

# Programutvärdering överenskommelsen 2020– 2024

Socialstyrelsens utvärdering av  
överenskommelsen om insatser inom området  
psykisk hälsa och suicidprevention

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

Artikelnummer: 2026-6-10359

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), juni 2026

# Förord

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag av regeringen att i nära samverkan följa och utvärdera genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa. Uppdraget har förlängts från 2020–2023 till att även omfatta 2024–2026 års överenskommelser om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Denna rapport är en programutvärdering av överenskommelsen och de insatser som kommuner och regioner genomförde 2020–2024. Den innehåller våra sammanfattade iakttagelser av arbetet och lämnar förslag på utvecklingsområden.

Projektledare för arbetet har varit utredarna Fanny Larsdotter och Ylvali Porander, som tillsammans med utredarna Abeba Michael, Asmir Hajdarevic och Selma Kalkan har utgjort projektets arbetsgrupp. Flera andra medarbetare vid myndigheten har medverkat i arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Jakob Hellman.

Björn Eriksson  
Generaldirektör

# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>6</b>
Behov av samlad styrning.....	6
Behov av anpassning till kommuners och regioners olika förutsättningar .....	7
Behov av tvärsektorielt arbete för tillgänglighet och psykisk hälsa.....	7
Behov av stärkt arbete med patient-, brukar- och anhöriginflytande – särskilt för målgruppen barn och unga.....	8
<b>Förkortningar .....</b>	<b>9</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>10</b>
Överenskommelsen 2020–2024.....	10
Begreppsanvändning .....	11
Agenda 2030 .....	12
<b>Metod och genomförande .....</b>	<b>14</b>
Kriteriebaserad utvärdering .....	14
Verksamhetslogik som ramverk .....	15
Datainsamling.....	16
Avgränsningar .....	18
<b>Överenskommelsens måluppfyllelse och ändamålsenlighet ....</b>	<b>20</b>
Effektivitet – överenskommelsens sammantagna måluppfyllelse .....	20
Koherens – arbetet med överenskommelsen har i viss grad samordnats med andra satsningar .....	61
Implementering – insatser har övergått i ordinarie verksamhet .....	63
Relevans – överenskommelsen har delvis motsvarat huvudmännens behov .....	67
Inverkan – överenskommelsen har haft viss betydelse för utvecklingen	73
<b>Sammanfattade iakttagelser och förslag.....</b>	<b>78</b>
Behov av samlad styrning.....	78
Behov av anpassning till kommuners och regioners olika förutsättningar .....	79
Behov av tvärsektorielt arbete för tillgänglighet och psykisk hälsa.....	80
Behov av stärkt arbete med patient-, brukar- och anhöriginflytande – särskilt för målgruppen barn och unga.....	81
<b>Referenser.....</b>	<b>83</b>

<b>Bilaga 1. Metod.....</b>	<b>86</b>
<b>Bilaga 2. Kodbok.....</b>	<b>94</b>
<b>Bilaga 3. Intervjuguide.....</b>	<b>97</b>
<b>Bilaga 4. Figurer .....</b>	<b>100</b>

## Sammanfattning

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa. Myndigheterna ska gemensamt följa utvecklingen och utvärdera resultaten av insatserna inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Myndigheterna lämnar för 2026 en gemensam promemoria. Socialstyrelsen publicerar en uppföljningsrapport för överenskommelsen år 2025 samt en programutvärdering för överenskommelsen 2020–2024.

Följande rapport är Socialstyrelsens programutvärdering. I rapporten beskrivs myndighetens sammanfattade iakttagelser av arbetet som bedrivits inom överenskommelsen 2020–2024 och lämnar förslag på utvecklingsområden.

I utvärderingen bedömer vi överenskommelsens måluppfyllelse och ändamålsenlighet. Socialstyrelsen bedömer måluppfyllelsen i relation till överenskommelsens intentioner: hur arbetet enligt överenskommelsen samordnats med andra initiativ, i vilken utsträckning överenskommelsen gett hållbara resultat, hur överenskommelsen överensstämmer med kommuners och regioners behov samt vilken betydelse som överenskommelsen har haft för utvecklingen inom området.

Socialstyrelsen gör i utvärderingen följande huvudsakliga iakttagelser:

## Behov av samlad styrning

Vår sammantagna bedömning är att överenskommelsen 2020–2024 har haft betydelse för utvecklingen inom området, genom medelstilldelningen men också genom de prioriterade områdena som bidragit med riktning för arbetet. Överenskommelsen har dock innefattat en stor mängd målsättningar och enligt intervjuerna har överenskommelsens prioriteringar inte alltid påverkat vilka insatser som genomförs. Vi ser också i viss mån en skillnad mellan överenskommelsens inriktning och de insatser som redovisats. Det är ett stort fokus på kompetensutveckling, främst i kommunernas insatser, som inte har motsvarande tyngdpunkt i överenskommelsen.

Socialstyrelsen ser det som positivt att överenskommelsen för år 2025–2026 på flera sätt är tydligare i såväl utformning som kravställning. Samtidigt saknas en prioriteringsordning vilket kan vara en utmaning för kommuner och regioner. Den nya nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention skapar en gemensam grund för hela samhällets arbete inom området. Gemensamma mål ger riktning och möjliggör gemensamma lösningar på komplexa utmaningar.

Vi föreslår därför att regeringen stärker kopplingen mellan en eventuell framtida överenskommelse och den nationella strategin. Det kan handla om att låta strategins delmål och prioriteringar få större genomslag i överenskommelsens utformning.

## Behov av anpassning till kommuners och regioners olika förutsättningar

Vi ser att kommuner i hög grad har använt medel till satsningar på kompetensutveckling som generellt är mindre kostsamma än andra typer av insatser. Samtidigt är kompetensutveckling sällan utpekad som en central fråga i överenskommelsen. Det är också dubbelt så många storstadskommuner som landsbygdskommuner<sup>1</sup> som har implementerat insatser i den ordinarie verksamheten. Vi kan i det sammanhanget också konstatera att överenskommelsens stimulansmedel är en mycket liten del av kommunernas och regionernas budget, och många kommuner har fått under en halv miljon kronor under hela perioden. Kraven på exempelvis redovisning är dock lika för alla huvudmän som tilldelats medel.

Om statliga satsningar inom området i högre grad anpassas efter kommuners och regioners olika behov och förutsättningar skulle det kunna stärka möjligheterna att nå den nationella strategins mål. Vi föreslår därför att statliga satsningar anpassas efter kommuners och regioners olika behov. Det kan exempelvis handla om att differentiera krav på genomförande och redovisning.

## Behov av tvärsektoriellt arbete för tillgänglighet och psykisk hälsa

I överenskommelsen 2020 beskrivs att regionerna ska arbeta för förbättrad tillgänglighet med bibehållen kvalitet. Stärkt tillgänglighet till BUP beskrivs som särskilt viktigt. Även om kapaciteten inom barn- och ungdomspsykiatri har ökat så har antalet patienter ökat snabbare än de tillgängliga resurserna.

Arbete för ökad tillgänglighet till vården har varit framträdande i regionernas arbete med överenskommelsen 2020–2024. Totalt har ungefär 10 procent av insatserna och 28 procent av medlen syftat till att öka tillgängligheten och 6 procent av insatserna har en redovisad effekt om ökad tillgänglighet. Närmare hälften av regionernas insatser inom det prioriterade området för barn och unga har haft ökad tillgänglighet som mål. Det stora fokuset på ökad tillgänglighet ligger också i linje med överenskommelsens

---

<sup>1</sup> Landsbygdskommuner med besöksnäring

intentioner. Insatserna handlar dock ofta om personalförstärkning i ordinarie arbete och det är vanligt att stimulansmedel har gått till upphandling och inköp av exempelvis neuropsykiatriska utredningar.

Det finns indikationer på att det uttalade fokuset på tillgänglighet och kortare köer kan riskera att skapa undanträngningseffekter i vårdkedjan. För att utveckla hela vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa krävs ett nära samarbete mellan vård, omsorg, skola, elevhälsa samt barn och unga och deras föräldrar. Samverkan behöver också fungera inom varje sektor. Socialstyrelsen föreslår med anledning av detta att statliga initiativ verkar för ett stärkt tvärsektorielt arbete för barn och ungas psykiska hälsa.

## Behov av stärkt arbete med patient-, brukar- och anhöriginflytande – särskilt för målgruppen barn och unga

Området för systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan har varit ett av de områden där de insatser som genomförts i hög grad svarar mot de intentioner som beskrivits i överenskommelsen. Allt fler regioner prioriterar arbete med nya metoder och arbetsätt och direkt inflytande. Ungefär var tionde insats inom det prioriterade området fokuserar på barn och unga.

Socialstyrelsen har också tidigare konstaterat att barn och unga inte varit målgrupp för inflytandeinsatser i samma utsträckning som andra åldersgrupper. När det gäller delaktighet och inflytande fastlår den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention att det finns ett behov av att stärka patient- och brukarinflytandet i vården och omsorgen, både insatser till enskilda och kvalitetsarbete på verksamhets- eller systemnivå. I strategin framgår också att arbetet med delaktighet och inflytande särskilt bör beakta personer som har svårt att få sina röster hörda – såsom barn och unga.

Socialstyrelsen ser att det finns ett fortsatt behov av att utveckla delaktigheten för barn och unga inom överenskommelsens område. Vi föreslår därför att statens insatser särskilt prioriterar ett stärkt arbete med patient-, brukar- och anhöriginflytande specifikt för målgruppen barn och unga.

# Förkortningar

**Tabell 1. Förkortningar som används i rapporten**

<b>Förkortning</b>	<b>Förklaring</b>
<b>BUP</b>	Barn- och ungdomspsykiatri
<b>EMDR</b>	Eye Movement Desensitization Reprocessing
<b>Hbtqi+</b>	Homosexuella, bisexuella, transpersoner, personer med queera uttryck och identiteter och intersexpersoner
<b>KBT</b>	Kognitiv beteendeterapi
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>SIP</b>	Samordnad individuell plan
<b>SKR</b>	Sveriges Kommuner och Regioner

# Inledning

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att i nära samverkan följa och utvärdera genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa. Myndigheterna ska följa utvecklingen och utvärdera resultaten av insatserna i regioner och kommuner i förhållande till de syften och den inriktning som anges i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

I uppdraget ingår också att synliggöra utvecklingen inom olika områden samt identifiera frågor som kan behöva prioriteras på lokal och regional nivå. Vidare ska myndigheterna följa den nationella utvecklingen mot de prioriterade områdena i överenskommelsen och vid behov bidra till att vidareutveckla statens insatser inom området.

Den här rapporten är en programutvärdering av överenskommelsen för åren 2020–2024. I årets delredovisning ingår också en uppföljningsrapport för överenskommelsen 2025. Överenskommelsen 2025 är relaterad till den nya nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention, *Det handlar om livet*.

## Syftet med programutvärderingen

Syftet med utvärderingen är att dels analysera utvecklingen inom överenskommelsens olika områden, dels bedöma i vilken utsträckning genomförda insatser i kommuner och regioner, och resultatet av dessa, svarar mot överenskommelsens inriktning och syften.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår också att lämna förslag på utvecklingsområden inför det fortsatta arbetet inom området samt att vid behov bidra till att vidareutveckla statens insatser inom området. Eftersom överenskommelsen har förändrats har vi valt att utvärdera överenskommelsen för år 2020–2024 och lämna samlade iakttagelser och förslag som vi bedömer har relevans för det fortsatta arbetet inom området.

## Överenskommelsen 2020–2024

Överenskommelserna för psykisk hälsa och suicidprevention utgick initialt från regeringens dåvarande övergripande strategi inom området psykisk hälsa för perioden 2016–2020, *Fem fokusområden fem år framåt*. Strategin hade fem fokusområden: förebyggande och främjande insatser, tidiga, tillgängliga insatser, utsatta grupper, delaktighet och rättigheter samt ledarskap och organisation.

Överenskommelsen har, med undantag för år 2024, innehållit sju olika delar, se tabell 2 nedan. Målformuleringarna har varierat något men sammantaget

har överenskommelsen syftat till att stödja ett fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner, bidra till bättre förutsättningar för regioner och kommuner att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap, samt initiera eller utveckla särskilda vårdformer och effektiva målgruppsanpassade insatser. Syftet har också beskrivits vara att öka tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet och att främja psykisk hälsa och förebygga och motverka psykisk ohälsa och suicid. Överenskommelsen ska också bidra till ökad jämlikhet i hälsa, jämställdhet mellan kvinnor och män och att stärka barnrättsperspektivet i enlighet med barnkonventionen.

**Tabell 2. Prioriterade områden i överenskommelsen 2020–2024**

Titel	Notering
<b>1. Fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner samt vård av hög kvalitet där patienterna finns</b>	Medel till kommuner och regioner, Ingick fram till och med 2023 i överenskommelsen. <b>* Exkluderad i utvärderingen.</b>
<b>2. 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</b>	Medel till regioner och länsgemensamma medel. <b>*Länsgemensamma medel exkluderat i utvärderingen.</b>
<b>3. En mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet eller omfattande behov</b>	Länsgemensamma medel.
<b>4. En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg</b>	Medel till kommuner och regioner.
<b>5. En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen</b>	Länsgemensamma medel.
<b>6. Ett stärkt och utvecklat suicidpreventivt arbete</b>	Länsgemensamma medel. <b>*Exkluderad i utvärderingen.</b>
<b>7. En förstärkt psykiatrisk traumavård</b>	Medel till regioner

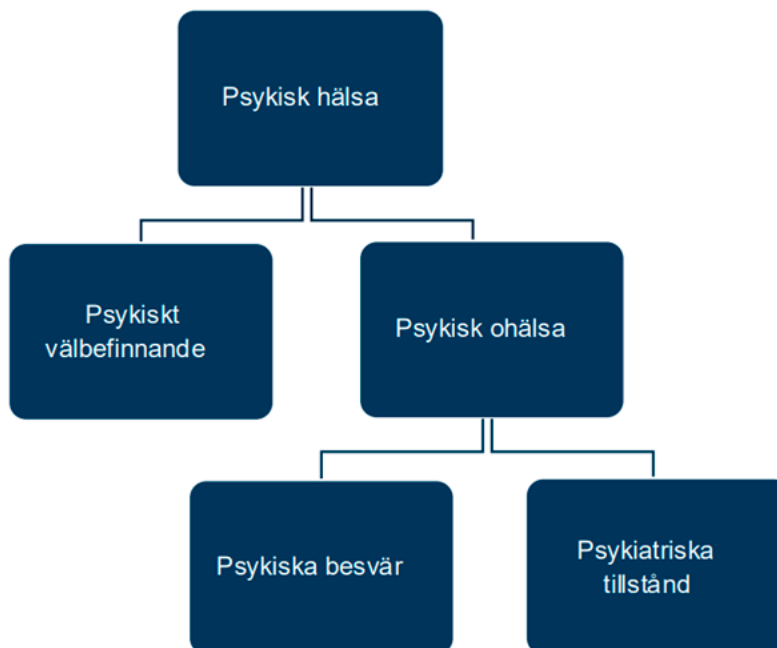
De prioriterade områdenas titlar har justerats något mellan åren, liksom skrivningarna i de prioriterade områdena. Medelssumman och målgruppen för medlen har dock varit ungefär densamma.

## Begreppsanvändning

I utvärderingen utgår Socialstyrelsen från en begreppsmodell som tagits fram tillsammans med Folkhälsomyndigheten, SKR och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) [1]. Modellen visar relationen

mellan begrepp som beskriver olika aspekter av psykisk hälsa. Psykisk hälsa används som ett samlingsbegrepp för både positiva (psykiskt välbefinnande) och negativa (psykisk ohälsa) dimensioner av psykisk hälsa, se figur 1. En individ kan ha aspekter av både positiva och negativa dimensioner av psykisk hälsa på samma gång.

**Figur 1. Begreppsmodell psykisk hälsa**



Psykiskt välbefinnande handlar om psykisk hälsa som en tillgång för både individen och samhället. Det inkluderar förmågor såsom att balansera positiva och negativa känslor, att känna tillfredsställelse med livet och att utveckla och uppnå sin potential. Begreppet psykisk ohälsa omfattar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykiska besvär uppstår till följd av påfrestningar och är ofta övergående. Besvären kan vara av varierande allvarlighetsgrad men uppfyller inte kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Psykiatriska tillstånd innefattar symtom som uppfyller diagnostiska kriterier, såsom psykiska sjukdomar och syndrom eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

## Agenda 2030

Det aktuella uppdraget knyter an till flera av målen i Agenda 2030 för hållbar utveckling. Hälsa har en central roll i Agenda 2030 som syftar till att uppnå en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar utveckling i världen. Mål 3 handlar om god hälsa och välbefinnande. God hälsa är en förutsättning för att klara skolan, arbeta, leva självständigt och bidra till samhällets utveckling. I mål 3.4 ingår att förebygga och behandla för att minska fall av för tidig död i icke smittsamma sjukdomar samt att främja

psykisk hälsa och välbefinnande. Utöver detta ses flera andra kopplingar mellan uppdraget och Agenda 2030. Särskilt kan mål 1.3 lyftas, vilket handlar om nationellt lämpliga system och åtgärder för socialt skydd för alla. Ett annat exempel är mål 10 om att minska ojämlikheten inom och mellan länder, och särskilt delmålet om att möjliggöra och verka för att alla människor blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet – oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning.

## Metod och genomförande

I det här kapitlet beskrivs de centrala metoder som Socialstyrelsen tillämpat inom ramen för programutvärderingen. Utvärderingen har genomförts som en programutvärdering, vilket innebär att vi har bedömt överenskommelsen och det relaterade arbetet sin helhet [2]. Socialstyrelsen har i analysen använt en kombination av kriteriebaserad utvärdering och verksamhetslogik. En fullständig metodbeskrivning återfinns i bilaga 1.

## Kriteriebaserad utvärdering

För att bedöma överenskommelsens måluppfyllelse och ändamålsenlighet har vi utgått från OECD:s utvärderingskriterier. Dessa kan användas för att utvärdera policyer och program inom olika områden och för att utvärdera insatser i både offentlig och privat sektor [3]. I utvärderingen har vi valt att använda fem av OECD:s sex kriterier som ram för utvärderingen: effektivitet, koherens, implementering, relevans och inverkan.

Utvärderingens huvudfokus har varit effektivitetskriteriet. Det är utifrån detta kriterium vi har undersökt överenskommelsens sammantagna måluppfyllelse samt måluppfyllelsen inom respektive prioriterat område. Vi har inte inkluderat det sjätte kriteriet kostnadseffektivitet i utvärderingen, men har valt att i viss mån belysa ekonomiska frågeställningar utifrån de övriga kriterierna.

**Figur 2. Utvärderingskriterier med utgångspunkt i OECD:s utvärderingskriterier**



Utvärderingskriterierna används i programutvärderingen i huvudsak för att bedöma överenskommelsen som helhet. En analys av överenskommelsens olika prioriterade områden har genomförts enligt effektivitetskriteriet. I analysen har vi tagit hänsyn till om olika delar av överenskommelsen medfört olika resultat. Utvärderingskriterierna har anpassats till överenskommelsens förutsättningar och varje kriterium har översatts till konkreta frågeställningar. En fullständig beskrivning av kriterierna och frågeställningarna finns i bilaga 1.

Vi har i utvärderingen tolkat överenskommelsens slutmål mer som en önskvärd riktning snarare än något som överenskommelsen kan förväntas uppnå. Socialstyrelsen har gjort motsvarande tolkning av liknande målsättningar i uppföljningen av den tidigare överenskommelsen på området [4]. Dock har vi valt att belysa i vilken utsträckning vi bedömer att överenskommelsen bidragit till en förflyttning i riktning mot slutmålen.

## Verksamhetslogik som ramverk

Verksamhetslogik har fungerat som ett övergripande metodologiskt ramverk för att analysera insatser inom överenskommelsen. Syftet med

verksamhetslogik är att beskriva ”hur olika händelser och skeden förmodas hänga samman, från mål och resurser till verksamhet och från verksamhet till prestationer och effekter” [5]. Verksamhetslogik kan generera kunskap om genomförande och resultat för enskilda insatser men också användas på aggregerad nivå för att undersöka hur samtliga insatser, sammantaget förväntas bidra till att uppnå överenskommelsens mål och syften.

I figur 3 visas en övergripande verksamhetslogik över överenskommelsen, där överenskommelsen mål och syften har sorterats till effekter och slutmål. Aktiviteterna och dess prestationer representeras främst av regioners och kommuners insatser inom ramen för överenskommelsen.

**Figur 3. Schematisk bild över verksamhetslogik för överenskommelsen psykisk hälsa och suicidprevention 2020–2024<sup>2</sup>**

Resurser	Aktiviteter	Prestationer	Effekter	Slutmål
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimulansmedel</li> <li>• Inriktning - prioriteringar</li> <li>• Nätverk - länsamordare m.m.</li> <li>• Kunskapsstöd</li> <li>• Stöd och uppföljning från SoS och Fohm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regioner och kommuners insatser inom ramen för överenskommelsen</li> <li>• SKR:s insatser inom ramen för överenskommelsen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultat av genomförda aktiviteter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiera eller utveckla särskilda vårdformer och effektiva målgruppsanpassade insatser</li> <li>• Bättre förutsättningar för att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bättre tillgänglighet till vård och omsorg av god kvalitet</li> <li>• Ökad jämlikhet i hälsa</li> <li>• Jämställdhet mellan kvinnor och män</li> <li>• Stärkt barnrättsperspektiv i vård och omsorg</li> </ul>

För att tydliggöra effektkedjor inom överenskommelsen har vi också skapat verksamhetslogiker som beskriver de olika prioriterade områdena inom överenskommelsen. Dessa finns i resultatavsnittet. I logikkedjorna har vi sorterat fram de mest framträdande aktiviteterna, effekterna och slutmålen inom respektive prioriterat område. Genomförda aktiviteter, beskrivna målsättningar och effekter har därefter jämförts med logikkedjorna för att bedöma om kommuner och regioners arbete varit i linje med prioriteringarna inom respektive område.

## Datainsamling

Som underlag för analysen har myndigheten använt sig av flera olika datakällor. Det viktigaste underlaget är de årliga enkätundersökningar som vi genomfört för att följa upp överenskommelsen. Enkätunderlaget kompletteras med intervjuer och statistik samt underlag från tidigare analyser inom uppdraget.

<sup>2</sup> I verksamhetslogiken är delar kopplat till handlingsplaner och främjande och förebyggande arbete exkluderat. Se avsnitt om avgränsningar.

## Enkätredovisningar

Inom uppdraget har enkätsvar samlats in från kommuner och regioner för 2020–2024. Svaren innehåller information om genomförda insatser, målgrupper, ansvarig verksamhet och samverkan. Redovisningarna avseende 2020–2024 har tidigare använts som underlag för Socialstyrelsens delredovisningar. För att möjliggöra jämförelse mellan åren och områden har fritextsvar i redovisningarna 2021–2024 kodats om utifrån en ny kodbok. Svaren för 2020 är exkluderade från jämförelsen eftersom den enkäten togs fram av SKR och dessutom skickades ut under covid-19-pandemin.

Inkomna enkätsvar har analyserats på insatsnivå. Varje redovisad insats har kategoriserats och kodats utifrån följande verksamhetslogiska områden:

- aktivitet
- prestation
- mål
- effekt.

Inom varje verksamhetslogiskt område har vi kodat insatserna enligt tematiska kategorier, med huvudkoder och underkoder, för att kunna göra en aggregerad analys av insatserna. Inom de områden där effekter beskrivs innebär en effekt en redovisad förändring till följd av en prestation.

Kodning utifrån kategorier möjliggör en aggregerad analys av de insatser som genomförts. En fullständig kodbok för insatskodningen finns i bilaga 2.

Som underlag har också regionernas och kommunernas ekonomiska redovisningar använts. Dessa har samlats in från SKR och från Kammarkollegiet. Socialstyrelsen har också använt sig information om budget för kommuner och regioner. I analysen sätts användningen av stimulansmedel i relation till de redovisade insatserna. Medelsanvändningen redovisas per insats utifrån kategoriseringen av insatser enligt ovanstående beskrivning.

I många fall har regioner och kommuner rekviderat medel som motsvarar summan av de fördelade medel som beslutats inom ramen för överenskommelsen. I en del fall har vi dock identifierat avvikelser i redovisningen av insatsernas medelsanvändning, till exempel över- eller underrapportering av medel eller avrundningsfel. För att minska dessa avvikelserns effekt på resultatet har vi viktat de redovisade medlen i proportion till summan rekviderade medel. En detaljerad beskrivning av hur viktningen av medel har genomförts finns i bilaga 1. Varje år är det några kommuner som inte rekviderat medel från överenskommelsen, men olika kommuner från gång till gång.

Enkäterna har utöver insatsredovisning också innehållit frågor om brukarinflytande, samverkan och implementering. Denna del av enkäterna har bestått av både kryssfrågor och fritextsvar och varierat något över tid och mellan överenskommelsens olika områden.

Socialstyrelsen vill understryka att utvärderingen ger en sammantagen och övergripande bild med utgångspunkt i regioners och kommuners enkätsvar.

## Intervjuer

Utvärderingen omfattar även intervjuer för att fånga regioners och kommuners syn på överenskommelsen, exempelvis innehållet och utformningen inklusive fördelning av medel samt tillgången till stöd och uppföljning. Vi har genomfört digitala intervjuer med kommuner, regioner och länsamordnare inom tre län under vintern 2025–2026: Västerbotten, Västra Götaland och Kronoberg. Länen valdes ut slumpmässigt utifrån följande kriterier: a) ett av länen ska i hög utsträckning utgöras av storstäder och storstadsnära kommuner, b) ett av länen ska i hög utsträckning utgöras av större städer och kommuner nära större stad, samt c) ett av länen ska i hög utsträckning utgöras av mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner.

Syftet med intervjuerna var att samla in erfarenheter och exempel på hur arbetet utifrån överenskommelsen har fungerat i olika kontexter. Intervjuerna inkluderade i huvudsak frågeställningar om insatsers genomförande och implementering, kunskapsstyrning, samordning, arbetet med jämlikhet, jämställdhet och barnrätt, kommuners och regioners behov samt överenskommelsens inverkan. Intervjuerna var semistrukturerade och genomfördes utifrån en intervjuguide, se bilaga 3.

## Avgränsningar

Med anledning av Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens olika grunduppdrag har myndigheterna historiskt delat upp ansvaret för olika delar i arbetet med att följa och utvärdera överenskommelsen. Utgångspunkten har varit att Folkhälsomyndigheten tar huvudansvar för de delar av överenskommelsen som i första hand kan knytas till att främja psykisk hälsa. Socialstyrelsen fokuserar på de delar av överenskommelsen som i första hand handlar om att stärka förutsättningar för god vård och omsorg. Programutvärderingen har därför också ett mindre fokus på främjande och förebyggande arbete inom ramen för överenskommelsen. Den omfattar dock samtliga prioriterade områden i överenskommelsen, med undantag för följande områden: handlingsplaner, suicidprevention och länsgemensamma medel inom barn och unga (främst ungdomsmottagningar). Folkhälsomyndigheten har tidigare följt upp och utvärderat arbetet inom

dessa områden och lärdomar från dessa utvärderingar inkluderas i programutvärderingen.

I utvärderingen analyserar Socialstyrelsen de insatser kommuner och regioner genomfört mellan åren 2020–2024 utifrån överenskommelsen. Med anledning av covid-pandemin finns dock begränsat med enkätunderlag från 2020 och delvis även 2021. Socialstyrelsens förmåga att följa utvecklingen av insatser över tid är därför i viss mån begränsad. I huvudsak kommer jämförelser ske från 2021–2024.

Utvärderingen inkluderar inte andra insatser som kommuner och regioner genomfört inom området under tidsperioden, även om utvecklingen inom området generellt vävs in i analysen.

Socialstyrelsen har i sin analys inte inkluderat de förenklade insatsredovisningar som varit möjliga att beskriva i vissa enkäter. Socialstyrelsen har inte heller tagit hänsyn till enkätsvar som kommit in långt efter sista svarsdatum. Insatser som varit svåra att tolka eller som har saknat beskrivning av använda medel har generellt strukits ur analysen. För att möjliggöra analys på en aggregerad nivå har myndigheten enbart i begränsad utsträckning tagit hänsyn till fritextsvar i de enkätfrågor som bygger på fasta svarsalternativ.

# Överenskommelsens måluppfyllelse och ändamålsenlighet

I följande kapitel redovisas resultaten inom programutvärderingen. Socialstyrelsen har använt sig av verksamhetslogik som stöd i utvärderingen av insatserna. I utvärderingen har vi utgått från OECD:s utvärderingskriterier effektivitet, relevans, koherens, implementering och inverkan för att bedöma överenskommelsen som helhet. Vi har undersökt

- effektivitet – hur väl överenskommelsens intentioner uppnåtts
- koherens – hur arbetet enligt överenskommelsen samordnats med andra initiativ
- implementering – i vilken utsträckning överenskommelsen bidragit till hållbara resultat över tid
- relevans – hur överenskommelsen överensstämmer med kommuners och regioners behov
- inverkan – vilken betydelse som överenskommelsen har haft för utvecklingen inom området.

## Effektivitet – överenskommelsens sammantagna måluppfyllelse

För att undersöka överenskommelsens effektivitet, det vill säga i vilken utsträckning dess mål och resultat uppnåtts, har vi genomfört två typer av analyser. Dels en sammantagen analys av måluppfyllelsen i relation till överenskommelsens intentioner inom de olika prioriterade områdena, dels en analys av måluppfyllelsen i relation till de övergripande effekter och slutmål som pekats ut i överenskommelsen (figur 3). I avsnittet ingår också en ekonomisk analys som i huvudsak utgår från fördelade medel enligt överenskommelsen.

Underlag för analyserna är både kommuners och regioners enkätsvar, intervjuer med representanter från kommuner och regioner, och en sammanställning av medelstilledningen. Arbetet med handlingsplaner och suicidprevention har tidigare utvärderats och följts upp av Folkhälsomyndigheten och inkluderas med anledning av det inte här [6-8].

## Intentioner inom de prioriterade områdena

Här presenteras Socialstyrelsens analys av de insatser som regioner och kommuner – enskilt och gemensamt – genomfört inom ramen för

överenskommelsen år 2020–2024. Analysen inleds med ett avsnitt om fördelade medel inom ramen för överenskommelsen. Därefter följer en analys som är uppdelad efter de prioriterade områdena i överenskommelsen. Analysen baserar sig på enkätsvar för år 2021–2024 men väger också in uppföljningen av 2020 års insatser. Med stöd av verksamhetslogik har vi utvärderat hur väl insatserna överensstämmer med inriktningen för de prioriterade områdena i överenskommelsen.

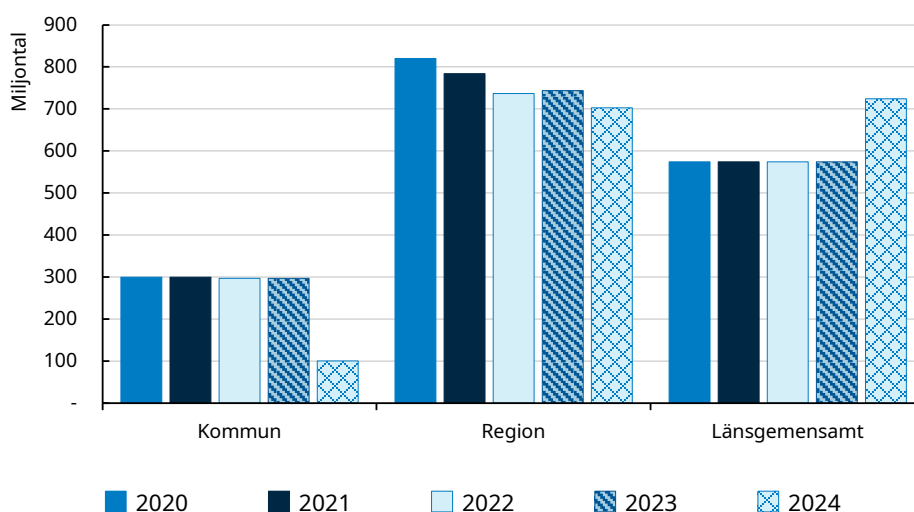
Socialstyrelsen har tidigare publicerat årliga uppföljningar av överenskommelserna 2020–2024. I dem finns fördjupad information för varje enskilt år.

## Fördelade medel inom överenskommelsen

Under 2020–2024 fördelades 8,1 miljarder inom ramen för överenskommelsen. Störst del medel har riktats till regionerna fram till år 2024 då mängden medel avsatt för läns gemensamt arbete var något större, se figur 4. Det totala beloppet minskade något under perioden, från 1 694 mkr år 2020 till 1 527 mkr år 2024. Det motsvarar en minskning om 10 procent.

### Figur 4. Fördelade stimulansmedel

Fördelade stimulansmedel till regioner och kommuner, separat och läns gemensamt, i miljontal.



Källa: Sammanställning av rekviderade medel för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2020–2024, SKR, 2025; Lumell Associates analys, 2025

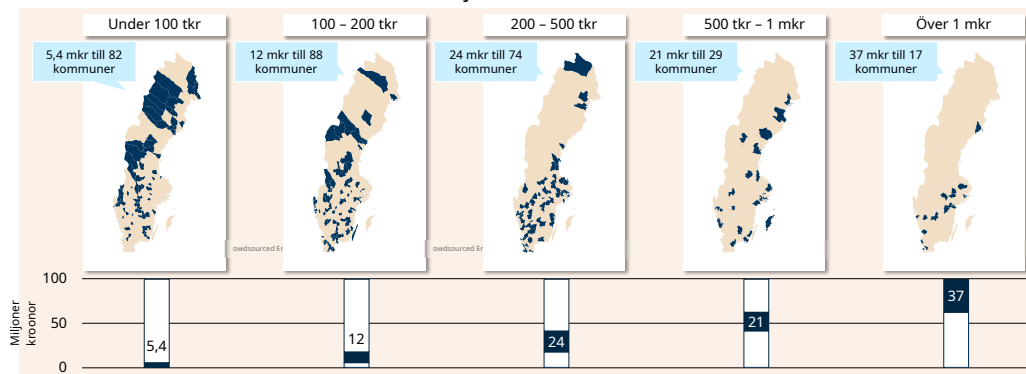
I genomsnitt mottog varje region 180 mkr under perioden. Medel har fördelats utifrån befolkning och har därför varit koncentrerade till de tre största regionerna. Totala medel riktade till regionerna har minskat med 14 procent under perioden – från 820 mkr år 2020 till 703 mkr år 2024.

Medlen till kunskapsbaserad vård och psykiatrisk traumavård var oförändrade under hela perioden. Medlen till området handlingsplaner togs bort år 2024 – i stället ökade medlen till barn och unga med 44 procent.

Medlen till kommuner minskade med cirka två tredjedelar (197 miljoner kronor) i och med överenskommelsen 2024 när området handlingsplaner togs bort. Medlen har sannolikt haft en liten betydelse för många kommuner i absoluta termer – exempelvis mottog 84 procent av kommunerna år 2024 mindre än 500 000 kr i medel från överenskommelsen och 28 procent mottog mindre än 100 000 kr totalt, se figur 5.

### Figur 5. Antal kommuner efter intervall av fördelade medel år 2024

Fördelade stimulansmedel till kommuner, i miljontal.

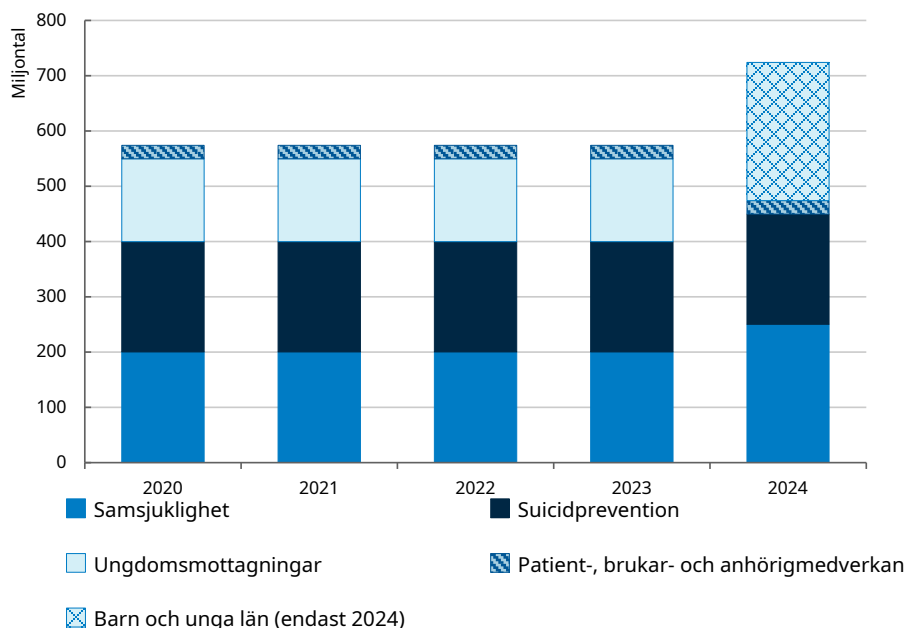


Källa: Sammanställning av rekvirerade medel för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2024, SKR, 2025; Lumell Associates analys, 2025

I genomsnitt mottog kommuner och regioner gemensamt inom länen 144 miljoner kronor under perioden 2020–2024 via överenskommelsen. År 2024 ökade de länsgemensamma medlen med 150 miljoner, se figur 6.

**Figur 6. Fördelade medel länsgemensamma områden**

Fördelade stimulansmedel till länsgemensamt arbete, i miljontal



Källa: Sammanställning av rekviderade medel för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2020–2024, SKR, 2025; Lumell Associates analys, 2025

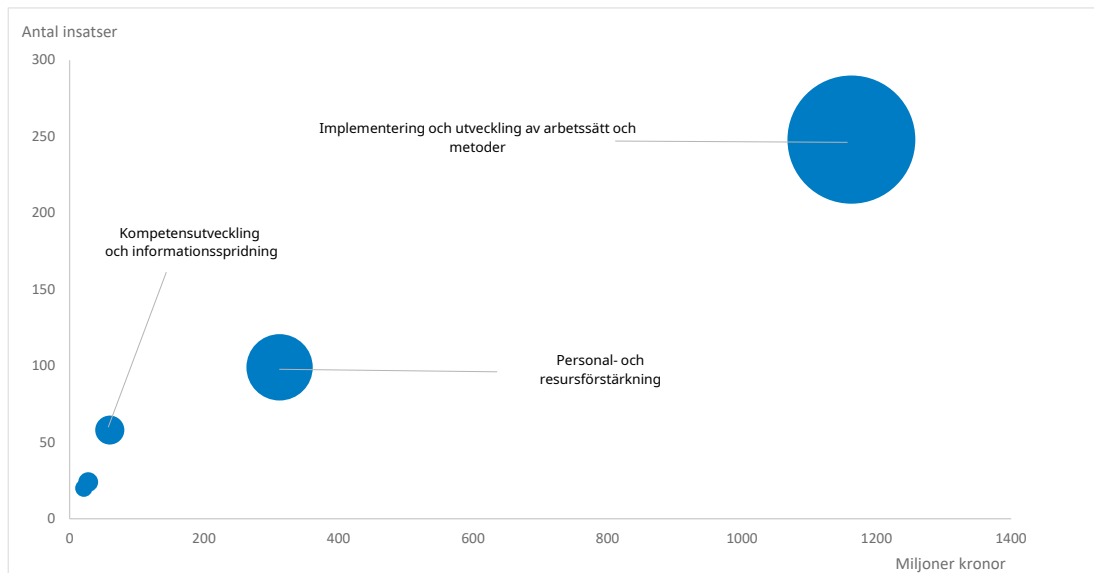
## Förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri

Ett av överenskommelsens prioriterade områden handlar om att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga samt stärka första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri. För området finns en stor mängd målsättningar beskrivna. Det handlar om ökat psykiskt välbefinnande för barn och unga, ökad tillgänglighet till vård, sammanhållen och jämlik vård, en trygg meningsfull och rättssäker heldygnsvård och tvångsvård, stärkt barnrättsperspektiv och god arbetsmiljö [9-12]. Medel har även funnits avsatta för länsgemensamma insatser, arbetet utifrån dessa har tidigare utvärderats av Folkhälsomyndigheten [13] och är därför exkluderade här.

Inom området har regionerna redovisat totalt 449 insatser för 2021–2024 omfattande nästan 1,6 miljarder kronor. Regionerna har framför allt fokuserat på implementering och utveckling av arbetssätt och metoder men insatser för personal- och resursförstärkning är också vanliga, se figur 7.

### Figur 7. Genomförda aktiviteter och använda stimulansmedel 2021–2024

Figuren visar antal genomförda insatser i relation till använda stimulansmedel (miljoner kronor) grupperat efter kodade aktiviteter. Bubblornas storlek bestäms utifrån summan använda stimulansmedel (x-axeln).



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

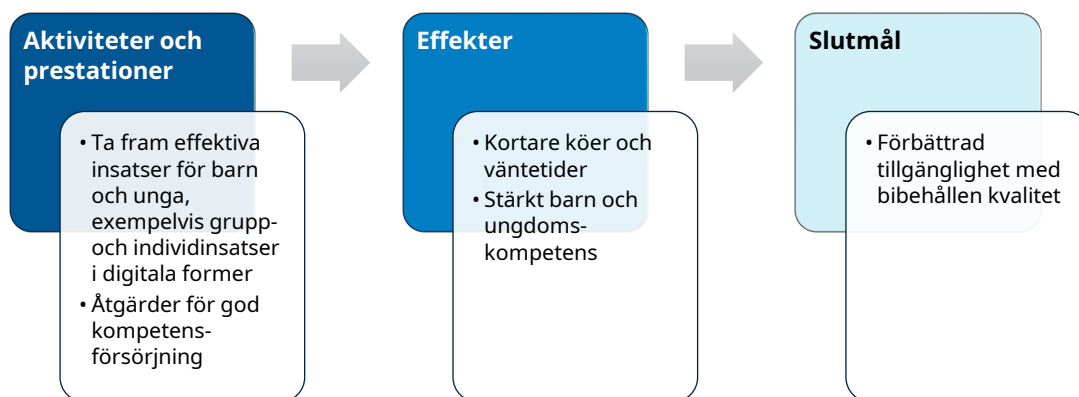
n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2022.

### Stort fokus på tillgänglighet

Tillgänglighet till vård är en central del av det prioriterade området. En verksamhetslogik för tillgänglighet och kompetens, så som det är beskrivet i överenskommelsen, finns i figur 8. I överenskommelsen beskrivs målsättningar om att korta köer och väntetider med slutmålet att nå en förbättrad tillgänglighet med bibehållen kvalitet. Samtidigt finns skrivningar om att genomföra åtgärder för god kompetensförsörjning och för att öka kompetens för personal. Insatser för att öka tillgängligheten har också prioriterats högt av regionerna inom området - 46 procent av insatserna har haft ökad tillgänglighet som målsättning, se figur 9.

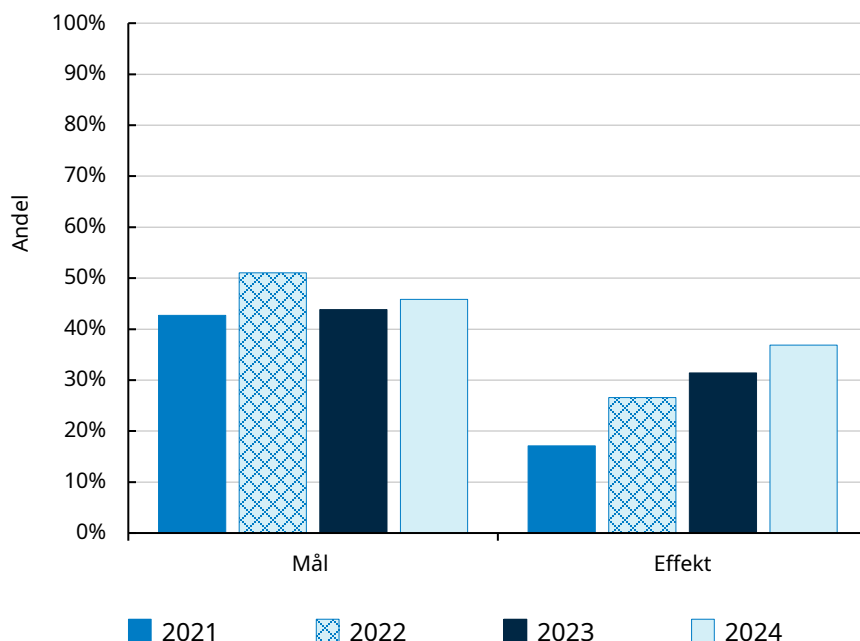
### Figur 8. Verksamhetslogik tillgänglighet och kompetens



Ökad tillgänglighet har också varit den vanligaste effekt som regionerna redovisat och totalt har nästan en tredjedel, 28 procent, av insatserna haft den redovisade effekten, se figur 9.

### Figur 9. Mål och effekt - ökad tillgänglighet

Kodade mål och effekter inom området. Andel av insatser.



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 449 insatser

Inom regionernas arbete med implementering och utveckling av arbetssätt och metoder finns exempel på digitala insatser, riktande insatser och uppstartsarbeten vilket ligger i linje med de utpekade aktiviteterna för att öka tillgängligheten, se tabell 3.

### Tabell 3. Aktivitetstyper inom implementering och utveckling av arbetssätt och metoder

Kodade aktiviteter inom området. Andel av totala insatser och totala stimulansmedel inom området.

	Andel av medel	Andel av insatser
I samverkan/med flera aktörer	29%	15%
Övrigt	15%	12%
Riktad vård- och omsorgsinsats	12%	10%
Uppstartsarbete	8%	7%
Digitalisering	7%	10%
Brukarinflytande	2%	2%

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2022.

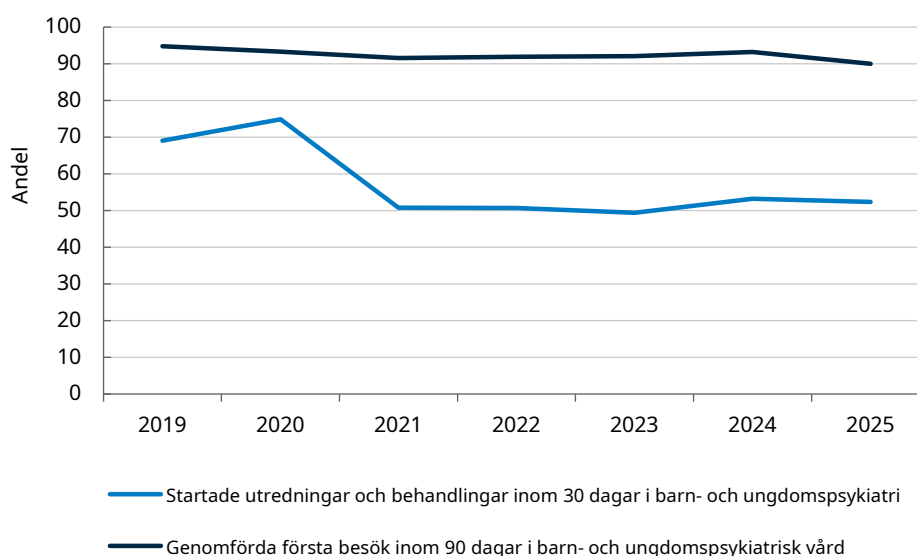
En förhållandevis stor del av insatserna inom området har gått till personal och resursförstärkning – ofta med syftet att öka tillgängligheten. År 2021 användes ungefär 21 procent av medlen till insatser som inkluderade personal- och resursförstärkning och år 2024 var det 44 procent av medlen, se bilaga 4a. Den största delen av medlen som använts för personal- och resursförstärkning har gått till personalförstärkning i ordinarie verksamhet, ungefär 18 procent av samtliga medel inom området, se bilaga 4a.

Socialstyrelsen har genomfört en sökordsanalys för att undersöka hur vanligt det är att insatser handlar om inköp och upphandling av exempelvis utredningar eller personal. Av de insatser som innehållit personal- och resursförstärkning har över 40 procent gått till den typen av inköp, se bilaga 4a. Vi har i tidigare års uppföljningar noterat att den typ av inköp av t.ex. neuropsykiatriska utredningar förekommer inom det prioriterade området [14-16].

Trots att många rapporterar om effekter i form av ökad tillgänglighet speglas inte den utvecklingen i statistik över området. Tillgängligheten till BUP på nationell nivå har inte ökat över tid, se figur 10. Samtidigt har vårdproduktionen och kapaciteten ökat [17]. Det finns också stora regionala skillnader i tillgängligheten till BUP, se bilaga 4a.

### Figur 10. Tillgänglighet barn- och ungdomspsykiatri

Andel startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri.  
Andel genomförda första besök inom 90 dagar i barn- och ungdomspsykiatri.



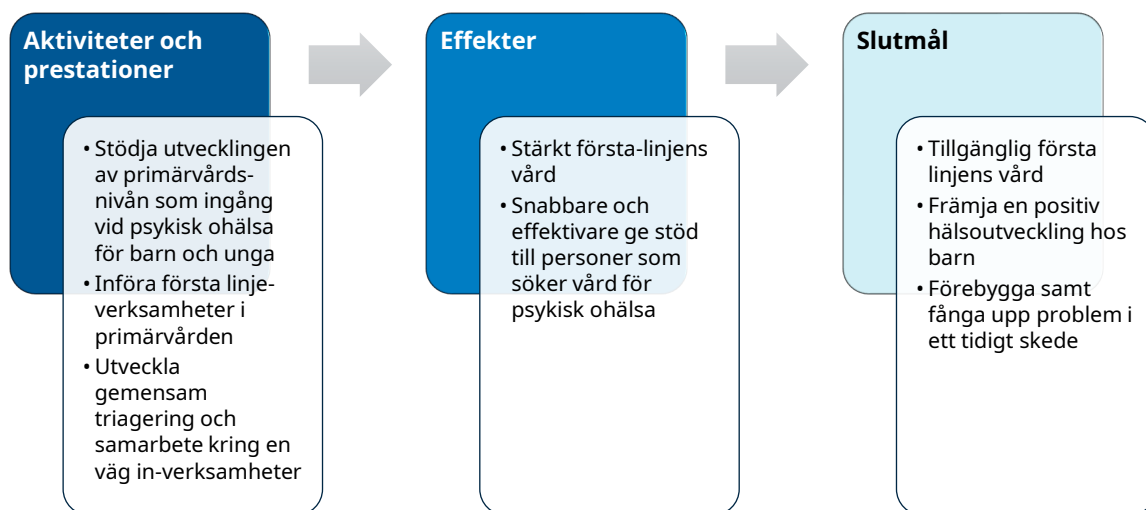
Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2026-04-08

Sammantaget har regionerna lagt stora resurser på att öka tillgängligheten för barn och unga. Målsättningen om ökad tillgänglighet var också ett centralt fynd redan i uppföljningen av 2020 års insatser [18]. För att nå ökad tillgänglighet har regionerna i en stor del av insatserna 2021–2024 använt medel till personalförstärkning i ordinarie arbete. Socialstyrelsen har i tidigare uppföljningar av överenskommelsen noterat att fokus för insatserna inom området tenderar att handla om kortsiktiga lösningar för att hantera utmaningar med bristande tillgänglighet. Socialstyrelsen har också noterat att syftet med stimulansmedel inom överenskommelserna inte har varit att enbart resursförstärka redan befintlig verksamhet, samtidigt som målet att öka tillgängligheten kan vara beroende av just personalförstärkning. Dessutom är enbart personalförstärkning inte ett utvecklingsarbete som ensamt kan ge effekter på sikt [14-16].

### Utveckling av primärvårdsnivån

I det prioriterade området ingår att utveckla omhändertagande på primärvårdsnivå. I detta ingår att utveckla första linjen i primärvården och att utveckla arbetet med gemensam triagering så kallade ”en väg in”-verksamheter, se figur 11. Att stödja utvecklingen av primärvårdsnivån som ingång vid psykisk ohälsa för barn och unga är också tänkt att skapa tillgänglighet i hela vårdkedjan.

**Figur 11. Verksamhetslogik primärvårdsnivå**



Insatser för att utveckla första linjen har också prioriterats av regionerna och totalt har 23 procent av medlen inom området gått till sådana insatser. Andelen har varierat mycket över tid, cirka 5–35 procent, se bilaga 4a. Skrivningarna om första linjen förtydligades i överenskommelsen från och med 2023 [10]. De regionala skillnaderna är också stora. Några regioner har använt större delen av sina medel för att utveckla första linjens vård medan andra regioner i mycket begränsad utsträckning finansierat den typen av arbete, se bilaga 4a.

Regionerna har också använt 10 procent av medlen till insatser för gemensam triagering, ”en väg in” eller liknande mottagarfunktioner, se bilaga 4a. Redan 2020 arbetade flera regioner med att utveckla av ”en väg in” inom ramen för överenskommelsen [18]. Under perioden ses att mellan 6 och 15 procent av insatserna inom det prioriterade områden har en redovisad effekt som rör en stärkt första linjen eller ”en väg in”, se tabell 4.

**Tabell 4. Effekt - stärkt första linjen eller en väg in**

Kodade effekter inom området. Andel av totala insatser inom området.

År	Andel insatser med effekt stärkt första linjen eller ”en väg in”
2021	7%
2022	7%
2023	15%
2024	6%

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 449 insatser

Sammantaget har en relativt stor andel av stimulansmedlen inom området gått till att utveckla första linjens vård eller ”en väg in”. Det finns också många exempel på insatser som har en redovisad effekt i form av en stärkt första linjen eller ”en väg in”. Samtidigt går det inte med underlag från uppföljningen att dra några slutsatser om huruvida insatserna skapat mer tillgänglighet i vårdkedjan. I uppföljningen framgår inte heller i vilken utsträckning arbete med första linjen eller en väg in redan är etablerat i respektive region eller huruvida den typen av insatser finansierat på annat sätt.

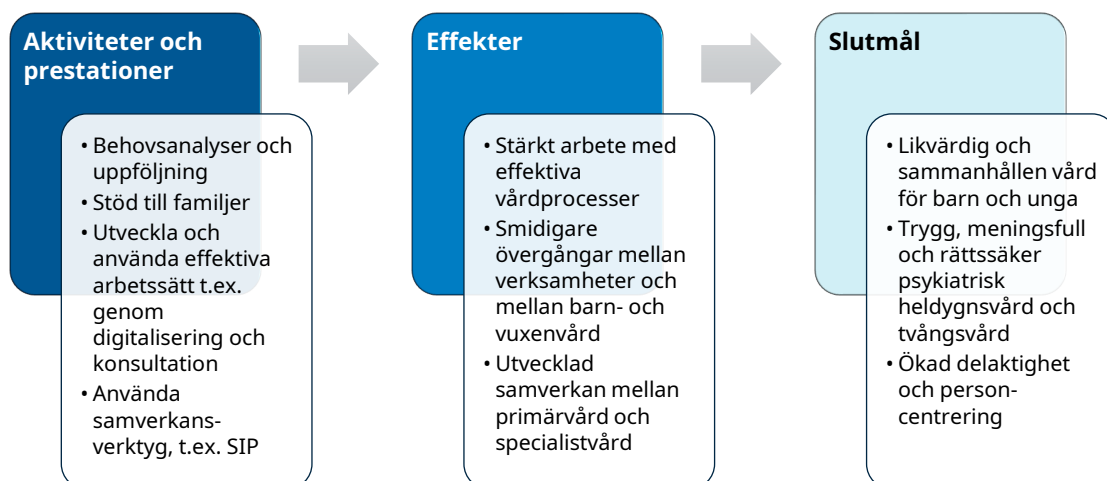
Socialstyrelsens utvärdering av arbetssättet ”en väg in” visade heller ingen tydlig koppling till ökad tillgänglighet för regioner som infört arbetssättet. Samtidigt fanns tydliga indikationer på effektivare resursanvändning till följd av arbetssättet. Socialstyrelsen bedömde också att det ökande inflödet av patienter kan vara en bidragande förklaring till varför kortare väntetider inte kunnat påvisas hos regioner med ”en väg in” [19].

### Vårdprocesser och specialiserad vård

Överenskommelsens område för barn och unga tar också upp arbete för att utveckla specialiserad vård, slutenvård och tvångsvård. Särskilt lyfts vikten av en likvärdig och sammanhållen vård för barn och unga och en tillgänglig, trygg, säker och meningsfull psykiatrisk heldygnsvård och psykiatrisk tvångsvård. Dessutom ska delaktigheten och personcentreringen öka.

En verksamhetslogik för den specialiserade vården för barn och unga, utifrån överenskommelsen, återfinns nedan i figur 12.

**Figur 12. Verksamhetslogik vårdprocesser och specialiserad vård**

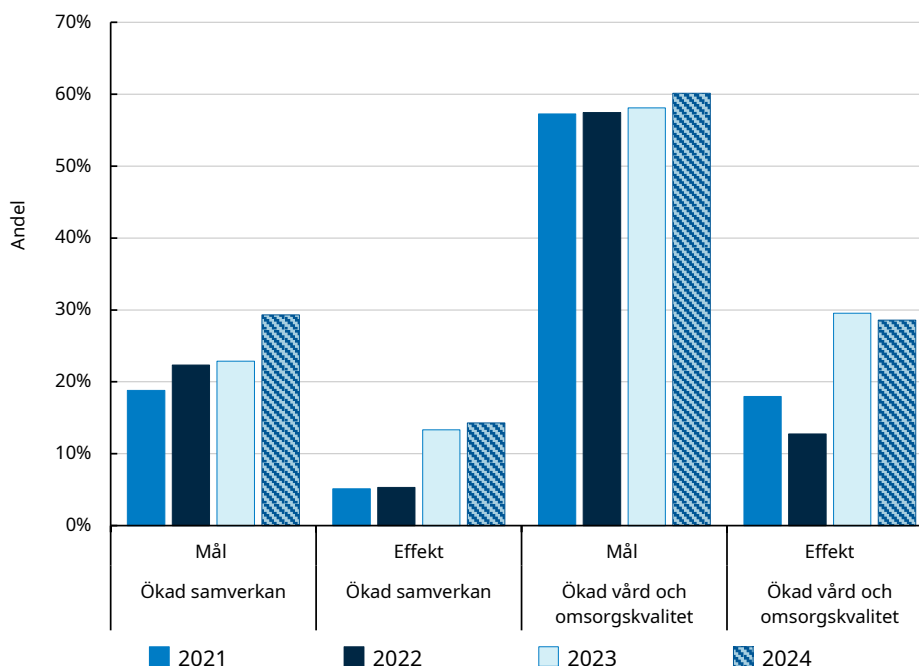


För att uppnå en sammanhållen vård behövs mer arbete med effektiva vårdprocesser och smidigare övergångar mellan verksamheter. Även arbete med behovsanalyser och uppföljning lyfts fram i överenskommelsen. Ungefär en fjärdedel av de genomförda insatserna har också innehållit moment av kartläggning, uppföljning eller analys, se bilaga 4a. Det återfinns också exempel på digitala insatser, riktande insatser och uppstartsarbeten i regionernas arbeten.

Ungefär 8 procent av medlen har gått till att utveckla psykiatrisk heldygnsvård och psykiatrisk tvångsvård se bilaga 4a. När det gäller i vilken utsträckning insatserna bidragit till sammanhållen vård och omsorg så ser vi att många haft målformuleringar som rör ökad samverkan, samarbete och samordning. Andelen insatser med det målet ökade också under perioden, från strax under 20 procent 2021 till 30 procent 2024, se figur 13. Även andelen insatser med den sortens redovisade effekter ökade också och ungefär 2 procent av insatserna har en redovisad effekt i form av mer sammanhållen vård och omsorg (figur 13, och bilaga 4a). Dessutom har närmare en tredjedel av medlen gått till implementering och utveckling av arbetssätt i samverkan med andra aktörer, se tabell 3. I uppföljningen av 2020 års insatser framkom liknande fynd där en majoritet av regionerna bedömdes ha arbetat med samverkansinsatser inom ramen för området [18]. Däremot har i princip inga insatser handlat om samordnad individuell plan (SIP), se bilaga 4a.

### Figur 13. Mål och effekt - ökad samverkan och ökad vård- och omsorgskvalitet

Kodade mål och effekter inom området. Andel av insatser.



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 449 insatser

Det vanligaste målet med insatserna är ökad vård- och omsorgskvalitet. Detta är en bred målkategori som exempelvis rymmer mål om förbättrade metoder och arbetssätt, en stärkt första linjens vård och ”en väg in” samt ökad personcentrering. Andelen med målsättningen om en förbättrad vård- och omsorgskvalitet har legat stabilt över tid samtidigt som de rapporterade effekterna av samma typ har ökat något. Några få procent av insatserna har en specifik målsättning om att öka personcentreringen och inflytandet. En mycket liten del av insatserna, 2 procent, har inkluderat arbete med brukarinflytande, se bilaga 4a. Socialstyrelsen har i tidigare lägesrapporter noterat att arbetet med brukarinflytande för barn och unga behöver stärkas [14-16].

Sammantaget är det en stor del av insatserna som syftar till att öka vård- och omsorgskvaliteten, och allt fler insatser syftar till att öka samverkan. Samtidigt är det ett förhållandevis lågt fokus på SIP som samverkansverktyg och på arbete med personcentrering och inflytande. På totalen ses således ett visst fokus på att utveckla vårdprocesser och psykiatrisk slutenvård, samtidigt som arbetet med tillgänglighet och primärvårdsnivån generellt fått större genomslag i insatserna.

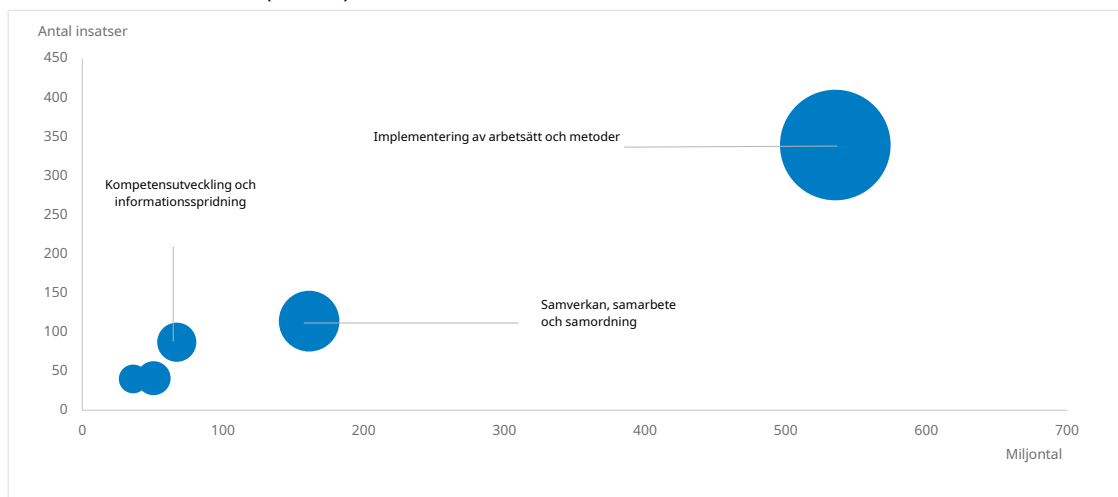
## En mer sammanhållen vård och omsorg för personer med samsjuklighet eller omfattande behov

Regioner och kommuner har fått medel för länsgemensamt arbete med överenskommelsens prioriterade område som rör en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet eller omfattande behov. Enligt överenskommelsen är det inom området centralt att utveckla målgruppsanpassade insatser, utveckla samverkansformer och kompetensutveckla personal i kommuner och regioner. Insatserna ska stärka arbetet med målgruppen, med fokus på ökad personcentrering och ökad tillgänglighet.

Inom området har kommuner och regioner länsgemensamt redovisat totalt 621 insatser för sammanlagt 850 miljoner under perioden 2021–2024.

### Figur 14. Genomförda aktiviteter och använda stimulansmedel 2021–2024

Figuren visar antal genomförda insatser i relation till använda stimulansmedel (miljoner kronor) grupperat efter kodade aktiviteter. Bubblornas storlek bestäms utifrån summan använda stimulansmedel (x-axeln).



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

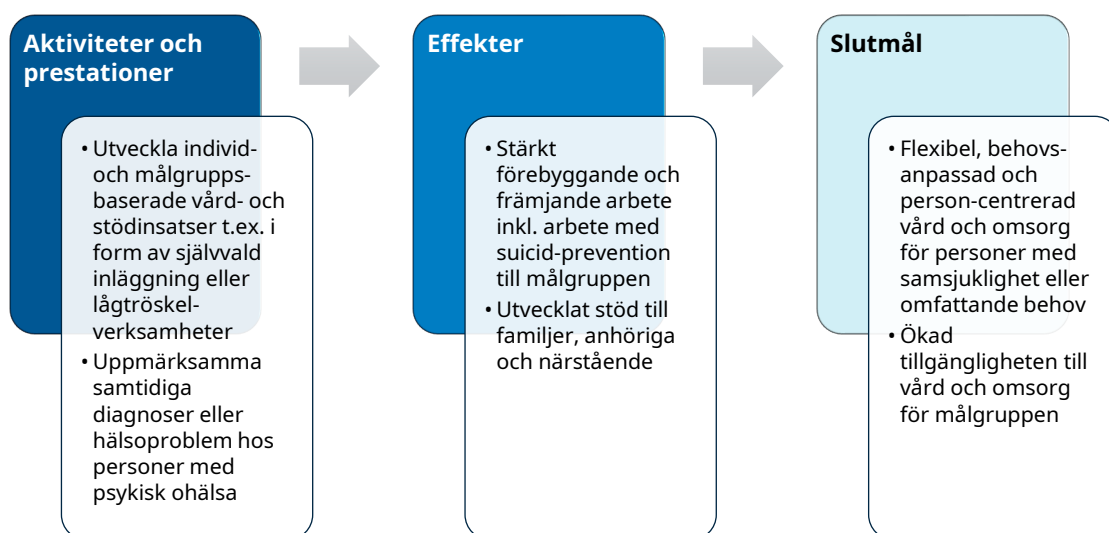
Inom området har kommuner och regioner primärt prioriterat arbete med insatser som handlat om implementering av arbetsätt och metoder, sett både utifrån använda medel och antal insatser. En stor andel av insatserna inom implementering och utveckling av arbetsätt och metoder har också genomförts i samverkan med andra aktörer, se figur 14. En annan omfattande grupp är insatser som huvudsakligen handlat om samverkan, samarbete och samordning, se figur 14. Samsjuklighet är ett av de områden inom överenskommelsen där det tydligast framgår i enkätsvaren att insatser som finansierats med stimulansmedel har implementerats i ordinarie verksamhet. Varje år har kommuner och regioner gemensamt inom 11-13 län angett att de implementerat insatser från föregående år i det ordinarie

arbetet, se bilaga 4b. Redan i uppföljningen av 2020 års insatser noterade Socialstyrelsen att de redovisade effekterna inom området också låg i linje med inriktningen i det prioriterade området [18].

### Arbete med individ- och målgruppsanpassade insatser

Arbete med individ- och målgruppsbaserade stödinsatser pekas särskilt ut i det prioriterade området, bland annat att utveckla riktade insatser i form av självvald inläggning, uppsökande arbete och lågtröskelverksamheter. Flera av arbetsformerna kan verka förebyggande och främjande genom att trösklarna för vård och omsorg sänks och samtidiga hälsoproblem uppmärksammas hos målgrupperna. En verksamhetslogik över utveckling av individ- och målgruppsanpassade insatser, så som det beskrivs i överenskommelsen, finns nedan i figur 15.

**Figur 15. Verksamhetslogik individ- och målgruppsanpassade insatser**



Cirka 12 procent av medlen och 13 procent av insatserna har ägnats åt att implementera och utveckla arbetssätt och metoder med fokus på riktade vård- och omsorgsinsatser, se tabell 5.

**Tabell 5. Aktivitetstyper inom implementering och utveckling av arbetssätt och metoder**

Kodade aktiviteter inom området. Andel av totala insatser och totala medel.

	Andel medel	Andel insatser
<b>I samverkan/med flera aktörer</b>	37%	28%
<b>Riktad vård- och omsorgsinsats</b>	12%	13%
<b>Uppstartsarbete</b>	6%	5%
<b>SIP</b>	5%	4%
<b>Övrigt</b>	1%	2%
<b>Arbete med handlingsplaner</b>	1%	0%
<b>Brukarinflytande</b>	1%	1%

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

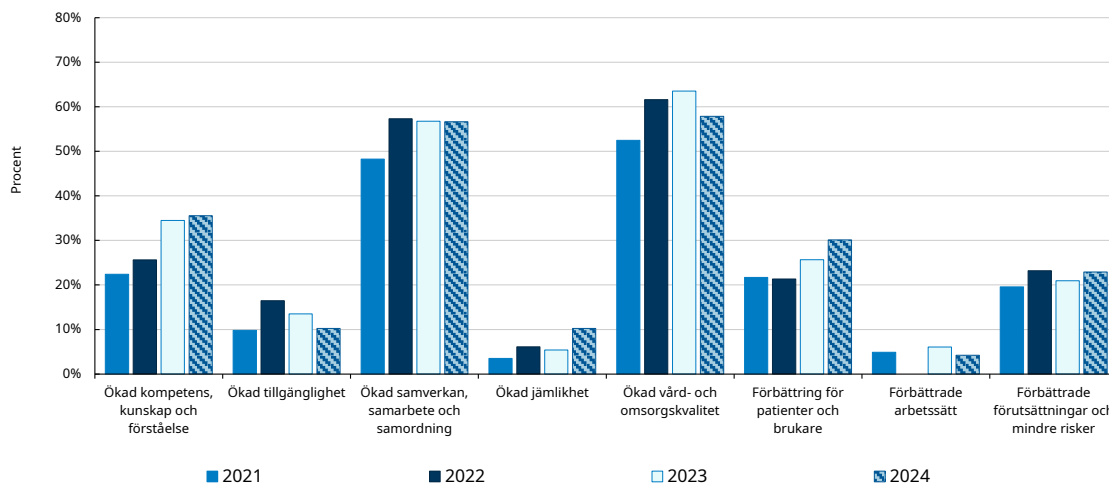
Den typen av insatser ligger ofta i linje med överenskommelsens syfte att stimulera individ- och målgruppsbaserade vård- och stödinsatser. Sammantaget bedömer vi att 16 procent av medlen har gått till målgruppsanpassade insatser, se bilaga 4b. Av de implementerade insatserna bedömer vi att ungefär 23 procent tydligt är målgruppsanpassade insatser, se bilaga 4b. Exempel på målgruppsanpassade insatser som genomförts är integrerade arbetssätt och case managers, Individanpassat stöd till arbete (IPS). En stor del av stimulansmedlen, 43 procent, är uttryckligen riktade till de målgrupper som specificerats i överenskommelsen, se bilaga 4b.

Även utvecklat stöd till anhöriga ingår i området, och i 18 procent av insatserna har anhöriga, närstående eller vårdnadshavare varit en målgrupp. Samtidigt är det mycket ovanligt att insatserna haft en uttryckt målsättning om förbättring för anhöriga, se bilaga 4b, vilket tyder på att insatser inte i huvudsak handlat om anhöriga utan snarare att anhöriga setts som viktiga i insatser riktade till andra målgrupper.

Drygt 20 procent av insatserna hade år 2024 en målsättning som rör förbättrade förutsättningar och mindre risker, vilket stämmer väl överens med överenskommelsens inriktning att stärka det förebyggande och främjande arbetet, se figur 16.

### Figur 16. Mål med insatser

Kodade mål inom området. Andel av insatser inom området 2021 – 2024.



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

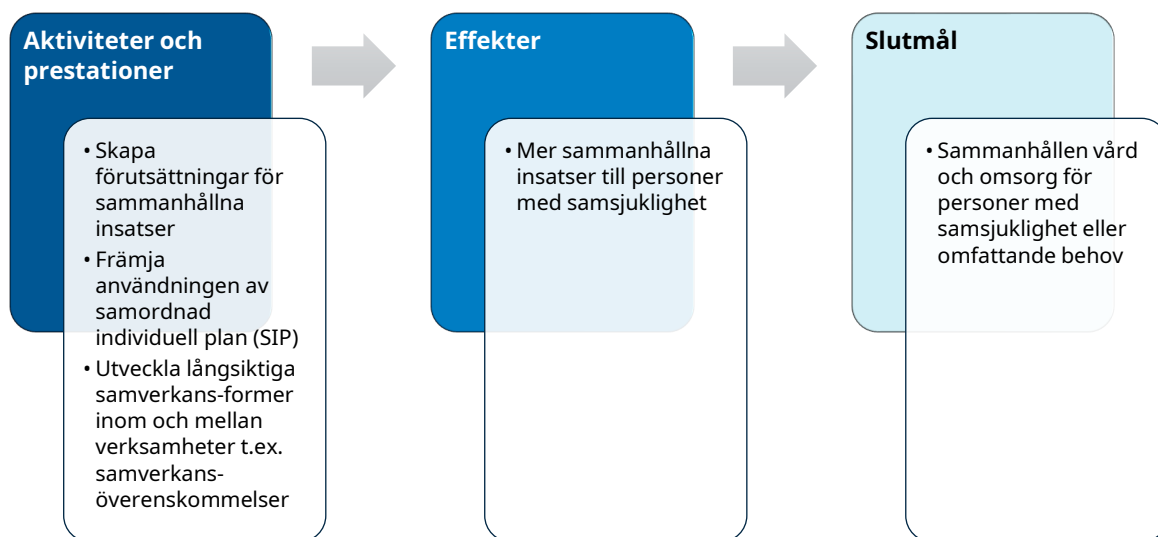
En förväntad effekt inom det prioriterade området är ökad tillgänglighet till vård och omsorg för målgruppen. De redovisade insatserna inom området har dock sällan haft ett uttalat fokus på tillgänglighet. En mindre del av insatserna, 13 procent, haft ökad tillgänglighet som målsättning, se figur 16. Samtidigt finns en redovisad effekt om ökad tillgänglighet i ungefär 3 procent av insatserna, se bilaga 4b. I de redovisade insatserna är målsättningen ofta ökad vård- och omsorgskvalitet, se figur 16, och ungefär 14 procent av insatserna har målsättning att öka personcentreringen eller inflytande, se bilaga 4b.

Sammantaget ses ett relativt stort fokus på individ- och målgruppsanpassade insatser inom området, och många har riktats till de utpekade målgrupperna. Målsättningarna ser något olika ut men ofta handlar det om ökad kvalitet i form av exempelvis ökad personcentrering. Det är också vanligt med målsättningar om ökad tillgänglighet eller stärkt förebyggande arbete.

### Utveckling av långsiktiga samverkansformer

Utvecklad samverkan mellan verksamheter och andra aktörer är centralt i det prioriterade området. Särskilt lyfts vikten av att arbeta med sammanhållna insatser och utveckling av långsiktiga samverkansformer, se figur 17.

**Figur 17. Verksamhetslogik utveckling av långsiktiga samverkansformer**

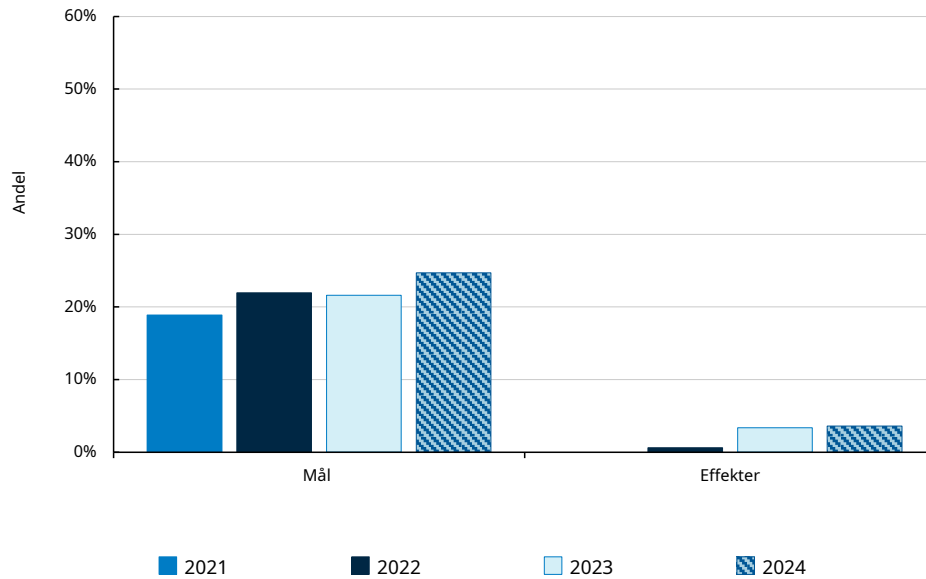


Figur 14 visar att ett hundratal insatser inom det prioriterade området har klassificerats som renodlade samverkansinsatser. Utöver detta har 37 procent av medlen och 28 procent av insatserna handlat om att implementera och utveckla arbetssätt och metoder i samverkan med andra, se tabell 5. Detta går i linje med uppföljningen av 2020 års insatser, som visade ett stort fokus på att utveckla samverkansformer [18].

Ungefär 14 procent av medlen har gått till insatser som inkluderat utvecklingsarbete avseende SIP. Det är en andel som också ökat något över tid, se bilaga 4b. Vi ser också en ökning i andelen insatser som haft en mer sammanhållen vård och omsorg som mål eller redovisad effekt, se figur 18. År 2024 hade 25 procent av insatserna målet att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg och 4 procent av insatserna hade också den redovisade effekten.

### Figur 18. Mål och effekt - mer sammanhållen vård och omsorg

Kodade mål och effekter inom området. Andel av insatser.

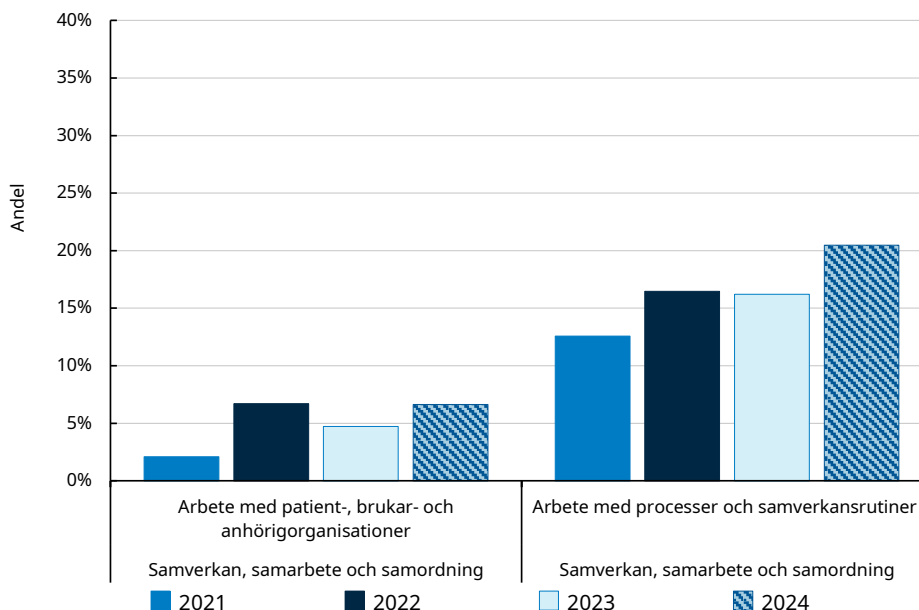


Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

Runt 20 procent av de läns-gemensamma insatserna 2024 inkluderade arbete med samverkansprocesser och samverkansrutiner, till exempel läns-gemensamma överenskommelser. Andelen ökade något under perioden, se figur 19.

### Figur 19. Insatser med samverkan

Kodade prestationer inom området. Andel av insatser.



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

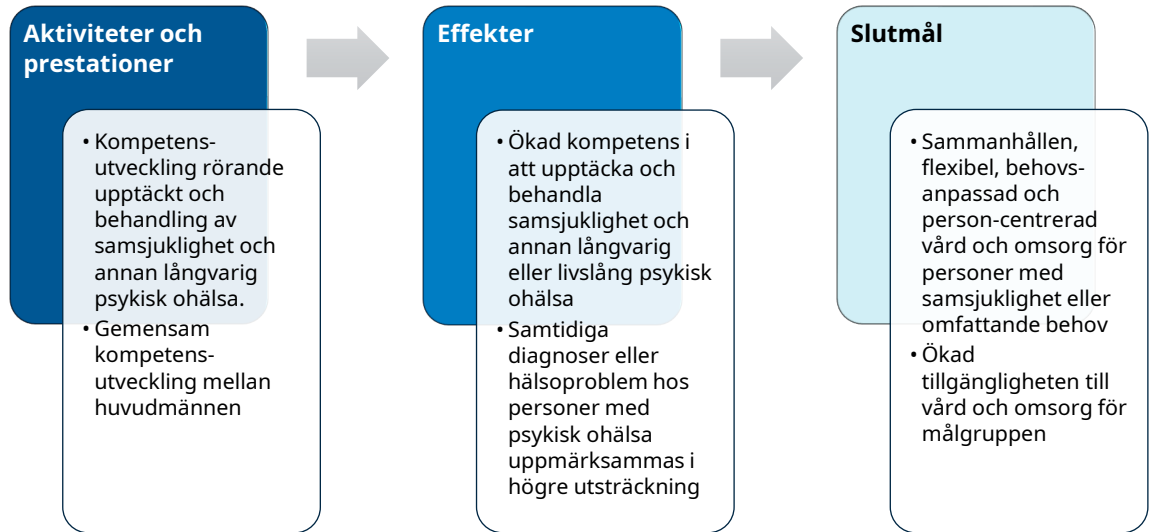
En viktig part i samverkan är patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Andel insatser där samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer tydligt ingått har inte förändrats mycket sedan år 2022 och ligger år 2024 på enbart 6 procent av insatserna, se figur 19.

Sammantaget har samverkan på olika sätt varit en prioriterad del av det läns gemensamma arbetet inom området. Många insatserna är olika former av samverkansinsatser, och andelen insatser som syftar till en mer sammanhållen vård har ökat. Samtidigt ser vi att få insatser inkluderar samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

### Kompetensutveckling i att upptäcka och behandla samsjuklighet

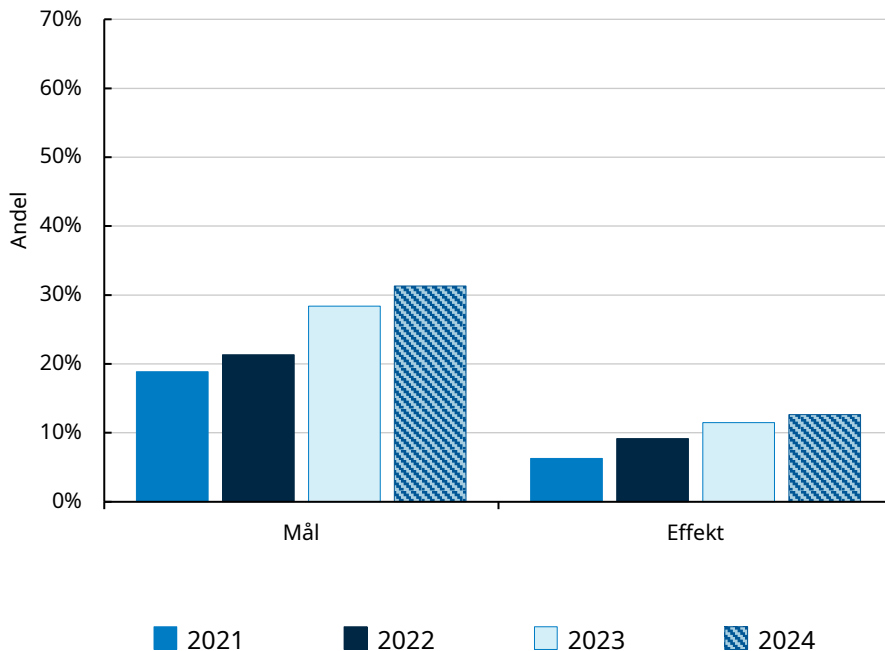
I området framgår att överenskommelsen ska stödja kompetensutveckling för att öka förmågan hos personal att upptäcka och behandla personer med samsjuklighet. En verksamhetslogik över kompetensutveckling inom samsjuklighet, så som det beskrivs i överenskommelsen, finns nedan i figur 20.

**Figur 20. Verksamhetslogik kompetensutveckling inom samsjuklighet**



Ungefär 8 procent av stimulansmedlen har gått till insatser vars huvudfokus är kompetensutveckling. Samtidigt är det vanligt att kompetensutveckling ingått inom ramen för insatser med ett annat huvudsakligt fokus, se bilaga 4b.

**Figur 21. Mål och effekt - ökad kompetens hos personal**



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

Runt 30 procent av insatserna 2024 hade ökad kompetens hos personal som målsättning, och ungefär 13 procent hade en redovisad effekt i form av ökad

kompetens hos personal och yrkesverksamma. Båda andelarna hade ökat under perioden, se figur 21.

Sammantaget går insatserna i stort utsträckning i linje med de utpekade aktiviteterna och prestationerna inom kompetensutveckling. Fokuset på kompetensutveckling ser också att ha ökat något över tid. Det går dock inte att bedöma om kompetensen inom samsjuklighet har ökat i stort eller om insatserna har medfört högre kvalitet i vård och omsorg.

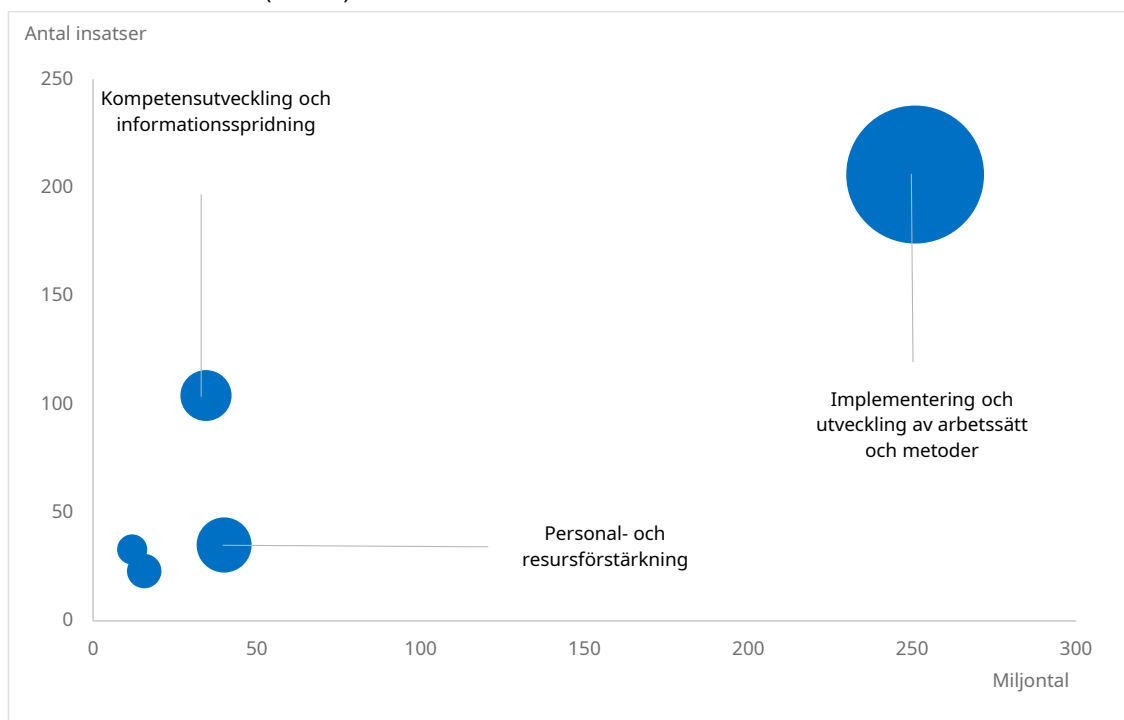
## En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg

Inom överenskommelsens prioriterade område en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg fördelas medel till både regioner och kommuner. Området syftar till att uppnå en mer kunskapsbaserad och patientsäker vård och omsorg. Regioner och kommuner ska stärka användningen av nationella kunskapsstöd, stärka arbetet med patientsäkerhet och skapa förutsättningar för systematisk uppföljning.

Inom området har kommunerna redovisat totalt 3246 insatser motsvarande 357 miljoner kronor under perioden 2021–2024 för. Regionerna har redovisat 401 insatser för sammanlagt 353 miljoner kronor.

### Figur 22. Genomförda aktiviteter och använda stimulansmedel – regioner 2021–2024

Figuren visar antal genomförda insatser i relation till använda stimulansmedel (miljoner kronor) grupperat efter kodade aktiviteter. Bubblornas storlek bestäms utifrån summan använda stimulansmedel (x-axeln).

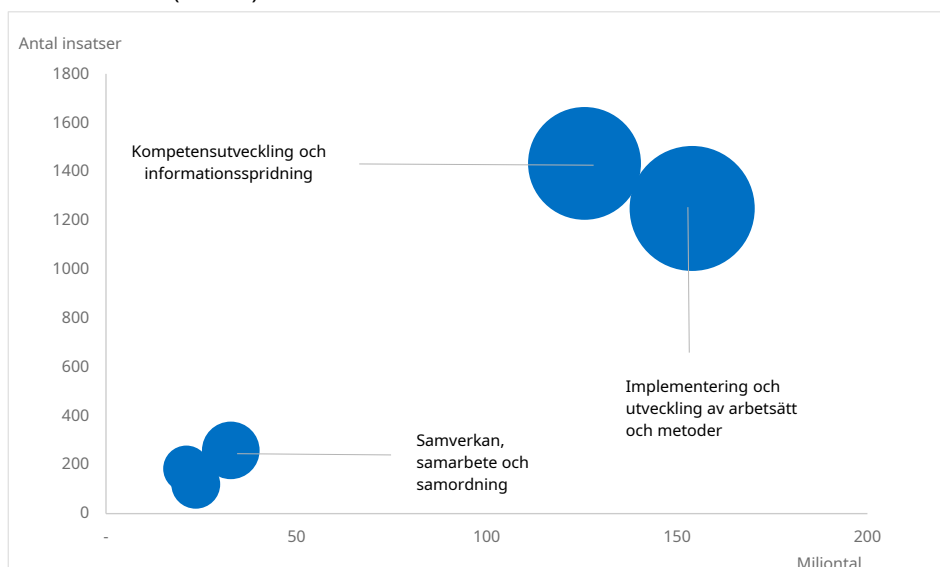


Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2021 och 2022.  
n: 401 insatser; 353 mkr

Sammantaget ses vissa skillnader mellan hur regioner respektive kommuner har använt stimulansmedel inom området. Regioner har använt merparten av medlen till insatser som handlar om att implementera och utveckla arbetssätt och metoder, se figur 22. Kommunerna har utöver implementering och utveckling av arbetssätt och metoder och lagt mycket medel på kompetensutveckling och informations spridning, se figur 23.

**Figur 23. Genomförda aktiviteter och använda stimulansmedel - kommuner 2021–2024**

Figuren visar antal genomförda insatser i relation till använda stimulansmedel (miljoner kronor) grupperat efter aktiviteter. Bubblornas storlek bestäms utifrån summan använda stimulansmedel (x-axeln).

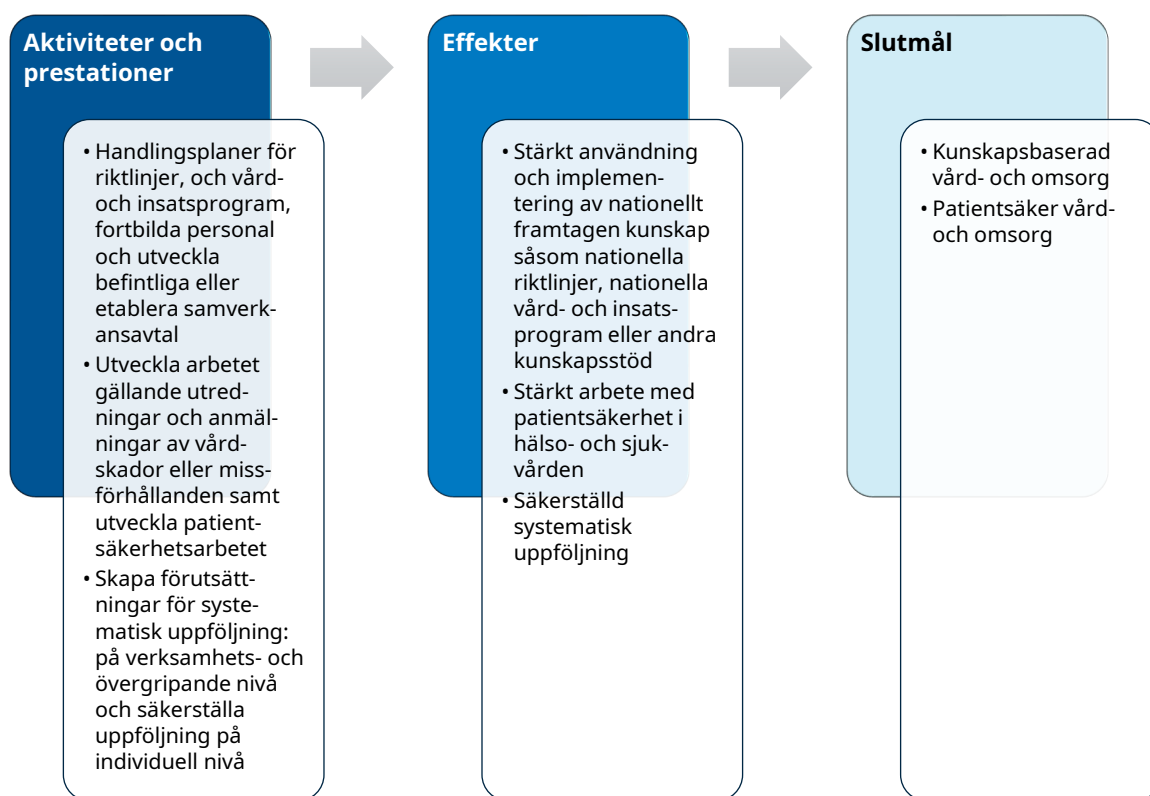


Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 3246 insatser; 357 mkr.

**Regionalt fokus på kunskapsarbetet**

Inom det prioriterade området ska kommuner och regioner arbeta med att utveckla implementeringen av nationellt framtagen kunskap inom psykisk hälsa och suicidprevention. I arbetet med implementering av nationell kunskap ingår exempelvis nationella riktlinjer och nationella vård- och insatsprogram. En del i arbetet kan handla om att fram handlingsplaner eller samverkansavtal, och fortbildning för personal lyfts också fram.

Figur 24. Verksamhetslogik implementering av nationell kunskap



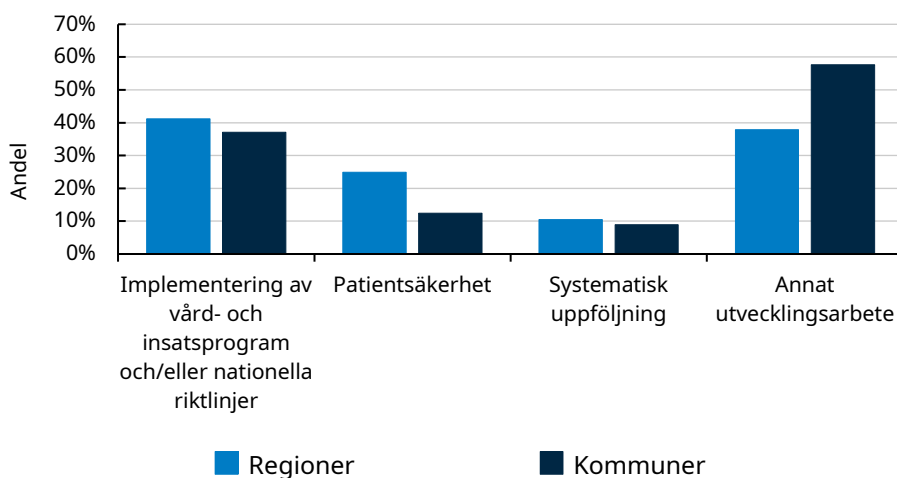
I överenskommelsen pekas också ut att arbetet med patientsäkerhet, med bäring på psykisk hälsa och suicidprevention, ska stärkas. I detta ingår att utveckla arbetet inom vården och omsorgen som är kopplat till utredningar och anmälningar av vårdskador. Det beskrivs också som angeläget att utveckla arbetet med systematisk uppföljning, såväl på verksamhetsnivå som på övergripande nivå. Samtidigt lyfts också vikten av uppföljning på individuell nivå genom till exempel läkemedelsuppföljningar.

Inom området har kommuner och regioner själva fått ange det huvudsakliga syftet med de redovisade insatserna. Svarsalternativen motsvarar nyckeldelarna i överenskommelsens prioriterade område och berör kunskapsstöd, patientsäkerhet och systematisk uppföljning. Därutöver har respondenterna haft möjlighet att välja kategorin ”annat utvecklingsarbete”.

Regioner och kommuner klassificerar ungefär 40 procent av insatserna som implementering av vård- och insatsprogram och nationella riktlinjer, se figur 25. En sökordsanalys visar att en förhållandevis stor andel av insatserna i regionerna går att relatera till arbete med kunskapsstöd – mellan 22 och 32 procent av insatserna har inkluderat det, se tabell 6.

### Figur 25. Huvudsakligt syfte med insatsen

Regioner och kommuner har för varje insats fått ange vilket/vilka område/-n som bäst motsvarar syftet med insatsen.



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 3246 insatser kommuner; 401 insatser; regioner

Den mest valda kategorin för kommunernas insatser är annat utvecklingsarbete – nästan 60 procent av insatserna tillhör den kategorin. Motsvarande andel inom regionerna är ungefär 40 procent. Inom denna kategori återfinns också en stor bredd av insatser. Socialstyrelsen har tidigare noterat att kommunerna i hög utsträckning svarat att de genomfört annat utvecklingsarbete. Vi har också noterat att det finns en viss diskrepans mellan intentionerna med området och de insatser som genomförs [14-16, 20].

**Tabell 6. Sökordsanalys kunskapsstöd**

År	Andel insatser Region	Andel insatser kommun
2021	22%	10%
2022	32%	10%
2023	27%	10%
2024	24%	7%

Sökord insatspro\*, VIP, vårdprogr\*, riktlinj\*  
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n:3246 insatser kommuner; 401 insatser; regioner

Kommunerna har en betydligt lägre andel insatser som inkluderat kunskapsstöd, se tabell 6. Samma mönster återkommer i en sökordsanalys för kunskapsstyrning, tabell 7. Av regionernas insatser har 15–23 procent inkluderat arbete inom kunskapsstyrningen, jämfört med 2–7 procent för kommunerna.

**Tabell 7. Sökordsanalys kunskapsstyrning**

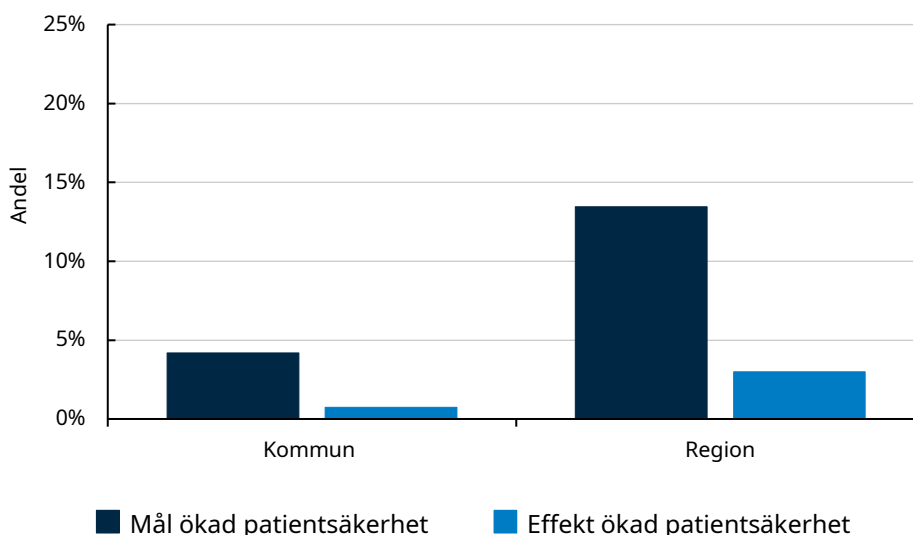
År	Andel insatser region	Andel insatser kommun
2021	15%	4%
2022	23%	5%
2023	18%	7%
2024	16%	2%

Sökord: NPO, LPO, RPO, NAG, programom\*, kunskapssty\*  
 Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
 n:3246 insatser kommuner; 401 insatser; regioner

Regioner klassificerar ungefär var fjärde insats som arbete med patientsäkerhet, och för kommunerna är andelen 12 procent, se figur 25. Men enbart 13 procent av regionernas insatser har ökad patientsäkerhet som mål, och 4 procent av kommunernas, se figur 26.

**Figur 26. Mål och effekt - ökad patientsäkerhet**

Kodade mål och effekter inom området. Andel av totala insatser inom området.



\* Inom kommunerna har arbete med rättssäker handläggning inkluderats som patientsäkerhet i analysen  
 Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
 n: 3246 insatser kommuner; 401 insatser; regioner

Relativt få insatser, runt 10 procent inom både kommuner och regioner, är klassificerade som systematisk uppföljning, se figur 25. Däremot omfattar drygt 30 procent av regionernas arbete kartläggning eller analys, liksom drygt 20 procent av kommunernas, se bilaga 4c. I många fall handlar det om kartläggningar, uppföljningar och utvärderingar.

Sammantaget ses att regionerna har prioriterat att följa upp och utvärdera sitt arbete i större utsträckning än kommunerna, men förhållandevis få insatser har systematisk uppföljning eller annan typ av analysarbete som

huvudfokus. Arbete med patientsäkerhet har inte varit särskilt framträdande i kommuners och regioners arbete inom området, vilket vi också noterat i de årliga uppföljningarna.

I uppföljningen av 2020 års insatser beskrev Socialstyrelsen att det var svårt att bedöma om insatserna inom det prioriterade området medfört redovisade effekter. Vi bedömde att det inte nödvändigtvis handlade om att insatserna inte medfört effekter utan att det berodde på att redovisningarna var relativt begränsade i sin utförlighet [18]. Det har på liknande vis funnits utmaningar i att bedöma i vilken utsträckning som de genomförda av insatserna handlat om implementering av nationell kunskap. Den sammantagna bedömningen är dock att regionerna genomgående har arbetat mer systematiskt med implementeringen av nationell kunskap.

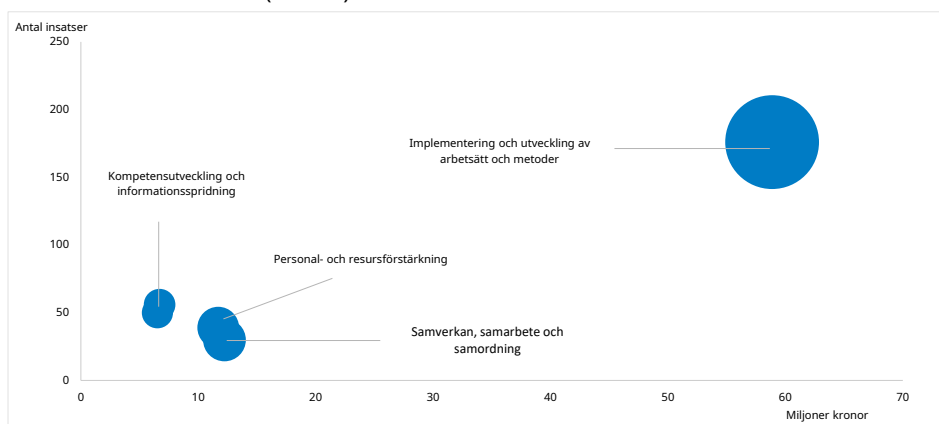
## En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen

Regioner och kommuner har fått medel för läns-gemensamt arbete med det prioriterade område som rör systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen.

I överenskommelsen har det varit centralt att öka patient-, brukar- och anhöriginflytande och skapa en mer patient-, brukar- och anhörigcentrerad vård och omsorg. Totalt 351 insatser redovisas för perioden 2021–2024, motsvarande cirka 96 miljoner kronor i använda stimulansmedel.

### Figur 27. Genomförda aktiviteter och använda stimulansmedel 2021–2024

Figuren visar antal genomförda insatser i relation till använda stimulansmedel (miljoner kronor) grupperat efter kodade aktiviteter. Bubblornas storlek bestäms utifrån summan använda stimulansmedel (x-axeln).



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 351 insatser; 96 mkr

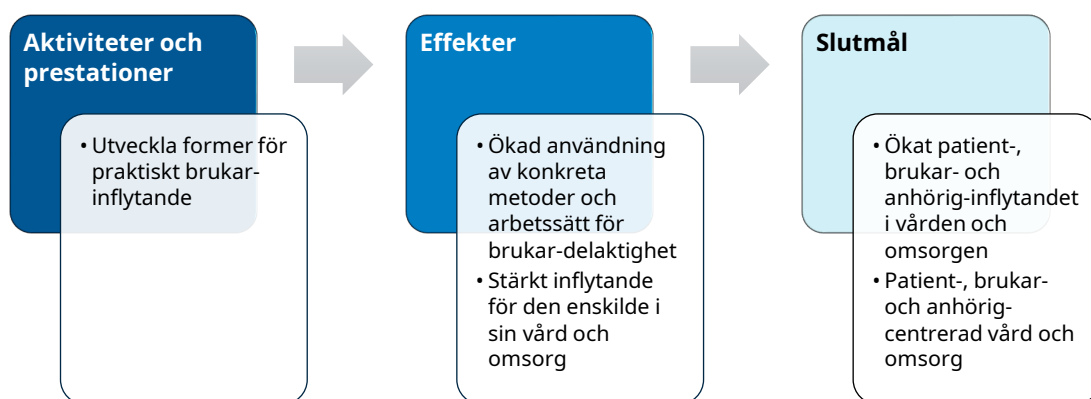
Insatserna har till stor del varit fokuserade på att implementera och utveckla arbetssätt och metoder, se figur 27, främst olika arbetssätt och metoder för brukarmedverkan och brukarinflytande. Medlen inom området har använts till relevanta insatser och vi ser också att insatser har genomförts både med

fokus på strategiska och strukturella frågor och med fokus på praktiskt och konkret inflytande.

### Fokus på att utveckla praktiskt brukarinflytande

Utvecklade former för praktiskt brukarinflytande nämns särskilt i överenskommelsen. En verksamhetslogik över utveckling av former för praktiskt brukarinflytande, så som det beskrivs i överenskommelsen, finns nedan, se figur 28.

**Figur 28. Verksamhetslogik utveckling praktiskt brukarinflytande**



En stor del av insatserna inom området har handlat om implementering och utveckling av arbetssätt och metoder med fokus på brukarinflytande. Tabellen nedan visar att den vanligaste aktiviteten, sett både till medel och insatser, är arbete med brukarinflytande.

**Tabell 8. Aktivitetstyper inom implementering och utveckling av arbetssätt och metoder**

Kodade aktiviteter inom området. Andel av totala insatser och totala medel.

	Andel av insatser	Andel av medel
<b>Brukarinflytande</b>	38%	51%
<b>Riktad vård- och omsorgsinsats</b>	5%	2%
<b>Uppstartsarbete</b>	4%	3%
<b>I samverkan/med flera aktörer</b>	2%	2%
<b>Digitalisering</b>	1%	2%
<b>Övrigt</b>	1%	0%

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 351 insatser; 96 mkr

Ungefär 50 procent av medlen har använts till insatser med koppling till att utveckla och använda konkreta metoder för delaktighet och 15 procent till insatser som inkluderat peer supporters eller andra brukarrepresentanter, se

bilaga 4d. Ungefär 15 procent av medlen har gått till arbete med brukarundersökningar eller brukarrevisioner, se bilaga 4d.

Regioner och kommuner i de flesta län har också uppgett att de prioriterat arbete med direkt inflytande (till exempel delat beslutsfattande, brukarråd, delaktighet i egen planering) och nya metoder och arbetssätt, till exempel Delaktighetsmodellen (DMO), tjänstedesign, brukarråd, patientråd, peer support) i arbetet med att stärka patient-, brukar- och anhörigmedverkan, främst under de senare åren, se tabell 9.

### Tabell 9. Prioriteringar i arbetet med att stärka patient-, brukar- och anhörigmedverkan

Kryssfråga: I vilken utsträckning har följande varit prioriterat i ert läns arbete med att stärka patient-, brukar- och anhöriginflytande? Kommuner och regioner som länsgement svarat "I ganska stor utsträckning " eller "I mycket stor utsträckning"

Kategorier	2021	2022	2023	2024
<b>Nya metoder och arbetssätt (t.ex. DMO, tjänstedesign, brukarråd, patientråd, peer support, CM, ICF/KSI-IBIC)</b>	14	14	18	18
<b>Direkt inflytande (t.ex. delat beslutsfattande, brukarråd, delaktighet i egen planering)</b>	14	14	18	19

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har tidigare noterat att barn och unga inte varit målgrupp för insatser inom området i samma utsträckning som andra [14-16] . Över tid ses att enbart 12 procent av insatserna inom området fokuserat på barn och unga, med undantag för år 2021 då andelen var ännu lägre, se bilaga 4d.

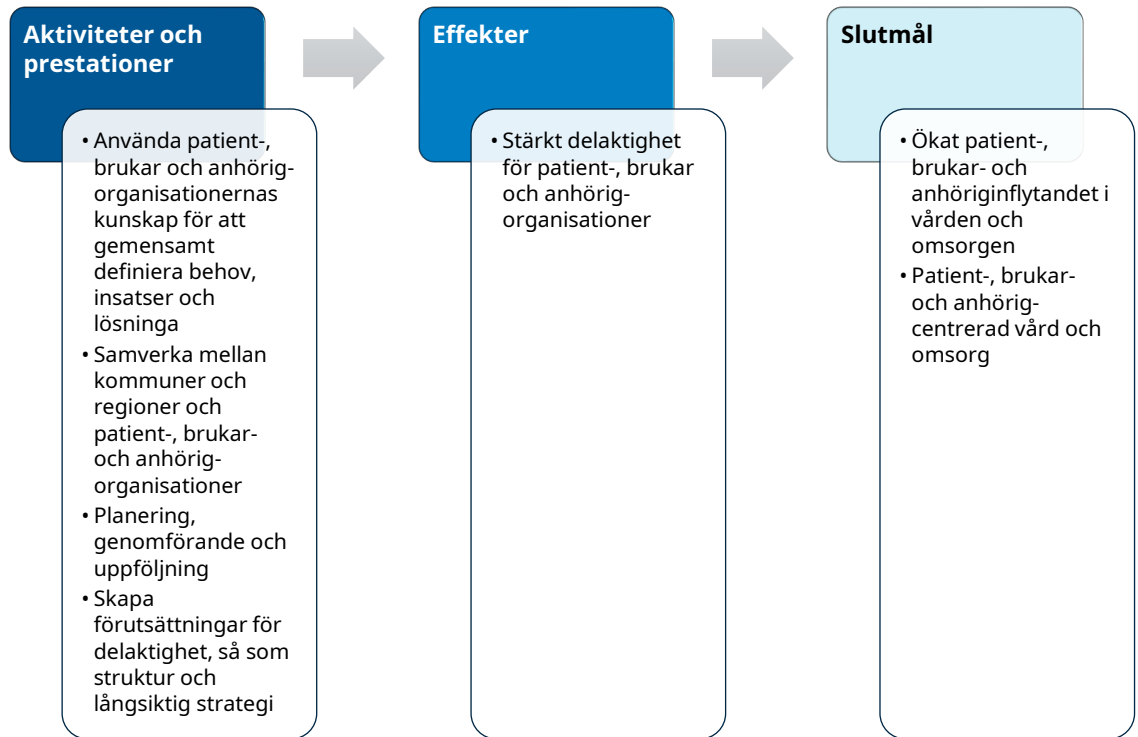
Inom området har kommuner och regioner gemensamt inom länen i hög grad genomfört insatser som på olika sätt syftar till att öka inflytande, delaktighet och drygt tio procent av insatserna har en redovisad effekt i form av ökat inflytande eller personcentrering, se bilaga 4d.

Sammantaget ses att insatserna inom området i hög grad har speglat överenskommelsens intentioner om att arbeta med konkreta former för brukarinflytande. Samtidigt har målgruppen barn och unga inte prioriterats i arbetet.

### Samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer

I överenskommelsen anges också att regioner och kommuner kontinuerligt ska använda patient-, brukar och anhörigorganisationernas kunskap och kompetens samt samverka med organisationerna i att genomföra insatserna. En verksamhetslogik för området finns nedan i figur 29.

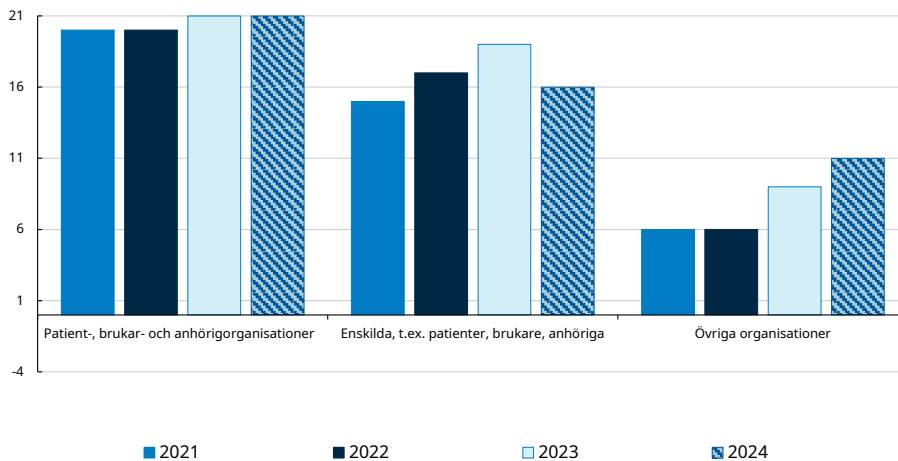
**Figur 29. Brukarorganisationer och samverkan**



Inom en majoritet av länen anges att patient-, brukar och anhörigorganisationer samt enskilda har medverkat i arbetet med insatserna, se figur 30.

**Figur 30. Brukarinflytande i insatserna**

Kommuner och regioner långsgement svarat ja på frågan: Har patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda medverkat i de redovisade insatserna?



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen

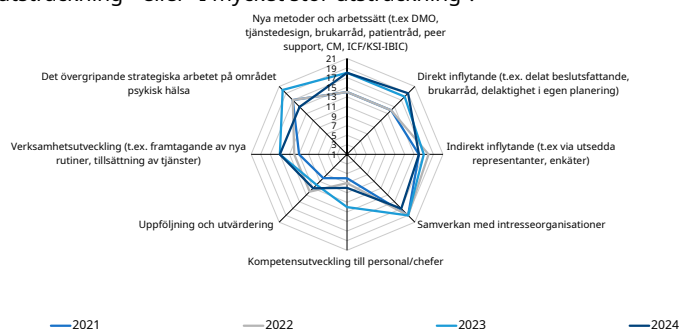
Graden av medverkan har varierat, från att patienter, brukare eller anhöriga på eget initiativ lämnat synpunkter till att man gemensamt definierat mål,

behov, insatser eller lösningar. I insatsredovisningen syns att ungefär var fjärde insats inkluderat samverkan med patient-, brukar- eller anhörigorganisation, se bilaga 4d. Socialstyrelsen har dock inte i denna utvärdering undersökt hur patient- brukar- och anhörigorganisationer ser på sin inkludering.

I området beskrivs det som prioriterat att skapa förutsättningar för delaktighet genom planering, struktur och uppföljning. Uppföljning och utvärdering är dock ett av de områden som prioriterats i lägst grad i arbetet med att stärka patient-, brukar- och anhöriginflytande, se figur 31. Detta överensstämmer också med de fynd som gjordes i uppföljningen av 2020 års insatser där aktiviteter inom verksamhetsutveckling, uppföljning och analys hade genomförts inom hälften av länen [18].

### Figur 31. Prioriteringar i arbetet med att stärka patient-, brukar- och anhörigmedverkan

Kryssfråga: I vilken utsträckning har följande varit prioriterat i ert läns arbete med att stärka patient-, brukar- och anhöriginflytande? Kommuner och regioner som länsbundet svarat "I ganska stor utsträckning" eller "I mycket stor utsträckning".



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen

Sammantaget ses att kommuner och regioner gemensamt inom länen i stor utsträckning har mött överenskommelsens intentioner om att inkludera patient-, brukar- och anhörigorganisationer i arbetet med insatserna.

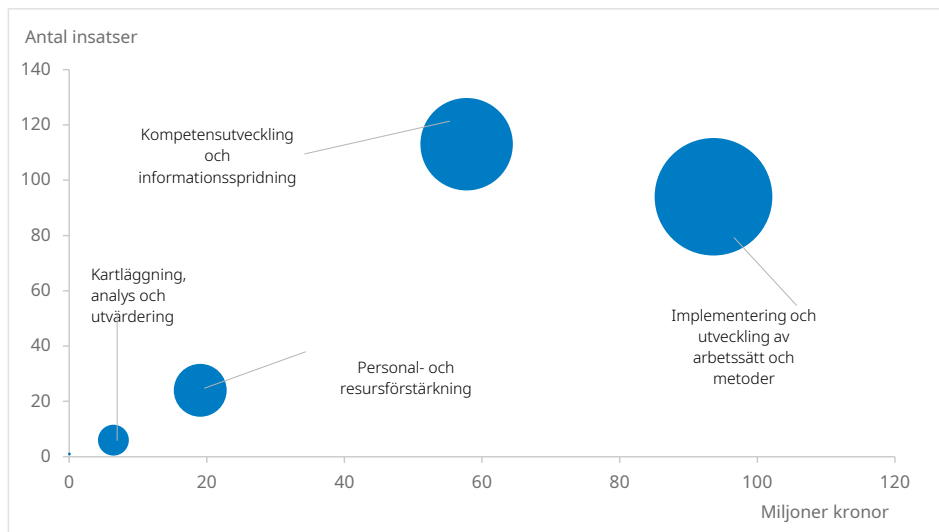
### En förstärkt psykiatrisk traumavård

Området för en förstärkt psykiatrisk traumavård hade ungefär samma innehåll under 2020–2024. Centrala teman är att öka kompetensen, förbättra insatser till målgruppen och öka tillgängligheten till traumavård.

Inom området har regionerna redovisat totalt 238 insatser under perioden 2021–2024. Samtliga regioner har använt stimulansmedel inom området och sammantaget har 200 miljoner kronor fördelats under tidsperioden.

### Figur 32. Genomförda aktiviteter och använda stimulansmedel 2021–2024

Figuren visar antal genomförda insatser i relation till använda stimulansmedel (miljoner kronor) grupperat efter kodade aktiviteter. Bubblornas storlek bestäms utifrån summan använda stimulansmedel (x-axeln).



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 238 insatser; 177 mkr

\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2021 och 2022.

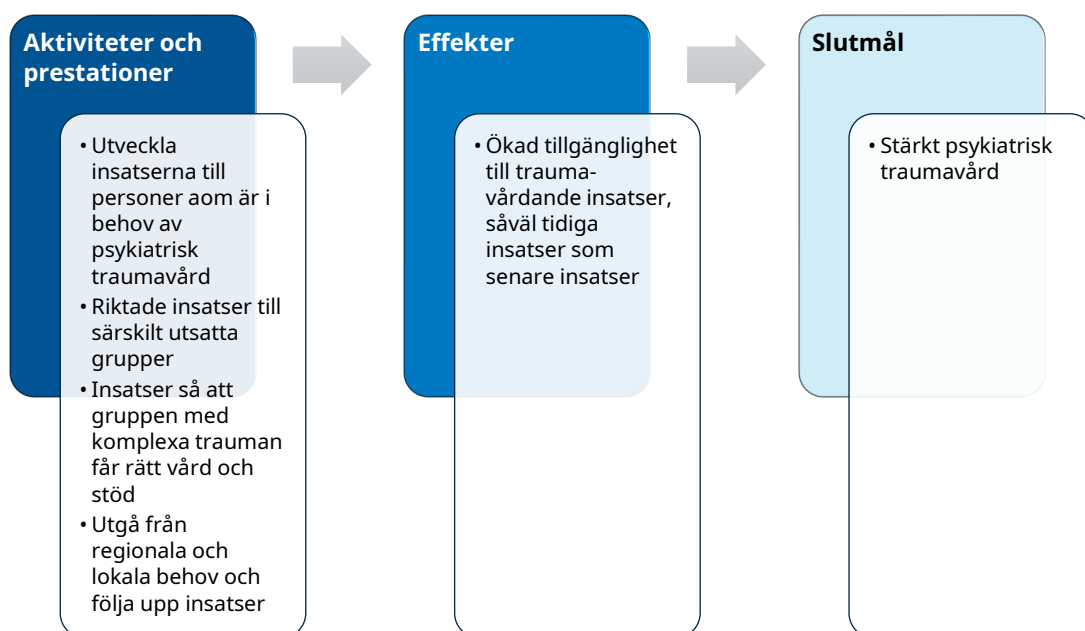
Regionernas insatser har i huvudsak fokuserat på kompetensutveckling och informationsspridning samt implementering och utveckling av arbetssätt och metoder, se figur 32. Mest medel har använts till insatser med fokus på implementering och utveckling av arbetssätt och metoder, medan insatserna för kompetensutveckling är flest.

Nästan samtliga regioner har genomfört insatser inom kompetensutveckling och implementering av arbetssätt och metoder. Samtidigt ses stora regionala skillnader mellan vilken typ av insatser som prioriterats, se bilaga 4e.

### Riktade insatser och tillgänglighet

Inom det prioriterade området är det centralt att utveckla insatser till målgruppen och att öka tillgängligheten till vård. En verksamhetslogik över riktade insatser och tillgänglighet, så som det beskrivs i överenskommelsen, finns nedan, se figur 33.

**Figur 33. Verksamhetslogik riktade insatser och tillgänglighet**



Av de insatser som handlar om implementering och utveckling av arbetssätt och metoder ryms en bredd av aktiviteter. I tabell 10 nedan visas de vanligaste aktivitetstyperna inom implementering och utveckling av arbetssätt.

**Tabell 10. Aktivitetstyper inom implementering och utveckling av arbetssätt och metoder**

Kodade aktiviteter inom området. Andel av totala insatser och totala medel.

	Andel av medel	Andel av insatser
<b>Riktad vård- och omsorgsinsats</b>	42%	20%
<b>Övrigt</b>	13%	10%
<b>I samverkan/med flera aktörer</b>	5%	4%
<b>Uppstartsarbete</b>	2%	5%

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 238 insatser; 177 mkr

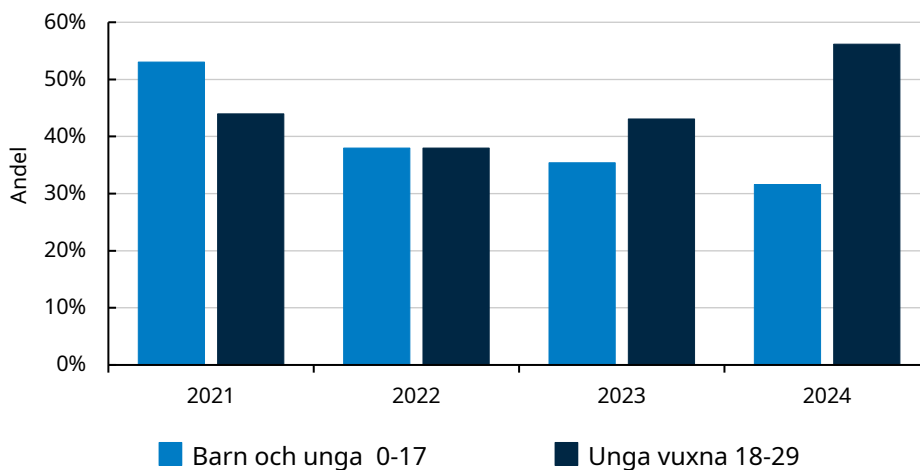
\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2021 och 2022.

En stor del av medlen inom området har gått riktade vård- och omsorgsinsatser. Inom ramen för detta ryms insatser riktade till utpekade målgrupper inom överenskommelsen. Behov av att rikta insatser till ett antal särskilt utsatta grupper såsom barn och unga, våldsutsatta och asylsökande lyfts fram i överenskommelsen. I regionernas insatsredovisning ses att en stor andel av insatserna helt eller delvis anges rikta sig till barn och unga eller unga vuxna, se figur 34. Över tid syns dock en tydlig minskning av

insatser med målgrupp barn och unga 0–17 år, från 53 procent av insatserna år 2021 till 32 procent år 2024.

### Figur 34. Målgrupper för insatser 2021–2024

Redovisade målgrupper inom det prioriterade området. Andel av insatser. Regioner har för varje insats svarat på frågan: Välj de kategorier som stämmer bäst överens med insatsens målgrupp. År 2021 kodat fritextsvar.



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 238 insatser; 177 mkr

En sökordsanalys visar att omkring 23 procent av insatserna uttalat berör våldsutsatthet i någon grad, se bilaga 4e. Asylsökande utgör enligt överenskommelsen också en viktig målgrupp för insatser inom området. Ungefär 14 procent av insatserna berör på olika sätt asylsökande, flyktingar och migranter, se bilaga 4e.

En central målsättning i överenskommelsen har varit att öka tillgängligheten till traumavårdande insatser, både tidiga och senare insatser. Cirka 18–41 procent av stimulansmedlen har gått till insatser som handlar om traumabehandling och rehabilitering, där målsättningen också har varit att öka tillgängligheten, se tabell 11.

**Tabell 11. Traumabehandling och rehabilitering med samtidigt målsättning om ökad tillgänglighet**

Andel av stimulansmedel inom det prioriterade området som gått till insatser kodade som traumabehandling och rehabilitering med samtidig målsättning inom ökad tillgänglighet.

År	Medel (kronor) på insatser för att öka tillgänglighet till traumavård	Andel (procent) medel på insatser för att öka tillgänglighet till traumavård
2021	11 427 196 kr	30%
2022	11 590 476 kr	30%
2023	20 328 119 kr	41%
2024	8 909 794 kr	18%
<b>Totalt</b>	<b>52 255 584 kr</b>	<b>30%</b>

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 238 insatser; 177 mkr

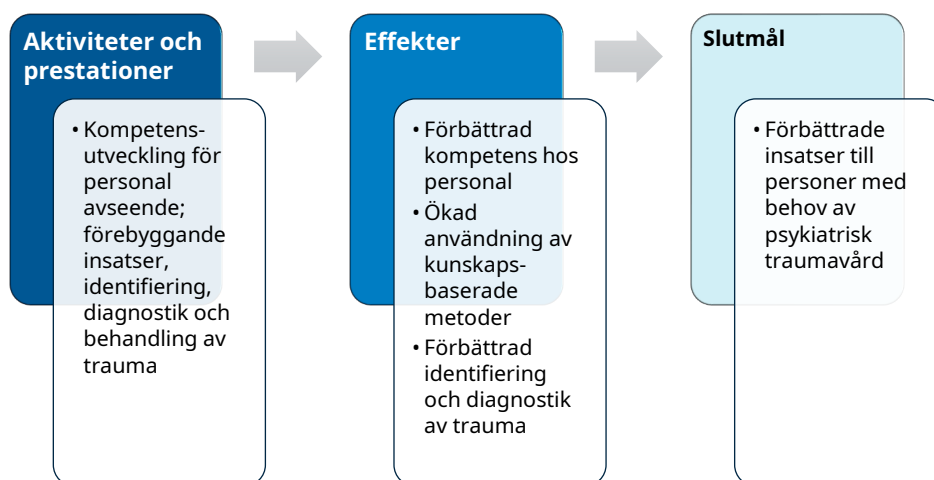
\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2021 och 2022

Utifrån redovisningarna för 2021–2024 har sammantaget 17 procent av regionernas satsningar på traumabehandling medfört en redovisad effekt om ökad tillgänglighet till, se bilaga 4e. De flesta regionerna har prioriterat arbete med tillgänglighet till traumavårdande insatser i viss utsträckning, men de regionala skillnaderna är stora, se bilaga 4e. Sammantaget ses en hög följsamhet till överenskommelsens inriktning om att arbeta med riktade insatser och att öka tillgängligheten till traumavård.

### Kompetensutveckling har prioriterats

I överenskommelsen beskrivs det också som prioriterat att utveckla kompetensen för personal inom traumavård. En verksamhetslogik över kompetensutveckling, så som det beskrivs i överenskommelsen, finns nedan i figur 35.

**Figur 35. Verksamhetslogik kompetensutveckling**

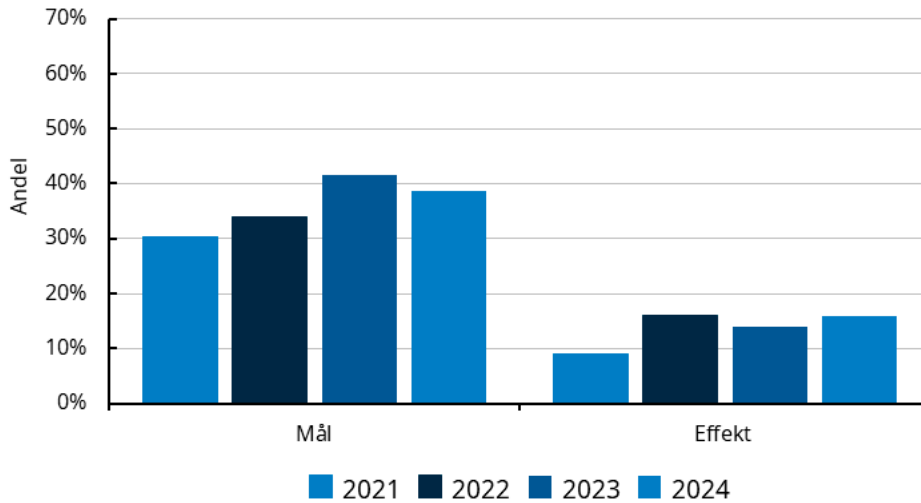


Kompetensutveckling och informationsspridning är ett av de områden som regionerna prioriterade i störst utsträckning. Mellan 40 till 56 procent av medlen har under 2021–2024 gått till insatser som i någon utsträckning inkluderat kompetensutveckling och informationsspridning, se bilaga 4e.

Runt 40 procent av insatserna hade en målsättning om kompetensökning för personal – det är en andel som också ökat något över tid. Det finns också redovisade effekter i form av ökad kompetens hos personal. År 2024 hade ungefär 16 procent av insatserna en sådan redovisad effekt, jämfört med 9 procent 2021, se figur 36.

### Figur 36. Ökad kompetens hos personal och yrkesverksamma. Mål och effekter

Andel av insatser med kodad effekt ökad kompetens hos personal och yrkesverksamma 2021–2024.



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 238 insatser

Vi har undersökt i vilken utsträckning specifika metoder för traumavård som omnämns i nationella riktlinjer finns med i regionernas beskrivningar av insatser som inkluderat kompetensutveckling och informationsspridning, se bilaga 4e. En sökordsanalys visar att KBT och EMDR har omnämnts i 11 respektive 9 procent av fallen. Samtidigt är det möjligt att den typen av metoder ingått i kompetensinsatserna utan att det tydligt beskrivits. Det är också möjligt att regionerna ombesörjt kompetensutveckling inom dessa metoder på andra sätt.

Sammantaget är kompetensutveckling högt prioriterat inom området, med både många insatser och stor andel av medlen. Det är dock få som redovisar mer långsiktiga effekter av arbetet.

## Övergripande intentioner och slutmål

Här analyseras måluppfyllelsen i relation till de övergripande effekter och slutmål som pekats ut i överenskommelsen, se figur 3. Analysen är uppdelad efter de övergripande effekterna och slutmålen. Vi har gjort en bedömning av om överenskommelsen kan antas ha bidragit till en förflyttning i riktning mot överenskommelsens slutmål, inte huruvida slutmålen uppnåtts. Underlag för analysen är främst enkätsvar för år 2021–2024 och intervjuer.

## Regionalt fokus på nationell kunskap

Överenskommelsen ska ge kommuner och regioner bättre förutsättningar för att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap. Vi har undersökt

- i vilken utsträckning medel sammantaget har använts till kunskapsstyrning
- hur stor del av medlen som använts till arbete med kunskapsstöd
- i vilken utsträckning intervjupersonerna anser att överenskommelsen styrt mot kunskap.

Intervjupersonerna har olika syn på i vilken utsträckning överenskommelsen stimulerat implementeringen av nationella riktlinjer och vård- och insatsprogram eller liknande. En del beskriver att det är just den typen av insatser som genomförts och finansierats med medel från överenskommelsen samt att stimulansmedlen har stimulerat implementeringen av kunskapsbaserade metoder. Andra är mer tveksamma till om överenskommelsen bidragit till detta.

Trots dessa skillnader finns en samsyn om att överenskommelsens intentioner tydligt styrt mot kunskapsbaserade metoder och arbetssätt, för både kommuner och regioner. Flera pekar samtidigt på att det varit bra med flexibilitet inom kunskapsområdet, eftersom de exempelvis kunnat prioritera olika metoder eller arbetssätt som passar lokala behov. En del tycker dock att styrningen skulle kunna vara ännu friare, medan andra vill ha tydligare besked om vad som förväntas.

Totalt 5 procent av insatserna och 5 procent av medlen rör på olika sätt arbete inom kunskapsstyrning så som nationella, regionala och lokala programområden, se bilaga 4f. Det handlar framför allt om regionernas insatser inom det prioriterade området kunskapsbaserad vård och omsorg, vilket beskrivits i fördjupningen av det prioriterade området, se sida 39–44. Totalt 10 procent av insatserna inom överenskommelsen rör kunskapsstöd såsom vård- och insatsprogram eller nationella-, regionala- och lokala riktlinjer, se bilaga 4f. Det finns inga större skillnader mellan åren, mellan 9 och 11 procent av insatserna har inkluderat den typen av arbete. Även dessa insatser har varit vanligast i regionernas arbete inom området kunskapsbaserad och säker vård och omsorg.

Sammantaget anser kommuner och regioner att överenskommelsens fokus på att förbättra förutsättningarna för att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap har varit tillräckligt framträdande och begripligt. Det varierar dock hur mycket de har arbetat med frågan inom ramen för överenskommelsen. Regionerna har i högre grad än kommunerna prioriterat detta, framför allt inom det prioriterade området en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg.

## Särskilda vårdformer och målgruppsanpassade insatser

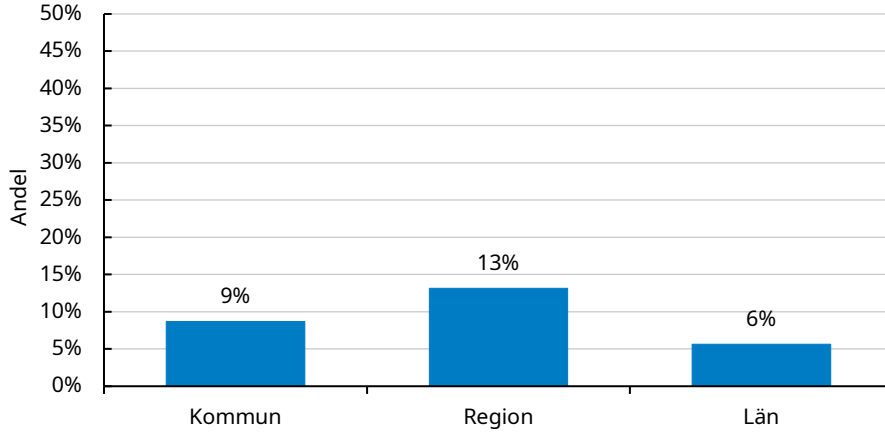
Överenskommelsen har syftat till att initiera eller utveckla särskilda vårdformer och effektiva målgruppsanpassade insatser, exempelvis mobila lösningar, första linjen, traumavård, FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) och självvald inläggning.

Insatserna har generellt handlat om att implementera och utveckla arbetssätt och metoder, och 66 procent av medlen har gått till detta. Det inkluderar de 13 procent av medlen som gått till riktade vård- och omsorgsinsatser, eftersom vi bedömer att det motsvarar ungefär de insatser som avses med särskilda vårdformer och målgruppsanpassade insatser. Andelen medel till denna typ av insats ökade under perioden från 9 procent 2021 till 19 procent 2024. Riktade insatser ses främst inom området en förstärkt psykiatrisk traumavård där 20 procent av insatserna fallit inom den kategorin.

Totalt 10 procent av de implementerade insatserna har bedömts handla om särskilda vårdformer, se bilaga 4g. Dessa är dock inte direkt jämförbara med de riktade insatserna ovan. Det är vanligare i regionernas redovisningar än i kommunernas, se figur 37. Insatserna handlar främst om digitalisering och nya eller förbättrade arbetssätt och metoder. Det är minst vanligt att insatserna relaterats till styrning, kvalitet och uppföljning samt tillgänglighet och kapacitetsökning, se bilaga 4g.

**Figur 37. Andel särskilda vårdformer inom implementerade insatser, 2021–2024**

Kodade fritextsvar. Andel insatser som bedömts inkludera särskilda vårdformer av insatser som implementerats i ordinarie verksamhet.

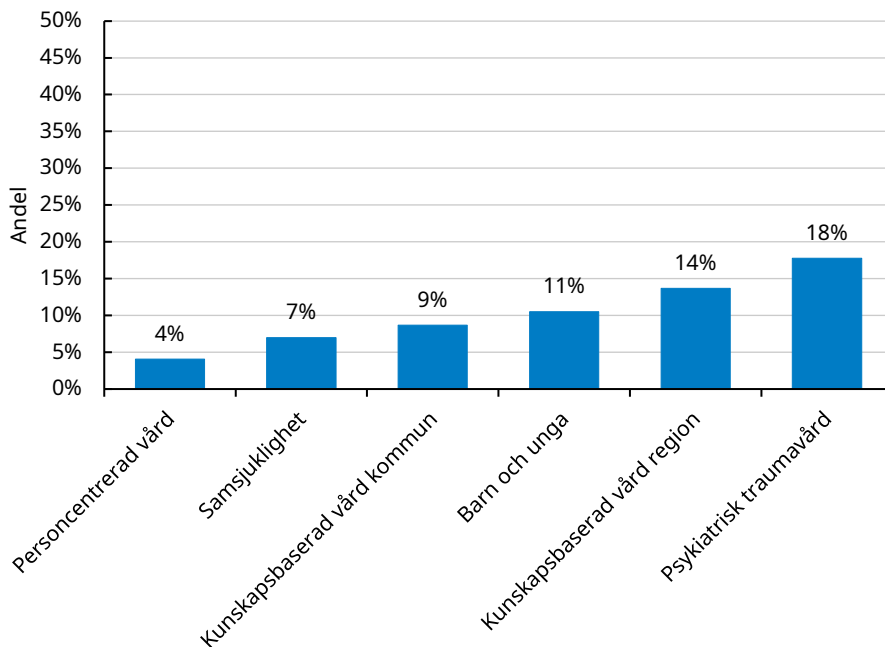


\* Kodade enkätsvar från samtliga regioner och kommuner och regioner länsgemensamt samt ett urval av tre kommuners svar per kommungrupp.

Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024, 2025; Lumell Associates analys, 2025

Implementering av särskilda vårdformer är vanligast för insatser inom området förstärkt psykiatrisk traumavård (figur 38).

**Figur 38. Andel särskilda vårdformer av implementerade insatser per prioriterat område 2021–2024**



Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025

Totalt 12 procent av de implementerade insatserna har varit målgruppsanpassade, se bilaga 4g. Dessa insatser har främst handlat om att utveckla nya eller förbättrade arbetssätt och metoder samt förebyggande arbete och hälsofrämjande insatser. Implementering av målgruppsanpassade insatser är vanligast inom förstärkt psykiatrisk traumavård.

## Tillgänglighet i fokus

Att öka tillgängligheten till vård och omsorg av god kvalitet är en övergripande målsättning i överenskommelsen, och flera av de prioriterade områdena inkluderar mer specifika mål om ökad tillgänglighet. Ökad tillgänglighet har också prioriterats inom framför allt området för barn och unga samt området för psykiatrisk traumavård, se bilaga 4h. Totalt 11 procent av insatserna och 28 procent av de använda medlen gäller ökad tillgänglighet, med små förändringar mellan åren. Av dessa insatser har 19 procent inkluderat personalförstärkning i ordinarie verksamhet. Det gäller också främst inom området för barn och unga samt för förstärkt psykiatrisk traumavård. Inom området för barn och unga har en förhållandevis stor del av medlen gått till personal- och resursförstärkning, varav en betydande del till resursförstärkning i ordinarie verksamhet, se sida 27–28. Dessa insatser har till en del handlat om att köpa exempelvis neuropsykiatriska utredningar eller konsulter för att öka tillgängligheten. Den typen av köp är sällsynta inom andra prioriterade områden, se bilaga 4j.

Totalt 6 procent av samtliga insatser har en redovisad effekt i form av ökad tillgänglighet, se bilaga 4h. Av de insatser som finansierats via överenskommelsen och sedan implementerats året därpå har 8 procent syftat till ökad tillgänglighet eller kapacitet, se figur 43.

Samtidigt är väntetiderna fortsatt långa inom BUP, som vi beskrivit i avsnittet för det prioriterade området för barn och unga. För vuxna ser väntetiden till första besök inom allmänpsykiatri ungefär lika ut 2020 som 2024, 81 respektive 81,6 procent fick ett första besök inom 90 dagar [21]. Under perioden minskade andelen till 71,8 procent 2022 för att sedan återigen öka. Vi ser heller inga förbättringar i den patientupplevda tillgängligheten inom vuxenpsykiatri eller den barnpsykiatriska slutenvården under 2018 – 2022 respektive 2018–2024. Inom den barnpsykiatriska öppenvården var den upplevda tillgängligheten något högre 2024 jämfört med 2022 vilket är den första tillgängliga datapunkten [22].

## Jämlikhet, jämställdhet och barnrättsperspektiv har inte fått genomslag

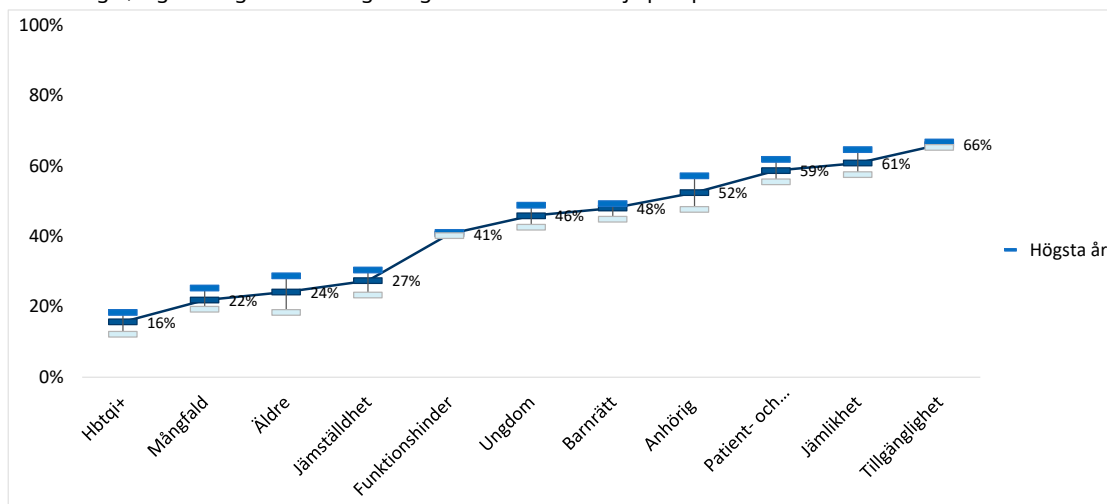
Överenskommelsen 2020 skulle bidra till ökad jämlikhet i hälsa, ökad jämställdhet mellan kvinnor och män och ett stärkt barnrättsperspektiv. Flera andra perspektiv har även nämnts inom överenskommelsens prioriterade områden genom åren. Vi har undersökt i vilken utsträckning olika perspektiv

beaktats, främst i vilken utsträckning arbetet inom överenskommelsen har bidragit till ökad jämlikhet i hälsa, ökad jämställdhet och till att stärka barnrättsperspektivet. Resultaten visar i vilken utsträckning olika perspektiv beaktats i överenskommelsearbetet, men kan inte visa i vilken utsträckning de beaktas inom kommuner och regioner i stort.

De olika perspektiven har beaktats i ungefär samma utsträckning 2021–2024, och de skillnader som finns beror sannolikt på variationer mellan överenskommelsens områden, snarare än trender i vilka perspektiv som beaktats, se figur 39. Genomgående har tillgänglighet, jämlikhet och patient- och brukarperspektiven beaktats i hög grad, medan hbtqi+, mångfald, äldre och jämställdhetsperspektiven har beaktats i lägre utsträckning.

**Figur 39. Perspektiv som beaktats i insatserna**

Viktat högst, lägst och genomsnittligt årligt beaktande för varje perspektiv



\*Perspektiven funktionshinder och tillgänglighet har bara ingått i enkäterna för vissa år. Figuren inkluderar de prioriterade områdena handlingsplaner och länsgemensamma medel inom barn och unga (främst ungdomsmottagningar)

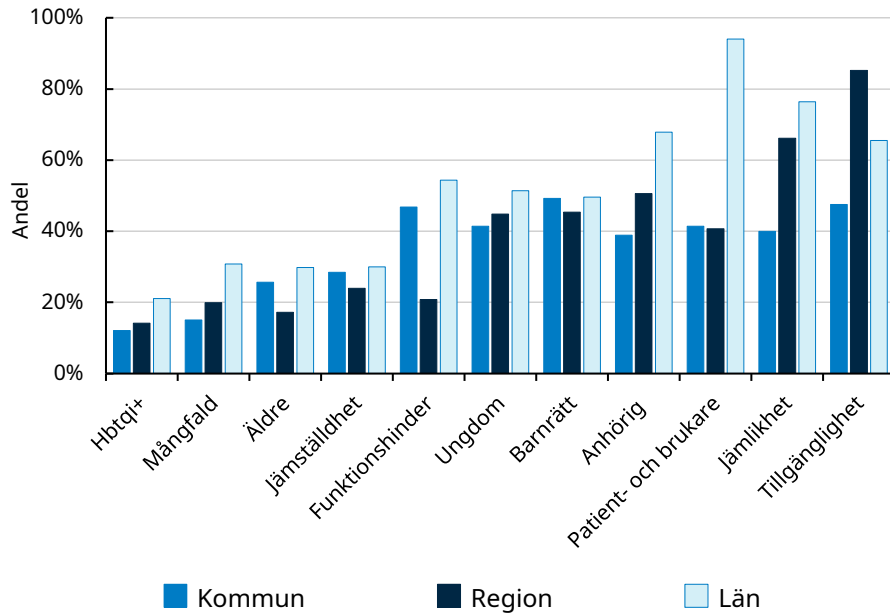
\*\* Då urvalet skiljer sig mellan kommuner, regioner och län har talen viktats för att ge en likvärdig och representativ bild av genomsnittet för samtliga aktörer

Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025

De länsgemensamma svaren visar flest beaktade perspektiv, medan kommunerna i lägst utsträckning uppgett att de beaktat de utpekade perspektiven, se figur 40.

**Figur 40. Särskilt framträdande perspektiv bland kommuner, regioner och län, 2021–2024**

Kryssfråga. Andel kommuner och regioner som enskilt och gemensamt svarat "ja" på frågan har något/några av dessa perspektiv varit särskilt framträdande i arbetet med de redovisade insatserna?



\*Perspektiven tillgänglighet, anhörig, patient- och brukare samt funktionshinderperspektivet har bara ingått i enkäterna för vissa år. Figuren inkluderar de prioriterade områdena handlingsplaner och läns-gemensamma medel inom barn och unga (främst ungdomsmottagningar)

\*\* Då urvalet skiljer sig mellan kommuner, regioner och län har talen viktats för att ge en likvärdig och representativ bild av genomsnittet för samtliga aktörer

Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025

**Barnrättsperspektivet**

Barnrättsperspektivet har särskilt beaktats i mellan 40–60 procent av kommuners, regioners och regioners och kommuners gemensamma arbete under åren, se bilaga 4i. Det kan exempelvis handla om att implementera barnkonventionen eller ett tydligare barnperspektiv i nya beslut, eller mer generella beskrivningar om att perspektivet genomsyrar arbetet. Vi ser inga större skillnader mellan huvudmännen, men perspektivet var mer framträdande i det läns-gemensamma arbetet 2024, troligen till följd av det läns-gemensamma området för barn och unga som tillkom det året. Regionerna beaktade särskilt barnrättsperspektivet i lägre grad 2024 än 2021 inom samtliga prioriterade områden, men inom psykiatrisk traumavård ses den största minskningen, se bilaga 4i. Mellan 42–47 procent av kommunerna har beaktat perspektivet i arbetet med insatserna.

**Jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet**

Jämlikhet är ett av de perspektiv som har beaktats i högst grad, med totalt 61 procent av huvudmännens svar, se figur 39. Svaren handlar exempelvis om

att erbjuda jämlik vård på olika sätt. Perspektivet har varit mer framträdande i regionernas arbete och det gemensamma arbetet inom länen än i kommunernas arbete. Andelen kommuner som beaktat jämlikhet ökade dock under perioden, från 31 procent till 43 procent inom kunskapsområdet, se bilaga 4i. I insatsredovisningarna har 5 procent av insatserna haft ökad jämlikhet som mål, se bilaga 4i. Andelen insatser med målsättningen har varit mellan 2–7 procent. Dock finns nästan inga insatser med ökad jämlikhet som redovisad effekt, se figur 46. Jämställdhetsperspektivet har beaktats i lägre grad än barnrättsperspektivet och jämlikhetsperspektivet, med totalt 27 procent av huvudmännens arbete, se figur 39. För kommunerna ökade andelen något mellan 2021–2024. För regionerna varierade andelen, men med en stor minskning inom förstärkt psykiatrisk traumavård, se bilaga 4i. I kommuners och regioners gemensamma arbete inom länen minskade andelen över tid, se bilaga 4i.

### Överenskommelsen har inte styrt mot perspektiven

Intervjuerna bekräftar att barnrättsperspektivet har varit framträdande i insatserna, men även exempelvis hbtqi+ och jämlikhet i hälsa. Det framgår att olika perspektiv exempelvis kan beaktas i prioriteringen mellan insatser och inom ramen för arbetet med en insats. Även lagstiftningen påverkar genom att man till exempel beaktar diskrimineringsgrunderna som tangerar flera av perspektiven. Flera intervjupersoner upplever att överenskommelsen inte har styrt mot något perspektiv eller har varit avgörande för vilka perspektiv som beaktats, utan att det snarare är identifierade behov som varit styrande. Andra ser dock att överenskommelsen har bidragit med styrning.

I intervjuerna framkommer några olika möjliga förklaringar till att vissa perspektiv sällan nämns i enkätsvaren. En del intervjupersoner menar att kommunen kan sakna de resurser eller den kompetens som behövs för att särskilt beakta vissa perspektiv. De behöver välja breda insatser och det finns inte personal som kan arbeta specifikt för olika grupper. En annan möjlig förklaring handlar om att det även finns andra statsbidrag eller liknande som riktas specifikt till exempelvis äldre eller våldsutsatta vilket gör att andra insatser prioriteras inom arbetet med överenskommelsen. En tredje förklaring är att barnperspektivet och barnkonventionen generellt uppmärksammas i överenskommelsen eller samhället i stort, och att det har påverkat arbetet med insatser.

Sammantaget bedömer vi att det saknas belägg för att överenskommelsen har haft någon större inverkan på arbetet med jämlikhet, jämställdhet och barnrätt. Dessa perspektiv har dock beaktats i högre grad av kommuner och regioner än en del andra perspektiv. Intervjuerna pekar på att en del perspektiv haft mindre relevans för huvudmännens arbete, bland annat eftersom de berörs i annat arbete, eller för att begränsade resurser påverkat vilka perspektiv som varit i fokus. Frågeställningarna om perspektiv har även lämnat utrymme för tolkning, vilket kan ha påverkat svaren. Det är

exempelvis möjligt att tolka in flera andra perspektiv så som jämställdhet i jämlikhetsperspektivet.

## Koherens – arbetet med överenskommelsen har i viss grad samordnats med andra satsningar

Vi har analyserat hur regioner och kommuner har samordnat arbetet med överenskommelsen med andra initiativ med utgångspunkt i utvärderingskriteriet koherens [3]. Flera initiativ var aktuella under perioden 2020–2024, bland annat god och nära vård, Samsjuklighetsreformen och förberedelsearbetet inför den nya socialtjänstlagen.

Intervjupersonerna beskriver att samordning skett i form av allt ifrån gemensamma styr- och ledningsgrupper till enklare informationsutbyten. I merparten av fallen verkar det handla om en mer aktiv samordning, till exempel att arbeta för synergier mellan initiativ, men i en del fall också om att främst säkerställa att samma saker inte görs inom olika satsningar. Det stora antalet olika satsningar beskrivs som en utmaning av flera respondenter, bland annat just för att de behöver samordnas.

## Omställningen till god och nära vård

I intervjuerna frågade vi särskilt om primärvårdens roll i arbetet med överenskommelsen, med tanke på omställningen till god och nära vård. Svaren pekar på att det skiljer sig hur primärvården varit inkluderad i arbetet. I vissa fall har primärvården i hög grad inkluderats i arbetet, till exempel genom att representanter ingår i styrgrupper eller som ansvarig för insatser. Det gäller framför allt i läns-gemensamt och regionalt arbete där primärvården generellt i hög grad ingått i arbetet inom överenskommelsen.

Ungefär hälften kommunrepresentanterna beskriver att primärvården på något sätt inkluderats i kommunernas arbete, till exempel som ansvarig verksamhet för insatser eller som samverkanspart. I andra fall har primärvården inte varit inkluderad i arbetet, varken i det strategiska arbetet med överenskommelsen eller i genomförandet av insatser. I flera intervjuer nämns att det kan vara svårt att få en fungerande samverkan med primärvården, bland annat för att det finns så många vårdgivare att samordna sig med inom primärvården.

Primärvården har ibland varit ansvarig verksamhet för insatserna inom överenskommelsen. År 2024 var primärvården ansvarig verksamhet för fem procent av insatserna, se bilaga 4j. Primärvården har i högre utsträckning angetts som samverkanspart. År 2024 angavs det i 18 procent av insatserna. Inom området för barn och unga har primärvården prioriterats. Inom

området har 23 procent av medlen gått till insatser för att utveckla första linjens vård, se sida 28.

## Andra satsningar har integrerats i genomförda insatser

Vi har tidigare noterat att arbetet med Samsjuklighetsreformen och den nya socialtjänstlagen till en del integrerats i kommuners och regioners insatser utifrån överenskommelsen under enskilda år [14, 15].

Relaterat till den nya socialtjänstlagen har främst kommunerna genomfört insatser som uttalat riktar sig till individer, främst unga, med koppling till kriminalitet och normbrytande beteende. Att kommunerna genomfört den typen av insatser kan spegla deras lagstadgade ansvar att arbeta förebyggande och för att motverka brottslighet<sup>3</sup>. Vi har med en sökordsanalys valt att undersöka den sammantagna utvecklingen av den här typen av insatser i kommunernas redovisningar 2021–2024, se bilaga 4j. Insatser som handlar om att arbeta förebyggande och med koppling till normbrytande beteende och kriminalitet har i någon mån genomförts under hela perioden. Analysen tyder på att det skett ett skifte mellan 2022 och 2023, från att 2–3 procent av insatserna var av denna typ till att 8–9 procent av insatserna var det. Insatserna handlar exempelvis om kompetensutveckling, tidiga samordnade insatser och sociala insatsgrupper och Funktionell familjeterapi. Analysen utgår från en tolkning av beskrivningarna i enkätsvaren av insatserna med sökord. Det är dock inte alltid tydligt exempelvis vilken typ av våld som avses vilket gör att resultatet bör tolkas med försiktighet.

## Samordning mellan nationella initiativ

Vår bedömning är att arbetet med överenskommelsen till viss del har samordnats med andra initiativ, vilket är i linje med överenskommelsen där det framgår att så ska ske. Intervjuerna pekar på att det skiljer sig hur primärvården varit inkluderad i arbetet. Socialstyrelsen har tidigare noterat att det finns olika syn på primärvårdens uppdrag när det gäller omhändertagande av psykisk ohälsa samt främjande och förebyggande arbete [23], det skulle kunna påverka i vilken grad primärvården bjuds in till samverkan utifrån överenskommelsen, liksom i vilken grad primärvården prioriterar detta. Andra satsningar har till en del integrerats i huvudmännens arbete med insatserna inom överenskommelsen, vilket kan vara ett tecken på samordning men också på att det finns överlapp mellan olika initiativ.

---

<sup>3</sup> 6 kap. 8 § i nya socialtjänstlagen (2025:400) samt Lagen (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete

Vi ser att de många parallella satsningarna inom området medför att kommuner och regioner behöver arbeta för att se synergier och undvika dubbelarbete. Folkhälsomyndigheten har också i länsvisa dialoger identifierat att många olika satsningar kan medföra samordningsutmaningar, men även att flera samtidiga satsningar bidrar till att stärka utveckling [24].

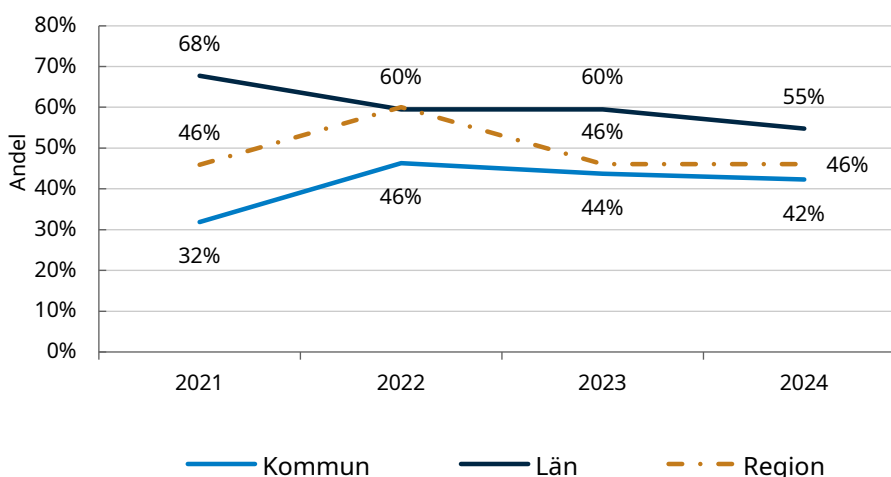
## Implementering – insatser har övergått i ordinarie verksamhet

Vi har undersökt om insatserna som finansierats med medel inom ramen för överenskommelsen har implementerats i ordinarie verksamhet, för att se i vilken utsträckning överenskommelsen har bidragit till hållbara förändringar över tid. Analysen utgår från utvärderingskriteriet implementering som handlar om huruvida resultat och effekter kan väntas bestå [3].

Det har varit vanligare att gemensamma insatser inom länen implementerats än kommuners och regioners egna insatser, se figur 40. Andelen gemensamma insatser som har implementerats minskade dock successivt under perioden. Andelen varierade över tid för kommunala och regionala insatser.

**Figur 40. Andel kommuner, regioner och län som angett att insatser har implementerats i ordinarie verksamhet, för samtliga områden 2021–2024**

Kryssfråga: Finns det utvecklingsarbeten som finansierats med stimulansmedel under föregående år eller tidigare och som implementerats i den ordinarie verksamheten under aktuellt år? Kommuner och regioner som enskilt eller länsbundet svarat "ja".



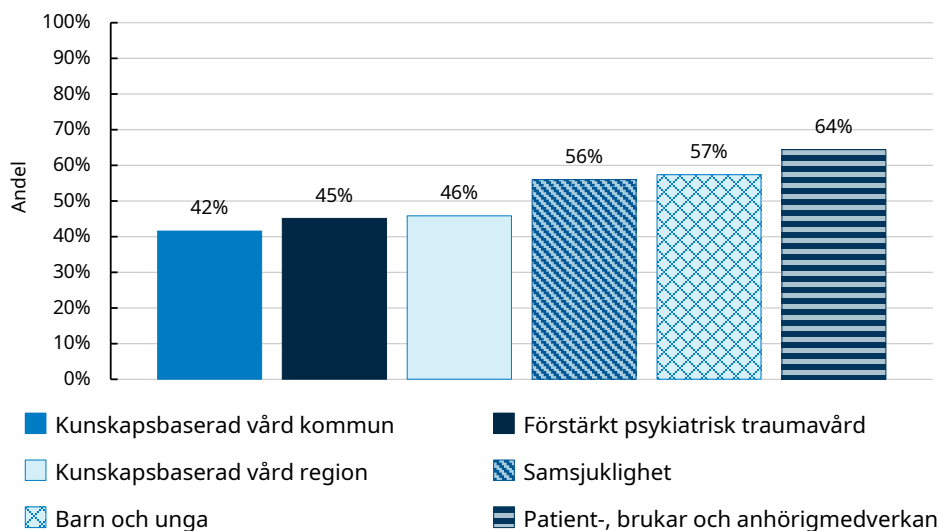
Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024, SKR, 2025; Lumell Associates analys, 2025

En jämförelse mellan överenskommelsens prioriterade områden visar att insatser i störts utsträckning implementerats inom området systematiskt

patient-, brukar och anhörigmedverkan, se figur 41. Kommunerna har i lägst utsträckning beskrivit att insatser implementerats.

**Figur 41. Andel kommuner, regioner samt kommuner och regioner gemensamt som angett att insatser har implementerats per prioriterat område, 2021–2024**

Kryssfråga: Finns det utvecklingsarbeten som finansierats med stimulansmedel under föregående år eller tidigare och som implementerats i den ordinarie verksamheten under aktuellt år? Kommuner och regioner som enskilt eller länsgement svarat "ja".

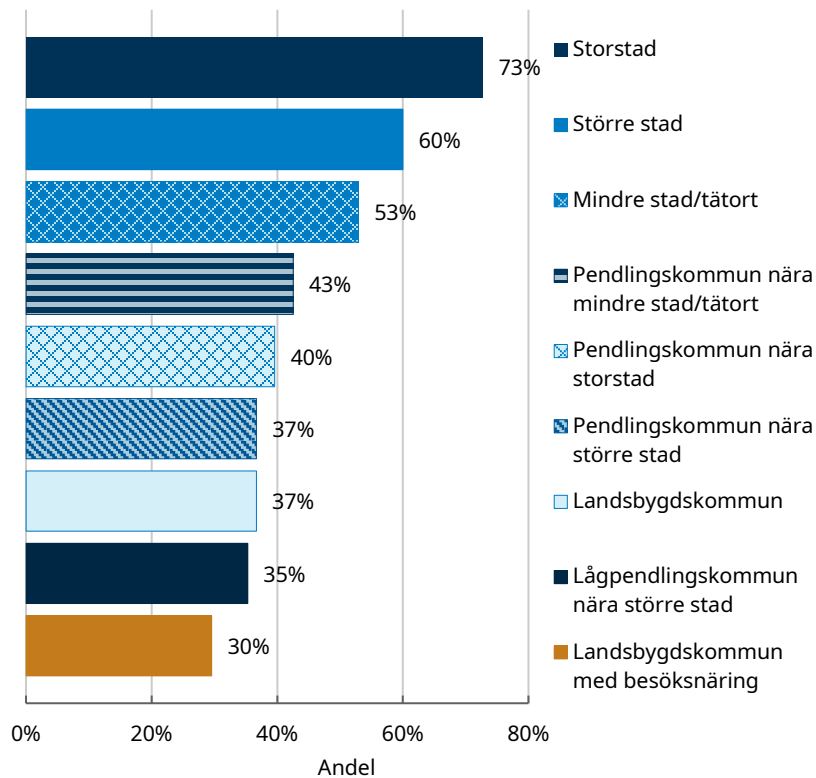


Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025

När det gäller kommunerna har implementering varit vanligare i städer än i övriga kommungrupper. Storstadskommuner uppger i dubbelt så hög utsträckning som landsbygdskommuner med besöksnäring att de har implementerat insatser i ordinarie verksamhet, se figur 42.

### Figur 42. Andel kommuner som implementerat insatser i ordinarie verksamhet per kommungrupp, 2021 – 2024

Kryssfråga: Finns det utvecklingsarbeten som finansierats med stimulansmedel under föregående år eller tidigare och som implementerats i den ordinarie verksamheten under aktuellt år? Kommuner som svarat "ja".



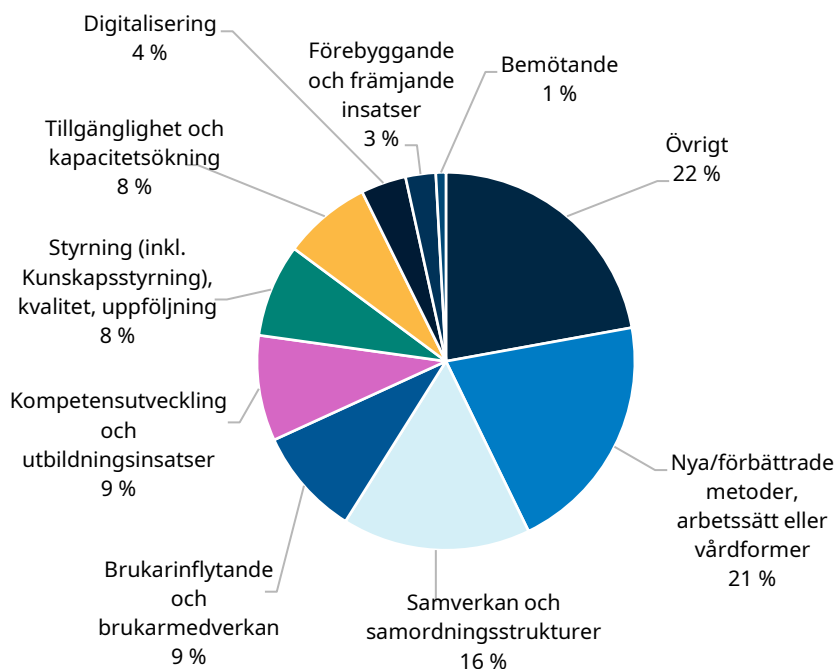
Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025  
n:1200

De implementerade insatserna har enligt vår kodning av enkätsvaren främst syftat till att utveckla nya eller förbättrade arbetssätt och metoder samt att stärka samverkan och samordningsstrukturer<sup>4</sup>, se figur 43. I många fritextsvar går det dock inte att avgöra vad insatserna syftat till.

<sup>4</sup> Kategoriseringen är baserad på samtliga regionala och länsgemensamma insatser samt ett slumpmässigt urval av tre kommuner per kommungrupp (9 kommungrupper, totalt 27).

### Figur 43. Syfte med de insatser som implementerats i ordinarie verksamhet, 2021 – 2024

Andel av insatser som föregående år finansierats med medel från överenskommelsen och som implementerats i ordinarie verksamhet, kategoriserat efter insatstyp.



\*Kodade enkätsvar från samtliga regioner och kommuner och regioner länsgemensamt samt ett urval av tre kommuners svar per kommungrupp.

Källa: Sammanställning av enkätsvar 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025

n: 465 insatser

Vår utvärdering av måluppfyllelsen visar att en del insatser är kortsiktiga, till exempel många satsningar på kompetensutveckling och tillgänglighet. Det kan vara en anledning till att den typen av insatser är mindre vanligt bland de implementerade insatserna.

## Kommuners och regioners syn på implementering

Överenskommelsen har enligt flera av respondenterna bidragit till att insatser kunnat implementeras. Att överenskommelsen har funnits över tid har möjliggjort för regioner och kommuner att satsa på en insats för att den sedan ska kunna implementeras i ordinarie verksamhet.

I intervjuerna framkommer att det finns insatser som anses vara implementerade i ordinarie verksamhet, men som ändå fortsatt finansieras med stimulansmedel. Det händer också att medel används till kompetensutveckling som behöver arrangeras återkommande för att verksamheten ska kunna upprätthålla metoder. Även tidigare uppföljningar visar att samma typer av verksamhetsutvecklings- eller

kompetensutvecklingsinsatser som syftar till att öka tillgänglighet återkommer i enkätredovisningarna under flera år [16].

Samtidigt finns utifrån intervjuerna en vaksamhet hos kommuner och regioner kring vilka insatser huvudmännen väljer att prioritera eftersom de behöver kunna finansieras på annat sätt om överenskommelsens medel inte blir återkommande. En förändring som skett inom överenskommelsen är när medel till kommunerna togs bort i överenskommelsen för 2024.

Konsekvenserna av förändringen i överenskommelsen har bland annat beskrivits i Folkhälsomyndighetens rapport [6]. Där framgår att förändringen för en del kommuner medfört att insatser t.ex. behövt läggas ned, samtidigt som andra inte påverkats på samma sätt. Utmaningarna med stimulansmedel som fördelas med en tidshorisont på ett år är välkända, och vi har även tidigare noterat att dessa förutsättningar för utveckling och innovation kan påverka möjligheterna att skapa varaktiga strukturer [20].

Sammantaget bedömer vi att överenskommelsen delvis har bidragit till hållbara förändringar genom att många insatser som genomförts inom ramen för överenskommelsen har implementerats i ordinarie verksamhet. Insatser har implementerats inom samtliga prioriterade områden under hela utvärderingsperioden. Huvudmännen gör dock lite olika tolkningar av vad implementering innebär. En del menar att insatser är implementerade trots att de fortsatt finansieras med stimulansmedel, vilket väcker frågan om vad som skulle hända med dem om överenskommelsen förändrades.

Det varierar mellan områden och mellan huvudmännen i vilken utsträckning insatser implementerats. Vi ser en lägre andel implementerade insatser i mindre kommuner, vilket kan tyda på att förutsättningarna för en hållbar implementering utifrån överenskommelsen varit mindre för den gruppen.

## Relevans – överenskommelsen har delvis motsvarat huvudmännens behov

Med utgångspunkt i den verksamhetslogik vi har definierat för överenskommelsen undersöker vi i det här avsnittet överenskommelsen utifrån utvärderingskriteriet relevans. Vi har analyserat i vilken utsträckning överenskommelsen har svarat mot kommunernas och regionernas behov. Dessutom har vi undersökt hur omvärldshändelser påverkat vilka insatser som genomförts inom ramen för överenskommelsen, för att se i vilken utsträckning överenskommelsen möjliggjort anpassningar av inriktning vid behov. Analysen bygger på intervjuer, iakttagelser i andra delar av utvärderingen och SKR:s redovisningar till regeringen.

## Riktning och medel är viktiga resurser

Överenskommelsen har i stort motsvarat behoven hos kommuner och regioner, enligt intervjupersonerna, och den har generellt fungerat väl för ändamålet. Det handlar framför allt om att den har bidragit med en övergripande riktning och prioritering för arbetet inom området samt avsatta medel som möjliggjort att kunna prioritera arbetet i högre grad. Några kommunrepresentanter ser dock att överenskommelsen är svår att tolka. Det handlar exempelvis om vad som ska eller får göras och vilka mål som kan eller ska uppnås.

Flera ser bredden i överenskommelsen som positiv. Inriktningen beskrivs i flera fall som tillräckligt bred för att möjliggöra prioriteringar utifrån lokala behov, samtidigt som den innehåller relevanta områden. Det prioriterade området handlingsplaner lyfts i några fall som exempel på formuleringar i överenskommelsen som öppnat upp för att utforma arbetet utifrån lokala behov. Några menar dock att det kan vara svårt att möta lokala utmaningar inom ramen för överenskommelsens intentioner.

Kommuner och regioner vill ha bättre framförhållning och en stabil riktning över tid. Det handlar både om tidigare besked om eventuella förändringar inför kommande år samt långsiktighet i finansiering och andra förutsättningar. Överenskommelsen förändrades på flera sätt under perioden 2020–2024, och flera intervjupersoner pekar på att förändringar leder till en osäkerhet kring möjliga årliga förändringar som påverkar valet av insatser. Det kan exempelvis medföra att huvudmän får svårt att planera för ett mer långsiktigt arbete. Beslut om det kommande årets överenskommelse har historiskt fattats i slutet av kalenderåret, vilket gör det svårt att planera verksamheten.

Intervjuerna pekar också på att överenskommelsen har bidragit till stärkt samverkan både internt och externt. För kommuner har samverkan och samarbetet ökat mellan olika förvaltningar och verksamheter till följd av att överenskommelsen spänner över flera områden. Även extern samverkan upplevs i flera fall fungera bra eller bättre, och det handlar mycket om gemensamma strukturer och arbetssätt. Några beskriver fördelar med att man skapat specifika roller som på olika sätt leder eller stödjer samverkan. Det finns olika erfarenheter av länsgemensamma medel, bland annat att de är viktiga för att stötta samverkan. En utmaning kan vara att komma överens om användningen av medlen. Huvudmäns olika förutsättningar är också ibland ett hinder för samverkan. Det handlar exempelvis om hur beslutsfattande sker inom olika organisationer och vilka personella och ekonomiska resurser som finns att tillgå. I några intervjuerna lyfts samtidigt behovet av att i överenskommelsen fortsatt stötta samverkan.

Vi bedömer att överenskommelsen till en del mött kommuners och regioners övergripande behov. Framför allt för att den har bidragit med en riktning för

arbetet och avsatta medel. Analysen visar dock att inriktningen inte alltid är tydlig, och det finns olika uppfattningar om möjligheterna till lokal anpassning. Huvudmännen vill också ha större framförhållning och mer långsiktighet i arbetet.

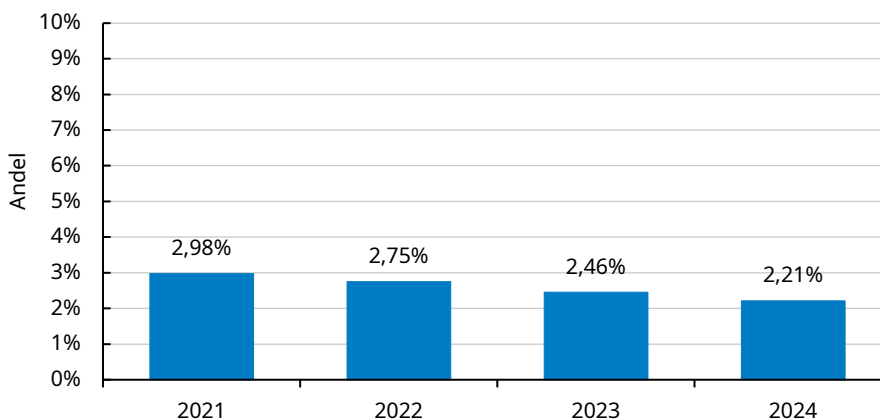
## Stimulansmedlens relativa betydelse

Genom överenskommelsen har en betydande summa pengar avsatts för arbete med psykisk hälsa och suicidprevention. Vi har undersökt medlens relativa betydelse genom att analysera beloppen i förhållande till regionernas och kommunernas kostnader för vård och omsorg.

För regionerna har vi analyserat mängden medel i relation till kostnaderna för specialiserad psykiatrisk vård, se figur 44. Kostnaderna för den specialiserade vården speglar dock inte regionernas totala kostnader eftersom exempelvis primärvårdskostnaderna inte ingår. Resultatet visar att de avsatta medlen motsvarar en liten del av regionernas kostnader för specialiserad psykiatrisk vård under 2021 – 2024. Andelen minskade också under perioden eftersom stimulansmedlen minskade något samtidigt som regionernas kostnader ökade.

**Figur 44. Andel fördelade medel av kostnad för specialiserad psykiatrisk vård, 2021–2024**

Fördelade stimulansmedel i relation till regionernas nettokostnad för specialiserad psykiatrisk vård.



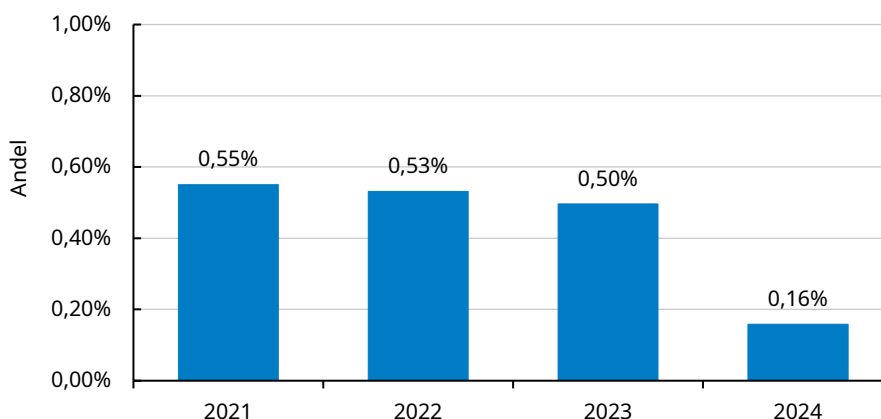
Källa: Fördelade medel psykisk hälsa och suicidprevention, SKR, 2025; Nettokostnad exkl. läkemedel inom förmånen för regioner i mnkr, löpande priser efter verksamhetsområde, år och region, SCB, 2025; Lumell Associates analys, 2025

När det gäller kommunerna har vi jämfört avsatta medel med kostnaderna för individ- och familjeomsorg, eftersom det saknas tillgängliga data för kostnader som rör psykisk hälsa och suicidprevention. Resultatet visar att stimulansmedlen står för en liten del av kostnaderna för individ- och familjeomsorg under 2021–2024, se figur 45. Andelen minskade markant för

kommunerna under perioden, framför allt till följd av att det prioriterade området om handlingsplaner togs bort.

#### **Figur 45. Andel fördelade medel av kostnaden för individ- och familjeomsorg**

Fördelade stimulansmedel i relation till kommunernas bruttokostnad för individ- och familjeomsorg år 2021–2024.



\*Figuren inkluderar det prioriterade området handlingsplaner år 2021–2023, det området togs bort i överenskommelsen 2024.

Källa: Fördelade medel psykisk hälsa och suicidprevention, SKR, 2025; Bruttokostnad för kommunens individ- och familjeomsorg i tkr, löpande priser efter omsorg, år och region, SCB, 2025; Lumell Associates analys, 2025

Sammantaget verkar medlens relativa betydelse vara begränsad, särskilt för kommunerna. I avsnitten om överenskommelsens effektivitet framgår också att många kommuner fått en begränsad mängd medel, samtidigt som det finns stora skillnader i fördelningen mellan olika huvudmän. Det pekar på att betydelsen av medlen antagligen varierar. Intervjuerna pekar dock på att medlen generellt har varit en viktig förutsättning för huvudmännens arbete inom området.

## SKR:s roll inom överenskommelsen

SKR har haft ett stödjande uppdrag i överenskommelsen, med insatser för att bland annat samordna regioners och kommuners utvecklingsarbete samt utveckla verksamhetsnära initiativ och lösningar som kan användas som stöd. Syftet är att regioner och kommuner ska kunna skynda på utvecklingen inom området psykisk hälsa och suicidprevention, i enlighet med överenskommelsens övergripande inriktning och tillhörande prioriterade områden. SKR ska även stärka samverkan och samarbetet med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, och andra berörda myndigheter, inom ramen för arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention.

Vi har analyserat de redovisningar SKR lämnat till regeringen, i enlighet med överenskommelsen [25-30]. Det framgår att deras stöd har bestått av många olika delar, exempelvis kartläggningar, webinarier och utbildningar.

De har även samverkat med myndigheter, kommuner, regioner och brukarorganisationer med flera. Insatserna har enligt SKR:s redovisningar så långt som möjligt samordnats med annat arbete, framför allt omställningen till god och nära vård.

SKR har bland annat:

- tagit fram olika utbildningar, bland annat en utbildning om psykisk ohälsa riktad till ambulanssjukvården, i samverkan tagit fram en webbaserad utbildningsportal som stöd till metodutveckling inom BUP och utbildat i frågor som rör samverkan och samordning
- arrangerat seminarier och möten, bland annat om elevhälsobaserade modeller i syfte att förstärka elevhälsan så att den kan fungera som en första linje, stöttat arbetet med SIP, ordnat möjligheter till erfarenhetsutbyte och dialog om psykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård samt skapat nätverk för frågor om självmord inläggning
- publicerat stöd såsom ”Meningsfull heldygnsvård” för att systematiskt utveckla innehållet i den psykiatriska heldygnsvården och främja arbetssätt som minskar behovet av tvång och tvångsvårdsåtgärder samt en vägledning för yrkesverksamma som möter tortyröverlevare.
- stöttat arbetet med att färdigställa Vård- och insatsprogrammet missbruk och beroende, inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen.
- varje år publicerat rapporten ”Psykiatri i siffror”, en kartläggning som omfattar verksamhetsdata från psykiatri från samtliga regioner.

## Kommuners och regioners bild av SKR:s stöd

De flesta kommuner och regioner har utifrån intervjuerna en positiv bild av det stöd som SKR gett, även om en del kommunrespondenter inte beskriver att de fått något direkt riktat stöd. Man ser fördelar med att SKR samlar kommuner och regioner och gett dem möjlighet att utbyta erfarenheter med varandra samt bidragit med stöd i form av information om överenskommelsen.

Bilden av stödets innehåll skiljer sig något åt mellan kommunrepresentanter jämfört med representanter för regioner och läns- och regionrepresentanter beskriver att SKR framför allt har bidragit med sitt nätverk som har samlat regioner och kommuner. I någon intervju nämns att SKR har lyssnat in behov och anpassat stöd och drivit på utveckling. Andra hade velat se mer av detta, och önskar att de synpunkter som samlats in fått större genomslag i förhandlingar av överenskommelsen.

Företrädare för kommuner tar upp möjligheten att utbyta erfarenheter med andra kommuner, och användbar information om överenskommelsen och redovisningen av överenskommelsen som hjälpsamt. De har även uppskattat SKR:s stöd i andra praktiska frågor som rör arbetet med överenskommelsen.

Några intervjupersoner känner dock inte till SKR:s stöd eller upplever inte att kommunen tagit del av något. En del menar att stödet från SKR främst gavs genom länsrepresentanter.

Bland förbättringsmöjligheter nämns tydligare information på webbplatsen och tidigare information om kommande års överenskommelse samt fler förslag på gemensamma lösningar för kommuner och regioner eller avgränsade satsningar likt tidigare kraftsamlingar.

## SKR:s insatser stämmer väl med uppdraget

Vi bedömer SKR:s insatser stämmer väl med uppdraget i överenskommelsen. Samtidigt har det främst ur ett kommunperspektiv inte alltid varit känt vilket stöd SKR ger. Det skulle kunna bero på att en del av SKR:s stöd handlat om frågor som intervjupersonerna inte direkt kopplar ihop med överenskommelsen eller att det är länsamordnare som tagit del av stödet.

## Genomförda insatser tyder på skillnader i relevans

Det varierar mellan de prioriterade områdena hur väl kommuners och regioners aktiviteter och prestationer motsvarar överenskommelsens inriktning. Inom områdena förstärkt psykiatrisk traumavård, samsjuklighet och brukarinflytande stämmer insatserna i högre grad med intentionerna jämfört med övriga områden i utvärderingen. Vår sammanställning av det arbete SKR genomfört inom uppdraget visar vidare att deras aktiviteter i stort har motsvarat deras uppdrag enligt överenskommelsen.

Skillnader i överensstämmelsen mellan intentioner och genomförda insatser kan bero på att de prioriterade områdenas innehåll och formuleringar har varit mer eller mindre relevanta för huvudmännen. Det kan också bero på att vissa områden haft en mindre tydlig inriktning än andra.

Vår analys av måluppfyllelsen visar dock intervjupersonerna tyckt att överenskommelsens formuleringar som rör syftet att förbättra förutsättningarna för att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap varit begripliga. Samtidigt varierar det i vilken utsträckning den typen av arbete har genomförts inom ramen för överenskommelsen. Detta tyder på att huvudmännen till viss del väljer insatser som har en mindre tydlig koppling till intentionerna trots att intentionerna i delar upplevs som tydliga. En möjlig anledning till det kan vara att huvudmännen inte förmår styra om sin verksamhet i takt med att överenskommelsen förändras. Vi har exempelvis tidigare sett att insatser där ungdomsmottagningarna varit ansvarig verksamhet i hög grad fortsatte att finansieras trots att det inte längre fanns särskilt avsatta medel för att stärka och utveckla ungdomsmottagningarnas arbete [14].

## Trender och förändringar i omvärlden

Vi har analyserat hur valet av insatser har påverkats av större förändringar i omvärlden såsom covid-19-pandemin och kriget i Ukraina. Vi har också undersökt hur trender såsom bristande tillgänglighet i vård och omsorg och barn- och ungdomskriminalitet har påverkat genomförandet. Tidigare rapporter visar att alla dessa i någon mån påverkat arbetet inom överenskommelsen [14-16, 18, 20]. I den här rapporten följer vi upp våra tidigare slutsatser och undersöker påverkan på en övergripande nivå. Analysen är baserad på sökord.

Analysen visar att pandemin har påverkat genomförandet. I 142 insatsredovisningar omnämns pandemin på olika sätt, exempelvis för att resultat påverkats negativt, se bilaga 4j. Det finns också exempel på att insatser anpassats till följd av pandemin, såsom ny digital vård och omsorg. I nästan samtliga fall gäller det kommunala insatser. I uppföljningen av 2022 års insatser noterade vi flera insatser kopplade till kriget i Ukraina inom överenskommelsens delområde om en förstärkt psykiatrisk traumavård [16]. I avsnittet om koherens har vi analyserat i vilken utsträckning andra satsningar har integrerats i genomförda insatser, se sida 32–63.

## Inverkan – överenskommelsen har haft viss betydelse för utvecklingen

Vi har undersökt överenskommelsens sammantagna betydelse för utvecklingen inom området psykisk ohälsa och suicidprevention. Utgångspunkt är utvärderingskriteriet inverkan som handlar om ifall överenskommelsen lett till mer genomgripande förändringar inom området [3].

Underlaget är främst kommuners och regioners bedömningar av överenskommelsens betydelse för utvecklingen inom området, men vi har också analyserat de redovisade effekterna av genomförda insatser.

## Överenskommelsen har bidragit med riktning

Intervjupersonerna är generellt överens om att överenskommelsen varit viktig för utvecklingen av deras arbete inom området psykisk hälsa och suicidprevention. De menar att överenskommelsen har påverkat utvecklingen inom området på flera sätt. Överenskommelsen har belyst frågorna om psykisk hälsa och suicidprevention och signalerat vad som varit prioriterat. Ett exempel på överenskommelsens betydelse är att det funnits ett gemensamt dokument för alla huvudmän inom länet att förhålla sig till. Merparten pekar också på att stimulansmedlen har varit mycket viktiga genom att de möjliggjort, och i flera fall varit avgörande för kommuner och

regioner, att genomföra insatser inom området, exempelvis inom området suicidprevention. I ungefär hälften av intervjuerna lyfts också att överenskommelsen har lett till ökad samverkan antingen internt, inom länen eller med andra aktörer.

Överenskommelsen har dock inte alltid styrt valet av insatser. Det är ungefär lika vanligt att intervjupersoner menar att överenskommelsen varit styrande i valet av vilka insatser som faktiskt genomförts, som att de beskriver att det är andra saker som påverkat valet. I de fallen har det i stället varit exempelvis lokala behov, andra styrdokument eller verksamheters önskemål som styrt vad som faktiskt gjorts inom området snarare än prioriteringarna i överenskommelsen. Flera menar att man hade prioriterat annorlunda om överenskommelsen inte funnits, men ett par ser att prioriteringarna inte hade sett annorlunda ut men att genomförandet av insatser hade påverkats.

I tidigare uppföljning och utvärdering inom uppdraget har vi gett exempel som visar på det kan se olika ut hur genomförda insatser relaterats till överenskommelsen. Socialstyrelsen har tidigare inom uppdraget genomfört en lärande utvärdering som följt fyra insatser över tid [15]. Erfarenheterna därifrån visar att överenskommelsen hade olika betydelse för de insatser som genomförts. I utvärderingen framkom att överenskommelsen i varierande grad varit viktig för genomförandet av insatserna. I en insats, MyKey, framkom att stimulansmedel eller annat budgettillskott varit avgörande för genomförandet av projektet. I en annan insats, neuropsykiatriska team med stegvis utredning, beskrevs stimulansmedel inte ha haft någon avgörande effekt för genomförandet av insatsen. Stimulansmedel kan dock ha frigjorts till andra typer av insatser till följd av att stegvis utredning införts.

Vi bedömer att överenskommelsen haft inverkan på området psykisk hälsa och suicidprevention på ett generellt plan. Den har bidragit med att riktning och resurser som möjliggjort för kommuner och regioner att genomföra insatser inom området. Överenskommelsen har enligt intervjuerna medfört att området fått högre prioritet.

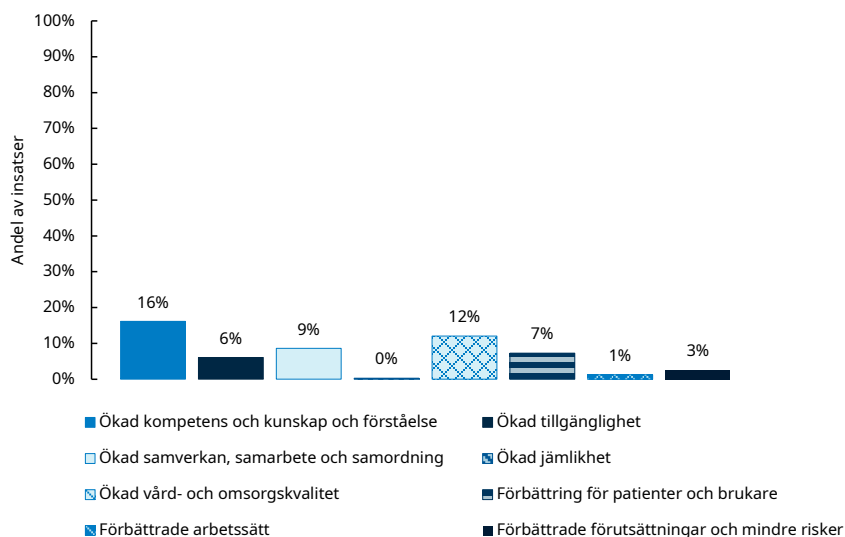
## Effekter har främst skapats inom vissa områden

För 40 procent av insatserna har minst en effekt redovisats, se bilaga 4j. De redovisade effekterna har främst handlat om ökad kompetens, kunskap och förståelse samt ökad vård- och omsorgskvalitet, se figur 46. Vi ser nästan inga redovisade effekter i form av ökad jämlikhet. Det är ovanligt att effekter beskrivits som förbättringar för patienter och brukare. Det är dock möjligt att insatser ändå haft dessa typer av effekter men att enkätsvaret främst handlat om det direkta syftet med insatsen. Frågan om resultat är ställd samma år som insatserna redovisas vilket innebär att många insatser

kanske inte hunnit ge effekt när enkäten besvarades. Samtidigt är det också möjligt att redovisade effekter inte alltid motsvarar reella eller långsiktiga förändringar, vi ser till exempel av beskrivningarna att effekter ibland tycks vara förmodade snarare än förändringar som följts upp.

**Figur 46. Andel av insatser med effekt inom olika huvudkategorier 2021–2024**

Kodade effekter. Andel av totala insatser som haft respektive effekt 2021 – 2024.



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306 insatser

Det varierar mellan områdena vilka effekter som varit vanligast. Inom området för barn och unga och förstärkt psykiatrisk traumavård har de redovisade effekterna främst handlat om ökad tillgänglighet, och inom samsjuklighetsområdet gäller det främst ökad samverkan och samordning, se tabell 12.

**Tabell 12. Andel redovisade effekter per prioriterat område**

Kodade effekter. Andel av totala insatser inom respektive område som haft respektive effekt 2021 – 2024.

Prioriterat område	Ökad kompetens och kunskap och förståelse	Ökad tillgänglighet	Ökad samverkan samarbete och samordning	Ökad jämlikhet	Ökad vård- och omsorgskvalitet	Förbättring för patienter och brukare	Förbättrade arbetssätt	Förbättrade förutsättningar och mindre risker
<b>Förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga</b>	9%	28%	10%	0%	23%	5%	3%	2%
<b>En mer sammanhållen vård och omsorg för personer med samsjuklighet</b>	11%	3%	16%	0%	10%	8%	0%	3%
<b>En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg, region</b>	6%	10%	6%	0%	13%	2%	3%	1%
<b>En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg, kommun</b>	20%	3%	7%	0%	10%	8%	1%	3%
<b>En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan</b>	14%	1%	10%	0%	15%	10%	1%	1%
<b>En förstärkt psykiatrisk traumavård</b>	14%	17%	6%	0%	13%	5%	3%	1%

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306

Andelen redovisade effekter har ökat under 2021–2024. År 2021 hade 28 procent av insatserna minst en redovisad effekt, 2024 hade 48 procent av insatserna det, se bilaga 4j. Att andelen redovisade effekter ökat är positivt, men det går inte att säga i vilken utsträckning det motsvarar en reell ökning av effekter. Respondenterna har årligen erbjudits stöd tillfällen för besvarandet av enkäterna där redovisning av effekter ingått, vilket troligen påverkat enkätsvaren.

De redovisade effekterna speglar centrala teman inom de prioriterade områdena: tillgänglighet inom området för barn och unga och samverkan och samordning inom samsjuklighetsområdet. Ökad kompetens är en vanlig redovisad effekt inom det prioriterade området kunskapsbaserad och säker vård och omsorg. I avsnittet om effektivitet har vi dock visat att det i vissa avseenden finns skillnader mellan överenskommelsens inriktning och de insatser som redovisats. Ökad kompetensutveckling är ett exempel på effekt som ofta redovisats men mer sällan eftersträvats enligt överenskommelsen.

# Sammanfattade iakttagelser och förslag

I det här kapitlet beskriver vi våra sammanfattade iakttagelser i utvärderingen. Vi avslutar varje iakttagelse med förslag på utvecklingsområden inom området.

## Behov av samlad styrning

I intervjuerna beskrivs att stimulansmedlen har varit viktiga genom att de möjliggjort genomförande av insatser inom området. Detta pekar på att insatsernas genomförande till en del är beroende av resurstillskott. Vår sammantagna bedömning är att överenskommelsen 2020–2024 har haft betydelse för utvecklingen inom området, genom medelstilldelningen men också genom de prioriterade områdena som bidragit med riktning för arbetet. Överenskommelsen har dock innefattat en stor mängd målsättningar och enligt intervjuerna har överenskommelsens prioriteringar inte alltid påverkat vilka insatser som genomförs. I enkätredovisningarna ses också i viss mån en skillnad mellan överenskommelsens inriktning och de insatser som redovisats. Inom de områden som varit mer tydligt inramade – förstärkt psykiatrisk traumavård, samsjuklighet och brukarinflytande – överensstämmer insatserna i högre grad med överenskommelsens intentioner, jämfört med övriga områden där träffsäkerheten varit lägre.

Vi ser ett stort fokus på kompetensutveckling, främst i kommunernas insatser, som inte har motsvarande tyngdpunkt i överenskommelsen. Redovisade effekter i termer av ökad kompetens innebär inte heller per automatik att mer långsiktiga förbättringar uppnås. Myndigheterna har även tidigare noterat att kompetensutvecklingsinsatser behöver kompletteras med andra insatser [31].

Psykisk hälsa och suicidprevention är ett angeläget utvecklingsområde där överenskommelsen har varit ett, av flera, nationella styrmedel som syftar till att påverka utvecklingen inom området. Med den nya nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention finns en långsiktig inriktning för arbetet inom området framöver [32]. Strategin kompletteras med andra styrmedel såsom den nya överenskommelsen om strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention [33]. Socialstyrelsen ser det som positivt att överenskommelsen för år 2025–2026 på flera sätt är tydligare i såväl utformning som kravställning. Samtidigt saknas en prioriteringsordning vilket kan vara en utmaning för kommuner och regioner [34]. Delar av överenskommelsen 2025–2026 är också snarlik tidigare överenskommelser vilket kan skapa otydlighet för huvudmännen. I uppföljningen av överenskommelsen 2025 ser vi också fortsatt många insatser med fokus på

kompetensutveckling, och redovisade effekter i form av ökad kompetens [34].

## Utvecklingsförslag

Den nya nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention skapar en gemensam grund för hela samhällets arbete inom området. Gemensamma mål ger riktning och möjliggör gemensamma lösningar på komplexa utmaningar. Vi föreslår att regeringen stärker kopplingen mellan en eventuell framtida överenskommelse och den nationella strategin. Det kan handla om att låta strategins delmål och prioriteringar få större genomslag i överenskommelsens utformning. I en sådan överenskommelse bör det också framgå vilka aktiviteter som är prioriterade att genomföra, samtidigt som utrymme lämnas för lokala och regionala prioriteringar.

## Behov av anpassning till kommuners och regioners olika förutsättningar

Kommuner har i hög grad använt medel till satsningar på kompetensutveckling som generellt är mindre kostsamma än andra typer av insatser. Samtidigt är kompetensutveckling sällan utpekad som en central fråga i överenskommelsen. Det är också dubbelt så många storstadskommuner som landsbygdskommuner<sup>5</sup> som har implementerat insatser i den ordinarie verksamheten. Detta tyder på att det finns utmaningar för mindre kommuner att använda stimulansmedlen till långsiktigt hållbart utvecklingsarbete. Vi kan i det sammanhanget också konstatera att överenskommelsens stimulansmedel är en mycket liten del av kommunernas och regionernas budget, och många kommuner har fått under en halv miljon kronor under hela perioden. Kraven på exempelvis redovisning är dock lika för alla huvudmän som tilldelats medel.

Socialstyrelsen har i tidigare uppföljningar pekat på att ersättningsmodeller kan behöva anpassas till aktörernas olika förutsättningar, för att överenskommelser inom området inte ska bidra till ökade skillnader [4]. Om statliga satsningar inom området i högre grad anpassas efter kommuners och regioners olika behov och förutsättningar skulle det kunna stärka möjligheterna att nå den nationella strategins mål.

## Utvecklingsförslag

Vi föreslår att statliga satsningar inom området i högre grad anpassas efter kommuners och regioners olika behov och förutsättningar. Det kan

---

<sup>5</sup> Landsbygdskommuner med besöksnäring

exempelvis handla om att differentiera krav på genomförande och redovisning.

## Behov av tvärsektoriellt arbete för tillgänglighet och psykisk hälsa

I överenskommelsen 2020 beskrivs att regionerna ska arbeta för förbättrad tillgänglighet med bibehållen kvalitet. Ökad tillgänglighet till BUP beskrivs som särskilt viktigt [12]. I överenskommelsen lyfts också att arbetet med att utveckla primärvårdsnivån för barn och unga, i form av första linjemottagningar, kan öka tillgängligheten i hela vårdkedjan.

Sedan 2011 finns också en förstärkt vårdgaranti för BUP som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare max 30 dagar för att få en fördjupad utredning eller behandling. Socialstyrelsen har tidigare beskrivit att antalet läkarbesök till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin ökade kontinuerligt under 2010–2023 vilket innebär en ökad vårdproduktion. Trots den ökade kapaciteten inom barn- och ungdomspsykiatrin har antalet patienter ökat snabbare än de tillgängliga resurserna. Detta medför att de flesta regioner inte klarar vårdgarantins gräns på 30 dagar [17]. Sedan i maj 2026 publicerar Socialstyrelsen väntetidsdata på sin hemsida. Socialstyrelsen kommer också publicera historiska uppgifter som SKR tidigare har samlat in [35].

Arbete för ökad tillgänglighet till vården har varit framträdande i regionernas arbete med överenskommelsen 2020–2024. Totalt har ungefär 10 procent av insatserna och 28 procent av medlen syftat till att öka tillgängligheten och 6 procent av insatserna har också en redovisad effekt om ökad tillgänglighet. Närmare hälften av regionernas insatser inom det prioriterade området för barn och unga har haft ökad tillgänglighet som mål. Det stora fokuset på ökad tillgänglighet ligger i linje med överenskommelsens intentioner. Insatserna handlar dock ofta om personalförstärkning i ordinarie arbete och det är vanligt att stimulansmedel har gått till upphandling och inköp av exempelvis neuropsykiatriska utredningar. Socialstyrelsen har även tidigare noterat att många av insatserna handlar om kortsiktiga lösningar [15, 16, 20].

I den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention betonas att specialistpsykiatris resurser i första hand ska riktas till de patienter som har störst vårdbehov. Vidare framgår att resurserna inom specialistpsykiatrin behöver användas mer effektivt. Samtidigt är en målsättning att förbättra tillgängligheten till vård- och stödinsatser för jämlik vård och omsorg [32]. Det förutsätter en tillräckligt hög kapacitet inom primärvården och att samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården fungerar tillfredsställande.

## Utvecklingsförslag

Det finns indikationer på att det uttalade fokuset på tillgänglighet och kortare köer kan riskera att skapa undanträngningseffekter i vårdkedjan. Vi bedömer att denna utmaning kräver breda och långsiktiga satsningar på systemnivå. För att utveckla hela vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa krävs ett nära samarbete mellan vård, omsorg, skola, elevhälsa samt barn och unga och deras föräldrar. Samverkan behöver också fungera inom varje sektor. Socialstyrelsen föreslår med anledning av detta att statliga initiativ verkar för ett stärkt tvärsektorielt arbete för barn och ungas psykiska hälsa.

## Behov av stärkt arbete med patient-, brukar- och anhöriginflytande – särskilt för målgruppen barn och unga

Området systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan har varit ett av de områden där de insatser som genomförts i hög grad svarar mot de intentioner som beskrivits i överenskommelsen. Allt fler regioner prioriterar arbete med nya metoder och arbetssätt och direkt inflytande. Socialstyrelsen har också tidigare sett tecken på ökat patient-, brukar- och anhöriginflytande inom ramen för överenskommelsen, genom att brukare och patienter i större utsträckning faktiskt involveras i insatser [20].

Socialstyrelsen har dock tidigare konstaterat att barn och unga inte varit målgrupp för inflytandeinsatser i samma utsträckning som andra åldersgrupper [14-16]. FN:s konvention om barns rättigheter, som är lag i Sverige sedan 2020, säger i artikel 12 att barn har rätt att uttrycka sig i alla frågor som rör barnet och att barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Socialstyrelsens iakttagelser har omnämnts i senare överenskommelser, men tycks inte ha påverkat kommuner och regioners arbete i någon större utsträckning. Ofta handlar huvudmännens insatser om att anställa brukarsamordnare eller peer supporters, göra brukarrevisioner eller införa brukarråd. Den typen av insatser införs i större utsträckning i verksamheter som arbetar med vuxna. Ungefär var tionde insats inom det prioriterade området fokuserar på barn och unga.

Statskontorets har i en utvärdering av barnrättspolitikerna visat på att regeringens styrning behöver bli tydligare för att öka barnkonventionens genomslag i stort [36]. Statskontoret har lämnat flera förslag för att öka barnkonventionens genomslag. Det handlar bland annat om att tydliggöra

myndigheters ansvar för att ge kommuner och regioner stöd i arbetet, och om ökad samordning och uppföljning.

När det gäller delaktighet och inflytande fastslår den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention att det finns ett behov av att stärka patient- och brukarinflytandet i vården och omsorgen, både insatser till enskilda och kvalitetsarbete på verksamhets- eller systemnivå. En del i detta är att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens personal ska ha ett personcentrerat förhållningssätt och integrera patienters och brukares erfarenheter i vård- och omsorgsarbetet. I strategin framgår också att arbetet med delaktighet och inflytande särskilt bör beakta personer som har svårt att få sina röster hörda – såsom barn och unga [32].

## Utvecklingsförslag

Socialstyrelsen ser att det finns ett fortsatt behov av att utveckla delaktigheten för barn och unga inom överenskommelsens område.

Socialstyrelsen föreslår därför att statens insatser särskilt prioriterar ett stärkt arbete med patient-, brukar- och anhöriginflytande specifikt för målgruppen barn och unga. Att särskilt peka på barns och ungas rätt till delaktighet och inflytande skulle bidra till en tydligare styrning och till att visa att det är en viktig fråga.

## Referenser

1. Begrepp inom området psykisk hälsa – Version 1.1. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinskt och social utvärdering, Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.
2. SR L. Practical program evaluation: assessing and improving planning, implementation, and effectiveness.; 2005.
3. Applying Evaluation Criteria Thoughtfully.: OECD; 2021.
4. Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
5. Vägledning – Verksamhetslogik. Ekonomistyrningsverket; 2016.
6. Överenskommelsen i praktiken – Dialoger om regioner och kommuners läns gemensamma arbete med psykisk hälsa och suicidprevention. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2025.
7. Psykisk hälsa och suicidprevention. Kommuners och regioners arbete med stöd av statliga stimulansmedel – Folkhälsomyndighetens lägesrapport 2025. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2025.
8. Psykisk hälsa och suicidprevention – Kommuners och regioners arbete med stöd av statliga stimulansmedel. Folkhälsomyndighetens lägesrapport 2024. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2024.
9. Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner; 2023.
10. Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2023. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Regeringskansliet; Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
11. Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2021–2022. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
12. Insatser inom området psykisk hälsa - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2020. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
13. Ungdomsmottagningarnas betydelse i arbetet med ungas psykiska hälsa. Fallstudier i tre län. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, Umeå Universitet; 2024.
14. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention - Socialstyrelsens lägesrapport 2025. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
15. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention - Socialstyrelsens lägesrapport 2024. Stockholm: Socialstyrelsen 2024.
16. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention - Socialstyrelsens lägesrapport 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

17. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025. Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatri. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
18. Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020-2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner – Delredovisning 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
19. Utvärdering av arbetssättet En väg in. En rapport om införandet av centraliserade funktioner för telefontriagering av vård för barn och unga med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
20. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention – Socialstyrelsens lägesrapport 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
21. Vården i siffror. Väntande 90 dagar eller kortare på första besök inom allmänpsykiatrisk vård. Andel som väntat 90 dagar eller kortare på första besök inom allmänpsykiatrisk vård. <https://vardenisiffror.se/>; 2026.
22. Nationella patientenkäten. Vuxenpsykiatri slutenvård (2018-2025). Barn och ungdomspsykiatri öppenvård (2022-2025) (Fysiska vårdbesök). Barn och ungdomspsykiatri slutenvård (2022-2024). Vuxenpsykiatri öppenvård (2018-2025) (Fysiska vårdbesök). I: SKR, red. <https://patientenkat.se/>; 2026.
23. Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Slutredovisning av uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
24. Psykisk hälsa och suicidprevention – Kommuners och regioners arbete med stöd av statliga stimulansmedel 2025. Folkhälsomyndighetens lägesrapport 2026. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2026.
25. Slutrapport - Insatser inom området psykisk hälsa 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.
26. Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner - Slutrapport. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2025.
27. Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2023. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner - Slutrapport. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.
28. Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner - Slutrapport. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2023.
29. Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner - Slutrapport. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
30. Delrapport - Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2022 Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
31. Lägesrapport 2025 – myndighetsgemensam promemoria. Följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2020–2025. Stockholm: Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen; 2025.

32. Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Stockholm: Regeringskansliet; Socialdepartementet; 2024.
33. Strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2025. Stockholm: Regeringskansliet; Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner; 2025.
34. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Socialstyrelsens uppföljningsrapport 2026. Stockholm: Socialstyrelsen; 2026.
35. Historik om Vantetidsdatabasen. 2026. Hämtad 2026-06-09 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/vantetidsdatabasen/historik-om-vantetidsdatabasen/>
36. En ny struktur för en tydligare styrning av barnrättspolitiken. Stockholm: Statskontoret; 2026.

# Bilaga 1. Metod

## Om programutvärderingen

Utvärderingen av överenskommelsen genomförs som en programutvärdering, vilket innebär att överenskommelsen och det arbete som genomförs inom för överenskommelsen bedöms i sin helhet [2]. Genom att utvärdera överenskommelsen i sin helhet möter vi vårt regeringsuppdrag där det ingår att både bidra till att vidareutveckla statens insatser vid behov samt att följa den nationella utvecklingen mot de prioriterade områden som regeringen har beslutat om inom ramen för överenskommelsen.

Som underlag för analysen har myndigheten använt sig av flera olika datakällor. Det viktigaste underlaget är de årliga enkätinsamlingar som myndigheten har genomfört för att följa upp överenskommelsen. Enkätunderlaget kompletteras med intervjuer, ekonomiska data och statistik samt tidigare genomförda analyser inom uppdraget.

## Analytiskt ramverk

Socialstyrelsen har i analysen använt en kombination av kriteriebaserad utvärdering och verksamhetslogik. Utvärderingskriterierna har använts för att bedöma överenskommelsens måluppfyllelse och ändamålsenlighet. Verksamhetslogik har fungerat som ett övergripande metodologiskt ramverk för analys av framför allt insatserna inom överenskommelsens prioriterade områden.

## Kriteriebaserad utvärdering

Programutvärderingen har designats med utgångspunkt i OECD:s kriterier för utvärdering av policys och program. Kriterierna kan användas för utvärdering av policys och program inom olika områden och för utvärderingar av insatser i såväl offentlig som privat sektor [3]. I utvärderingen har vi valt att använda fem av OECD:s sex kriterier som ram för utvärderingen:

- Effektivitet – i vilken utsträckning uppnår överenskommelsen sina mål?
- Koherens – Hur väl stämmer insatsernas fokus överens med överenskommelsens intentioner?
- Implementering – Kommer eventuella resultat och effekter bestå över tid?
- Relevans – Är överenskommelsen ändamålsenlig över tid och motsvarar den kommuners och regioners behov?
- Inverkan – Vilken betydelse har överenskommelsen haft för utvecklingen inom området?

Vi har inte inkluderat det sjätte kriteriet kostnadseffektivitet i utvärderingen, men har valt att i viss mån belysa ekonomiska frågeställningar utifrån övriga kriterier. Valet av utvärderingsfrågor har gjorts med utgångspunkt i överenskommelsens formuleringar och i de aspekter av utvärderingskriterierna som vi bedömt som viktigast för utvärderingen. Följande nyckelfrågor har formulerats för utvärderingen inom respektive kriterium:

**Tabell 13. Utvärderingskriterier och utvärderingsfrågor**

Kriterium	Utvärderingsfrågor
<b>Effektivitet</b>	<p>Har målen inom de prioriterade områdena uppnåtts?</p> <p>Hur mycket stimulansmedel har gått till olika typer av insatser eller utpekade delar inom de prioriterade områdena?</p> <p>Har överenskommelsen bidragit till bättre förutsättningar för att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap?</p> <p>Har överenskommelsen bidragit till att initiera eller utveckla särskilda vårdformer och effektiva målgruppsanpassade insatser?</p> <p>Har överenskommelsen bidragit till bättre tillgänglighet till vård och omsorg av god kvalitet?</p> <p>Har insatser inom överenskommelsen bidragit till ökad jämlikhet i hälsa, jämställdhet mellan kvinnor och män och att stärka barnrättsperspektivet i enlighet med bland annat barnkonventionen?</p>
<b>Koherens</b>	<p>Har insatser samordnats med andra aktuella initiativ?</p> <p>Hur har primärvården inkluderats i samordningen?</p>
<b>Implementering</b>	<p>Vilka typer av insatser har implementerats i ordinarie verksamhet, och hur ser huvudmännen på implementeringen av insatser?</p>
<b>Relevans</b>	<p>Har överenskommelsen överensstämt med behoven hos kommuner och regioner avseende innehåll och utformning?</p> <p>Hur väl har överenskommelserna möjliggjort anpassningar efter omvärlden?</p> <p>Vilken betydelse har SKR:s stöd haft för arbetet med överenskommelsen?</p>
<b>Inverkan</b>	<p>Vilken betydelse har överenskommelsen haft för utvecklingen inom området?</p>

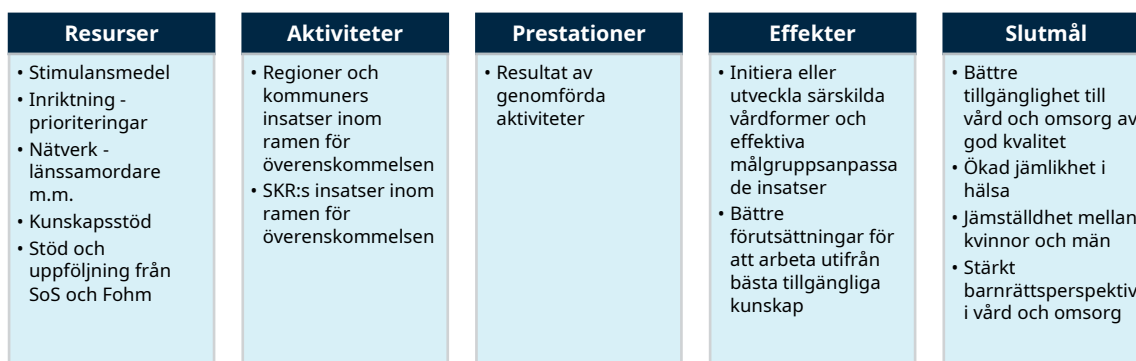
Utvärderingens huvudfokus har varit effektivitetskriteriet. Det är utifrån detta kriterium vi har undersökt överenskommelsens sammantagna måluppfyllelse samt måluppfyllelsen inom respektive prioriterat område.

## Verksamhetslogik

Verksamhetslogik har fungerat som ett övergripande metodologiskt ramverk för analys av insatser inom överenskommelsens prioriterade områden. Syftet med verksamhetslogik är att beskriva ”hur olika händelser och skeden förmodas hänga samman, från mål och resurser till verksamhet och från verksamhet till prestationer och effekter” [5]. Verksamhetslogik har i utvärderingen använts för att på aggregerad nivå undersöka hur samtliga insatser, sammantaget bedöms ha bidragit till att uppnå överenskommelsens mål och syften.

Vi har tagit fram en verksamhetslogik över överenskommelsen på ett övergripande plan, där överenskommelsens mål och syften har sorterats till effekter och slutmål, se figur 3. Aktiviteterna och dess prestationer representeras främst av regioners och kommuners insatser inom ramen för överenskommelsen. Verksamhetslogiken illustrerar vår tolkning av hur de olika komponenterna i överenskommelsen är relaterade till varandra.

**Figur 46. Schematisk bild över verksamhetslogik för överenskommelsen psykisk hälsa och suicidprevention 2020–2024<sup>6</sup>**



Verksamhetslogiken har styrt vilka effekter och slutmål som inkluderats i utvärderingen samt legat till viss del använts som grund för analysen av överenskommelsens relevans genom att synliggöra vilka antaganden och komponenter överenskommelsen bygger på.

För att tydliggöra effektkedjor inom överenskommelsen har vi också skapat verksamhetslogiker som beskriver de olika prioriterade områdena inom överenskommelsen. Dessa återfinns i det avsnittet som handlar om överenskommelsens effektivitet.

I logikkedjorna har vi sammanfattat de mest framträdande aktiviteterna, effekterna och slutmålen inom respektive prioriterat område. Genomförda aktiviteter, beskrivna målsättningar och effekter har därefter jämförts med

<sup>6</sup> I verksamhetslogiken är delar kopplat till handlingsplaner och främjande och förebyggande arbete exkluderat. Se avsnitt om avgränsningar.

logikkedjorna för att bedöma om kommuner och regioners arbete varit i linje med prioriteringarna inom respektive område.

Överenskommelsen är bred och har till viss del varierat i innehåll mellan åren. I utvärderingen har vi strävat efter att ge en sammantagen bild av kommuners och regioners insatser inom de prioriterade områdena, men kommuner och regioner har också genomfört en mängd olika aktiviteter som vi har valt att inte fördjupar oss i inom ramen för programutvärderingen.

## Enkäter – datainsamling och analys

Inom uppdraget har enkätsvar samlats in från kommuner och regioner för åren 2020–2024. Redovisningarna innehåller information om genomförda insatser, målgrupper, ansvarig verksamhet och samverkan. Redovisningarna avseende 2020–2024 har tidigare använts som underlag för Socialstyrelsens delredovisningar. För att möjliggöra jämförelse mellan åren och områdena har fritextsvar i redovisningarna 2021–2024 kodats om utifrån en ny kodbok. Vissa enkätfrågor har också skiljt sig något i formuleringar mellan åren. I den utsträckning det bedömts som möjligt har vi valt att inkludera svar även på dessa frågor, men anpassat tolkningen av resultaten med hänsyn till detta. Eftersom enkäten avseende 2020 togs fram av SKR och dessutom skickades ut under pandemin har svar från år 2020 exkluderats i jämförelsen.

Inkomna enkätsvar har analyserats på insatsnivå. Varje insats som redovisats har kategoriserats och kodats utifrån följande verksamhetslogiska områden:

- aktivitet
- prestation
- mål
- effekt.

Inom varje verksamhetslogiskt område har vi kodat insatserna enligt tematiska kategorier, med huvudkoder och underkoder, för att kunna göra en aggregerad analys av insatserna. Inom de områden där effekter beskrivs innebär en effekt en redovisad förändring till följd av en prestation. Kodning utifrån kategorier möjliggör en aggregerad analys av de insatser som genomförts. En kodbok för insatskodningen återfinns i bilaga 2.

Enkäterna har utöver insatsredovisning också innehållit frågor om brukarinflytande, samverkan och implementering. Denna del av enkäterna har bestått av både kryssfrågor och fritextsvar och varierat något över tid och mellan överenskommelsens olika områden.

Som underlag har också regionernas och kommunernas ekonomiska redovisningar använts. Dessa har samlats in från SKR och från Kammarkollegiet.

## Viktning av medel

I många fall har regioner och kommuner rekviderat medel som motsvarar summan av de fördelade medel som beslutats inom ramen för överenskommelsen. I en del fall har vi dock identifierat avvikelser i redovisningen av insatsernas medelsanvändning, till exempel över- eller underrapportering av medel eller avrundningsfel. För att minska effekten av avvikelserna på resultatet har vi viktat de redovisade medlen i proportion till summan rekviderade medel.

Viktningen av medel baseras på att skillnaden mellan summan av redovisade medel per enskild insats (insatsvärde) och summan av rekviderade medel3 fördelas proportionellt över insatsvärdena. Beräkningen av viktningen sker i två huvudsakliga steg.

Först beräknas den så kallade justeringsfaktorn, enligt följande:

$$J \text{ (justeringsfaktor)} = \frac{T \text{ (summan av rekviderade medel)}}{S \text{ (summan av insatsvärden)}}$$

Därefter beräknas det viktade insatsvärdet ( $x_i^*$ ) genom att insatsvärdet ( $x_i$ ) multipliceras med justeringsfaktorn ( $J$ ), enligt följande:

$$x_i^* \text{ (viktat insatsvärde)} = x_i \text{ (insatsvärde)} \times J \text{ (justeringsfaktor)}$$

Resultatet blir att de viktade insatsvärdena tillsammans motsvarar summan rekviderade medel:

$$\sum_{i=1}^n x_i^* = \sum_{i=1}^n x_i \times \frac{T}{S} = \frac{T}{S} \sum_{i=1}^n x_i = \frac{T}{S} \times S = T$$

Ett mindre antal kommuner har inte rekviderat medel från överenskommelsen. De aktuella kommunerna har varierat under överenskommelsernas olika år.

Socialstyrelsen vill understryka att det är en sammantagen och övergripande bild med utgångspunkt i regioners och kommuners enkätsvar som redovisas i utvärderingen.

## Sökordsanalyser

Ett antal sökordsanalyser har gjorts för att identifiera hur vanliga olika fenomen varit i enkätredovisningarna. Vi har gjort sökningar efter sökorden i insatsernas namn samt beskrivningar av aktiviteter, prestationer, mål och effekter. Sökordsträffarna har sedan lästs igenom i syfte att bedöma träffarnas relevans. I de fall sökordsträffen bedömts vara relevant har den inkluderats i analysen.

Nedan listas de sökordsanalyser som genomförts tillsammans med söksträng samt de inkluderings/exkluderingskriterier vi tillämpat:

*Covid-19 – pandemi, covid, corona*

*Kriminalitet – krimin\*, anti\*, lagöverträd\*, brott\*, våld (ej våld i nära relation), normbryt\*, utåtager\*, polis, gängk\*, trots\*, föröva\*, utagera\**

*Kunskap – kunskapsstyr\*, NPO, LPO, RPO, NAG, programom\*, insatspro\*, VIP, vårdprogr\*, riktlin\**

*Ukraina – Ukraina*

*Avtal/inköp etc. – konsult, avtal, upphandl\*, extern, leverant\*, privat, beställ\*, hyr\**

## Analys av implementerade insatser

En analys har genomförts av de stimulansfinansierade insatser som implementerats i ordinarie verksamhet bland de som mottagit medel under åren 2021–2024. År 2020 har exkluderats då strukturen för återrapportering inte är jämförbar med senare år. Analysen har genomförts av Lumell Associates på uppdrag av Socialstyrelsen.

Analysen har gjorts för att undersöka i vilken utsträckning stimulansfinansierade insatser har implementerats i ordinarie verksamhet samt vilken typ av insatser detta varit. Analysen har också undersökt i vilken utsträckning de implementerade insatserna handlat om särskilda vårdformer, målgruppsanpassade insatser eller vissa utvalda arbetssätt och metoder.

## Kodning av fritextsvar

I varje enkät finns en flervalsfråga och en fritextfråga som rör de projekt som implementerats i ordinarie verksamhet. För att analysera fritextsvaren varje exempel kodats utifrån vad projektet huvudsakligen syftar till att främja, exempelvis tillgänglighet och kapacitetsökning eller kompetensutveckling och utbildningsinsatser. Fritextsvaren har också kategoriserats för att identifiera huruvida insatserna innehållit särskilda vårdformer eller målgruppsanpassade insatser.

Kodning av fritextsvaren genomfördes för samtliga regioners svar samt kommuners och regioners gemensamma svar. Ett slumpmässigt urval av tre kommuner per kommungrupp (9 kommungrupper, totalt 27) gjordes. Kommuner som inte besvarat samtliga enkäter har exkluderats ur urvalet.

## Analys av beaktade perspektiv

En analys har genomförts av de perspektiv som uppgetts ha beaktats i de insatser som kommuner, regioner och regioner och kommuner gemensamt inom länen har genomfört inom ramen för överenskommelsen under åren 2021–2024. År 2020 har exkluderats då strukturen för åiterrapportering inte är jämförbar med senare år. Analysen har genomförts av Lumell Associates på uppdrag av Socialstyrelsen.

Varje år har kommuner och regioner, enskilt och gemensamt inom länen, i enkätsvaren redovisat hur olika perspektiv har beaktats i de redovisade insatserna. Det har varit möjligt att ange flera perspektiv som framträdande i arbetet med insatserna. Alternativen för vilka perspektiv som kunnat väljas har varierat något mellan enkäter för olika områden och år. Exempelvis tillkom perspektivet funktionshinder i enkäterna för år 2023 och 2024. Vilka kommuner och regioner som besvarat enkäten skiljer sig åt mellan åren, vilket begränsar jämförbarheten och minskar tillförlitligheten i jämförelser över tid.

## Analys av medlens relativa betydelse

En ekonomisk analys har gjorts av stimulansmedlens betydelse för kommuner och regioner ur ett relativt perspektiv. För att analysera betydelsen av medlen har stimulansmedel ställts i relation till kommuner och regioners kostnadsdata kopplad till psykisk hälsa och suicidprevention. Analysen har genomförts av Lumell Associates på uppdrag av Socialstyrelsen.

Data från SKR har använts som underlag för fördelade medel och specificerar utbetalade medel till kommuner och regioner fördelat per insatsområde och år. Det finns inga nyckeltal i nationella datakällor som fångar kommuner och regioners samlade budget eller kostnader kopplade till psykisk hälsa och suicidprevention – eller som kan adderas för att få en helhetsbild. I stället har det mest relevanta nyckeltalet för regioner respektive kommuner valts ut för analysen i syfte att fånga en så stor del av kostnaden för psykisk hälsa och suicidprevention som möjligt. För det länsgemensamma arbetet saknas relevant jämförelsedata, varför dessa medel inte inkluderas i analysen.

För regionerna har vi analyserat mängden stimulansmedel i relation till kostnaderna för specialiserad psykiatrisk vård i form av nettokostnad specialiserad psykiatrisk vård exkl. läkemedel inom förmånen. Data har hämtats från SCB. Nyckeltalet inkluderar dock inte primärvårdens kostnader vilket innebär att regionernas kostnader underskattas. För kommunerna har vi analyserat stimulansmedel i relation till bruttokostnaden för kommunens individ- och familjeomsorg. Data har hämtats från SCB. Kostnaden är inte avgränsad till psykisk hälsa och suicidprevention och inkluderar inte heller

kostnader inom andra verksamhetsområden. Kostnadsbegreppen skiljer sig på så vis att för kommuner används bruttokostnader, och för regioner används nettokostnader.

## Intervjuer – datainsamling och analys

För att fånga regioners och kommuners syn på överenskommelsen, exempelvis gällande innehåll och utformning inklusive fördelning av medel samt tillgången till stöd, har digitala intervjuer genomförts med representanter från kommuner, regioner och länsamordnare inom tre län under vintern 2025–2026.

Västerbotten, Västra Götaland och Kronoberg valdes ut för intervjuer. Länen valdes ut slumpmässigt utifrån följande kriterier: a) ett av länen ska i hög utsträckning utgöras av storstäder och storstadsnära kommuner, b) ett av länen ska i hög utsträckning utgöras av större städer och kommuner nära större stad, samt c) ett av länen ska i hög utsträckning utgöras av mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner.

Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från en intervjuguide med sju teman, se bilaga 3. Viss anpassning av frågorna gjordes utifrån kontexten. Intervjuguiden är baserad på utvärderingskriterierna och utvärderingsfrågorna. Guiden inkluderade i huvudsak frågeställningar om insatsers genomförande och implementering, kunskapsstyrning, samordning, arbetet med jämlikhet, jämställdhet och barnrätt, kommuners och regioners behov samt överenskommelsens inverkan. I intervjuerna inkluderades även frågor relaterade till arbetet med handlingsplaner, det prioriterade området handlingsplaner har dock exkluderats ur utvärderingen. Intervjuanteckningar utgjorde underlaget för analys och kodades med en deduktiv ansats utifrån våra utvärderingsfrågor och kriterier.

## Analys av SKR:s genomförda arbete

För att beskriva det arbete SKR genomfört inom överenskommelsen har en dokumentanalys gjorts av de rapporter som SKR redovisat till regeringen. Rapporterna har analyserats utifrån det uppdrag SKR har haft enligt överenskommelsen.

## Statistik

För att beskriva utvecklingen inom området har Socialstyrelsens genomfört kvantitativa analyser av väntetidsdata och patientenkäter. Socialstyrelsen har hämtat data för den nationella patientenkäten samt väntetidsdata från SKR.

## Bilaga 2. Kodbok

### Principer för kodning

- Hela insatsbeskrivningen bedöms i kodningen. Tex. Mål kan finnas beskrivna under resultat men ska ändå kodas som mål.
- Kodningen utgår från det som finns beskrivet. I kodningen undviks att dra egna slutsatser om vad en insats har för mål eller resultat.
- Huvudkategorin ska vara ledande i kodningen. Underkategorierna är en fördjupning.
- Med aktivitet avses det som utförs inom ramen för en insats för att nå resultat.
- Den huvudsakliga aktiviteten kodas.
- Slutförande av aktiviteter är inte mål eller effekter.
- Prestationer är de tjänster regioner och kommuner genomfört eller de produkter de tagit fram.
- En effekt är en förändring i en riktning.

### Koder för aktiviteter och prestationer

#### **Implementering och utveckling av arbetsätt och metoder**

- Riktad vård och omsorgsinsats
- SIP
- I samverkan/med flera aktörer
- Digitalisering
- Brukarinflytande
- Uppstartsarbete
- Arbete med handlingsplaner
- Övrigt

#### **Kartläggning, analys och utvärdering**

- Uppföljning och utvärdering
- Förstudie och kartläggning
- Systematisk uppföljning
- Arbete med styrdokument
- Arbete med handlingsplaner
- Brukarrevisioner och brukarinflytande
- Övrigt

### **Kompetens och informationsspridning**

- SIP
- Utbildning
- Föreläsning och kortare kompetensinsats
- Informationsspridning till allmänheten eller bredare målgrupp
- Handledning
- Övrigt

### **Personal- och resursförstärkning**

- Digitalisering
- Material och lokaler
- Personalförstärkning i ordinarie verksamhet
- Personalförstärkning i utvecklingsarbete
- Peer-supporters och brukarrepresentanter
- Övrigt

### **Samverkan, samarbete och samordning**

- Förstärkt samordningsfunktion
- SIP
- Arbete med processer och samverkansrutiner
- Arbete med patient-, brukar- och anhörigorganisationer
- Övrigt

## **Koder för mål och effekter**

### **Ökad kompetens och kunskap och förståelse**

- Ökad kunskap hos befolkning, patienter och brukare
- Ökad kompetens hos personal och yrkesverksamma
- Övrigt

### **Ökad tillgänglighet**

- Ökad digitalisering
- Ökad fysisk tillgänglighet
- Ökad tillgång till behandling
- Ökat antal vårdplatser
- Kortare väntetider
- Övrigt

### **Ökad samverkan, samarbete och samordning**

- Ökad användning av SIP
- Mer sammanhållen vård och omsorg
- Förtydligat vård- och omsorgsansvar
- Övrigt

### **Ökad jämlikhet**

- Ökad jämlikhet till vård och omsorg
- Ökad jämlikhet som effekt av vård och omsorg
- Övrigt

### **Ökad vård- och omsorgskvalitet**

- Ökad patientsäkerhet
- Förbättrade metoder och arbetssätt
- Stärkt första linjen
- Mer personcentrerad vård, ökat inflytande
- Övrigt

### **Förbättring för patienter och brukare**

- Patientnöjdhet
- Bättre hälsa hos patienter och brukare
- Mer personcentrerad vård, ökat inflytande
- Förbättring för anhöriga
- Övrigt

### **Förbättrade arbetssätt**

- Förbättrad arbetsmiljö
- Effektivare arbetssätt
- Övrigt

### **Förbättrade förutsättningar och mindre risker**

- Tidigare identifikation
- Minskad försämring
- Riskminskning
- Minskad isolering
- Övrigt

## Bilaga 3. Intervjuguide

### Inledning

1. Vad är din roll i arbetet med överenskommelsen?

### Insatser – genomförande och implementering

2. Hur har arbetet med att genomföra insatser utifrån överenskommelsen varit organiserat i stora drag hos er?
  - Hur har ni gått till väga för att välja insatser och vad har påverkat valet?
  - Vad har fungerat bra i ert arbete utifrån överenskommelsen?
  - Har ni stött på några utmaningar? Vilka?
  - Vilka hinder respektive möjligheter har ni haft med att implementera insatser i ordinarie verksamhet?
3. Hur stor påverkan har överenskommelsen på det ni faktiskt gör inom området?

### Handlingsplaner inom psykisk hälsa och/eller suicidprevention

4. Vilken roll har era handlingsplaner haft i ert utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa och suicidprevention?
  - Hur arbetar ni utifrån er regionala plan och vilken inverkan har den på det ni gör?
  - Hur arbetar ni utifrån den länsgemensamma planen och vilken inverkan har den på det ni gör?
5. Vilken betydelse har överenskommelsen haft för att möjliggöra genomförande och utveckling kopplat till era målsättningar i handlingsplan/er?

### Kunskapsstyrning

Arbete med kunskapsstyrning är relaterat både till överenskommelsen övergripande mål samt ett prioriterat område, men ingår även inom flera andra områden.

6. Har ni arbetat med det här uttalade syftet? På vilket sätt?

7. Har överenskommelsen varit funktionell i att stimulera implementering av NR/VIP eller liknande? På vilket sätt?
8. Hur har överenskommelsen fungerat för att stimulera implementeringen av kunskapsbaserade metoder, regionalt och lokalt?
9. Hade överenskommelsen kunnat styra tydligare mot kunskapsbaserade metoder och arbetssätt?

## Samordning

10. Har ni valt att samordna arbetet med större förändringar och nationella initiativ, t.ex. nya socialtjänstlagen, nära vård, samsjuklighet, andra stimulansmedel eller överenskommelser i någon utsträckning? Hur har det varit för er?
11. Hur och i vilken utsträckning har primärvården inkluderats i ert arbete utifrån överenskommelsen? T.ex. som ansvarig verksamhet eller samverkanspart?

## Perspektiv

Ett uttalat syfte för överenskommelsen är att den ska bidra till ökad jämlikhet i hälsa, jämställdhet mellan kvinnor och män och att stärka barnrättsperspektivet i enlighet med barnkonventionen. Inom flera av områdena av överenskommelsen är också bland annat HBTQI och äldre utpekade målgrupper eller perspektiv.

12. Har ni arbetat med de här perspektiven i era insatser? På vilket sätt?
13. Ser du att överenskommelsen har styrt mot något av dessa perspektiv? På vilket sätt?

Samtidigt ser vi utifrån enkätredovisningarna att vissa av dessa så som jämställdhet mellan kvinnor och män, HBTQI och äldre sällan finns med i enkätredovisningarna.

14. Vad tror du att det beror på att de sällan nämns?

## Kommuners och regioners behov

15. Vilka behov ser ni avseende innehåll och utformning av ÖK?
  - Hur väl har överenskommelsen och dess delområden mött dessa behov?
  - Ser du att det finns behov av förändring avseende överenskommelsen? Vilka?
16. Vilken betydelse upplever du att stödet från SKR har haft i arbetet med överenskommelsen?
  - Vad har fungerat bra och vad kan bli bättre?

## Överenskommelsens inverkan

17. Vilken betydelse bedömer du sammantaget att medlen inom överenskommelsen har haft för utvecklingen inom området psykisk hälsa och suicidprevention hos er?
18. Vilken betydelse har överenskommelsen haft utöver medlen – innehållet och utformningen?
19. Hade ni prioriterat annorlunda utan överenskommelsen?

## Avslutande frågor

20. Är det något annat som du vill skicka med oss innan vi avslutar?

## Bilaga 4. Figurer

### 4a. Främja psykisk hälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri

#### Andel stimulansmedel till personal och resursförstärkning

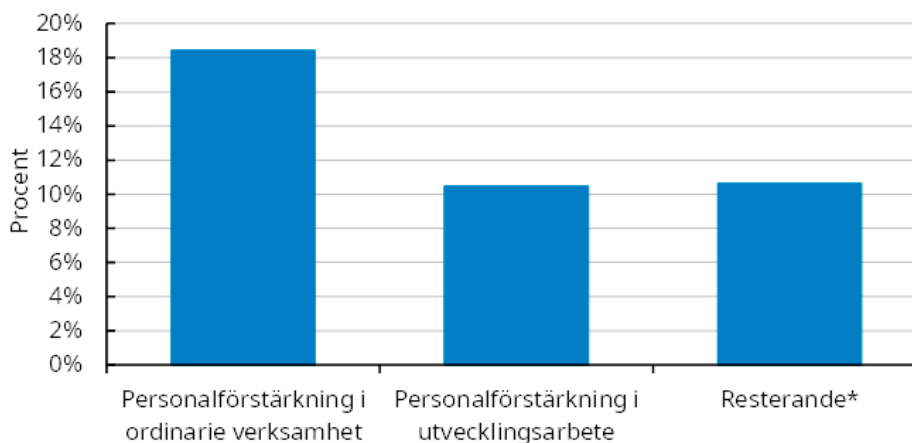
Kodade prestationer inom området. Andel av totala stimulansmedel inom området.

År	Andel av medel till personal och resursförstärkning
2021	21,45 %
2022	42,38 %
2023	33,72 %
2024	44,21 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022 n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

#### Andel stimulansmedel till personal och resursförstärkning

Kodade prestationer inom området. Andel av totala totala stimulansmedel inom området



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022 n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

## Andel insatser med sökord inköp som också har med prestationen personal- och resursförstärkning i ordinarie verksamhet

Kodade prestationer inom området och sökordsanalys.

### Andel med sökord av prestation

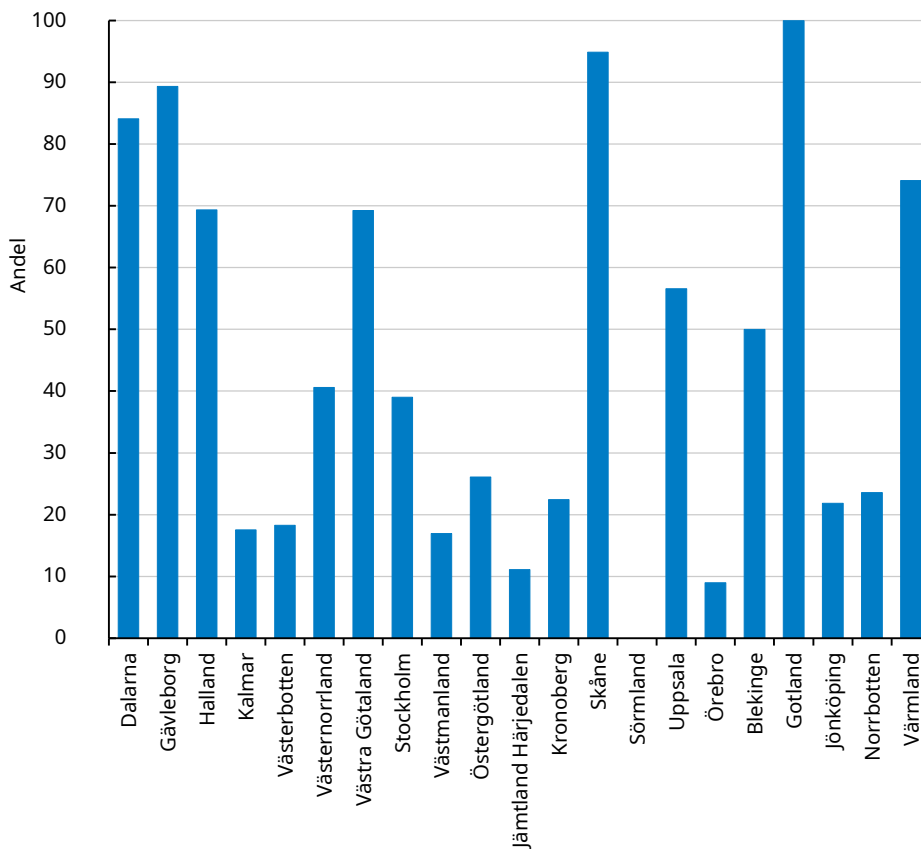
Sökord: köp, avtal, upphandl, konsutl, leverans, privat, beställ, hyr

40,54 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022  
n: 449 insatser

## Tillgänglighet barn- och ungdomspsykiatri

Andel startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri år 2024.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2026-04-08

## Stimulansmedel som använts till utveckling av första linjen eller en väg in

Kodade insatser inom området. Andel av totala stimulansmedel inom området.

### Andel stimulansmedel

Triagering en väg in 9,72 %

Utveckling av första linjen 23,16 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022  
n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

### Stimulansmedel som använts till utveckling av första linjen

Kodade insatser inom området. Andel av totala stimulansmedel inom området.

År	Andel stimulansmedel
2021	25,92 %
2022	36,74 %
2023	6,34 %
2024	25,81 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022  
n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

### Stimulansmedel som använts till utveckling av första linjen

Kodade insatser inom området. Andel av totala stimulansmedel inom området.

Andel stimulansmedel	
Region	Andel
Blekinge	53,51%
Dalarna	48,30%
Gävleborg	5,62%
Halland	77,37%
Jämtland Härjedalen	30,92%
Norrbottnen	66,08%
Skåne	6,15%
Södermanland	9,03%
Uppsala	1,47%
Värmland	30,99%
Västerbotten	5,16%
Västernorrland	14,59%
Västra Götaland	72,58%
Örebro	30,85%

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022  
n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

### Insatser som inkluderat kartläggning, analys och utvärdering

Kodade prestationer inom området.

Prestation kartläggning, analys och utvärdering	
Andel insatser	24 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022  
n: 449 insatser

### Stimulansmedel som har gått till utveckling av psykiatrisk heldygnsvård och psykiatrisk tvångsvård

Kodade insatser inom området. Andel av totala stimulansmedel inom området.

#### Utveckling av psykiatrisk heldygnsvård och psykiatrisk tvångsvård

<b>Andel medel</b>	7,75 %
--------------------	--------

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022  
n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

### Effekt – mer sammanhållen vård och omsorg

Kodade effekter inom området.

#### Insatser med effekten mer sammanhållen vård och omsorg

<b>Andel insatser</b>	2 %
-----------------------	-----

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022  
n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

### Insatser som inkluderat SIP

Kodade prestationer inom området.

#### Andel insatser med prestation SIP

<b>Andel insatser</b>	0,2 %
-----------------------	-------

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022  
n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

### Insatser som inkluderat brukarinflytande

Kodade prestationer inom området.

#### Prestation inom brukarinflytande

**Andel insatser** 2,23 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022  
n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

### Mål och effekter - mer personcentrerad vård eller ökad inflytande

Kodade effekter inom området. Antal insatser.

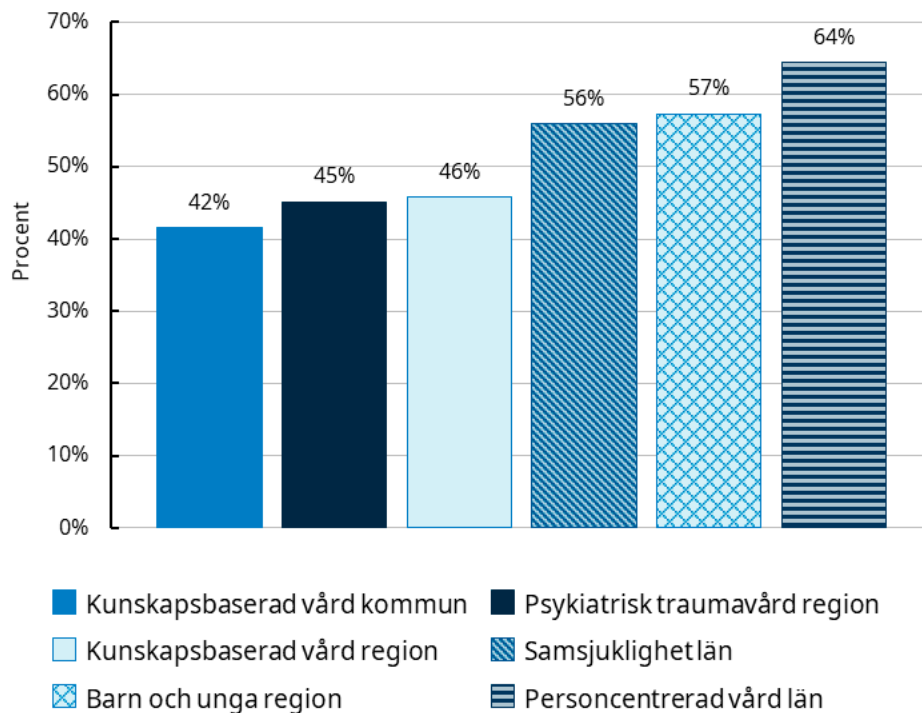
År	Mål - Vård och omsorgskvalitet - Mer personcentrerad vård, ökat inflytande	Effekter - Vård och omsorgskvalitet - Mer personcentrerad vård, ökat inflytande	Mål-Förbättring för patienter m.fl. - Mer personcentrerad vård, ökat inflytande	Mål-Förbättring för patienter m.fl. - Mer personcentrerad vård, ökat inflytande
2021	3			
2022	2		2	
2023	1		2	
2024	8	2	2	
<b>Totalsumma antal</b>	14	2	6	

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen. \* Inkluderar ej region Stockholm 2022  
n: 449 insatser; 1,6 miljarder kronor

## 4b. En mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet eller omfattande behov

### Andel kommuner och regioner, enskilt eller länsgemensamt, som angett att stimulansfinansierade projekt har implementerats i ordinarie verksamhet, uppdelat efter insatsområde under perioden 2021–2024

Kryssfråga: Finns det utvecklingsarbeten som finansierats med stimulansmedel under föregående år eller tidigare och som implementerats i den ordinarie verksamheten under aktuellt år? Kommuner och regioner som enskilt eller länsgemensamt svarat "ja".



Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024, 2025; Lumell Associates analys, 2025

### **Kommuner och regioner som länsgemensamt angett att stimulansfinansierade projekt har implementerats i ordinarie verksamhet i området samsjuklighet 2021–2024**

Kryssfråga: Finns det utvecklingsarbeten som finansierats med stimulansmedel under föregående år eller tidigare och som implementerats i den ordinarie verksamheten under aktuellt år? Kommuner och regioner som länsgement svarat "ja".

#### **Implementerat insatser i ordinarie arbete från föregående år 2021–2024**

<b>Andel</b>	<b>Antal</b>
52–62 %	11–13

Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024, 2025; Lumell Associates analys, 2025

### **Stimulansmedel som har gått individ- och målgruppsanpassade insatser**

Kodade insatser inom området. Andel av totala stimulansmedel inom området.

#### **Individ-och målgruppsanpassade insatser**

<b>Andel medel</b>	16 %
--------------------	------

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

### **Implementerade insatser**

Kodade fritextsvar där det bedömts att insatsen varit målgruppsanpassat.

#### **Andel svar där det framgår att det hänvisade projektet är målgruppsanpassat**

<b>Samsjuklighetsområdet</b>	23 %
------------------------------	------

Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024, 2025; Lumell Associates analys, 2025

### **Stimulansmedel som har gått insatser med särskilda målgrupper**

Kodade insatser inom området. Andel av totala stimulansmedel inom området.

#### **Särskilda målgrupper**

<b>Andel medel</b>	43 %
--------------------	------

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

### **Stimulansmedel till insatser med målsättning förbättring för anhöriga**

Kodade mål inom området. Andel av totala stimulansmedel inom området.

#### **Förbättring för anhöriga**

<b>Andel medel</b>	0,96 %
--------------------	--------

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

## Målgrupp anhöriga

### Målgrupp anhörig/närstående/vårdnadshavare

**Andel insatser** 18 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

## Effekt ökad tillgänglighet

Kodade effekter inom området.

### Effekt ökad tillgänglighet

**Andel insatser** 3,38 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

## Mål - mer personcentrerad vård eller ökat inflytande

Kodade mål inom området. Andel insatser.

År	Förbättrade metoder och arbetssätt - Mer personcentrerad vård, ökat inflytande	Förbättring för patienter och brukare - Mer personcentrerad vård, ökat inflytande
2021	12 %	3 %
2022	16 %	5 %
2023	15 %	5 %
2024	14 %	7 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

## Stimulansmedel som gått till SIP

Kodade prestationer inom området.

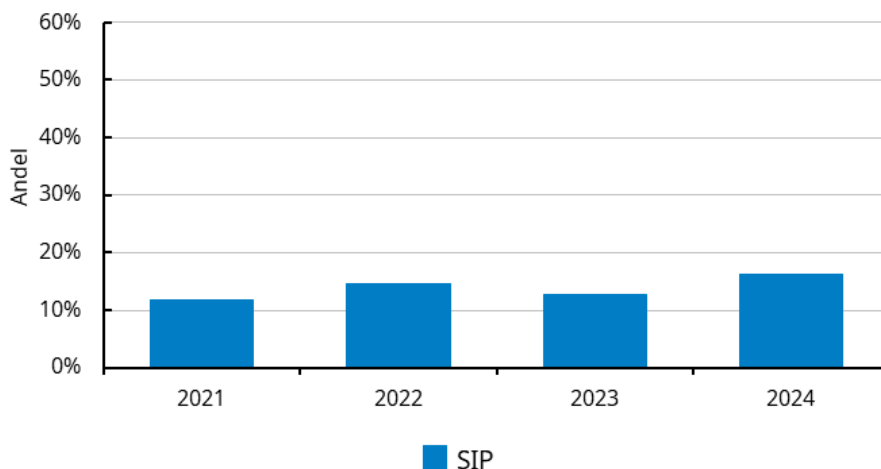
### Prestation SIP

**Andel stimulansmedel** 13,96 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

### Stimulansmedel som gått till SIP

Kodade prestationer inom området.



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

### Stimulansmedel som gått till kompetensutveckling

Kodade aktiviteter inom området.

Kompetens och informationsspridning	
<b>Andel medel</b>	8 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

### Kompetensutveckling

Kodade aktiviteter och prestationer inom området.

<b>Andel insatser med aktivitet</b>	Kompetensutveckling och informationsspridning	14 %
<b>Andel insatser med prestation</b>	Kompetensutveckling och informationsspridning	42 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 621 insatser; 850 mkr

## 4c. En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg

### Stimulansmedel som gått Kartläggning, analys och utvärdering

Kodade prestationer inom området.

Kartläggning, analys och utvärdering	
<b>Andel insatser region</b>	32 %
<b>Andel insatser kommun</b>	22 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 3246 insatser; 357 mkr.

## 4d. En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen

### Stimulansmedel som använts för utveckling och användning av konkreta metoder för delaktighet

Kodade insatser inom området. Andel av totala stimulansmedel inom området.

#### Utveckling och användning av konkreta metoder för delaktighet

**Andel medel** 49,35 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 351 insatser; 96 mkr

### Stimulansmedel som använts till peer supporters och brukarrepresentanter

Kodade prestationer inom området. Andel av totala stimulansmedel inom området.

#### Peer supporters och brukarrepresentanter

**Andel medel** 14,99 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 351 insatser; 96 mkr

### Stimulansmedel som använts till arbete med brukarrevisioner, brukarundersökningar eller brukarråd

Kodade prestationer inom området. Andel av totala stimulansmedel inom området.

#### Prestationer inom brukarrevisioner, brukarundersökningar eller brukarråd

**Andel medel** 14,82 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 351 insatser; 96 mkr

### Insatser som riktar sig till barn och unga

Kodade prestationer inom området.

	2021	2022	2023	2024
<b>Andel insatser</b>	5,68 %	13,33 %	11,46 %	11,69 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 351 insatser; 96 mkr

### Mål - personcentrering och inflytande

Kodade mål inom området. Andel insatser.

#### Andel insatser

46 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 351 insatser; 96 mkr

## Effekter - personcentrering och inflytande

Kodade effekter inom området. Andel insatser.

År	Andel insatser med effekt
2021	7 %
2022	14 %
2023	11 %
2024	13 %
<b>Totalsumma</b>	<b>11 %</b>

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 351 insatser; 96 mkr

## Insatser som inkluderat samverkan med patient- brukar- och anhörigorganisationer

Kodade prestationer inom området. Andel insatser.

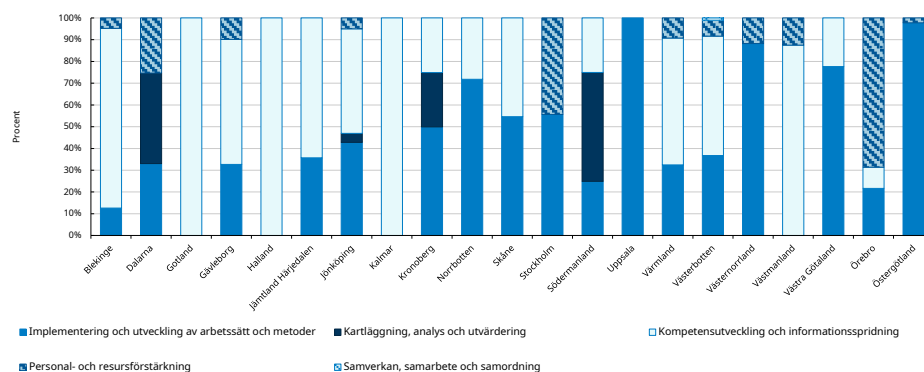
2021	17 %
2022	24 %
2023	15 %
2024	39 %
<b>Totalt:</b>	<b>23 %</b>

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 351 insatser; 96 mkr

# 4e. En förstärkt psykiatrisk traumavård

## Genomförda aktiviteter 2021–2024

Kodade aktiviteter



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 238 insatser; 200 mkr

\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2021 och 2022.

### Sökordsanalys våld

<b>Våld* heder* förtryck könsstympning prostit* nära relation övergrepp misshandel förövare offer människ* sexu*</b>	<b>Insatser med minst ett sökord</b>
--	--------------------------------------

<b>Andel</b>	23 %
--------------	------

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 238 insatser; 200 mkr

\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2021 och 2022.

### Sökordsanalys asyl

<b>Asyl nyanländ* flykt* ensamkommande Ukrain* migra EU-medborgare krig</b>	<b>Insatser med minst ett sökord</b>
---	--------------------------------------

<b>Andel</b>	14 %
--------------	------

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 238 insatser; 200 mkr

\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2021 och 2022.

### Insatser som gått till traumabehandling och rehabilitering med effekt ökad tillgänglighet

Kodade insatser inom området.

År	Andel insatser
2021	14 %
2022	12 %
2023	17 %
2024	26 %
<b>Totalt</b>	17 %

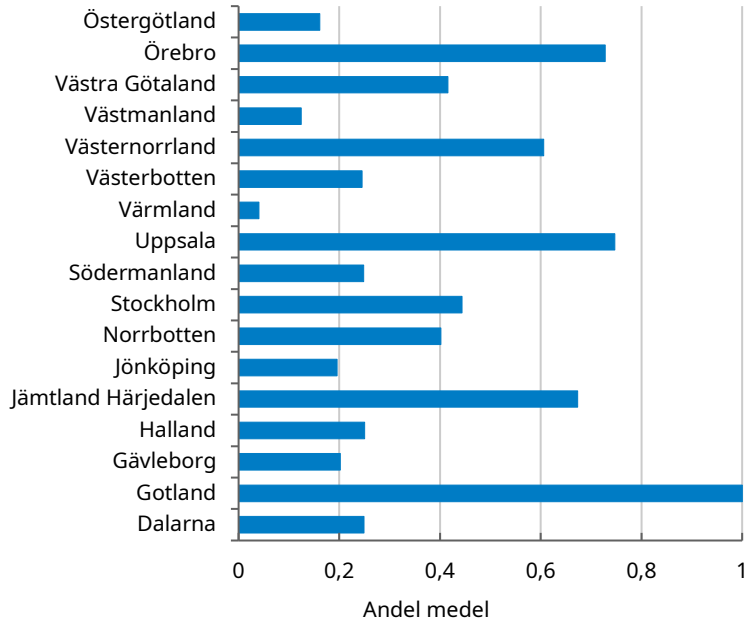
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 238 insatser; 200 mkr

\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2021 och 2022.

### Stimulansmedel som gått till traumabehandling och rehabilitering med mål ökad tillgänglighet

Kodade insatser inom området. Andel av stimulansmedel.



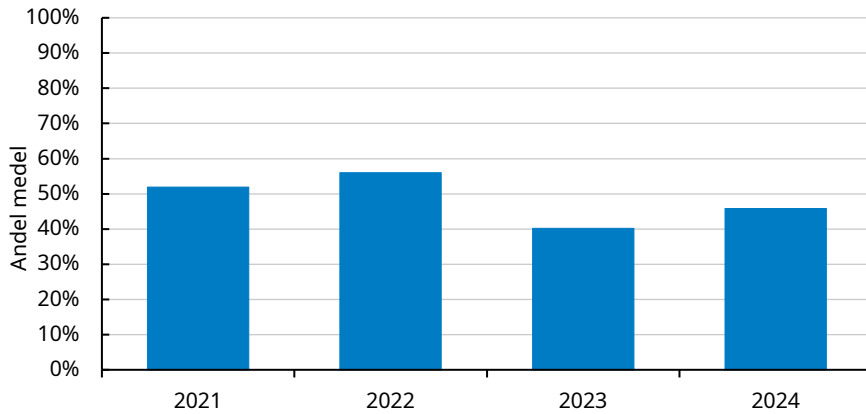
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 238 insatser; 200 mkr

\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2021 och 2022.

### Stimulansmedel till insatser som inkluderar kompetens och informations spridning

Kodade prestationer inom området. Andel av stimulansmedel.



Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 238 insatser; 200 mkr

\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2021 och 2022.

## Insatser med kompetens och informationsspridning och något av sökorden KBT, EMDR

Kodade prestationer inom området.

	KBT	EMDR
Andel	11 %	9 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 238 insatser; 200 mkr

\* Region Stockholm har rekviderat medel under samtliga år, men inte redovisat insatser för 2021 och 2022.

## 4f. Regionalt fokus på nationell kunskap

### Sökordsanalys kunskapsstyrning

Antal insatser och medel samt andel insatser och medel med sökord

Prioriterat område	Antal	Andel	Summa medel	Andel medel
<b>Förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga</b>	45	2 %	17 107 736 kr	1 %
<b>En mer sammanhållen vård och omsorg för personer med samsjuklighet</b>	64	5 %	41 878 264 kr	5 %
<b>En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - kommun</b>	295	5 %	5 499 162 kr	2 %
<b>En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - region</b>	104	18 %	100 296 410 kr	36 %
<b>En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan</b>	10	4 %	7 673 535 kr	8 %
<b>En förstärkt psykiatrisk traumavård</b>	10	2 %	2 138 251 kr	1 %
<b>Totalt</b>	528	5 %	174 593 358 kr	5 %

Sökord: NPO, LPO, RPO, NAG, programom\*, kunskapssty\*

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 5306 insatser

## Sökordsanalys kunskapsstöd – insatser och medel per prioriterat område

Antal insatser och medel samt andel insatser och medel med sökord

Prioriterat område	Antal	Andel	Summa medel	Andel medel
<b>Förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga</b>	45	10 %	117 190 015 kr	7 %
<b>En mer sammanhållen vård och omsorg för personer med samsjuklighet</b>	64	10 %	110 799 524 kr	13 %
<b>En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - kommun</b>	295	9 %	29 413 673 kr	8 %
<b>En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - region</b>	104	26 %	111 628 688 kr	40 %
<b>En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan</b>	10	3 %	3 981 908 kr	4 %
<b>En förstärkt psykiatrisk traumavård</b>	10	4 %	5 292 004 kr	3 %
<b>Totalt</b>	<b>528</b>	<b>10 %</b>	<b>378 305 812 kr</b>	<b>11 %</b>

Sökord, insatspro\*, VIP, vårdprogr\*, riktlinj\*

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 5306 insatser

## Sökordsanalys kunskapsstyrning och kunskapsstöd

Andel insatser med sökord per år

År	Kunskapsstöd	Kunskapsstyrning
<b>2021</b>	9 %	5 %
<b>2022</b>	11 %	5 %
<b>2023</b>	11 %	7 %
<b>2024</b>	9 %	4 %
<b>Totalt</b>	<b>10 %</b>	<b>5 %</b>

\*Söksträngar finns bilaga 1.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 5306 insatser

## 4g. Särskilda vårdformer och målgruppsanpassade insatser

### Andel medel som gått till insatser inom implementering och utveckling av arbetssätt och metoder

Kodade aktiviteter inom de prioriterade områdena sammantaget, 2020–2024

#### Implementering och utveckling av arbetssätt och metoder

66 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306 insatser

### Andel medel riktade vård och omsorgsinsatser

Kodade aktiviteter inom de prioriterade områdena sammantaget, 2020–2024

År	Andel medel
2021	9 %
2022	11 %
2023	12 %
2024	19 %
<b>Totalt</b>	<b>13 %</b>

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306 insatser

### Andel riktade vård och omsorgsinsatser samt målgruppsanpassade insatser

Kodade aktiviteter per prioriterat område, 2020–2024

Prioriterat område	Andel riktade insatser	Andel målgruppsanpassade insatser
Förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga	10 %	18 %
En mer sammanhållen vård och omsorg för personer med samsjuklighet	13 %	23 %
En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - kommun	8 %	8 %
En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - region	14 %	7 %
En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan	5 %	0 %
En förstärkt psykiatrisk traumavård	20 %	24 %
<b>Totalt</b>	<b>13 %</b>	<b>12 %</b>

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306 insatser

## Implementerade insatser

Kodade fritextsvar, andel av implementerade insatser 2021–2024.

Andel målgruppsanpassade insatser	Andel särskilda vårdformer
12 %	10 %

Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025

## Implementerade insatser som inkluderat särskilda vårdformer per typ av insats

Kodade fritextsvar, 2021–2024

Insatstyp	Andel
Digitalisering	29 %
Nya/förbättrade metoder, arbetssätt eller vårdformer	27 %
Samverkan och samordningsstrukturer	16 %
Övrigt	11 %
Kompetensutveckling och utbildningsinsatser	11 %
Förebyggande arbete och hälsofrämjande insatser	4 %
Tillgänglighet och kapacitetsökning	2 %
Styrning (inkl. Kunskapsstyrning), kvalitet, uppföljning	2 %

Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025

## Implementerade insatser som varit målgruppsanpassade, per typ av insats

Kodade fritextsvar, 2021–2024

Insatstyp	Andel
Nya/förbättrade metoder, arbetssätt eller vårdformer	38 %
Övrigt	18 %
Förebyggande arbete och hälsofrämjande insatser	11 %
Tillgänglighet och kapacitetsökning	10 %
Styrning (inkl. Kunskapsstyrning), kvalitet, uppföljning	7 %
Samverkan och samordningsstrukturer	7 %
Kompetensutveckling och utbildningsinsatser	6 %
Digitalisering	3 %

Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025

## 4h. Tillgänglighet i fokus

### Insatser med målet ökad tillgänglighet

Kodade mål, andel av insatser och medel 2020–2024

Insatser	Medel
11 %	28 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306 insatser

### Insatser med målet ökad tillgänglighet

Kodade mål, andel av insatser per år, 2020–2024

År	Andel
2021	11 %
2022	11 %
2023	10 %
2024	13 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306 insatser

### Insatser med mål ökad tillgänglighet

Kodade mål per prioriterat område, 2020–2024

Prioriterat område	Antal	Andel
Förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga	205	46 %
En mer sammanhållen vård och omsorg för personer med samsjuklighet	78	13 %
En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - kommun	172	5 %
En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - region	56	14 %
En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan	6	2 %
En förstärkt psykiatrisk traumavård	76	32 %
<b>Totalt</b>	<b>593</b>	<b>11 %</b>

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306 insatser

### Insatser med effekt ökad tillgänglighet

Kodade effekter, andel av insatser 2020–2024

#### Effekt

6 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306 insatser

### Insatser för ökad tillgänglighet som inkluderat resursförstärkning i ordinarie verksamhet

Kodade mål och prestationer per prioriterat område. Andel prestationer inom resursförstärkning i ordinarie verksamhet av insatser med målet ökad tillgänglighet inom områdena.

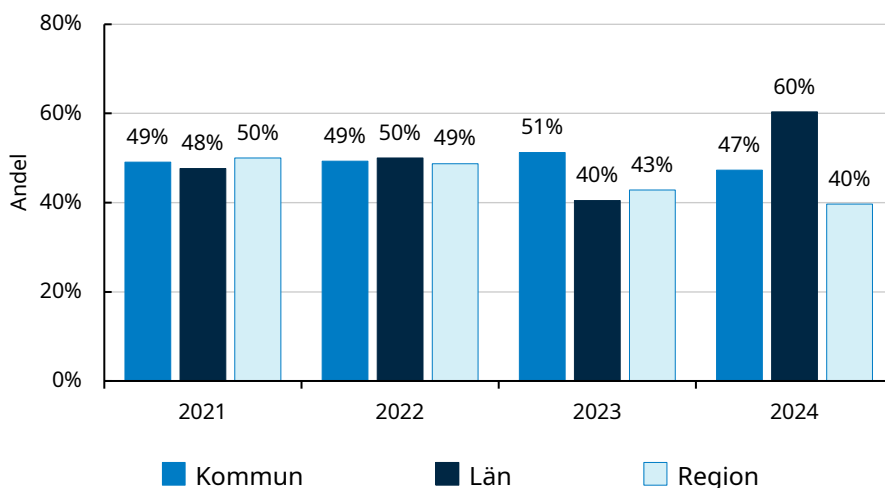
Prioriterat område	Antal	Andel
Förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga	65	31 %
En mer sammanhållen vård och omsorg för personer med samsjuklighet	5	6 %
En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - kommun	3	2 %
En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - region	3	5 %
En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan	0	0 %
En förstärkt psykiatrisk traumavård	10	13 %
<b>Totalt</b>	<b>115</b>	<b>19 %</b>

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 593 insatser

## 4i. Jämlikhet, jämställdhet och barnrättsperspektiv har inte fått genomslag

### Andel kommuner, regioner och län som särskilt beaktat barnrättsperspektivet i arbetet med insatserna, 2021–2024

Andel kommuner, regioner och län som uppgett att barnrättsperspektivet varit särskilt framträdande i arbetet med insatserna



Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025

### Andel kommuner, regioner och län som uppgett att perspektivet barnrätt varit särskilt framträdande, per område och år

Andel kommuner, regioner och län som uppgett att perspektivet barnrätt varit särskilt framträdande i arbetet med insatser, per område 2021–2024

	2021	2022	2023	2024
<b>Prioriterat område region</b>				
Barn och unga	70 %	60 %	57 %	62 %
Kunskapsbaserad vård	29 %	35 %	29 %	19 %
Psykiatrisk traumavård	60 %	55 %	52 %	38 %
<b>Prioriterat område kommun</b>				
Kunskapsbaserad vård	42 %	46 %	45 %	47 %
<b>Prioriterat område län</b>				
Samsjuklighet	76 %	67 %	52 %	57 %
Patient-, brukar- och anhörigmedverkan	19 %	33 %	29 %	33 %

Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025

### Andel kommuner, regioner och län som uppgett att perspektivet jämlikhet varit särskilt framträdande, per område och år

Andel kommuner, regioner och län som uppgett att perspektivet jämlikhet varit särskilt framträdande i arbetet med insatser, per område 2021–2024

	2021	2022	2023	2024
<b>Prioriterat område region</b>				
Barn och unga	60 %	60 %	62 %	71 %
Kunskapsbaserad vård	71 %	85 %	52 %	71 %
Psykiatrisk traumavård	60 %	70 %	48 %	71 %
<b>Prioriterat område kommun</b>				
Kunskapsbaserad vård	31 %	39 %	34 %	43 %
<b>Prioriterat område län</b>				
Samsjuklighet	86 %	81 %	76 %	81 %
Patient-, brukar- och anhörigmedverkan	57 %	67 %	86 %	81 %

Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025

### Andel insatser med mål ökad jämlikhet

Kodade mål inom de prioriterade områdena sammantaget. Andel insatser.

År	Mål ökad jämlikhet
2021	2 %
2022	6 %
2023	5 %
2024	7 %
<b>Totalt</b>	5 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306

### Andel kommuner, regioner och län som uppgett att perspektivet jämställdhet varit särskilt framträdande, per område och år

Andel kommuner, regioner och län som uppgett att perspektivet jämställdhet varit särskilt framträdande i arbetet med insatser, per område 2021–2024

	2021	2022	2023	2024
<b>Prioriterat område region</b>				
<b>Barn och unga</b>	25 %	25 %	19 %	38 %
<b>Kunskapsbaserad vård</b>	33 %	40 %	19 %	24 %
<b>Psykiatrisk traumavård</b>	25 %	20 %	14 %	5 %
<b>Prioriterat område kommun</b>				
<b>Kunskapsbaserad vård</b>	21 %	30 %	23 %	34 %
<b>Prioriterat område län</b>				
<b>Samsjuklighet</b>	48 %	24 %	24 %	29 %
<b>Patient-, brukar- och anhörigmedverkan</b>	33 %	29 %	29 %	14 %

Källa: Sammanställning av enkätsvar för arbete inom överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention under 2021–2024; Lumell Associates analys, 2025.

## 4j. Koherens, implementering, relevans och inverkan

### Primärvård i insatserna

Andel insatser med primärvården som ansvarig verksamhet respektive samverkanspart, 2024

Ansvarig verksamhet	Samverkanspart
5 %	18 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306 insatser.

### Sökordsanalys – kriminalitet och normbrytande beteende

Andel insatser med sökord inom kriminalitet och normbrytande beteende, per år 2021–2024

Prioriterat område	Andel med sökord
<b>2021</b>	2 %
<b>2022</b>	3 %
<b>2023</b>	9 %
<b>2024</b>	8 %
<b>Totalt</b>	5 %

\*Söksträngar finns beskrivna i bilaga 1.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306 insatser.

### Kodade prestationer inom området och sökordsanalys inköp

Andel insatser med sökord inköp som också har prestationen personal- och resursförstärkning i ordinarie verksamhet, per prioriterat område 2020–2021

Prioriterat område	Andel med sökord av prestation
Förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga	41 %
En mer sammanhållen vård och omsorg för personer med samsjuklighet	0 %
En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - kommun	11 %
En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - region	20 %
En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan	0 %
En förstärkt psykiatrisk traumavård	0 %
<b>Totalt</b>	<b>29 %</b>

\*Söksträngar finns beskrivna i bilaga 1.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 115 insatser med prestationen personal och resursförstärkning i ordinarie verksamhet.

### Sökordsanalys – covid19

Antal insatser med sökordsträff 2020–2021

Sökord	2021	2022	2023	2024	Totalt
<b>Covid-19</b>	93	34	9	6	142

\*Söksträngar finns beskrivna i bilaga 1.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.

n: 5306

### Andel insatser med minst en redovisad effekt, 2020–2024

Kodade effekter inom de prioriterade områdena sammantaget.

År	Andel insatser
2021	28 %
2022	40 %
2023	42 %
2024	48 %
<b>Totalt</b>	40 %

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2021–2024, Socialstyrelsen.  
n: 5306 insatser



Programutvärdering överenskommelsen 2020–2024 – Socialstyrelsens utvärdering av överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention (artikelnr 2026-6-10359) kan laddas ner från [socialstyrelsen.se/publikationer](https://socialstyrelsen.se/publikationer).