksamhetsrapporten ska SKL redogöra för den verksamhet som bedrivits med stöd av bidragen inklusive medel till landstingen. I redovisningen ska ingå att beskriva hur medel har fördelats, vilka resultat som uppnåtts och hur landstingen planerar för att det uppnådda resultatet ska vidmakthållas efter 2018. I slutrapporten ska jämförbarhetsperspektivet belysas där så är lämpligt. En prognos över bidragsförbrukningen för 2018 samt en delredovisning ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 oktober 2018.

Medel som inte har utnyttjats återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2019. En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts av SKL ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2019. Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av behörig företrädare för SKL.

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

9. Uppföljning

Parterna är överens om att insatserna i överenskommelsen ska följas upp och analyseras.

10. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och SKL:s styrelse.

För staten genom
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och
Landsting

Stockholm
den 21 december 2017

Stockholm
den 21 december 2017

Agneta Karlsson
Statssekreterare

Vesna Jovic
Verkställande direktör

Bilaga 1

Fördelning av medel per del inom ramen för överenskommelsen.

Insatsområde	Mnkr
Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården	122
Mot en säkrare vård (inkl. Strama)	6
Förbättrad läkemedelsinformation	6
Långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar	7,5
Främja uppföljning inom Primärvården - PrimärvårdsKvalitet	3
Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar	30
Totalt för överenskommelsen	174,5

Bilaga 2

Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning av icke-prestationsbaserade medel inom ramen för denna överenskommelse.

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter <ul style="list-style-type: none"> • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress 	1. Kontaktuppgifter <ul style="list-style-type: none"> • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser <ul style="list-style-type: none"> • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse • Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning • Överenskommelsens benämning • Belopp som rekvireras • Rekvisitionen avser perioden 	2. Bidrag som ansökan avser <ul style="list-style-type: none"> • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse • Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning • Överenskommelsens benämning • Summa bidrag enligt överenskommelsen • Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet • Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning <ul style="list-style-type: none"> • Bankgiro/Plusgiro • Önskad betalningsreferens 	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet <ul style="list-style-type: none"> • Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet • Kostnader • Kostnader (specificera större kostnadsposter) • Summa kostnader • Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)
4. Underskrift i original av behörig företrädare <ul style="list-style-type: none"> • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande 	4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen <ul style="list-style-type: none"> • Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. • Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) • Namn • Befattning • Telefon inkl. riktnummer • E-postadress
	5. Underskrift i original av behörig företrädare <ul style="list-style-type: none"> • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande