

**Socialdepartementet**Kammarkollegiet  
Box 2218  
103 15 Stockholm

## Utbetalning av medel i enlighet med överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024

### Regeringens beslut

Regeringen ger Kammarkollegiet i uppdrag att, i enlighet med överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024, betala ut 1 527 000 000 kronor till kommuner och regioner samt till kommuner och regioner gemensamt, s.k. länsgemensamma medel, i enlighet med *bilaga 1*.

De länsgemensamma medlen ska betalas ut till den mottagare som kommuner och regioner har angett som mottagare, enligt närmare anvisningar från Regeringskansliet (Socialdepartementet).

Regeringen ger Kammarkollegiet i uppdrag att, i enlighet med samma överenskommelse, betala ut 33 000 000 kronor till SKR.

Medlen ska utbetalas under 2024 och belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg för budgetåret 2024 uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition.

Medlen till kommuner och regioner, till kommuner och regioner gemensamt, samt till SKR utbetalas engångsvis efter rekvisition till Kammarkollegiet senast den 29 november 2024. Den information som ska ingå i rekvisitionen framgår av *bilaga 2*.

Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte har inkommit inom denna tid. Medel som inte har använts för avsett ändamål ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2025.

En ekonomisk redovisning för kalenderåret 2024 som visar hur de medel som har tilldelats SKR har använts ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2025. Den information som ska ingå i den ekonomiska redovisningen framgår av *bilaga 2*.

Rekvisition, återbetalning och redovisning av medel ska hänvisa till diarienumret för detta beslut samt till diarienumret för överenskommelsen mellan staten och SKR om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024.

Detta beslut ersätter regeringsbeslutet I:2 från den 15 februari 2024 om utbetalning av medel i enlighet med överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024 (S2024/00330).

### **Ärendet**

Staten och SKR har ingått en överenskommelse om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention för 2024 (S2023/03357).

Överenskommelsen syftar till att, genom ekonomiska incitament, utveckla arbetet med att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid samt att öka tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet för personer med psykisk ohälsa.

För 2024 avsätter regeringen totalt 1 560 000 000 kronor inom ramen för överenskommelsen, varav 1 527 000 000 kronor fördelas till kommuner och regioner och 33 000 000 kronor fördelas till SKR.

Av överenskommelsen följer att regioner och kommuner, enligt anvisning från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, ska redovisa de insatser som har genomförts med stöd av medlen från överenskommelsen samt användning och förbrukning av medel för verksamhetsåret 2024.

Av överenskommelsen följer även att SKR ska lämna en delrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 september 2024 och en verksamhetsrapport Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2025.

På regeringens vägnar

Jakob Forssmed

Lina Leander

Kopia till

Statsrådsberedningen/Internrevisionen  
Finansdepartementet/BA  
Regeringskansliets förvaltningsavdelning/EKA  
Folkhälsomyndigheten  
Kammarkollegiet  
Socialstyrelsen  
Sveriges Kommuner och Regioner

## **Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024: Fördelning av medel**

Stimulansmedlen fördelas till kommuner och regioner baserat på befolkningsunderlaget den 1 november 2023.

Undantaget är de länsgemensamma medlen för:

- brukarsamverkan, där varje region tilldelas 1 miljon förutom de tre storstadsregionerna som får vardera 2 miljoner
- insatser för personer med samsjuklighet och omfattande behov, vilket fördelas med 5 miljoner kronor per län och resten fördelat efter befolkningsmängd
- insatser för barn och unga som fördelas utifrån andel av befolkningen som är 0-25 år i respektive län

Samt regionens medel för:

- insatser för barn och unga som fördelas utifrån andel av befolkningen som är 0-25 år i respektive län

Region	Sida 2
Kommun	Sida 3
Region och/eller kommun	Sida 13

## Region

Länskod	Region	Barn och unga	Traumavård	Kunskapsbaserad och säker vård och omsorg	Totalt belopp
01	Stockholm	129 530 375 kr	11 630 934 kr	23 261 868 kr	164 423 176 kr
03	Uppsala	22 943 849 kr	1 916 680 kr	3 833 360 kr	28 693 890 kr
04	Södermanland	15 755 045 kr	1 431 706 kr	2 863 413 kr	20 050 164 kr
05	Östergötland	25 431 721 kr	2 238 465 kr	4 476 930 kr	32 147 116 kr
06	Jönköping	20 010 915 kr	1 748 495 kr	3 496 989 kr	25 256 399 kr
07	Kronoberg	11 154 061 kr	966 254 kr	1 932 508 kr	14 052 823 kr
08	Kalmar	12 000 868 kr	1 170 063 kr	2 340 125 kr	15 511 056 kr
09	Gotland	2 858 727 kr	289 330 kr	578 659 kr	3 726 716 kr
10	Blekinge	7 952 883 kr	749 341 kr	1 498 681 kr	10 200 905 kr
12	Skåne	76 358 896 kr	6 735 797 kr	13 471 593 kr	96 566 286 kr
13	Halland	18 084 740 kr	1 629 093 kr	3 258 187 kr	22 972 020 kr
14	Västra Götaland	92 721 796 kr	8 371 350 kr	16 742 700 kr	117 835 845 kr
17	Värmland	13 958 998 kr	1 343 387 kr	2 686 773 kr	17 989 158 kr
18	Örebro	16 517 881 kr	1 460 609 kr	2 921 219 kr	20 899 709 kr
19	Västmanland	14 575 906 kr	1 330 619 kr	2 661 238 kr	18 567 763 kr
20	Dalarna	14 003 912 kr	1 361 336 kr	2 722 672 kr	18 087 920 kr
21	Gävleborg	14 017 760 kr	1 354 867 kr	2 709 733 kr	18 082 359 kr
22	Västernorrland	11 755 170 kr	1 147 709 kr	2 295 419 kr	15 198 298 kr
23	Jämtland	6 578 997 kr	627 344 kr	1 254 688 kr	8 461 029 kr
24	Västerbotten	14 829 238 kr	1 319 030 kr	2 638 060 kr	18 786 329 kr
25	Norrbottn	11 958 261 kr	1 177 593 kr	2 355 186 kr	15 491 040 kr
	<b>Riket</b>	<b>553 000 000 kr</b>	<b>50 000 000 kr</b>	<b>100 000 000 kr</b>	<b>703 000 000 kr</b>

## Kommun

<b>Kod</b>	<b>Kommun</b>	<b>Kunskapsbaserad och säker vård och omsorg</b>	<b>Totalt belopp</b>
0114	Upplands Väsby	475 568 kr	475 568 kr
0115	Vallentuna	332 251 kr	332 251 kr
0117	Österåker	467 858 kr	467 858 kr
0120	Värmdö	441 110 kr	441 110 kr
0123	Järfälla	815 927 kr	815 927 kr
0125	Ekerö	273 412 kr	273 412 kr
0126	Huddinge	1 080 900 kr	1 080 900 kr
0127	Botkyrka	904 687 kr	904 687 kr
0128	Salem	165 140 kr	165 140 kr
0136	Haninge	942 735 kr	942 735 kr
0138	Tyresö	466 153 kr	466 153 kr
0139	Upplands-Bro	307 444 kr	307 444 kr
0140	Nykvarn	114 391 kr	114 391 kr
0160	Täby	725 387 kr	725 387 kr
0162	Danderyd	307 956 kr	307 956 kr
0163	Sollentuna	726 561 kr	726 561 kr
0180	Stockholm	9 379 530 kr	9 379 530 kr
0181	Södertälje	971 094 kr	971 094 kr
0182	Nacka	1 046 906 kr	1 046 906 kr
0183	Sundbyberg	527 853 kr	527 853 kr
0184	Solna	810 822 kr	810 822 kr
0186	Lidingö	458 500 kr	458 500 kr
0187	Vaxholm	111 672 kr	111 672 kr
0188	Norrtälje	623 726 kr	623 726 kr
0191	Sigtuna	497 789 kr	497 789 kr
0192	Nynäshamn	286 493 kr	286 493 kr
0305	Håbo	217 226 kr	217 226 kr
0319	Älvkarleby	90 749 kr	90 749 kr
0330	Knivsta	194 531 kr	194 531 kr
0331	Heby	135 958 kr	135 958 kr

<b>Kod</b>	<b>Kommun</b>	<b>Kunskapsbaserad och säker vård och omsorg</b>	<b>Totalt belopp</b>
0360	Tierp	200 887 kr	200 887 kr
0380	Uppsala	2 326 865 kr	2 326 865 kr
0381	Enköping	457 146 kr	457 146 kr
0382	Östhammar	209 999 kr	209 999 kr
0428	Vingåker	84 412 kr	84 412 kr
0461	Gnesta	108 859 kr	108 859 kr
0480	Nyköping	551 996 kr	551 996 kr
0481	Oxelösund	114 779 kr	114 779 kr
0482	Flen	149 180 kr	149 180 kr
0483	Katrineholm	325 204 kr	325 204 kr
0484	Eskilstuna	1 020 233 kr	1 020 233 kr
0486	Strängnäs	367 997 kr	367 997 kr
0488	Trosa	140 751 kr	140 751 kr
0509	Ödeshög	49 888 kr	49 888 kr
0512	Ydre	34 657 kr	34 657 kr
0513	Kinda	94 727 kr	94 727 kr
0560	Boxholm	52 180 kr	52 180 kr
0561	Åtvidaberg	108 423 kr	108 423 kr
0562	Finspång	206 324 kr	206 324 kr
0563	Valdemarsvik	71 578 kr	71 578 kr
0580	Linköping	1 587 261 kr	1 587 261 kr
0581	Norrköping	1 375 510 kr	1 375 510 kr
0582	Söderköping	140 751 kr	140 751 kr
0583	Motala	414 636 kr	414 636 kr
0584	Vadstena	70 385 kr	70 385 kr
0586	Mjölby	270 609 kr	270 609 kr
0604	Aneby	64 844 kr	64 844 kr
0617	Gnosjö	87 908 kr	87 908 kr
0642	Mullsjö	71 787 kr	71 787 kr
0643	Habo	125 653 kr	125 653 kr
0662	Gislaved	275 506 kr	275 506 kr

<b>Kod</b>	<b>Kommun</b>	<b>Kunskapsbaserad och säker vård och omsorg</b>	<b>Totalt belopp</b>
0665	Vaggeryd	140 334 kr	140 334 kr
0680	Jönköping	1 386 005 kr	1 386 005 kr
0682	Nässjö	299 659 kr	299 659 kr
0683	Värnamo	327 903 kr	327 903 kr
0684	Sävsjö	110 517 kr	110 517 kr
0685	Vetlanda	260 483 kr	260 483 kr
0686	Eksjö	168 560 kr	168 560 kr
0687	Tranås	177 833 kr	177 833 kr
0760	Uppvidinge	88 088 kr	88 088 kr
0761	Lessebo	79 610 kr	79 610 kr
0763	Tingsryd	115 139 kr	115 139 kr
0764	Alvesta	190 743 kr	190 743 kr
0765	Älmhult	170 464 kr	170 464 kr
0767	Markaryd	95 731 kr	95 731 kr
0780	Växjö	924 445 kr	924 445 kr
0781	Ljungby	268 288 kr	268 288 kr
0821	Högsby	51 801 kr	51 801 kr
0834	Torsås	66 558 kr	66 558 kr
0840	Mörbylånga	152 676 kr	152 676 kr
0860	Hultsfred	131 677 kr	131 677 kr
0861	Mönsterås	124 686 kr	124 686 kr
0862	Emmaboda	86 193 kr	86 193 kr
0880	Kalmar	685 510 kr	685 510 kr
0881	Nybro	191 292 kr	191 292 kr
0882	Oskarshamn	255 350 kr	255 350 kr
0883	Västervik	345 493 kr	345 493 kr
0884	Vimmerby	146 775 kr	146 775 kr
0885	Borgholm	102 115 kr	102 115 kr
0980	Gotland	578 659 kr	578 659 kr
1060	Olofström	123 995 kr	123 995 kr
1080	Karlskrona	630 593 kr	630 593 kr



<b>Kod</b>	<b>Kommun</b>	<b>Kunskapsbaserad och säker vård och omsorg</b>	<b>Totalt belopp</b>
1081	Ronneby	275 363 kr	275 363 kr
1082	Karlshamn	303 315 kr	303 315 kr
1083	Sölvesborg	165 415 kr	165 415 kr
1214	Svalöv	137 559 kr	137 559 kr
1230	Staffanstorp	256 458 kr	256 458 kr
1231	Burlöv	188 043 kr	188 043 kr
1233	Vellinge	358 118 kr	358 118 kr
1256	Östra Göinge	136 128 kr	136 128 kr
1257	Örkelljunga	98 895 kr	98 895 kr
1260	Bjuv	151 387 kr	151 387 kr
1261	Kävlinge	307 331 kr	307 331 kr
1262	Lomma	233 981 kr	233 981 kr
1263	Svedala	222 852 kr	222 852 kr
1264	Skurup	159 401 kr	159 401 kr
1265	Sjöbo	184 359 kr	184 359 kr
1266	Hörby	147 930 kr	147 930 kr
1267	Höör	164 099 kr	164 099 kr
1270	Tomelilla	129 631 kr	129 631 kr
1272	Bromölla	118 738 kr	118 738 kr
1273	Osby	124 345 kr	124 345 kr
1275	Perstorp	69 722 kr	69 722 kr
1276	Klippan	168 058 kr	168 058 kr
1277	Åstorp	156 114 kr	156 114 kr
1278	Båstad	150 317 kr	150 317 kr
1280	Malmö	3 428 537 kr	3 428 537 kr
1281	Lund	1 236 124 kr	1 236 124 kr
1282	Landskrona	446 755 kr	446 755 kr
1283	Helsingborg	1 434 055 kr	1 434 055 kr
1284	Höganäs	267 189 kr	267 189 kr
1285	Eslöv	329 144 kr	329 144 kr
1286	Ystad	302 566 kr	302 566 kr

<b>Kod</b>	<b>Kommun</b>	<b>Kunskapsbaserad och säker vård och omsorg</b>	<b>Totalt belopp</b>
1287	Trelleborg	444 492 kr	444 492 kr
1290	Kristianstad	820 407 kr	820 407 kr
1291	Simrishamn	179 954 kr	179 954 kr
1292	Ängelholm	424 051 kr	424 051 kr
1293	Hässleholm	494 853 kr	494 853 kr
1315	Hylte	97 872 kr	97 872 kr
1380	Halmstad	1 002 474 kr	1 002 474 kr
1381	Laholm	252 120 kr	252 120 kr
1382	Falkenberg	446 670 kr	446 670 kr
1383	Varberg	647 102 kr	647 102 kr
1384	Kungsbacka	811 949 kr	811 949 kr
1401	Härryda	377 715 kr	377 715 kr
1402	Partille	385 028 kr	385 028 kr
1407	Öckerö	121 343 kr	121 343 kr
1415	Stenungsund	263 732 kr	263 732 kr
1419	Tjörn	153 092 kr	153 092 kr
1421	Orust	145 638 kr	145 638 kr
1427	Sotenäs	86 023 kr	86 023 kr
1430	Munkedal	99 671 kr	99 671 kr
1435	Tanum	121 902 kr	121 902 kr
1438	Dals-Ed	43 731 kr	43 731 kr
1439	Färgelanda	61 017 kr	61 017 kr
1440	Ale	307 397 kr	307 397 kr
1441	Lerum	414 172 kr	414 172 kr
1442	Vårgårda	117 052 kr	117 052 kr
1443	Bollebygd	92 274 kr	92 274 kr
1444	Grästorps	52 578 kr	52 578 kr
1445	Essunga	53 695 kr	53 695 kr
1446	Karlsborg	67 126 kr	67 126 kr
1447	Gullspång	48 675 kr	48 675 kr
1452	Tranemo	112 686 kr	112 686 kr

<b>Kod</b>	<b>Kommun</b>	<b>Kunskapsbaserad och säker vård och omsorg</b>	<b>Totalt belopp</b>
1460	Bengtsfors	86 828 kr	86 828 kr
1461	Mellerud	87 074 kr	87 074 kr
1462	Lilla Edet	136 526 kr	136 526 kr
1463	Mark	334 155 kr	334 155 kr
1465	Svenljunga	101 916 kr	101 916 kr
1466	Herrljunga	89 698 kr	89 698 kr
1470	Vara	152 647 kr	152 647 kr
1471	Götene	125 226 kr	125 226 kr
1472	Tibro	107 457 kr	107 457 kr
1473	Töreboda	86 743 kr	86 743 kr
1480	Göteborg	5 724 031 kr	5 724 031 kr
1481	Mölnadal	669 020 kr	669 020 kr
1482	Kungälv	471 069 kr	471 069 kr
1484	Lysekil	132 671 kr	132 671 kr
1485	Uddevalla	541 047 kr	541 047 kr
1486	Strömstad	127 661 kr	127 661 kr
1487	Vänersborg	378 947 kr	378 947 kr
1488	Trollhättan	559 952 kr	559 952 kr
1489	Alingsås	401 679 kr	401 679 kr
1490	Borås	1 086 858 kr	1 086 858 kr
1491	Ulricehamn	238 073 kr	238 073 kr
1492	Åmål	114 097 kr	114 097 kr
1493	Mariestad	233 735 kr	233 735 kr
1494	Lidköping	384 270 kr	384 270 kr
1495	Skara	176 885 kr	176 885 kr
1496	Skövde	547 194 kr	547 194 kr
1497	Hjo	87 813 kr	87 813 kr
1498	Tidaholm	121 618 kr	121 618 kr
1499	Falköping	313 260 kr	313 260 kr
1715	Kil	114 542 kr	114 542 kr
1730	Eda	80 794 kr	80 794 kr

<b>Kod</b>	<b>Kommun</b>	<b>Kunskapsbaserad och säker vård och omsorg</b>	<b>Totalt belopp</b>
1737	Torsby	107 770 kr	107 770 kr
1760	Storfors	35 851 kr	35 851 kr
1761	Hammarö	160 452 kr	160 452 kr
1762	Munkfors	35 207 kr	35 207 kr
1763	Forshaga	109 352 kr	109 352 kr
1764	Grums	85 625 kr	85 625 kr
1765	Årjäng	93 581 kr	93 581 kr
1766	Sunne	127 026 kr	127 026 kr
1780	Karlstad	920 126 kr	920 126 kr
1781	Kristinehamn	225 987 kr	225 987 kr
1782	Filipstad	95 267 kr	95 267 kr
1783	Hagfors	109 380 kr	109 380 kr
1784	Arvika	243 453 kr	243 453 kr
1785	Säffle	142 361 kr	142 361 kr
1814	Lekeberg	81 741 kr	81 741 kr
1860	Laxå	52 028 kr	52 028 kr
1861	Hallsberg	153 992 kr	153 992 kr
1862	Degerfors	89 120 kr	89 120 kr
1863	Hällefors	61 747 kr	61 747 kr
1864	Ljusnarsberg	41 950 kr	41 950 kr
1880	Örebro	1 510 152 kr	1 510 152 kr
1881	Kumla	213 276 kr	213 276 kr
1882	Askersund	108 708 kr	108 708 kr
1883	Karlskoga	286 966 kr	286 966 kr
1884	Nora	100 666 kr	100 666 kr
1885	Lindesberg	220 872 kr	220 872 kr
1904	Skinnskatteberg	41 202 kr	41 202 kr
1907	Surahammar	94 206 kr	94 206 kr
1960	Kungsör	82 111 kr	82 111 kr
1961	Hallstahammar	157 838 kr	157 838 kr
1962	Norberg	52 379 kr	52 379 kr

Kod	Kommun	Kunskapsbaserad och säker vård och omsorg	Totalt belopp
1980	Västerås	1 512 292 kr	1 512 292 kr
1981	Sala	216 951 kr	216 951 kr
1982	Fagersta	125 700 kr	125 700 kr
1983	Köping	245 802 kr	245 802 kr
1984	Arboga	132 756 kr	132 756 kr
2021	Vansbro	63 783 kr	63 783 kr
2023	Malung-Sälen	96 574 kr	96 574 kr
2026	Gagnef	98 866 kr	98 866 kr
2029	Leksand	152 316 kr	152 316 kr
2031	Rättvik	104 966 kr	104 966 kr
2034	Orsa	65 545 kr	65 545 kr
2039	Älvdalen	65 573 kr	65 573 kr
2061	Smedjebacken	103 773 kr	103 773 kr
2062	Mora	194 740 kr	194 740 kr
2080	Falun	568 003 kr	568 003 kr
2081	Borlänge	490 392 kr	490 392 kr
2082	Säter	106 614 kr	106 614 kr
2083	Hedemora	145 259 kr	145 259 kr
2084	Avesta	216 080 kr	216 080 kr
2085	Ludvika	250 187 kr	250 187 kr
2101	Ockelbo	54 681 kr	54 681 kr
2104	Hofors	88 798 kr	88 798 kr
2121	Ovanåker	109 522 kr	109 522 kr
2132	Nordanstig	88 855 kr	88 855 kr
2161	Ljusdal	175 995 kr	175 995 kr
2180	Gävle	981 096 kr	981 096 kr
2181	Sandviken	366 738 kr	366 738 kr
2182	Söderhamn	236 387 kr	236 387 kr
2183	Bollnäs	250 642 kr	250 642 kr
2184	Hudiksvall	357 020 kr	357 020 kr
2260	Ånge	86 222 kr	86 222 kr

Kod	Kommun	Kunskapsbaserad och säker vård och omsorg	Totalt belopp
2262	Timrå	166 040 kr	166 040 kr
2280	Härnösand	233 621 kr	233 621 kr
2281	Sundsvall	941 135 kr	941 135 kr
2282	Kramfors	167 196 kr	167 196 kr
2283	Sollefteå	175 683 kr	175 683 kr
2284	Örnsköldsvik	525 523 kr	525 523 kr
2303	Ragunda	48 638 kr	48 638 kr
2305	Bräcke	57 693 kr	57 693 kr
2309	Krokom	147 798 kr	147 798 kr
2313	Strömsund	105 506 kr	105 506 kr
2321	Åre	117 223 kr	117 223 kr
2326	Berg	67 382 kr	67 382 kr
2361	Härjedalen	96 006 kr	96 006 kr
2380	Östersund	614 444 kr	614 444 kr
2401	Nordmaling	66 776 kr	66 776 kr
2403	Bjurholm	22 268 kr	22 268 kr
2404	Vindeln	51 905 kr	51 905 kr
2409	Robertsfors	63 897 kr	63 897 kr
2417	Norsjö	37 101 kr	37 101 kr
2418	Malå	28 444 kr	28 444 kr
2421	Storuman	53 364 kr	53 364 kr
2422	Sorsele	22 704 kr	22 704 kr
2425	Dorotea	22 249 kr	22 249 kr
2460	Vännäs	85 634 kr	85 634 kr
2462	Vilhelmina	59 492 kr	59 492 kr
2463	Åsele	25 896 kr	25 896 kr
2480	Umeå	1 260 807 kr	1 260 807 kr
2481	Lycksele	115 594 kr	115 594 kr
2482	Skellefteå	721 929 kr	721 929 kr
2505	Arvidsjaur	57 569 kr	57 569 kr
2506	Arjeplog	24 797 kr	24 797 kr

2510	Jokkmokk	44 963 kr	44 963 kr
2513	Överkalix	30 044 kr	30 044 kr
2514	Kalix	147 646 kr	147 646 kr
2518	Övertorneå	38 721 kr	38 721 kr
2521	Pajala	55 609 kr	55 609 kr
2523	Gällivare	164 222 kr	164 222 kr
2560	Älvsbyn	73 994 kr	73 994 kr
2580	Luleå	752 059 kr	752 059 kr
2581	Piteå	401 243 kr	401 243 kr
2582	Boden	264 831 kr	264 831 kr
2583	Haparanda	87 093 kr	87 093 kr
2584	Kiruna	212 395 kr	212 395 kr
	<b>Riket</b>	<b>100 000 000 kr</b>	<b>100 000 000 kr</b>

### Länsgemensamma medel

Länskod	Län	Stärka samverkan för personer med samsjuklighet	Brukarmedverkan	Suicidprevention	Barn och unga	Totalt belopp
01	Stockholm	38 729 708 kr	2 000 000 kr	46 523 735 kr	58 558 036 kr	145 811 479 kr
03	Uppsala	10 558 373 kr	1 000 000 kr	7 666 721 kr	10 372 445 kr	29 597 539 kr
04	Södermanland	9 151 948 kr	1 000 000 kr	5 726 825 kr	7 122 534 kr	23 001 307 kr
05	Östergötland	11 491 548 kr	1 000 000 kr	8 953 859 kr	11 497 161 kr	32 942 569 kr
06	Jönköping	10 070 634 kr	1 000 000 kr	6 993 978 kr	9 046 526 kr	27 111 138 kr
07	Kronoberg	7 802 136 kr	1 000 000 kr	3 865 015 kr	5 042 523 kr	17 709 674 kr

08	Kalmar	8 393 182 kr	1 000 000 kr	4 680 251 kr	5 425 347 kr	19 498 780 kr
09	Gotland	5 839 056 kr	1 000 000 kr	1 157 318 kr	1 292 372 kr	9 288 747 kr
10	Blekinge	7 173 088 kr	1 000 000 kr	2 997 362 kr	3 595 336 kr	14 765 786 kr
12	Skåne	24 533 811 kr	2 000 000 kr	26 943 187 kr	34 520 297 kr	87 997 294 kr
13	Halland	9 724 371 kr	1 000 000 kr	6 516 374 kr	8 175 741 kr	25 416 486 kr
14	Västra Götaland	29 276 915 kr	2 000 000 kr	33 485 400 kr	41 917 629 kr	106 679 943 kr
17	Värmland	8 895 822 kr	1 000 000 kr	5 373 547 kr	6 310 578 kr	21 579 946 kr
18	Örebro	9 235 767 kr	1 000 000 kr	5 842 438 kr	7 467 397 kr	23 545 602 kr
19	Västmanland	8 858 794 kr	1 000 000 kr	5 322 475 kr	6 589 469 kr	21 770 739 kr
20	Dalarna	8 947 874 kr	1 000 000 kr	5 445 343 kr	6 330 883 kr	21 724 099 kr
21	Gävleborg	8 929 113 kr	1 000 000 kr	5 419 466 kr	6 337 143 kr	21 685 722 kr
22	Västernorrland	8 328 357 kr	1 000 000 kr	4 590 837 kr	5 314 272 kr	19 233 466 kr
23	Jämtland	6 819 298 kr	1 000 000 kr	2 509 377 kr	2 974 230 kr	13 302 905 kr
24	Västerbotten	8 825 187 kr	1 000 000 kr	5 276 120 kr	6 703 996 kr	21 805 303 kr
25	Norrbottn	8 415 019 kr	1 000 000 kr	4 710 371 kr	5 406 086 kr	19 531 476 kr
	<b>Riket</b>	<b>250 000 000 kr</b>	<b>24 000 000 kr</b>	<b>200 000 000 kr</b>	<b>250 000 000 kr</b>	<b>724 000 000 kr</b>





# **Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024**

---

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

## Innehåll

<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
1.1 Bakgrund till överenskommelsen inom området psykisk hälsa och suicidprevention.....	3
1.2 Nuläge och fortsatta utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och suicidprevention.....	4
1.3 Andra pågående initiativ och insatser som berör området psykisk hälsa och suicidprevention .....	9
<b>2. Överenskommelsens inriktning och syfte.....</b>	<b>10</b>
2.1 Allmänna utgångspunkter .....	10
2.2 Utgångspunkter för arbetet med överenskommelsen under 2024.....	11
2.3 Övergripande om det kommande arbetet inom området psykisk hälsa och suicidprevention .....	12
<b>3. Överenskommelsens innehåll och prioriterade områden .....</b>	<b>13</b>
3.1 Prioriterat område: Ett utvecklat arbete för att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga samt insatser för att stärka första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri .....	13
3.2 Prioriterat område: En mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet eller omfattande behov.....	16
3.3 Prioriterat område: En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg ....	18
3.4 Prioriterat område: En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen.....	19
3.5 Prioriterat område: Ett stärkt och utvecklat suicidpreventivt arbete .....	20
3.6 Prioriterat område: En förstärkt psykiatrisk traumavård.....	22
<b>4. Insatser som SKR ska genomföra inom ramen för överenskommelsen .....</b>	<b>23</b>
<b>5. Medelstildelning i 2024 års överenskommelse .....</b>	<b>24</b>
5.1 Fördelningsmodeller gällande medel till kommuner och regioner i överenskommelsen .....	25
<b>6. Redovisning och uppföljning av insatserna i överenskommelsen .</b>	<b>25</b>
6.1 Kommuners och regioners redovisning och uppföljning.....	25
6.2 SKR:s redovisning och uppföljning.....	26
<b>7. Ekonomiska villkor .....</b>	<b>26</b>
<b>8. Godkännande av överenskommelsen.....</b>	<b>27</b>

## 1. Inledning

### **1.1 Bakgrund till överenskommelsen inom området psykisk hälsa och suicidprevention**

Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har sedan 2012 bedrivit ett gemensamt och långsiktigt arbete för att stärka och utveckla insatserna inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Inom ramen för arbetet har staten årligen, genom överenskommelser med SKR, avsatt medel till kommuner och regioner i syfte att utveckla arbetet med att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid samt att skapa förutsättningar för en god och tillgänglig vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa. Inom ramen för satsningarna har medel även tilldelats SKR i syfte att stödja kommuner och regioner i utvecklingsarbetet. Sammantaget har staten genom riktade medel inom området psykisk hälsa och suicidprevention avsatt över 14,1 miljarder kronor under perioden 2012–2023, varav den stora merparten av medlen har gått till kommuner och regioner. Flera andra överenskommelser inom hälso- och sjukvårdsområdet som har bäring på arbetet inom området psykisk hälsa och suicidprevention har även beslutats under denna period, varav merparten har inbegripit stora medelstillskott till kommuner och regioner.

I december 2022 ingick staten och SKR en överenskommelse inom området psykisk hälsa och suicidprevention för 2023 (S2022/04839). Överenskommelsen utgick, i stort, från samma inriktning och prioriterade områden som den överenskommelse som parterna träffade i december 2019 samt de överenskommelser som därefter har ingåtts mellan parterna. Detta i syfte att skapa förutsättningar för långsiktighet och förutsägbarhet för huvudmännen samt för att underlätta uppföljningen av de insatser som genomförs med stöd av medlen från överenskommelsen. Som framgår av den överenskommelse som staten och SKR har ingått för 2023 är parterna överens om att det utvecklingsarbete som har bedrivits inom området psykisk hälsa och suicidprevention behöver fortsätta. Även om en positiv utveckling har skett över tid, t.ex. avseende kunskap och arbetssätt hos berörda aktörer, har samtidigt nya utmaningar inom området tillkommit. Detta gäller bl.a. utvecklingen av den självskattade psykiska ohälsan i befolkningen, andelen personer som diagnosticeras med psykiska sjukdomar och syndrom, inbegripet

neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, liksom andelen personer som får receptförskrivna läkemedel vid psykisk ohälsa. Dessa utmaningar behöver adresseras genom ett strategiskt, långsiktigt, tvärsektorielt och samordnat utvecklingsarbete som omfattar insatser inom ramen för alla de områden som är av relevans för den psykiska hälsan och det suicidpreventiva arbetet, däribland såväl folkhälsopolitiska insatser som hälso- och sjukvård och socialtjänst (se avsnitt 2.1).

## **1.2 Nuläge och fortsatta utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och suicidprevention**

### **Psykisk hälsa och suicidprevention behöver uppmärksammas inom folkhälsopolitiken**

Psykisk ohälsa och suicid är allvarliga folkhälsoproblem som innebär stora konsekvenser för den enskilde, för anhöriga och närstående och för samhället i stort. Även om majoriteten av befolkningen i Sverige upplever en god psykisk hälsa och är nöjda och tillfreds med livet är det samtidigt vanligt med olika typer av psykiska besvär, såsom oro, stress och sömnbesvär, inte minst bland barn och unga. När sådana besvär blir mer långvariga kan de påverka hälsan negativt och få konsekvenser för människors välmående samt möjligheterna att etablera sig på arbetsmarknaden och i samhällslivet. Det finns också stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Förutom med ålder och kön varierar den psykiska hälsan med bl.a. utbildningsnivå, inkomst, födelseland, funktionsnedsättning samt sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Sådana ojämlikheter indikerar att arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid behöver prioriteras i folkhälsoarbetet, inte minst för barn och unga och för de med högre risk att drabbas av psykisk ohälsa. Att arbeta för en bättre psykisk hälsa handlar om att arbeta strukturellt med livsvillkor och levnadsförhållanden, inom ramen för folkhälsopolitikens åtta målområden, med både hälsofrämjande och förebyggande åtgärder såväl på individ- som på befolkningsnivå.

Parallellt med att den självskattade psykiska ohälsan har ökat över tid har det också blivit allt vanligare med psykiatriska diagnoser och läkemedelsbehandling med psykofarmaka, en ökning som framförallt gäller barn och unga vuxna. Sedan 2006 har andelen barn och unga som fått diagnosen depression eller ångestsyndrom tredubblats, där den kraftigaste ökningen har skett bland barn och i synnerhet bland flickor. Vidare har andelen personer som

diagnostiseras med adhd, särskilt i gruppen barn och unga, ökat mycket stort under det senaste decenniet. Den psykiska ohälsan är även utbredd bland personer i arbetsför ålder och har under senare år blivit den vanligaste orsaken till sjukskrivning i Sverige. Att sjukskrivas till följd av en psykiatrisk diagnos är vanligare bland kvinnor än bland män, och drabbar särskilt personer i åldersgruppen 30–39 år. I genomsnitt är personer som sjukskrivs i psykiatriska diagnoser sjukskrivna längre än de som blir sjukskrivna för andra diagnoser och risken för återfall i ny sjukskrivning är högre. Bland personer över 77 år uppger var tredje kvinna och var femte man besvär av ångest eller depression. Äldre personer har också en ojämlik tillgång till behandling där äldre t.ex. mer sällan får specialiserad psykiatrisk vård, samtidigt som äldre är den grupp där störst andel hämtar ut antidepressiv medicin. Detta indikerar att insatser behöver göras brett för samtliga åldersgrupper. Därutöver behöver insatser som riktas till barn och unga respektive äldre utvecklas ytterligare, såväl vad gäller förebyggande och främjande arbete som när det gäller vård, stöd och behandling. Det finns också skäl att stärka det preventiva arbetet på arbetsplatser, inte minst inom vården och omsorgen, och att vidta åtgärder för att minska sjukskrivningar, diskriminering och stigmatisering av personer med psykisk ohälsa i arbetslivet och i samhället.

### **Vården och omsorgen behöver bli mer jämlik, personcentrerad och tillgänglig**

För varje enskild patient eller brukare ska det finnas tillgång till bästa möjliga vård eller omsorg vid det tillfälle som den behövs, oavsett var i landet man bor. Faktorer som bl.a. kön, etnicitet, sexuell läggning, socioekonomiska förhållanden eller bostadsort ska inte påverka vilken vård eller omsorg man får. Trots detta finns det skillnader i hälso- och sjukvården och inom omsorgen. För att hälso- och sjukvården och omsorgen ska bli mer jämlik, kunskapsbaserad och personcentrerad finns ett behov av att stärka kunskapsstyrningen men även att utveckla det systematiska patient-, brukar- och anhöriginflytandet. Det är också angeläget att genomgående uppmärksamma anhöriga och närståendes situation då anhöriga och närstående inte sällan upplever ett stort eget lidande och löper risk för att utveckla egen psykisk ohälsa eller suicidalitet. I detta sammanhang behöver barn som anhöriga särskilt uppmärksammas ur ett helhetsperspektiv, vilket även inbegriper stöd till föräldrar, blivande föräldrar och hela familjen. Det är också viktigt att uppmärksamma att ett gott föräldraskap är en viktig skyddsfaktor för barn och ungas psykiska hälsa.

Såväl regioner som kommuner har svårigheter att erbjuda en vård och omsorg som motsvarar de behov som finns. Att öka tillgängligheten till vård är centralt för att motverka mer allvarliga sjukdomsförlopp. Detta kräver ett ökat fokus på främjande och förebyggande insatser i samhället i stort men också ett långsiktigt och strategiskt arbete med tillgänglighetsfrågor, såväl inom primärvård som inom specialiserad vård. För barn- och ungdomspsykiatri finns det sedan 2011 en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och unga inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Arbetet för att uppnå denna förstärkta vårdgaranti behöver intensifieras. Att använda digitaliseringens möjligheter är en viktig del av det arbetet men också för utvecklingen av en mer individanpassad och personcentrerad vård. Åtgärder som syftar till att säkerställa behovet av personal i hälso- och sjukvården och omsorgen både på kort och på lång sikt är även viktiga för att skapa förutsättningar för att uppnå en god tillgänglighet, inte minst inom barn- och ungdomspsykiatri. Det handlar både om att skapa goda förutsättningar för hälso- och sjukvårdens och omsorgens medarbetare, t.ex. genom satsningar på arbetsmiljön, men också att arbeta strategiskt med planering av kompetensbehov och en ändamålsenlig kompetensförsörjning, inbegripet arbetssätt och insatser för att bibehålla och utveckla befintliga medarbetares erfarenhet och kompetens i syfte att skapa en god kontinuitet. Nya arbetssätt, inte minst med stöd av digitalisering och ökad samverkan, kan bidra till den utvecklingen.

Tillgänglighetsfrågan är kopplad till utvecklingen av den nära vården. I nuläget är primärvården och den s.k. första linjens vård för barn och unga inte tillräckligt utvecklad för att den specialiserade psykiatri, inklusive barn- och ungdomspsykiatri, ska kunna inriktas mot de mer allvarliga tillstånden. Primärvårdens och första linjens arbete med psykisk hälsa, psykisk ohälsa och suicid behöver stärkas för att snabbare och effektivare kunna ge stöd till personer som söker vård för psykisk ohälsa och för att den specialiserade vården ska kunna fokusera på de mer allvarliga tillstånden. I syfte att utveckla primärvårdens arbete med psykisk ohälsa finns bl.a. behov av att organisera omhändertagandet vid psykisk ohälsa på primärvårdsnivån i stegvisa och väl sammanhängande insatser, utveckla samverkan mellan primärvård och specialiserad vård, och andra berörda aktörer såsom tandvården, samt att tillgodose behoven av kompetenshöjande insatser och tillkommande utbildningsinsatser i primärvården. I detta sammanhang är utvecklingen av en likvärdig och sammanhållen vård för barn och unga, som

innefattar hälsofrämjande och förebyggande arbete, av stor vikt liksom att stärka barnrättsperspektivet i vården och omsorgen i enlighet med Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen), som gäller som svensk lag. Den prehospitla akutsjukvården, inbegripet samverkan med andra blåljusaktörer, är även ett viktigt utvecklingsområde i omställningen till en nära vård genom att ge patienter ett bättre omhändertagande vid psykisk ohälsa eller suicidalitet och samtidigt skapa bättre förutsättningar för sjukhusvården.

### **Vissa grupper behöver uppmärksammas särskilt**

För vissa personer är den psykiska ohälsan långvarig eller livslång och kan innebära väsentliga svårigheter att klara den dagliga livsföringen. Det kan t.ex. handla om personer med schizofreni och andra psykossjukdomar eller personer med psykisk funktionsnedsättning som får stöd enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Personer med långvarig eller livslång psykisk ohälsa ska ha samma tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg, inbegripet tandvård, av god kvalitet som personer med somatisk ohälsa. Återkommande uppföljningar och utvärderingar indikerar dock att detta inte fullt ut återspeglas när det gäller målgruppens nuvarande situation. Denna grupp lever ofta i en utsatt situation när det gäller socioekonomiska faktorer såsom inkomst, boende, tillgång till arbete eller sysselsättning och delaktighet i sociala nätverk men även när det gäller somatisk hälsa och tandhälsa. Angeläget är därför att vård- och stödinsatserna, liksom det förebyggande och främjande arbetet, utvecklas och att implementeringstakten när det gäller införandet av de rekommendationer och åtgärder som finns i nationella riktlinjer och tillhörande kunskapsstöd ökar. Det behövs också mer samordnade insatser från både hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst samtidigt som insatserna behöver bli mer flexibla och anpassas efter patientens eller brukarens behov och förutsättningar.

Personer med samsjuklighet, dvs. personer som samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för två eller flera sjukdomar, är också en särskilt utsatt grupp som inte sällan möter svårigheter när det gäller samordning och samverkan mellan berörda huvudmän och verksamheter. Det gäller inte minst personer som vårdas inom missbruks- och beroendevården eller inom den sociala barn- och ungdomsvården, inbegripet den verksamhet som bedrivs på Statens institutionsstyrelse, men även personer med psykisk funktionsnedsättning respektive äldre som inte sällan har både psykiska och

fysiska vårdbehov som behöver omhändertas ur ett helhetsperspektiv. Andra grupper som behöver uppmärksammas i detta sammanhang är bl.a. personer som vårdas inom den psykiatriska heldygnsvården, inbegripet den psykiatriska tvångsvården, eller inom rättspsykiatrin. Det är av stor vikt att insatserna till dessa grupper blir mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade. Därtill behöver det förebyggande och främjande arbetet samt arbetet med suicidprevention stärkas i relation till målgrupperna. Det finns också ett behov av att säkerställa att vården, behandlingen och stödet utvecklas och att behovet av tvångsåtgärder minimeras.

Att utsättas för fysisk, psykiskt eller sexuellt våld, inbegripet sexuell exploatering, är inte sällan en stark riskfaktor för att utveckla psykisk ohälsa och innebär ett psykiskt lidande för den enskilde. Det förebyggande arbetet för att upptäcka våldsutsatthet behöver stärkas samtidigt som insatserna till barn, unga och vuxna med psykisk ohälsa till följd av våldsutsatthet förbättras såväl i det akuta som det icke-akuta skedet, det senare t.ex. i form av psykiatrisk traumavård. Flera andra grupper kan också ha ett behov av psykiatrisk traumavård eller riktade insatser, såsom brottsoffer, tortyröverlevare och personer som tillfälligt vistas i Sverige till följd av den ryska invasionen av Ukraina samt asylsökande barn, unga, vuxna och äldre som är en riskgrupp när det gäller psykisk ohälsa och trauma.

### **Det suicidpreventiva arbetet behöver utvecklas och stärkas**

Suicid är inte sällan den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa och leder förutom till förlust av människoliv till omfattande psykiskt lidande och försämrad hälsa hos anhöriga, närstående och andra berörda. För att nå, den av riksdagen beslutade visionen för det suicidpreventiva arbetet – att ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord – (prop. 2007/08:110, bet. 2007/08SoU11, rskr. 2007/08:226) behöver suicidförebyggande insatser finnas på både individ- och befolkningsnivå och arbetet intensifieras av alla berörda samhällsaktörer. Det handlar bl.a. om stärkt uppföljning och samordning av personer med risk för suicid i hälso- och sjukvården och omsorgen, inte minst genom adekvata suicidriskbedömningar och läkemedelsuppföljning, och om riktade insatser till personer med ökad risk för att begå självmord, såsom män, hbtqi-personer och personer med samsjuklighet i psykisk ohälsa och missbruk eller beroende. Andra grupper som är viktiga att uppmärksamma i detta arbete är personer som nyligen skrivits ut från sjukhusvård till följd av suicidförsök eller annan avsiktligt självdestruktiv handling, personer som vårdats inom



den psykiatriska heldygnsvården, tvångsvården eller inom rättspsykiatri, personer med psykisk funktionsnedsättning samt efterlevande. Samtidigt behöver det övergripande suicidpreventiva arbetet, t.ex. genom strategier och handlingsplaner med tillhörande aktiviteter, prioriteras på lokal och regional nivå.

### **1.3 Andra pågående initiativ och insatser som berör området psykisk hälsa och suicidprevention**

För att åstadkomma en förbättring av insatserna inom området psykisk hälsa och suicidprevention krävs ett strategiskt, långsiktigt och tvärsektoriellt arbete som bygger på samordning och samverkan mellan flera olika aktörer på olika nivåer. Det är ett stort och komplext område med varierande behov av åtgärder. På nationell nivå bedrivs arbetet med att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid samt att erbjuda en vård och omsorg som är tillgänglig, säker och av god kvalitet, bl.a. genom hälso- och sjukvårdspolitiken och politiken för sociala tjänster men också genom den övergripande nationella folkhälsopolitiken, det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention och Sveriges internationella åtaganden. Staten och SKR avser att för 2024 även ingå överenskommelser inom hälso- och sjukvårdsområdet som har bäring på arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention och på de insatser som stimuleras genom denna överenskommelse.

Förutom de överenskommelser som ingås mellan staten och SKR för 2024 finns också flera andra pågående insatser i form av strategier eller inriktningsdokument som är av stor vikt för utvecklingen inom området:

- Den nationella läkemedelsstrategin,
- Den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor,
- Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet,
- Strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck,
- Den samlade strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025 (ANDTS-strategin),
- Den nationella anhörigstrategin inom hälso- och sjukvård och omsorg, och
- Regeringens strategi för att motverka hemlöshet 2022–2026.

För närvarande pågår även flera stora omställningar i hälso- och sjukvården och omsorgen som påverkar området psykisk hälsa och suicidprevention.

Det handlar bl.a. om utvecklingen av en god och nära vård med primärvården som nav, mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet, inbegripet personer med riskbruk eller skadligt bruk eller beroende av bl.a. alkohol och narkotika, samt en hållbar, förebyggande och mer tillgänglig socialtjänst.

Det är angeläget att de insatser som vidtas med stöd av denna överenskommelse så långt som möjligt samordnas med andra pågående initiativ, detta i syfte att skapa förutsättningar för synergier, långsiktighet och förbättrade förutsättningar för ett strategiskt och tvärsektoriellt arbete där patienten och brukaren står i centrum, där samhällets resurser används på bästa sätt samt där vården och omsorgen grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet.

## 2. Överenskommelsens inriktning och syfte

### 2.1 Allmänna utgångspunkter

Staten och SKR, i det följande kallade parterna, är överens om att det långsiktiga utvecklingsarbete som har bedrivits inom området psykisk hälsa och suicidprevention behöver fortsätta och att de utmaningar som finns inom området behöver adresseras genom ett strategiskt, långsiktigt, tvärsektoriellt och samordnat utvecklingsarbete som omfattar insatser inom ramen för de områden som är av relevans för den psykiska hälsan och det suicidpreventiva arbetet, däribland såväl folkhälsopolitiska insatser som hälso- och sjukvård och socialtjänst. Mot denna bakgrund har parterna enats om att ingå en överenskommelse om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention för 2024.

Parterna har enats om att överenskommelsen för 2024 fortsatt ska syfta till att stimulera kommunala, regionala och länsgemensamma insatser som bidrar till förbättringar i verksamheterna och för patienter, brukare och anhöriga utifrån de behov som finns inom området psykisk hälsa och suicidprevention på nationell, regional och lokal nivå. Området är stort och komplext och omfattar flera målgrupper och perspektiv vilket, enligt parterna, behöver uppmärksammas i utvecklingsarbetet (se avsnitt 1.2).

I syfte att skapa långsiktighet, förutsägbarhet och goda planeringsförutsättningar för kommuner och regioner och andra berörda aktörer, och i avvaktan på en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention, har parterna enats om att inriktningen på överenskommelsen 2024 i stort kvarstår oförändrad från föregående

överenskommelse inom området. Målsättningen med överenskommelsen är därmed fortsatt att *öka tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet och att främja psykisk hälsa och förebygga och motverka psykisk ohälsa och suicid för personer i alla åldrar*. Målsättningen är även att de insatser som vidtas med stöd av överenskommelsen ska *bidra till ökad jämlikhet i hälsa, jämställdhet mellan kvinnor och män och att stärka barnrättsperspektivet i enlighet med bl.a. barnkonventionen*. Parterna har därtill enats om att de prioriterade områden som lades fast i tidigare överenskommelser även kommer att ange den övergripande inriktningen för arbetet under 2024 (se avsnitt 3).

Parterna är vidare överens om att staten, inom ramen för överenskommelsen 2024, avsätter totalt 1 560 000 000 kronor för utvecklingsarbetet, varav 1 527 000 000 kronor fördelas till kommuner och regioner och 33 000 000 kronor fördelas till SKR.

## **2.2 Utgångspunkter för arbetet med överenskommelsen under 2024**

Kommuner och regioner har i enlighet med överenskommelserna inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2016–2023 tilldelats medel för att, baserat på befolkningens behov, ta fram och vid behov uppdatera lokala och regionala handlingsplaner inom området psykisk hälsa och suicidprevention, inbegripet indikatorer för uppföljning. Målsättningen med detta arbete har varit att skapa förutsättningar för att öka kommuners och regioners fokus på behovsanalyser som grund för insatser, uppföljning av vidtagna åtgärder samt att utveckla arbetssätt för kvalitetssäkring, bl.a. avseende tilldelade utvecklingsmedel. I 2024 års överenskommelse har parterna enats om att detta arbete ska integreras som en del av det övergripande arbetet inom ramen för överenskommelsen och att dessa utgångspunkter ska ligga till grund för alla delar av de prioriterade områdena som fastläggs i överenskommelsen.

En viktig utgångspunkt för arbetet bör därmed vara att öka användningen av behovsanalyser som grund för prioriteringar inom området liksom att stärka arbetet med uppföljning, utvärdering och användning av data. I detta arbete bör särskilt länsövergripande analyser samt länsgemensamt beslutade åtgärder stimuleras i syfte att skapa förutsättningar för utveckling, samverkan liksom en ändamålsenlig användning av utvecklingsmedlen. Vägledande i detta arbete kan bl.a. vara Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens årliga redovisningar av uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa (S2020/01044). I arbetet med

behovsanalyser, handlingsplaner och uppföljning kan även myndigheternas underlag till kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention (S2020/06171) samt det positionspapper som SKR har presenterat inom området utgöra viktiga utgångspunkter (se avsnitt 2.3).

En annan viktig utgångspunkt för arbetet är att, inom samtliga delar av överenskommelsens områden, verka för att stimulera primärvårdsnivåns arbete med psykisk hälsa, psykisk ohälsa och suicidprevention utifrån målsättningen att primärvården ska vara första ingång vid psykisk ohälsa och kunna erbjuda ett kvalificerat omhändertagande för såväl barn och unga som vuxna och äldre. En väl utbyggd och dimensionerad primärvård är ett nödvändigt fundament för att säkerställa en personcentrerad vård med hög kontinuitet som präglas av samarbete mellan olika professioner och kompetenser. Vägledande i arbetet med primärvårdens utveckling avseende psykisk ohälsa kan vara de slutsatser som lämnats av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård i betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6) samt utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga i betänkandet Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34).

### **2.3 Övergripande om det kommande arbetet inom området psykisk hälsa och suicidprevention**

I budgetpropositionen för 2024 har regeringen aviserat att en ny strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention ska tas fram utifrån det underlag som Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, tillsammans med 24 berörda myndigheter, redovisade till regeringen den 1 september 2023 (S2020/06171). Myndigheternas underlag till nationell strategi innehåller förslag som syftar till att stärka arbetet med att förbättra den psykiska hälsan i befolkningen, förebygga psykisk ohälsa och suicid och förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa, såväl utifrån nuvarande som kommande generationers psykiska hälsa, samt behovet av att skapa socialt hållbara samhällsstrukturer. En viktig del i förslaget är även att skapa förutsättningar för en förbättrad uppföljning och för en stärkt nationell samordning som stöd i utvecklingsarbetet. Myndigheternas förslag till nationell strategi ligger i linje med det Positionspapper för psykisk hälsa som har tagits fram av SKR och som publicerades under 2023. En viktig utgångspunkt i såväl myndigheternas förslag till strategi som i positionspapperet är att utmaningarna kring psykisk hälsa och suicidprevention berör många verksamhetsområden och att lösningarna kräver

samverkan över samhällssektorer, organisationsgränser och samhällsnivåer. Parterna är, som framgår ovan, eniga om att kommande överenskommelser ska skapa förutsättningar för att stödja genomförandet och uppföljningen av den kommande nationella strategin inom området psykisk hälsa och suicid-prevention.

### 3. Överenskommelsens innehåll och prioriterade områden

#### **3.1 Prioriterat område: Ett utvecklat arbete för att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga samt insatser för att stärka första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri**

Det förebyggande och främjande arbetet är en förutsättning för att det folkhälsopolitiska målet, att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation, ska kunna uppnås. Ett gott föräldraskap är en viktig skyddsfaktor för många barn och unga då det bl.a. kan stärka barns och ungas möjligheter att skapa goda relationer till andra senare i livet. Vid sidan av detta kommer så gott som alla barn och unga, och deras föräldrar, under livet i kontakt med mödra- och barnhälsovården, förskolan, skolan och dess elevhälsa samt andra berörda verksamheter såsom tandvården, fritidshemmet samt verksamheter inom första linjens vård. Många barn och unga kommer även i kontakt med socialtjänsten samt med civilsamhällesorganisationer. Dessa verksamheter, spelar en viktig roll när det gäller att främja en positiv hälso-utveckling hos barn och unga och för att förebygga samt fånga upp hälsoproblem och riskbeteenden i ett tidigt skede. Förutom ett stärkt och utvecklat förebyggande och främjande arbete är det av stor betydelse att barn och unga med psykisk ohälsa får ett snabbt och kvalificerat omhändertagande samt att hälso- och sjukvården, inklusive barn- och ungdomspsykiatri är sammanhållen, tillgänglig och av god kvalitet. Uppföljningar visar dock att det fortsatt finns utmaningar avseende såväl förebyggande och främjande insatser som när det gäller tillgängligheten till första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri. Parterna är mot denna bakgrund överens om att insatser för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga samt att stärka första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri fortsatt ska stimuleras inom överenskommelsen. Målsättningen är att skapa förutsättningar för ett ökat psykiskt välbefinnande i barn-

och ungdomsgruppen samt en tillgänglig första linjens vård respektive specialiserad psykiatrisk vård för barn och unga med psykisk ohälsa. Sådana insatser kan även bidra till att motverka att barn och unga avlider i suicid.

Inom ramen för det prioriterade området ska kommuner och regioner gemensamt arbeta för att stärka och utveckla arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga. Sådana insatser sammanfaller många gånger med mål och insatser inom ett bredare förebyggande och främjande arbete såsom arbetet med föräldraskapsstöd, insatser som rör alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar, arbetet med att motverka skolfrånvaro, förebyggande av våld och ofrivillig ensamhet samt annat pågående brottsförebyggande arbete. Kunskapsbaserade och väl utformade insatser kan därför få effekter på många områden samtidigt. Genom ökad samverkan i det främjande och förebyggande arbetet kan även resultat på fler områden uppnås och arbetet bli mer effektivt. För att arbetet ska bli mer träffsäkert kan det också finnas skäl att vidta åtgärder för en mer strategisk styrning, uppföljning och utvärdering. De behovsanalyser som genomförs inom ramen för de lokala och regionala handlingsplanerna bör kunna vara vägledande i detta arbete (se avsnitt 2.2).

Inom ramen för det prioriterade området ska kommuner och regioner även arbeta för att utveckla den första linjens vård till barn och unga. Detta är, förutom förebyggande och främjade insatser och insatser inom barn- och ungdomspsykiatri, en viktig förutsättning för att barn och unga ska kunna få vård i rätt tid och på rätt vårdnivå. Första linjens vård för barn och unga är benämningen på verksamheter som har i uppdrag att ta emot barn och unga med psykisk ohälsa oavsett orsak. Första linjens organisering varierar mellan regioner och regioner och kommuner gemensamt. Vanligtvis inkluderas ungdomsmottagningar, familjecentraler och vissa andra integrerade verksamheter, de medicinska delarna av elevhälsan samt primärvård eller specialiserad vård. Som framgår av avsnitt 2.2 behöver insatser vidtas som syftar till att stödja utvecklingen av primärvårdsnivån som ingång vid psykisk ohälsa för barn och unga. För att detta ska kunna uppnås kan det finnas skäl att organisera och planera hälso- och sjukvården så att första linje-verksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa införlivas i primärvårdsuppdraget. Det är också av vikt att stimulera en mer sammanhållen vård och smidigare övergångar mellan verksamheter och mellan barn- och vuxenvård. Detta kräver goda former för samverkan inom och mellan berörda aktörer, däribland den specialiserade vården,

socialtjänsten, förskolan, skolan och dess elevhälsa, beroendevården, habiliteringen, och tandvården. Därtill är det angeläget att barn- och ungdomskompetensen i första linjens vård, samt inom den specialiserade vården och i andra berörda verksamheter, stärks och att metoder och arbetssätt för att göra barn och unga, och deras familjer, delaktiga i vården används och utvecklas. Samtidigt är det viktigt att fortsatt stimulera utvecklingen av gemensam triagering och samarbete kring s.k. en väg in-verksamheter i hälso- och sjukvården genom vilka barn och unga kan få en snabb bedömning och hänvisning till rätt vårdnivå.

Inom ramen för det prioriterade området ska regionerna även arbeta för att öka tillgängligheten till specialiserad psykiatrisk vård för barn och unga, i enlighet med den förstärkta vårdgarantin som innebär att barn och unga inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning och ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Vidare ska kommuner och regioner vidta insatser för att utveckla samverkan mellan berörda aktörer, inklusive skola och förskola, bl.a. genom att använda samverkansverktyg, såsom samordnad individuell plan, s.k. SIP. Ett annat viktigt utvecklingsområde är att fokusera på och vidta åtgärder för en god kompetensförsörjning och en god arbetsmiljö, inbegripet att minska sjukskrivningar i psykiatriska diagnoser. Att stärka och utveckla arbetet med effektiva vårdprocesser, bl.a. genom behovsanalyser och uppföljning, som är anpassade till och stödjer målsättningen om en förstärkt vårdgaranti, är också angeläget. I arbetet med effektiva vårdprocesser behöver särskilt vanligt förekommande diagnoser och vårdbehov uppmärksammas, däribland arbetet med utredningar av och stöd till personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. I detta arbete behöver även stöd till föräldrar och familjen ingå liksom en utvecklad samverkan mellan verksamheter och yrkesgrupper samt mellan barn- och ungdomspsykiatri, primärvården, skolan och dess elevhälsa och socialtjänsten. Det bör också vidtas insatser för att stärka samverkan barn- och ungdomspsykiatri, primärvården och första linjens vård. Det kan t.ex. innebära att utveckla rutiner och arbetssätt för att den specialiserade psykiatriska vården ska kunna finnas nära och tillgänglig för konsultation för primärvården eller att utveckla och använda effektiva arbetssätt t.ex. genom digitalisering. Ett ytterligare utvecklingsområde är insatser för att skapa förutsättningar för en trygg, meningsfull och rättssäker psykiatrisk heldygnsvård och psykiatrisk tvångsvård för barn och unga. Detta ingriper bl.a. åtgärder för ökad delaktighet och personcentrering, ökad

kompetens och kvalitetsutveckling bl.a. genom uppföljning och inrapportering av vårddata och vidtagna tvångsåtgärder samt möjligheter till aktiviteter och utevistelse under vårdtiden. Även inom dessa verksamheter är samverkan med föräldrar och övrig familj viktig.

**Fördelning av medel:** Parterna är överens om att staten inom ramen för 2024 års överenskommelse avsätter totalt 803 000 000 kronor för att kommuner och regioner gemensamt ska utveckla arbetet med att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga samt för att stärka första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri. Av dessa medel fördelas 553 000 000 kronor till regionerna och 250 000 000 kronor till länen. De medel som avsätts till regionerna respektive till länen fördelas efter andelen barn och unga 0–25 år i respektive region. Medlen till länen utbetalas till den aktör som regionen och länets kommuner har angett som mottagare.

### **3.2 Prioriterat område: En mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet eller omfattande behov**

Personer med samsjuklighet och personer med omfattande behov av vård och stödinsatser är en särskilt utsatt grupp som inte sällan behöver samtidiga insatser från flera verksamheter och huvudmän. Det kan handla om personer som har såväl fysiska som psykiska besvär, såsom multisjuka äldre, eller om personer som har ett skadligt bruk eller beroende av bl.a. alkohol eller narkotika och andra psykiatriska tillstånd. Det kan också handla om barn och unga som vårdas inom den sociala barn- och ungdomsvården eller barn, unga, vuxna och äldre som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården eller inom rättspsykiatri. Andra grupper som behöver uppmärksammas är personer med allvarlig eller livslång psykisk ohälsa, personer som upplevt våld i nära relationer eller hedersrelaterat våld och förtryck, eller personer med psykisk funktionsnedsättning. Under senare år har fokus på målgruppen och målgruppens behov ökat men fortfarande finns stora utmaningar vad gäller personer i behov av sammansatta insatser från såväl kommuner som regioner som andra berörda aktörer. Detta bekräftas av flera utredningar och rapporter som har konstaterat att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen är otydlig, att insatserna ofta är fragmentiserade samt att tillgängligheten, samordningen och kontinuiteten brister. Parterna är mot denna bakgrund överens om att insatser för att skapa förutsättningar för en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer



med samsjuklighet eller omfattande behov fortsatt ska stimuleras inom ramen för överenskommelsen. Målsättningen är att samtidiga diagnoser eller hälsoproblem hos personer med psykisk ohälsa ska uppmärksammas i högre utsträckning, att insatserna till målgruppen ska utvecklas och att vården och omsorgen ska bli mer flexibel och anpassad efter den enskilde.

Inom ramen för det prioriterade området ska kommuner och regioner arbeta för att skapa förutsättningar för att insatserna till personer med samsjuklighet eller omfattande behov ska bli mer sammanhållna, flexibla och individanpassade. Detta t.ex. genom att utveckla långsiktiga samverkansformer inom och mellan verksamheter samt med övriga berörda aktörer, såsom tandvården. Det kan också handla om arbetssätt, metoder och samverkansverktyg för att stödja såväl det förebyggande och främjande arbetet och arbetet med suicidprevention som arbetet med samordning av komplexa vård- och omsorgsbehov. Detta kan även innefatta ett utvecklat stöd till familjer, anhöriga och närstående till personer med samsjuklighet eller omfattande behov som är viktiga för en framgångsrik behandling. Vidare finns skäl att stödja kompetensutveckling i verksamheterna då detta kan leda till ökade förmågor hos personalen i hälso- och sjukvården och omsorgen att upptäcka och behandla olika former av samsjuklighet och annan långvarig eller livslång psykisk ohälsa. Det är också viktigt att öka tillgängligheten till vård och omsorg för målgruppen och att stimulera individ- och målgruppsbaserade vård- och stödinsatser t.ex. i form av självvald inläggning, lågtröskelverksamheter, hälsoundersökningar eller andra flexibla arbetssätt och gemensamma ingångar till verksamheter. Det finns också anledning att arbeta vidare med i övrigt identifierade behov i verksamheterna, baserat på de analyser och uppföljningar som kommuner och regioner har genomfört inom ramen för det prioriterade området med stöd av medel från överenskommelserna 2019–2023. Vägledande i arbetet kan vara de slutsatser som har lämnats av Samsjuklighetsutredningen (S2020:08), samt Utredningen om vissa tvångsvårdsfrågor (S2021:02).

**Fördelning av medel:** Parterna är överens om att staten inom ramen för 2024 års överenskommelse avsätter totalt 250 000 000 kronor till länen för insatser för att skapa en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet eller omfattande behov. Medlen utbetalas till den aktör som regionen och länets kommuner har angett som mottagare med fördelningsnyckeln 5 000 000 kronor per län och resten fördelat efter befolkningsmängd.

### **3.3 Prioriterat område: En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg**

Målsättningen med kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården och omsorgen är att bästa tillgängliga kunskap ska kunna användas i varje patient- eller brukarmöte och att ny kunskap kontinuerligt ska utvecklas, delas och omsättas av professionen. Förutom att stärka professionens långsiktiga lärande är kunskapen också ett viktigt verktyg för att åstadkomma en mer jämlik och säker vård och omsorg och för att stärka patient- och brukarmedverkan. Även om kunskapsstyrningen inom vården och omsorgen över tid har stärkts och arbetet med patientsäkerhet har utvecklats visar uppföljningar att det fortsatt finns skäl att stimulera insatser som syftar till att öka följsamheten till nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd samt att arbeta aktivt med insatser för att minska vårdskador eller missförhållanden inom vård och omsorg. Parterna är mot denna bakgrund överens om att insatser för att skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg fortsatt ska stimuleras inom ramen för överenskommelsen. Målsättningen är att vården och omsorgen ska bli mer kunskapsbaserad och säker vilket är en förutsättning för ökad jämlikhet och personcentrering.

Inom ramen för det prioriterade området ska kommuner och regioner arbeta för att stärka användningen och implementeringen av nationellt framtagen kunskap, såsom nationella riktlinjer, nationella vård- och insatsprogram eller andra kunskapsstöd, som har bäring på området psykisk hälsa och suicidprevention. Det kan t.ex. handla om att ta fram handlingsplaner för att implementera riktlinjer, och vård- och insatsprogram, anordna informationsaktiviteter, fortbilda personal och utveckla befintliga eller etablera samverkansavtal för hur samverkan i enskilda ärenden ska ske. Angeläget är också att skapa förutsättningar för systematisk uppföljning på verksamhetsnivå och på övergripande nivå i syfte att kunna följa utvecklingen av kvaliteten i vården och omsorgen, t.ex. med hjälp av de nationella psykiatriska kvalitetsregistren. Det är också av stor vikt att säkerställa uppföljning på individuell nivå då t.ex. läkemedelsuppföljningar är avgörande för en god och säker vård, inte minst bland äldre.

Det finns också anledning att stärka arbetet med patientsäkerhet i hälso- och sjukvården genom att t.ex. utveckla handlingsplaner, principer och prioriteringar med bäring på området psykisk hälsa och suicidprevention, utifrån målsättningarna i den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Att utveckla arbetet inom vården och omsorgen när det gäller utredningar och

anmälningar av vårdskador eller missförhållanden, inte minst avseende suicid och suicidförsök, är också ett viktigt utvecklingsområde (se avsnitt 3.5). Detta handlar bl.a. om att säkerställa goda rutiner, att utredningar avseende vårdskador eller missförhållanden genomförs med god kvalitet och anmäls i överensstämmelse med bestämmelserna i gällande lagstiftning samt att vidta adekvata åtgärder utifrån utredningarna och att följa upp förbättringar i verksamheterna.

**Fördelning av medel:** Parterna är överens om att staten inom ramen för 2024 års överenskommelse avsätter totalt 200 000 000 kronor för insatser som syftar till att skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg. Av medlen fördelas 100 000 000 kronor till regionerna och 100 000 000 kronor till kommunerna. Medlen fördelas efter befolkningsmängd.

### **3.4 Prioriterat område: En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen**

En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan är viktig för att säkerställa en god kvalitet på de insatser som ges inom vården och omsorgen men också för att identifiera strategiska utvecklingsbehov och bidra till en personcentrerad vård och omsorg. Under de senaste åren har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, i uppföljningen av överenskommelserna inom området psykisk hälsa och suicidprevention, kunnat se en försiktig förskjutning där huvudmännens insatser nu till större del handlar om att bjuda in patienter, brukare och anhöriga till delaktighet och inflytande. Samtidigt uppmärksammar Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten att patient-, brukar- och anhöriginflytandet varierar mellan olika områden inom överenskommelsen, mellan kommuner och regioner samt att det finns behov av att förstärka barn och ungas roll inom inflytandearbetet. Parterna är mot denna bakgrund överens om att insatser för att skapa förutsättningar för en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen fortsatt ska stimuleras inom ramen för överenskommelsen. Målsättningen är att patient-, brukar- och anhöriginflytandet i vården och omsorgen ska öka och att vården och omsorgen i förlängningen ska bli mer patient-, brukar- och anhörigcentrerad.

Inom ramen för det prioriterade området ska kommuner och regioner arbeta för att skapa förutsättningar för ett ökat patient-, brukar- och

anhöriginflytande på såväl individuell nivå som på verksamhetsnivå och systemnivå. Särskilt angeläget är att utveckla former för praktiskt brukarinflytande och att användningen av metoder och arbetsätt för brukar-delaktighet ökar. Att åstadkomma ett ökat patient-, brukar- och anhöriginflytande kräver, för att bli framgångsrikt, förutom en struktur och en långsiktig strategi även planering, genomförande och uppföljning, såväl på individnivå som på de mer övergripande nivåerna. De behovsanalyser som genomförs inom ramen för de lokala och regionala handlingsplanerna bör kunna vara vägledande i detta arbete (se avsnitt 2.2). Dessa behovsanalyser bör även kunna vara vägledande i hur patienter, brukare och anhöriga ska kunna involveras inom ramen för överenskommelsens samtliga prioriterade områden.

**Fördelning av medel:** Parterna är överens om att staten inom ramen för 2024 års överenskommelse avsätter totalt 24 000 000 kronor till länen för att stimulera och stärka en systematisk patient- och brukarmedverkan i vården och omsorgen. Medlen fördelas med 1 000 000 kronor per län, förutom de tre storstadslänen som tilldelas 2 000 000 kronor vardera. Mottagare av medlen är den aktör som kommuner och region har angett som mottagare.

### **3.5 Prioriterat område: Ett stärkt och utvecklat suicidpreventivt arbete**

Suicid är ett allvarligt folkhälsoproblem som förutom förlust av människoliv kan leda till både stort psykiskt lidande och försämrad hälsa hos anhöriga och närstående och andra berörda. För att skapa förutsättningar för ett strategiskt och kunskapsbaserat suicidpreventivt arbete behöver suicidförebyggande insatser finnas på både individ- och befolkningsnivå och arbetet intensifieras av alla berörda samhällsaktörer. Även om det suicidpreventiva arbetet har utvecklats under senare år är den av riksdagen beslutade visionen för det suicidpreventiva arbetet – att ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord – inte uppnådd. Parterna är mot denna bakgrund överens om att insatser för att skapa förutsättningar för ett stärkt och utvecklat suicidpreventivt arbete fortsatt ska stimuleras inom ramen för överenskommelsen. Målsättningen är att det suicidpreventiva arbetet på lokal och regional nivå ska intensifieras och att dessa insatser i förlängningen ska leda till att antalet suicid minskar.

Inom ramen för det prioriterade området ska kommuner och regioner arbeta för att utveckla det strategiska suicidpreventiva arbetet på lokal och regional nivå genom såväl individ- som befolkningsbaserade insatser. Förutom att ta

fram handlingsplaner eller motsvarande policydokument för hur det suicidpreventiva arbetet kan bedrivas på basis av lokala eller regionala behov, är det angeläget att utveckla uppföljningen av redan beslutade eller kommande insatser. Det finns också skäl att fortsatt verka för att integrera det strategiska arbetet med suicidprevention med det strategiska arbetet inom psykisk hälsa-området, detta då insatser som syftar till att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och skapa förutsättningar för en tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet ofta verkar suicidpreventivt (se avsnitt 2.2). Samtidigt behövs även insatser för att omsätta det nationella suicidpreventiva handlingsprogrammet till praktisk verklighet och det finns även skäl att verka för att arbeta suicidpreventivt inom ramen för folkhälsopolitikens samtliga åtta målområden. I detta arbete bör insatser som syftar till att minska medel och metoder för suicid ur ett brett samhällsperspektiv även uppmärksammas och användas.

Insatser som riktas direkt till personer med suicidrisk behöver också öka och vidtas i patientens eller brukarens möte med hälso- och sjukvården och omsorgen t.ex. genom suicidriskbedömningar. Uppföljningen av patienter med suicidalitet bör vara en självklar del av vård- och omsorgsprocessen men också att utveckla det suicidpreventiva arbetet inom ramen för arbetet med patientsäkerhet i syfte att skapa ett systematiskt förbättringsarbete (se avsnitt 3.3). Det är också angeläget att stärka insatserna till grupper med särskild risk för suicid samt att intensivifiera arbetet med stöd till efterlevande, både genom förebyggande och riktade insatser. Därtill finns fortsatta behov av kompetensutveckling för personal som möter personer med suicidalitet, såväl inom hälso- och sjukvården och omsorgen som inom andra områden, t.ex. avseende blåljuspersonal, samt att förbättra samverkan i behandlingen av personer med suicidalitet. Samarbetet med och delaktigheten för patienter, anhöriga och närstående samt med det civila samhällets organisationer är också ett viktigt utvecklingsområde.

**Fördelning av medel:** Parterna är överens om att staten inom ramen för 2024 års överenskommelse avsätter totalt 200 000 000 kronor till länen för insatser som syftar till ett stärkt och utvecklat suicidpreventivt arbete på lokal och regional nivå. Medlen fördelas efter befolkningens mängd. Medlen utbetalas till den aktör som regionen och länets kommuner har angett som mottagare.

### **3.6 Prioriterat område: En förstärkt psykiatrisk traumavård**

Med psykiatrisk traumavård åsyftas insatser som syftar till att förebygga, behandla och rehabilitera traumatiska upplevelser, inklusive diagnoser eller tillstånd. Traumavårdsinsatser ges främst inom specialistpsykiatri men primärvården och första linjens vård för barn och unga har också en viktig roll när det gäller att förebygga, identifiera och behandla personer med symtom på trauma. Under senare år har behovet av traumavårdsinsatser i olika verksamheter uppmärksammats i högre utsträckning och ett utvecklingsarbete för att stärka den psykiatriska traumavården har påbörjats. Fortfarande finns dock utvecklingsbehov inom området, inte minst i relation till att förbättra identifiering och diagnostik av trauma, öka tillgängligheten till traumavårdande insatser och säkerställa att gruppen med komplexa trauman får rätt vård och stöd. Parterna är mot denna bakgrund överens om att insatser för att stärka den psykiatriska traumavården fortsatt ska stimuleras inom ramen för överenskommelsen. Målsättningen är att hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens ska förbättras avseende såväl förbyggande insatser som när det gäller identifiering, diagnostik och behandling av trauma, oavsett komplexitet eller orsak, samt att tillgängligheten till traumavårdsinsatser ska öka.

Inom ramen för det prioriterade området ska regionerna arbeta för att utveckla insatserna till personer som är i behov av psykiatrisk traumavård inom såväl specialistpsykiatri som inom primärvården och första linjens vård för barn och unga. Särskilt angeläget är att bl.a. öka användningen av kunskapsbaserade metoder inklusive identifiering och diagnostik samt att bidra till kompetensutveckling hos professionen. Det finns också skäl att verka för att tillgängligheten till psykiatriska traumavårdsinsatser ökar och att insatser riktas till särskilt utsatta grupper. För att kunna utforma verkningfulla insatser bör insatserna utgå från lokala och regionala behov och följas upp på ett adekvat och ändamålsenligt sätt. De behovsanalyser som genomförs inom ramen för de lokala och regionala handlingsplanerna bör kunna vara vägledande i detta arbete (se avsnitt 2.2).

**Fördelning av medel:** Parterna är överens om att staten inom ramen för 2024 års överenskommelse avsätter totalt 50 000 000 kronor till regionerna i syfte att stärka den psykiatriska traumavården. Medlen fördelas efter befolkningsmängd.

#### 4. Insatser som SKR ska genomföra inom ramen för överenskommelsen

Parterna är överens om att SKR, inom ramen för överenskommelsen 2024, ska genomföra insatser för att samordna kommuners och regioners utvecklingsarbete samt utveckla verksamhetsnära initiativ och lösningar som kan användas som stöd för det lokala, regionala och nationella förbättringsarbetet. Insatserna ska skapa förutsättningar för såväl staten som för SKR och för regioner och kommuner att påskynda utvecklingen inom området psykisk hälsa och suicidprevention, i enlighet med överenskommelsens övergripande inriktning och tillhörande prioriterade områden.

Inom ramen för arbetet ska SKR:

- stärka samverkan och samarbete med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, och andra berörda myndigheter, inom ramen för arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention bl.a. i syfte att skiftande styrsignaler ska minskas och att fokus på resultat, där såväl SKR som de statliga myndigheterna har en viktig roll, ska utvecklas,
- verka för stöd till uppföljning och analyser som kan vara av intresse för flera kommuner och regioner,
- stödja kommuner och regioner i att använda bästa tillgängliga kunskap, inbegripet nationella riktlinjer, vård- och insatsprogram och andra kunskapsstöd,
- stödja kommuner och regioner i att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid, inbegripet att utveckla kunskapen om psykisk hälsa bland barn och unga t.ex. genom ändamålsenliga digitala lösningar,
- stödja kommuner och regioner i att skapa förutsättningar för att barn och unga får vård i tid och på rätt vårdnivå, inbegripet att stödja utvecklingen inom barn- och ungdomspsykiatri,
- stödja kommuner och regioner i den pågående omställningen mot en god och nära vård avseende arbetet med psykisk hälsa, psykisk ohälsa och suicidprevention,
- stödja kommuner och regioner i arbetet med att minska antalet sjukskrivningar i psykiatriska diagnoser, en god kompetensförsörjning och en god arbetsmiljö,
- stödja kommuner och regioner i utvecklingen av vården och omsorgen för personer med allvarliga, långvariga eller livslånga psykiatriska tillstånd eller för personer med stora samordningsbehov.

## 5. Medelstillelning i 2024 års överenskommelse

Överenskommelsen 2024 omfattar totalt 1 560 000 000 kronor, varav 1 527 000 000 kronor fördelas till kommuner och regioner och 33 000 000 kronor fördelas till SKR. Insatserna riktar sig till all offentligt finansierad vård och omsorg. Beslut om utbetalning av medel till kommuner, regioner och SKR under 2024 sker genom ett särskilt regeringsbeslut ställt till Kammarkollegiet (se avsnitt 7). I tabellen redovisas medelsfördelningen uppdelat per prioriterat område och mottagare under 2024.

**Tabell Överenskommelse inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024**

Angivet i tusental kronor

	Belopp (tkr)	Mottagare*
<b>Regioner</b>		
Ett utvecklat arbete för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga samt insatser för att stärka första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri	553 000	Regioner via KamK
En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg	100 000	Regioner via KamK
En förstärkt psykiatrisk traumavård	50 000	Regioner via KamK
<b>Kommuner</b>		
En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg	100 000	Kommuner via KamK
<b>Länsgemensamma medel</b>		
Stärka det gemensamma arbetet för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga samt insatser för att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg	250 000	Länen via KamK
En mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet eller omfattande behov	250 000	Länen via KamK
En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen	24 000	Länen via KamK
Ett stärkt och utvecklat suicidpreventivt arbete	200 000	Länen via KamK
<b>SKR</b>		
Utvecklingsarbete och samordning av kommuner och regioner	33 000	SKR via KamK
<b>Totalt</b>		
<b>Totalt regioner</b>	703 000	
<b>Totalt kommuner</b>	100 000	
<b>Totalt län</b>	724 000	
<b>Totalt SKR</b>	33 000	
<b>Totalt överenskommelsen</b>	<b>1 560 000</b>	

**\*Förklaring av mottagare**

**Kommuner, regioner, län eller SKR via Kammarkollegiet (KamK)** innebär att medlen disponeras av KamK för att sedan fördelas till kommuner, regioner, län eller SKR efter rekvisition.



## **5.1 Fördelningsmodeller gällande medel till kommuner och regioner i överenskommelsen**

Medelsfördelningen till kommuner och regioner i överenskommelsen 2024 baseras på befolkningsmängd, i enlighet med data från Statistiska centralbyrån per den 1 november 2023. För följande satsningar används andra fördelningsmodeller under 2024:

- medel till regionerna respektive länen avseende insatser för att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga samt för att stärka första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri fördelas utifrån andel i befolkningen som är 0–25 år i respektive region,
- medel till insatser för en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen fördelas med 1 000 000 kronor per län förutom de tre storstadslänen som tilldelas 2 000 000 kronor vardera,
- medel till insatser för att skapa en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet och omfattande behov fördelas med 5 000 000 kronor per län och resterande medel fördelat efter befolkningsmängd.

## **6. Redovisning och uppföljning av insatserna i överenskommelsen**

Parterna är överens om att de insatser som har vidtagits med stöd av medlen i överenskommelsen fortsatt ska redovisas och följas upp, i enlighet med vad som följer av avsnitt 6.1 och 6.2. I syfte att få en sammantagen bild av utvecklingen inom området inbegripet kommuners och regioners insatser med stöd av denna överenskommelse, har Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att följa, utvärdera och stödja statens insatser inom området psykisk hälsa (S2020/01044).

### **6.1 Kommuners och regioners redovisning och uppföljning**

Kommuner och regioner ska redovisa de insatser som har genomförts med stöd av medlen från överenskommelsen samt användning och förbrukning av medel för verksamhetsåret 2024. I detta ingår att redovisa resultat, eventuella effekter och måluppfyllelsen av vidtagna insatser. En anvisning om hur redovisningen ska gå till, inbegripet en tidsplan för redovisningen, ska tas fram av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten och finnas tillgänglig för kommuner och regioner senast den 31 mars 2024.

Kommuners och regioners redovisning och uppföljning syftar till att staten på ett effektivt och ändamålsenligt sätt ska kunna följa utvecklingen inom området psykisk hälsa och suicidprevention och de insatser som kommuner och regioner vidtar med stöd av medlen från överenskommelsen.

## **6.2 SKR:s redovisning och uppföljning**

SKR ska redovisa de insatser som har genomförts av SKR med stöd av medlen från överenskommelsen under 2024. SKR ska lämna en delrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet med kopia till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen) senast den 30 september 2024. I delrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som SKR har bedrivit under första halvåret 2024. Utgångspunkten ska vara hur SKR arbetat för att samordna kommuner och regioner samt utvecklat samordning och samverkan med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen samt övriga berörda myndigheter, i enlighet med det som parterna har kommit överens om i föreliggande överenskommelse (se avsnitt 4).

SKR ska lämna en verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet med kopia till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen) senast den 31 mars 2025. I verksamhetsrapporten ska SKR redogöra för den verksamhet som har bedrivits under 2024 med stöd av bidraget. I det ingår att särredovisa kostnaderna och resultat för de olika insatser som genomförts med stöd av medlen i överenskommelsen. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas och det ska framgå hur insatserna har bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet om jämställd hälsa och att mäns våld mot kvinnor ska upphöra.

## **7. Ekonomiska villkor**

Överenskommelsen för 2024 omfattar totalt 1 560 000 000 kronor, varav 1 527 000 000 kronor fördelas till kommuner och regioner och 33 000 000 kronor fördelas till SKR. Av tabellen i avsnitt 5 framgår medelsfördelningen för överenskommelsen 2024 uppdelat per prioriterat område och mottagare. Beslut om utbetalning av medel till kommuner, regioner och SKR under 2024 fattas genom ett särskilt regeringsbeslut ställt till Kammarkollegiet.

Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg för budgetåret 2024 uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition.

Medlen till kommuner och regioner och till SKR utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet senast den 1 december 2024. Den information som ska ingå i rekvisitionen framgår av *bilagan*. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid. Medel som inte har använts för avsett ändamål ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2025.

En ekonomisk redovisning för kalenderåret 2024 som visar hur de medel som har tilldelats SKR har använts ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2025. Den information som ska ingå i den ekonomiska redovisningen framgår av *bilagan* (se avsnitt 9).

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

## 8. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen har upprättats i två exemplar varav parterna har tagit var sitt.

För staten

För Sveriges

genom Socialdepartementet

Kommuner och Regioner

Stockholm den 21 december 2023

Stockholm den 15 december 2023

Petra Noreback

Palle Lundberg

Statssekreterare

Verkställande direktör

## 9. Bilaga

Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning avseende, från Kammarkollegiet rekvirerade medel, inom ramen för denna överenskommelse. I den ekonomiska redovisningen ska SKR redogöra för den verksamhet som bedrivits under 2024 med stöd av bidraget. SKR ska verka för att omfattning och finansiering av respektive område inom överenskommelsen ska kunna redovisas i så stor utsträckning som möjligt.

<b>Rekvisition</b>	<b>Ekonomisk redovisning</b>
1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress	1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning Överenskommelsens benämning Belopp som rekvideras Rekvisitionen avser perioden	2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning Överenskommelsens benämning Summa bidrag enligt överenskommelsen Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning Bankgiro/Plusgiro Önskad betalningsreferens	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet Kostnader Kostnader (specificera större kostnadsposter) Summa kostnader Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)

<p>4. Underskrift i original av behörig företrädare  Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen.  Datum  Underskrift  Namnförtydligande</p>	<p>4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen  Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt.  Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.)  Datum  Underskrift  Namnförtydligande  Befattning  Telefon inkl. riktnummer  E-postadress</p>
	<p>5. Underskrift i original av behörig företrädare  Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga.  Datum  Underskrift  Namnförtydligande</p>