

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Socialstyrelsens lägesrapport 2022

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2022-8-8083
Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2022

Förord

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag av regeringen att i nära samverkan följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023. Myndigheterna ska följa utvecklingen och utvärdera resultaten av insatserna i regioner och kommuner i förhållande till de syften och den inriktning som anges i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020, om insatser för att stärka psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa. Vidare ska myndigheterna stödja regionerna och kommunerna i deras arbete med att genomföra insatserna.

Lägesrapporter ska lämnas till Regeringskansliet årligen. Uppdraget ska slutredovisas i september 2024.

Denna lägesrapport är den tredje inom uppdraget och innehåller en redovisning av Socialstyrelsens arbete med att följa, utvärdera och stödja de insatser som genomförs inom ramen för överenskommelsen. Rapporten ligger till grund för de slutsatser som myndigheterna presenterar i den gemensamma promemorian.

Projektledare för arbetet har varit utredarna Uliana Hellberg och Andreas Johansson, som tillsammans med utredarna Fanny Larsdotter, Emma Berisson, Maria Bodin och Liselotte Persson-Öhrn har utgjort projektets arbetsgrupp. Flera andra medarbetare vid myndigheten har medverkat i arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Rickard Broddvall.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	9
Stöd som sammanhållande begrepp	9
Lärande utvärdering för att utvärdera och stödja	11
Resultat av 2021 års insatser	11
Förskjutning inom patient- och brukarinflytande	12
Ettåriga medel för långsiktig utveckling	13
Utmaningar och förutsättningar för måluppfyllelse	13
Perspektiv som kan utvecklas	14
Uppföljning och utvärdering av utvecklingsarbeten	14
Förkortningar	15
Inledning	16
Uppdraget	16
Överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa 2021–2022	16
Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens ansvarsområden i myndigheternas gemensamma uppdrag	17
Gemensam promemoria och två fördjupningsrapporter	18
Omvärldsbevakning	18
Metod	23
Att stödja genom uppföljning, utvärdering och riktade stödinsatser	23
Stöd som sammanhållande begrepp	23
Uppföljning för att följa utvecklingen och stödja	23
Lärande utvärdering för att utvärdera och stödja	25
Riktade stödinsatser	27
Följa	28
Fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner samt vård av hög kvalitet där patienterna finns – mobila lösningar – delområde 1	28
Effekter och resultat	29
Verksamhet för att nå effekter och resultat	30
Sammanfattande iakttagelser för området	34
Insatser för att stärka barn- och ungdomspsykiatrin, främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga – delområde 2	37
Effekter och resultat	37
Verksamhet för att nå effekter och resultat	39
Sammanfattande iakttagelser för området	42

Insatser för att skapa goda förutsättningar för samverkan för personer med samsjuklighet – delområde 3.....	43
Effekter och resultat.....	43
Verksamhet för att nå effekter och resultat	46
Sammanfattande iakttagelser för området	49
En god vård och omsorg som är effektiv och säker, utgår från individens behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap – delområde 4	52
Effekter och resultat.....	52
Verksamhet för att nå effekter och resultat	56
Sammanfattande iakttagelser för området	62
Patienter och brukare som aktiva medskapare av vården och omsorgen – En mer personcentrerad vård och omsorg – delområde 5	63
Effekter och resultat.....	63
Verksamhet för att nå effekter och resultat	66
Sammanfattande iakttagelser för området	70
En förstärkt psykiatrisk traumavård – delområde 7.....	73
Effekter och resultat.....	73
Verksamhet för att nå effekter och resultat	76
Sammanfattande iakttagelser för området	78
Insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten 2021 .81	
Regionala och länsgemensamma områden	82
Kommunala områden	83
Brukarinflytande i praktiken	84
Patient- och brukarinflytande i teori och praktik	84
Brukarinflytande i praktiken.....	85
Process	86
Resultat.....	87
Kritiska faktorer för patient- och brukarinflytande	88
Analys av länsgemensamma handlingsplaner.....	88
Identifierade utvecklingsbehov	88
Kortsiktiga och långsiktiga mål.....	89
Perspektiv.....	89
Målgrupper	89
Uppföljning av aktiviteter i handlingsplaner	89
Pandemins påverkan	90
Fortsatt uppföljning inom uppdraget.....	90
Egen uppföljning	90
Fokus på resultat	90

Utvärdera	91
Fallstudier	92
Gävleborg	92
Sörmland	103
Värmland	112
Norrbotten	128
Gemensamma nämndare.....	136
Process- och resultatasppekter.....	136
Nuläge och önskat läge – vad finns det för gemensamma faktorer?	136
Kritiska faktorer – utmaningar och nödvändiga förutsättningar för att kunna nå målen	137
Fortsatt utvärdering inom uppdraget.....	138
Lärande utvärdering.....	138
Programutvärdering med fokus på måluppfyllelse	138
Riktat stöd.....	139
Inventering av pågående arbeten, kunskapsluckor utifrån förstudien	139
Nationell "resurskarta"	139
Kunskapsstöd om första linjen psykisk ohälsa	140
Fortsatt stöd – förslag och planering	140
Avslutning och diskussion	142
Resultat	142
Skillnader från föregående år	142
Den nya uppföljningsmodellen ger en mer sammanhållen och heltäckande bild.....	142
Förskjutning inom patient- och brukarinflytande	143
Kvarstående utvecklingsområden.....	143
Överlappningar mellan överenskommelsens olika delar i det praktiska genomförandet av insatser	143
Ettåriga medel för långsiktig utveckling	144
Utmaningar och förutsättningar för måluppfyllelse.....	144
Perspektiv som kan utvecklas	145
Tydligare roller: stödja, utvärdera, följa.....	145
Stöd som sammanhållande begrepp.....	145
Verksamhetsnära stöd i olika former	146
Mer nationellt stöd i systematisk uppföljning och utvärdering av utvecklingsarbeten	146
Nationell "resurskarta" för mer nationell samordning	147
Referenser	148
Bilaga 1. Metod i statistiska analyser.....	151

Bilaga 2. Exempel på genomförda insatser	152
Bilaga 3. Arbete med olika perspektiv inom området god vård och omsorg.....	159
Bilaga 4. Visualisering "relationskarta" – området psykiatrisk traumavård	163
Bilaga 5. Exempel på insatser som beslutats bli en del av ordinarie verksamhet 2021	165
Bilaga 6. Analys av handlingsplaner – utvecklingsbehov	167
Bilaga 7. Analyser och metoder inom lärande utvärdering	168

Sammanfattning

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att följa, utvärdera och stödja 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). Vidare ska myndigheterna stödja regionerna och kommunerna i deras arbete med att genomföra insatserna. Överenskommelsen syftar till att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid samt stärka förutsättningarna för en säker, individanpassad, tillgänglig, kunskapsbaserad, jämlik och effektiv vård och omsorg.

Överenskommelsen 2021–2022 innehåller sju delområden, och till varje del finns särskilda stimulansmedel.

1. Fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner samt vård av hög kvalitet där patienterna finns – mobila lösningar (264 mkr till regioner samt 200 mkr till kommuner).
2. Insatser för att stärka barn- och ungdomspsykiatrin, främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga (370 mkr till regioner samt 150 mkr till länen, dvs. till regioner och kommuner gemensamt, för arbete vid ungdomsmottagningar).
3. Insatser för att skapa goda förutsättningar för samverkan för personer med samsjuklighet (200 mkr till länen, dvs. till regioner och kommuner gemensamt).
4. En god vård och omsorg är effektiv och säker, utgår från individens behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap (100 mkr till regioner samt 100 mkr till kommuner).
5. Patienter och brukare som aktiva medskapare av vården och omsorgen – en mer personcentrerad vård och omsorg (24 mkr till länen, dvs. till regioner och kommuner gemensamt).
6. Ett stärkt suicidpreventivt arbete (200 mkr till länen, dvs. till regioner och kommuner gemensamt).
7. En förstärkt psykiatrisk traumavård (50 mkr till regioner).

Stöd som sammanhållande begrepp

Socialstyrelsen har strävat efter att anlägga ett stödjande perspektiv på uppdragets samtliga områden. Detta innebär att myndigheten ser en stödjande ansats som viktig inte bara i uppdragets uttalat stödjande delar, utan även i

myndighetens arbete med att följa och utvärdera de insatser som genomförs inom överenskommelsens olika delar.

Konkret har det inneburit att Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten initierade ett omfattande arbete under 2021 med att revidera och utveckla de enkäter som ligger till grund för myndigheternas arbete med att följa utvecklingen av insatser inom överenskommelsens delområden. Den nya modellen började användas för redovisning och analys av 2021 års insatser. Den har gett en bredare bild av måluppfyllelse, resultat av genomförda aktiviteter, i förhållande till överenskommelsens syften. Det som regioner och kommuner redovisar ger därmed också bättre förutsättningar att fånga olika typer av erfarenheter. Myndigheterna ser ett tydligare resultatfokus, hur och vilka insatser som leder till förväntade resultat, goda exempel men också utvecklingsområden eller problemmönster samt indikationer på om utvecklingen åstadkoms.

Vidare har Socialstyrelsen utformat uppdragets utvärderande delar i linje med ett utvärderingsteoretiskt ramverk som brukar benämnas lärande utvärdering. Det innebär att utvärderingen inte enbart är formad för att fylla en traditionellt resultatorienterad funktion; den ska även vara till nytta för de verksamheter vars insatser utvärderas.

Inom ramen för den förstudie som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten genomförde under 2020–2021, identifierade myndigheterna olika områden där regioner och kommuner uttryckt behov av stöd från nationell nivå. Underlag som tagits fram inom förstudien har varit en utgångspunkt för myndigheternas fortsatta arbete med att utveckla och erbjuda stöd inom uppdraget. Socialstyrelsens fortsatta inventering av pågående arbeten och kunskapsluckor inom området psykisk hälsa och suicidprevention har resulterat i konkretisering av några förslag.

Mot denna bakgrund anordnade Socialstyrelsen en digital verkstad där representanter från brukarrörelsen och nyckelpersoner som arbetar med patient- och brukarinflytande i regioner och kommuner deltar i en gemensam diskussion kring temat ”Brukarinflytande i praktiken”. Syftet med Brukarinflytande i praktiken är att utifrån deltagarnas behov skapa en arena för kunskapsutbyte, praktiskt lärande av varandra och vidareutveckling inom området.

Sammanfattningsvis har Socialstyrelsen gjort följande för att skapa bättre förutsättningar för regionernas och kommunernas fortsatta utvecklingsarbeten:

- återkoppling av uppföljningsresultat 2020 till regioner och kommuner skedde via olika nätverk: SKR:s länsamordnarnätverk, Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-s) och taktiska gruppen inom Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården
- dialog med SKR (Uppdrag psykisk hälsa) och NPO (Nationellt programområde) psykisk hälsa om det fortsatta arbetet, våra olika uppdrag och roller i att stödja regioner och kommuner
- fortsatt inventering av pågående arbeten och kunskapsluckor inom området psykisk hälsa; konkretisering av stödförslag utifrån det

- lärande utvärdering
- arbete med brukarinflytande och delaktighet.

Lärande utvärdering för att utvärdera och stödja

För att fånga resultat av det utvecklingsarbete som pågår i regioner och kommuner, och samtidigt kunna stödja en fortsatt utveckling i ett långsiktigt perspektiv, har Socialstyrelsen utformat de utvärderande delarna av uppdraget utifrån ett lärandeperspektiv. Denna typ av utvärdering fokuserar på insatser medan de genomförs, dvs. under en viss period, och innebär en öppen och lärande ansats som är nödvändig för att kunna analysera och utvärdera utifrån lokala kontexter och villkor.

En utvärdering har påbörjats hösten 2021 med fokus på insatser för barn och unga, där ett målgruppsperspektiv anlagts på ett urval av satsningar inom överenskommelsen.

Utvärderingen sker ur tre perspektiv – individperspektivet, verksamhetsperspektivet och systemperspektivet.

I individperspektivet fokuserar Socialstyrelsen på patienters, brukares och anhörigas erfarenheter av insatser samt hur dessa utvecklas. Berörda frågor kan handla om samverkan, delaktighet, inflytande, kontinuitet, tillgänglighet osv. Det handlar även om intresseorganisationers erfarenheter och kunskaper samt deras roll i planering och genomförande av utvecklingsarbeten.

I verksamhetsperspektivet fokuserar Socialstyrelsen på hur olika verksamheter i regioner och kommuner (ledning, personal, samverkanspartner) uppfattar en viss insats, samverkan inom området psykisk hälsa samt hur deras förutsättningar att ge en god vård och omsorg ser ut och utvecklas med hjälp av stimulansmedel inom överenskommelsen. Verksamhetslogik används som en övergripande modell och anpassas efter de olika verksamheterna.

I systemperspektivet är den huvudsakliga frågeställningen hur övergripande förutsättningar för att genomföra insatser inom området ser ut. Det handlar exempelvis om patient- eller brukargruppens storlek, ekonomiska resurser, personalförsörjning, kompetensförsörjning, tillgänglighet, vårdbehov m.m. Vidare kan det röra sig om externa faktorer påverkan på genomförandet av insatser, men även om lokala, regionala och länsgemensamma behov och målsättningar som ligger till grund för utvecklingsarbete. Utvärderingen syftar också till att belysa hälso- och sjukvårdens och omsorgens kontexter och villkor när det gäller prioritering, planering och uppföljning av insatser.

Varje utvärderingsfall belyses ur de tre perspektiven, och en sammanfattande bild ges kring övergripande utveckling, framgångsfaktorer och utvecklingsområden.

Resultat av 2021 års insatser

En mängd insatser pågår inom ramen för överenskommelsen. Socialstyrelsen har analyserat ca 1540 insatser som redovisats inom mobila lösningar (delområde 1), barn och unga (delområde 2, exklusive ungdomsmottagningar), samverkan för personer med samsjuklighet (delområde 3), god vård och

omsorg (delområde 4), patienter och brukare som aktiva medskapare av vården och omsorgen – en mer personcentrerad vård och omsorg (delområde 5) och psykiatrisk traumavård (delområde 7).

I en större utsträckning än förra året ser Socialstyrelsen resultat av genomförda insatser, exempelvis i form av ökad tillgänglighet, samverkan och samarbete, implementering av arbetssätt och metoder, förebyggande arbete. Många insatser har uppnått målen eller är på god väg att uppnå dem. Samtidigt är det tydligt att olika län, regioner och kommuner kommit olika långt i sina utvecklingsarbeten.

- Ur ett individperspektiv finns fler tecken på att arbetet inom överenskommelsen inneburit förbättringar när det gäller brukar- och patientinvolvering. Fler resultat för individer har redovisats. Det finns dock fortfarande stora diskrepanser mellan mål och resultat i de insatser som syftar till bättre vård och omsorg för den enskilde.
- Ur ett verksamhetsperspektiv kvarstår kända utmaningar kring kompetensförsörjning och personalförsörjning, samverkan och samordning. Även om fler resultat för individer har redovisats, dominerar verksamhetsfokus i de genomförda insatserna. Samverkansfrågan är alltid aktuell, oavsett vilket utvärderingsområde som varit i fokus.
- Ur ett systemperspektiv finns det hög samstämmighet vad gäller vikten av insatser inom området psykisk hälsa, mer personcentrerad vård och omsorg, ökat samarbete och samverkan m.m. Samtidigt observerar Socialstyrelsen en stor variation när det kommer till genomförandet, som kännetecknas av olika aktiviteter, berörda aktörer, ofta ospecificerade mål och målgrupper som insatser riktar sig till, vilket i sin tur tillför varierande resultat på kort och lång sikt.

Förskjutning inom patient- och brukarinflytande

Socialstyrelsen ser en försiktig förskjutning från föregående års insatser, där kompetenshöjande insatser mestadels handlade om vad brukarinflytande var, till att i år fler resultat faktiskt handlar om att bjuda in brukare och patienter till delaktighet och inflytande. Samtidigt uppmärksammar Socialstyrelsen att patient-, brukar- och anhöriginflytande varierar mellan olika områden inom överenskommelsen. Intresseorganisationer och enskilda har oftast bjudits in till inflytande inom de läns gemensamma områdena.

Följande sammanfattande punkter har kommit fram vid Brukarinflytande i praktiken:

- det finns ett stort engagemang för frågan kring patient- och brukarinflytande
- det är viktigt att arbeta tillsammans, att brukarorganisationer och representanter för regioner och kommuner deltar som jämbördiga parter
- det är viktigt med rutiner och fungerande strukturer för samverkan
- det är viktigt med samsyn gällande målsättning, syfte och roller
- ovilja, okunskap och rädsla är stora hinder för att uppnå brukarinflytande
- det är viktigt att fråga de som får insatserna; utan att fråga brukarna vet man inte om det man gör får effekt eller gör nytta

- ett bra brukarinflytande innebär att lyssna och ta tillvara brukarens kunskaper och erfarenheter och visa det, och att egen erfarenhet ses som en naturlig kunskapskälla.

Ettåriga medel för långsiktig utveckling

Samma typer av insatser återfinns ofta i redovisningar både från 2020 och från 2021. Dessa insatser innebär ofta personalförstärkning, kompetensutveckling och verksamhetsutveckling. Enkätsvaren vad gäller insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten under år 2021 tyder på en stor variation i hur långt man kommit i implementering av utvecklingsarbeten.

Att stimulansmedel används till samma typ av kortsiktiga insatser år efter år, kan bero på svårigheter hos verksamheterna att använda stimulansmedel till långsiktig utveckling. Å ena sidan tillförs ny kompetens, nya metoder och arbetssätt för att stärka befintliga aktörer. Socialstyrelsen får också signaler på att stimulansmedel främjar samverkan där de aktörer som inte är vanliga samverkanspartner, t.ex. tandvården, intresseorganisationer, patienter och brukare, involverats i gemensamma utvecklingsarbeten. Å andra sidan används stimulansmedel i vissa fall för att finansiera insatser som annars ändå hade kunnat genomföras (t.ex. framtagande av rutiner) eller till punktinsatser.

En av de befintliga utmaningarna i genomförandet av utvecklingsarbeten är att lyckas med implementering i den ordinarie verksamheten. En del av problematiken rör sig om att stimulansmedlen fördelas med en tidshorisont på ett år, vilket enligt huvudmännen kan vara utmanande för att skapa varaktiga strukturer, om utveckling och innovation bedrivs med dessa relativt kortsiktiga medel. Samtidigt uppmärksammar Socialstyrelsen att flera insatser av de som tidigare finansierades med stimulansmedel och beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten under 2021 har genomförts under mer än ett år.

Utmaningar och förutsättningar för måluppfyllelse

Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering visar så här långt att, förutom den ovannämnda utmaningen, kan det finnas olika syn på roller och uppdrag mellan olika vård- och omsorgsaktörer i genomförandet av insatserna. För att insatsen ska lyckas efterfrågas ofta tydlighet i uppdragsfördelning och roller mellan samtliga samverkanspartner.

Samverkan är en avgörande förutsättning för hur samarbete mellan olika yrkesgrupper och samordning av insatser kring den enskilde sker. Medan flera insatser främst handlar om samverkan på organisatoriskt plan mellan olika samhällsaktörer, visar utvärderingen utmaningar med att omvandla nya och befintliga samverkansstrukturer till fungerande samarbete inom avgränsade insatser på olika nivåer samt mellan olika funktioner. Det är vanligt att det på organisatoriskt plan tas fram samverkansriktlinjer, rutiner och överenskommelser i regioner och kommuner. En utmaning vid implementering av dessa handlar om att tillämpa dokumenten i det praktiska arbetet. Samma gäller utbildningar och det praktiska användandet av nya kunskaper och metoder i t.ex. en SIP eller ett patientmöte. Kompetenshöjande insatser som är återkommande i redovisningarna från regioner och kommuner, inom överenskommelsens olika områden, innebär inte en automatisk användning av

nya metoder, utan kräver tillämpning och involvering av olika intressenter, inklusive slutmottagare.

Perspektiv som kan utvecklas

Många av de insatser som har redovisats har ett uttalat fokus på barn och ungas psykiska hälsa och kompetensförsörjning, men skulle i större utsträckning kunna kopplas till FN:s konvention om barns rättigheter. Trots att flera regioner och kommuner redovisar att de har arbetat med jämställdhetsperspektivet, har Socialstyrelsen identifierat få insatser som beskriver det konkreta arbetet med jämställdhetsintegrering. Äldreperspektivet saknas helt eller delvis i vissa områden där äldre personer borde ses som en målgrupp, t.ex. samverkan för personer med samsjuklighet och psykiatrisk traumavård. Hbtqi-personer är en av de prioriterade målgrupperna enligt läns- och regionens handlingsplaner; däremot har hbtqi-perspektivet väldigt sällan varit framträdande i genomförandet av insatser.

Uppföljning och utvärdering av utvecklingsarbeten

Regioner och kommuner kan gynnas av nationellt stöd med uppföljning och utvärdering, för kvalitetssäkring av en ändamålsenlig användning av utvecklingsmedel.

Detta ske genom fortsatt uppföljning av stimulansmedel som synliggör olika typer av insatser i olika regioner och kommuner samt resultat som uppnås på kort och lång sikt. Uppföljningen av stimulansmedel kan även integreras i uppföljning av området psykisk hälsa och suicidprevention i stort, för att tydligare kunna visa vad stimulansmedel och andra utvecklingsmedel tillför till området.

Parallellt med nationellt stöd och styrning vad gäller uppföljning och utvärdering, har regioner och kommuner i sin tur mycket att vinna på att utveckla sitt arbete med egen uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och användning av data, för att kunna skaffa sig mer kunskap om vad i genomförandet av insatser som leder till tänkta resultat.

Förkortningar

Adhd	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ANDT	Alkohol, narkotika, dopning, tobak
BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom
BUH	Barn- och ungdomshabilitering
BUP	Barnpsykiatri
CPP	Child Parent Psychotherapy
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ESL	Ett självständigt liv
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
FOU	Forskning och utveckling
Hbtqi	Homosexuella, bisexuella, transpersoner, personer med queera uttryck och identiteter och intersexpersoner
HLT	Hälsa, lärande och trygghet
HP	Handlingsplan
HVB	Hem för vård eller boende
IPS	Individual Placement and Support
KAA	Kommunernas aktivitetsansvar för ungdomar
KBT	Kognitiv beteendeterapi
Komet	KOMMunikationsMETod
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
MHFA	Mental Health First Aid
MI	Motiverande samtal
MUCF	Myndigheten för ungdoms- och civillsamhällesfrågor
NAG	Nationella arbetsgrupper
NPF	Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
NPO	Nationella programområden
NSPH	Nationell samverkan för psykisk hälsa
PE	Prolonged Exposure
PTSD	Posttraumatiskt stressyndrom
RACT	Resource group Assertive Community Treatment
RAG	Sjukvårdsregional arbetsgrupp
RPO	Regionala programområden
SE	Supported Employment
SIP	Samordnad individuell plan
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
TBA	Tillämpad beteendeanalys
TRT	Teaching Recovery Techniques
UMO	Ungdomsmottagning
UVAS	Unga som varken arbetar eller studerar
VIP	Vård- och insatsprogram

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att i nära samverkan följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023. Myndigheterna ska följa utvecklingen och utvärdera resultaten av insatserna i regioner och kommuner i förhållande till de syften och den inriktning som anges i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Vidare ska myndigheterna stödja regionerna och kommunerna i deras arbete med att genomföra insatserna.

Denna lägesrapport är den tredje inom uppdraget.

Överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa 2021–2022

Myndigheternas uppdrag utgår från överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa 2021–2022. Denna utgår från regeringens övergripande strategi inom området psykisk hälsa för perioden 2016–2020 och syftar till att:

- stödja ett fortsatt utvecklingsarbete utifrån de lokala och regionala handlingsplaner som tagits fram i enlighet med 2016–2018 års överenskommelser,
- bidra till bättre förutsättningar för regioner och kommuner att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap, samt
- initiera eller utveckla särskilda vårdformer och effektiva målgruppsanpassade insatser för att förebygga psykisk ohälsa och öka tillgängligheten och kvaliteten i vården för de som redan har drabbats.

Överenskommelsen omfattade under år 2021 totalt 1 680 mkr, där merparten fördelades till regioner och kommuner för att, enskilt eller i samverkan, möjliggöra långsiktigt och hållbart utvecklingsarbete inom området.

Överenskommelsen innehåller sju olika delar, och stimulansmedlen är fördelade till dessa delar på det sätt som framgår nedan.

1. Fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner samt vård av hög kvalitet där patienterna finns – mobila lösningar (264 mkr till regioner samt 200 mkr till kommuner).
2. Insatser för att stärka barn- och ungdomspsykiatrin, främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga (370 mkr till regioner samt 150 mkr till länen, dvs. till regioner och kommuner gemensamt, för arbete vid ungdomsmottagningar).
3. Insatser för att skapa goda förutsättningar för samverkan för personer med samsjuklighet (200 mkr till länen, dvs. till regioner och kommuner gemensamt).
4. En god vård och omsorg är effektiv och säker, utgår från individens behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap (100 mkr till regioner samt 100 mkr till kommuner).
5. Patienter och brukare som aktiva medskapare av vården och omsorgen – en mer personcentrerad vård och omsorg (24 mkr till länen, dvs. till regioner och kommuner gemensamt).
6. Ett stärkt suicidpreventivt arbete (200 mkr till länen, dvs. till regioner och kommuner gemensamt).
7. En förstärkt psykiatrisk traumavård (50 mkr till regioner).

Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens ansvarsområden i myndigheternas gemensamma uppdrag

Med utgångspunkt i Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens olika grunduppdrag tar respektive myndighet huvudansvar för olika delar i arbetet med att följa, utvärdera och stödja de insatser som genomförs inom ramen för överenskommelsen.

Utgångspunkten är att Folkhälsomyndigheten tar huvudansvar för de delar av överenskommelsen som i första hand kan knytas till främjandet av psykisk hälsa. Till detta ansvar hör att ta vara på den kompetens som också finns inom Socialstyrelsen i dessa delar.

Socialstyrelsen tar på motsvarande sätt, och med samma ansvar, vara på den kompetens som också finns inom Folkhälsomyndigheten, med huvudansvar för de delar av överenskommelsen som i första hand knytas till stärkta förutsättningar för god vård och omsorg.

I praktiken innebär det att Folkhälsomyndigheten har huvudansvar för överenskommelsens delområde 1 (exklusive mobila lösningar), ungdomsmottagningarna inom delområde 2, samt delområde 6.

Socialstyrelsen har huvudansvar för mobila lösningar inom delområde 1, delområde 2 (exklusive ungdomsmottagningar), delområde 3, delområde 4, delområde 5, samt delområde 7.

Gemensam promemoria och två fördjupningsrapporter

Årets lägesrapportering sker i en myndighetsgemensam promemoria och i två myndighetsspecifika fördjupningsrapporter. I den gemensamma promemorian redovisas en övergripande sammanfattning, huvudsakliga slutsatser från den verksamhet som regioner och kommuner bedrivit under 2021, metod och genomförande, med mera. I de myndighetsspecifika fördjupningsrapporterna redovisas respektive myndighets analyser, resultat och slutsatser från myndigheternas arbete med att följa, utvärdera och stödja de insatser som genomförs inom ramen för överenskommelsen. Detta sker utifrån respektive myndighets huvudsakliga ansvarsområde.

Föreliggande fördjupningsrapport utgör Socialstyrelsens redovisning av uppdraget att följa, utvärdera och stödja de insatser som regioner och kommuner genomfört under 2021 inom ramen för överenskommelsen om psykisk hälsa och suicidprevention.

Omvärldsbevakning

I överenskommelsen 2021–2022 beskrivs, precis som i föregående års överenskommelse, de övergripande målen för både hälso- och sjukvården – en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen¹ – och socialtjänsten – människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktivt deltagande i samhällslivet² [1].

Flera kunskapsunderlag som Socialstyrelsen tagit fram beskriver läget och utvecklingen inom området psykisk hälsa och suicidprevention, däribland lägesrapporten *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård* [2]:

- Majoriteten av befolkningen har ett gott välbefinnande, men unga kvinnor uppger mest psykiska besvär såsom stress, oro och ångest. Sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa är vanligast bland kvinnor. Självmod är vanligare bland män, men fler kvinnor anger att de har tankar på att ta sitt liv.
- Det finns köns- och ålderskillnader i läkemedelsanvändning. Adhd-läkemedel är exempelvis vanligare bland pojkar än bland flickor.
- Det finns en risk för ojämlig vård för psykiska besvär. Olika uttryck för psykisk ohälsa i olika grupper ställer krav på vården. En utebliven eller fördröjd behandling medför ökad risk för förvärrad psykisk ohälsa och ökade samhällskostnader.

¹ Se 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

² Se 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

- Barn och unga som insjuknar i depression och ångestsyndrom har en ökad risk för framtida svag etablering på arbetsmarknaden. Skolan har därför stor betydelse för den psykiska hälsan.
- Samordning av insatser för barn och ungas psykiska hälsa brister. Utöver främjande insatser i skolan behöver det finnas fungerande och väl etablerade första linjens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa.
- Personcentrerad och sammanhållen vård är viktigt för de svårast sjuka inom psykiatrin.

De senaste tio åren har antalet som vårdas inom den specialiserade öppenvården för ett psykiatriskt tillstånd ökat. Särskilt stor ökning ses för barn (5–17 år) samt vuxna (18–64 år), medan antalet är stabilt för gruppen äldre (65+). Antalet som slutenvårdats för psykiatriska tillstånd har under samma tidsperiod varit stabilt för samtliga åldersgrupper [2].

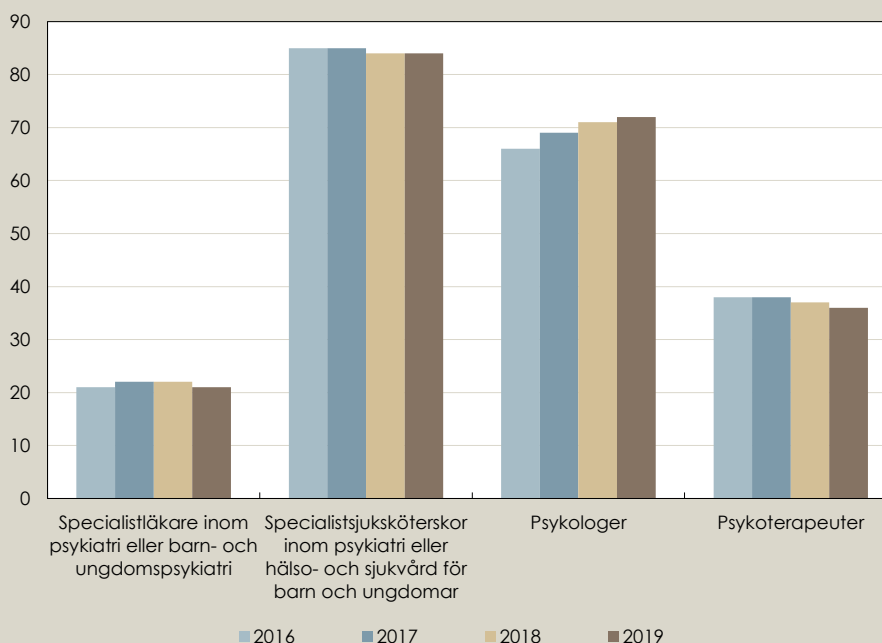
Den demografiska förändringen, där befolkningen i gruppen unga och äldre ökar snabbare än gruppen i arbetsför ålder, beskrivs i överenskommelsen som en utmaning när det gäller såväl finansiering som bemanning av hälso- och sjukvården.

Ingen markant förändring vad gäller sysselsatt hälso- och sjukvårdspersonal ses mellan år 2016 och 2019 (figur 1). Antalet psykologer per 100 000 invånare har ökat marginellt, medan en svag minskning ses för psykoterapeuter och specialistsjuksköterskor. Antalet specialistläkare har varit relativt konstant.

Figur 1. Tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal

Antal sysselsatta inom hälso- och sjukvård* per 100 000 invånare 2016-2019 (senast tillgängliga data). I gruppen psykoterapeuter har personalen även andra legitimationer.

Antal per 100 000
invånare



*Verksamheter: Hälso- och sjukvård (86), Vård och omsorg med boende (87), Öppna sociala insatser (88)

Källa: Förteckning över Omsorgs- och Vårdrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA), Socialstyrelsen.

I föregående års delrapportering [3] beskrev myndigheterna att utvärderingen inom uppdraget skulle rikta fokus på insatser för målgruppen barn och unga. Bakgrunden till valet av målgrupp är att barn och unga uppmärksammas återkommande som målgrupp i överenskommelsen, som dessutom beskriver kortare väntetider till barn- och ungdomspsykiatri som ett prioriterat område.

Andelen utredningar och behandlingar som har startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri minskade mellan 2015 och 2018 för att sedan öka mellan 2019 och 2020. Mellan de olika regionerna ses stora variationer i andelen barn och unga som påbörjat utredningar och behandlingar inom 30 dagar. Ökningen 2020 kan samtidigt ses i flera regioner. Det kan finnas olika förklaringar till ökningen, till exempel ett förändrat söktryck och utökad användning av digitala arbetsätt till följd av pandemin [2].

Sett över rikets olika regioner finns stora skillnader gällande andelen barn och unga med psykisk ohälsa samt storleken på gruppen som är nydiagnostiserade och diagnostiserade totalt under det senaste året (figur 2).³

³ Informationen om diagnoser hämtades från patientregistret som innehåller öppen och sluten specialistvård. Ingen skillnad har gjorts på huvud- och bidiagnoser. Diagnoserna definierades enligt ICD-10. Till psykisk ohälsa räknas här till exempel depression, ångest, ätstörningar och missbruk (F1–F6).

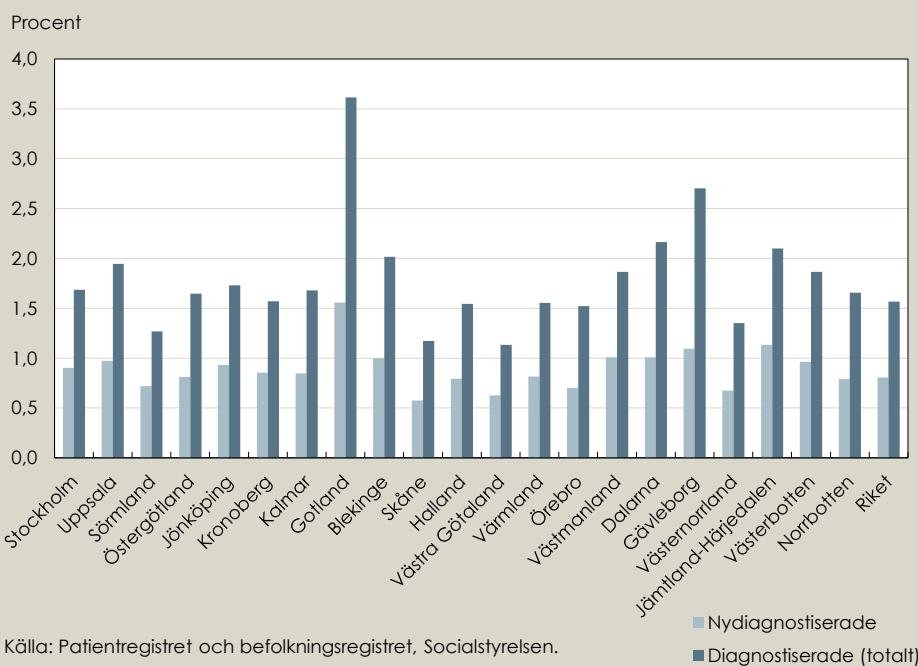
Nydiagnostiserade – personer som för första gången får diagnosen i fråga.

Diagnostiserade – personer som vid en viss tidpunkt har diagnosen i fråga, oavsett om den har ställts tidigare eller inte. Metod i samband med statistiska analyser i rapporten beskrivs i bilaga 1.

I riket har ungefär 1,5 procent av barn och unga som är 0–17 år, och som besökt en läkare i den specialiserade vården år 2021, en diagnostiserad psykisk ohälsa enligt ovan. Den högsta andelen, 3,6 procent, återfinns i Gotland medan den lägsta, 1,1 procent, återfinns i Västra Götaland. Andelen barn och unga som är nydiagnostiserade med psykisk ohälsa det senaste året är ungefär 0,8 procent. Även gällande detta mått har Gotland högst värde, medan den lägsta andelen återfinns i Skåne.

Figur 2. Andelen barn och unga med psykisk ohälsa per region

Andelen med psykisk ohälsa (F1-F6) i åldrarna 0-17 år uppdelat på region. År 2021.



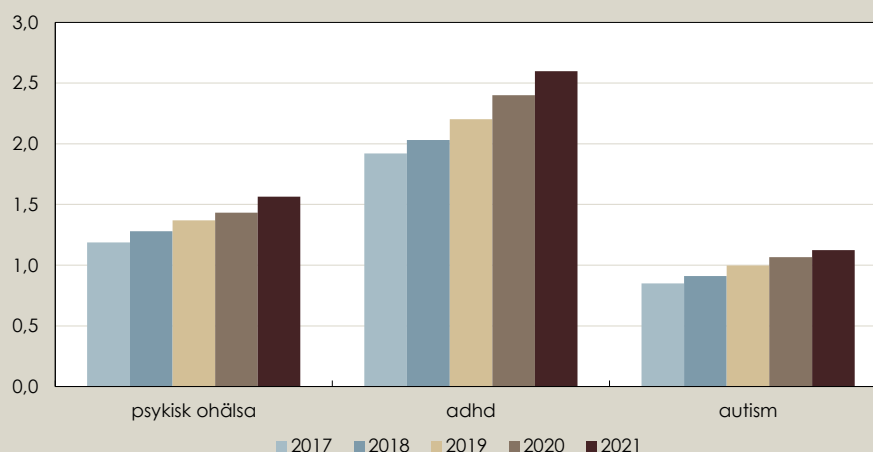
Utvecklingen över tid, gällande förekomsten av psykisk ohälsa hos barn och unga, visas nedan i figur 3. Även för nedanstående figur gäller att enbart de med ett läkarbesök inom den specialiserade vården, under beskrivet kalenderår, fångas upp i statistiken. När det gäller utvecklingen över tid måste hänsyn även tas till den pågående pandemin, som på flera sätt påverkat hälso- och sjukvården.

För såväl psykisk ohälsa som adhd och autism ses en ökning av förekomsten under vald mätperiod. För psykisk ohälsa har andelen förändrats från ungefär 1,2 till 1,6 procent mellan 2017 och 2021. Motsvarande ungefärliga förändring för adhd är 1,9 till 2,6 procent, och för autism från 0,8 till 1,1 procent.

Figur 3. Andelen med psykisk ohälsa, adhd eller autism bland barn och unga

Andelen med psykisk ohälsa (F1-F6), adhd (ICD-10: F90) eller autism (ICD-10: F84) i åldrarna 0-17 år 2017-2021.

Procent



Källa: Patientregistret och befolkningsregistret, Socialstyrelsen.

Barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder nämns i överenskommelsen som en målgrupp i behov av insatser från flera verksamheter. Vidare understryker överenskommelsen vikten av samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra relevanta aktörer, så att individen inte riskerar att falla mellan stolarna. I detta avseende nämns även arbetet med att främja användningen av samordnad individuell plan (SIP).⁴

Socialstyrelsen har tidigare uppmärksammat både interna och mellanorganisatoriska samverkansutmaningar, exempelvis mellan LSS-verksamheter och socialpsykiatri å ena sidan och Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan å andra sidan [4], mellan hälso- och sjukvård och tandvård [5], mellan beroendevård, socialtjänst och vuxenpsykiatri inför att barnet fyller 18 år [6], m.m. Allt färre kommuner har samverkansöverenskommelser mellan LSS-verksamheter och med regionernas verksamheter för barn och unga [7]. Samverkansutmaningarna kan bero på olika faktorer, bl.a. skillnader i styrning och finansiering, bristande kunskap om varandras verksamheter [5], ottydligheter i ansvarsfördelning, otillräcklig samsyn, administrativa hinder för sammanhållen journalföring, personalomsättning och personalbrist [6].

De ovannämnda områdena fokuserar Socialstyrelsen särskilt på i sin uppföljning och utvärdering inom det aktuella uppdraget.

⁴ När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Motsvarande bestämmelse för kommunen finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen.

Metod

Att stödja genom uppföljning, utvärdering och riktade stödinsatser

Stöd som sammanhållande begrepp

Socialstyrelsen har strävat efter att anlägga ett stödjande perspektiv på uppdragets samtliga områden. Detta innebär att Socialstyrelsen ser en stödjande ansats som viktig inte bara i uppdragets uttalat stödjande delar, utan även i myndighetens arbete med att följa och utvärdera de insatser som genomförs inom överenskommelsens olika delar.

Konkret har detta bl.a. inneburit att Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten initierade och genomförde ett omfattande arbete under 2021 med att revidera och utveckla de enkäter som ligger till grund för myndigheternas arbete med att följa utvecklingen av insatser inom överenskommelsens områden. Detta har skett utifrån en för överenskommelsen gemensam, men anpassningsbar, enkätmodell. För att möjliggöra en mer enhetlig uppföljning mellan de olika delområdena, men också för att kunna analysera insatserna ur ett mer verksamhetsnära perspektiv, tar den nya enkätmodellen utgångspunkt i ett verksamhetslogiskt ramverk. Detta beskrivs närmare i avsnitt *Uppföljning för att följa utvecklingen och stödja*.

Vidare har den övergripande stödjande ansatsen inneburit att Socialstyrelsen utformat uppdragets utvärderande delar i linje med ett utvärderingsteoretiskt ramverk som brukar benämnas lärande utvärdering. Kort innebär det att utvärderingen inte enbart är formad för att fylla en traditionellt resultatorienterad funktion, den ska även vara till nytta för de verksamheter som utvärderas. Hur detta går till beskrivs i avsnitt *Lärande utvärdering för att utvärdera och stödja*.

Uppföljning för att följa utvecklingen och stödja

Myndigheternas möjligheter att följa genomförandet av insatser i regioner och kommuner bygger till stor del på de enkäter som regioner och kommuner besvarar årligen, och i vilka de redogör för de insatser de genomfört med stöd av stimulansmedel inom överenskommelsens olika delområden. Som nämndes ovan har myndigheterna arbetat om enkäterna utifrån en för hela överenskommelsen gemensam enkätmodell, vilken sedan kunde anpassas till de olika delområdena inom överenskommelsen. Enkätmodellen utgår från verksamhetslogik som är Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens gemensamma ramverk för analys av insatser inom ramen för överenskommelsen.

Genom att använda verksamhetslogik ges utrymme för att beskriva samband mellan redovisade aktiviteter, målen med dessa aktiviteter samt deras resultat (prestationer som har åstadkommit och effekter som prestationerna har lett till). En verksamhetslogik beskriver ”hur olika händelser och skeden förmodas hänga samman, från mål och resurser till verksamhet och från verksamhet till

prestationer och effekter” [8]. Verksamhetslogik operationaliserar därmed de insatser som verksamheter inom regioner och kommuner har genomfört och genererar kunskap om genomförandeprocessen och resultat.

- *Resultat* består av prestationer och effekter.
- *Prestationer* definieras som tjänster som har genomförts eller produkter som har tagits fram.
- *Effekter* innebär de förändringar som har uppnåtts för verksamhet och individer, dvs. konsekvenserna av användning av stimulansmedel.
- Med *aktivitet* avses det som utförs inom ramen för en insats för att nå resultat.
- *Insats* är ett helhetsbegrepp och innehåller alla dessa komponenter samt mål som formuleras för varje aktivitet.

Tabell 1. Insatser 2021 utifrån verksamhetslogik

Resurser	Aktiviteter	Mål	Resultat (prestationer)	Resultat (effekter)	Syften och inriktning i överenskommelsen 2021–2022
Redovisade stimulan- smedel	Verksamhet som man utför för att nå resultat, det som genomförs med hjälp av stimulan- smedel	Det som regioner och kommuner velat uppnå	De tjänster regioner och kommuner genomfört eller de produkter de tagit fram	Förändringar som regioner och kommuner har uppnått för verksamhet och individer	Inriktning och mål i olika delar av överenskommelsen

Den nya enkätmodellen har använts vid redovisningen av regioner och kommuners insatser 2021 och medgett att den verksamhet som huvudmännen bedrivit med stöd av stimulansmedel har kunnat följas på insatsnivå. Enkätsvaren möjliggör därför en sortering av den bedrivna verksamheten utifrån mål, effekter, prestationer, aktiviteter och resurser, och kan grupperas utifrån olika typer av insatser.

Enkäterna har besvarats via ett enkätverktyg som tillhandahållits av SKR.

Sammanlagt har tio enkäter tillhandahållits och använts för att analysera regioners och kommuners insatser för 2021. Detta är två ytterligare enkäter utöver de åtta som tillhandahölls av SKR för redovisning av genomförda insatser under 2020. De enkäter som tillkommit följer upp det inom överenskommelsen utpekade området god vård och omsorg som är effektiv och säker, utgår från individens behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap. Detta område har tidigare följts upp inom enkäten *Fortsatt utvecklingsarbete utifrån handlingsplaner och mobila lösningar*, men eftersom området anses viktigt att få extra belyst valde myndigheterna att lyfta ut detta till en egen enkät som besvaras separat av regionerna respektive kommunerna. Sammanfattningsvis har två enkäter ställts till samtliga kommuner, fyra enkäter ställts till samtliga regioner och fyra enkäter ställts till regioner och kommuner gemensamt – för redovisning av länsgemensamma insatser.

Som stöd för regioner och kommuner inför besvarandet av enkäterna har myndigheterna tillsammans med SKR bjudit in länsamordnare respektive

kommunala kontaktpersoner till två workshoppar i syfte att presentera enkäterna, ge vägledning kring verksamhetslogik samt beskriva hur besvarandet skulle ske via det enkätverktyg som SKR tillhandahållit. SKR har också gett omfattande tekniska stöd till regioner och kommuner vid själva besvarandet av enkäterna.

Alla enkätsvar har analyserats på insatsnivå. För vart och ett av de verksamhetslogiska områdena aktiviteter, prestationer, effekter och mål har det som regioner och kommuner redovisat i varje insats kategoriserats utifrån vilken typ av aktivitet, prestation, mål och effekt det handlar om. På så sätt har t.ex. alla de aktiviteter som redovisats inom ett av överenskommelsens delområden sorterats in under ett fåtal övergripande aktivitetskategorier, och samma sak gäller för redovisade prestationer, mål och effekter. Detta för att göra materialet möjligt att analysera på aggregerad nivå. Tillvägagångssättet gör också att insatserna kan sorteras utifrån en rad olika parametrar, och jämförelser mellan olika områden och kategorier är möjligt.

Samtidigt behöver man vara medveten om att de insatser som redovisas varierar betydligt till sin omfattning, tidsperspektiv m.m. Detta innebär att två insatser som båda kategoriserats som kompetensutveckling kan vara av helt olika storlek, där den ena kanske handlar om utbildning av fyra medarbetare i en viss metod, medan den andra kan handla om att öka kunskapen hos hundratalet medarbetare generellt om området psykisk ohälsa. Båda dessa insatser kategoriseras således som kompetensutveckling, men bakom den övergripande kategoriseringen återfinns alltså insatser med olika omfattning, olika tidsperspektiv, etc. Socialstyrelsen vill därför understryka att det är en sammantagen bild som redovisas med de olika kategoriseringar som görs, för att tydliggöra vilken typ av insatser som genomförs, vilken typ av resultat som genereras, vilken typ av mål insatserna har, etc.

Totalt har över 1540 insatser analyserats.

Lärande utvärdering för att utvärdera och stödja

För att fånga resultat och effekter av det utvecklingsarbete som pågår i regioner och kommuner, och samtidigt kunna stödja en fortsatt utveckling i ett långsiktigt perspektiv, har Socialstyrelsen utformat de utvärderande delarna av uppdraget utifrån ett lärandeperspektiv. Denna typ av utvärdering fokuserar på insatser medan de genomförs, dvs. under en viss period, och innebär en öppen och lärande ansats som är nödvändig för att kunna analysera och utvärdera utifrån lokala kontexter och villkor.

Lärande är därmed ett nyckelord när det gäller löpande utvärdering, eftersom det handlar om att kombinera vetenskapliga metoder och beprövad erfarenhet för att kunna omsätta erfarenheter i praktiken. Till skillnad från ett mer traditionellt utvärderingssätt, som främst syftar till att mäta och granska måluppfyllelse, baseras löpande utvärdering på att undersöka på vilket sätt insatser leder till leverans av prestationer som i sin tur kan orsaka effekter i flera led. Det handlar om prestationsnära effekter som är konsekvenser av användning av stimulansmedel, och berör därmed direkta målgrupper av insatser. Det kan även handla om effekter på medellång och lång sikt som kan ha påverkat fler målgrupper och verksamheter. Hit hör även insatser som har integrerats i ordinarie verksamhet. Externa faktorer och aktörers påverkan

undersöks också i sammanhanget. Utvärderarna återför sedan resultat, synpunkter och råd löpande till dem som ansvarar för genomförandet. Denna typ av utvärdering innebär att huvudmännen får möjlighet att i dialog med Socialstyrelsen få erfarenhetsåterföring och lärdomar kring ett urval av utvecklingsarbeten, och utifrån dessa erfarenheter och lärdomar kan sedan pågående insatser justeras.

Arbetet med den löpande utvärderingen påbörjades hösten 2021 med fokus på insatser för barn och unga, där ett målgruppsperspektiv anlagts på ett urval av satsningar inom överenskommelsen. I ett första steg genomfördes en inventering av utvärderingsobjekt på regional och lokal nivå. Urvalet baserades bl.a. på analys av insatsredovisningar. Mer specifikt rörde det identifiering av verksamheter som fokuserat på barn och unga, och utifrån det identifiering av några regionala miljöer där regionala, kommunala och andra aktörer bedriver olika typer av verksamhet i syfte att fånga bredden i det arbete som bedrivits för att påverka målgruppens situation. Vidare ingick analys av en förstudie som genomfördes under 2020–2021, och utifrån den identifiering av aktörer som uttryckt behov av stöd för utvärdering av insatser som rör barn och unga. Urvalet bygger därmed på en sortering av identifierade aktörer mot en uppsättning strukturella kriterier.

Mot denna bakgrund utgör denna utvärdering även verksamhetsnära stöd i fyra utvecklingsarbeten. Inom utvärderingen undersöker Socialstyrelsen hur vissa insatser fungerar bra eller mindre bra genom att identifiera nyckelhändelser i genomförandeprocessen, för att så småningom komma fram till vilka effekter som den med någon sannolikhet har bidragit till, samt vilka faktorer som direkt eller indirekt inverkat respektive inte inverkat på resultatet.

Socialstyrelsen utvärderar insatserna ur tre perspektiv – individperspektivet, verksamhetsperspektivet och systemperspektivet.

I individperspektivet fokuserar Socialstyrelsen på patienters, brukares och erfarenheter av vissa insatser som finansieras eller delfinansieras med stimulanmedel, samt upplevelser av samverkan, tillgänglighet, delaktighet, bemötande och kontinuitet i vården och omsorgen i samband med användning av stimulanmedel. För att belysa detta har vi genomfört workshoppar och intervjuer med företrädare för intresseorganisationer nationellt och regionalt och planerar för intervjuer med unga och anhöriga. Inom denna typ av utvärdering planeras också stöd till verksamheterna i framtagandet av intervjuguider, enkäter och andra verktyg för att följa patienternas och brukarnas upplevelser av vårdens och omsorgens utveckling.

I verksamhetsperspektivet är den huvudsakliga frågeställningen hur verksamheternas förutsättningar att ge en god vård och omsorg uppfattas av yrkesverksamma samt hur förutsättningarna utvecklas. Exempelvis kan det handla om samverkan, arbetssätt, bemanning och kompetensutveckling. För att belysa detta genomför Socialstyrelsen intervjuer och workshoppar med ledningen och medarbetare i såväl de regionala och kommunala verksamheter vars insatser vi utvärderar som i samverkande verksamheter. Dessa är till exempel barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabilitering, första linje, socialtjänst, skola och elevhälsa, tandvård m.fl. Vi har genomfört 55 intervjuer och 9 workshoppar fördelade över de fyra länen. Dialoger med berörda verksamheter, ledningsgrupper och styrgrupper har skett

regelbundet. Vidare analyserar vi styrdokument, överenskommelser och rutiner relaterade till berörda verksamheter. Utvärderingen med de fyra länen syftar också till att belysa hälso- och sjukvården och omsorgens kontexter och villkor när det gäller prioritering, planering och uppföljning av kostnader och insatser. Verksamhetslogik används som en modell i detta sammanhang och anpassas efter de olika verksamheterna.

I systemperspektivet tittar Socialstyrelsen på övergripande utmaningar och framgångsfaktorer i arbete med målgruppen barn och unga med psykisk ohälsa samt i olika former av utvecklingsarbeten som genomförs med hjälp av stimulansmedel. Personalförsörjning, regionala och lokala utvecklingsbehov, tillgänglighet och ohälsotal är exempel på de parametrar som ligger till grund för våra analyser ur ett systemperspektiv.

Riktade stödinsatser

Inom ramen för den förstudie som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten genomförde under 2020–2021, identifierade myndigheterna olika områden där regioner och kommuner uttryckt behov av stöd:

- nationell samordning
- uppföljning och utvärdering
- evidensbaserat arbete
- främjande och förebyggande arbete
- patient- och brukarinflytande
- dialog med myndigheterna
- enhetliga termer, begrepp och indikatorer
- kunskap och relaterade produkter
- erfarenhetsutbyte
- implementering och tillämpning
- juridiska frågor
- handlingsplaner.

Underlag som tagits fram inom förstudien har varit en utgångspunkt för myndigheternas fortsatta arbete med att utveckla och erbjuda stöd inom uppdraget. Socialstyrelsens fortsatta inventering av pågående arbeten och kunskapsluckor inom området psykisk hälsa och suicidprevention har resulterat i konkretisering av stödförslag. Den prioritering av stödinsatser till regioner och kommuner som föreslås i kapitlet *Riktat stöd* har skett i intern dialog på myndigheten samt i dialog med Folkhälsomyndigheten. Externt har myndigheterna också lyssnat in synpunkter från NPO (Nationellt programområde) psykisk hälsa och SKR.

Följa

I föreliggande kapitel presenteras resultat av våra analyser och sammanställningar av vad regioner och kommuner, enskilt och länsgemensamt, arbetat med under 2021 inom ramen för överenskommelsen. Ett särskilt fokus läggs på resultat som beskrivits i samband med redovisningen, kopplat till överenskommelsens olika områden. Kapitlet innehåller även våra uppföljningar av patient- och brukarinflytande, handlingsplaner och implementering av insatser. Kapitlet avslutas med en beskrivning av det fortsatta uppföljningsarbetet inom det aktuella uppdraget.

Uppföljning och analys av insatser 2021 har genomförts ur ett verksamhetslogiskt perspektiv. Användning av verksamhetslogik är särskilt gynnande i komplexa och dynamiska utvecklingssystem, där olika områden och verksamheter samspelar, eftersom den gör det möjligt att förstå på vilket sätt olika beståndsdelar hänger ihop och bidrar till den önskade utvecklingen inom ett område som exempelvis psykisk (o)hälsa. Genom att tydliggöra sambandet mellan aktiviteter, effekter, prestationer och mål skapar verksamhetslogik ett nödvändigt sammanhang där uppföljning och utvärdering kan genomföras.

Fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner samt vård av hög kvalitet där patienterna finns – mobila lösningar – delområde 1

I överenskommelsen ges medel inom området till att utveckla patientcentrerade arbetssätt såsom utveckling av mobila lösningar eller liknande arbetsmodeller eller funktioner. I föreliggande kapitel presenteras främst de insatser som redovisats som mobila lösningar och liknande modeller, och som därutöver även klassificerats som sådant i Socialstyrelsens sammanställning. I föregående års lägesrapport förde myndigheten en diskussion om avsaknaden av en tydlig definition av vad som avses med mobila lösningar. I överenskommelsen 2021–2021 beskrivs dessa vara exempel på patientcentrerade arbetssätt.

Ett mindre antal insatser som redovisats har inte haft någon tydlig koppling till området och har således exkluderats ur en del av analysen, med syftet att renodla analysen och att kunna jämföra årets redovisning med föregående år. Samtliga redovisade insatser inom området och den ekonomiska redovisningen, inklusive handlingsplaner, presenteras i figur 4 och figur 5. Redovisning av utvecklingsarbeten utifrån regionala och lokala handlingsplaner genomförs av Folkhälsomyndigheten. En analys av länsgemensamma handlingsplaner presenteras i respektive avsnitt nedan. I bilaga 2 beskrivs mer ingående olika typer av insatser inom detta och andra delområden.

Effekter och resultat

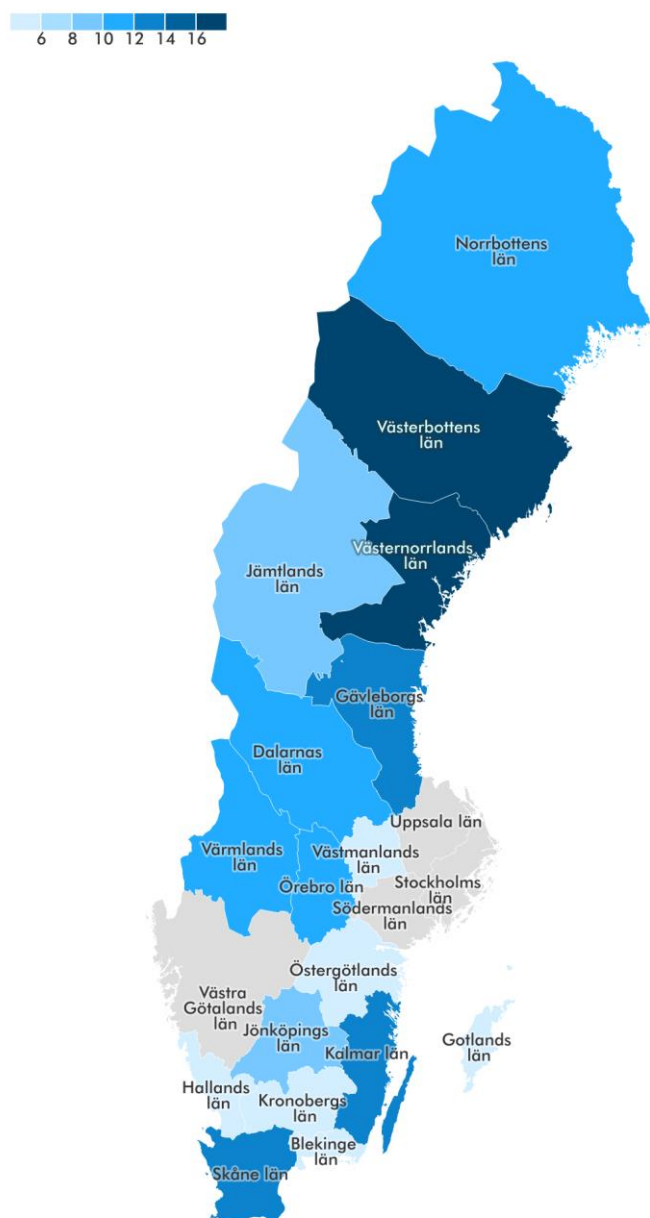
Regionernas redovisning

Sammanlagt har 17 regioner redovisat att de använt stimulansmedel inom delområdet. Totalt handlar det om 65 insatser inom mobila lösningar och liknande modeller, inklusive digitala lösningar.

Geografisk spridning av redovisade resultat, där både prestationer och effekter har inkluderats, illustreras nedan. Ett antal regioner har inte redovisat att de använt medel inom delområdet. Det innebär inte nödvändigtvis att regionerna inte arbetat med mobila lösningar och liknande modeller inom andra delområden.

Bild 1. Antal redovisade resultat inom området mobila lösningar (region)

Bilden illustrerar hur många resultat (prestationer och effekter) som Socialstyrelsen har identifierat i regionernas enkätsvar.



Resultat av genomförda aktiviteter redovisas av alla 17 regioner som beskriver insatser inom delområdet. De vanligast förekommande prestationerna inom området handlar om verksamhetsutveckling, inköp eller införande av digitalt verktyg samt olika behandlingar och riktade insatser. Effekterna som uppnåtts uppges bl.a. vara ökad tillgänglighet till vården samt implementering av olika typer av insatser eller metoder. Den ökande tillgängligheten handlar i flera fall om digitalisering och om att tillgodose vårdbehov på distans under pandemin. Även att insatser verkat förebyggande eller främjande, så som undvikande av sjukhusinläggningar, redovisas som en effekt i några fall. I dessa fall handlar insatserna till exempel om olika typer av teaminsatser, såsom mobila team eller RACT-team (Resource group Assertive Community Treatment).

Kommunernas redovisning

I nästan samtliga län har kommuner redovisat att de använt stimulansmedel inom området; totalt handlar det om 111 kommuner. Sammanlagt rör det sig om 193 insatser inom mobila lösningar och liknande modeller, inklusive digitala lösningar. Flera kommuner har inte redovisat att de använt medel inom området, vilket precis som för regionerna inte behöver innebära att de inte arbetat med mobila lösningar och liknande modeller.

Inom området förekommer många prestationer som handlar om inköp eller införande av digitalt verktyg, kompetensutveckling eller behandlingar och stödinsatser. Precis som inom regionernas redovisning är ökad tillgänglighet den effekt som uppnåtts vid flest tillfällen. Andra vanligt förekommande effekter som redovisas är implementering av olika typer av insatser eller metoder och att insatser på olika sätt verkat förebyggande eller främjande. Insatser som haft en förebyggande effekt har exempelvis varit de som riktats mot föräldrar eller anhöriga. Inom en mer personcentrerad vård och omsorg, som är en övergripande inriktning för området, redovisas knappt tio effekter.

Verksamhet för att nå effekter och resultat

Aktiviteter, mål, resurser

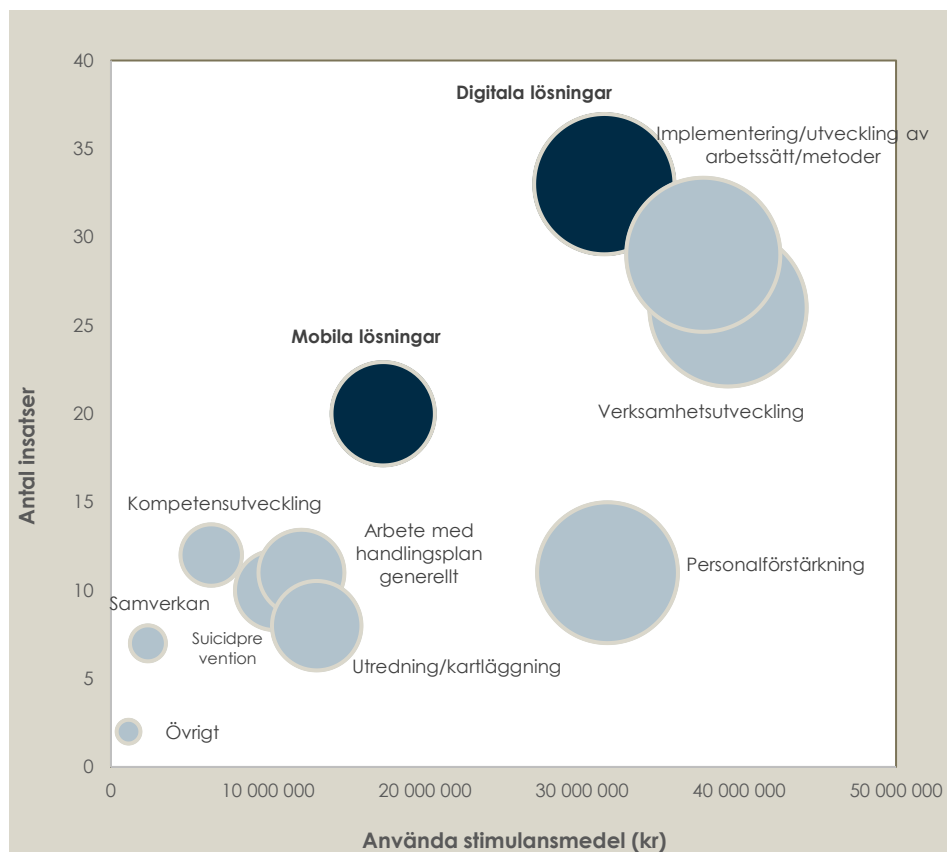
Regionernas redovisning

I materialet som redovisats för mobila lösningar och liknande modeller, återfinns 20 stycken aktiviteter inom mobila lösningar, 33 inom digitala lösningar och 12 stycken inom arbete med liknande modeller – dessa ingår i kategorin Implementering eller utveckling av arbetssätt och metoder.

I figur 4 ses en illustration av insatser och använda resurser för området som helhet, det vill säga inklusive utvecklingsarbeten utifrån handlingsplaner.

Figur 4. Användning av stimulansmedel inom området Fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner samt vård av hög kvalitet där patienterna finns – mobila lösningar (region)

Figuren illustrerar regionernas användning av stimulansmedel och antal genomförda insatser inom överenskommelsens delområde Fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner samt vård av hög kvalitet där patienterna finns – mobila lösningar. Mobila lösningar och digitala lösningar som är aktuella för denna rapport presenteras därmed i ett sammanhang, parallellt med andra utvecklingsarbeten inom området.



Sammantaget visar enkätsvaren att fler insatser har genomförts, och mer medel har använts, inom digitala lösningar än inom mobila lösningar. Aktiviteterna inom området innefattar exempelvis projekt kring mobila team eller mobila resurser och digitala plattformar för behandling.

Målsättningarna inom insatserna rör i många fall ökad tillgänglighet, implementering av modeller och ökad vårdkvalitet. Målet om ökad tillgänglighet hänger i många fall ihop med digitalisering och distanskontakter. I likhet med de resultat som redovisats ses också målsättningar inom det förebyggande och främjande arbetet. Det handlar exempelvis om aktiviteter som syftar till att minska behovet av slutenvård för befintliga patienter inom psykiatri. Liknande aktiviteter kan också kopplas till målsättningen gällande personcentrerad vård och omsorg, och flera aktiviteter syftar till att fånga upp patienter där de befinner sig och ge ett individanpassat stöd.

Kommunernas redovisning

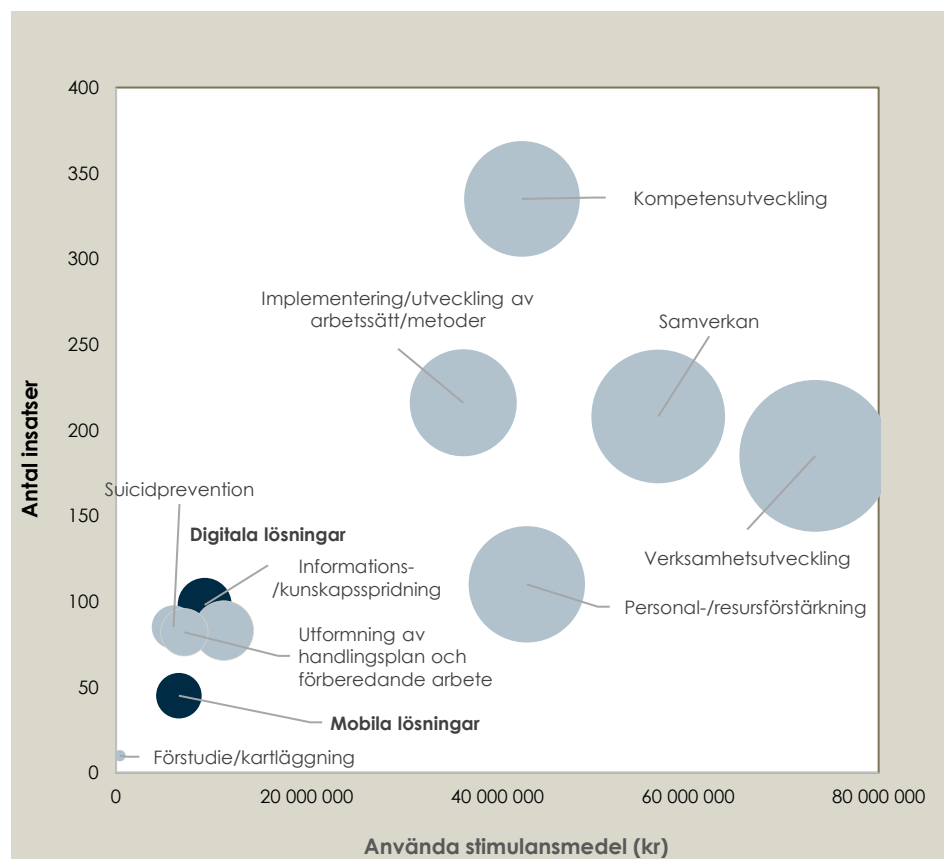
Inom området har 45 aktiviteter klassificerats som mobila lösningar och 98 aktiviteter som digitala lösningar. För liknande modeller handlar det om 72 aktiviteter; dessa ingår i kategorin Implementering eller utveckling av

arbetsätt och metoder. I vissa fall har insatser innehållit aktiviteter kring både mobila och digitala lösningar, vilket gör att antalet aktiviteter är större än antalet genomförda insatser.

En illustration över insatser och använda resurser för området som helhet, det vill säga inklusive handlingsplaner, ses i figur 5.

Figur 5. Användning av stimulansmedel inom området Fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner samt vård av hög kvalitet där patienterna finns – mobila lösningar (kommun)

Figuren illustrerar kommunernas användning av stimulansmedel och antal genomförda insatser inom överenskommelsens område Fortsatt utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner samt vård av hög kvalitet där patienterna finns – mobila lösningar. Mobila lösningar och digitala lösningar som är aktuella för denna rapport presenteras därmed i ett sammanhang, parallellt med andra utvecklingsarbeten inom området.



Enkätsvaren inom området visar att fler aktiviteter har genomförts inom digitala lösningar, än inom mobila lösningar. Sett till området som helhet, inklusive utvecklingsarbetena utifrån handlingsplaner, ses också att något mer medel har använts inom digitala lösningar än inom mobila lösningar. Dock är skillnaden i användningen av stimulansmedlen inte så stor jämfört med regionernas redovisning.

Sammantaget finns en stor bredd i typerna av aktiviteter inom mobila lösningar och liknande arbetsmodeller. I likhet med regionerna redovisas många aktiviteter som syftar till ökad tillgänglighet genom olika digitala lösningar, såsom appar, plattformar och digitala kommunikationsformer. Inom mobila lösningar återfinns aktiviteter inom exempelvis uppsökande verksamheter, träffpunkter och satellitverksamheter.

Inom målsättningarna sticker främjande och förebyggande mål ut i sammanställningen av enkätsvaren; här handlar det ofta om insatser riktade mot barn och unga eller föräldrar. Precis som inom regionernas redovisning är mål som gäller implementering av metoder och arbetssätt också vanligt.

Målgrupper

Regionernas redovisning

I en majoritet av de redovisade insatserna är målgruppen olika typer av slutmottagare, såsom befintliga patienter, personer i behov av vård eller stöd eller olika delar av befolkningen. Även personal och medarbetare återkommer som målgrupp, exempelvis när det gäller utbildning i att använda nya verktyg eller metoder.

Kommunernas redovisning

Inom kommunernas redovisningar framkommer en variation av målgrupper, där personal, förvaltningar eller verksamheter anges i ett 40-tal insatser. För dessa målgrupper handlar det ofta om utbildning eller kunskapshöjande insatser. Denna typ av kompetenshöjande insatser för verksamheterna framkom också i föregående års redovisning. I flera av årets insatser anges hela befolkningen som målgrupp, medan det i andra insatser handlar om en specifik del av befolkningen, till exempel barn i en viss åldersgrupp. Redan befintliga brukare av kommunernas insatser är också en vanligt förekommande målgrupp, likaså anhöriga eller närstående till vissa åldersgrupper.

Ansvariga verksamheter

Regionernas redovisning

Inom regionernas redovisning är det vanligast att olika delar av den specialiserade psykiatrin, såsom BUP eller allmänpsykiatrin, ansvarar för de genomförda insatserna. I många fall beskrivs också olika primärvårdsinstanser som ansvariga. Även förvaltningsorganisationer eller nämnder uppges ansvara för en del av genomförandet.

Kommunernas redovisning

Ansvariga verksamheter för lokala insatser är ofta kommunala nämnder eller förvaltningar, såsom socialförvaltningar eller motsvarande. I flera kommuner specificeras också socialtjänsten som ansvarig. Det ses därutöver en blandning av ansvariga aktörer såsom skola, elevhälsa eller familjecentraler.

Samverkan

Regionernas redovisning

Bland de regioner som angett samarbetspartner inom insatser har en bredd av olika aktörer redovisats. Delvis handlar det om samverkan och samarbete inom verksamhetsområden, men samarbete sker även mellan exempelvis primärvården och psykiatrin. Flera regioner uppger även att de inom insatserna samverkat med ambulanssjukvården, polisen eller med olika intresseorganisationer.

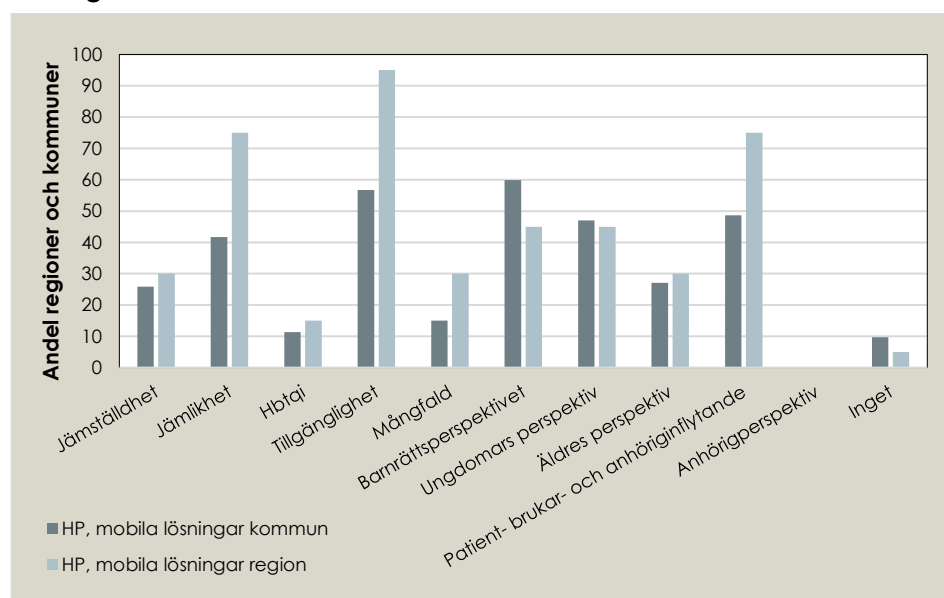
Kommunernas redovisning

Samverkan och samarbete anges i kommunernas redovisning ske med en bredd av olika aktörer. Ofta anges samverkan internt inom eller mellan kommunens verksamheter och även andra kommuner förekommer som samarbetspartner. Olika regionala verksamhetsområden såsom primärvård, psykiatri eller BUP redovisas frekvent som samarbetspartner, och även intresseorganisationer, i form av brukarorganisationer, kvinnojourer eller andra föreningar är återkommande i kommunernas redovisningar.

Perspektiv

Regioner och kommuner har svarat på frågan om de perspektiv som varit särskilt framträdande i arbetet med insatserna. Inom området som helhet, det vill säga inklusive utvecklingsarbeten utifrån handlingsplaner, ses att tillgänglighet är det klart mest valda perspektivet för regionernas insatser. Även för kommunerna är tillgänglighet ett av de mest valda perspektiven. Detta avspeglas också i de mål och resultat som beskrivits inom insatserna gällande mobila och digitala lösningar. Jämlikhet, tillgänglighet samt patient-, brukar- och anhöriginflytande är ett vanligare perspektiv bland regioner, medan det för övriga perspektiv ser relativt jämnt ut mellan regioner och kommuner.

Figur 6. Perspektiv i arbetet med insatserna – handlingsplaner, mobila lösningar



Det går dock inte att dra några långtgående slutsatser angående perspektiven gällande just mobila lösningar, eftersom andelarna även representerar de perspektiv regioner och kommuner beaktat inom sitt arbete med handlingsplaner.

Sammanfattande iakttagelser för området

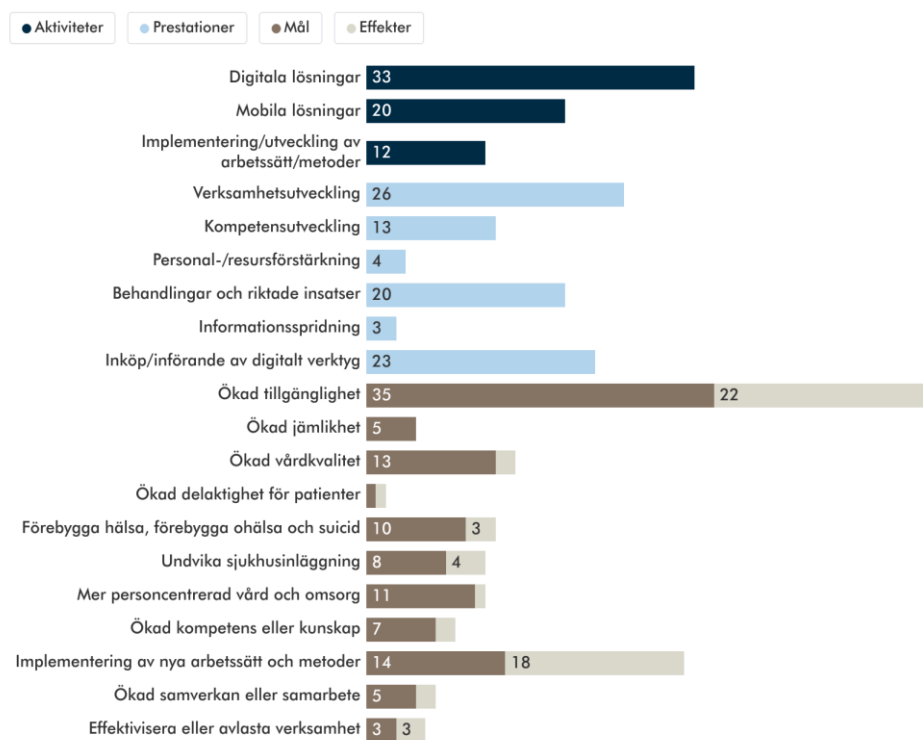
Sammantaget visar inrapporteringen för mobila lösningar och liknande arbetsmodeller, precis som föregående års redovisning, att mycket arbete pågår inom området – och särskilt gäller detta digitala lösningar. Dels finns en koppling till pandemin i detta avseende, dels noterar vi att många digitala

satsningar också handlar om ökad tillgänglighet rent generellt. Tillgänglighet är en återkommande målsättning för insatser inom området och är också en målsättning som starkt går att koppla till redovisade effekter.

Socialstyrelsen ser också ett verksamhetslogiskt samband mellan målsättningen att implementera nya arbetssätt och metoder och effekten att faktiskt genomföra det (figur 7⁵). Främjande och förebyggande arbete är särskilt vanligt inom kommunernas redovisning men förekommer också i den regionala rapporteringen. Inom de regionala aktiviteterna återfinns också det förebyggande arbetet att motverka sjukhusinläggning eller återinläggning. Sammantaget ses inte en stark koppling mellan mål och effekt vad gäller det förebyggande arbetet, vilket sannolikt beror på att förebyggande arbete behöver följas över längre tidsperioder för att det ska vara möjligt att se effekter.

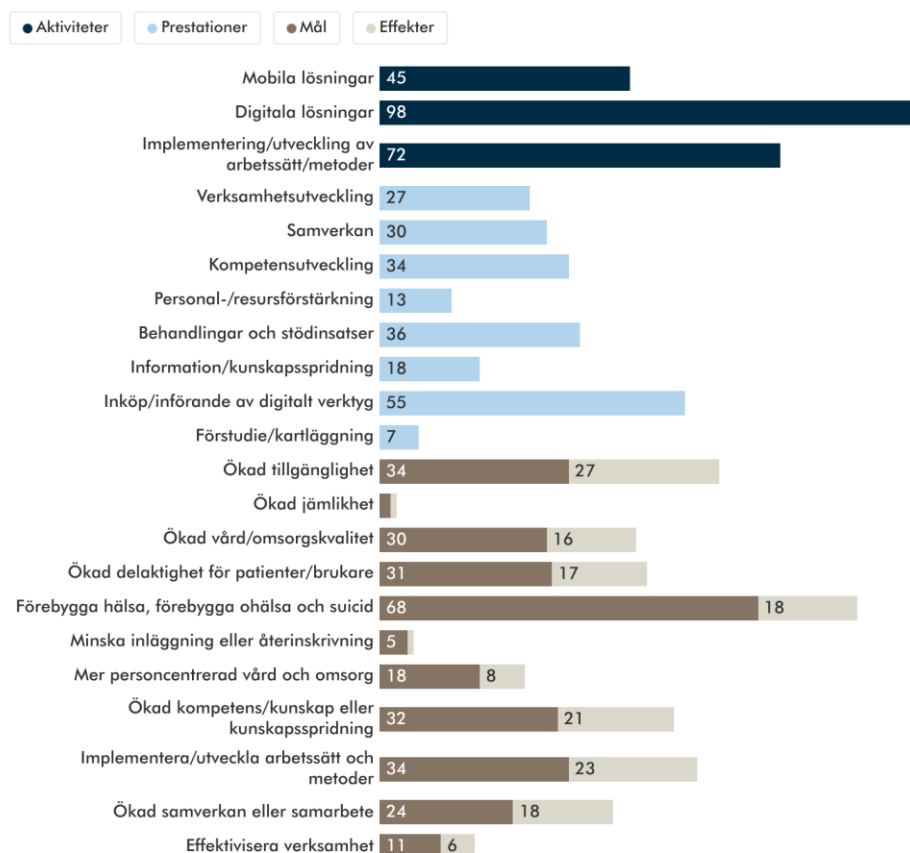
Figur 7. Måluppfyllelse – mobila lösningar

Område: Mobila lösningar (region)



⁵ Figuren i detta och kommande avsnitt visar samband mellan antal genomförda aktiviteter, redovisade prestationer, formulerade målsättningar och uppnådda effekter som kan identifieras inom respektive kategori.

Område: Mobila lösningar (kommun)



Patientcentrerad vård och omsorg är ett återkommande inslag i överenskommelsens olika delområden. Att flera regioner och kommuner inte uppgett personcentrerad vård eller omsorg som målsättning inom detta delområde kan möjligen bero på att personcentreringen blir en bieffekt av ökad tillgänglighet eller ett förebyggande arbete som fångar upp individen där den befinner sig. Sammanfattningsvis är även patientcentrering ett område där effekter kan vara utmanande att upptäcka på kort sikt.

Precis som i den föregående redovisningen, riktas en hög andel av de genomförda insatserna hos regioner och kommuner mot verksamhet och personal. Främst gäller detta utbildningsinsatser och tillgång till olika verktyg. Bland slutmottagarna finns en stor bredd i målgrupperna – insatserna riktar sig till såväl en bred allmänhet som till olika åldersgrupper, föräldrar och anhöriga samt befintliga patienter och brukare. På samma sätt syns en bredd vad gäller samarbetspartner för de insatser där samverkan eller samarbete beskrivs.

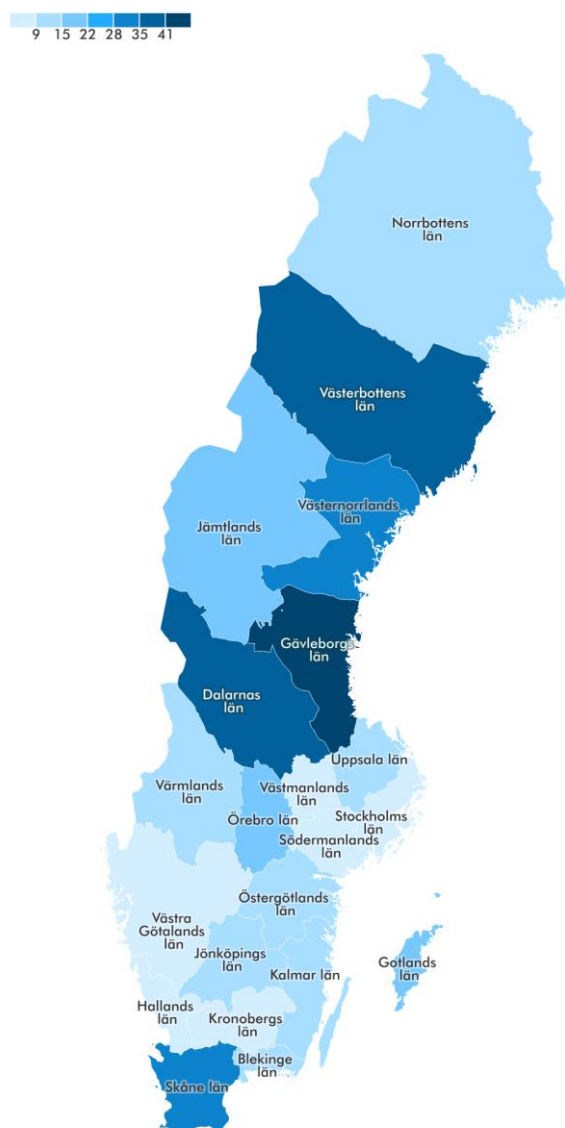
Insatser för att stärka barn- och ungdomspsykiatrin, främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga – delområde 2

Effekter och resultat

Samtliga regioner har redovisat insatser inom detta delområde av överenskommelsen. Hur många som redovisats per region skiljer sig åt, från 1 till 15, och sammantaget har regionerna redovisat 121 insatser. Geografisk spridning av redovisade resultat, där både prestationer och effekter har inkluderats, illustreras nedan.

Bild 2. Antal redovisade resultat inom området barn och unga (region)

Bilden illustrerar hur många resultat (prestationer och effekter) som Socialstyrelsen har identifierat i regionernas enkätsvar.



Socialstyrelsen har analyserat och kategoriserat redovisade resultat på följande sätt:

Tabell 2. Resultatkategorier (prestationer och effekter) – insatser för att stärka barn- och ungdomspsykiatri m.m.

Prestationer	Effekter
Riktade behandlingar och insatser	Stärkt första linjen
Tidiga bedömningar	Förebygga, främja, stöd i tidigt skede
Kartläggning, analys, utveckling	Ökad tillgänglighet
Kompetensutveckling	Ökad kompetens
Personal- och annan resursförstärkning	Ökad vårdkvalitet
Digitalisering	Ökat välmående
Samverkan och samarbete	

Det är vanligt att insatser resulterat i att verksamheter tillförts nya resurser, både för att stärka befintlig verksamhet och för att starta upp ny. Så har varit fallet i över 40 insatser. Här rör det sig t.ex. om rekrytering av personal, externa vårdköp och upphandlingar av utredningsresurser, inköp av utrustning m.m. Ett delvis överlappande område är insatser som innehållit satsningar på att forma och utveckla gemensamma triage- och bedömningsfunktioner samt att implementera tidiga bedömningar, vilket redovisas i ett tjugotal insatser. Ytterligare ett angränsande resultatområde handlar om 25 insatser som resulterat i införande av olika riktade behandlingar och insatser, såsom Cool Kids, Child, behandlingar mot ångesttillstånd, missbruksverksamhet modell Team Maria, m.m.

Ett annat område där regionerna redovisat ett betydande antal prestationer finns bland ett 40-tal insatser som innehållit satsningar på kartläggning, analys och utveckling. Här har det kunnat handla om att nya arbetssätt och rutiner utvecklats, genomförande av olika kartläggningar, att handlingsplaner färdigställts, färdigställda planer för kommande verksamhetsutveckling, etc.

Även inom kompetensutvecklingsområdet redovisar regionerna goda resultat, både vad avser prestationer och effekter. Olika former av utbildning och handledningsinsatser har genomförts i ett 30-tal insatser. Vad kompetensutvecklingen handlat om varierar; som exempel kan nämnas missbruk, suicidprevention, föräldrautbildningar, MI, dokumentation, och Barnkonventionen. Vid sidan av ökad kunskap och kompetens hos personal, men ibland även hos andra målgrupper, finns det även andra typer av effekter redovisade, såsom att personal fått gemensamma lägesbilder.

Regionerna redovisar effekter även inom andra områden, t.ex. avseende olika former av tillgänglighet. Något som ligger väl i linje med överenskommelsens avsikter för detta delområde. Vi kan också konstatera att bedrivna insatser i flera fall bedöms ha resulterat i en förbättrad vårdkvalitet, där kvalitetsbegreppet tolkas brett och innefattar sådant som bemötande, ökad effektivitet, kvaliteten på bedömningar och behandlingar, etc.

För några av insatserna redovisas effekter ur ett målgruppsperspektiv, här kategoriserat som ökat välmående. Det handlar i dessa fall om sådant som nöjda patienter och föräldrar, att en insats varit direkt livsuppehållande, att ungdomar uppger sig ha fått bättre psykisk hälsa, m.m.

Verksamhet för att nå effekter och resultat

Aktiviteter, mål, resurser

Som visades ovan har regionerna redovisat 121 insatser för att stärka barn- och ungdomspsykiatrin, främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga.

Hur innehållet i regionernas insatser fördelar sig mellan de olika innehållskategorierna visas i tabell 3. Notera att summan på antalet insatser överstiger 121. Det beror på att flera av insatserna innehåller inslag som rör mer än en kategori.

Tabell 3. Antal insatser inom respektive kategori – insatser för att stärka barn- och ungdomspsykiatrin m.m.

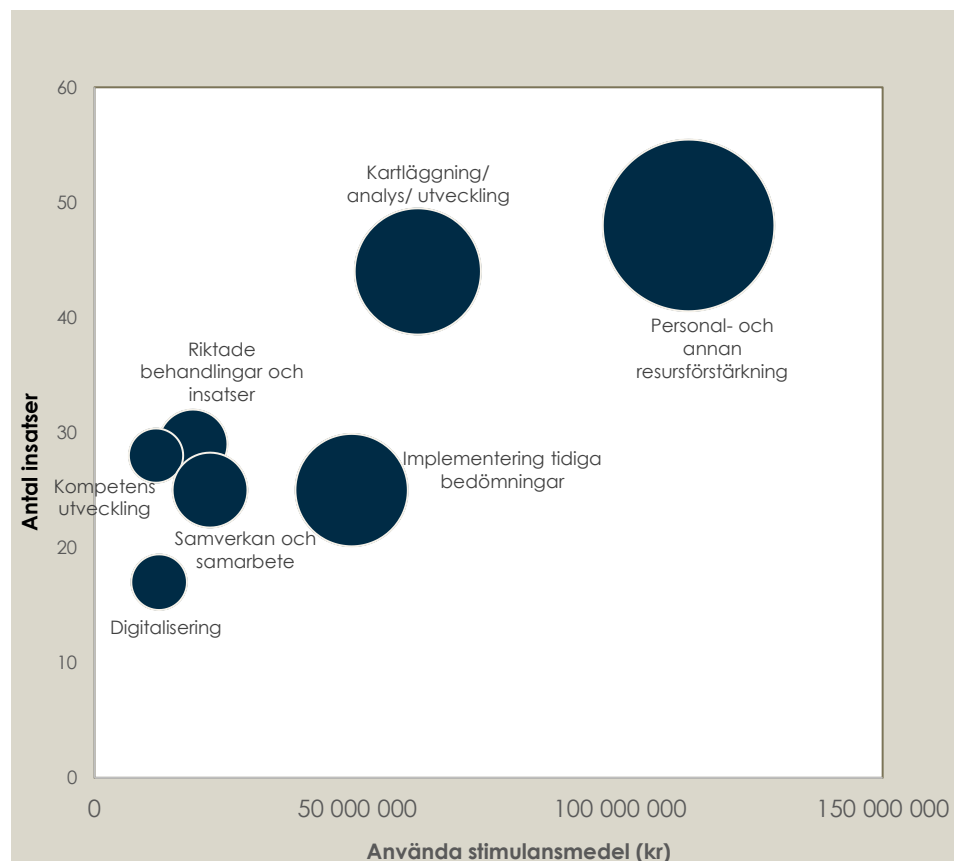
Kategori	Antal insatser
Riktade behandlingar och insatser	29
Tidiga bedömningar	25
Kartläggning, analys, utveckling	44
Kompetensutveckling	28
Personal- och annan resursförstärkning	48
Digitalisering	17
Samverkan och samarbete	25

Som framgår av tabellen har det varit vanligast att insatserna innehållit förstärkningar av verksamheter antingen med personal eller andra resurser. Därefter har arbete med kartläggning, analys och utveckling av arbetssätt och rutiner m.m. varit vanligt förekommande i insatserna.

Hur förbrukningen av stimulansmedel fördelat sig mellan områdena visas i figur 8.

Figur 8. Användning av stimulansmedel för att stärka barn- och ungdomspsykiatri, främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga

Figuren illustrerar användning av stimulansmedel och antal genomförda insatser inom överenskommelsens område barn och unga



Regionerna har fått redovisa vilka mål de vill uppnå med de insatser som de genomför. Socialstyrelsen har kategoriserat målen i ett par övergripande målområden. Dessa redovisas i tabell 4. I tabellen redovisas även hur många av insatserna som bedöms ha genererat resultat som ligger i linje med målområdena, alternativt är på god väg att generera sådana resultat.

Tabell 4. Målområden och måluppfyllelse – insatser för att stärka barn- och ungdomspsykiatri m.m.

Målområde	Antal insatser med mål inom område	Antal av dessa insatser som genererat, eller är på god väg att generera, resultat som bedöms ligga i linje med angivna mål
Ökad vårdkvalitet	60	34
Ökad tillgänglighet	59	39
Förebygga, främja, stödja i tidigt skede	31	19
Stärkt första linjen	24	16
Ökad kompetens	17	13
Ökat välmående	17	7

Att inte samtliga insatser genererat resultat, eller är på god väg att göra det, som kunnat bedömas ligga i linje med målen är fullt rimligt. En del av insatserna är t.ex. i ett förberedelsestadium, eller mitt i genomförandeprocessen, varför det inte är möjligt för dem att ha kunnat nå sina mål. Det finns också insatser som försenats som ett resultat av covid-19-pandemin.

Målgrupper

Det är vanligast att insatserna vänder sig till brett definierade målgrupper, oftast barn och unga med psykisk ohälsa. Detta är fallet i närapå 60 insatser. Ett 40-tal insatser har emellertid snävare målgruppsbeskrivningar. Det kan t.ex. röra sig om patienter med ätstörning, barn med autism och psykiatrisk problematik, barn och unga i behov av heldygnsvård, och liknande. I närapå ett 30-tal insatser inkluderas föräldrar/anhöriga/närstående. Några av dessa insatser rör enbart dessa målgrupper. Ett 20-tal insatser har i första hand olika personalkategorier bland sina målgrupper.

Ansvariga verksamheter

Barn- och ungdomspsykiatri är med bred marginal den verksamhet som är vanligast förekommande som ansvarig för insatserna. Så är fallet i över 80 insatser. Därefter är barn- och ungdomshabiliteringen, familjehälsa/barn- och familjehälsovård samt öppenvård/primärvård de verksamheter som är vanligast förekommande. Verksamheter såsom vuxenpsykiatri, barnkliniker, logopedmottagningar m.m. ingår i ett fåtal insatser.

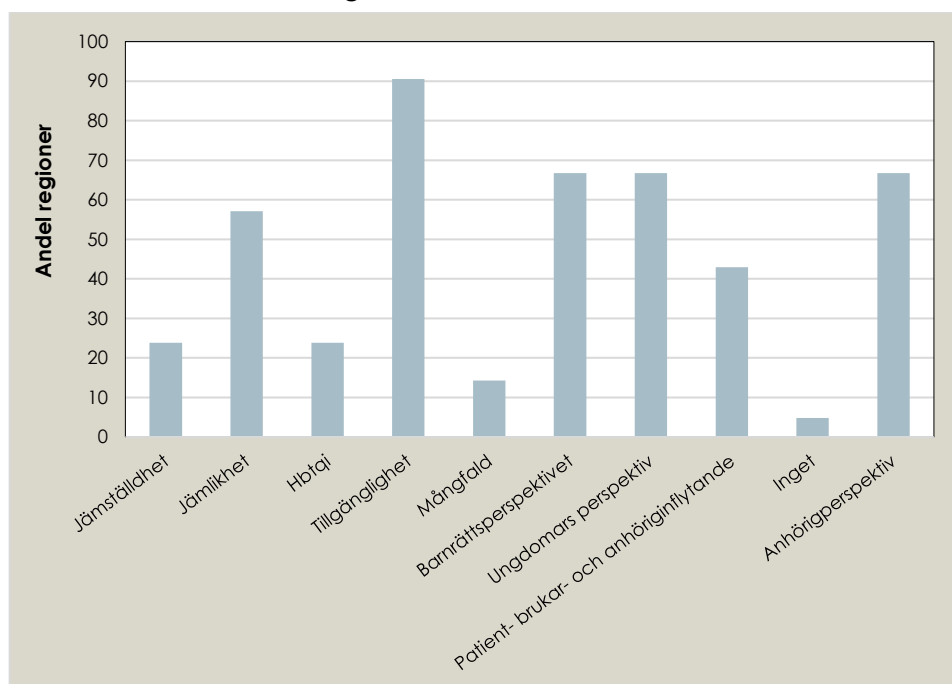
Samverkan

Bland de regioner som angett samarbetspartner inom insatser har en bredd av olika aktörer redovisats. Delvis handlar det om samverkan mellan verksamheter som nämndes ovan, men samarbete sker även med t.ex. elevhälsan, andra kommunala verksamheter, hälsocentraler, andra vårdförvaltningar, socialtjänst, externa utredningsbolag, kompetenscentrum, m.fl.

Perspektiv

Regionerna har redovisat vilka perspektiv som varit särskilt framträdande i arbetet med insatserna. Redovisningarna visar att tillgänglighet har varit det vanligast förekommande perspektivet. Barns, ungdomars och anhörigas perspektiv har alla tre även de varit mycket vanliga, vilket inte är förvånande med tanke på att delområdet handlar om barn och unga som målgrupper. Att arbeta för jämlikhet samt för ökat inflytande för patienter, brukare och anhöriga har också varit vanligt, se figur 9.

Figur 9. Perspektiv i arbetet med insatserna – insatser för att stärka barn- och ungdomspsykiatrin, främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga



Sammanfattande iakttagelser för området

Precis som i förra årets lägesrapport kan vi konstatera att området innehåller en omfattande verksamhet, på flera nivåer och med olika inriktning. Verksamheten överlag ligger fortsatt väl i linje med de mål som vi identifierat för området i överenskommelsen.

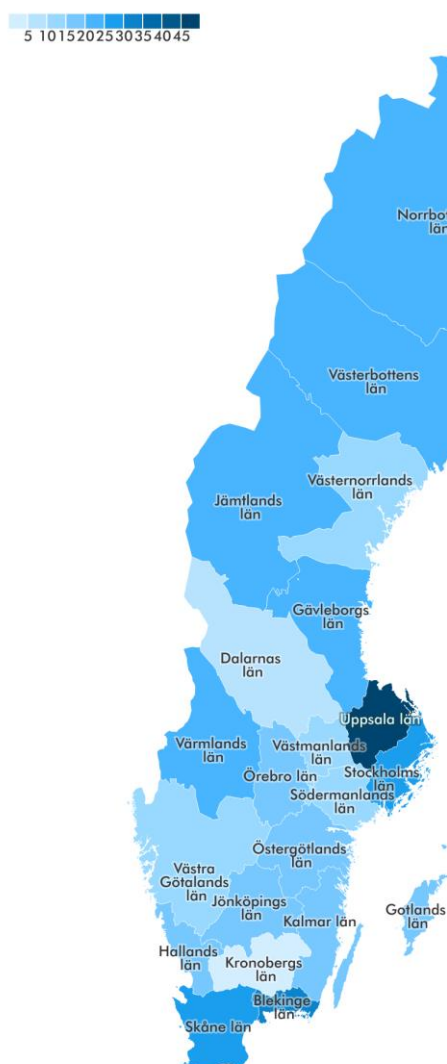
Insatser för att skapa goda förutsättningar för samverkan för personer med samsjuklighet – delområde 3

Effekter och resultat

Alla län har sammanlagt redovisat 150 genomförda eller påbörjade insatser inom det länsgemensamma området samverkan för personer med samsjuklighet. I de flesta insatserna har redovisade prestationer kunnat identifieras. För mer än en tredjedel av insatserna redovisas även effekter. Geografisk spridning av redovisade resultat, där både prestationer och effekter har inkluderats, illustreras nedan.

Bild 3. Antal redovisade resultat inom området samverkan för personer med samsjuklighet

Bilden illustrerar hur många resultat (prestationer och effekter) som Socialstyrelsen har identifierat i länens enkätsvar.



Socialstyrelsen har kategoriserat redovisade resultat på följande sätt:

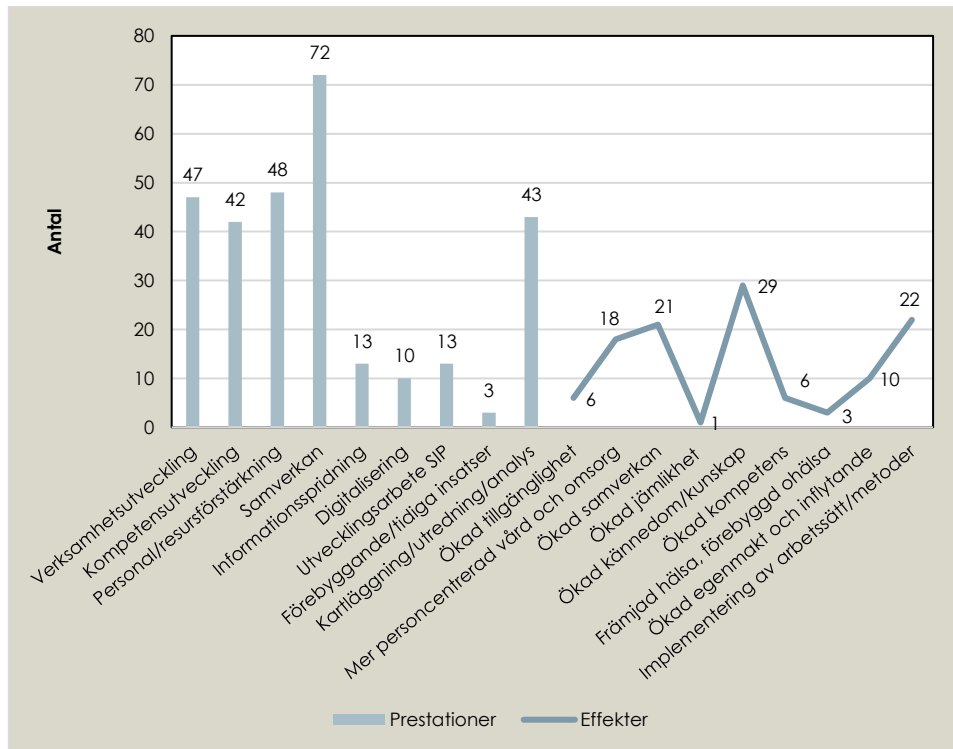
Tabell 5. Resultatkategorier (prestationer och effekter) inom området samverkan för personer med samsjuklighet

Prestationer	Effekter
Verksamhetsutveckling	Ökad tillgänglighet
Kompetensutveckling	Mer personcentrerad vård och omsorg
Personal- eller resursförstärkning	Ökad samverkan
Samverkan	Ökad jämlikhet
Informationsspridning	Ökad kunskap och kännedom
Digitalisering	Ökad kompetens
Utvecklingsarbete SIP	Främjad hälsa, förebyggd ohälsa
Förebyggande och tidiga insatser	Ökad egenmakt och inflytande
Kartläggning, utredning, analys	Implementering av arbetssätt och metoder

Flera resultatredovisningar handlar om eller innefattar någon form av samverkansinsats (figur 10), där det vanligaste är uppstart eller vidareutveckling av samverkansprojekt, utveckling av samverkansstrukturer i länen, regional koordinering och länsamordning. Satsningar på verksamhetsutveckling, kompetensutveckling och personalförstärkning är också återkommande i lärens redovisningar. Dessa kan handla om utveckling och utökning av verksamheter, t.ex. integrerade verksamheter, HLT-team (Hälsa, lärande och trygghet), framtagna handlingsplaner och rutiner, rekryterade funktioner, t.ex. länsamordnare, koordinatörer, processledare samt genomförda utbildningar, workshoppar och seminarier. Kartläggningar, utredningar och analyser inom området, inklusive brukarrevisioner, är något som genomförts i en betydligt större utsträckning jämfört med förra året. Däremot har förhållandevis få prestationer redovisats vad gäller utvecklingsarbete med SIP. Dessa handlar oftast om samordning av arbetet med SIP, genomförda SIP-utbildningar och nätverksträffar. Enstaka prestationer i form av digitalisering, informationsspridning samt främjande och förebyggande arbeten har också redovisats. Förmodligen handlar det om att flera redovisade insatser inom detta delområde är omfattande, långsiktiga och sker på verksamhets- eller strategisk nivå, något som gör att konkreta kortsiktiga effekter hittills har varit svåra att upptäcka.

Figur 10 visar också att flera redovisade effekter rör sig om förändringar som åstadkommit inom verksamheter, främst personalens ökade kunskap och kännedom inom området. Prestationerna har också lett till många implementerade arbetssätt och metoder samt ökad samverkan. Genomfört arbete utifrån metoder, t.ex. IPS (Individual Placement and Support), BarnSäkert, mer strukturerad samverkan kring personer i behov av insatser från flera verksamheter samt effektivare arbetssätt beskrivs ofta som resultat i lärens redovisningar. Några län har även angett effekter i form av ökad egenmakt och inflytande hos patienter och klienter, professioners ökade kompetens samt ökad tillgänglighet. I enstaka redovisningar finns effekter som ökad jämlikhet samt främjad hälsa och förebyggd ohälsa.

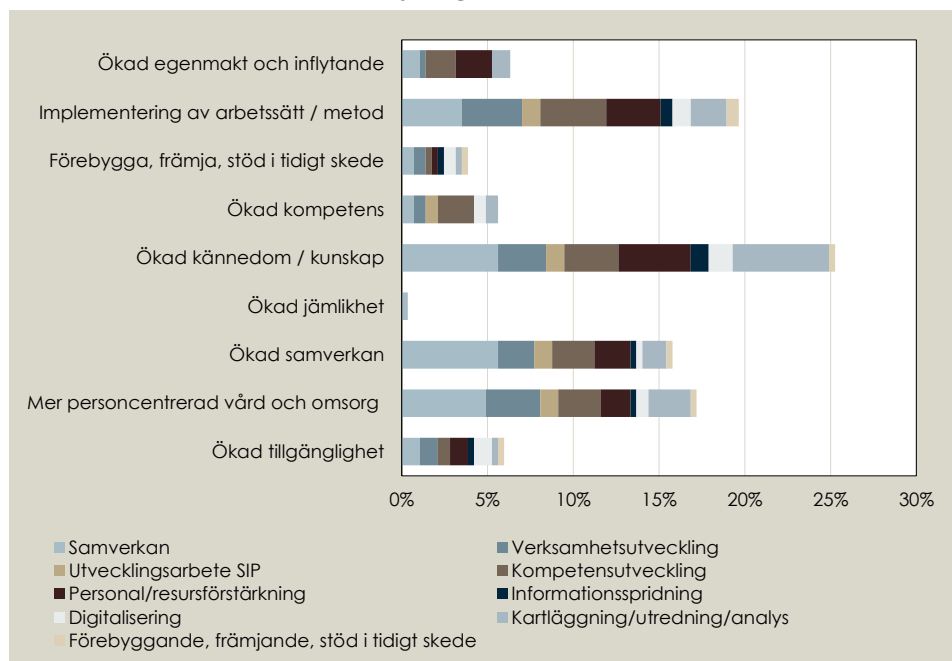
Figur 10. Prestationer och effekter inom området samverkan för personer med samsjuklighet



Figur 11 illustrerar samband mellan olika typer av prestationer och effekter inom området, dvs. vilka prestationer som har lett till vilka effekter och i vilken omfattning. Alla effektkategorier har en koppling till olika typer av prestationer, och den mest framträdande prestationskategori som genererat tydliga effekter i form av ökad kunskap och kännedom, samverkan och en mer personcentrerad vård och omsorg handlar om samverkanssatsningar. Samtidigt ser vi att ökad kunskap och kännedom hos personal har varit den mest omfattande effekten i förhållande till de prestationer som verksamheterna levererat.

I övrigt är det prestationer inom personal- och resursförstärkning, verksamhetsutveckling och kunskapsutveckling som har lett till mer markanta förändringar, särskilt vad gäller implementering av arbetssätt och metoder, ökad kunskap, mer personcentrerad vård och omsorg samt ökad samverkan. Det är även iakttagbart att genomförda kartläggningar och analyser ganska ofta ligger till grund för det fortsatta arbetet, eftersom förändringar till följd av denna typ av insats syns inom nästan alla effektkategorier.

Figur 11. Samband mellan prestationer och effekter inom området samverkan för personer med samsjuklighet



Verksamhet för att nå effekter och resultat

Aktiviteter, mål, resurser

De aktiviteter som har genomförts under år 2021 handlar framför allt om samverkan, följt av personal- eller resursförstärkning, verksamhetsutveckling, kompetensutveckling och kartläggningar, utredningar och analyser. Aktiviteter inom SIP och förebyggande och tidiga insatser har genomförts i en lägre utsträckning.

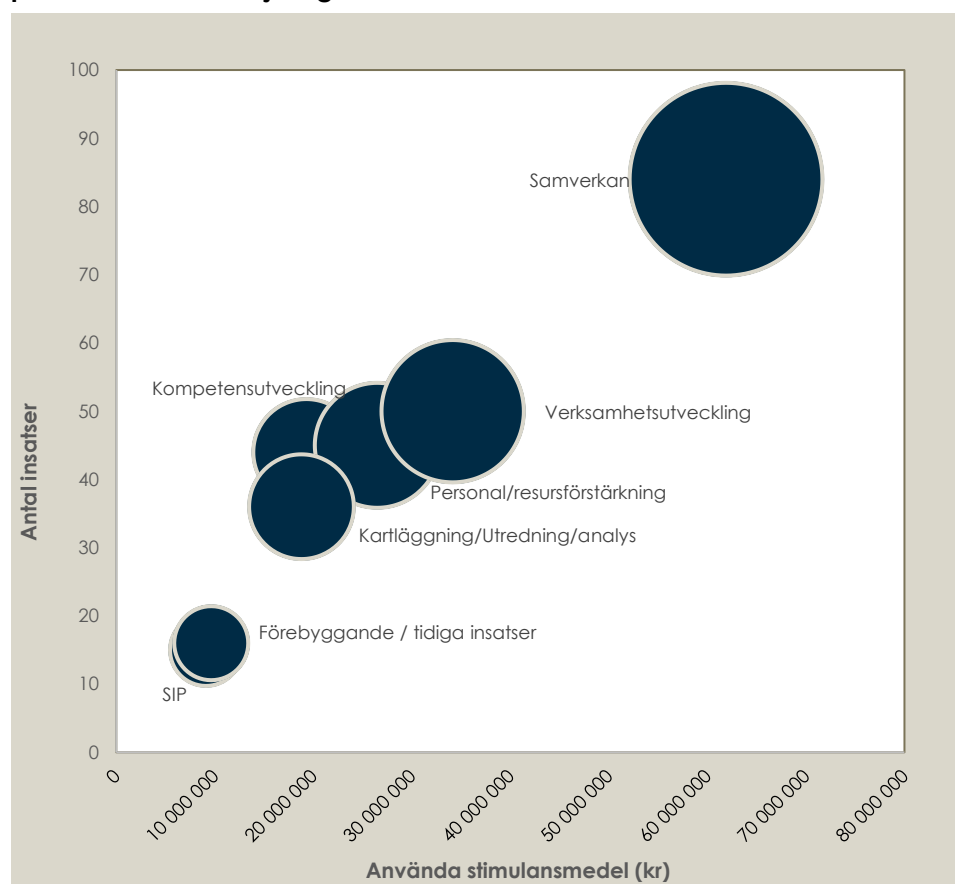
Målsättningar rör sig i stort om att stärka eller öka samverkan och samarbete kring personer i behov av insatser från flera verksamheter. Många insatser syftar till personalens ökade kunskap inom området, parallellt med en mer personcentrerad vård och omsorg till patienter, klienter och deras anhöriga. Detta kan tyda på en viss nivå av långsiktighet i målformuleringar, eftersom insatserna förväntas tillföra effekter i flera led – för personalen, verksamheten och för slutmottagarna av vården och omsorgen. Samtidigt avser relativt få insatser att öka kompetens inom verksamheten, vilket skulle kunna innebära verksamhetens ökade förmågor att faktiskt tillämpa nya kunskaper i mötet med individen.

De insatser som har syftat till ökad kunskap hos personal har ofta tillfört motsvarande effekter, samtidigt som ett fåtal insatser lett till just ökad kompetens inom verksamheten. Ökad samverkan är inte längre en dominerande kategori när det kommer till effektredovisningen. Den målkategori som bäst stämmer överens med uppnådda effekter handlar om implementering av arbetsätt och metoder, där andelen genererade effekter i förhållande till uppsatta mål nämligen är störst. Detta i kontrast till insatser för ökad jämlikhet, tillgänglighet samt främjande arbete och tidiga insatser, där få förändringar kan ses. Dels kan det innebära att vissa typer av effekt är enklare att upptäcka och mäta än effekter av samverkan, dels kan det tyda på att vi observerar ett

steg i länens förflyttning från övergripande samverkansinsatser till implementering av konkreta modeller och metoder som i sin tur kan leda till att förändringar för enskilda, i form av t.ex. ökad tillgänglighet, sker i nästa steg.

Samverkan har varit det området där flest insatser har genomförts och som uppenbarligen också kostat mest, se figur 12. Den näst största resursanvändningen rör sig om personalförstärkning, följd av kompetensutveckling och genomförda kartläggningar. Vad gäller utvecklingsarbeten med SIP och förebyggande arbeten har dessa inte varit lika omfattande och redovisats av enstaka län, vilket också har en motsvarande resursmässig spegling.

Figur 12. Användning av stimulansmedel inom området samverkan för personer med samsjuklighet



Målgrupper

Nästan en tredjedel av de redovisade insatserna riktar sig till breda målgrupper som invånare, personer med insatser och behov av insatser samt personer med samsjuklighet. Bland vanliga målgrupper är också personal och verksamheter samt barn och unga; var och en av dessa målgrupper anges i ca en fjärdedel av redovisningarna. Några insatser har riktat sig specifikt till vuxna, och enstaka insatser till anhöriga och vårdnadshavare, äldre samt intresseorganisationer och brukarrepresentanter.

Ansvariga verksamheter, samverkan

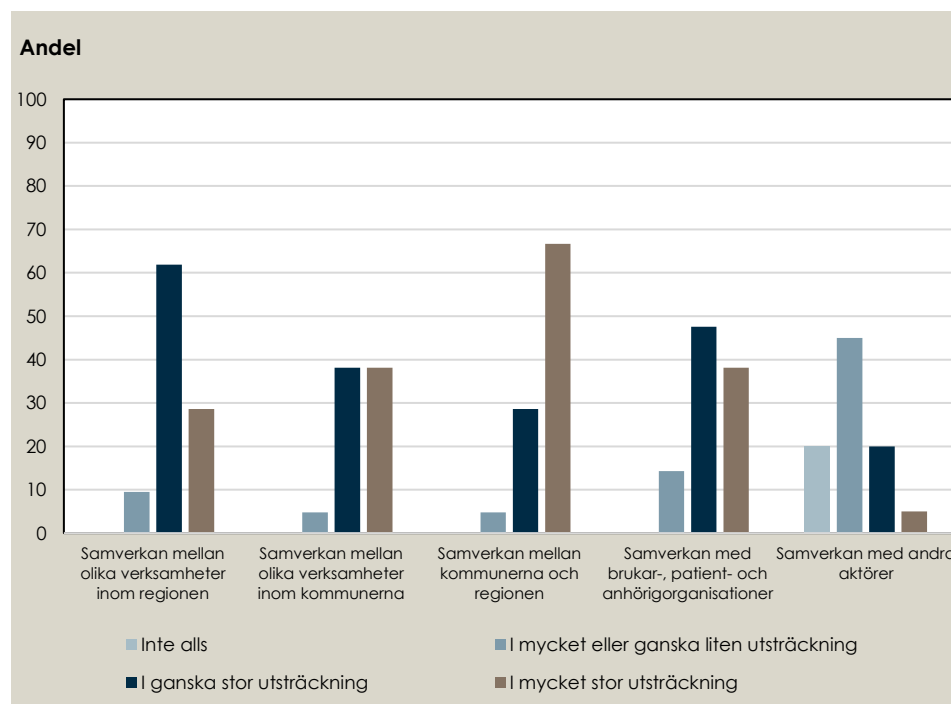
Mer än hälften av insatserna kännetecknas av regionernas och kommunernas delade ansvar för genomförande och resultat. Detta stämmer väl överens med

att ett flertal samverkansaktiviteter genomförts. Enbart regionala verksamheter har ansvarat för ungefär en fjärdedel av insatserna, och enbart kommunala verksamheter för 14 procent av insatserna. I några få insatser i enstaka län har intresseorganisationer, främst regionala NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa), nämnts bland ansvariga verksamheter.

I de fall där enbart regionala verksamheter varit ansvariga för insatser har de främst angett kommunala verksamheter som samarbetspartner, och – i något lägre utsträckning – andra aktörer inom regionen. I de fall där enbart kommunala verksamheter varit ansvariga för insatser har de oftast samarbetat med andra kommunala verksamheter, och – i något lägre utsträckning – med regionen. Flera insatser har således genomförts i samverkan antingen inom region och kommun eller mellan huvudmännen. I några insatser har även brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt andra aktörer, som t.ex. universitet, angetts som samarbetspartner.

Även i länens svar på frågan *I vilken utsträckning har följande varit prioriterat i ert läns arbete med personer i behov av insatser från flera verksamheter under 2021?* framgår att samverkan mellan region och kommun varit mest prioriterad i de genomförda insatserna, se figur 13. En något lägre prioriteringsgrad observerar vi när det gäller samverkan mellan olika verksamheter inom regionen och kommunerna, vilket stämmer överens med ovanbeskrivna iakttagelser. Däremot, när det gäller samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer där flera län svarat att detta prioriterats i ganska eller mycket stor utsträckning, ser vi en viss diskrepans i förhållande till hur många insatser som egentligen genomförts av eller involverat dessa organisationer. Det handlar nämligen om 25 av 150 genomförda insatser.

Figur 13. Prioriterat i läns arbete med personer i behov av insatser från flera verksamheter under 2021

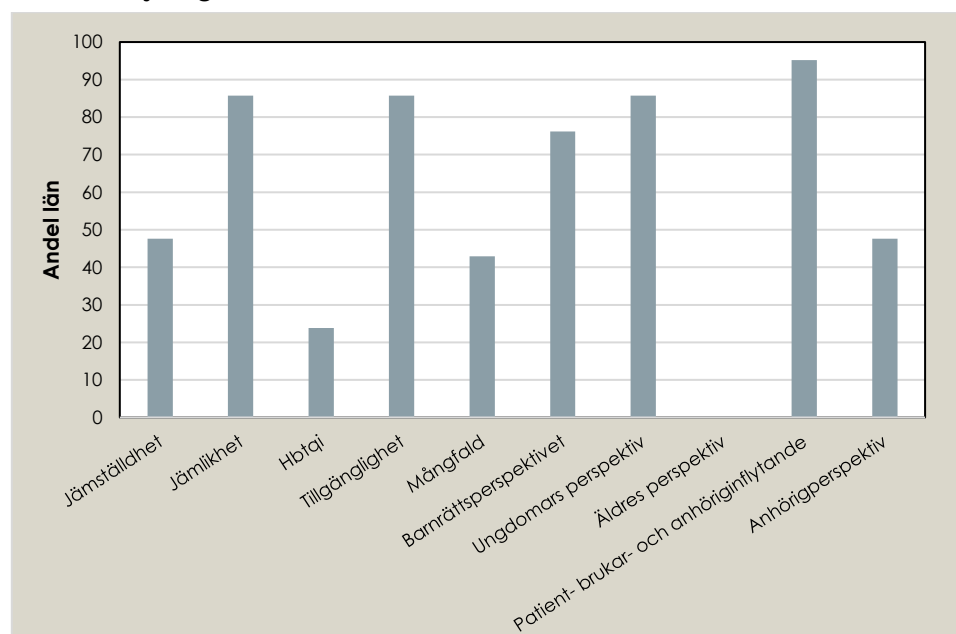


Trots en markant variation av aktörer som involverats i samverkan inom ramen för överenskommelsens delområde samsjuklighet, är det oklart huruvida stimulansmedel främjat samverkan mellan de olika aktörerna i genomförandet av insatserna. Några aktörer har dessutom involverats i samverkan i en relativt låg utsträckning, t.ex. tandvård i sex insatser hos tre län, skola i tio insatser hos fem län, folkhälsa i två insatser hos två län.

Perspektiv

I förra årets analys konstaterade Socialstyrelsen att samsjuklighet var ett område där patient-, brukar- och anhörigdeltagande var relativt högt jämfört med andra områden. Generellt sett är nivån av involvering av patient-, brukar- och anhörigperspektivet inom området hög även enligt detta års redovisning. Barn- och ungdomsperspektivet samt perspektiv som tillgänglighet och jämlikhet har varit särskilt framträdande i arbetet med insatserna i fler än hälften av länen.

Figur 14. Perspektiv i arbetet med insatserna – samverkan för personer med samsjuklighet



Många aktörer lyfter barnperspektivet och ger exempel på insatser för barn och unga. Äldreperspektivet saknas däremot inom områdets inrapportering. Exempel på insatser för äldre lyfts bara av få län (Blekinge, Kalmar) och några av Stockholm läns kommuner. Hemlöshet nämns i få insatser, främst i Dalarna, Östergötland och Uppsala. Uppsalas insatser har en tydlig koppling till jämställdhetsperspektivet. Trots att förhållandevis många län har angett jämställdhet bland de särskilt framträdande perspektiven i sitt arbete inom området, går det att identifiera det i ett fåtal redovisade insatser.

Sammanfattande iakttagelser för området

Sammanfattningsvis noterar Socialstyrelsen att länen i första hand har använt stimulansmedel inom området för att genomföra samverkansinsatser inom och mellan regionala och kommunala verksamheter. Flera insatser har

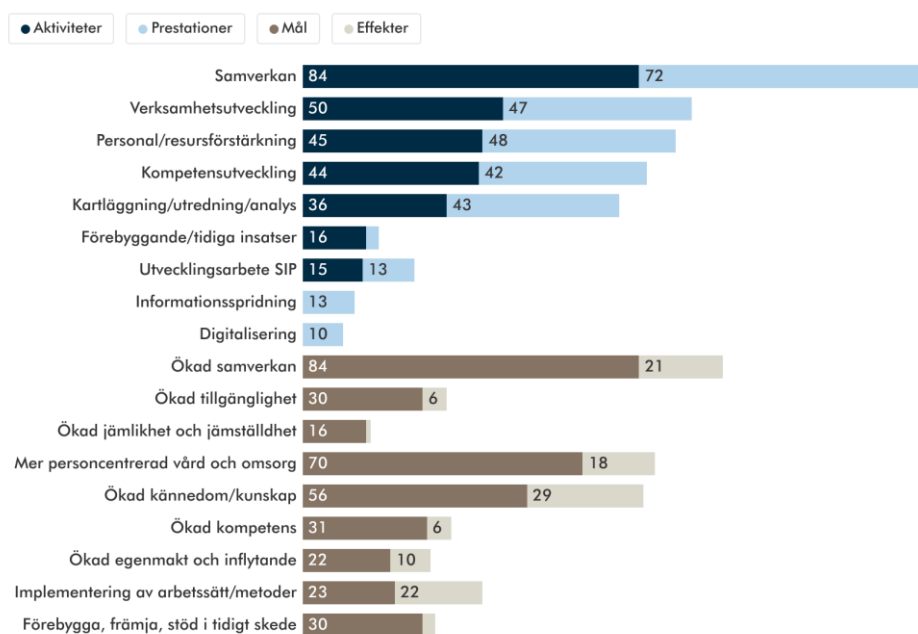
genomförts inom verksamhetsutveckling, kompetensutveckling och personalförstärkning, även dessa ofta i samverkan mellan och inom regioner och kommuner. Både i 2021 års och i 2020 års redovisning märker vi att insatserna ofta skett på en strategisk nivå och handlat om utveckling av övergripande samverkansstrukturer och samordning mellan olika verksamheter. Flera av de angivna målen handlar om en förändring på verksamhets- eller strukturnivå, vilket gör att det kan vara utmanande att upptäcka konkreta effekter i form av t.ex. ökad tillgänglighet på kort sikt.

Verksamhetsfokus är också tydligt när det kommer till resultat som de genomförda insatserna lett till. Å ena sidan motsvarar dessa resultat de mål som länen har formulerat. Å andra sidan är det ofta oklart om nya kunskaper och nya strukturer har lett till en mer sammanhållen vård och omsorg.

Några län har emellertid beskrivit utvecklingsarbeten som skapat skillnad för patienter och brukare. Arbetena har sällan lett till ökad tillgänglighet, dock har fler län och verksamheter arbetat för individens ökade egenmakt och inflytande, jämfört med förra året. Måluppfyllelsen är hög inom kategorin implementering av arbetsätt och metoder. Exempelvis handlar det om införandet av BarnSäkert-modellen i Blekinge, Jämtland och Uppsala. Vidare rör det sig om arbete efter tjänstedesign-modellen – i Örebro för ökad patientinvolvering och i Västerbotten för kartläggning av lokala behov av utveckling av vården och omsorgen. Utveckling av gemensamma behandlingsmodeller och behandlingsteam som t.ex. i Östergötland samt arbete med integrerade arbetsätt, bl.a. implementering av FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) i Skåne, kan också nämnas.

Trots en viss diskrepans mellan mål och motsvarande effekter i nästan alla kategorier, som figur 15 visar, är kopplingar mellan genomförda aktiviteter och uppnådda prestationer tydliga, förutom att få prestationer kopplade till förebyggande och tidiga insatser har redovisats.

Figur 15. Måluppfyllelse – samverkan för personer med samsjuklighet



Fler jämförelser med resultat från 2020:

- Samma omfattning av insatser har genomförts i samverkan, dock är det en aning färre som lett till ökad samverkan.
- Kunskapshöjande insatser har genomförts i ungefär samma omfattning.
- Fler insatser har resulterat i implementering och utveckling av arbetsätt och metoder som riktat sig till individen.
- Få har arbetat med äldres perspektiv, hbtqi-perspektiv och jämställdhet inom ramen för överenskommelsen.
- Patient-, brukar- och anhöriginflytande inom detta område är betydligt högre än inom de regionala och kommunala områdena.
- Nästan tre gånger fler kartläggningar, utredningar och analyser inom området har genomförts, och åtta gånger fler insatser som använt resultat från kartläggning eller analys till utveckling.
- Större andel insatser har lett till en mer personcentrerad vård och omsorg, dock är dessa fortfarande relativt få i antal.

En god vård och omsorg som är effektiv och säker, utgår från individens behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap – delområde 4

Effekter och resultat

Regionernas redovisningar

Samtliga regioner har redovisat att de använt stimulansmedel för en god vård och omsorg som är effektiv och säker, utgår från individens behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap. Stimulansmedlen har använts för att finansiera 126 insatser.

De insatser som regionerna redovisat har delats in i kategorierna Utveckling och implementering av vård- och insatsprogram (VIP) och/eller nationella riktlinjer o.dyl., Patientsäkerhet, Systematisk uppföljning och Annat utvecklingsarbete inom God vård och omsorg. Vår sammanställning över hur många regioner som varit aktiva inom respektive kategori visar följande:

Tabell 6. Antal regioner med insatser inom respektive kategori – god vård och omsorg

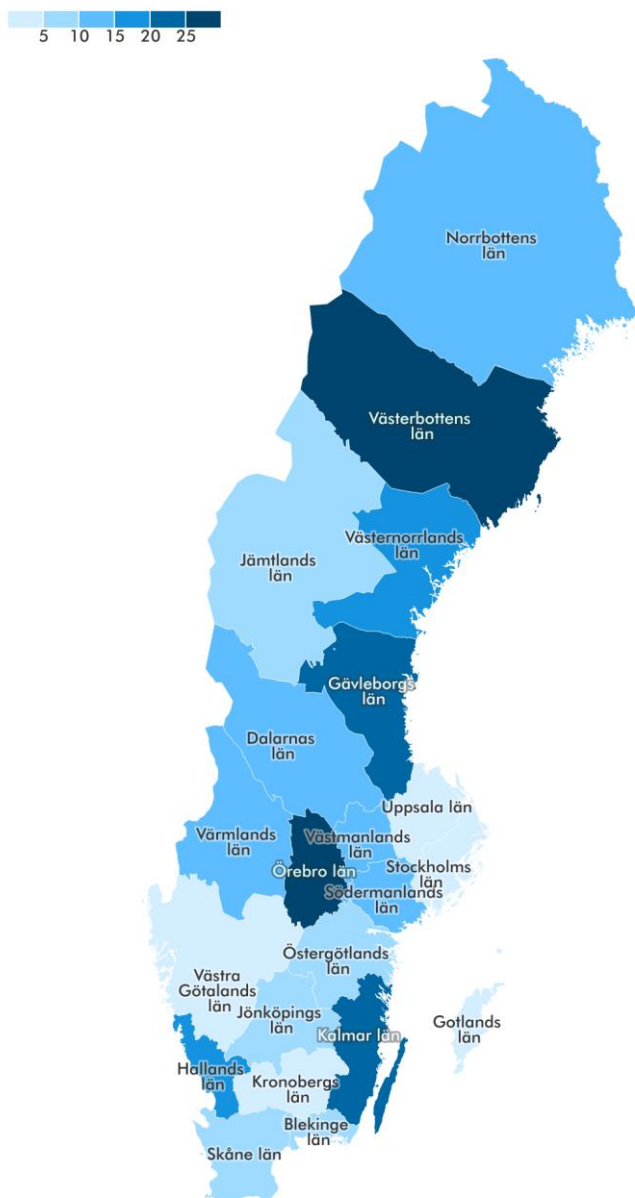
Kategori	Antal regioner
Utveckling och implementering av vård- och insatsprogram och/eller nationella riktlinjer o.dyl.	20
Patientsäkerhet	14
Systematisk uppföljning	9
Annat utvecklingsarbete för God vård och omsorg	10

Flest antal regioner, 20 stycken, har arbetat med att utveckla och implementera vård- och insatsprogram, nationella riktlinjer eller liknande satsningar.

Geografisk spridning av redovisade resultat för de 126 insatser som regionerna bedrivit, där både prestationer och effekter har inkluderats, illustreras nedan.

Bild 4. Antal redovisade resultat inom området god vård och omsorg (region)

Bilden illustrera hur många resultat (prestationer och effekter) som Socialstyrelsen har identifierat i regionernas enkätsvar.



Socialstyrelsen har analyserat och kategoriserat redovisade resultat för de 126 insatserna på följande sätt:

Tabell 7. Resultatkategorier (prestationer och effekter) – god vård och omsorg (regioner)

Prestationer	Effekter
Utveckling och implementering av vård- och insatsprogram (VIP) och/eller nationella riktlinjer o.dyl.	Ökad kompetens och kunskapsspridning
Patientsäkerhet	Ökad tillgänglighet
Systematisk uppföljning	Ökad vårdkvalitet

Prestationer	Effekter
Annat utvecklingsarbete för God vård och omsorg	Ökad samordning och samverkan
	Ökad patientnöjdhet och välmående

Total 57 insatser har genererat prestationer inom området Utveckling och implementering av vård- och insatsprogram och/eller nationella riktlinjer o.dyl. På motsvarande vis kan vi se prestationer inom 35 insatser som kan hänföras till området Patientsäkerhet. Inom området Annat utvecklingsarbete för God vård och omsorg genererades prestationer i 26 insatser. Inom området Systematisk uppföljning har regionerna redovisat prestationer som kan kopplas till 11 insatser.

Den vanligaste typen av prestation är genomförda utbildningar eller annan form av kompetensutveckling, t.ex. handledning. Åtminstone ett 40-tal prestationer är av det slaget. Olika former av verksamhetsutveckling och personalförstärkning är också vanligt. Över 30 insatser redovisar sådana resultat. I över 20 insatser pekar redovisningarna på att vård- och insatsprogram eller nationella riktlinjer och liknande har implementerats eller utvecklats.

När det kommer till de effekter som redovisats rör de först och främst kunskapshöjning och kunskapsspridning; detta gäller för 30 av insatserna. För något färre insatser tyder redovisningarna på att insatserna haft effekt på vårdkvaliteten. Exempel på redovisade effekter är ökad vårdkvalitet för patienter med depression, förändrade arbetssätt som erbjuder vård utifrån kunskapsstyrning m.m. Ökad tillgänglighet i olika former omnämns specifikt i 14 insatser. Ett tiotal insatser redovisar effekter i form av ökad samordning och samverkan respektive effekter för patienter i termer av välmående, delaktighet m.m.

Kommunernas redovisning

För kommunernas del har 231 stycken redovisat att de använt stimulansmedel från området. I en del fall har stimulansmedlen förts samman med satsningar inom andra delområden, och redovisats där. 216 av kommunerna har emellertid redovisat totalt närapå 600 insatser för att arbeta med en god vård och omsorg som är effektiv och säker, utgår från individens behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap. Ett betydande antal av dessa är länsgemensamma insatser där kommuner samarbetar med regionen.

De insatser som kommunerna redovisat har på samma sätt som regionernas insatser delats in i olika kategorier, och vår sammanställning över hur många kommuner som varit aktiva inom respektive kategori visar följande:

Tabell 8. Antal kommuner med insatser inom respektive kategori – god vård och omsorg

Kategori	Antal kommuner
Utveckling och implementering av vård- och insatsprogram (VIP) och/eller nationella riktlinjer o.dyl.	116
Patientsäkerhet	55
Systematisk uppföljning	60
Annat utvecklingsarbete för God vård och omsorg	132

Flest kommuner har bedrivit insatser inom den kategori som benämns som Annat utvecklingsarbete för God vård och omsorg. Därutöver har ett stort antal kommuner genomfört insatser för att på olika sätt arbeta med vård- och insatsprogram, nationella riktlinjer eller liknande satsningar. Över fyrtio ytterligare kommuner har dessutom genomfört insatser som haft bäring på detta område, även om det inte varit insatsernas primära inriktning. Områdena patientsäkerhet och systematisk uppföljning har kommunerna inte arbetat lika aktivt med. Mönstret är detsamma som för år 2020.

Socialstyrelsen har analyserat och kategoriserat redovisade resultat för insatserna på följande sätt:

Tabell 9. Resultatkategorier (prestationer och effekter) – god vård och omsorg (kommuner)

Prestationer	Effekter
Utveckling och implementering av vård- och insatsprogram och/eller nationella riktlinjer o.dyl.	Ökad kompetens och kunskapsspridning
Patientsäkerhet	Ökad samordning och samverkan
Systematisk uppföljning	Ökad tillgänglighet
Annat utvecklingsarbete för God vård och omsorg	Ökad vård- och omsorgskvalitet
	Ökat förebyggande arbete
	Ökat välmående

Flertalet prestationer har genererats inom områdena Utveckling och implementering av vård- och insatsprogram och/eller nationella riktlinjer o.dyl. samt Annat utvecklingsarbete inom God vård och omsorg. Gemensamt för områdena är att många av de resultat som redovisas rör genomförda kompetensutvecklingsaktiviteter. Exempel är genomförda utbildningar inom MHFA (Mental Health First Aid), SIP, suicidprevention, Komet, ESL (Ett självständigt liv), MI (Motiverande samtal), dokumentationsutbildning, utbildning i juridik och handläggning av ärenden om placerade barn, utbildning av handledare i kbt (kognitiv beteendeterapi), utbildningar för att arbeta med föräldrastöd, m.m.

Kommunernas redovisningar ger vid handen att genomförda insatser inom dessa båda områden gett effekter i termer av att de höjt kunskapsnivåerna i berörda verksamheter men i en del insatser även ökat kunskaper hos externa målgrupper såsom elever och föräldrar. Ökad kunskap och kunskapsspridning är i själva verket de vanligaste effekter som kommunerna redovisar av arbetet inom denna del av överenskommelsen.

Gemensamt för de båda områdena är vidare att de karaktäriseras av resultat i termer av olika typer av verksamhetsutveckling. Här handlar det bl.a. om att kompetensutveckling enligt ovan lett till att personal fått tillgång till nya arbetssätt och verktyg, något som varit positivt för verksamheten som sådan men i förlängningen också gett effekter för olika målgrupper. Personal- eller annan resursförstärkning är andra prestationer som bidragit positivt till verksamhetsutveckling. Dels handlar det här om anställning av projektledare, samordnare, utvecklare o.dyl., dels om andra prestationer, som utökning av utredningsgrupper, start av träffpunkter, uppsökande verksamhet, osv. I cirka

40 insatser har riktlinjer, överenskommelser, planer o.dyl. tagits fram eller reviderats.

Inom patientsäkerhetsområdet har kompetensutveckling utgjort den dominerande typen av resultat. Här kan t.ex. utbildning för att öka kompetensen kring användandet av SIP nämnas, men också utbildning i palliativ vård, eller i självskadeproblematik. Samma sak gäller för de insatser som genomförts inom Systematisk uppföljning. Det är främst olika former av kompetensutveckling som redovisas som resultat.

Samordning och samverkan har genomsyrat många insatser inom samtliga fyra områden. Arbetet har skett på olika nivåer, från samverkanssatsningar i SIP-sammanhang eller samordnade aktiviteter för att förbättra ungdomars fysiska, psykiska, sociala och sexuella hälsa, till bildande av regionala nätverk för lokal implementering.

När det kommer till de effekter som redovisats rör de, vid sidan av kunskaphöjning och kunskapsspridning, ofta att arbetssätt, metoder o.dyl. förändrats och implementerats, samt att verksamheterna fortsätter att revidera och utveckla dessa. För ett betydande antal insatser tyder redovisningarna på att insatserna haft effekt på vård- och omsorgskvaliteten i de kontexter där de genomförts. Det kan i dessa fall handla om bättre bemötande, rätt stöd från rätt instans, ökad kvalitet i utredning och behandling m.m. Vidare har det förebyggande arbetet stärkts på flera håll, bl.a. genom föräldrastödsprogram, uppsökande arbete t.ex. för att bryta social isolering, preventiva insatser i skolan, och stärkt arbete för suicidprevention.

Ett hundratal insatser har av allt att döma haft direkta effekter på de målgrupper som de ytterst adresserar. Här ser vi effekter i termer av ökat välmående och nöjdhet, aktivering av målgrupper, ökad delaktighet för individer, minskning av inläggningar och självskadebeteende, förbättrad situation för våldsutsatta barn, minskat droganvändande, tryggare elever, stärkta föräldrar m.m.

Verksamhet för att nå effekter och resultat

Aktiviteter, mål, resurser

Regionernas redovisningar

Som visades ovan har regionerna totalt redovisat över 120 insatser för att arbeta med en god vård och omsorg som är effektiv och säker, utgår från individens behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Hur insatserna varit fördelade över de fyra olika insatskategorierna visas i tabell 10. Notera att summan av insatserna överstiger det totala antal insatser som regionerna redovisat. Det beror på att flera av insatserna rört mer än en kategori.

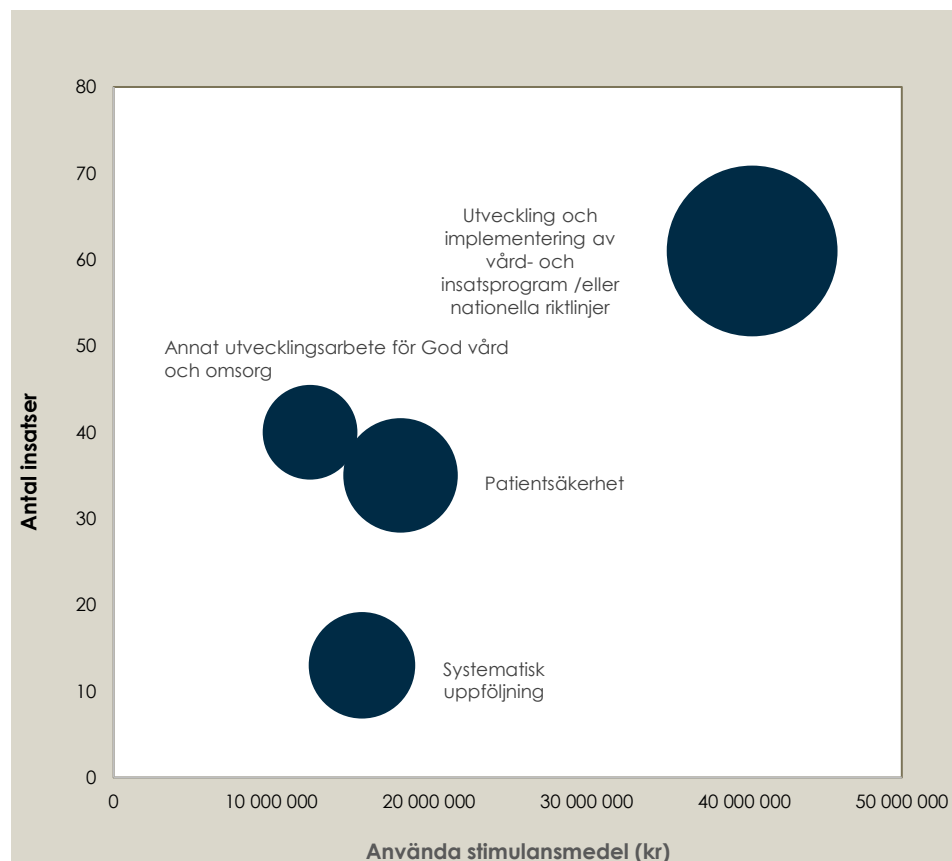
Tabell 10. Antal insatser inom respektive kategori – god vård och omsorg (region)

Kategori	Antal insatser
Utveckling och implementering av vård- och insatsprogram och/eller nationella riktlinjer o.dyl.	61
Patientsäkerhet	35
Systematisk uppföljning	13
Annat utvecklingsarbete för God vård och omsorg	40

Som framgår av tabellen har flest insatser redovisats innehålla aktiviteter som rör området vård- och insatsprogram och/eller nationella riktlinjer, eller liknande. Därefter har det varit vanligast med aktiviteter som rör annat utvecklingsarbete för en god vård och omsorg. Minst vanligt har det varit med aktiviteter som syftat till att arbeta med systematisk uppföljning.

I figur 16 återges hur mycket stimulansmedel som förbrukats inom respektive område.

Figur 16. Användning av stimulansmedel inom området god vård och omsorg (region)



Regionerna har fått redovisa vilka mål de vill uppnå med de insatser som de genomför. Socialstyrelsen har kategoriserat målen i ett par övergripande målområden. Dessa ska läsas som att insatserna har mål som kan bedömas bidra till en positiv utveckling inom dessa övergripande områden. Målen för insatserna kan också finnas på olika nivåer, alltifrån ”bättre bemötande” till ”implementering av VIP”, ha olika detaljeringsgrad, och olika tidsperspektiv.

Socialstyrelsen vill därför understryka att det är en sammantagen bild som redovisas nedan, som bygger på våra bedömningar utifrån det redovisade materialet. I tabell 11 redovisas de övergripande målkategorierna samt hur många av insatserna som genererat, eller är på god väg att generera, resultat som ligger i linje med målområdena.

Tabell 11. Målområden och resultat – god vård och omsorg (regioner)

Målområde	Antal insatser med mål inom område	Antal av dessa insatser som genererat, eller är på god väg att generera, resultat som bedöms ligga i linje med angivna målområden
Ökad kompetens och kunskapsspridning	34	15
Ökad tillgänglighet	18	9
Ökad vårdkvalitet	79	23
Ökad samordning och samverkan	13	6
Ökad patientnöjdhet och välmående	17	4

Som målkategorierna visar finns det mål för såväl verksamhets- som individnivån, den senare både för personal och externa målgrupper (patienter och brukare).

Kommunernas redovisningar

Som visades ovan har 216 av kommunerna redovisat totalt nästan 600 insatser för att arbeta med en god vård och omsorg som är effektiv och säker, utgår från individens behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Hur kommunernas insatser fördelar sig över de fyra olika insatsområdena visas i tabell 12. Notera att summan av de över områdena fördelade insatserna överstiger de cirka 600 insatser som kommunerna redovisat. Det beror på att flera av insatserna rör mer än ett insatsområde.

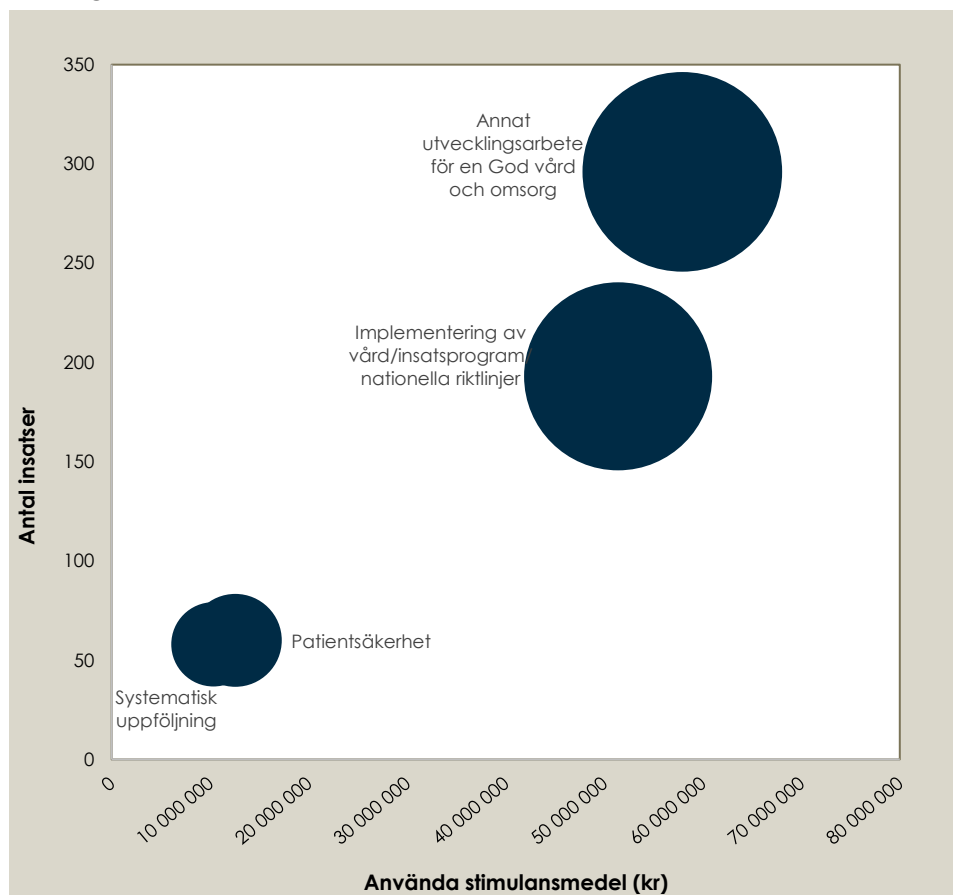
Tabell 12. Antal insatser inom respektive kategori – god vård och omsorg (kommun)

Kategori	Antal insatser
Utveckling och implementering av vård- och insatsprogram och/eller nationella riktlinjer o.dyl.	193
Patientsäkerhet	60
Systematisk uppföljning	58
Annat utvecklingsarbete för God vård och omsorg	296

Ser man till antalet insatser som redovisats inom respektive kategori speglar det balansen mellan de olika områdena med avseende på hur många kommuner som varit aktiva inom områdena. Det är främst inom implementering av vård- och insatsprogram och/eller nationella riktlinjer samt Annat utvecklingsarbete för God vård och omsorg som insatserna genomförts. Detta speglar även balansen mellan områdena vad gäller antalet resultat som redovisats, även det återgivet ovan.

Hur förbrukningen av stimulansmedel fördelat sig mellan områdena visas i figur 17.

Figur 17. Användning av stimulansmedel inom området god vård och omsorg (kommun)



Kommunerna har fått redovisa vilka mål de vill uppnå med de insatser som de genomför. Socialstyrelsen har kategoriserat målen i ett par övergripande målområden. Dessa ska läsas som att insatserna har mål som kan bedömas bidra till en positiv utveckling inom dessa övergripande områden. Målen för insatserna kan också finnas på olika nivåer, ha olika detaljeringsgrad, och olika tidsperspektiv. Socialstyrelsen vill därför understryka att det är en sammanhängande bild som redovisas nedan, som bygger på våra bedömningar utifrån det redovisade materialet. I tabell 13 redovisas de övergripande målkategorierna samt hur många av insatserna som genererat, eller är på god väg att generera, resultat som bedöms ligga i linje med målområdenas intentioner.

Tabell 13. Målområden och resultat – god vård och omsorg (kommuner)

Målområde	Antal insatser med mål inom område	Antal av dessa insatser som genererat, eller är på god väg att generera, resultat som bedöms ligga i linje med angivna målområden
Ökad kompetens och kunskapsspridning	241	187
Ökad tillgänglighet	22	16
Ökad vård- och omsorgskvalitet	180	111
Ökad samordning och samverkan	62	20
Ökat förebyggande arbete	129	90
Ökat välmående	129	60

Målgrupper

Regionernas redovisning

I en majoritet av de redovisade insatserna är målgruppen olika typer av slutmottagare, såsom befintliga patienter, personer i behov av vård eller stöd eller olika delar av befolkningen. Även personal och medarbetare återkommer som målgrupp, exempelvis när det gäller utbildning i att använda nya verktyg eller metoder.

Kommunernas redovisning

Inom kommunernas redovisningar förekommer det en bred variation av målgrupper. Majoriteten av insatserna vänder sig till flera målgrupper. Den totalt sett vanligaste är personal. Bland externa målgrupper är barn och unga vanligast. En del av dessa insatser adresserar målgruppen i bred bemärkelse, medan andra har mer avgränsade subgrupper inom målgruppen barn och unga, t.ex. skolungdomar eller barn i olika åldrar med neuropsykiatriska funktionshinder o.dyl.

Samverkan

Regionernas redovisning

Bland de regioner som angett samarbetspartner inom insatser har en bredd av olika aktörer redovisats. Delvis handlar det om samverkan och samarbete inom verksamhetsområden, men samarbete sker även mellan exempelvis primärvården och psykiatrin. Flera regioner uppger även att de inom insatserna samverkat med ambulanssjukvården, polisen eller med olika intresseorganisationer.

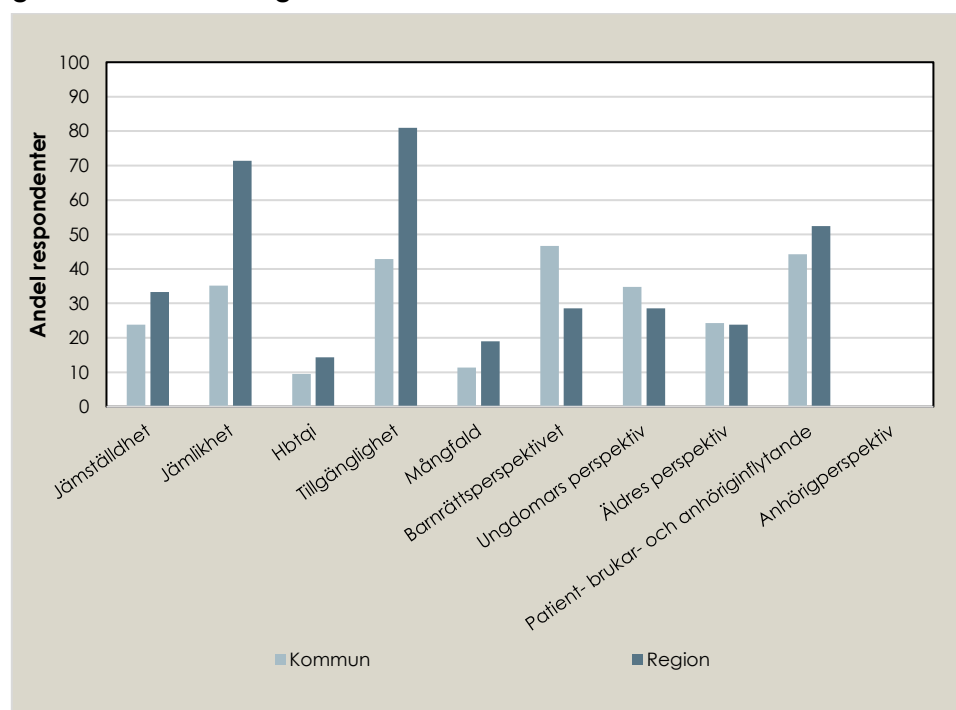
Kommunernas redovisning

Samverkan och samarbete anges i kommunernas redovisning ske med en bred uppsättning aktörer. Som exempel nämns Nationella och regionala programområden (NPO och RPO), Nationella arbetsgrupper (NAG), Sjukvårdsregionala arbetsgrupper (RAG), andra kommuner, regionala verksamheter och olika nätverk. Ofta anges samverkan internt inom eller mellan kommunens verksamheter. Andra aktörer som nämns är SKR, FOU-funktioner och universitet, polis och räddningstjänst samt andra myndigheter.

Perspektiv

Regioner och kommuner har svarat på frågan om de perspektiv som varit särskilt framträdande i arbetet med insatserna. Socialstyrelsen följer och utvärderar särskilt hur kommuner och regioner arbetar med insatser som vänder sig till barn och unga. Av den anledningen kommer barnrättsperspektivet och ungdomars perspektiv att lyftas särskilt. Figur 18 visar hur vanligt det varit att kommuner och regioner arbetat med olika perspektiv. I bilaga 3 beskrivs mer ingående hur de olika perspektiven beaktats.

Figur 18. Perspektiv i arbetet med insatserna i kommuner och regioner – god vård och omsorg



Regionernas redovisning

I 14 regioner har man arbetat särskilt med barnrättsperspektivet, och lika många har arbetat med ungdomars perspektiv. Vad gäller barnrättsperspektivet är regionernas redovisningar kortfattade. Sammantaget kan det konstateras att det handlar om att arbeta med barnkonventionen, kompetenshöjning och barnombud. Ungdomars perspektiv går in i barnrättsperspektivet. Här beskriver någon region att det behövs en "låg tröskel" i termer av en ingångslösning så att ungdomar själva kan ta kontakt med vården. En annan region skriver att de efterfrågat ungdomars erfarenheter och behov för att förstå vad som behövs.

Kommunernas redovisning

Ett hundratal kommuner har arbetat särskilt med barnrättsperspektivet. Generellt skriver många kommuner om arbeten kring att stärka barnets sociala kontakter och nätverk samt att ge barn en aktivare fritid och utökad livskvalitet. Några kommuner skriver att det är en friskfaktor och trygghet för barnet om familjen kan försörja sig själva.

Cirka 70 kommuner anger att de arbetat med ungdomarnas perspektiv. Här skriver många om satsningar både kring hälsa, sociala aspekter och familjedynamik, samt att ungdomshälsa behöver satsas på och beaktas på ungdomarnas egna villkor och att detta innebär proaktivt arbete. Många kommuner skriver om arbeten som har fokus på barn som är placerade i familjehem eller har andra korttidsplaceringar/boenden/verksamheter, samt hur ”hemgångsprocesser” behöver arbetas med så att barnen blir sedda och inte hamnar mellan stolarna.

Sammanfattande iakttagelser för området

Precis som var fallet i 2021 års lägesrapport kan vi konstatera att mycket verksamhet pågår inom detta område av överenskommelsen. De analyser vi gjort visar vidare att insatserna i många fall genererat resultat som är i linje med de målområden som insatserna tillhör, eller är på god väg att göra det.

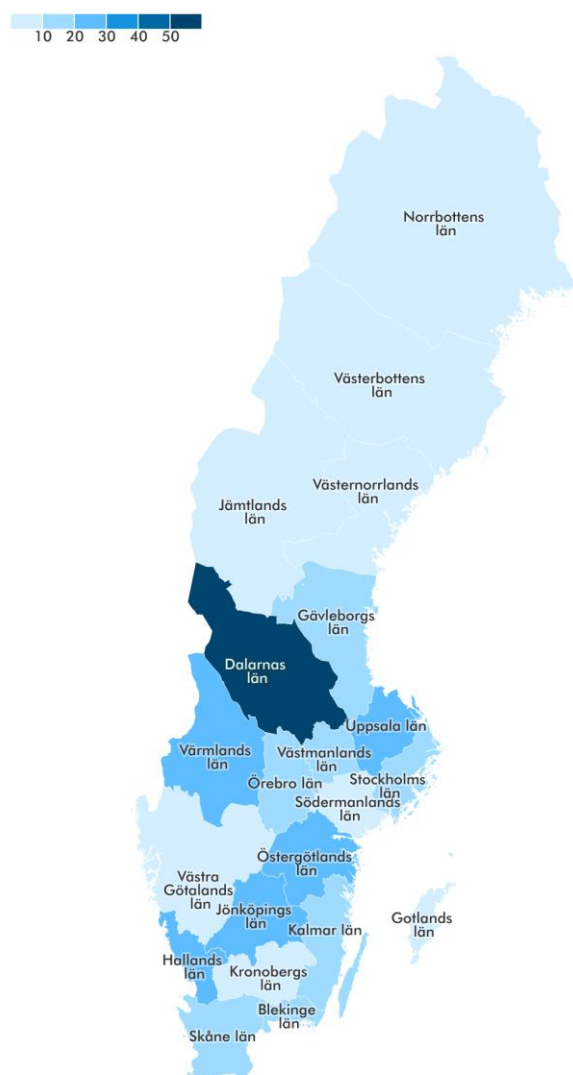
Patienter och brukare som aktiva medskapare av vården och omsorgen – En mer personcentrerad vård och omsorg – delområde 5

Effekter och resultat

Alla 21 län har sammanlagt redovisat 95 genomförda eller påbörjade insatser inom detta delområde. Alla län har redovisat resultat i form av prestationer, och 14 län har även beskrivit effekter som inträffat till följd av genomförda insatser. Geografisk spridning av redovisade resultat, där både prestationer och effekter har inkluderats, illustreras nedan.

Bild 5. Antal redovisade resultat inom området patient- och brukarinflytande

Bilden illustrera hur många resultat (prestationer och effekter) som Socialstyrelsen har identifierat i länens enkätsvar.



Socialstyrelsen har kategoriserat redovisade resultat på följande sätt. Se figur 19 för att jämföra utfall i de olika kategorierna.

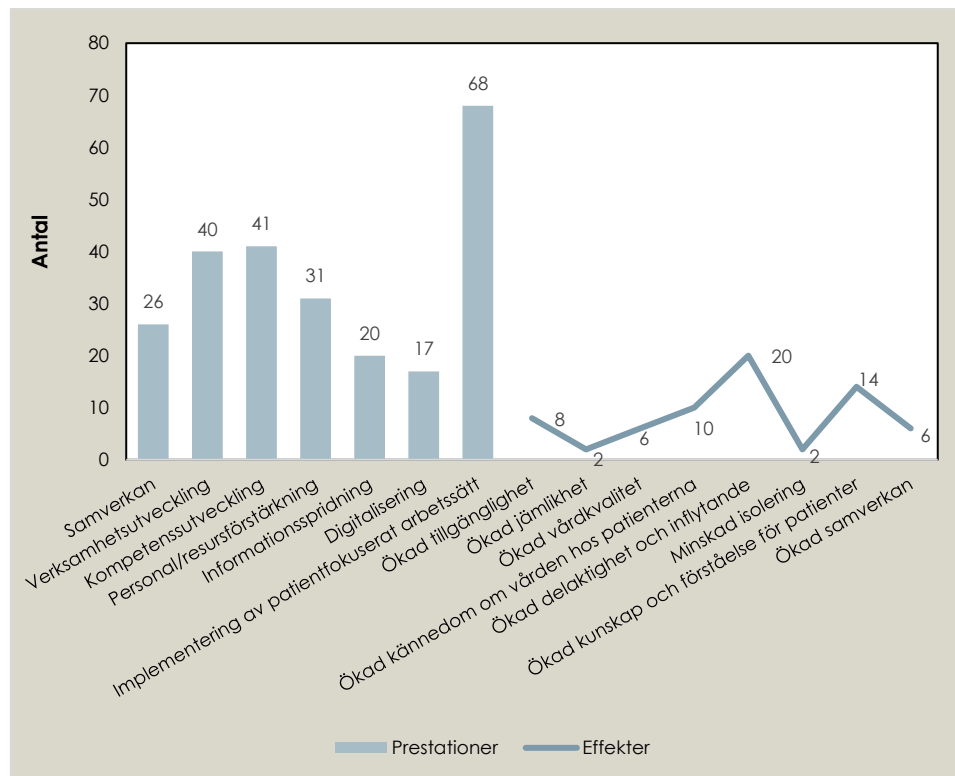
Tabell 14. Resultatkategorier (prestationer och effekter) inom patient- och brukarinflytande

Prestationer	Effekter
Verksamhetsutveckling	Ökad tillgänglighet
Kompetensutveckling	Ökad vårdkvalitet
Personal- eller resursförstärkning	Ökad samverkan
Samverkan	Ökad jämlikhet
Informationsspridning	Ökad kunskap och förståelse för patienter
Digitalisering	Ökad kännedom om vården hos patienter
Implementering av patientfokuserat Arbetsätt	Ökad delaktighet och inflytande
	Minskad isolering

Flera redovisade prestationer handlar om utveckling eller implementering av brukar- och patientfokuserat arbetsätt; exempel på dessa är brukarstyrd inläggning, gemensamt framtagna målbilder, satsningar för att öka målgruppernas delaktighet i samhället samt öka möjlighet att söka vård, implementering av projekt som syftar till att ge brukare möjlighet att påverka verksamhetsutveckling m.fl. Det kan även handla om direkta arbeten eller uppdrag utförda av eller i samverkan med patienter och intresseorganisationer (brukarrevisationer, stöd till andra via peer support). Flera prestationer har beskrivits inom verksamhetsutveckling och kompetensutveckling som huvudsakligen rör sig om genomförda utbildningar, uppstartade projekt, framtagna rutiner, avtal, checklistor och handlingsplaner. Personalförstärkning och samverkanssatsningar, som ofta hänger ihop inom länsgemensamma områden, har inneburit praktiskt arbete som utförs av anställda funktioner – oftast länsamordnare eller brukarinflytandesamordnare – till exempel samverkansmöten, länsgemensamma dialoger, struktur för medverkan, direktkontakter med lokala föreningar, etablerade dialogformer, arbetsgrupper, m.m. Färre prestationer har redovisats inom informationsspridning och digitalisering; dessa handlar främst om workshoppar, föreläsningar och hemsidor.

Majoriteten av beskrivna effekter handlar om patienters, brukares eller anhörigas ökade delaktighet och inflytande samt personalens ökade kunskap och förståelse för psykisk ohälsa. Några län har redovisat effekter i form av ökad kännedom om vården hos patienter samt ökad tillgänglighet, bl.a. genom att verksamheter kunnat nå ut till fler målgrupper. Hos vissa län finns även effekter som ökad vårdkvalitet, ökad samverkan och – i något mindre utsträckning – ökad jämlikhet och målgruppernas minskade isolering.

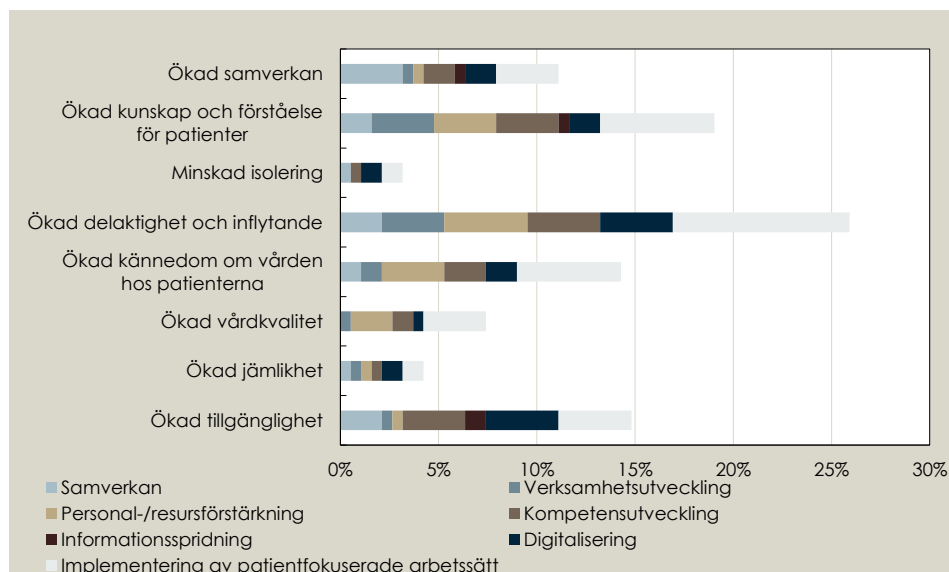
Figur 19. Prestationer och effekter inom området patient- och brukarinflytande



Figur 20 som illustrerar samband mellan olika typer av prestationer och effekter visar att varje effektkategori har en koppling till olika typer av prestationer. Den mest framträdande prestationskategori som genererat tydliga effekter i form av ökad delaktighet och inflytande, kunskap och förståelse för patienter, kännedom om vården hos patienter, samverkan, vårdkvalitet och tillgänglighet, handlar om implementering av patientfokuserade arbetssätt.

Personalförstärkning, verksamhetsutveckling och kunskapsutveckling har lett till olika typer av effekter, men främst ökad delaktighet och inflytande. Prestationer inom digitalisering och kompetensutveckling är bland de som har haft en synlig positiv påverkan på tillgänglighet till vården och omsorgen samt patient- och brukarinflytande.

Figur 20. Samband mellan prestationer och effekter inom området patient- och brukarinflytande



Verksamhet för att nå effekter och resultat

Aktiviteter, mål, resurser

Flera prestationer som redovisats inom området patient- och brukarinflytande har ett tydligt samband med genomförda aktiviteter. Innehållsmässigt överensstämmer aktivitetskategorierna med prestationskategorierna, medan målkategorierna i huvudsak motsvarar effektkategorierna.

De aktiviteter som genomfördes år 2021 handlade framförallt om utveckling, framtagande eller implementering av brukar- och patientbaserade arbetssätt och modeller samt, i andra hand, om utbildningar och handledning till personal, ledning, politiker, brukare och allmänheten. Dessa aktivitetskategorier är således mest omfattande. I samband med att ett flertal aktiviteter har rört sig om just utveckling eller implementering av arbetssätt, tyder det på en viss nivå av långsiktighet i läns-gemensamma insatser inom överenskommelsens område patient- och brukarinflytande.

Omfattningen av genomförda aktiviteter skiljer sig dock från omfattningen av motsvarande prestationer inom ramen för vissa insatser, som kompetensutveckling, verksamhetsutveckling, samverkan och informations-spridning. Samverkansaktiviteter, som ofta handlar om gemensamma forum, dialoger eller nätverk på olika nivåer samt samverkan med brukarrörelsen i olika frågor, har sällan lett till något konkret resultat, utifrån redovisningarna. Samma gäller aktiviteter för informations-spridning, som sällan genomförts enskilt utan varit en del av andra typer av större insatser som t.ex. samverkan eller kunskapsutveckling. Aktiviteter inom personalförstärkning och verksamhetsutveckling har däremot lett till prestationer i en högre grad, vilket kan bero på att funktioner anställda med stimulansmedel haft i uppdrag att genomföra flera aktiviteter, vilket i sin tur inneburit att fler prestationer kunnat redovisas.

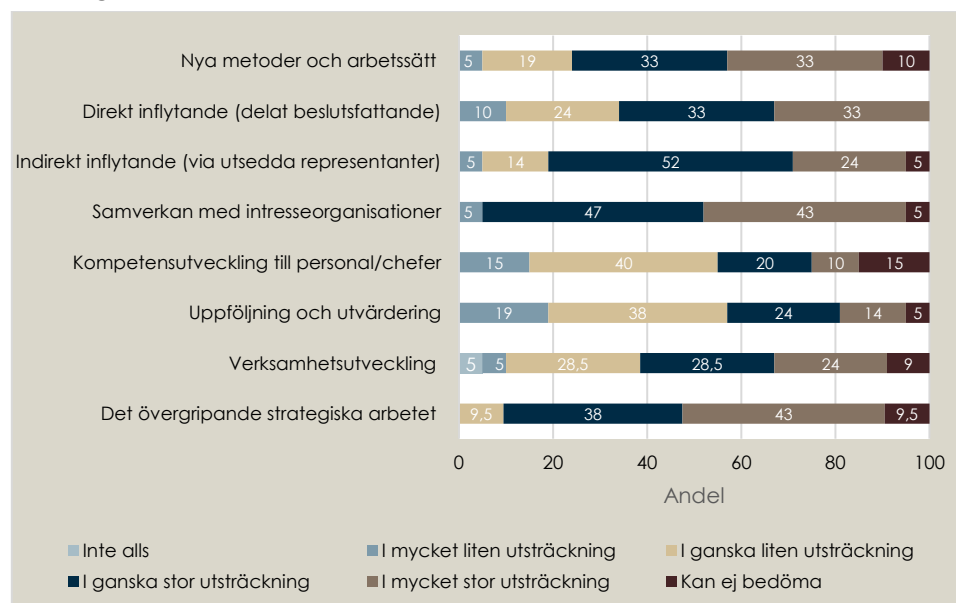
Mål med aktiviteterna handlade i stor utsträckning om brukarnas och patienternas ökade delaktighet och inflytande i sin egen planering och i

verksamhetsutveckling. Ökad vårdkvalitet framgick också som en målsättning i flera redovisade insatser. Sådana målsättningar har formulerats på olika sätt – allt från att utveckla arbete med planer (SIP, genomförandeplan, vårdplan) och skapa långsiktiga och hållbara former för att ta tillvara den erfarenhet, kunskap och det engagemang som finns hos patienter för att öka kvalitet i vården, till att patienter erhåller en kvalitativ och effektiv vård utifrån sina behov. Att öka kunskap, kompetens och förståelse för patienter, att öka patienters kännedom om vården samt att öka samverkan fanns också bland länens målformuleringar, fast inte i lika stor utsträckning.

Vad gäller omfattningen av motsvarande typer av effekter visar det sig att insatser som syftade till ökad delaktighet och inflytande, verksamheternas ökade kunskap samt patienternas ökade kännedom om vården, lett till flest motsvarande effekter, samtidigt som andelen genererade effekter i förhållande till uppsatta mål är störst inom ökad tillgänglighet. Detta jämfört med mer långsiktiga och omfattande insatser för ökad vårdkvalitet och samverkan, där vi hittills observerar relativt få förändringar.

Enligt regionernas och kommunernas bedömning har samverkan med intresseorganisationer, det strategiska arbetet inom området psykisk hälsa och indirekt brukarinflytande (t.ex. via enkäter och andra undersökningar samt utsedda representanter) varit mest prioriterat i arbetet med att stärka patient-, brukar- och anhöriginflytande, se figur 21. I något mindre utsträckning har även arbete med nya metoder och arbetssätt, direkt inflytande (delat beslutsfattande i verksamheten och i egen insats) och verksamhetsutveckling prioriterats. Trots flera satsningar på kompetensutveckling bedömer förhållandevis få län att kompetensutveckling varit prioriterat i arbetet inom området.

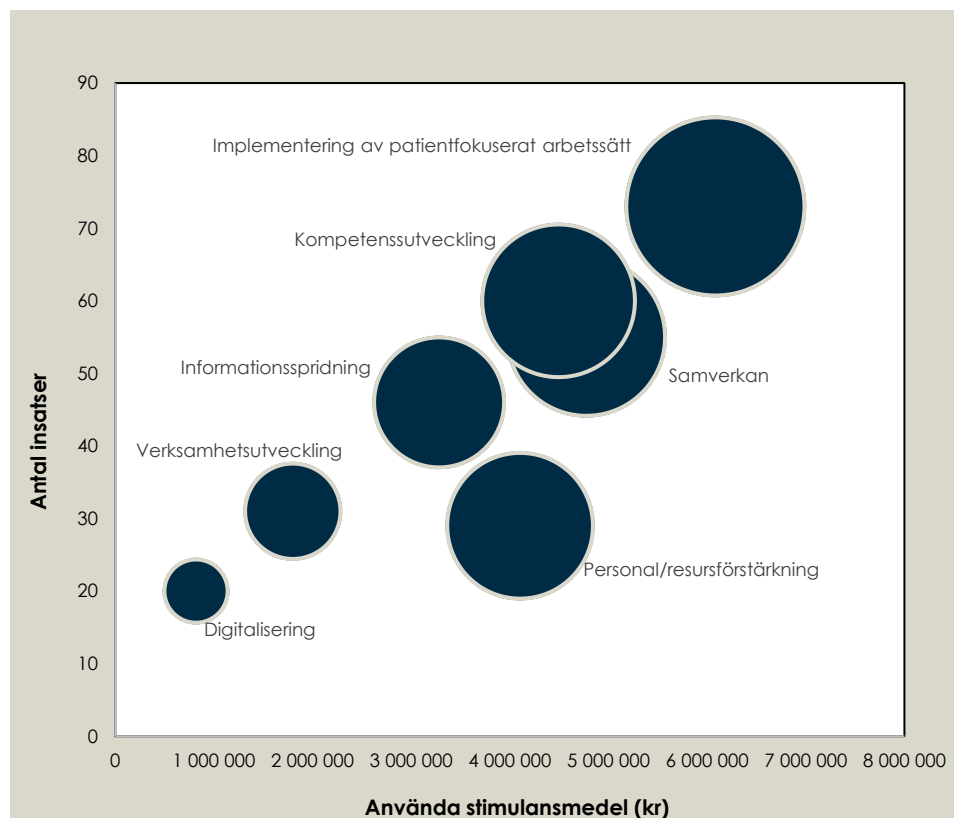
Figur 21. Prioriterat i länens arbete med att stärka patient-, brukar- och anhöriginflytande under 2021



Figur 22 visar att implementering av patientfokuserade arbetssätt, kompetensutveckling och samverkan har varit de dominerande insatserna inom området även när det handlar om användning av stimulansmedel. Däremot har

användning av stimulansmedel för verksamhetsutveckling och digitalisering varit ganska låg.

Figur 22. Användning av stimulansmedel inom området patient- och brukarinflytande



Målgrupper

Nästan hälften av de redovisade insatserna riktar sig till enskilda patienter, brukare och deras anhöriga som finns inom regionala och kommunala verksamheter. En tredjedel av insatserna rör sig om personal, chefer, politiker eller kommunala och regionala verksamheter. Några insatser har riktat sig till intresseorganisationer. I ca 40 procent av redovisningarna har både verksamheter och enskilda/intresseorganisationer nämnts som målgrupper. Enstaka insatser vänder sig till invånare som inte nödvändigtvis har en psykisk ohälsa men riskerar att drabbas.

Ansvariga verksamheter

Regionala verksamheter har oftast varit ansvariga för genomförandet av insatserna inom området (över 40 procent), medan kommunala verksamheter har angetts som ansvariga i en tredjedel av insatserna. I några insatser har regionernas och kommunernas delade ansvar redovisats. I en femtedel av insatserna har intresseorganisationer och enskilda nämnts som ansvariga, ofta tillsammans med regionala och kommunala verksamheter.

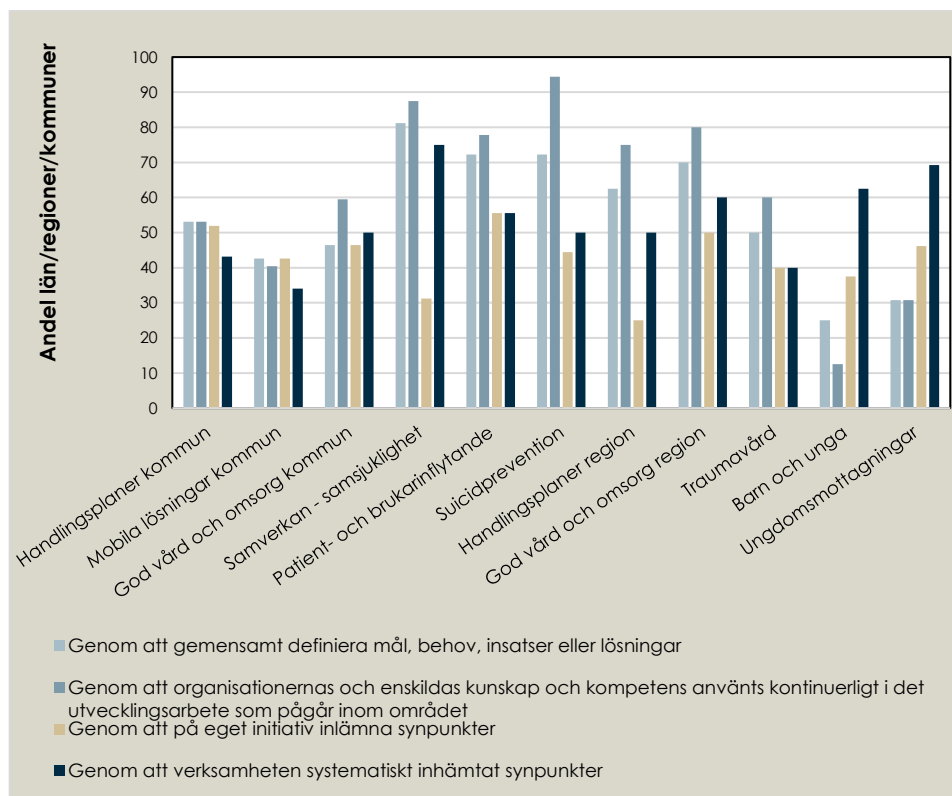
Samverkan och perspektiv

Patient-, brukar- och anhörigorganisationer har medverkat i utvecklingsarbeten inom området i nästan alla län.

I regionernas och kommunernas svar på frågan *På vilket sätt har patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda medverkat i de redovisade insatserna?* märker vi även hög nivå av medverkan – över 80 procent – inom läns-gemensamma områden som samverkan för personer med samsjuklighet och suicidprevention (figur 23). När det gäller enskilda patienter, brukare och anhöriga har de ofta varit delaktiga i redovisade insatser inom områdena patient- och brukarinflytande och samsjuklighet. I de regionala områdena (barn och unga, traumavård, god vård och omsorg, mobila lösningar och handlingsplaner) har varken organisationer eller enskilda medverkat i insatserna i lika stor utsträckning. Särskilt låg patient-, brukar- och anhörigmedverkan observeras inom regionala insatser för barn och unga. Intresseorganisationers och enskildas medverkan har varit lägst inom lokalt arbete med mobila lösningar – 9 respektive 19 procent av kommuner som redovisat mobila lösningar har även angett att intresseorganisationer respektive enskilda medverkat i insatserna.

När det gäller inflytandegrad, har patienter, brukare och anhöriga oftast bjudits in till ett delat beslutsfattande i form av gemensamt definierade mål, behov eller lösningar inom de läns-gemensamma områdena. Intresseorganisationernas och enskildas kunskap och kompetens används också oftast inom dessa områden samt inom de regionala områdena handlingsplaner och god vård. Inom området barn och unga har det arbetats med dessa typer av inflytande i en betydligt mindre utsträckning. Däremot är verksamheternas systematiska arbete med inhämtning av synpunkter från patienter, brukare och anhöriga relativt jämnt mellan de olika områdena, med något lägre nivå inom de kommunala områdena och det regionala området traumavård samt med något högre nivå inom området samsjuklighet. Vad gäller det regionala området mobila lösningar var frågan om patient-, brukar- och anhöriginvolvring inte besvarat.

Figur 23. Patient-, brukar- och anhörigorganisationers samt enskildas medverkan i de redovisade insatserna inom olika delområden



Regionala och kommunala verksamheter nämns oftast som samarbetspartner i genomförandet av insatserna inom området. Samarbete med intresseorganisationer har varit aktuellt i en fjärdedel och samarbete med enskilda i ungefär en tiondedel av de redovisade insatserna. Samarbete mellan alla dessa aktörer – regioner, kommuner, intresseorganisationer och/eller enskilda – kan identifieras i en tredjedel av insatserna, i mer än hälften av länen.

Sammanfattande iakttagelser för området

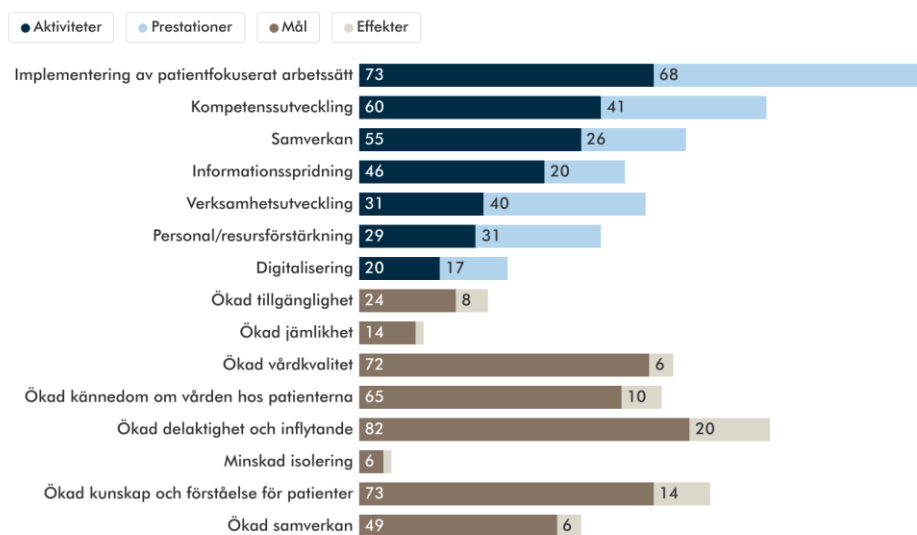
Sammanfattningsvis noterar Socialstyrelsen att länen i första hand har använt stimulansmedel inom området för sådana insatser som kan knytas till arbete med utveckling och implementering av patientbaserade arbetssätt. Flera insatser som rört sig om verksamhetsutveckling, kompetensutveckling och personalförstärkning har genomförts, ofta i samverkan mellan regioner, kommuner och intresseorganisationer. I 2021 års redovisning märker vi fler resultat i form av både prestationer och effekter jämfört med år 2020; det finns åtminstone ett exempel på resultat i varje läns redovisning.

Ur ett verksamhetslogiskt perspektiv finns dock ett glapp mellan de angivna målen och de redovisade effekterna. Å ena sidan handlar flera redovisade resultat om patienters, brukares eller anhörigas ökade delaktighet och inflytande samt om implementering av patientfokuserade arbetssätt, praktiskt brukarinflytande och användning av konkreta metoder och arbetssätt, t.ex. peer support, brukarrevisioner och brukarråd. Å andra sidan, som figur 24 visar, går det att se relativt få effekter inom ökad delaktighet och inflytande, jämfört med hur många insatser som faktiskt syftat till att nå det.

Inom kompetensutveckling ser vi en försiktig förskjutning från förra året, där kompetenshöjande insatser mestadels handlade om vad brukarinflytande var, till att i år fler prestationer faktiskt handlar om att bjuda in brukare och patienter till inflytande och delaktighet. Enskilda patienter, brukare och anhöriga som de genomförda insatserna ofta riktat sig till kan ha fått direkt nytta av prestationer som t.ex. patientfokuserade arbetssätt och indirekt nytta till följd av t.ex. verksamhetsutveckling, kompetensutveckling och samverkan. Andra resultat som kan ha direkt påverkan på enskilda, som ökad delaktighet och inflytande, ökad jämlikhet, ökad vårdkvalitet, ökad tillgänglighet, ökad kännedom om vården och minskad isolering, syns dock i betydligt färre än hälften av insatserna.

Medan de redovisade målen inte alltid hittar en form i någon effekt, finns det flera utpräglade kopplingar mellan aktiviteter och prestationer. Även kopplingar mellan de olika kategorierna är uppenbara.

Figur 24. Måluppfyllelse – patienter och brukare som aktiva medskapare av vården och omsorgen



Fler jämförelser med resultat från år 2020:

- Fortsatt flera insatser som genomförts i samverkan.
- Indirekt inflytande dominerar fortfarande jämfört med direkt inflytande.
- Barnrättsperspektivet, mångfald, äldreperspektivet och hbtqi är mer framträdande i årets redovisning, dock relativt få satsningar som beaktar äldres och hbtqi-perspektiv. Nivån av patient-, brukar- och anhöriginflytande inom de läns gemensamma områdena är fortfarande betydligt högre än inom de regionala och kommunala områdena.
- Andel redovisade insatser som resulterat i implementering av patientfokuserat arbetssätt har ökat avsevärt.
- Ca 50 procent fler insatser som har lett till ökad kunskap hos personal samt ökad kännedom om vården hos patienter har redovisats.
- Fler insatser har lett till ökad tillgänglighet, delaktighet och inflytande.

Fler län har beskrivit utvecklingsarbeten som skapar skillnad för enskilda samt resultat som tyder på en förflyttning i insatser från förra året. Exempelvis handlar det om Gotlands satsning på äldre och digitalisering, tillsammans med utbildning och handledning i både teknikanvändning som i arbetssätt och pedagogik i kombination med gruppverksamhet, som var i planeringsfasen år 2020 och fått resultat år 2021. Peer support i Jönköping och Örebro visar bl.a. på patientens ökade delaktighet i vården och bättre återhämtning. Hit hör även Dalarnas systematiska arbete med brukarinflytande inom olika områden, som ger effekt för patienter, brukare och föreningar samt för verksamheterna inom området psykisk hälsa i regionen och kommunerna. Bland de satsningar som visat effekt är exempelvis daglig verksamhet Ge Makten Vidare i Uppsala kommun och insatsen Kung.nu för att öka deltagarnas möjlighet till delaktighet och inflytande i samhällets utveckling.

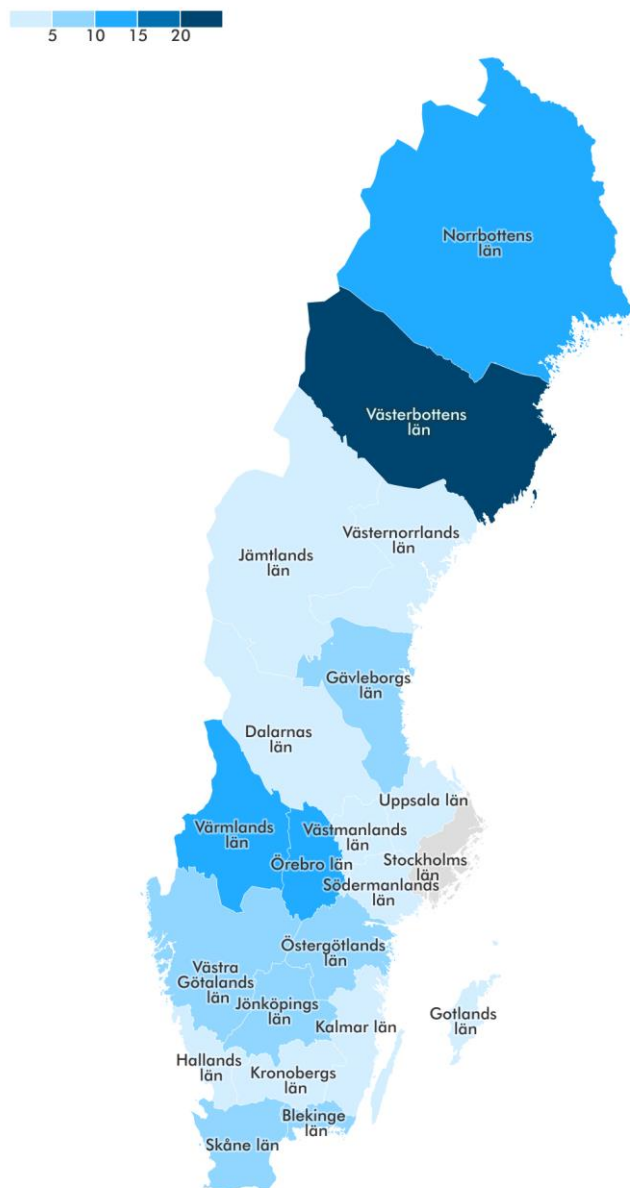
En förstärkt psykiatrisk traumavård – delområde 7

Effekter och resultat

I 20 regioner har man redovisat sammanlagt 67 genomförda eller påbörjade insatser inom detta delområde. Alla dessa regioner har redovisat resultat i form av prestationer, och 17 regioner har även kunnat beskriva åtminstone en effekt som inträffat till följd av genomförda insatser. Geografisk spridning av redovisade resultat, där både prestationer och effekter har inkluderats, illustreras nedan.

Bild 6. Antal redovisade resultat inom området psykiatrisk traumavård

Bilden illustrera hur många resultat (prestationer och effekter) som Socialstyrelsen har identifierat i regionernas enkätsvar.



Socialstyrelsen har kategoriserat redovisade resultat på följande sätt:

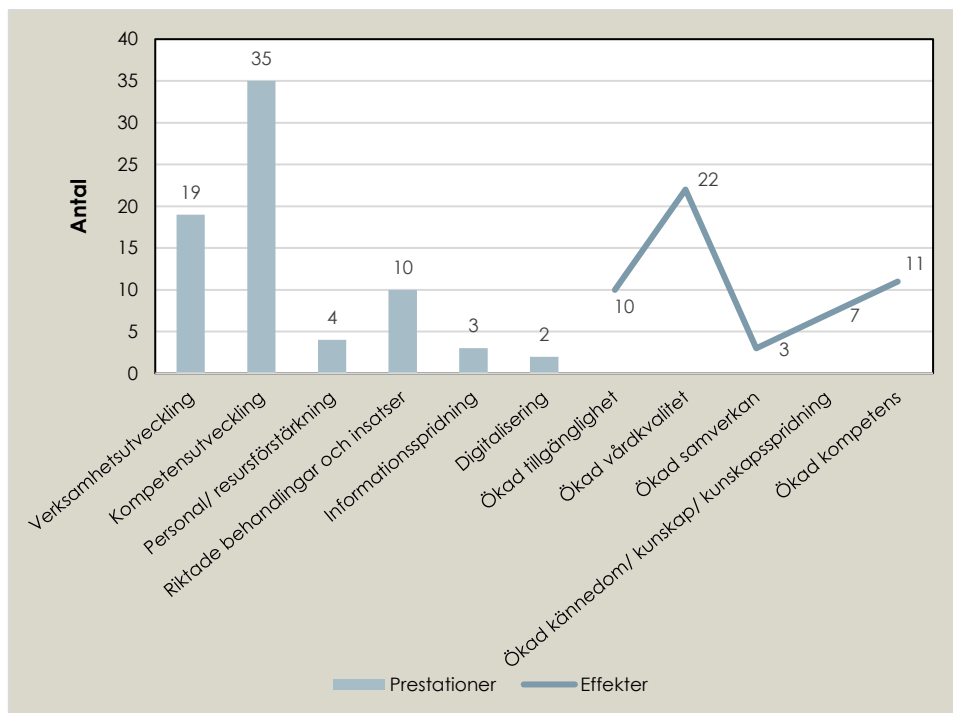
Tabell 14. Resultatkategorier (prestationer och effekter) inom psykiatrisk traumavård

Prestationer	Effekter
Verksamhetsutveckling	Ökad tillgänglighet
Kompetensutveckling	Ökad vårdkvalitet
Personal- eller resursförstärkning	Ökad samverkan
Riktade behandlingar och insatser	Ökad kännedom, kunskap, kunskapsspridning
Informationspridning	Ökad kompetens
Digitalisering	

Flera redovisade prestationer handlar om genomförda utbildningar, t.ex. PE (Prolonged Exposure), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy), kbt, CPP (Child Parent Psychotherapy), Trauma på kartan, Våld i nära relationer m.fl. Den näst största kategorin innefattar olika typer av prestationer inom verksamhetsutveckling, som exempelvis planering och samordning mellan verksamheter, framtagande eller implementering av vårdprogram samt uppstart eller utveckling av verksamheter, som flyktingmottagningar, öppen mottagning och Barnahus. Några prestationer har redovisats inom riktade behandlingar och insatser; dessa handlar bl.a. om individanpassade behandlingar, brukarstyrd inläggning och TRT-grupper (Teaching Recovery Techniques).

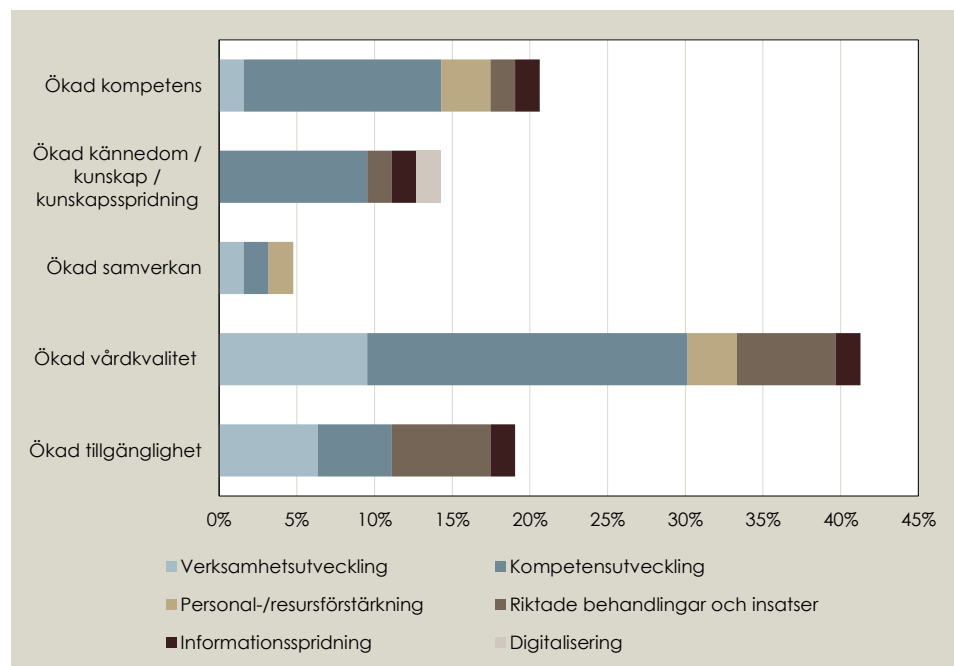
Majoriteten av beskrivna effekter rör ökad vårdkvalitet, vilket kan vara allt från bättre vård för patienter med trauma till ökad möjlighet att fånga upp våldsutsatta personer. Effekter inom ökad tillgänglighet rör sig framför allt om minskade köer till bedömning och behandling för olika målgrupper. Några regioner har redovisat effekter i form av ökad kunskap och kännedom i verksamheter till följd av genomförda kunskapshöjande insatser. Hos vissa regioner finns även en effekt som ökad kompetens bland personal, där det framgår att de nya kunskaperna faktiskt börjat tillämpas i möten med patienter. Se figur 25 för att jämföra utfall i de olika kategorierna.

Figur 25. Prestationer och effekter inom psykiatrisk traumavård



Figur 26 illustrerar samband mellan olika typer av prestationer och effekter. Prestationer inom alla kategorier har tillfört effekter i form av personalens ökade kompetens, kunskap, kännedom samt ökad kunskapsspridning. Andra effektkategorier har också en tydlig koppling till kompetenshöjande insatser, vilket innebär att det senare även har lett till förändringar utanför verksamheten: ökad vårdkvalitet för patienter och – i mindre utsträckning – ökad tillgänglighet och ökad samverkan. Det är också synligt att riktade behandlingar och insatser samt satsningar på verksamhetsutveckling har genererat olika typer av effekter, varav de mest tydliga är ökad vårdkvalitet och ökad tillgänglighet. Däremot har prestationer inom de andra kategorierna inte varit lika omfattande och inte lett till några större effekter.

Figur 26. Samband mellan prestationer och effekter inom psykiatrisk traumavård



Verksamhet för att nå effekter och resultat

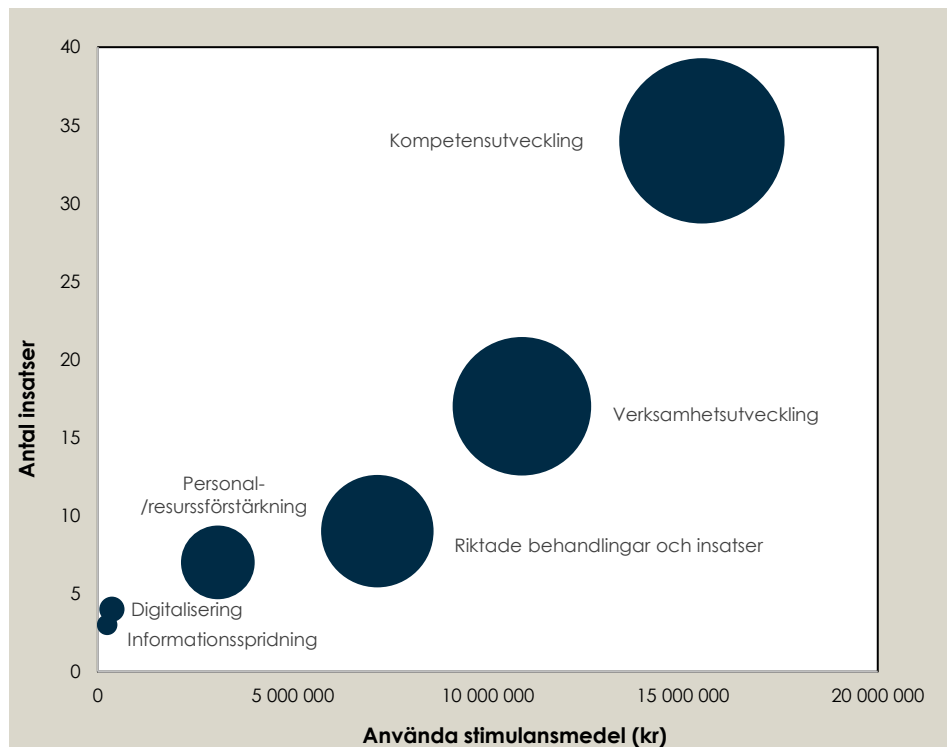
Aktiviteter, mål, resurser

Analysen ur ett verksamhetslogiskt perspektiv visar på att flera prestationer inom området psykiatrisk traumavård har en klar koppling till genomförda aktiviteter. De aktiviteter som genomfördes år 2021 handlade huvudsakligen om utbildningar och handledning till personal samt, i andra hand, om utveckling av nya verksamheter och nya strukturer. Kompetensutveckling är därmed den mest omfattande aktivitetskategorin, precis som i föregående års redovisning, följt av verksamhetsutveckling.

Mål med aktiviteterna handlade i stor utsträckning om ökad vårdkvalitet: förbättra vård och stöd till patienter och anhöriga, erbjuda behandling på området våld i nära relationer, minska lidande och självdestruktivt beteende, säkra en jämlik och resurseffektiv vård, erbjuda evidensbaserad traumavård utifrån individens behov, öka psykisk hälsa hos föräldrar med PTSD och barn som anhöriga m.m. Att öka tillgänglighet till samt kompetens och kunskap i behandling och diagnostik finns också bland regionernas målformuleringar, fast i en mindre utsträckning.

Kompetensutveckling har inte bara varit den dominerande insatsen inom området när det gäller antal redovisade aktiviteter och resultat; det handlar även om använda stimulansmedel, se figur 27. Den näst största resursanvändningen rör sig om verksamhetsutveckling, följt av riktade behandlingar och insatser. Vad gäller personalförstärkning, informationsspridning och digitalisering har dessa insatser inte varit lika omfattande och redovisats av enstaka regioner, vilket också har en motsvarande kostnadsmissig spegling.

Figur 27. Användning av stimulansmedel inom området psykiatrisk traumavård



Målgrupper

Av regionernas redovisningar framgår att mer än en tredjedel av insatserna har riktat sig till en målgrupp som beskrivs som personer i behov av vård, personer med trauma och personer utsatta för våld, livshotande händelser eller sexuella övergrepp. Nästan en tredjedel av insatserna anger personal och verksamheter som målgrupp. Barn och unga (barn och unga i behov av vård, barn och unga med trauma, ensamkommande barn samt barn som bevittnat eller utsatts för våld, livshotande händelser eller sexuella övergrepp) nämns i ca 16 procent av insatserna. Samma insatser berör ofta även anhöriga och närstående till barn eller barn som anhöriga. Asylsökande och flyktingar samt personer som utövar våld är relativt små målgrupper i årets redovisningar och nämns av enstaka regioner.

Ansvariga verksamheter

Psykiatrins verksamheter – främst BUP, vuxenpsykiatri och psykiatriska kliniker – har varit ansvariga för genomförandet av de flesta insatser inom området. Traumamottagningar och flyktingmottagningar anges också ibland som ansvariga verksamheter, såväl som primärvård och andra aktörer som t.ex. rehabiliteringscentrum, Stadsmissionen och ungdomsmottagningar.

Samverkan och samarbete

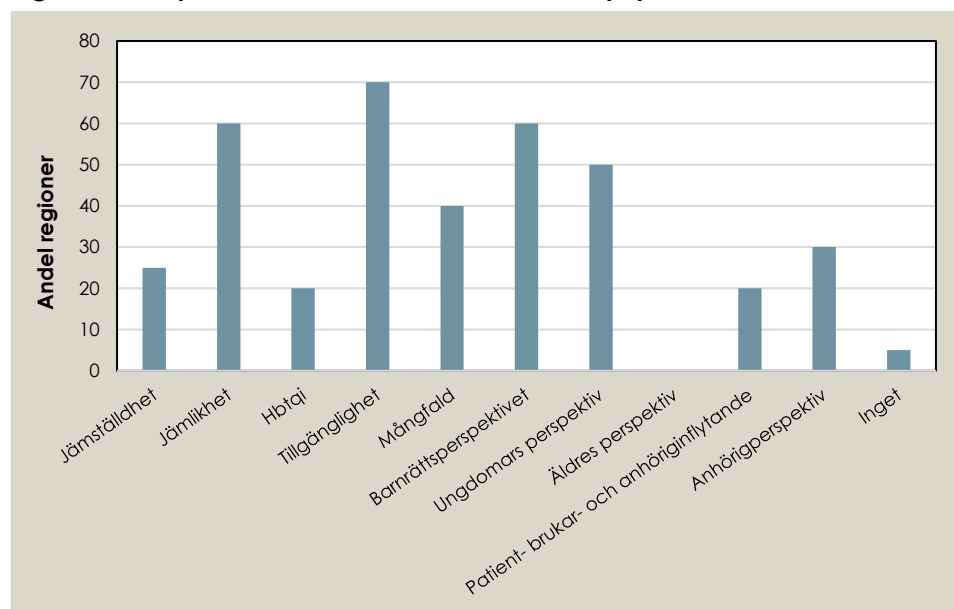
Samverkan och samarbete inom området psykiatrisk traumavård har skett i ca 60 procent av redovisade insatser, varav nästan 40 procent handlar om samverkan och samarbete inom regionerna. Ungefär 20 procent av insatserna har inneburit samarbete med kommunala verksamheter, och 16 procent med myndigheter som t.ex. Polisen och Migrationsverket. Kunskaps- och

kompetenscentrum, ideella organisationer (t.ex. Röda korset) och personer med egen erfarenhet har involverats i enstaka insatser.

Perspektiv

I förra årets analys konstaterade Socialstyrelsen att psykiatrisk traumavård var det område där patient-, brukar- och anhörigdeltagande var lägst – i fler än hälften av regionerna hade företrädare varken deltagit i framtagande av mål och aktiviteter eller lämnat synpunkter på redan framtagna mål och aktiviteter. Generellt sett är involvering av patient-, brukar- och anhörigperspektivet låg även detta år. Barn- och ungdomsperspektivet samt perspektiv som tillgänglighet och jämlikhet har varit särskilt framträdande i arbetet med insatserna i fler än hälften av regionerna, enligt deras redovisningar. Äldreperspektivet saknas däremot helt inom områdets inrapportering, precis som inom några andra områden där insatser redovisats.

Figur 28. Perspektiv i arbetet med insatserna – psykiatrisk traumavård



Redovisningen visar att många regioner valt att fokusera på olika perspektiv och satsningar. Hur regionerna faktiskt arbetat med ett eller flera av de olika perspektiven inom området syns tydligast i redovisningar från regionerna Norrbotten, Jönköping, Gävleborg, Kronoberg, Värmland, Örebro och Västerbotten.

Sammanfattande iakttagelser för området

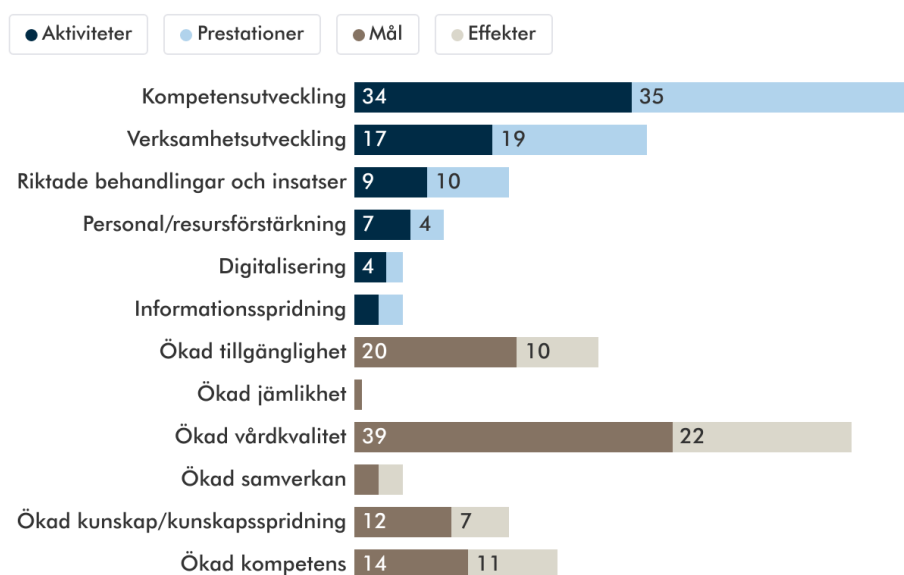
Jämfört med redovisningen från 2020 inom delområdet psykiatrisk traumavård, syftar relativt få insatser 2021 till att erbjuda patienter riktad och evidensbaserad bedömning och behandling, öka tillgången till stöd och behandling, minska och förebygga psykisk ohälsa och identifiera fler utsatta personer. Få regioner har satsat på att erbjuda tidiga insatser för krishantering och traumabehandling. Samtidigt noterar Socialstyrelsen att fler riktade insatser har erbjudits inom detta delområde, jämfört med några andra delområden, t.ex. patient- och brukarinflytande. Det kan vara en anledning till att fler direkta effekter i form av ökad vårdkvalitet har kunnat redovisas.

Insatserna för kompetensutveckling är fortsatt bland de mest prioriterade i regionernas utveckling av psykiatrisk traumavård. I några fall beskrivs resultat av denna typ av insatser i form av personalens ökade kunskap eller kompetens, samtidigt som det inte framgår om och på vilket sätt de nya kunskaperna och färdigheterna används i verksamheterna och vilken förändring för patienter detta medför.

Emellertid, i kontrast till den tidigare redovisningen, har fler regioner beskrivit utvecklingsarbeten som skapar skillnad för olika målgrupper på både kort och lång sikt. Exempelvis handlar det om att fler barn, unga och familjer kunnat få samordnade insatser via en flyktingmedicinsk mottagning (Västra Götaland), att kliniskt lidande minskat hos patienter i målgruppen (Västerbotten), att barn kunnat erbjudas en behandling utan väntetid, till följd av en utbildning (Norrbotten), att patienter får adekvat diagnostik, bemötande och behandling utifrån nationella riktlinjer och VIP, i samband med framtagande av vårdprogram (Jönköping), att ett antal kontrakt har tillkommit inom brukarstyrd inläggning (Örebro), m.m.

Ur ett verksamhetslogiskt perspektiv konstaterar vi att det finns ett samband i genomförandet av insatser inom området psykiatrisk traumavård, särskilt när det gäller genomförda aktiviteter kopplat till uppnådda prestationer. I vissa fall har antal prestationer till och med överstigit antal motsvarande aktiviteter, vilket främst innebär att fler prestationer kunnat uppnås inom ramen för samma insats. Diskrepansen mellan mål och effekter är däremot något större i nästan alla kategorier.

Figur 29. Måluppfyllelse – psykiatrisk traumavård



Fler jämförelser med resultat från redovisningen 2020:

- Generellt fler resultat men relativt få metoder har redovisats.
- Äldreperspektivet saknas i insatserna från både 2020 och 2021.
- Patient- och brukarinflytande är fortsatt lågt inom traumavård.
- Färre redovisade riktade insatser och behandlingsinsatser.

- Fler redovisade kunskapshöjande insatser: ca 50 procent fler insatser som har lett till ökad kompetens inom verksamheten.
- Fler insatser som lett till att fler behandlingar kunnat genomföras.
- Fler insatser som lett till ökad tillgänglighet.

Fler kopplingar mellan genomförda aktiviteter, uppnådda resultat, målgrupper som aktiviteterna riktar sig till samt aktörer som varit ansvariga för genomförandet och resultaten inom detta delområde finns i en separat visualisering i bilaga 4.

Insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten 2021

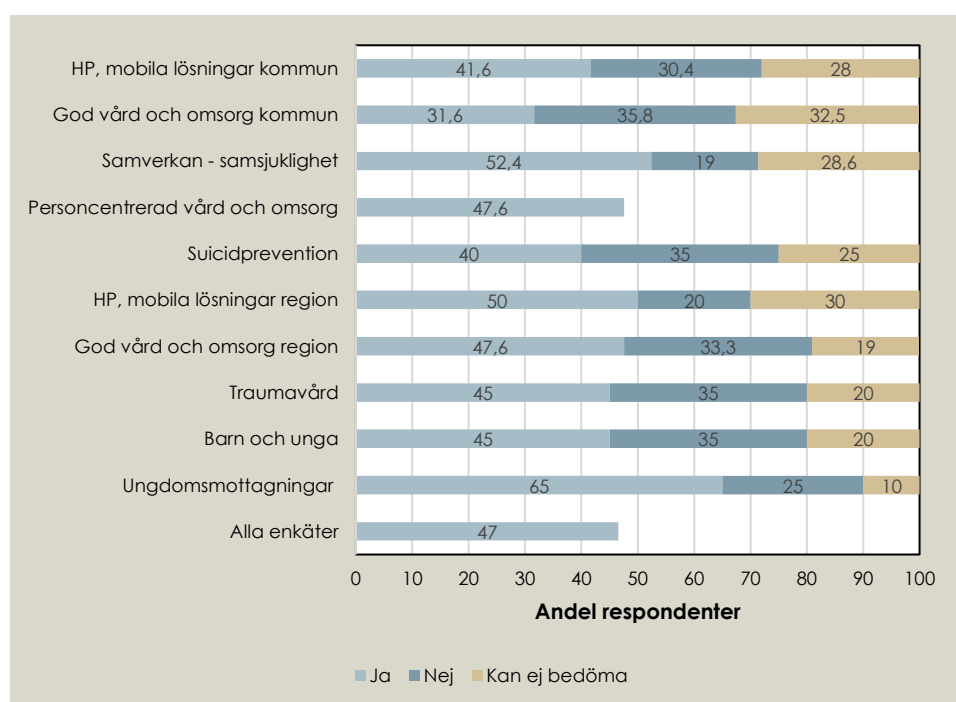
Regioner och kommuner fick svara på frågan om det fanns utvecklingsarbeten, t.ex. nya arbetssätt, projekt eller samverkansmodeller, som finansierades med stimulansmedel år 2020 och som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten under år 2021. Respondenterna ombads också att ange upp till tre exempel.

Svaren varierar beroende på vilket delområde i överenskommelsen det handlar om, se figur 30. De kommunala områdena (handlingsplaner, mobila lösningar samt god vård och omsorg) har totalt sett fått det lägsta antalet ”Ja”-svar på frågan. Hit tillkommer ett visst bortfall pga att några kommuners beskrivningar av dessa insatser tyder på att det trots ”Ja”-svaren inte finns ett redan fattat beslut utan snarare en förväntning på att insatserna blir implementerade.

När det gäller de regionala delområdena (handlingsplaner, mobila lösningar, god vård och omsorg, barn och unga samt traumavård) har 45–50 procent av regionerna, beroende på delområdet i fokus, svarat bekräftande på frågan. Variationen mellan de länsgemensamma områdena (samverkan för personer med samsjuklighet, patient- och brukarinflytande, suicidprevention samt ungdomsmottagningar) är något större. På grund av att enkäten för delområdet patient- och brukarinflytande saknade svarsalternativen ”Nej” och ”Kan ej bedöma”, visas dessa inte i figuren nedan.

Figur 30. Insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten under år 2021

Fördelning av regioners och kommuners svar på frågan om det fanns utvecklingsarbeten som finansierades med stimulansmedel år 2020 och som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten under år 2021.



Flera regioner och län arbetar synbarligen mot att insatser blir en del av ordinarie verksamhet, vilket i sin tur kan leda till att de även blir implementerade och integrerade i verksamheten. Samtidigt behöver vi uppmärksamma att få exempel på beslutade insatser har redovisats, med variation mellan 2 och 15 hos olika län/regioner, sammanlagt för alla delområden i överenskommelsen.

Regionala och länsgemensamma områden

Totalt har 119 insatser beslutats bli en del av ordinarie verksamhet under 2021, varav 78 insatser inom de länsgemensamma områdena och 41 insatser inom de regionala områdena. Olika län och regioner har beskrivit allt från 1 till 16 beslutade insatser. Två län/regioner (Gävleborg och Skåne) har angett att det finns insatser inom varje område av överenskommelsen som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten under året. Två län (Stockholm och Västerbotten) har inte redovisat några insatser som genomförts av regionerna, utan den befintliga redovisningen består av några kommuners och ungdomsmottagningars insatser. Inga exempel på insatser inom området Utvecklingsarbete utifrån handlingsplaner och mobila lösningar har beskrivits.

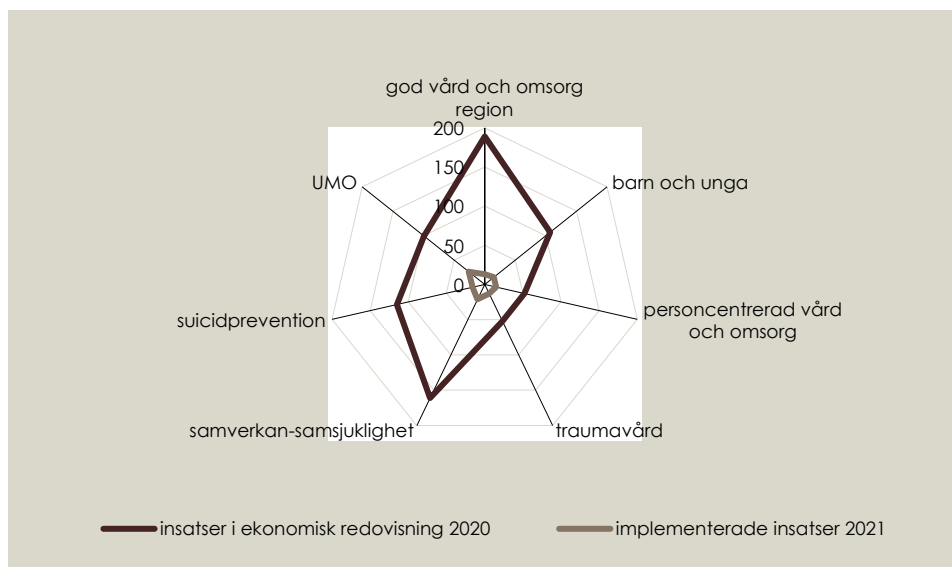
Redovisningen tyder på att åtminstone en tredjedel av de insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten under 2021 hör till överenskommelsens delområde Barn och unga, varav en majoritet handlar om ungdomsmottagningarnas arbete. En del av de insatser som beskrivits under delområdet god vård och omsorg riktar sig också till denna målgrupp, och rör sig om t.ex. utveckling av En väg in och första linjen, implementering av lyckade projekt samt tillsättning av tjänster inom barnverksamheter.

Både individriktade och verksamhetsriktade insatser finns i redovisningen. Med individriktade insatser menar vi sådana som innebär direkt arbete med patienter, brukare eller anhöriga, exempelvis psykologiskt stöd för barn. Med verksamhetsriktade insatser menar vi sådana som sker på en organisationsnivå och strategisk nivå och som inte nödvändigtvis påverkar vård och omsorg som erbjuds individen, exempelvis tillsättning av styrgrupper för suicidprevention. Samtidigt finns det insatser som medfört en förändring för både verksamhet och individ, exempelvis Barnahus i Jämtland och Kronoberg.

De beslutade insatserna handlar framför allt om verksamhetsutveckling, implementering av nya arbetssätt, metoder och tjänster samt införande av utbildningar i den ordinarie verksamheten. Mer än en tredjedel av dessa insatser rör sig om verksamhetsutveckling, exempelvis implementering av första linjen, HVB (hem för vård eller boende), MiniMaria, ungdomsmottagningar. Olika insattyper beskrivs i bilaga 5.

I länens och regionernas ekonomiska redovisningar av insatser 2020 kunde vi hitta totalt 775 poster. Med andra ord: inom respektive delområden finansierades 775 insatser med stimulansmedel under 2020, vilket gör att diskrepansen mellan antalet genomförda insatser och antalet beslutade insatser blir stor. Den största andelen beslutade insatser 2021, i förhållande till finansierade insatser 2020, hör till det delområde i överenskommelsen som handlar om barn och unga, särskilt arbetet vid UMO. Den lägsta andelen observeras inom det regionala området god vård och omsorg (figur 31). Viktigt är dock att komma ihåg att antalet beslutade insatser i praktiken kan vara högre än det som redovisats, pga att enkäten innehöll en begränsning på max tre exempel.

Figur 31. Redovisade insatser 2020 vs beslutade insatser 2021, jämförelse per delområde



Hänsyn behöver också tas till att ekonomiska redovisningar från 2020 skilde sig mellan olika län och regioner och ofta kunde innehålla flera insatser under en klumpsumma. Att insatser har beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten innebär dessutom inte nödvändigtvis att de blir implementerade eller integrerade i den ordinarie verksamheten och budgeten. Det är därför för tidigt att dra slutsatser om implementerade insatser i förhållande till genomförda insatser; däremot märker vi vissa skillnader mellan områdena när det gäller omfattningen av både genomförda och beslutade insatser.

Kommunala områden

Samma gäller för insatser inom de kommunala områdena. Totalt har 241 insatser beslutats bli en del av ordinarie verksamhet under år 2021, varav 154 insatser inom området utvecklingsarbeten utifrån handlingsplaner och mobila lösningar samt 87 insatser inom området god vård och omsorg. I likhet med de regionala och länsgemensamma områdena, har flera av dessa insatser handlat om verksamhetsutveckling (nästan en tredjedel), främst implementering av projekt, utveckling av verksamheter samt framtagande av överenskommelser och handlingsplaner.

I kommunernas ekonomiska redovisningar av insatser 2020 fanns totalt 1774 poster. Med andra ord finansierades 1774 insatser med stimulansmedel under 2020, enligt redovisningarna. Andelen beslutade insatser 2021 är således ca 13,6 procent i förhållande till antalet finansierade insatser 2020. Det innebär dock inte att det handlar om samma insatser; det kan även handla om t.ex. insatser som antingen finansierades med stimulansmedel innan 2020, påbörjades under 2021 eller ingick i större insatser i redovisningen från 2020.

Brukarinflytande i praktiken

Patient- och brukarinflytande i teori och praktik

Under föregående år inleddes uppdragets del att stödja regioner och kommuner genom en förstudie – med syfte att översiktligt kartlägga behov av stöd från Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, och eventuellt andra aktörer, som regioner och kommuner hade för att genomföra insatser. Förstudien visade på ett stort intresse och behov hos regioner och kommuner att få nationellt stöd med att aktivera, strukturera och implementera brukarinflytande som en naturlig del och kunskap i sina organisationer. I dialogmöten med länsamordnare och andra funktioner uttrycktes det att många regioner och kommuner upplevde att de saknade metoder och arbetssätt för att arbeta med både direkt och indirekt brukarinflytande. Det framgick även att det fanns svårigheter att planmässigt arbeta för att öka och stärka brukarinflytande i flera olika nivåer i organisationerna – systematisk nivå, verksamhetsnivå samt individnivå.

Socialstyrelsens analys av enkätsvaren från 2020 visade på att det inte fanns någon röd tråd i arbetet med brukarinflytande i länen. Det fanns exempelvis flera olika definitioner och tolkningar av brukarinflytande och brukarmedverkan. I definitionerna användes formuleringar som ”vara delaktig/medverkande/involverad i”, ”inkluderad”, ”ha inflytande över”, ”partnerskap”, ”samarbetspartner”, ”jämlig aktör”, ”delaktighet i sina egna processer”, ”medskapare”, ”värde skapas tillsammans”, ”brukare ses som resurs”, ”ta tillvara på erfarenheten” och ”inget om oss utan oss”.

Det fanns stora skillnader i hur olika regioner och kommuner praktiskt involverat brukare, patienter och anhöriga i arbetet. En del län hade exemplifierat insatser där brukare haft inflytande och medverkat. Det handlade ofta om representation i olika råd och nätverk snarare än direkt medskapande. Många län hade handlingsplaner, avtal, överenskommelser eller checklistor för hur brukarmedverkan skulle gå till. Det var dock oklart hur enskildas och intresseorganisationers inflytande över verksamhet säkerställs. Av denna anledning fanns det även ett större behov av att följa upp arbetet med brukarinflytande och brukarmedverkan.

År 2021 genomfördes även seminarier med länsamordnare och andra representanter för regioner och kommuner, för att återkoppla den behovsinventering som genomförts genom bl.a. dialogmötena. Brukar- och patientinflytande var ett av områdena som återkopplades. Som komplement till återkopplingen bad Socialstyrelsen representanterna att göra en prioritering med denna frågeställning: *Hur angeläget är stöd inom följande områden för ert arbete inom ramen för överenskommelsen?*

Bild 7. Prioritering av behovsområden med regioner och kommuner



Synligt är att området brukar- och patientinflytande skattades högt och därmed sågs som ett av de mest angelägna områdena att arbeta vidare med för att ge stöd på nationellt håll.

Parallellt vid denna tid genomförde Socialstyrelsen dialogmöten med representanter för NSPH, Riksförbundet Attention, Mind och Hjärnkoll. Dessa möten utgick från en huvudsaklig frågeställning om vad som behöver förändras på regional och lokal nivå och – utifrån det – vad myndigheterna i första hand behöver stödja regionerna och kommunerna med. Det framkom här att de nationella brukarorganisationerna uppmärksammade att det, i regioner och kommuner, fanns en vilja att arbeta med och för ett ökat brukarinflytande, men att kunskapen var relativt låg. Vidare framfördes att många regioner och kommuner hade behov av hjälp och stöd kring metoder och arbetssätt för området.

Brukarinflytande i praktiken

Mot denna bakgrund och utifrån behovet av att ytterligare följa upp utvecklingen inom området, föddes tanken om ett mer verksamhetsnära och praktiskt stöd i mindre format och skala. Och att därifrån undersöka behoven vidare med de funktioner som är närmast det lokala och regionala arbetet med och för brukarinflytande.

Vid denna tid har pågående pandemi gjort att många, både individer och verksamheter, inte ställt in utan ställt om till digitala mötesformer. Genom inrapporteringen fick Socialstyrelsen kunskap om att de digitala möjligheterna som nu fanns främjat intresseorganisationerna och lett till ökat deltagande. Det hade också resulterat i ökad representation i de län där geografiska avstånd annars påverkar inflytande och medverkan för patienter och brukare.

Därför anordnade Socialstyrelsen en digital verkstad där representanter från brukarrörelsen, nyckelpersoner och funktioner som arbetar med patient- och brukarinflytande i regioner och kommuner deltar i en gemensam diskussion kring temat ”Brukarinflytande i praktiken”. Syftet med Brukarinflytande

i praktiken är att utifrån deltagarnas behov skapa en arena för kunskapsutbyte, praktiskt lärande av varandra och vidareutveckling inom området.

Process

Träffarna sker två gånger per termin. Vid varje träff är det några från regioner eller kommuner som berättar om sitt arbete med brukarinflytande, antingen utifrån ett tema eller ger ett ”gott exempel” som kan ge inspiration och kunskap till resten av deltagarna. Vid samtliga tillfällen finns representanter – både nationella, regionala och lokala – ur brukarrörelsen som kan berätta vad som är viktigt utifrån deras perspektiv.

Temat som träffarna hittills haft:

- möjligheter och hinder för ökat brukarinflytande
- uppföljning och utvärdering
- samverkan, samarbete och samskapande.

Hittills har brukarinflytandesamordnare tillsammans med lokala brukarrepresentanter från Kronoberg och Dalarna delat med sig av sina pågående arbeten och goda exempel för att öka och stärka brukarinflytandet i sina län. Brukarrepresentanter och projektledare från Riksförbundet Attention har deltagit och berättat om hur de samarbetat och samskapat för att stärka individers möjlighet att få berätta sin livshistoria och genom detta även hjälpa andra. De deltog tillsammans med utvecklingsledare i Huddinge kommun som berättade om vikten att tänka nytt och involvera medborgare för hitta nya vinklar att möta grupper som har behov av stöd men som annars kan vara svåra att nå.

Vid samtliga verkstäder har utvecklingsledare från NSPH skapat diskussioner i olika format för att konkretisera och fördjupa kunskapen och reflektionerna kring brukarinflytande. Några exempel på frågeställningar som har diskuterats är:

- Vilka målgrupper ska i slutändan få nytta av de utvecklingsarbetena? *Hur* och *när* har man låtit de målgrupperna vara delaktiga i arbetet? Har ni idéer om hur och när man skulle kunna göra dem delaktiga?
- Testa på metod för uppföljning och utvärdering (BUUUU-hjulet⁶).
- Hur tas kunskapen, som genereras i och med brukarinflytande, hand om? Och hur och var används och implementeras denna kunskap?
- Vem tjänar vad på att brukarna har inflytande? Vinster och värden med brukarinflytande för alla.

Brukarinflytande i praktiken har genomförts i samverkan med andra avdelningar på Socialstyrelsen. Vid ett av tillfällena berättade Socialstyrelsen att myndigheten genomför en förstudie kring brukarmedverkan. Målet med förstudien är att sammanställa vad som hittills hindrat ökat brukarinflytande och brukarmedverkan samt få kunskap om vilket stöd kommuner och närliggande hälso- och sjukvård önskar från Socialstyrelsen för att ta nästa steg i arbetet. Förstudien redovisas i rapport under hösten 2022. Rapporten kommer att innehålla resultat och rekommendationer avseende behov av uppdateringar av

⁶ BUUUU-hjulet är NSPH:s modell för brukarstyrda undersökningar som består av komponenterna Behov, Uppdrag, Utbud, Utförande, Utfall.

befintligt material, behov av annat stöd samt hur information om brukarinflytande kan samlas och spridas.

Resultat

En synergieffekt är att flera deltagare skapat egna nätverk och träffar efter att Brukarinflytande i praktiken startades upp. Ett exempel är ”digitala fikor” där brukarinflytandesamordnare möts för att prata och stötta varandra i sina roller och arbeten för att öka och stärka brukarinflytande i sina lokala och regionala organisationer. Ett annat exempel är att flera deltagare har individuell kontakt med varandra efter verkstäderna för att ta reda på mer om hur arbete med brukarinflytande möjliggörs i andra regioner och kommuner. Många delar även med sig av lokala och regionala rapporter och stödmaterial.

Som en del av temat Uppföljning och utvärdering genomförde Socialstyrelsen en utvärdering av konceptet, innehållet och genomförandet av Brukarinflytande i praktiken. Alla deltagare ville fortsätta med träffarna, eftersom de såg nytta med att kunna ta del av goda exempel, testa metoder och knyta kontakt med varandra för fortsatt samarbete och kunskapsutbyte.

Bild 8. Utvärdering av konceptet Brukarinflytande i praktiken



Deltagarna fick svara på en ytterligare fråga: *Vad har ni för frågeställningar eller behov inom ramen för Brukarinflytande i praktiken?* Här är några av de svar och reflektioner som deltagarna kom med:

- ”verktygslåda” med metoder och modeller
- exempel på verksamheternas vinster med brukarinflytande
- vägar att få till brukarmedverkan som genomsyrar hela organisationen från systemnivå till individnivå
- exempel på hur man kan arbeta med inflytande för barn och unga
- metoder för anhörginvolvering och inflytande – vad anhöriga behöver, inte som stödresurs utan utifrån egna behov
- vikten av en jämlik grund för brukarinflytande
- regional finansiering till brukarorganisationer
- vikten av samordnat stöd från nationell nivå, där Socialstyrelsens verkstad som denna är ett bra exempel.

Kritiska faktorer för patient- och brukarinflytande

Några sammanfattande punkter som kommit fram vid Brukarinflytande i praktiken är att:

- det finns ett stort engagemang för frågan kring patient- och brukarinflytande
- viktigt att arbeta tillsammans, att brukarorganisationer och representanter för regioner och kommuner deltar som jämbördiga partner
- viktigt med rutiner och fungerande strukturer för samverkan
- viktigt med samsyn gällande målsättning, syfte och roller
- ovilja, okunskap och rädsla är stora hinder för att uppnå brukarinflytande.
- det är viktigt att fråga de som får insatserna; utan att fråga brukarna vet man inte om det man gör får effekt eller gör nytta
- ett bra brukarinflytande innebär att lyssna och ta tillvara brukarens kunskaper och erfarenheter och visa det, och att egen erfarenhet ses som en naturlig kunskapskälla.

Analys av läns-gemensamma handlingsplaner

Identifierade utvecklingsbehov

Många av handlingsplanerna är reviderade versioner av de ursprungliga handlingsplaner som togs fram till 2016 års överenskommelse. Endast 5 av 21 län uppger att en samlad analys av länets utvecklingsbehov har gjorts till grund för handlingsplanen. I ytterligare 7 handlingsplaner anges att vissa läns-gemensamma analyser har gjorts, dock inte som en samlad analys, och i resterande 9 handlingsplaner omnämns inga länsövergripande analyser överhuvudtaget.

Även detaljeringsnivån på utvecklingsbehoven skiljer sig åt. I vissa planer beskrivs utvecklingsbehoven på en övergripande nivå såsom ”behov av att minska psykisk ohälsa hos unga”, medan de utvecklingsbehov som presenteras tillsammans med målen oftast är mer specifika, exempelvis ”behov av att utveckla samverkan för vård och stöd till barn och unga i samhällsvård”. I 12 av handlingsplanerna har utvecklingsbehov kunnat identifieras. Utvecklingsbehov med högst förekomst hör till området suicidprevention, följt av brukarmedverkan samt styrning, ledning och uppföljning. De övriga behovsområdena presenteras i bilaga 6.

I 17 av 21 läns-gemensamma handlingsplaner presenterar länen vilka aktörer som varit delaktiga i framtagandet av planen. Samtliga av dessa uppger att representanter från både region och kommuner har varit delaktiga och i 11 av länen har även en eller flera brukarorganisationer deltagit. Endast 3 län uppger att patienter, brukare eller anhöriga har varit delaktiga i framtagandet av handlingsplanen. I 6 av handlingsplanerna uppges att andra aktörer varit inblandade, exempelvis representanter från NSPH och ett läns personliga ombud.

Kortsiktiga och långsiktiga mål

I 7 av handlingsplanerna har målen även delats upp i kortsiktiga respektive långsiktiga mål. I övriga handlingsplaner framgår inga tydliga tidshorisonter för målen. En genomgående trend i samtliga handlingsplaner som har avgränsade kort- och långsiktiga mål är att de långsiktiga målen i högre grad syftar till förändringar för individerna än vad de kortsiktiga gör. Utav målen som syftar till förändringar för individer eller verksamheten, fokuserar i genomsnitt 53 procent av de långsiktiga målen på individer. Samtidigt är endast 13 procent av de kortsiktiga målen individfokuserade. De kortsiktiga målen syftar följaktligen i högre grad till verksamhetsförändringar.

Mål som formuleras i de redovisade insatserna, utifrån enkätsvaren, är ofta också långsiktiga och övergripande. Eftersom vi i en stor utsträckning observerar verksamhetsinriktade insatser i regionernas och kommunernas redovisningar, kan det innebära att förändringar i förhållande till de långsiktiga målen formulerade i handlingsplaner återstår att se.

Perspektiv

När det gäller horisontella perspektiv, det vill säga beaktning av utsatta grupper och individer i samhället som löper större risk att bli diskriminerade, inkluderar samtliga län utom Gävleborg, Örebro och Stockholm sådana kopplingar i sina mål och aktiviteter. De målgrupper som inkluderas av flest län är asylsökande, nyanlända och ensamkommande samt hbtqi-personer.

Endast 6 handlingsplaner innehåller begreppet ”jämlig hälsa”, det övergripande målet för folkhälsopolitiken. Gotlands län har ett avsnitt i handlingsplanen dedikerat till området, medan de andra 5 länen nämner jämlig hälsa framför allt i samband med långsiktiga mål.

I redovisningar från 2021 framgår det emellertid sällan hur länen har arbetat med jämlikhet och hbtqi-perspektivet.

Målgrupper

”Barn” och ”unga” är de vanligast förekommande målgrupperna, som återfinns i nästan samtliga handlingsplaner som specificerar målgrupper för sina aktiviteter. Aktiviteter riktade gentemot målgruppen ”vuxna” återfinns endast i 7 läns handlingsplaner. De län som inte har målgruppen ”vuxna” tenderar dock att ha många aktiviteter som saknar en specificerad målgrupp, vilket kan tolkas som att aktiviteterna är riktade till samtliga målgrupper (inklusive vuxna).

Barn och unga är också en återkommande målgrupp i länen, regionernas och kommunernas redovisningar, medan äldre personer anges som en målgrupp i enstaka fall. Flera genomförda insatser riktar sig till ospecificerade målgrupper.

Uppföljning av aktiviteter i handlingsplaner

I 13 av länen handlingsplaner presenteras tydliga uppföljningsindikatorer för målen och aktiviteterna. Resterande 8 planer innefattar ingen beskrivning av uppföljning eller mätning av resultat. Länen har generellt tagit fram indikatorer för att följa upp antingen målen eller aktiviteterna, med undantag för Jönköping och Skåne som har indikatorer både för mål och för aktiviteter.

Pandemins påverkan

I föregående års redovisning av insatser var det tydligt att pandemin hade haft en dubbel påverkan på genomförandet av insatser inom överenskommelsen. Det rapporterades om inställda aktiviteter och generella fördröjningar. Pandemin förde dock också med sig en ökad digitalisering och en omställning till nya och effektivare arbetssätt [3]. Även i 2021 års inrapportering beskrivs pandemin i flera fall som en påverkande faktor när det gäller digitala verktyg och liknande. Denna trend, fast i en lägre utsträckning än förra året, märker Socialstyrelsen också inom andra områden, vilket framför allt handlar om inställda eller förskjutna aktiviteter.

Fortsatt uppföljning inom uppdraget

Egen uppföljning

Uppföljningen av 2022 års verksamhet inom överenskommelsens olika delområden kommer att använda motsvarande enkäter som de som användes för att följa upp 2021 års verksamhet. Baserat på resultaten från 2021 års uppföljning kommer en del frågor att preciseras, och en del kommer att strykas helt. Inga helt nya frågor läggs till i någon av enkäterna.

Uppföljningen av 2022 års verksamhet, inklusive själva enkätundersökningen, kommer att genomföras av myndigheterna. Detta i syfte att renodla rollerna, där SKR är den aktör som fördelar stimulansmedlen och myndigheterna följer upp dem.

Fokus på resultat

I analyserna av årets uppföljningsenkäter har Socialstyrelsen lagt ett större fokus på vilka resultat som åstadkoms inom de olika delområdena. Detta är något som myndigheten kommer att fortsätta göra. Genom att i ökad utsträckning sätta insatsernas resultat i relation till de mål som gäller för insatserna, och för överenskommelsen som helhet, kommer uppföljningen att få ett över tid tydligare utvärderande fokus. På så sätt är avsikten att uppföljningen ska utgöra en av de centrala datakällorna för att i samband med uppdragets slutförande kunna beskriva vilka resultat som överenskommelsen inom psykisk hälsa och suicidprevention genererat, och förhålla dessa till såväl lokala som regionala och nationella mål för satsningen.

Utvärdera

Lärande utvärdering med regioner och kommuner genomförs ur tre perspektiv – individperspektivet, verksamhetsperspektivet och systemperspektivet.

I individperspektivet fokuserar Socialstyrelsen på patienters, brukares och anhörigas erfarenheter av insatser samt hur dessa utvecklas. Berörda frågor kan handla om samverkan, delaktighet, inflytande, kontinuitet, tillgänglighet osv. Det handlar även om intresseorganisationers erfarenheter och kunskaper samt deras roll i planering och genomförande av utvecklingsarbeten.

I verksamhetsperspektivet fokuserar Socialstyrelsen på hur olika verksamheter i regioner och kommuner (ledning, personal, samverkanspartner) uppfattar en viss insats, samverkan inom området psykisk hälsa samt hur deras förutsättningar att ge en god vård och omsorg ser ut och utvecklas med hjälp av stimulansmedel inom överenskommelsen. Verksamhetslogik används som en övergripande modell och anpassas efter de olika verksamheterna.

I systemperspektivet är den huvudsakliga frågeställningen hur övergripande förutsättningar för att genomföra insatser inom området ser ut. Det handlar exempelvis om patient- eller brukargruppens storlek, ekonomiska resurser, personalförsörjning, kompetensförsörjning, tillgänglighet, vårdbehov m.m. Vidare kan det röra sig om externa faktorer påverkan på genomförandet av insatser, men även om lokala, regionala och länsgemensamma behov och målsättningar som ligger till grund för utvecklingsarbete. Utvärderingen syftar också till att belysa hälso- och sjukvårdens och omsorgens kontexter och villkor när det gäller prioritering, planering och uppföljning av insatser.

Varje utvärderingsfall belyses nedan ur de tre perspektiven, och en sammanfattande bild ges kring övergripande utveckling, framgångsfaktorer och utvecklingsområden. Trots samma tillvägagångssätt vad gäller analys och sammanställning av materialet, representerar fallstudier fyra olika insatser, verksamheter och frågeställningar. Två av dessa insatser genomförs av regionala verksamheter, som en del av ordinarie arbete, en fallstudie beskriver ett länsgemensamt utvecklingsarbete, och en insats ägs av kommun och genomförs i projektförhållande. Alla fallstudier genomförs i löpande dialog med berörda verksamheter, och återkoppling om resultat ges kontinuerligt.

Kapitlet avslutas med en beskrivning av fortsatt utvärdering inom uppdraget.

Fallstudier

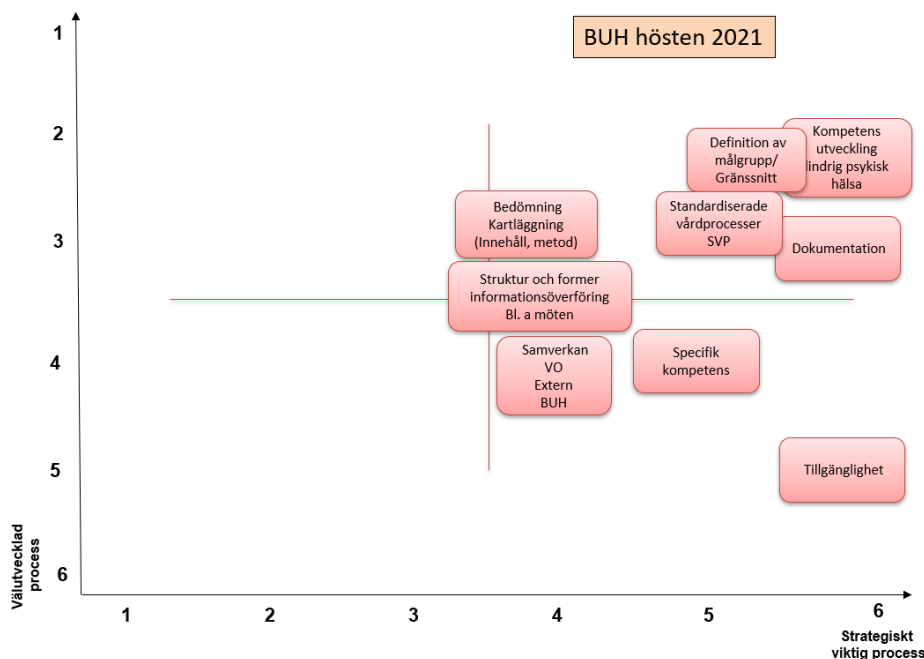
Gävleborg

Bakgrund & frågeställningar

I sin redovisning av insatser 2021 inom området barn och unga beskriver Region Gävleborg bl.a. ett utvecklingsarbete som pågår på Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH). I syfte att ge BUH:s personal mer kunskap för att hantera lättare psykisk ohälsa hos patienter, har en kartläggning av förbättringsbehov genomförts. Kartläggningen har resulterat i att utbildningsbehov urskilts som handlar om att personalen på BUH behöver kunna ge psykopedagogiska insatser och enklare behandlingsinterventioner vid lindriga till medelsvåra tillstånd (och vid svåra tillstånd remittera). Detta förväntas leda till säkrare flöden vid BUH och minskat ”bollande” av patienter. Barn- och ungdomshabiliteringens målgrupper är barn och unga 0–17 år med intellektuell funktionsnedsättning – utvecklingsstörning, autismspektrumtillstånd, bestående rörelsenedsättningar, medfödd eller förvärvad hjärnskada – samt deras vårdnadshavare.

Figur 32 som tagits fram av BUH i Gävleborg visar verksamhetens prioritering av interna processer. Denna prioritering består av två parametrar. Den ena är välutvecklad process, där 1 står för ”Processen är inte definierad. Det är en ny process som behöver designas och dokumenteras”, och 6 innebär ”Mätningar av processen och processresultat är stabila. Tjänsterna möter ständigt upp mot förväntningarna från kunderna”. Den andra parametern är strategiskt viktig process, där 1 innebär ”Ingen påverkan på uppsatta mål” och 6 beskrivs som ”Process är absolut avgörande för att nå resultat. Förbättringar i denna process har direkt och omedelbar påverkan på resultatet”. Utifrån BUH:s bedömning som genomfördes hösten 2021 var just kompetensutveckling i lindrig psykisk ohälsa en av de mest strategiskt viktiga men samtidigt en av de minst välutvecklade processerna.

Figur 32. Struktur för att värdera strategiskt viktiga processer – bedömning BUH Gävleborg



Källa: Region Gävleborg. Formatet behålls så att processbedömningar visualiseras i sin ursprungliga form. Gävleborg hänvisar till landstinget i Jönköpings län och Cliff Norman, Texas, USA, API, Association in process Improvement).

Andra regioners, och även kommuners, redovisningar innehåller flera kompetenshöjande insatser inom överenskommelsens olika delområden. Både i redovisningar från 2020 och i redovisningar från 2021 märker Socialstyrelsen att dessa insatser sällan har lett till några tydliga effekter för patienter och anhöriga. Samtidigt uppmärksammar Socialstyrelsen att Gävleborg är en av de regioner som redovisat flest insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten. Av denna anledning samt med hänsyn till regionens utvecklingsarbeten har vi i samråd med vårdutvecklare och ansvariga chefer i regionen valt att genomföra en lärande utvärdering med fokus på implementering av kompetenshöjande insatser hos personal inom BUH vad gäller lindrig och medelsvår psykisk ohälsa. Det var också överenskommet att utvärderingen skulle fokusera på habiliteringsverksamheter både i Hälsingland (BUH Bollnäs, BUH Hudiksvall) och i Gästrikland (BUH Gävle). I detta avseende är det aktuellt att, förutom att utvärdera själva kompetensutvecklingsprocessen, även studera arbetssätt som verksamheterna använder för implementering av ny kunskap, vårdprogram, rutiner m.m., samt samverkan i vårdprocesser.

Verksamhetsperspektiv

För att redogöra för utgångspunkten för insatsen har Socialstyrelsen i första steget av utvärderingen genomfört en intressentkartläggning och en kompletterande problemanalys genom intervjuer med ledningen för BUH Gästrikland, BUH Hälsingland och BUP. För att även utvidga bilden med ett medarbetarperspektiv har vi genomfört intervjuer med personal på BUH Gävle samt work-shoppar med alla team bestående av olika professioner (ett

team i Bollnäs, ett team i Hudiksvall, tre team i Gävle), där vi bl.a. fokuserat på de yrkesverksammas syn på behov av kompetensutveckling. Därutöver har vi intervjuat BUIH:s andra samverkanspartner – Familjehälsa Gävle och Familjehälsa Hudiksvall. Intervjufrågorna var konstruerade på ett sätt som skulle ge möjlighet att fånga upp verksamheternas perspektiv kring det nuvarande och det önskade läget, så kallad användarresa⁷. Förutom de resultat som beskrivs i detta avsnitt finns mer information om våra metoder och analyser i bilaga 7.

BUIH:s satsning på kompetensutveckling avser lösa en utmaning som består av flera aspekter: vikten av att erbjuda patienter rätt och samordnat stöd för psykisk ohälsa, vikten av en fungerande samverkan internt och externt, skillnader vad gäller arbetssätt och strukturer och resursbrist som gör att det blir svårare att behålla kompetens inom verksamheten (figur 33). Att BUIH kommer att kunna stödja patienter vid psykisk ohälsa skulle på längre sikt leda till en mer sömlös vård, tydligare gränssnitt, bättre definierade ansvarsområden mellan olika vårdaktörer samt ett tydligare flöde för patienterna. Enligt intervjuer skulle utbildning i TBA (tillämpad beteendeanalys) vara en möjlig insats för kompetensutveckling, men även andra kompletterande aktiviteter som exempelvis samlokalisering på orter, tydliggörande av ansvar gällande patienter med samsjuklighet och ökad förståelse kring funktioner och roller i vården.

Intervjupersonerna ser samtidigt potentiella utmaningar kopplade till detta utvecklingsarbete:

- att slutsteget – implementering – inte blir genomfört
- att kunskapen inte stannar kvar i verksamheten
- resursbrist, särskilt brist på psykologer, så att riskfaktorn om arbetsbördan ökar, utan ytterligare resursförstärkning
- att följa utveckling av psykisk ohälsa hos BUIH-patienter över tid
- samverkan mellan BUIH och BUP
- att relationer och hierarkier stoppar förändring
- skillnader i arbetssätt och strukturer mellan Gästrikland och Hälsingland.

⁷ En användarresa är ett verktyg som används för att förstå hur användaren rör sig genom och använder en tjänst eller en **process**, före – under – efter. [9]

Figur 33. Problemanalys – kompetensutveckling BUH Gävleborg

Figuren är en sammanställning av verksamheternas berättelser om utmaningar, behov och önskade effekter.



Både intervjuer och workshoppar med personalgrupperna bekräftar den ovanstående bilden i några avseenden. I workshopparna inbjöds samtliga fem team att delta i en prioritering av olika påståenden utifrån en frågeställning: *Hur viktigt är följande för fortsatt utveckling?* Deltagarna ombads att individuellt värdera påståenden utifrån parametrarna "viktigt för verksamheten" och "viktigt för patienter/anhöriga". Dessa bedömningar visualiserades direkt

i form av samlade prioriteringar, vilket resulterade i att de olika alternativen kunde diskuteras vid workshopparna.

Resultaten visar en hög samstämmighet i personalens upplevelser, oavsett verksamhet eller team de representerar. Alla fem team har värderat resursförstärkning som mest viktigt utifrån båda parametern. Därefter kommer behov av en fungerande samverkan externt och internt, grundutbildning samt yrkesspecifik utbildning. Att kunna få grundkunskap i psykisk ohälsa och bibehålla sina yrkesspecifika kunskaper samtidigt har visat sig vara viktigt för alla team. Två av de fem teamen har även lyft vikten av att tillämpa befintliga rutiner, vårdprogram och vårdprocesser, utifrån både verksamhetsperspektivet och patientperspektivet. Detta alternativ har också rankats relativt högt i de andra grupperna. Det alternativ som värderats lägst är behovet av nya rutiner.

Personalgruppernas svar på frågan *Behov av mer kunskap och kompetens på habiliteringen – vad skulle det handla om?* visar också att behovet är i stort sett samma i alla habiliteringsverksamheter. Fyra av de fem teamen har rangordnat behovet av systemkunskap (vem gör vad och när) som mest angeläget, följd av behovet av kunskap om psykisk (o)hälsa, som det femte teamet har värderat högst. Bland andra behov har även kunskap om suicidprevention, samsjuklighet, autism och andra neuropsykiatriska funktionshinder, substansbruk och beroende samt fysisk (o)hälsa rangordnats ganska högt, dock med en viss variation i de olika personalgrupperna.

Användarresa

Användarresan till det önskade läget som presenteras nedan synliggör en samlad bild kring de övergripande önskemål som uttryckts av de regionala aktörerna BUH, BUP och Familjehälsa i Gävleborg vad gäller deras arbete kring barn och unga med psykisk ohälsa. Vikten av kunskap och kompetens, internt och verksamhetsöverskridande samarbete och samverkan, såväl som individanpassad vård och stöd är något som genomsyrar de genomförda intervjuerna. Betydelsen av att implementering och tillämpning blir av, och att det finns en struktur som möjliggör detta, lyfts också. Framförallt handlar det om en önskan om en implementeringsmodell som beskriver hur implementering ska gå till, som skulle tas fram tillsammans, och där även patienter och patientorganisationer har möjlighet att påverka.

Tabell 15. Användarresa – arbete med barn och unga med psykisk ohälsa, Region Gävleborg

	Önskat läge
Kompetens och kunskap	<ul style="list-style-type: none"> • Bygga kompetens och hitta trygghet i vad BUH redan kan. • Få verktyg för målgruppen med psykisk ohälsa. • Kunna mer om autism, psykisk ohälsa, suicidprevention. • Kunna ge rådgivning på basnivå kopplat till helheten – höja baskompetensen internt. • Utveckling inom TBA – samt att hålla kvar kunskapen i organisationen. • Kompetens inom psykoedukation – lära sig vad en depression är och hur det fungerar och hur man behandlar det. • BUH och BUP har samma kunskap om barn med autism och psykisk ohälsa. • Kompetensplan för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa. • Mått på målpuppfyllnad. • Kunskap om andra – vad BUP, skolan, socialtjänsten gör. • Kunskap om roller och funktioner – vem ska göra vad, när och hur. • Behålla spetskompetens. • Kombination – grunderna och mer riktade utbildningar som rör målgruppen. • Tydligare syfte med kompetensutveckling.
Internt arbete	<ul style="list-style-type: none"> • Tydligt vem som gör vad. Både som habiliterare/teammedlem och i sin unika yrkesroll. Kunna sortera vem som gör vad och vad som är "bas". • Personalförsörjning. Mer personal (främst psykologer). Rätt antal personer på de poster som finns, matchat mot målgrupperna. • Gemensamt arbete. Jobba runt omkring patienter, "Man vill inte bara ha en psykolog, kanske bra om det finns en logoped, arbetsterapeut eller fysioterapeut med också. Och chans att jämföra bilderna från dem. Kan detta bidra till bättre underlag?" • Olika team arbetar över gränserna. • Tätare uppföljningar kring hur team jobbar med suicidrisk. • "Att vi inte pratar gränser utan att vi pratar om vad jag KAN göra."
Extern samverkan och samarbete	<ul style="list-style-type: none"> • Tydligare gränssnitt mellan olika verksamheter/aktörer – Familjehälsa, BUP, BUH. • Samlokalisering av enheter som finns inom samma geografi. • Samverkan mellan BUH och BUP. Samteam. • Gemensamt språk underlättar behandling när den sker gemensamt. • Gemensamt journalsystem. • Bättre samverkan med skolan. • Att lära känna varandra och varandras uppdrag och roller.
Slutmottagare	<ul style="list-style-type: none"> • "Att vi har kompetens, individen och familjen ska känna det, inte behöva efterfråga det." • Gemensamma besök för barnens ökade trygghet. • För målgruppen: rätt insats av rätt aktör. Sömlös vård. • Lugna vårdnadshavare om man vet vilka patienter som ska bollas var. "Vi behöver bli bättre på att härbärgera ångest hos vårdnadshavare och inte bidra till att eskalera ångest". • För familjerna: Få ett flöde för att kunna få kunskap om vad som finns. • Behov av flera stödkontakter. • Mer individ Anpassning. • Insatser kommer i rätt tid och sammanhang. • Barn med autism får mer samlade teaminsatser, mobila lösningar.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på hela måendet. Mer förebyggande arbete. • Kvalitet i mötet. "Mottagaren behöver få förståelse och få med sig något som kan förbättra ens liv och situation." • Självskattnig före-efter.
Implementering och struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkt implementering, modell för implementering som tas fram tillsammans. • Tillämpa befintliga rutiner, vårdprogram, vårdprocesser i hela verksamheten. • Mer påverkan från patienter och patientorganisationer. • Mer systematik kring inventering av kompetens, kunskap, utbildning.

Implementeringsprocess

Samtidigt som de intervjuade personerna i huvudsak är samstämmiga vad gäller aktuella utmaningar, lösningar och eventuella risker, har vi märkt vissa skillnader mellan BUH-verksamheterna i Gästrikland och Hälsingland som kan påverka hur arbetet med implementering av kompetenshöjande insatser ser ut. Intervjusvaren tyder på att båda verksamheterna vill satsa på samma typ av kompetensutveckling och att det i så fall skulle innebära utbildningsinsatser men även ökad kunskap om roller och funktioner inom arbetsgrupper internt samt mellan olika vårdaktörer. På BUH i Hälsingland betonas vikten av att personalen är trygga i sina roller, att kunskap om psykisk ohälsa ökar internt och att det finns en kompetensplan avseende lindrig och medelsvår psykisk ohälsa. BUH i Gästrikland understryker i högre utsträckning angelägenheten av att tydliggöra uppdrag och gränssnitt externt gentemot BUP samt att den kunskap som verksamheten får till följd av kompetenshöjande insatser stannar kvar i verksamheten. Alla intervjuade verksamheter, inklusive BUP, beskriver fördelar med gemensamma kompetenshöjande insatser, där TBA kan vara ett exempel.

Mot bakgrund av dessa resultat, har vi i nästa steg gjort en sammanställning av hur en implementeringsprocess på BUH i Gävleborg ser och kan se ut, i nuläget respektive i det önskade läget. I denna process observerar vi å ena sidan en struktur som säkerställs genom inventering av utbildningsbehov, medarbetarinvolvering, dialog och uppföljning i ledningsgruppen. Å andra sidan finns en viss utmaning när det kommer till användning och tillämpning av framtagna vårdprogram, rutiner och nya kunskaper. Den ovan nämnda gemensamt framtagna implementeringsmodellen kan kompletteras här med ett önskemål om en stegvis förberedd tillämpning i det operativa arbetet, både i team och utifrån olika professioners roller inom habiliteringsverksamheten. Det kan exempelvis handla om praktisk träning i form av gruppdiskussioner internt och med andra verksamheter, såväl som uppföljningar av hur nya kunskaper faktiskt används.

Figur 34. Implementeringsprocess BUH Gävleborg

VU – vårdutvecklare
 VEC – vårdenhetschefer
 VIP – vård- och insatsprogram



En modell som fungerar bra för fortsatt implementering av kompetenshöjande insatser är förändringsledning. Modellen beskrivs av bl.a. Ekonomistyrningsverket som ett strukturerat arbetssätt för att förflytta en verksamhet från ett nuläge till ett önskat läge. Denna förändringsprocess genomförs i tre steg – förberedelse, genomförande och förstärkning av förändringsarbetet – med hänsyn tagen till medarbetarperspektivet och den nytta som processen förväntas leda till. När ett utvecklingsarbete visar sig behöva en förberedelse

som involverar medarbetare, och även patienter i en större utsträckning, behöver aktiviteter, t.ex. utbildningsinsatser, planeras på det sätt som stöttar både organisationens och individens förflyttning. Genom att genomföra arbetet på detta sätt brukar en organisation skaffa sig bättre förutsättningar för att lyckas med en förflyttning mot sitt önskade läge [10].

Individperspektiv

Tillsammans med kontaktpersoner i regionen har vi kommit fram till att genomföra en undersökning riktad till målgruppen för att fånga upp målgruppens perspektiv. Arbetet med denna kommer att påbörjas framöver.

Systemperspektiv

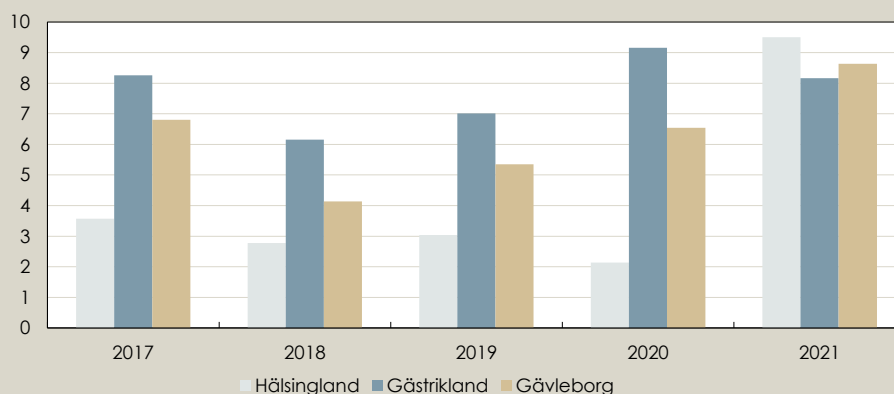
Inom ramen för utvärderingens systemperspektiv i Gävleborg har Socialstyrelsen inledningsvis undersökt statistik från patientregistret. Analysen presenteras för Gävleborg som helhet men delas även upp mellan Hälsingland och Gästrikland. Patientregistret ger dock inte en heltäckande bild kring patienterna på BUP eller BUH, pga att enbart de patienter som haft ett läkarbesök det undersökta kalenderåret, inom öppen- eller slutenvården, visas i statistiken. Statistiken över tid måste också tolkas med stor försiktighet eftersom hälso- och sjukvården påverkats av den pågående pandemin.

Figur 35 visar att ungefär nio procent av barn och unga i åldrarna 0–17 år som besökte barn- och ungdomshabilitering i Gävleborg år 2021 hade en diagnostiserad psykisk ohälsa. Av barnen som besökt habiliteringen i Hälsingland är andelen drygt nio procent, vilket är en ökning med ungefär sex procentenheter sedan år 2017.

Figur 35. Andelen med psykisk ohälsa bland barn och unga inskrivna på BUH i Gävleborg

Andelen med psykisk ohälsa (ICD-10: F1-F6) bland barn och unga (0-17 år) inskrivna på barn- och ungdomshabilitering (BUH) 2017-2021.

Procent



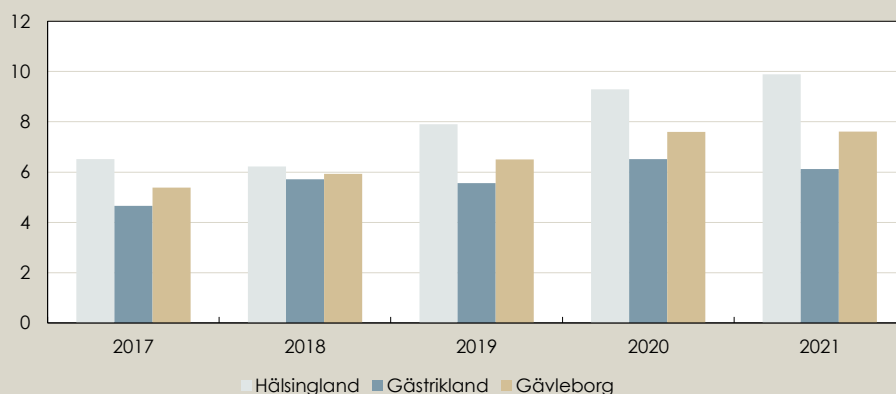
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Bland barn och unga i samma åldersgrupp, som besökte barn- och ungdomspsykiatri eller barn- och ungdomshabilitering i Gävleborg, inklusive Hälsingland och Gästrikland, ses en generell ökning av förekomsten av samsjuklighet mellan autism och psykisk ohälsa⁸. Störst förändring ses för patienterna på klinikerna i Hälsingland (figur 36).

Figur 36. Andelen med både autism och psykisk ohälsa bland barn och unga inskrivna på BUP eller BUH i Gävleborg

Andelen med både autism (ICD-10: F84) och psykisk ohälsa (ICD-10: F1-F6) bland barn och unga (0-17 år) inskrivna i antingen barn- och ungdomspsykiatri (BUP) eller på barn- och ungdomshabilitering (BUH) 2017-2021.

Procent



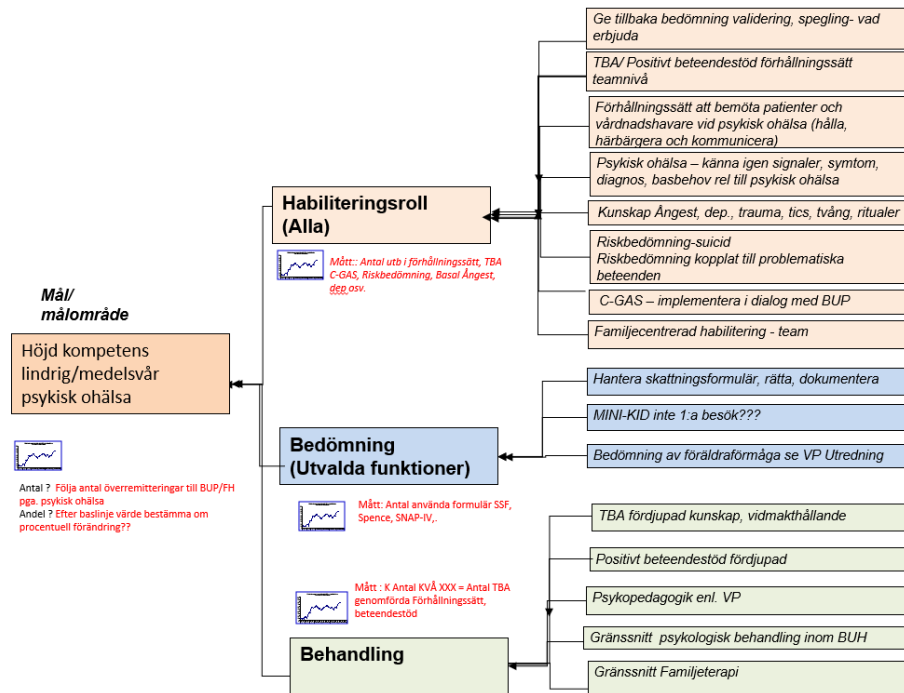
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

I relation till den resursbrist gällande främst psykologer, som lyfts i intervjuerna och workshopparna med verksamhetsrepresentanter, har Socialstyrelsen hämtat statistik från registret över Legitimerade Omsorgs- och Vårddyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA). Vad gäller just psykologer, fanns år 2019 per 100 000 invånare, 48 psykologer sysselsatta inom hälso- och sjukvården i Gävleborg. Detta kan jämföras med riksnittet som det året var 86 stycken. Det finns dock en hög koncentration av psykologer i storstadsregionerna som påverkar rikets genomsnitt. Värmland, som till invånarantalet ligger nära Gävleborg, har exempelvis 49 psykologer verksamma inom hälso- och sjukvården, per 100 000 invånare.

Det arbete som i nuläget genomförs inom ledningsgruppen på regionen kan ses som en del i en förberedelseprocess inom förändringsledning. Påverkansanalysen nedan visar att förändringen är tydligt kopplad till kompetensutveckling (TBA, psykisk ohälsa, riskbedömning suicid, bemötande, ångest, depression, tics, tvång, m.m.), att delar av implementeringsprocessen är tänkta att genomföras i dialog med BUP samt att mått på måluppfyllelse tas fram vad gäller både habiliteringsroll, bedömning och behandling.

⁸ I detta fall har följande definition använts: Båda diagnoserna (autism och psykisk ohälsa) ska ha ställts samma år, antingen som huvud- eller bidiagnos.

Bild 9. Förbättringsområde: Höjd kompetens vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa – BUH Gävleborg



Källa: Region Gävleborg, Barn- och ungdomshabilitering. Påverkansanalys (2022-05-02)

I dialog med verksamheten kommer Socialstyrelsen i fortsättningen också att undersöka vilka mått som kan fånga den kompetensutveckling som insatsen syftar till. Ytterligare dokument, regional statistik och eventuellt regionens egna uppföljningar kan komma att samlas in och studeras i ett sammanhang.

Sörmland

Bakgrund & frågeställningar

I sin redovisning av insatser 2021 inom delområdet god vård och omsorg uppmärksammar Region Sörmland bl.a. ökade kostnader och ökad efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar samt att fler patienter än tidigare har utretts. Fortsatt utveckling av arbetssätt för att möta behovet av utredningar och insatser kring neuropsykiatriska frågeställningar har därför varit prioriterat. I samband med det har division Psykiatri och funktionshinder startat projektet *Specialenhet för Neuropsykiatri* i syfte att år 2022 ha levererat ett förslag på enhetlig och effektiv utredningsprocess med kvalitet och jämlik vård för neuropsykiatriska utredningar inom divisionen. Förslaget ska enligt Sörmlands beskrivning baseras på att projektet genomför utredningar inom divisionens olika verksamheter i syfte att inhämta kunskaper och bästa praxis. Bland aktiviteter som redovisas är uppstart av ett neuropsykiatriskt team (NP-team) på Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen Nyköping, som är en av två enheter i Sörmland och har ett upptagningsområde på sju kommuner.

Uppstarten av NP-teamet på BUP i Nyköping har redovisats mer detaljerat bland Sörmlands insatser för barn och unga. Enligt regionen, är BUP en av de verksamheter i divisionen som har det högsta trycket på utredningsförfrågningar. Den ekonomiska redovisningen åskådliggör att 10 miljoner kronor har använts i Sörmland år 2021 och 10,7 miljoner kronor år 2020 för att finansiera externa utredningar för patienter med frågeställning adhd eller autism. För att hitta nya sätt att möta behovet som finns har BUP i Nyköping valt att utveckla ett nytt arbetssätt – stegvis utredning inom NP-teamet. Mål med denna satsning beskrivs på följande sätt:

- jobba mer i team
- säkerställa utredningsförfarandet
- smidigare förfarande
- återta den moraliska kompassen
- snabbare hjälp till patienten
- sammanhållen insats till patienten
- tryggare upplevelse för patienter och anhöriga
- återfå kontrollen av in- och utflöde av patienter.

Socialstyrelsen har i samråd med den ansvariga verksamheten valt att genomföra en lärande utvärdering av denna insats med särskilt fokus på stegvis utredning vid NP-utredningar. Den centrala frågeställningen är om den nya utredningsmetodiken leder till en mer individanpassad, resurseffektiv och tillgänglig vård för barn och unga.

Verksamhetsperspektiv

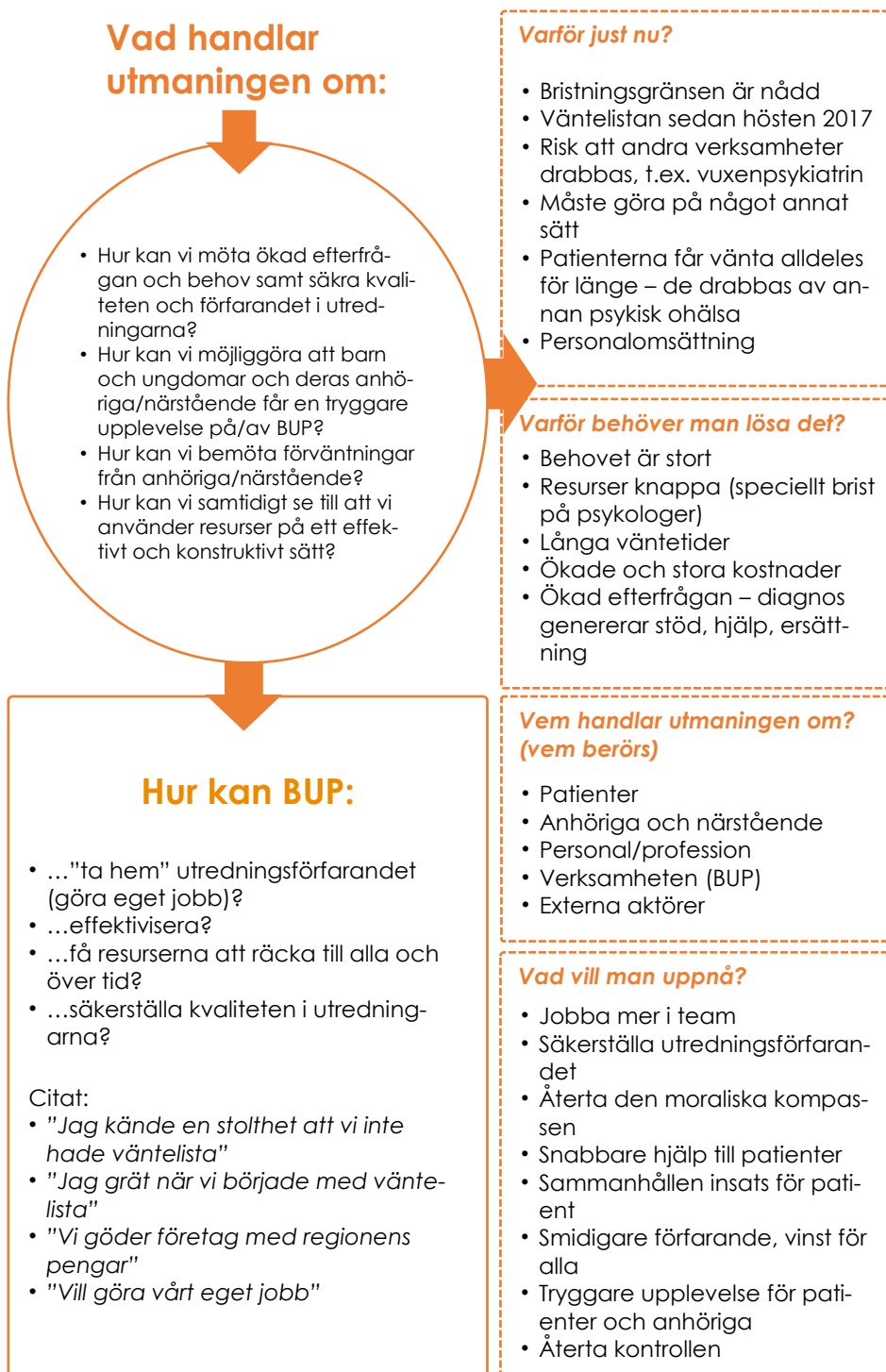
För att redogöra för utgångspunkten för insatsen har Socialstyrelsen i första steget av utvärderingen genomfört en intressentkartläggning och en problemanalys, i dialog med länsamordnaren, divisionsledningen och BUP:s ledning. Därutöver har vi genomfört workshoppar med NP-teamet där vi fokuserat på process i en stegvis utredning, de yrkesverksammas syn på förändringen samt dess möjliga konsekvenser. SWOT-analys, användarresa

och andra metoder har använts i workshopparna. För att utvidga verksamhetsperspektivet har vi även intervjuat några av BUP:s samverkanspartner som troligen kommer att påverkas av resultat av stegvisa utredningar – Barn- och ungdomshabiliteringen samt elevhälsoverksamheter i Nyköping, Katrineholm, Vingåker, Trosa och Flen.

Uppstarten av NP-teamet som kommer att genomföra stegvisa utredningar avser framför allt lösa utmaningen i form av ökad efterfrågan och behov samtidigt som kvalitet och förfarandet i utredningarna säkras (figur 37). Vidare handlar det om barns, ungas samt anhörigas och närståendes tryggare upplevelse av BUP. Ett annat problem som insatsen avser lösa är en mer effektiv resursanvändning på både kort och lång sikt, bl.a. genom att ”ta hem” utredningsförfarandet istället för att köpa in externa utredningar. De yrkesverksamma beskriver en stor risk för att andra verksamheter också drabbas på grund av långa köer till BUP och utredningar som tar lång tid samt en ökad risk för svårare psykisk ohälsa hos barn och unga som står i kön. Problemanalysen visar också på möjliga konsekvenser i form av fortsatt hög personalomsättning och personalflykt, särskilt bland psykologer, ifall en förändring uteblir.

Figur 37. Problemanalys – NP-utredningar BUP Nyköping

Figuren är en sammanställning av verksamhetens berättelser om utmaningar, behov och önskade effekter.



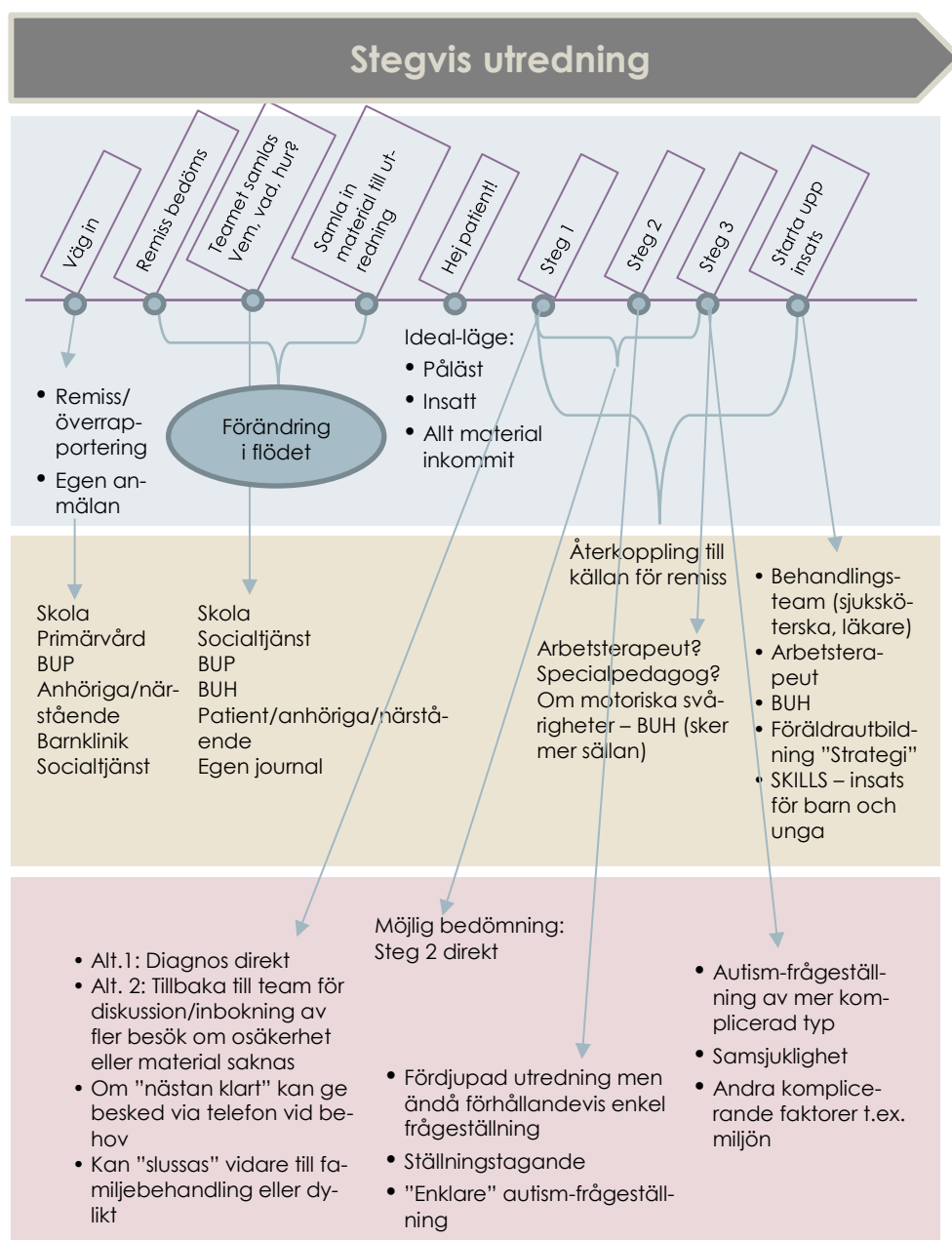
NP-teamet består av några av mottagningens läkare och psykologer. I första skede tar de emot nya NP-ärenden. I dagsläget delas processen i en stegvis utredning upp i tre steg (figur 38):

Steg 1 – Läkare/psykolog ställer diagnos direkt vid första besöket eller efter ett fåtal besök.

Steg 2 – Fördjupad utredning men förhållandevis enkelt ställningstagande.

Steg 3 – Frågeställning av mer komplicerad karaktär som t.ex. samsjuklighet eller andra faktorer. Om detta steg är aktuellt kan även andra funktioner och verksamheter kopplas på, t.ex. arbetsterapeut, specialpedagog och barn- och ungdomshabiliteringen.

Figur 38. Process i en stegvis utredning – NP-teamet BUP Nyköping



NP-teamet ser generellt positivt på den pågående förändringen. Det handlar huvudsakligen om att kunna genomföra utredningar som är både mer tidseffektiva, kostnadseffektiva och individanpassade, och att verksamheten tar ansvar för sina utredningar, vilket också innebär en ökad yrkes stolthet. Personalen ställer sig bakom målet att erbjuda en snabbare och mer sammanhållen insats till patienten. Vikten av kortare väntetider, patientens ökade trygghet och god vårdkvalitet i rätt tid uttrycks av gruppen. De uppskattar ledningens positiva inställning samt samarbetet i teamet. Vidare lyfts en möjlighet till en mer sammanhållen kommunikation med externa samarbetspartner som förändringen av det interna arbetssättet potentiellt kan tillföra.

Samtidigt beskriver de yrkesverksamma utmaningar som kan uppstå i samband med förändringen. Dels handlar det om att NP-teamet kan vara för litet för att kunna möta det ökade behovet hos målgruppen, dels kan NP-teamets roll i förhållande till andra verksamheter och utredarteamens roller behöva tydliggöras. De yrkesverksamma nämner också en risk att den interna organisationen och externa verksamheter inte godtar förändringen.

Tabell 16. SWOT – NP-teamets bedömning

<p>Styrkor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Att själv få bedöma och genomföra utredningar • Ny grupp för samarbete och patientsdiskussion • Ha kontroll och hålla jämn kvalitet • Större möjlighet att individualisera utredningar • Arbetsglädje • Samarbete och kompetensutveckling i teamet 	<p>Svagheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • För få personer i teamet • Att organisationen inte är redo för förändringen, att "producera" fler patienter än vad BUP kan möta upp • Kan gå för snabbt för vissa familjer • Överdiagnostisering • Att snabba vägar blir lätta vägar att välja • För mycket vikt läggs på utredningsförfarandet • Inget system idag för att utvärdera <i>patientperspektiv</i>
<p>Möjligheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bättre vård för patienter – snabbare insatser i skola och hemmet • Lättare att rekrytera psykologer • Bättre ekonomi i divisionen • Sammanhållen enhetlig kommunikation med samarbetspartner 	<p>Hot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Att få in för många remisser från skola • Att professioner tror att arbete i teamet blir ensidigt eller med låg kvalitet • Att andra inte godtar utredningar

Intervjuer med företrädare för andra aktörer i länet visar i många avseenden en liknande bild vad gäller utvecklingsområden i samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa. I synnerhet handlar det om internt arbete inom verksamheterna, extern samverkan och samarbete. Samtidigt kan vi konstatera en hög grad av enighet kring vad en fortsatt utveckling i det gemensamma arbetet i länet skulle behöva innebära, vilket synliggörs i tabell 17.

Frågan vad gäller personalresurser, bemanning och tidsbrist är något som återkommer i nästan alla intervjuer. I några intervjuer framkommer vikten av

att genomföra en strukturell förändring som skulle fokusera resursanvändning i det befintliga läget snarare än resurser i sig.

Ett önskemål om en mer sammanhållen kommunikation mellan samverkanspartner är något som lyfts tydligt av både BUP och andra aktörer. I detta avseende önskar några intervjupersoner mer information och kunskap om stegvis utredning. Att arbeta mer med tillämpning av befintliga samverkansstrukturer och dokument samt utveckla tydligare strukturer för samverkan och samarbete runt patienten anses som ett av de mest aktuella behoven.

Flera intervjupersoner har ett utpräglat fokus på slutmottagarna, dvs. barn, unga och deras anhöriga eller närstående. Bättre anpassningar, stöd utifrån individens behov, snabbare utredningar, tidiga insatser, bättre samordning är bland de utvecklingsområden som har framkommit i intervjuerna.

Tabell 17. Användarresa – samverkan och samarbete kring barn och unga med psykisk ohälsa i Södermanland

Önskat läge	
Internt arbete	<ul style="list-style-type: none"> • Resurser och hur de används – en strukturell förändring. • Ägna mer tid och resurser för anpassningar.
Extern samverkan och samarbete	<ul style="list-style-type: none"> • Mer information och kunskap om stegvis utredning hos externa aktörer (process, resultat). • Lättare kontaktvägar med tydligt tvärprofessionellt uppdrag - vem som gör vad. • En etablerad första linjen i Sörmland och en mer geografiskt tillgänglig BUP. "Det skulle innebära att familjer inte behöver åka till Nyköping och får en tidig BUP-bedömning". • "Man pratar ofta om mellanrummet som blir mellan våra verksamheter. Men vi skulle verkligen behöva röra oss i mellanrummet, för att få ett ännu bättre sätt för att samverka runt barnet och föräldrar." • Att samverkansdokument tillämpas – blir synliga och används i verksamheterna.
Slutmottagare	<ul style="list-style-type: none"> • Bättre vård och stöd för barnen – snabbare utredningar, snabbare insatser i skola och hemmet. • Alla barn ska få stöd utifrån sina individuella behov. • Stödja barnen och vårdnadshavare utifrån olika perspektiv – samordning runt barnen, där förälder inte behöver vara informationsbärrare mellan de olika insatserna. • Trygghet för patienter och anhöriga. • Bemötande i patientmöten. "(Det) handlar inte bara om resurser ... Det handlar om något i mötet ... Vi bygger in något i diagnostiserandet som inte är friskt."

Individperspektiv

Vad gäller individperspektivet genomför verksamheten på egen hand en intervjustudie med personer ur målgruppen. Socialstyrelsen kommer därför inte initiera en liknande studie i detta skede. Den intervjustudie som verksamheten genomför fokuserar flera för patienter centrala områden; bl.a. rör frågorna faktorer som information och kunskap, bemötande, kommunikation, resultat av utredning, önskan om framtida insatser och hjälp m.m. Intervjufrågorna har tagits fram i dialog med Socialstyrelsen.

Systemperspektiv

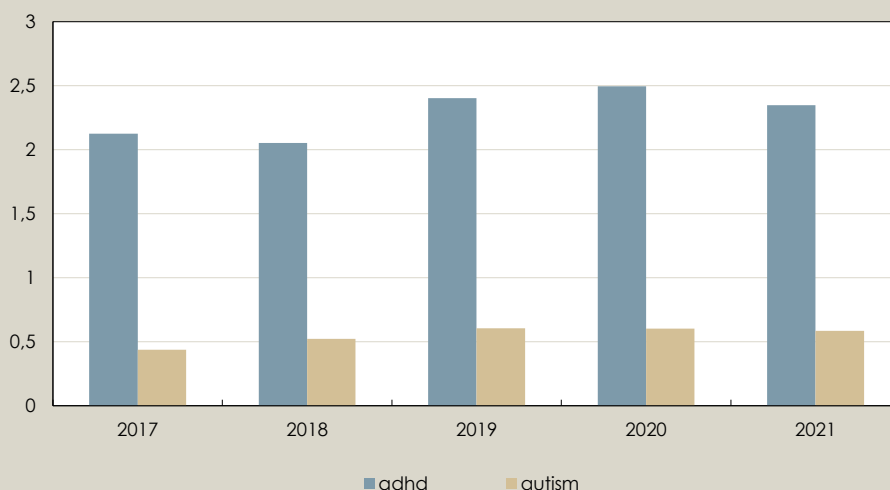
Socialstyrelsen har valt att inrikta systemperspektivet på två huvudsakliga kvantifierbara mått, dels nydiagnostisering av adhd och autism, dels tillgänglighetsdata för BUP. För data från patientregistret kan BUP som tillhör Nyköpings lasarett och BUP som tillhör Mälarsjukhuset följas separat. Vi presenterar också statistik gällande Sörmland som helhet.

I figur 39 visas den totala andelen barn och unga i åldrarna 0–17 år med adhd och autism, inskrivna på barn- och ungdomspsykiatri i Sörmland, utifrån folkbokföringen. Andelen diagnostiserade med adhd eller autism bland barn och unga har ökat marginellt mellan 2017 och 2021. Andelen barn och unga diagnostiserade med adhd minskade något mellan år 2020 och 2021.

Figur 39. Andelen inskrivna på BUP med diagnosen adhd eller autism bland barn och unga i Sörmland

Andelen med adhd (ICD-10: F90) eller autism (ICD-10: F84) bland barn och unga (0-17 år) inskrivna på barn- och ungdomspsykiatri (BUP) 2017-2021.

Procent

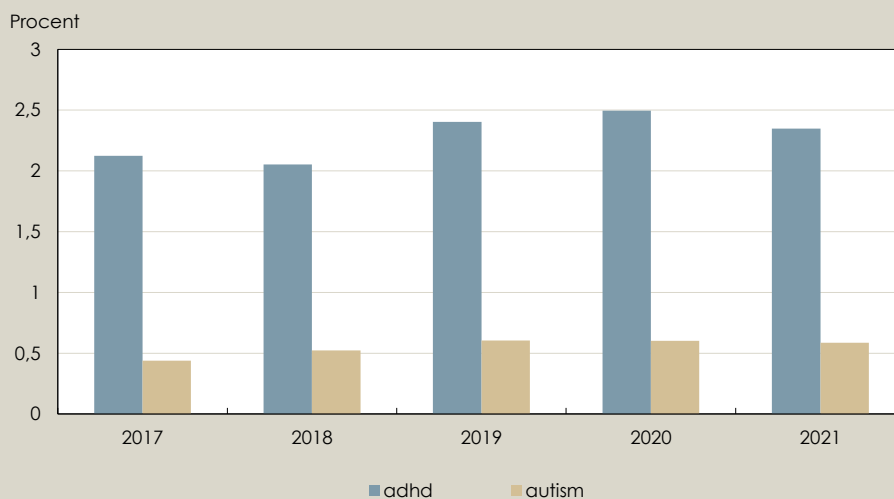


Källa: Patientregistret och befolkningsregistret, Socialstyrelsen.

Andelen barn och unga på BUP i Sörmland som är nydiagnostiserade med adhd har ökat från 0,5 till 0,9 procent mellan år 2017 och 2021; även andelen nydiagnostiserade med autism har ökat under samma tidsperiod (figur 40).

Figur 40. Andelen inskrivna på BUP som var nydiagnostiserade med adhd eller autism bland barn och unga i Sörmland

Andelen inskrivna på barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som var nydiagnostiserade med adhd (ICD-10: F90) eller autism (ICD-10: F84) bland barn och unga (0-17 år) under åren 2017-2021.

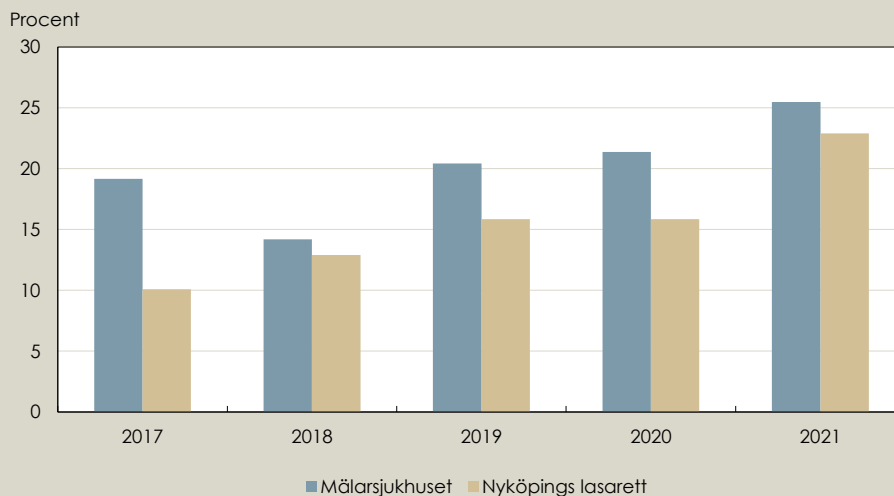


Källa: Patientregistret och befolkningsregistret, Socialstyrelsen.

Vad gäller nydiagnostisering på BUP ses en något skild utveckling mellan Mälarsjukhuset och Nyköpings lasarett, se figur 41. Mellan 2017 och 2021 har det skett mer än en fördubbling av andelen patienter på Nyköpings lasarett som är nydiagnostiserade med adhd. År 2021 var ungefär 23 procent av BUP:s patienter i Nyköping nydiagnostiserade med adhd. För BUP på Mälarsjukhuset har motsvarande andel ökat från 19 till ca 25 procent.

Figur 41. Andelen inskrivna på BUP Mälarsjukhuset respektive Nyköpings lasarett och som var nydiagnostiserade med adhd bland barn och unga i Sörmland

Andelen inskrivna på BUP på Mälarsjukhuset eller Nyköpings lasarett och som var nydiagnostiserade med adhd (ICD-10: F90) bland barn och unga (0-17 år) under åren 2017-2021.



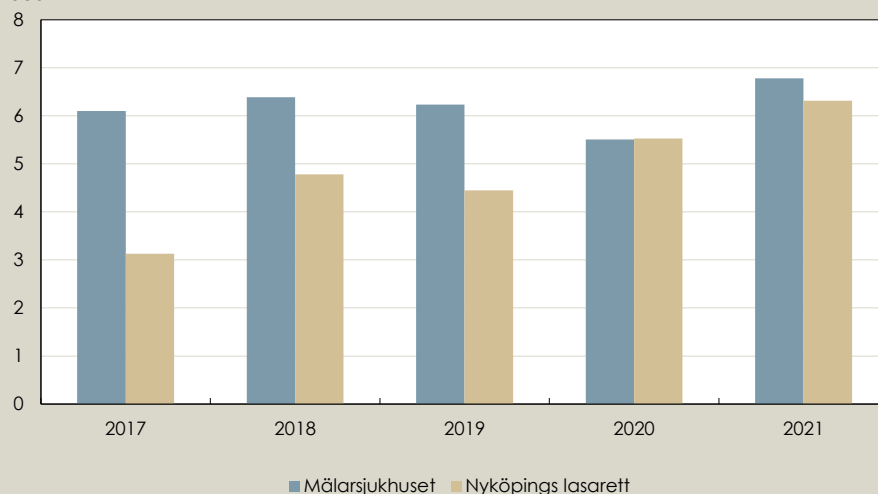
Källa: Patientregistret och befolkningsregistret, Socialstyrelsen.

Mellan 2017 och 2021 har det skett en fördubbling av andelen patienter på BUP Nyköpings lasarett som nydiagnostiserats med autism. År 2021 var ungefär 6 procent av BUP:s patienter i Nyköping nydiagnostiserade. För BUP på Mälarsjukhuset har motsvarande andel inte förändrats markant över tid, utan var år 2021 ungefär 7 procent (figur 42).

Figur 42. Andelen inskrivna på BUP Mälarsjukhuset respektive Nyköpings lasarett och som var nydiagnostiserade med autism bland barn och unga i Sörmland

Andelen inskrivna på BUP på Mälarsjukhuset eller Nyköpings lasarett och som var nydiagnostiserade med autism (ICD-10: F84) bland barn och unga (0-17 år) under åren 2017-2021.

Procent



Källa: Patientregistret och befolkningsregistret, Socialstyrelsen.

Inom ramen för den fortsatta utvärderingen ur systemperspektivet kommer Socialstyrelsen fortsatt följa tillgängligheten till BUP i Sörmland, med fokus på genomförda utredningar, och andelen nydiagnostiseringar. Framgent kan även utvecklingen av förskrivning av adhd-läkemedel komma att följas.

Värmland

Bakgrund & frågeställningar

År 2020 redovisade Värmland ett utvecklingsarbete i länet kring samordnad individuell plan. Enligt redovisningen, skedde insatser både på individnivå och på en mer övergripande nivå.

I sin redovisning av insatser 2021 inom området samverkan för personer med samsjuklighet beskriver länet det fortsatta samverkansarbetet mellan regionen, länets kommuner och NSPH i Värmland, för att bl.a. revidera och implementera Plan för god psykisk hälsa i Värmland 2021–2024 [11]. Följande resultat har lyfts fram i redovisningen:

- Planen är framtagen och godkänd i regionen samt majoriteten av länets kommuner. En uppföljning har gjorts kring hur känd planen är. Resultatet visar att hälften av länets kommuner och en tredjedel av regionens verksamheter inom området öppenvård känner till planen och har börjat använda den i sitt utvecklingsarbete.
- Insatser kopplade till planen kan ses i såväl länets kommuner som regionens verksamheter. Verksamheter som har använt planen upplever det som ett stöd i arbetet.
- Struktur för arbetet med stimulansmedel har förändrats för att möjliggöra ett bättre flöde och förändringsarbete. Koppling till den framtagna planen är tydligare.
- I utvecklingsarbetet används tjänstemetodik.
- Tre nycklar för framgångsrikt arbete har identifierats: ledning och styrning, samverkan och samordning samt systematisk brukarmedverkan.
- En gemensam plattform för området psykisk hälsa finns på vårdgivarwebben – lättare att navigera och hitta information.

Inom ramen för en granskning av samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa som genomfördes i Värmland år 2021, gjordes en bedömning om goda förutsättningar för en ändamålsenlig samverkan inom och mellan kommunerna och regionen. Samtidigt innehöll granskningen bl.a. rekommendationer om fastställande av processmått avseende berörda verksamheters interna och externa samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa. SIP med barn och unga lyftes som ett utvecklingsområde [12].

Utifrån dessa rekommendationer, och med hänsyn tagen till de resultat som redovisats inom ramen för överenskommelsen, har Socialstyrelsen i samråd med Värmlands representanter valt att genomföra en lärande utvärdering av insatser inom området samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa, med fokus på SIP och brukarinflytande. Detta område är särskilt intressant med hänsyn till att samverkansinsatser som bedrivs i landet, utifrån vår uppföljning, sällan visar konkreta mätbara effekter.

Eftersom det handlar om ett länsgemensamt utvecklingsarbete med flera involverade aktörer, består denna utvärdering av olika delar.

Del 1. Enskildas perspektiv på sin delaktighet (och inflytande) och det stöd som de får via samverkans- och samordningsinsatser.

Del 2. Intresseorganisationers inflytande i arbetet med SIP och utvecklingsarbeten utifrån handlingsplanen. Intresseorganisationers syn på

samverkan med regionen och kommunerna och upplevelse av sin roll i samverkan. Speciellt fokus på anhörigorganisationer och de organisationer som representerar barnperspektivet.

Del 3. De yrkesverksammars syn på nuvarande insatser som erbjuds målgruppen, samverkan sinsemellan, befintliga möjligheter och utmaningar. Om samverkansmål uppnås i enlighet med det som står i handlingsplanen – genom att känna till och följa de avtal och riktlinjer som finns och nyttja befintliga samverkansformer effektivt.

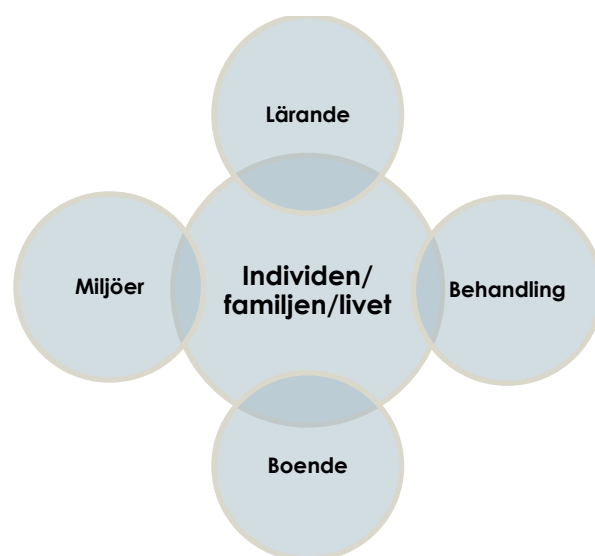
Individperspektiv

Värmlands läns gemensamma handlingsplan har under år 2020 reviderats i samverkan med bl.a. intresseorganisationer och innehåller numera s.k. brukarorienterade målbilder. Målbilderna har tagits fram inom ramen för *S 2020:08 Samsjuklighetsutredningen* och är baserade på upplevelser och önskemål som finns hos personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och beroende samt deras anhöriga [7]:

- tidig hjälp med psykisk ohälsa och missbruk
- stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver det
- tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig
- stöd och vård som hänger ihop som en helhet
- inte bli utslängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa
- bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra
- bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg
- en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang
- en person som jag kan lita på och som följer med i hela processen
- att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk.

Inom ramen för den aktuella utvärderingen har Socialstyrelsen intervjuat NSPH Värmland och genomfört en workshop med Värmlands intresseorganisationer där NSPH, Hjärnkoll Värmland, Funktionsrätt Värmland och Föreningen för Psykiatriskt Samarbete (FPS) Värmland var bland de inbjudna. Resultaten avspeglar i hög grad de av Värmland framtagna brukarorienterade målbilderna. Ökad egenmakt och inflytande hos både brukare och anhöriga, att barn och vårdnadshavare ses som jämlika parter, att skola och BUP är jämlika i samverkan, vikten av bemötande vid SIP samt ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården i hela länet var särskilt framträdande. Några specifika önskemål betonades också, som exempelvis en nationell analys kring målgruppen individer som varken arbetar eller studerar utifrån ett NPF-perspektiv. Behovet av mer personcentrering och individanpassning av vården och omsorgen genomfördes i workshoppen. Den nedanstående figuren togs fram i samband med workshoppen och illustrerar några av de viktiga komponenterna som skapar helheten för individen och familjen.

Figur 43. Individiden i centrum – workshop med Värmlands intresseorganisationer



Vid detta tillfälle diskuterades även konkreta idéer och förslag på förbättringar. Intresseorganisationerna kom med bl.a. en idé kring ett mobilt team med kompetens inom NPF som skulle bestå av representanter från BUP, socialtjänst och skola, dvs. representanter från både kommunerna och regionen, och ha i uppdrag att tillsammans genomföra hembesök, utföra utredningar, delta i möten m.m. i den miljö som passar bäst för barnet och familjen. Denna idé valdes senare ut av representanter från kommunerna och regionen för fortsatt modellering (se avsnittet nedan).

Verksamhetsperspektiv

Den problemanalys som genomförts inom ramen för Värmlands revision av samverkan mellan region och kommuner kring barn och unga med psykisk ohälsa, har Socialstyrelsen kompletterat med en informationsinhämtning genom intervjuer med olika verksamheters representanter, inklusive de som inte är parter i SIP enligt lag. Totalt har vi genomfört 29 intervjuer och gruppintervjuer med chefer och medarbetare från verksamheterna BUP, BUH, Barn-, unga- och familjehälsan, Första linjen, Folk tandvården, NSPH i Värmland, elevhälsans medicinska insats i Karlstad, Torsby och Storfors, IFO Säffle, IFO Storfors, IFO Torsby, Familjeavdelningen i Karlstad samt personligt ombud i Karlstad. Intervjufrågor var konstruerade på ett sätt som skulle ge möjlighet att fånga upp verksamheternas nuvarande och önskade upplevelser av samverkan och samordning med fokus på SIP.

Information har även inhämtats genom analys av följande dokument:

- *Plan för god psykisk hälsa i Värmland 2021–2024*
- *Överenskommelse om barnhälsoteam i Värmland 2020–2022*
- *Länsöverenskommelse för barn och unga i risk- och missbruk*
- *Samordnad individuell plan med Cosmic Link*
- *Samverkan mellan elevhälsans medicinska insats, barn-, unga- och familjehälsan och barn- och ungdomshabiliteringen*

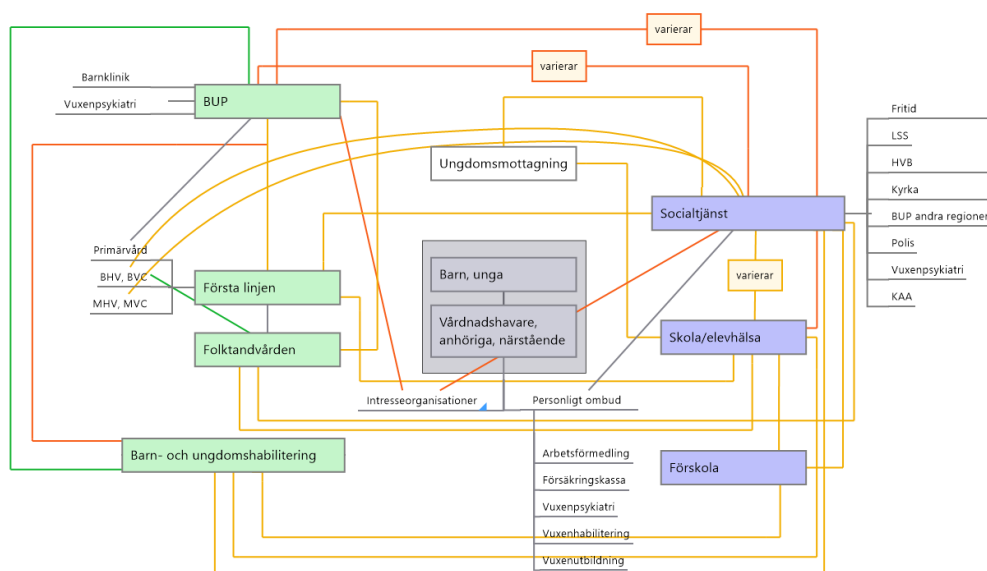
- *Samverkansrutin för elevhälsa, första linjen unga, socialtjänst och barn och ungdomspsykiatri i Värmland*
- *Utveckling, lärande och hälsa för barn inom den sociala barn- och ungdomsvården*
- *Hjälpredan. Ansvarsfördelning kring barn och ungdomar med vissa funktionsnedsättningar*
- *Samverkansöverenskommelse mellan Region Värmland och kommunerna i Värmlands län kring personer med psykisk funktionsnedsättning.*

Aktörskarta

Med utgångspunkt i resultaten av intervjuerna, har Socialstyrelsen märkt ett behov av att ta fram en aktörskarta som skulle synliggöra aktörer som finns i samverkan och samarbete kring barn och unga med psykisk ohälsa i Värmland samt kopplingar mellan dessa aktörer. Intervjupersonernas svar presenteras i form av nedanstående figur. I figuren ingår de aktörer som arbetar med barn och unga och som nämnts i intervjuerna. Här redogörs därmed för upplevelser av samverkan enbart utifrån aktörernas berättelser.

Samverkansstrukturen illustreras i form av linjära kopplingar mellan verksamheterna. Fungerande samverkanskopplingar enligt respektive samverkanspartner presenteras med grönt, icke fungerande med rött, fungerande i vissa fall eller otillräckliga med gult. Kopplingarna illustreras med rött om åtminstone en av de två aktörerna berättat att samverkan inte fungerar. De gula linjerna används om åtminstone en aktör berättat att samverkan inte fungerar tillräckligt eller bör utvecklas. Gråa kopplingar synliggör en aktör som nämnts i enstaka intervjuer.

Figur 44. Aktörskartan – samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa i Värmland



I den befintliga samverkansstrukturen märks främst flera kopplingar som fungerar otillräckligt. Det innebär att flera aktörer upplever att samverkan

med en eller flera verksamheter behöver utvecklas. Samverkan med brukar- och anhörigorganisationer nämns sällan.

I intervjuerna framgår att det inte finns någon tvärprofessionell grupp på medarbetarnivå och mellancheftsnivå med ett gemensamt ansvar för barn och unga i behov av stöd från olika verksamheter. Detta kan enligt intervjupersonerna leda till otydliga ansvarsområden och gränssnitt samt svag förståelse för varandras arbete. Majoriteten av intervjupersonerna betonar vikten av ett tätare och regelbundet samarbete mellan skola, elevhälsa, socialtjänst, BUP och första linjen, men också andra aktörer som t.ex. BUH, Folk tandvården, förskola och ungdomsmottagning – beroende på individens behov. Särskilt eftersom resurser i ordinarie verksamheter är begränsade bör de, enligt somliga intervjudeltagare, samordnas mellan regionen och kommunerna. Att nuläget karakteriseras av olika förutsättningar i olika kommuner för samverkan med BUP samt personbunden samverkan kan det finnas en risk för ojämlig vård och omsorg.

För att komplettera samverkanskartan med en bild av aktörernas kopplingar via befintliga samverkansrutiner och överenskommelser har vi även lagt till dessa, se bilaga 7. Den bild som vi har fått bekräftar ett av de utvecklingsområden som nämns av flera intervjupersoner – att flera kopplingar mellan olika regionala och kommunala aktörer finns via styrdokument, på en övergripande nivå, som dock inte nödvändigtvis innebär att dessa dokument är kända och används på en operativ nivå.

Användarresa

Värmlands användarresa som presenteras nedan synliggör gemensamma övergripande önskemål bland de olika aktörerna vad gäller vikten av samverkan och samarbete, såväl som ett fungerande internt arbete som en förutsättning för effektiv samordning av insatser. Betydelsen av tidiga och förebyggande insatser framkommer också i några intervjuer. Flera intervjupersoner lyfter ett patientfokuserat arbetssätt som en nödvändig grund som samverkansstrukturer ska byggas på. Däremot, vad gäller både extern samverkan och patientfokuserat arbetssätt, skiljer sig aktörernas syn på hur dessa kan utvecklas. För någon skulle exempelvis en ökad tillgänglighet till BUP i olika delar av länet vara en lösning, medan någon beskriver samverkan på mellancheftsnivå eller en gemensam digital plattform som ett steg framåt.

Tabell 18. Användarresa – samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa i Värmland

	Önskat läge
Extern samverka och samarbete	<ul style="list-style-type: none"> • Socialtjänst, skola, första linjen, BUP och andra aktörer har samsyn och arbetar tätare tillsammans. • Tillgänglighet till varandra. • Samverkan på mellannivå. • Konkreta samverkansformer. T.ex. gemensam plattform för inblick i varandras system, dokumentation och uppföljning. • Lokal samverkan och samarbeten med BUP och första linjen i kommuner. • Tydliga förväntningar och ansvarsfördelning. • Alla aktörer utgår från sitt uppdrag i SIP och vad var och en kan göra. • Ökad kunskap om varandras verksamheter, insatser, målgrupper. • Trygghet i sin roll och kunskap om vad olika aktörer gör. • Samverkansrutiner, överenskommelser och riktlinjer implementeras, används och är kända. • Tydligt gränssnitt för att insatser ska ges kontinuerligt. • Dialog kring SIP i Värmland involverar fler aktörer och fler nivåer.
Internt arbete	<ul style="list-style-type: none"> • Tillräckliga resurser och kompetens på BUP, skolan, socialtjänst för att möta behoven. • En kunskapskultur i verksamheter där anställda ges en grundutbildning och förståelse för SIP. • Kunskap genom hela vårdkedjan. "Det ska inte hänga på att den enskilde eller en anhörig kan driva. Det måste ske systematiskt med ett tydligt ansvarstagande från professionen". • Verktyg för utvärdering av effekter. Metoder för att följa upp och utvärdera vård- och omsorgsinsatser. • Följa upp kvalitet och effekt av SIP. • Stabila arbetsgrupper internt, bättre arbetsmiljö, tydligare flöden. • En utbyggd primärvård.
Tidiga insatser	<ul style="list-style-type: none"> • Tidig insats och stöd hos rätt aktör, och att det tar sin tid för att ge effekt utifrån individens behov. • Skolan och elevhälsan uppmärksammar problem tidigare. • BUP och första linjen är med i samverkan i tidigt skede. • Jobba mer förebyggande med hela familjen för att minska patienters behov av BUP.
Slutmottagare	<ul style="list-style-type: none"> • "Det pratas om att avlasta BUP men vi måste prata patientfokuserat." • Sammanhållen kedja, kontinuitet i insatser för BoU trots övergångar. • Tillgänglighet som lever upp till krav för de som verkligen behöver. Kortare väntetider BUP. BUP är delaktig i SIP, tillgänglig i alla delar av länet. • Familjer och barn får hjälp direkt. Stöd och vägledning till föräldrar och vårdnadshavare. Utbildning och större tydlighet. • Bemötande utifrån individuella behov, vare sig diagnos eller inte. • Få ner antalet barn som mår dåligt. Barn får aktivitet och sammanhang som genererar psykisk hälsa. • "Patientflöde och patientsäkerhet som vi kan vara stolta över." • Formulera i alla verksamheter vad brukarinflytande är. Mer patientinkludering, patienter som medaktörer.

Verksamhetslogik

Med anledning av att användarresan i så fall möjligtvis innebär målkonflikter har vårt nästa steg i utvärderingen inneburit framtagande av en verksamhetslogik tillsammans med olika aktörer.

För att tillsammans med verksamheterna prioritera bland de uttryckta behoven och önskemålen har Värmlands regionala koordinatörer för psykisk hälsa (RKPH) och Socialstyrelsen bjudit in verksamheterna till en samverkansworkshop. BUP, öppenvård, socialtjänst, elevhälsans medicinska insats, Första linjen och Folk tandvården, representerade med chefer, verksamhetsutvecklare och operativ personal, deltog i workshoppen. Workshoppens innehåll baserades dels på våra analyser av intervjuer (och intervjupersonernas egna upplevelser av nuläget och önskat läge), dels på materialet från den tidigare genomförda workshoppen med Värmlands intresseorganisationer.

Samverkansworkshoppen genomfördes i fyra steg under två halvdagar.

Steg 1 – återkoppling från intervjuerna och gemensam reflektion kring långsiktiga mål, det som behöver göras för att nå målen, behov av resurser, framgångsfaktorer och utmaningar.

Steg 2 – generering av idéer, brainstorming kring aktiviteter för bättre samverkan kring barn och unga.

Steg 3 – prioritering av idéer.

Steg 4 – konkretisering (prototyping) av idéer, reflektion kring framtagna förslag.

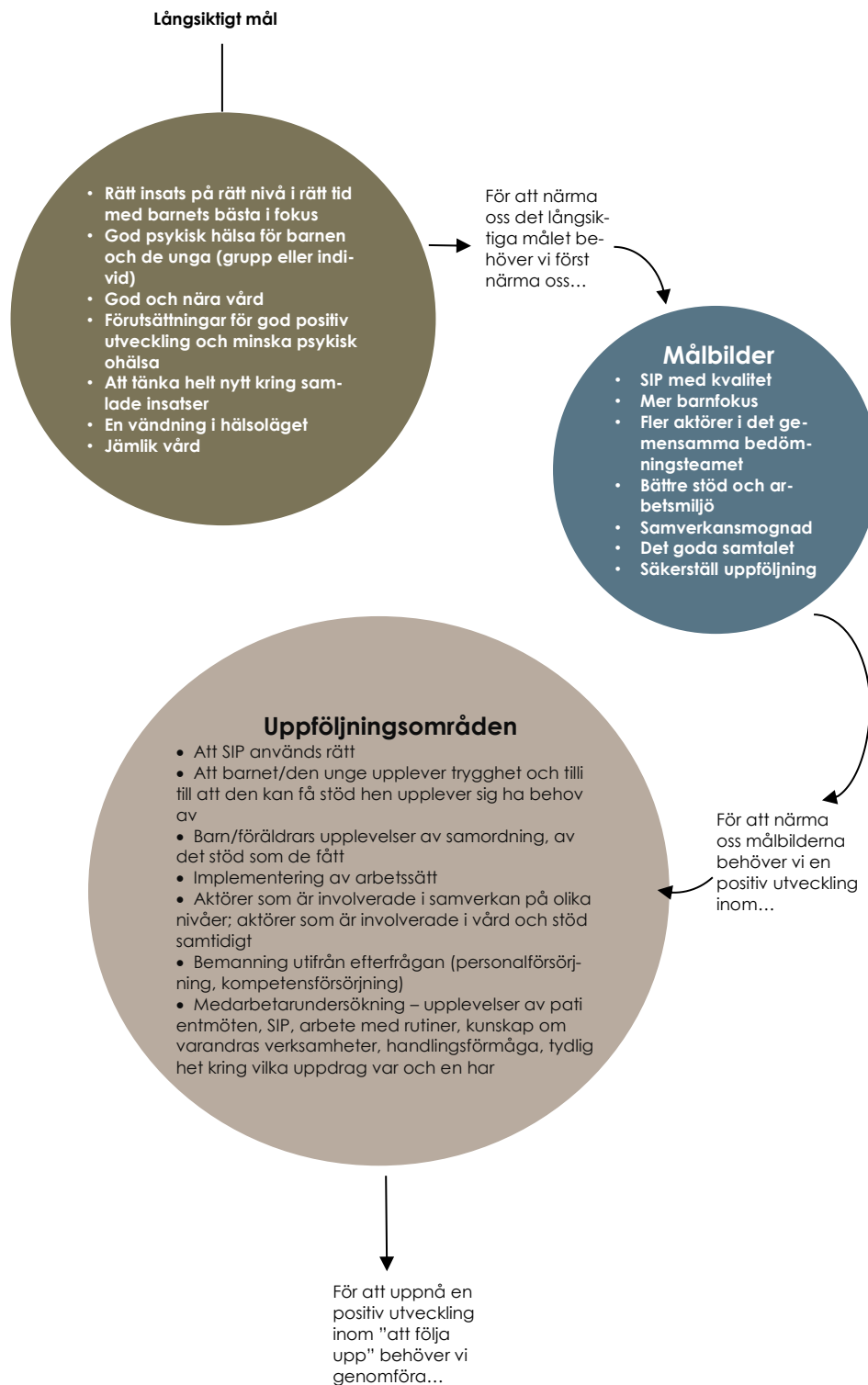
Under workshoppens första dag tillfrågades deltagare om att bl.a. komma med förslag på och idéer kring aktiviteter som skulle behöva genomföras i samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa i Värmland. Deltagarna genererade idéer både individuellt och i grupper. Efter denna del av workshoppen sorterade Socialstyrelsen deltagarnas förslag, idéer och synpunkter och sammanställde dessa i en verksamhetslogik. Som en mall använde vi oss av en redan befintlig verksamhetslogisk kedja som Värmland beskriver i sin *Plan för god psykisk hälsa*. Med hjälp av verksamhetslogik gick det att visualisera långsiktiga mål, kortsiktiga mål eller målbilder, uppföljningsområden och kluster med idéer om aktiviteter, så kallade insatsområden. Verksamhetslogiken behövde också kopplas till övergripande strategiska inriktningar, som beskrivs i handlingsplanen.

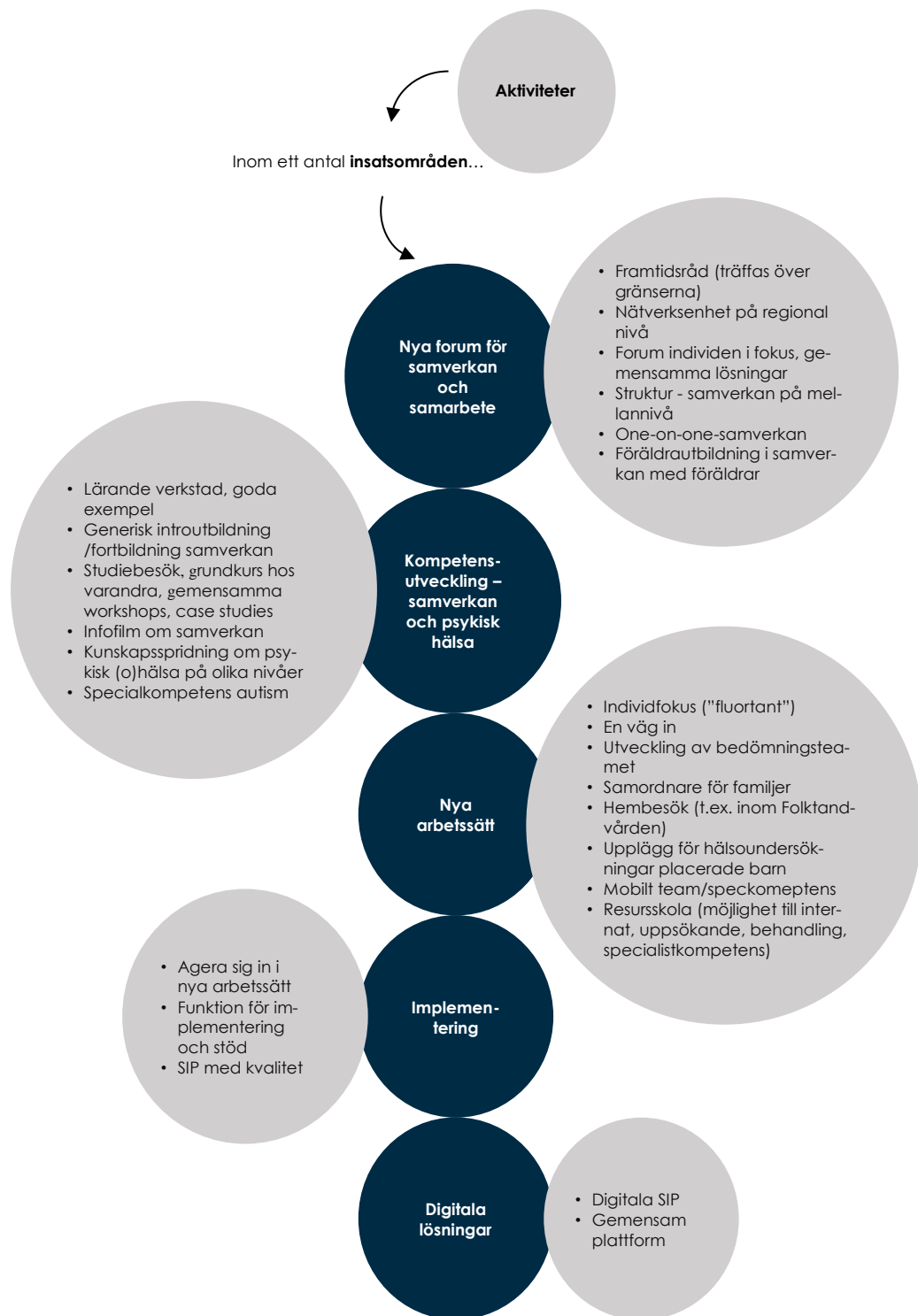
Workshoppens andra del började med en diskussion kring den framtagna verksamhetslogiken och kompletteringar från deltagarna (se nedan). Deltagarna fokuserade speciellt på aktiviteter och insatsområden för att möjliggöra fortsatt prioritering och modellering. Fem olika insatsområden kunde nämligen identifieras, som handlade om:

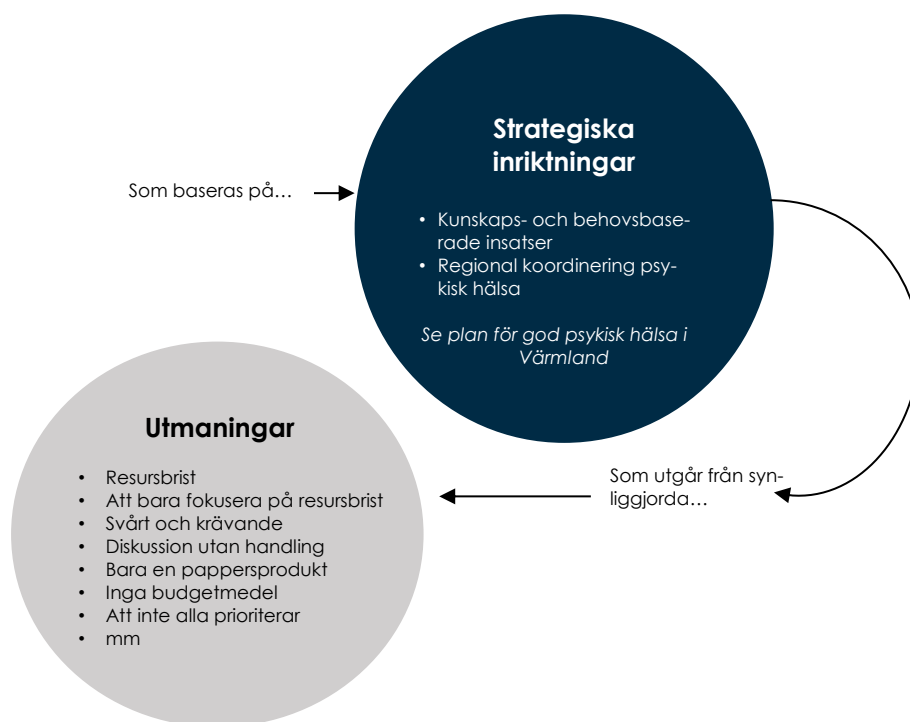
- nya forum för samverkan och samarbete
- kompetensutveckling – samverkan och psykisk hälsa
- nya arbetssätt
- implementering
- digitala lösningar.

Figur 45. Verksamhetslogik – samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa i Värmland

Verksamhetslogiken nedan baseras på en modell framtagen i Värmlands län och beskriven i Plan för god psykisk hälsa i Värmland 2021–2024.







Något som tydligt framkommer i denna verksamhetslogik är att målbilderna behöver konkretiseras och tydligare knytas an till uppföljningsområdena. För alla mål behöver indikatorer formuleras som kan mäta måluppfyllnad såväl som effektmått som skulle visa vilken förändring som krävs hos målgruppen och i verksamheterna. I nuläget finns dock vissa målkonflikter mellan verksamheterna som handlar dels om olika syn på utmaningar som behöver lösas (resursbrist vs möta behoven utifrån befintliga resurser), dels om sättet att lösa dem i en verksamhetsnära samverkan och samarbete. Det senare rör sig exempelvis om vilka aktörer som involveras i samarbete och i vilken grad. Att den länsövergripande samverkan har främjats tack vare stimulansmedel, där bl.a. aktörer som Folk tandvården och intresseorganisationer blivit mer involverade i insatser, betonas både i intervjuerna och under workshoppen.

Flera pågående arbeten och initiativ i Värmland avser lösa befintliga utmaningar. Bland dessa är t.ex. Centrum för tidiga insatser – en mottagning för barn 0–6 år med autismspektrumtillstånd eller misstanke om autismspektrumtillstånd, i samverkan mellan BUP, BUH och Barn-, unga- och familjehälsa. Det pågår utvecklingsarbete på första linjen och omorganisation på BUP. Samverkan och dialog pågår via den regionala samverkansarenan Nya perspektiv och med stöd från RKPH. Följande kompetenser och resurser bedöms dock behövas mer av:

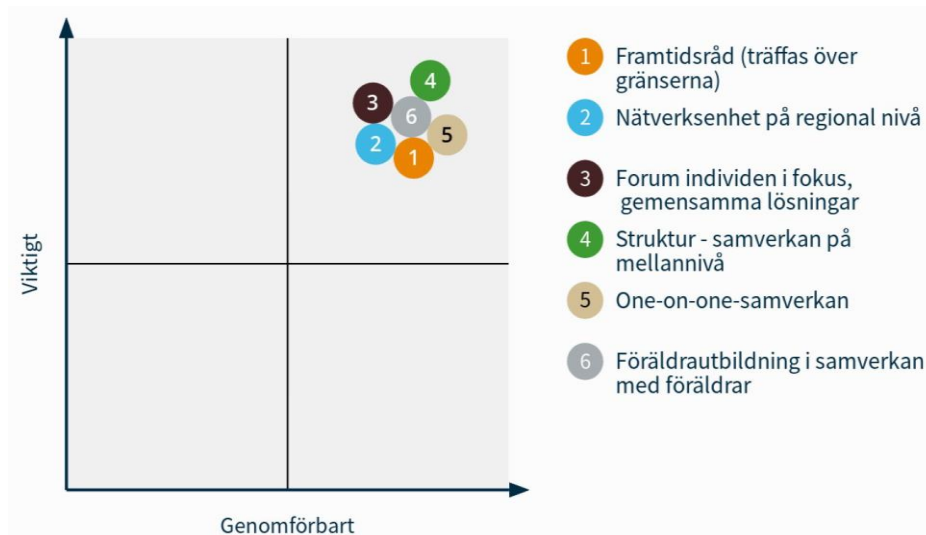
- bemanning utifrån efterfrågan
- samlade resurser och kompetenser för arbete med psykisk hälsa och ohälsa
- upparbetade arbetssätt utifrån ett mer tvärprofessionellt tänk
- fler berörda aktörer och nivåer (mellannivå)
- SIP med tydligare processer samt ökad användning av SIP, en gemensam plattform.

- digitala SIP-möten eller hybridvarianter
- kunskap om SIP, bl.a. om information som ska ges i samband med SIP, om genomförande och om individens situation
- skola och socialtjänst i ett gemensamt bedömningsteam med regionen
- resurs att verkställa arbete efter vård- och insatsprogrammen
- en resurs som kan göra hembesök
- kännedom om varandras ansvarsområden, målgrupper och insatser
- gemensam syn på hälsa och ohälsa
- goda exempel från andra län
- förstärkt föräldrastöd/anhörigstöd
- anhörigas och ungas kunskap om insatser hos olika aktörer
- metoder för att följa upp och utvärdera
- metoder för arbete med brukarinflytande
- stimulansmedel i samverkansinsatser (fortsättningsvis).

Prioritering och modellering

I steg 3 inbjöds samtliga deltagare att delta i en prioritering av de olika idéerna. Deltagarna ombads att värdera de 28 idéerna i de fem insatsområdena utifrån parametrarna ”viktigt” och ”genomförbart”. Dessa bedömningar visualiserades direkt i samlande prioriteringsbilder (se nedan), vilket resulterade i att en lista med de 11 förslag som var bäst att börja modellera kunde presenteras. Deltagarna valde sedan ut 1–3 förslag och började specificera och konkretisera dem i grupper.

Insatsområdet Nya forum för samverkan och samarbete



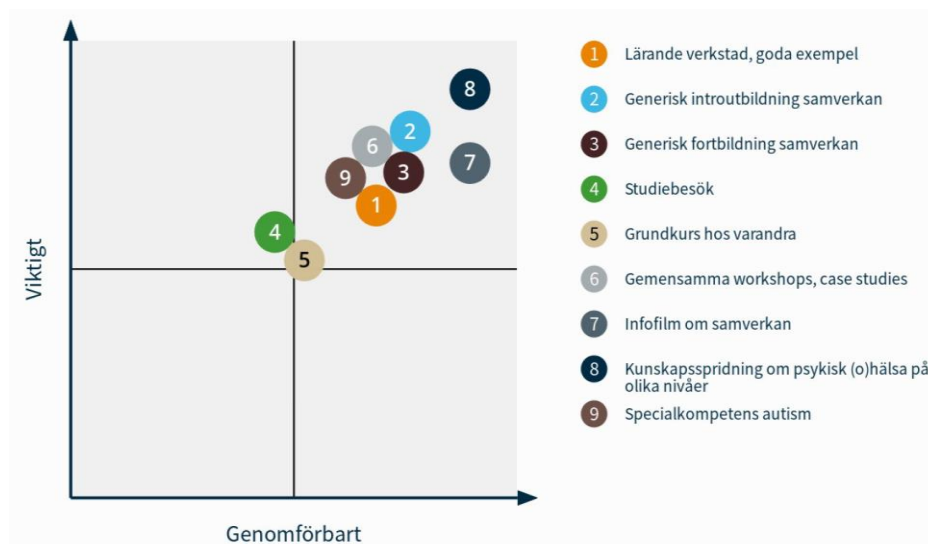
Struktur för samverkan på mellannivå och ett gemensamt forum med individen i fokus ses i en större utsträckning som viktigt än andra potentiella aktiviteter. Struktur för samverkan på mellannivå och one-on-one-samverkan (direkta kontaktvägar till olika verksamheter) ses som mest genomförbart. De andra idéerna ligger marginellt lägre. Workshopdeltagarna var mest eniga kring vikten och genomförbarheten av dessa aktiviteter:

- struktur – samverkan på mellannivå
- föräldrautbildning i samverkan med föräldrar

- forum med individen i fokus, gemensamma lösningar.

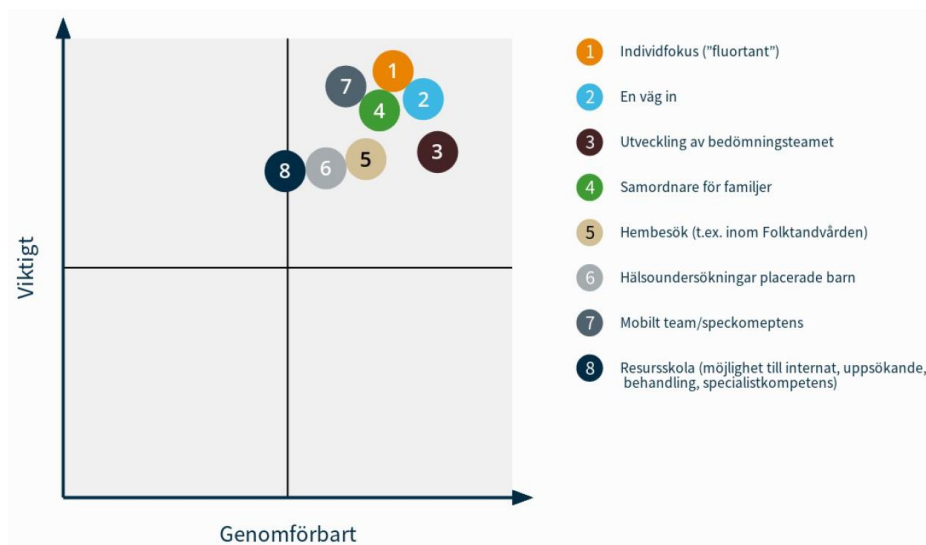
One-on-one-samverkan har valts bort för fortsatt modellering vid detta tillfälle pga en stor spridning i deltagarnas svar vad gäller vikten och genomförbarheten.

Insatsområdet Kompetensutveckling samverkan och psykisk hälsa



Kunskapsspridning om psykisk (o)hälsa på olika nivåer får högsta poäng när det gäller både vikten och genomförbarheten. Denna idé samt gemensamma workshoppar och case studies, där deltagarna var mest eniga kring vikten och genomförbarheten, togs med i fortsatt modellering. De andra idéerna har valts bort för fortsatt modellering vid detta tillfälle pga en stor spridning i deltagarnas svar vad gäller vikten och genomförbarheten.

Insatsområdet Nya arbetssätt

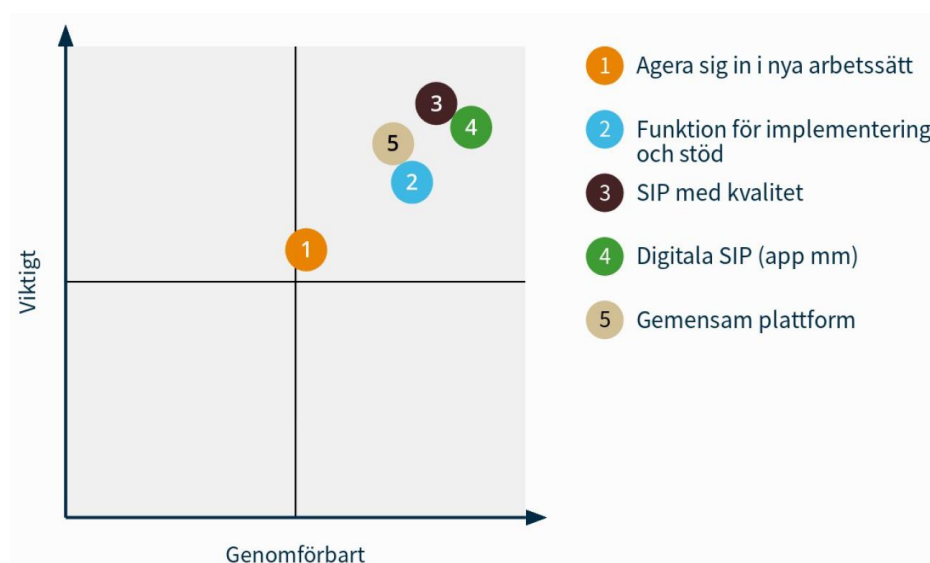


En väg in, mobilt team med specialistkompetens och en idé om individfokuserat arbete där Folk tandvården också är involverad – ”Fluortant” – ses i större utsträckning som viktiga än andra potentiella aktiviteter. En väg in och utveckling av bedömningsteamet ses som mest genomförbara. Delta-garna var mest eniga kring vikten och genomförbarheten av dessa idéer:

- En väg in
- individfokus (”Fluortant”)
- mobilt team med specialistkompetens (idén från intresseorganisationerna)
- samordnare för familjer.

Utveckling av bedömningsteamet har valts bort pga en stor svarsspridning.

Insatsområdena Implementering, Digitala lösningar



Dessa idéer fick högsta poäng när det gäller både vikten och genomförbarheten:

- ”SIP med kvalitet”
- digitala SIP.

Den idé som diskuterades mest under modelleringsprocessen var En väg in. Arbetsättet skulle enligt deltagarna innebära att olika aktörer, inklusive socialtjänst, regionen, skolan och elevhälsan, tandvården, Försäkringskassan, familjen, familjecentralen och ungdomsmottagningen, samlas runt barnet eller den unge. Det skulle gälla alla barn och unga i Värmland med psykisk ohälsa och syfta till att erbjuda tidiga insatser och underlätta för alla i behov att komma fram ”lätt och rätt”, i stället för att lotsas runt mellan de olika verksamheterna. En väg in skulle förslagsvis vara samlad på ett ställe (alt. i ett virtuellt rum) och befinna sig utanför redan befintliga verksamheter. Arbetsättet skulle enligt deltagarna öka tillgänglighet till varandras verksamheter, främja resurseffektivitet och underlätta samordning.

Beroende på hur Värmlands fortsatta utvecklingsarbete kommer att se ut, skulle verksamhetslogiken kunna utvecklas och kompletteras med konkreta mätbara mål samt indikatorer och effektmått för att följa och utvärdera förändringar för målgruppen, verksamheterna och samverkan i länet i stort.

Systemperspektiv

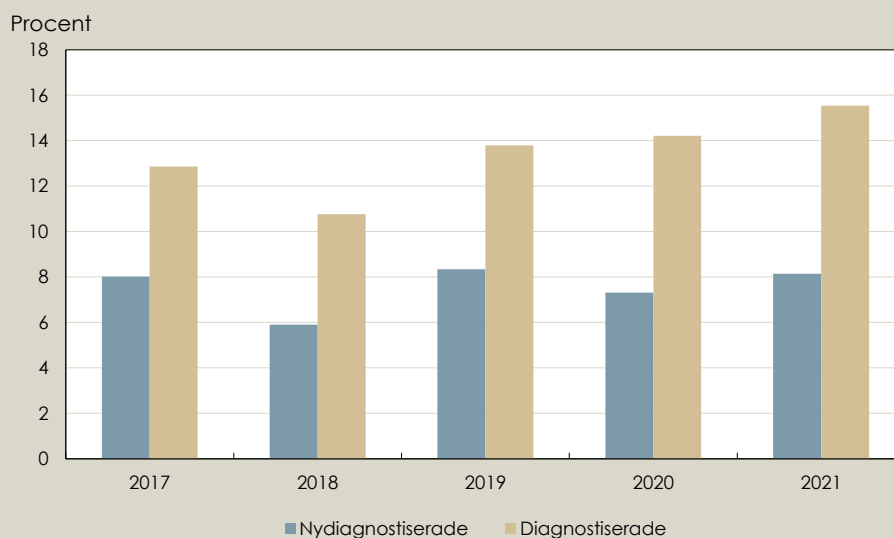
I statistiken från patientregistret har Socialstyrelsen valt att undersöka mått utifrån barn och ungas folkbokföring i Värmland. Framst har patientgruppens storlek och olika mått av samsjuklighet⁹ undersökts. Utvecklingen över tid måste tolkas med försiktighet eftersom hälso- och sjukvården påverkats av den pågående pandemin.

⁹ I detta fall har följande definition använts: Båda diagnoserna (autism och psykisk ohälsa respektive adhd och psykisk ohälsa) ska ha ställts samma år, antingen som huvud- eller bidiagnos.

Som det framgår i figur 46 hade 1,3 procent av barn och unga i åldrarna 0–17 år folkbokförda i Värmland en diagnostiserad psykisk ohälsa år 2017. Under den undersökta tidsperioden ses en svag ökning av andelen till 1,6 procent år 2021. Andelen nydiagnostiserade med psykisk ohälsa bland barn och unga under kalenderåret har varierat mellan 0,6 och 0,8 procent.

Figur 46. Andelen med psykisk ohälsa bland barn och unga i Värmland

Andelen med psykisk ohälsa respektive nydiagnostiserad psykisk ohälsa (ICD-10: F1-F6) bland barn och unga (0-17 år) i Värmland 2017-2021.

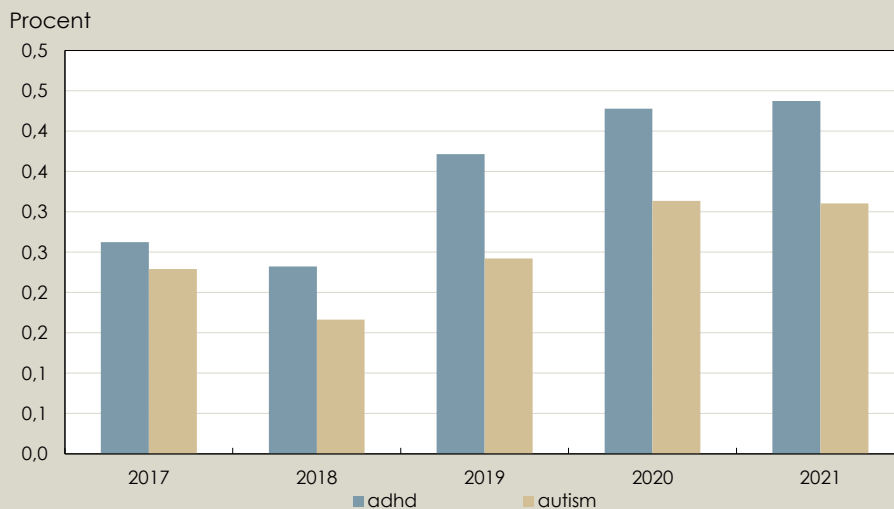


Källa: Patientregistret och befolkningsregistret, Socialstyrelsen.

Andelen barn och unga i samma åldersgrupp som är diagnostiserade med både psykisk ohälsa och adhd har ökat något under mätperioden och uppgår 2021 till 0,4 procent. En liknande ökning ses också gällande samsjuklighet mellan psykisk ohälsa och autism (figur 47).

Figur 47. Andelen med adhd eller autism samt psykisk ohälsa bland barn och unga i Värmland

Andelen med adhd (iCD-10: F90) eller autism (ICD-10, F84) samt psykisk ohälsa (ICD-10: F1-F6) bland barn och unga (0-17 år) i Värmland 2017-2021.



Källa: Patientregistret och befolkningsregistret, Socialstyrelsen.

Fortsättningsvis kan Socialstyrelsen komma att närmare differentiera analysen av statistiken utifrån kommuner eller andra faktorer. Statistiken kring SIP kan därför komma att efterfrågas från både regionen och Värmlands kommuner, för en helhetsbild. En viktig del blir också att följa utvecklingen över tid. En utmaning gällande systemperspektivet är bristen på data gällande samverkan mellan exempelvis primärvård och specialistvård samt gällande kommunernas arbete med SIP. I rapporten *Uppföljning nära vård (nationella indikatorer)* uppmärksammar Socialstyrelsen en stor variation mellan olika vårdgivare och kommuner vad gäller inrapportering av såväl förekomst som uppföljning av SIP. Vidare skiljer sig praxis för dokumentation av SIP mellan vårdgivare och kommuner. I nuläget är bedömningen att täckningsgraden av rapporteringen av SIP på nationell nivå är låg och bör öka i de flesta kommuner [13].

I diskussion med verksamheterna i Värmland kommer Socialstyrelsen att arbeta vidare med hur samverkan lämpligast kan följas och utvärderas. Ytterligare statistik och dokument kan komma att samlas in och studeras vad gäller det länsgemensamma arbetet med målgruppen.

Norrbotten

Bakgrund & frågeställningar

I sin redovisning av insatser 2021 inom området samverkan för personer med samsjuklighet har Norrbottens län beskrivit fortsatt arbete inom projektet MyKey. MyKey vänder sig till målgruppen unga 16–25 år som varken arbetar eller studerar (UVAS). Projektet syftar till att ungdomar och unga vuxna i målgruppen bryter isolering och får en väg till arbetslivsinriktade insatser och därmed närmar sig arbete eller studier och egen försörjning. MyKey innebär en uppsökande verksamhet som en del i kommunens aktivitetsansvar¹⁰ (KAA) och social rehabilitering, med koppling till sysselsättning. Förutom att minska andelen UVAS i kommunen och länet avser projektet uppnå flera andra effekter för målgruppen, verksamheten samt kommunen och länet.

För individen:

- bättre psykisk och fysisk hälsa
- ökad livskvalité, självkänsla och tillit
- individanpassat och långsiktigt stöd
- förebygga missbruksproblematik och långvarigt utanförskap
- får hjälp med att bryta en eskalering av negativa hälsoeffekter
- får hjälp med att utöka sitt kontaktnät
- får tillit till välfärdsorganisationer.

För projektet och verksamheten:

- insatsen är integrerad som en del i den ordinarie verksamheten
- ett nytt och otraditionellt sätt att arbeta utifrån frivillighet till deltagande som inte är tidsbegränsat, till en verksamhet med helhetstänk som är individcentrerat
- medborgarna känner till insatsen och vet att det finns möjlighet till hjälp.

För kommunen och länet:

- en bättre och mer utvecklad samverkan med andra aktörer för målgruppen, när projektet har övergått i ordinarie verksamhet
- ökat samarbete med andra verksamheter och insatser
- minskade bidrags- och sjukvårdsbehov
- ökade skatteintäkter
- ökad kompetensförsörjning
- ökad och bättre service gentemot medborgarna.

Arbetsmarknadsförvaltningen i Luleå Kommun (AMF) är ansvarig för projektets genomförande och resultat. Norrbottens Kommuner, Region Norrbotten och Samordningsförbundet Södra Norrbotten nämns bland samarbetspartner. Projektet är därmed samfinansierat med stimulansmedel och medel från Samordningsförbundet. Förutom dessa aktörer ingår Arbetsförmedlingen, Luleå Gymnasieskola, socialförvaltningen och Sunderby Folkhögskola i projektets styrgrupp. Regionen i styrgruppen är representerad med

¹⁰ Se 29 kap. 9 § skollagen (2010:800).

vuxenhabiliteringen, och det finns en intention att bygga upp samverkan och samarbete med rehabkoordinatorer, barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagningen, vuxenpsykiatri m.fl.

Socialstyrelsen har i samråd med länsamordnare och den ansvariga verksamheten valt att genomföra en lärande utvärdering av detta projekt under projektperioden (tom juni 2023). Den centrala frågeställningen handlar om vilka resultat projektet leder till för individen, verksamheten och kommunen, länet och samverkanspartner samt varför projektet implementeras eller inte implementeras i den ordinarie verksamheten.

Verksamhetsperspektiv

För att redogöra för utgångspunkten för insatsen har Socialstyrelsen i första hand genomfört en intressentkartläggning och en problemanalys, i dialog med länsamordnarna, AMF och projektledningen för MyKey. Vi har studerat redan befintliga dokument, bl.a. projektansökan och förstudien [14] som genomfördes år 2020 och ledde till att projektet startades. Därutöver har vi intervjuat några av MyKeys samverkanspartner som socialförvaltning, vuxenhabilitering och Luleå Gymnasieskola. För att undersöka vidare hur samverkan och samarbetet kring målgruppen ser ut i Norrbotten har vi intervjuat personliga ombud i Luleå, BUP och Barn- och ungdomshälsan (motsvarar första linjen). Förstudien nämner med hänvisning till Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) flera riskfaktorer för att unga hamnar i utanförskap, som ofullständig skolgång, socioekonomisk bakgrund, psykisk ohälsa, tidigt föräldraskap, funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck samt bostadsort. Flera aktörers perspektiv på arbetet med målgruppen spelar därför roll i denna fallstudie. Förutom de resultat som beskrivs i detta avsnitt finns mer information om våra metoder och analyser i bilaga 7.

Projektet avser framför allt att möta UVAS behov av ett mer individanpassat stöd på väg mot en sysselsättning och att säkerställa att detta stöd blir långsiktigt (figur 48). Detta behöver ske i samverkan och samarbete med andra aktörer och insatser som också träffar målgruppen inom sina ansvarsområden. Därför blir det även viktigt för projektet att möjliggöra en bättre samverkan med berörda partner på olika nivåer. Vidare avser MyKey att lösa en utmaning i form av kortsiktighet som projektformen innebär. Detta genom att uppnå och mäta resultat och därigenom möjliggöra strategisk påverkan, något som förväntas leda till att projektet implementeras i den ordinarie verksamheten. Både UVAS och deras anhöriga och närstående, ansvariga verksamheter, samverkanspartner och beslutsfattare berörs därmed av de befintliga utmaningarna.

Enligt projektet finns det goda förutsättningar för att arbeta med implementering. Samtidigt som projektet ger möjlighet att testa nya metoder, arbetssätt m.m., är den huvudansvariga verksamheten, KAA, redan en del av den ordinarie verksamheten och behöver därmed inte integreras efter projektets avslut.

Figur 48. Problemanalys – projekt MyKey Luleå kommun

Figuren är en sammanställning av projektets berättelser om utmaningar, behov och önskade effekter.



Med utgångspunkt i dialoger med ansvariga verksamheter, intervjuer med projektets direkta samverkanspartner och dokumentanalys har vi i ett verksamhetslogiskt schema sammanställt effekter och mål på individ-, projekt, verksamhets-, kommun och länsnivå, aktiviteter som genomförs i projektet för att nå målen och resurser som finns eller behövs för att kunna genomföra aktiviteterna. Denna verksamhetslogik är tänkt att uppdateras under projektets gång, parallellt med att fortsatt uppföljning och utvärdering sker utifrån de kvantitativa och kvalitativa mål som anges nedan.

Tabell 19. Verksamhetslogik – projekt MyKey Luleå kommun

Resurser	Aktiviteter		Mål	Effekter
<ul style="list-style-type: none"> • Medel från Samordningsförbund Södra Norrbotten. • Stimulansmedel inom överenskommelsen. • Projektägare, projektledare, projektmedarbetare. • Styrgrupp och andra samverkanspartner. • Lokal. • Ungdomsråd. • Förstudien – inventerat behov. • Kunskap om liknande satsningar. • Arbetsmetoder. • Digitala arbetsverktyg; Skills-appen och Framtidskortet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiviteter individuellt och i grupp, hälsosatsning, social rehabilitering. Aktiviteter kan till exempel vara utflykt, studiebesök och föreläsning • Arbeta enligt arbetsmetoder: Kartläggning och utvärderingsmaterial, SE-inspirerat arbetsätt, MI, Framtidskortet, The Path, ANDT-coach, KompetensGarantier för Arbetsmarknaden m.fl. • Uppsökande aktivitet, hälsoinspirerat och social rehabilitering. • Marknadsföring av insatsen genom flyer, affischer, hemsida, radio, tidningar, sociala medier. • Nätverk med myndigheter och civilsamhället. • Uppföljning och återkoppling, utvärdering med KAMSO. 	Individ	<ul style="list-style-type: none"> • UVAS 16–25 år tar del av insatsen under projektiden. • 100% av deltagarna ska få stöd utifrån sina individuella situationer. • 80% av deltagarna ska bryta sin isolering. 60% av deltagarna efter insatsens slut, ska ha en upprättad planering inför överföring till en annan åtgärd, som ökar förutsättningarna för individerna att närma sig egen försörjning. • 20% av deltagarna ska motiveras vidare till studier eller arbete. 	<ul style="list-style-type: none"> • Minskad isolering. • Bättre psykisk och fysisk hälsa. • Ökad livskvalité, självkänsla och tillit. • Ökade förutsättningar att närma sig egen försörjning. • Individanpassat och långsiktigt stöd. • Förebygga missbruksproblematik. • Förebygga långvarigt utanförskap. • Får hjälp med att bryta en eskalering av negativa hälsoeffekter. • Får hjälp med att utöka sitt kontaktnät med både professionella och privata. • Får tillit till välfärdsorganisationer.
		Projekt/verksamhet	<ul style="list-style-type: none"> • Fastställd process och struktur för implementering. • Ett nytt sätt att fånga upp målgruppen är etablerad. • Kännedom om insatsen har spridits till skola och andra verksamheter. • Fler samverkanspartner som deltar i projektet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insatsen är integrerad som en del i den ordinarie verksamheten. • Ett nytt och otraditionellt sätt att arbeta utifrån frivillighet till deltagande som inte är tidsbegränsat, till en verksamhet med helhetstänk som är individcentrerat. • Insatsen är känd bland medborgarna och att möjlighet till hjälp finns att få.
		Kommun/län	<ul style="list-style-type: none"> • Ökad kunskap om varandras uppdrag och målgrupper i berörda verksamheter. • En hälsosatsning som en del i kommunens aktivitetsansvar i form av social rehabilitering med koppling till studier, sysselsättning eller arbete. 	<ul style="list-style-type: none"> • En bättre och mer utvecklade samverkan med andra aktörer finns för målgruppen. • Minskade bidrags- och sjukvårdsbehov. • Ökade skatteintäkter. • Ökad kompetensförsörjning. • Ökad och bättre service gentemot medborgarna.

Intervjuer med företrädare för andra aktörer i Norrbotten (ej direkta samverkanspartner för MyKey) visar en liknande bild vad gäller behov i arbetet med målgruppen. I samtliga intervjuer har det generellt framkommit gemensamma utvecklingsområden som kompletterar problemanalysen. Huvudsakligen handlar det om förankring och implementering av projekt, tidiga insatser, extern samverkan och samarbete samt fokus på slutmottagare. Samtidigt kan vi konstatera en hög grad av enighet kring vad en fortsatt utveckling i det gemensamma arbetet i länet skulle behöva innebära.

De utvecklingsområden som beskriver nuläget i arbetet med unga i Norrbotten kan sammanfattas på följande sätt:

- projektförm i sig – projektmedel är kortvariga och tar slut, vilket medför svårigheter med att hinna jobba med projektdeltagare på ett individanpassat sätt
- visa för beslutsfattare att ett projekt är framgångsrikt under projekttiden
- utvärdera både kvalitativt och kvantitativt, hitta mått/markörer/indikatorer som synliggör resultat
- region som ”medspelare” – brister i övergripande samverkan med regionen
- ungdomar och anhöriga vet inte vilken typ av stöd som finns
- det begränsade åldersspannet – även personer över 30 år kan vara ”hemmasittare”
- ”quick fix” brukar vara ett vanligt sätt som leder till att klienter tappas
- risk för ojämlik vård och omsorg (geografiska skillnader, samverkan är personberoende, hälsocentraler når enbart 40 procent av barn och unga).

När det kommer till det önskade läget, som redovisas i tabell 20, anser några intervjupersoner med erfarenhet av projektarbete att projekt med en intention att bli implementerade i ordinarie verksamheter bör hitta former för att passa in och säkerställa att en plan för införandet finns tidigt i processen. Implementeringen behöver ske ”uppåt och neråt”, dvs. både bland medarbetare inom berörda verksamheter och på en strategisk nivå. I detta avseende kan förankring och implementering även gynnas av att fler aktörer utanför ett visst projekt har kännedom om projektets metoder och arbetssätt samt hur dessa kan påverka den gemensamma målgruppen. Vikten av en kvantitativ och kvalitativ utvärdering som kan synliggöra resultat och fungera som ett underlag för beslutsfattare nämns av flera intervjupersoner.

Frågan vad gäller personalresurser och bemanning framkommer i några intervjuer, med särskilt fokus på tidiga insatser. Att arbeta förebyggande, komma in med tidiga insatser, innan en individ hamnar i ett utanförskap, erbjuda tidigt stöd till anhöriga och att skaffa sig mer kunskap för tidig upptäckt är bland de faktorer som avgör det önskade läget ur flera intervjupersoners perspektiv.

Kostnadseffektivitet var den aspekt som genomsyrade intervjuerna, oavsett om det var regionala eller lokala aktörer vi träffade, vilket tyder på att det finns ett stort behov av att presentera resultat ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Tidiga och förebyggande insatser leder också till minskade kostnader på lång sikt, enligt några intervjupersoner, vilket också ligger i linje med de mål som MyKey vill uppnå.

När det gäller extern samverkan önskas framför allt mer kraftsamling kring barn och unga i länet där flera berörda aktörer medverkar.

Socialstyrelsen kan också konstatera att flera verksamheter har ett utpräglat fokus på slutmottagarna, dvs. barn och unga samt vikten av att en förändring inom en verksamhet tillför en förändring för målgruppen. Att hitta framkomstvägar i individens situation och att ha ”öga för att se människors förmågor” nämns bland MyKeys styrkor, parallellt med tillgänglighet, bemötande och stöd utifrån projektdeltagares behov.

Tabell 20. Användarresa – samverkan kring unga (och barn) i Norrbotten

	Önskat läge
Förankra och Implementera	<ul style="list-style-type: none"> • Hitta former så att projekt passar in i ordinarie verksamheten. • Förankra på en övergripande nivå. Plan för införandet, att ledningen implementerar uppåt och neråt. • Kvantitativ och kvalitativ utvärdering med mått och indikatorer som underlag för beslutsfattare. • Det ekonomiska perspektivet, hälsoekonomisk beräkning. • Utveckla metoder för arbete med målgruppen. • Beredskap för att arbeta med målgruppen hela vägen – "hemifrån till anställning". • Fler regionala aktörer har kännedom om MyKey.
Tidiga insatser	<ul style="list-style-type: none"> • Kunna jobba mer förebyggande, inte bara åtgärdande. • Tidiga insatser är kostnadseffektiva. Visa att tidiga insatser leder till minskade kostnader. • Komma in tidigt, innan personen blivit för "hemmasittig" – när barnen är mindre men också närmare en hälsocentral. • Anhöriga får hjälp i tidigt skede. • Mer kunskap hos personal på skola, elevhälsa, habilitering, socialtjänst, BUP för tidigt upptäckt. • Ökad bemanning (bl.a. på hälsocentraler i olika delar av länet).
Extern samverkan och samarbete	<ul style="list-style-type: none"> • Regionen är mer involverad. Ingång till psykiatrin. • Ett team med representanter från olika verksamheter. • Kraftsamling – "människor som vill samagera". • Bättre samverkanstruktur på strategisk nivå.
Slutmottagare	<ul style="list-style-type: none"> • "Att de kan komma ut, hitta framkomstvägar i deras kunnande", "Öga för att se människors förmågor". • "Vi som personal är fega och rädda att det blir en arbetsuppgift som vi inte klarar av, patienter tycker inte det". • Bemötande utifrån individuella behov – "Diagnos ska inte vara en förutsättning för att individ ska få rätt hjälp". • Individuella anpassningar – "Inte bara arbete och studier utan start för att komma ut från sitt hem". • Mer upsökande verksamhet – "Vi träffar klienter där de känner sig trygga, vi anpassar oss". • Inte skynda sig genom insatser, inga "quick fix". • Första linjen (hälsocentraler) når fler barn och unga i fler delar av länet. • Nå fler målgrupper "hemmasittare".

Individperspektiv

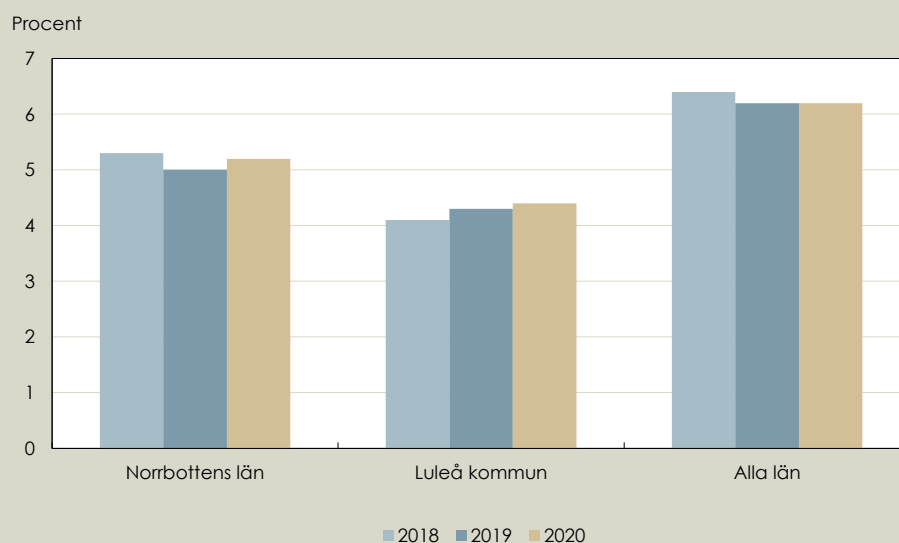
Socialstyrelsen planerar att utvärdera MyKey ur ett individperspektiv för att få en bild av vad deltagarna i projektet anser om det. För att det ska vara möjligt behöver eventuella respondenter kunna garanteras anonymitet, något som i sin tur kräver att det finns ett tillräckligt antal respondenter som kan ingå i en dylik studie. Om deltagarna i en sådan studie är för få finns det risk för att deras identitet kan röjas via de svar de ger i studien. För att undvika denna risk kommer myndigheten att avvakta med denna del av utvärderingen till dess att ett tillräckligt antal respondenter kan ingå i studien.

Systemperspektiv

För att få en övergripande bild av storleken på gruppen unga som varken arbetar eller studerar har Socialstyrelsen tagit del av statistik presenterad hos MUCF. I figur 49 visas både andelen för riket och andelen för Norrbottens län och Luleå kommun. Norrbotten ligger lägre än snittet av riket, något som även är giltigt för Luleå kommun. Luleå kommun har också en något lägre andel än Norrbottens län som helhet, trots att andelen UVAS i kommunen har ökat från 4,1 procent år 2018 till 4,4 procent år 2020.

Figur 49. Andelen unga 16-24 år som varken arbetar eller studerar

Personer 16-24 som är folkbokförda i Sverige och som under ett kalenderår inte haft inkomster över ett basbelopp, inte haft studiemedel, varit utbildningsregistrerade eller studerat vid SFI mer än 60 timmar. År 2018-2020.



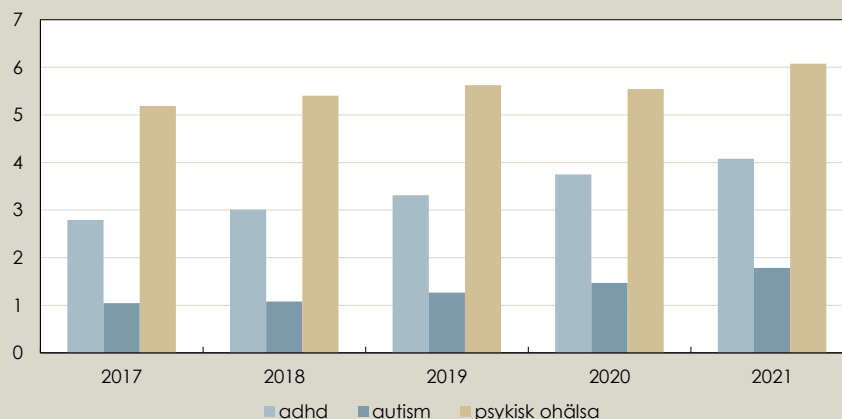
Källa: Statistik om unga som varken arbetar eller studerar, MUCF.

Socialstyrelsen har genom statistik från patientregistret och befolkningsregistret undersökt andelen diagnostiserade med adhd, autism och psykisk ohälsa bland 16–24-åringar i Norrbotten (figur 50). Inom samtliga redovisade grupper ses en generell ökning av förekomsten mellan år 2017 och 2021.

Figur 50. Andelen med adhd, autism eller psykisk ohälsa bland barn och unga i Norrbotten

Andelen med adhd (ICD-10: F90), autism (ICD-10: F84), eller psykisk ohälsa (ICD-10: F1-F6) bland barn och unga (16-24 år) i Norrbotten.

Procent



Källa: Patientregistret och befolkningsregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat ökningen av psykisk ohälsa bland unga i Sverige samt beskrivit konsekvenser av detta. *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom* visade exempelvis ett tydligt samband mellan psykisk ohälsa och arbetslöshet. Ungar i åldersgruppen 18–24 år med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom förvärvsarbetade i lägre uträckning samt att de hade ekonomiskt bistånd, sjuk- eller aktivitetsersättning i större utsträckning än övriga unga. Ett särskilt behov som aktualiseras i samband med denna utveckling är arbete med tidiga insatser vid psykisk ohälsa [15]. I rapporten *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* framhåller Socialstyrelsen bl.a. en låg förekomst av rutiner hos kommuner för att pröva individens arbetsförmåga. Myndigheten har också konstaterat att arbete enligt strukturerade metoder har främjat övergångar till arbete för personer med funktionsnedsättning [4].

Mot denna bakgrund kommer Socialstyrelsen, inom ramen för systemperspektivet gällande MyKey-projektet, i samverkan med verksamhetsrepresentanter, att undersöka möjligheterna att använda sig av KAMSO – kalkylverktyg för insatser mot social utsatthet – vilket är en hälsoekonomisk modell som utvecklats av en forskargrupp vid Umeå universitet. Detta för effektutvärdering på kommun- och länsnivå. Dialog pågår såväl med forskargruppen som med verksamhetsrepresentanterna.

Gemensamma nämnare

Process- och resultatasppekter

De insatser som varit i fokus för Socialstyrelsens lärande utvärdering befinner sig i olika faser i genomförandeprocessen. Gemensamt för de fyra insatserna är att ingen insats ännu är avslutad utan samtliga är pågående eller i uppstartsfasen. Samtliga processer innefattar en rad olika aktörer som på olika vis kommer att samverka i genomförandet. En återkommande utmaning för samtliga län är arbetet med att finna lämpliga, mätbara och tillgängliga mått på uppnådda resultat. Resultaten kan i bästa fall, för samtliga län, återfinnas både hos verksamheterna, på en aggregerad systemnivå och hos de enskilda slutmottagarna. Socialstyrelsen kommer framledes, gemensamt med verksamheterna, undersöka vilka indikatorer och effektmått som är relevanta för de olika insatserna, vilket innebär att kvalitativa och kvantitativa mått kommer att kombineras för att ge en helhetsbild av de insatser som utvärderas.

Förutom intervjuer, workshoppar och dialoger, statistiska analyser och dokumentanalyser kommer Socialstyrelsen även att analysera resultat från fallstudierna i ett större sammanhang, där alla läns och regioners redovisade resultat inom aktuella områden blir en del av utvärdering av måluppfyllelse. I uppföljningen av de olika områdena har vi hittills sett att vissa mål dominerar jämfört med andra. Insatsredovisningarna visar nämligen att ökad tillgänglighet, ökad vård- och omsorgskvalitet samt implementering av arbetssätt och metoder är det som insatser för barn och unga inom respektive område oftast syftar till. Mer personcentrerad vård och omsorg och ökad samverkan är de målsättningar som däremot är vanligast inom området samsjuklighet, parallellt med ökad kunskap och kompetens, som också återkommer i andra områden. Även om fallstudierna hör till områdena barn och unga och samsjuklighet, utifrån redovisningarna, kommer våra slutsatser att ge information om framgångsfaktorer och utmaningar inom alla nedanstående områden, eftersom liknande typer av aktiviteter och mål har kunnat identifieras. Dessutom är barn och unga en målgrupp som återfinns inom alla dessa områden.

Nuläge och önskat läge – vad finns det för gemensamma faktorer?

Med utgångspunkt i de dialoger, workshoppar och intervjuer som anordnats med verksamheterna i de aktuella länen har ett antal återkommande ”önskade lägen” identifierats med hjälp av användarresa-metodiken. En del av de återkommande målbilderna handlar om förbättrad samverkan. Det gäller såväl samverkan internt, på t.ex. en verksamhet eller externt, t.ex. mellan verksamheter eller mellan region och kommun. Ofta beskrivs samverkan som personbunden snarare än funktionsbunden, och att samverkan fungerar bättre när en kontakt har upprättats. Inom länen finns olika forum för samverkan, men trots dessa instanser är det ett område som beskrivs fortsatt i behov av utveckling. Det efterfrågas bl.a. samsyn mellan olika aktörer och en tydlighet kring vad som förväntas från respektive personal eller verksamhet.

Ytterligare ett ofta förekommande område handlar om implementering och tillämpning. Det är ett brett område med den gemensamma grunden i hur en

utbildning, ett arbetssätt eller en metod förs ut i verksamheterna. I flera av länen finns omfattande dokumentation kring riktlinjer, förlopp och arbetssätt samtidigt som det beskrivs en brist i implementeringen och uppföljningen av dessa. Dokumenten riskerar således att inte komma till full praktisk användning för medarbetarna. Detta angränsar till de förbättringar som önskas vad gäller förankring och styrning – en tydlighet kring tillämpning och att förankring av metoder och samverkanstrukturer sker såväl på personalnivå och mellannivå som på en övergripande strategisk nivå.

Inom samtliga län finns en önskad förbättring för slutmottagarna som eftersöks från samtliga verksamheter. Dels handlar det om bättre samverkan kring den enskilde, dels om tidiga och förebyggande insatser, ett tydligt vårdflöde, tillgång till rätt vård och stöd i rätt tid, hög kvalitet på vården och ett individuellt anpassat mottagande.

Sammantaget kan konstateras att det trots de olika insatsernas skilda inriktning finns stora likheter i vad de olika länen vill uppnå, både vad gäller verksamheternas utveckling och vården och omsorgen som ges den enskilda slutmottagaren.

Kritiska faktorer – utmaningar och nödvändiga förutsättningar för att kunna nå målen

Personal och chefer som Socialstyrelsen träffat inom ramen för utvärderingen uttrycker att utmaningar i verksamheterna ofta är kopplade till resursbrist, och då i synnerhet personalbrist.

Det finns utmaningar kring att bedriva avgränsade utvecklingsarbeten. En kritisk faktor är att lyckas med implementering av exempelvis ett projekt där det kan finnas risk att projektet inte blir integrerat i den ordinarie verksamheten, även om det innebär ett nytt framgångsrikt arbetssätt som svarar mot befintliga behov och efterfrågan. En del av problematiken rör projektmedlens kortsiktiga karaktär, vilken gör att det kan vara svårt att skapa varaktiga strukturer när utveckling och innovation bedrivs via kortsiktiga insatser. Projekt som däremot har strukturer och funktioner som redan är etablerade i den ordinarie verksamheten och arbetar mot implementering i tidigt skede har bättre förutsättningar att lyckas.

En annan risk är att det i insatser där samverkan är kritisk kan finnas olika syn på roller och uppdrag mellan olika vård- och omsorgsaktörer. För att insatsen ska lyckas krävs därför att uppdragsfördelning och roller är tydliga för samtliga inblandade aktörer. Samverkan, samarbete och samordning används ofta som synonymer, men har olika innebörd [16]:

Samverkan innebär övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte. Samverkan kan ske inom och mellan t.ex. enheter, myndigheter och samhällsaktörer och t.ex. gälla aktivt utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter.

Samarbete är ett gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift. Samarbete kan ske både på ett organisatoriskt och ett mellanmänniskt plan. Exempel på ett organisatoriskt samarbete är att två organisationer ordnar och genomför ett gemensamt seminarium. Exempel på ett mellanmänniskt samarbete är när vård- och omsorgspersonal hjälps åt med insatser till den enskilde.

Samordning innebär koordination av resurser och arbetsinsatser för att er- hålla högre kvalitet och större effektivitet. Ett exempel är samordnad vård- och omsorgsplanering där vård- och omsorgsplanering utförs gemensamt av berörda inom olika verksamheter.

Samverkan kan därför ses som en avgörande förutsättning för hur samar- bete mellan olika yrkesgrupper och samordning av insatser kring den en- skilde ska ske. Medan flera insatser främst handlar om samverkan på organi- satoriskt plan mellan olika samhällsaktörer, visar utvärderingen utmaningar med att omvandla nya och befintliga samverkansstrukturer till fungerande samarbete inom avgränsade insatser på olika nivåer samt mellan olika funkt- ioner.

Det är exempelvis vanligt att det på organisatoriskt plan tas fram samver- kansriktlinjer, rutiner och överenskommelser i regioner och kommuner. En utmaning vid implementering av nya dokument handlar om att omvandla dem till det praktiska arbetet. Samma gäller utbildningar och det praktiska användandet av nya kunskaper och metoder i t.ex. en SIP eller ett patient- möte. Som Socialstyrelsen tidigare uppmärksammade, garanterar utbild- ningar inte en automatisk användning av nya metoder, samtidigt som meto- derna ofta ändras för att passa den ordinarie verksamheten, i stället för att verksamheten anpassas till de nya, effektivare metoderna [17].

I detta avseende bedöms behovet av stöd vad gäller metoder för uppfölj- ning och utvärdering samt tillämpning av dessa vara fortsatt stort. För att kunna nå målen är det kritiskt att både sätta upp mätbara mål och effektmått samt att synliggöra resultat för olika intressenter, inklusive beslutsfattare.

Fortsatt utvärdering inom uppdraget

Lärande utvärdering

Planeringen framöver är att myndigheten fortsätter med den löpande utvärde- ring som påbörjades under 2021 tillsammans med de fyra regioner som redo- visats ovan. Ambitionen är att detta ska ge oss möjlighet att följa genomfö- randet av de insatser som finansierats med stimulansmedel, och att det ska ge en god bild av vilka resultat som uppnås och vilken betydelse stimulansmed- len haft i sammanhanget.

Programutvärdering med fokus på måluppfyllelse

En viktig fråga i det fortsatta arbetet inom uppdraget är att fortsätta analysera de resultat som regioner och kommuner redovisar samt att jämföra dessa med de mål som gäller för insatserna. Vidare behöver de resultat som genereras sättas i relation till överenskommelsens övergripande syften och inriktning. På så sätt kommer en bedömning förhoppningsvis kunna göras dels av lokal och regional måluppfyllelse, dels av i vilken utsträckning de insatser som ge- nomförts har bidragit till att realisera överenskommelsens intentioner.

Riktat stöd

Mot bakgrund av resultaten från den förstudie som genomfördes 2021–2022 skulle Socialstyrelsens fortsatta arbete inom uppdraget ”stödja” resultera i förslag på hur stöd inom prioriterade behovsområden kan utvecklas på kort och lång sikt. I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen prioriteringar och ger förslag på fortsatt arbete vad gäller riktade stödinsatser till regioner och kommuner.

Inventering av pågående arbeten, kunskapsluckor utifrån förstudien

Förstudien visar sammantaget på att bl.a. följande efterfrågas av regioner och kommuner:

1. Samordning och tydlighet mellan nationella aktörer.
2. Arenor för erfarenhetsutbyte sinsemellan och arenor för dialog med nationella aktörer.
3. Fungerande samverkan mellan olika huvudmän och vårdgivare.
4. Nya kunskapsstöd för vissa namngivna populationer och problemområden.

Mot bakgrund av Socialstyrelsens mandat och ansvar på den nationella arenan har punkterna 1 och 4 ovan bedömts som lämpligast att fokusera. Två stödinsatser som beskrivs nedan föreslås.

Nationell ”resurskarta”

Enligt information från SKR finns varierande kunskaper bland länsamordnare och frågor uppstår naturligt så snart nya länsamordnare börjar. Socialstyrelsen har vidare erfarit att man på den lokala nivån ibland missar nationella kunskapsstödsresurser, sannolikt eftersom man inte vet vilka resurser som finns och var man ska leta. För att möta kunskapsbehovet och svara mot behovet av ökad samordning och tydlighet mellan nationella kunskapsstödsproducenter föreslår vi att en ”resurskarta” tas fram, med flera nationella kunskapsstödsproducenter som avsändare. Primär målgrupp för produkten är länsamordnare men även andra grupper kan övervägas. Förslaget om en nationell resurskarta har hittills ramats in som följer:

- Orienteringskarta riktad till länsamordnare.
- Information om och länkar till bl.a. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SKR, NPO psykisk hälsa, kunskapsportaler (Nationellt kliniskt kunskapsstöd, Kunskapsguiden, nationella VIP), regelverk, information om handlingsplaner.
- Revidering och förvaltning planeras in från början.

Kunskapsstöd om första linjen psykisk ohälsa

I förstudien framkom behov och önskemål om kunskapsstöd för sammanlagt sju problemområden:

- UMO:s verksamhet och första linjens psykiatri unga
- suicidprevention
- förebygga och behandla stressrelaterade problem i primärvård
- nyanlända: stöd för kompetensutveckling inom ungdomsmottagningar
- samer (insatser)
- familjecentraler, hembesöksprogram (evidens för metoder)
- äldre personer (bl.a. stöd i arbete med äldre personer med psykisk ohälsa)

Varje önskemål framfördes av mellan 1 och 3 län vilket innebär att det fanns minimal grund för prioritering utifrån hur många som påtalat behoven.

Första linjens verksamhet vid psykisk ohälsa hos barn och unga är de verksamheter och funktioner som tar emot barn och unga som visar tidiga tecken på psykisk ohälsa, oavsett vad problemen beror på. Det övergripande syftet med första linjens verksamheter är att kunna erbjuda tidiga insatser och stöd. Behovet av en första linjeverksamhet som erbjuder psykologiska behandlingsmetoder, där specialistpsykiatrins insatser inte krävs, samt kan göra bedömning av behov av annan vård eller stöd har uppmärksamats [18]. Dessutom har behovet påtalats av bl.a. ett förtydligt uppdrag, lättillgänglig ingång och kompetent triagering, liksom mer kunskap om effektiva utredningsverktyg och anpassade behandlingsmetoder för första linjens psykiatri för unga [19].

Behovet har framkommit även inom Socialstyrelsens pågående regeringsuppdrag S2020/07505 (delvis), om att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och obruten skolgång. Inom ramen för regeringsuppdraget genomfördes en förstudie våren 2021 som resulterade i förslag på olika aktiviteter som är tänkta att underlätta för ett mer systematiskt arbetssätt, förbättra samverkan och förstärka de yrkesverksammas kunskaper. En av aktiviteterna beskrivs i den preliminära projektplan som avser *Jämlik tillgång till vård och insatser för barn och unga med mild till måttlig psykisk ohälsa*. Det tänkta arbetet syftar till att både utreda förutsättningarna för en sammanhållen och förutsägbar struktur för första linjens insatser för barn och unga, och till att ta fram kunskapsstöd för insatsernas genomförande. Avtal har slutits med SBU om en litteraturöversikt till våren-sommaren 2023. Arbetet samordnas med *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 (S2022/02309)*.

Fortsatt stöd – förslag och planering

Förslaget kring nationell resurskarta har lyfts i samverkan mellan Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR. Arbetet med nationell resurskarta kommer huvudsakligen att ske under hösten och en preliminär version av kartan bedöms kunna vara färdig vid årsskiftet 2022–2023.

Ett kunskapsstödsarbete om första linjens psykiatri för barn och unga kommer att samordnas med det ovan beskrivna arbete som är under uppstart på Socialstyrelsen. Vid bedömningen har beaktats att det förefaller saknas kunskapsstöd om första linjens insatser för barn och unga på nationell nivå och att behovet har påtalats av såväl interna som externa områdeskunniga. Vidare bedöms ett sådant kunskapsstöd kunna vara till nytta för många och i förlängningen även för unga personer i övriga grupper och områden där behov av kunskapsstöd påtalats (suicidprevention, nyanlända, samer, stressrelaterade problem i primärvård).

Även behovet av ett kunskapsstöd för arbete med äldre med psykisk ohälsa har påtalats vid ett möte i NPO psykisk hälsa. Detta bedöms behöva prioriteras på sikt inte minst eftersom andelen äldre i befolkningen fortsätter att öka. Det behöver dock klargöras hur behoven av kunskapsstöd för gruppen äldre ser ut mer konkret.

När det gäller den lägre prioriteringen av kunskapsstöd om suicidprevention har även beaktats redan pågående uppdrag vid Socialstyrelsen (*Att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och ge stöd till efterlevande*; S2019/02244/FS) och webbaserad information och stöd i ämnet som finns hos Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och andra nationella kunskapsstödsproducenter.

När det gäller den lägre prioriteringen av kunskapsstöd i form av evidens för hembesöksprogram har även beaktats pågående uppdrag vid Socialstyrelsen *Pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för jämlik hälsa. Utökat hembesöksprogram i utsatta områden* (S2019/00910/FS delvis).

När det gäller den lägre prioriteringen av kunskapsstöd för familjecentraler har *Myndigheten för föräldrastöd och familjerätt* bedömts ha ett större mandat och ansvar som primär kunskapsmyndighet i frågor om bl.a. föräldraskapsstöd.

När det gäller den lägre prioriteringen av ett kunskapsstöd om insatser för att minska psykisk ohälsa i den samiska minoriteten avvaktas arbete inom ett regeringsuppdrag som inkom i mars 2022 (*Ta fram och sprida kunskapsstöd och att genomföra kompetenshöjande insatser om de nationella minoriteternas rättigheter och de nationella minoritetsspråken*, Ku2019/01043, Ku2022/00585).

Avslutning och diskussion

Resultat

En mängd insatser pågår inom ramen för överenskommelsen. Totalt har ca 1540 insatser redovisats inom överenskommelsens områden barn och unga (region), god vård och omsorg (region och kommun), mobila lösningar (region och kommun), traumavård (region), samverkan för personer med sam-sjuklighet (läns-gemensamt) samt patienter och brukare som aktiva medskap-are av vården och omsorgen (läns-gemensamt).

I en större utsträckning än förra året ser Socialstyrelsen resultat av genom-förda insatser, exempelvis i form av ökad tillgänglighet, samverkan och sam-arbete, implementering av arbetssätt och metoder, förebyggande arbete m.m. Många insatser har uppnått målen eller är på god väg att uppnå dem. Samti-digt är det tydligt att olika län, regioner och kommuner kommit olika långt i sina utvecklingsarbeten.

- Ur ett individperspektiv finns fler tecken på att arbetet inom överenskom-melsen inneburit förbättringar när det gäller brukar- och patientinvolve-ring. Det finns dock fortfarande stora diskrepanser mellan mål och resultat i de insatser som syftar till bättre vård och omsorg för den enskilde.
- Ur ett verksamhetsperspektiv kvarstår kända utmaningar kring kompetens-försörjning och personalförsörjning, samverkan och samordning. Även om fler resultat för individer har redovisats jämfört med år 2020, dominerar verksamhetsfokus i de genomförda insatserna. Alla fallstudier har visat att samverkan inom och mellan regioner och kommuner alltid är en aktuell fråga, oavsett vilket utvärderingsområde som är i fokus – implementering, kompetensutveckling, SIP, nya arbetssätt eller projekt som bedrivs vid si-dan om den ordinarie verksamheten.
- Ur ett systemperspektiv finns det hög samstämmighet vad gäller vikten av insatser inom området psykisk hälsa, mer personcentrerad vård och om-sorg, ökat samarbete och samverkan m.m. Samtidigt observerar Socialsty-relsen en stor variation av pågående verksamheter när det kommer till ge-nomförandet av insatser, som kännetecknas av en stor vaghet i form av olika aktiviteter, en stor variation av inblandade aktörer, ofta ospecifice-rade mål och målgrupper, i både enkätsvaren och handlingsplanerna, vilket i sin tur tillför varierande resultat på kort och lång sikt.

Skillnader från föregående år

Den nya uppföljningsmodellen ger en mer sammanhållen och heltäckande bild

År 2021 tog Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, i dialog med SKR, fram en ny modell för uppföljning av insatser. Den nya modellen började an-vändas för redovisning och analys av 2021 års verksamhet.

Enkäter inom överenskommelsens olika områden har utvecklats och numera utgår de från en gemensam grund. Den största ändringen handlar om att aktivitetsredovisning har kopplats till redovisning av använda stimulansmedel, mål och resultat. Dessutom innehåller enkäterna frågor om samverkan mellan olika verksamheter, arbete utifrån olika perspektiv samt implementering av genomförda insatser i den ordinarie verksamheten. Slutligen har fokus breddats från redovisning av goda exempel till redovisning av alla genomförda insatser. På så sätt har enkäterna kunnat ge en bredare bild av måluppfyllelse, prestationer och effekter av genomförda aktiviteter, i förhållande till överenskommelsens syften.

Det som redovisas ger därmed också bättre förutsättningar att fånga olika typer av erfarenheter. Socialstyrelsen ser ett tydligare resultatfokus, hur och vilka insatser som leder till förväntade resultat, goda exempel men också utvecklingsområden eller problemmönster samt indikationer på om utvecklingen åstadkoms.

Förskjutning inom patient- och brukarinflytande

Delvis eftersom fler insatser har redovisats detta år med tydligare samband mellan genomförda aktiviteter och uppnådda resultat, kan Socialstyrelsen se en viss utveckling inom olika områden av överenskommelsen. Särskilt tydligt är denna utveckling inom delområde 5, Patienter och brukare som aktiva medskapare av vården och omsorgen – en mer personcentrerad vård och omsorg.

Effekter är tydliga i synnerhet när det gäller praktiskt brukarinflytande och användning av konkreta metoder och arbetssätt. Inom kompetensutveckling märks en försiktig förskjutning från förra året, där kompetenshöjande insatser mestadels handlade om vad brukarinflytande var, till att i år fler prestationer faktiskt handlar om att bjuda in brukare och patienter till delaktighet och inflytande, där målgrupper ses som aktiva kunskapsbärare.

Samtidigt uppmärksammar Socialstyrelsen att patient-, brukar- och anhöriginflytande varierar mellan olika insatser. Patienter, brukare och anhöriga har oftast bjudits in till ett delat beslutsfattande inom de länsgemensamma områdena. Intresseorganisationers och enskildas kunskap och kompetens används också oftast inom dessa områden samt inom de regionala områdena handlingsplaner och god vård och omsorg. Inom området barn och unga har det arbetats med dessa typer av inflytande i en betydligt mindre utsträckning. Däremot är verksamheternas systematiska arbete med inhämtning av synpunkter från patienter, brukare och anhöriga relativt jämnt, med något lägre nivå inom de kommunala områdena och det regionala området traumavård.

Kvarstående utvecklingsområden

Överlappningar mellan överenskommelsens olika delar i det praktiska genomförandet av insatser

Som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten noterade i föregående års rapport följer överenskommelsens utformning inte alltid det sätt som olika regioner och kommuner organiserar sitt arbete på. Överenskommelsens områden är inte ömsesidigt uteslutande och en och samma målgrupp kan finnas i

alla dessa delar, både i själva överenskommelsen och i det praktiska arbetet. Redovisade insatser kan därmed också vara överlappande innehållsmässigt; samma insatser har i vissa fall redovisats mer än en gång. De områdesavgränsningar som finns inom överenskommelsen kan därför inte alltid följas i det praktiska genomförandet.

De största överlappningarna observerar Socialstyrelsen inom delområdet 4, god vård och omsorg som är effektiv och säker, utgår från individens behov och är baserad på bästa tillgängliga kunskap. Det kan bero på att flera insatser som genomförts har enligt regioner och kommuner syftat till en god vård och omsorg, och därför ofta redovisats inom detta område. Områdets innehåll som det är beskrivet inom överenskommelsen (implementering av nationella riktlinjer och vård- och insatsprogram, arbete med patientsäkerhet och systematisk uppföljning) skiljer sig från hur god vård och omsorg ofta tolkas, och behöver därför kommuniceras tydligare.

Ettåriga medel för långsiktig utveckling

Samma typer av insatser återfinns ofta i redovisningar både från 2020 och från 2021. Dessa insatser innebär ofta personalförstärkning, kompetensutveckling och verksamhetsutveckling. Enkätsvaren vad gäller insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten under år 2021 tyder på en stor variation i hur långt man kommit i implementering av utvecklingsarbeten.

Mål som formuleras i insatser är samtidigt ofta långsiktiga och innehåller inga specifika tidsramar eller utfallsmått. Relativt få län utgår från identifierade utvecklingsbehov i genomförandet av insatser.

Att stimulansmedel används till samma typ av insatser år efter år, kan bero på svårigheter hos verksamheterna att använda stimulansmedel till långsiktig utveckling. Å ena sidan tillförs ny kompetens, nya metoder och arbetsätt för att stärka befintliga aktörer. Socialstyrelsen får också signaler på att stimulansmedel främjar samverkan där de aktörer som inte är vanliga samverkanspartner, t.ex. tandvården, intresseorganisationer, patienter och brukare, involverats i gemensamma utvecklingsarbeten. Å andra sidan används stimulansmedel i vissa fall för att finansiera insatser som annars ändå hade kunnat genomföras (t.ex. framtagande av rutiner) eller till punktinsatser.

En av de befintliga utmaningarna i genomförandet av utvecklingsarbeten är att lyckas med implementering i den ordinarie verksamheten. En del av problematiken rör sig om att stimulansmedlen fördelas med en tidshorisont på ett år, vilket enligt huvudmännen kan vara utmanande för att skapa varaktiga strukturer, om utveckling och innovation bedrivs med dessa relativt kortsiktiga medel. Samtidigt uppmärksammar Socialstyrelsen att flera insatser av de som tidigare finansierades med stimulansmedel och beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten under 2021 har genomförts under mer än ett år.

Utmaningar och förutsättningar för måluppfyllelse

Förutom den ovannämnda utmaningen, finns en risk för olika syn på roller och uppdrag mellan olika vård- och omsorgsaktörer i genomförandet av insatser. För att insatsen ska lyckas efterfrågas ofta tydlighet i uppdragsfördelning och roller mellan samtliga samverkanspartner.

Samverkan är en avgörande förutsättning för hur samarbete mellan olika yrkesgrupper och samordning av insatser kring den enskilde sker. Medan flera insatser främst handlar om samverkan på organisatoriskt plan mellan olika samhällsaktörer, visar utvärderingen utmaningar med att omvandla nya och befintliga samverkansstrukturer till fungerande samarbete inom avgränsade insatser på olika nivåer samt mellan olika funktioner. Det är vanligt att det på organisatoriskt plan tas fram samverkansriktlinjer, rutiner och överenskommelser i regioner och kommuner. En utmaning vid implementering av dessa handlar om att tillämpa dokumenten i det praktiska arbetet. Samma gäller utbildningar och det praktiska användandet av nya kunskaper och metoder i t.ex. en SIP eller ett patientmöte. Kompetenshöjande insatser som är återkommande i redovisningarna från regioner och kommuner, inom överenskommelsens olika områden, innebär inte en automatisk användning av nya metoder, utan kräver tillämpning och involvering av olika intressenter, inklusive slutmottagare.

Perspektiv som kan utvecklas

Många av de insatser som har redovisats har ett uttalat fokus på barn och ungas psykiska hälsa och kompetensförsörjning, men skulle i större utsträckning kunna kopplas till FN:s konvention om barns rättigheter. Trots att flera regioner och kommuner redovisar att de har arbetat med jämställdhetsperspektivet, har Socialstyrelsen identifierat få insatser som beskriver det konkreta arbetet med jämställdhetsintegrering. Äldreperspektivet saknas helt eller delvis i vissa områden där äldre personer borde ses som en målgrupp, t.ex. samverkan för personer med samsjuklighet och psykiatrisk traumavård. Hbtqi-personer är en av de prioriterade målgrupperna enligt länsgemensamma handlingsplaner; däremot har hbtqi-perspektivet väldigt sällan varit framträdande i genomförandet av insatser.

Tydligare roller: stödja, utvärdera, följa

Stöd som sammanhållande begrepp

Socialstyrelsen har strävat efter att anlägga ett stödjande perspektiv på uppdragets samtliga delar. Detta innebär att myndigheten ser en stödjande ansats som central inte bara i uppdragets uttalat stödjande delar, utan även i myndighetens arbete med att följa och utvärdera de insatser som genomförs inom överenskommelsen.

Konkret har detta inneburit att Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten initierade och genomförde ett omfattande arbete under 2021 med att revidera och utveckla de enkäter som ligger till grund för möjligheterna att följa utvecklingen inom området samt att återkoppla resultat av våra uppföljningar. Återkoppling av uppföljningsresultat 2020 till regioner och kommuner skedde via olika nätverk; SKR:s länssamordnarnätverk, Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-s) och taktiska gruppen inom Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Återkoppling av resultat 2021 kommer att genomföras under hösten.

Vidare har den övergripande stödjande ansatsen inneburit att Socialstyrelsen utformat uppdragets utvärderande delar i linje med ett utvärderingsteoretiskt ramverk som brukar benämnas lärande utvärdering. Det innebär att utvärderingen inte enbart är formad för att fylla en traditionellt resultatorienterad funktion; den ska även vara till nytta för de verksamheter vars insatser utvärderas.

Verksamhetsnära stöd i olika former

Att stödja utvecklingen inom området psykisk hälsa genom att tillgängliggöra resultat av myndighetens analyser, uppföljningar och utvärderingar ser Socialstyrelsen som en framgångsfaktor som gynnar ett ömsesidigt lärande och samverkan. Det motsvarar dessutom av regionerna och kommunerna tidigare efterfrågat stöd vad gäller metoder för uppföljning och utvärdering.

Behovet av nära dialog med yrkesverksamma och intresseorganisationer på regional och lokal nivå kan också säkerställas via upprätthållande av nätverk och liknande, kopplat till pågående arbeten inom Socialstyrelsens verksamhetsområden. Arbetet inom Brukarinflytande i praktiken har exempelvis synliggjort vikten av det praktiska stödet som gynnar regioner, kommuner och intresseorganisationer men även kunskapsmyndigheter som får ett annat perspektiv på framgångsfaktorer, utvecklingsområden och behov i pågående utvecklingsarbeten inom vård och omsorg.

Mer nationellt stöd i systematisk uppföljning och utvärdering av utvecklingsarbeten

I likhet med slutsatserna från förra året, lyfter Socialstyrelsen även här att regioner och kommuner kan gynnas av fortsatt stöd i form av uppföljning och återkoppling vad gäller redovisade insatser inom ramen för överenskommelsen.

För det första kan detta ske genom *löpande uppföljning som synliggör* olika typer av insatser i olika regioner och kommuner samt resultat som uppnås på kort och lång sikt. Förutsättningar för löpande uppföljning av insatser kan stärkas, exempelvis genom systematisk databaserad inhämtning av redovisningar från regioner och kommuner, som sker kontinuerligt under året, när en insats avslutats eller en utvärdering gjorts, i stället för en omfattande redovisning av alla insatser en gång per år. Återkoppling av resultat till regioner och kommuner kan ske via olika kanaler, t.ex. via ett digitalt system för att synliggöra resultat på ett tillgängligt sätt och möjliggöra kunskapsspridning om genomförda insatser.

För det andra kan uppföljningen av stimulansmedel vara en del av uppföljning av området psykisk hälsa och suicidprevention i stort, för att tydligare se vad stimulansmedel och andra utvecklingsmedel tillför området. Uppdraget att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention (S2020/06171/FS), innebär bl.a. framtagande av ett förslag på hur *ett nationellt uppföljningssystem* av strategin och utvecklingen inom området kan se ut. Syftet med att ta fram ett förslag till system för uppföljning är att öka möjligheterna att följa upp de områden och insatser som pekas ut i strategin specifikt, att följa utvalda hälsoutfall inom området psykisk hälsa och suicidprevention samt att möjliggöra för

andra myndigheter samt kommuner, regioner och intresseorganisationer att följa utvecklingen inom området. Socialstyrelsen vill därför understryka vikten av att framtagandet av ett sådant system sker i dialog med regioner, kommuner och intresseorganisationer, med utgångspunkt i aktuella utvecklingsbehov. Detta för att redan i ett tidigt skede skapa förutsättningar för systematisk uppföljning och användning av uppföljningsresultat framöver.

Parallellt med att det behövs nationellt stöd och styrning vad gäller uppföljning och utvärdering, har regioner och kommuner mycket att vinna på att utveckla arbete med egen uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och användning av data, för att kunna skaffa sig mer kunskap om vad i genomförandet av insatser som leder eller inte leder till tänkta resultat. Det är viktigt att utvecklingen genomförs med utgångspunkt i det som behöver uppnås på lokal och regional nivå, i stället för att planering av insatser sker utifrån befintliga stimulansmedel. Regioner och kommuner kan förbättra genomförandet av insatser genom att systematiskt utvärdera dessa. Långsiktig uppföljning kan också förbättras, genom att insatser som genomförs med stimulansmedel utgår från relevanta utvecklingsbehov. Planering för uppföljning och utvärdering av en insats behöver ingå i planering av själva insatsen.

Nationell "resurskarta" för mer nationell samordning

Inom ramen för förstudien som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten genomförde under 2020–2021 lyftes vikten av att den nationella nivån är samordnad på ett sådant sätt att den i sig utgör ett stöd för regioner och kommuner när de arbetar med frågor som rör psykisk hälsa och suicidprevention. Bland annat handlade det om samordning och ökad tydlighet när det gäller nationella aktörers roller, inte minst när dessa kommunicerar med aktörer på regional och lokal nivå. Ökad tydlighet kring vem som är avsändare av budskap från aktörer på nationell nivå hör till detta.

För att möta kunskapsbehovet och svara mot behovet av ökad samordning har Socialstyrelsen initierat framtagande av en nationell "resurskarta", med flera nationella kunskapsstödsproducenter som avsändare. Primär målgrupp för produkten är länssamordnare men även andra grupper kan övervägas. Arbetet med nationell resurskarta kommer att ske under hösten, i dialog med Folkhälsomyndigheten och SKR, och en version av kartan bedöms kunna vara färdig vid årsskiftet 2022–2023.

Referenser

1. 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.
2. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
3. Följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023, inom överenskommelsen mellan staten och SKR. Delredovisning 2021 – fördjupningsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
4. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
5. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
6. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
7. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
8. Vägledning – Verksamhetslogik. ESV 2016:21. Stockholm: Ekonomistyrningsverket; 2016.
9. SKR. Innovationsguiden [citerad 9 augusti 2022]. Hämtad från: https://innovationsguiden.se/metodmallar_undersoka/.
10. Vägledning – Att leda i offentlig verksamhet. ESV 2017:70. Stockholm: Ekonomistyrningsverket; 2017.
11. Plan för god psykisk hälsa i Värmland 2021–2024. Hämtad 2022-08-09 från: <https://regionvarmland.se/vardgivarwebben/samverkan-avtal-och-vardval/psykisk-halsa/regional-koordinering-psykisk-halsa-i-varmland-rkph/plan-for-god-psykisk-halsa-i-varmland>.
12. Granskning av samverkan mellan region och kommun kring barn och unga med psykisk ohälsa. Helseplan; 2021. Hämtad 2022-08-09 från: <https://www.regionvarmland.se/download/18.1a8c237f17a8346c8a326e56/1625701852255/Granskning%20samverkan%20avseende%20psykisk%20oh%C3%A4lsa%20bland%20barn%20och%20unga%20-%20RAPPORT.pdf>.
13. Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer. Slutrapport 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
14. Hikikomori för hemmasittare i Luleå kommun. Förstudierapport 2020. Luleå kommun; 2020. Hämtad 2022-08-09 från: https://d0d665d6-866c-405e-8eba-7aa29ca31c24.file-susr.com/ugd/bf9c44_6cdfb1dbed834b08a8810f640bf9c728.pdf.
15. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019. Utvärdering av vården vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.

16. Socialstyrelsens termbank [citerad 9 augusti 2022]. Hämtad från: <https://termbank.socialstyrelsen.se/>.
17. Om implementering. Västerås: Socialstyrelsen; 2012.
18. Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
19. Första linjen 2020 – Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2020.

Bilaga 1. Metod i statistiska analyser

Informationen om diagnoser hämtades från patientregistret som innehåller öppen och sluten specialistvård. Ingen skillnad har gjorts på huvud- och bidiagnoser. Två referenser (nämnare) användes vid beräkningarna av andelar: 1) antalet patienter inom barn- och ungdomspsykiatri respektive habiliteringen (Sörmland och Gävleborg) och 2) befolkningen i en given åldersgrupp och region/landskap/sjukhus (Värmland och Norrbotten). Diagnoserna definierades enligt ICD-10. Med samsjuklighet menas att personen har två olika diagnoser som ställts samma år.

Tabell 1. Definitioner

Term	Definition
Adhd	F90
Autism	F84
Psykisk ohälsa	F1-F6
Nydiagnostiserade	Personer som för första gången får diagnosen i fråga
Diagnostiserade	Personer som vid en viss tidpunkt har diagnosen i fråga oavsett om den har ställts tidigare eller inte

Bilaga 2. Exempel på genomförda insatser

Mobila lösningar (region)

Insats:

Mobila team.

Aktiviteter:

Projekt gällande införande mobilt team

Mål:

Förebygga psykisk ohälsa, främja psykisk hälsa, erbjuda stöd i tidigt skede
Utveckla och implementera nya metoder och arbetssätt

Perspektiv:

Tillgänglighet

Prestationer:

Projekt startat och personal anställd.

Effekter:

Mobilt team kommer implementeras som metod.

Mobila lösningar (kommun)

Insats:

Digital plattform eller verktyg för stöd och behandling

Aktiviteter:

Införande av digitalplattform

Mål:

Öka tillgängligheten till digitalt stöd och behandling
Upprätthålla tillgänglighet under pandemin

Perspektiv:

Tillgänglighet

Prestationer:

Inköp licenser
Utbildning av personal i verktyget
Genomförda insatser för brukare i verktyget

Effekter:

Ökad eller upprätthållen tillgänglighet

Insatser för barn och unga

Insats:

- En väg in - att hamna rätt från början
- Enhet som vidarekopplar sökande till rätt nivå/kontakt
- Utveckling av kontaktvägar

Aktiviteter:

- Utveckling av första-linjen verksamhet: kunskapsstöd, utbildning, metoder, arbetssätt, logistik (ex. bemanning) och administration (ex. checklister)

Mål:

- Ökad tillgänglighet
- Jämlik vård, triageras till rätt vårdnivå vid första kontakt
- Ökad patientsäkerhet
- Minskade väntetider

Perspektiv:

Jämlikhet, Tillgänglighet, Patientsäkerhet, Våld i nära relationer, Barnrättsperspektivet

Prestation:

- Uppstartad enhet ”En väg in”
- Etablera ”en väg-in-verksamhet”
- Arbetssätt och metoder implementerade
- Utbildning av personal genomförts
- Rutiner implementerade

Effekter:

- Minskade väntetider
- Fler barn och unga som har fått utredning och första bedömning
- Fördelning av rätt nivå

God vård och omsorg (region)

Insats:

- Implementering av vård- och insatsprogram (VIP)
- Implementering av nationella riktlinjer (NR)

Aktiviteter:

- Implementering av NR
- Implementering av standardiserade vårdprocesser

Perspektiv:

Jämlikhet, Tillgänglighet, Patientsäkerhet

Prestation:

- Påbörjat implementering av VIP
- Påbörjat implementering av standardiserade vårdförlopp
- Deplyftet (material för bedömning och psykopedagogisk behandling av depression för barn och ungdomar)
- Internetbehandlingsprogram
- Patient och anhörigutbildning Schizofreni
- NECT-utbildning (Narrative Enhancement – Cognitive Therapy)
- Studiecirklar kring Psyk E-bas
- Utvecklat strukturer för samverkan inom psykiatriska enheter
- Strategiskt omställningsarbete för kunskapsstyrningsorganisation
- Habiliteringsprogram för personer med autism (HabC)
- ”Patientkollen” för webenkäter, patientadministration och patientkommunikation
- Digital vårdapp för digitala patientkonsultationer – Stressrehab som en pilotverksamhet
- Utvecklat digital arbetsmiljö avseende såväl teknisk utrustning som rutiner
- Nya former av kallelser, informationsbrev – ett samarbete med 1177.se
- Systematiska vårdprocesser – ny form av nybesöksbedömning

Effekter:

- Väl fungerande samverkan mellan kommun och region för hållbar struktur för implementering och spridning i länet
- Förändrad organisation som erbjuder vård utifrån kunskapsstyrning
- Utvecklat metoder för digitalt patientstöd
- Säkerställer systematik i patientsäkerhetsarbete via utbildningar
Förutsättningar för att arbeta med nya metoder och arbetssätt för och med patienterna

God vård och omsorg (kommun)

Insats:

- Implementering av vård- och insatsprogram (VIP)
- Genomföra systematisk uppföljning

Aktiviteter:

- Utvecklingsinsatser kring VIP
- Utvecklingsinsatser kring systematisk uppföljning

Perspektiv:

Jämlikhet, Tillgänglighet, Patientsäkerhet

Prestation:

- Utvecklingsinsatser kring VIP
- Påbörjat implementeringsarbete av webbplattform för VIP
- Genomfört utbildningar kring VIP
- Översyn av rutiner kring patientsäkerhet
- Uppföljning patientsäkerhetsberättelser
- Framtagit nya rutiner för patientsäkerhet
- Utvecklat kvalitetsledningssystem kring patientsäkerhet
- Kompetensutveckling inom patientsäkerhet
- Påbörjat uppföljning av samarbete mellan skola och socialtjänst
- Införande av systematiks uppföljning inom missbruksområdet
- Målområden och indikatorer för att följa utvecklingen hälsa bland barn och unga
- Genomfört utbildningar i systematisk uppföljning
- Utarbetat samarbetsformer mellan region och kommun för att arbeta med kunskapsspridning

Effekter:

- Minskade väntetider
- Fler barn och unga som har fått utredning och första bedömning
- Fördelning av rätt nivå

Samverkan för personer med samsjuklighet

Insats:

- Insatser i samverkan mellan kommuner, regioner och intresseorganisationer
- Samordning
- Verksamhetsutveckling
- Personalförstärkning
- Kompetens- och kunskapsutveckling

Aktiviteter:

- Samverkansprojekt

- Regional koordinering, framtagande av handlingsplaner, samordning av arbete med SIP
- Utveckling och utökning av verksamheter och nya samverkansstrukturer
- Kartläggningar, förstudier och analyser inom området, brukarrevisioner
- Utbildningar

Mål:

- Att i högre grad kunna erbjuda rätt stöd i rätt tid så att fler klienter kan lämna missbruks- och beroendevården och att färre återvänder
- Öka patientsäkerheten
- Utveckla ett effektivare arbetssätt
- Bättre samordning och samsyn för att kunna ge en bättre vård och stöd
- En mer sammanhållen vård, stöd- och omsorg för individen i behov av insatser från flera verksamheter på individens villkor
- Ökad egenmakt och inflytande hos patienter/klienter
- Förebygga psykisk ohälsa, främja psykisk hälsa, erbjuda stöd i tidigt skede
- Implementera nya samverkansmodeller, arbetssätt och metoder

Perspektiv:

Tillgänglighet, Barnrättsperspektivet, Ungdomars perspektiv, Patient-, brukar- och anhöriginflytande

Prestationer:

- Rekryterade personer, t.ex. länssamordnare, koordinators, processledare, brukarsamordnare, peer support
- Framtagna överenskommelser, läns gemensamma handlingsplaner
- Uppstartade styrgrupper, ledningsgrupper,
- Genomförda kartläggningar och analyser
- Uppstart av samverkansprojekt, HLT-team, integrerade verksamheter
- Genomförda utbildningar, workshoppar, seminarier i samverkan
- Genomfört arbete utifrån metoder, t.ex. IPS, BarnSäkert, PAX

Effekter:

- Mer strukturerad samverkan kring personer i behov av insatser från flera verksamheter
- Tydligare fokus på brukare och användare i det fortsatta arbetet i länet
- Ökad kompetens inom verksamheten för att bättre kunna möta brukarnas behov av stöd och behandling vid samsjuklighet
- Närmare kontaktvägar för professionen och bättre kunskap om varandras verksamhetsområden
- Förbättrad kännedom om SIP-processen och vikten av god kvalitet i SIP
- Effektivare/utvecklade arbetssätt - mer tydlighet i ansvarsfördelning och roller
- Analyser kommer att ligga till grund för det fortsatta arbetet
Klienter med påbörjad sysselsättning

Patient- och brukarinflytande

Insats:

- Tillsättning av resurs (t.ex. brukarinflytandesamordnare)
- Ta till vara på erfarenhet och kunskap som patienter/brukare har (organisering av brukarorganisationer, samverkansvägar, m.m.)
- Implementering och utveckling av patientfokuserade metoder och arbetsätt

Aktiviteter:

- Anställning av resurs
- Gemensamma forum/nätverk
- Implementering av metoder för inflytande och delaktighet tillsammans med brukarorganisationer
- Utökad arbete med planer (SIP, GFP, VP)

Mål:

- Ökat inflytande och delaktighet
- Ökad kunskap och förståelse
- Ökad patientsäkerhet
- Ökad tillgänglighet

Perspektiv:

Tillgänglighet, Brukar-, patient-, anhöriginflytande, Mångfald (i år), Barn och unga/Barnrättsperspektivet (i år)

Prestationer:

- Praktiskt arbete av anställd resurs (samverkansmöten, struktur för medverkan, direktkontakter med lokala föreningar m.m.)
- Erfarenhetsbank (bestående av personer som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa)
- Direkta arbeten/uppdrag prestationer från/av brukare/patienter (brukarrevisioner, patientstyrd inläggning, stöd till andra genom peer support)
- Etablerat dialogform, arbetsgrupper, rörelser
- Arbetsätt och metoder implementerade
- Utbildningar i psykisk hälsa för beslutsfattare, medarbetare och allmänhet
- Framtagande av rutiner, mallar, checklistor, stöd, avtal

Effekter:

- Ökad transparens, delaktighet och medskapande
- Personlig erfarenhet kan bli till tillgång
- Nått ut till fler målgrupper, bl.a. med hjälp av digitalisering
- Fler barn och unga som har fått utredning och första bedömning
- Ökat fokus på förebyggande och främjande
- Ökad kunskap och förståelse för psykisk ohälsa, erfarenhetsutbyte, insikt om nyttan av brukarinflytande
- Struktur för hur medverkan kan se ut

Psykiatrisk traumavård

Insatser:

- Kompetenshöjande insatser
- Kris- och traumabehandlingsinsatser (till barn, unga och vuxna)
- Verksamhetsutveckling
- Insatser i samverkan (socialtjänst, SFI, Stadsmissionen, Polisen, Migrationsverket, Kriminalvården, Röda korset, inom regionen)

Aktiviteter:

- Utbildning och handledning
- Utveckling av nya verksamheter och nya strukturer
- Riktade behandlings- och stödinsatser
- Personalförstärkning
- Informationsspridning, inkl. digital

Mål:

- Erbjuda tidiga insatser för individer med trauma
- Erbjuda evidensbaserad traumavård utifrån individens behov
- Ge individen redskap för att hantera trauma, öka kunskapsspridning
- Utveckla en ändamålsenlig psykiatrisk traumavård för befolkningen i länet
- Öka psykisk hälsa hos föräldrar med PTSD, barn som anhöriga
- Erbjuda behandling på området våld i nära relationer
- Minska individens lidande och självdestruktivt beteende
- Nå fler personer; fånga barn och unga som lider av trauma
- Öka tillgänglighet till traumabehandling, minska väntetider
- Säkra en jämlik och resurseffektiv vård
- Öka kompetens och kunskap hos personal (i behandling, diagnostik, bemötande, metoder, våldsutsatthet)

Perspektiv:

Tillgänglighet, Mångfald, Barnrättsperspektivet, Ungdomars perspektiv

Prestationer:

- Genomförda utbildningar, t.ex. EMDR, KBT, CPP, PLR, Trauma på kartan, Våld i nära relationer m.m.
- Genomförda behandlingar, föräldragrupper, patientgrupper
- Barnahus, öppen mottagning, flyktingmottagning
- Framtaget material, podd

Effekter:

- bättre vård för patienter med trauma, minskat kliniskt lidande hos patienter
- fler genomförda traumabehandlingar
- minskade väntetider till traumabehandling
- ökad möjlighet att fånga upp våldsutsatta personer
- ökad kunskap och kompetens hos personal

Bilaga 3. Arbete med olika perspektiv inom området god vård och omsorg

Regionernas redovisning

Fjorton regioner har arbetat särskilt med barnrättsperspektivet, och lika många har arbetat med ungdomars perspektiv. Vad gäller barnrättsperspektivet så är regionernas redovisningar kortfattade. Sammantaget kan det konstateras att det handlar om att arbeta med barnkonventionen, kompetenshöjning och barnombud. Ungdomars perspektiv går in i barnrättsperspektivet, vilket inte är konstigt. Här beskriver någon region att det behövs en ”låg tröskel” i termer av en ingångslösning så att ungdomar själva kan ta kontakt med vården. En annan region skriver att de efterfrågat ungdomars erfarenheter och behov för att förstå vad som behövs.

Fjorton regioner har arbetat med anhörigperspektivet. Det handlar om att inkludera hela familjen när någon är sjuk. Inkluderingen görs ofta genom behandlingsmetoder som används eller genom anhörig/föräldragrupper. Stort fokus är på föräldrar/vårdnadshavare som anhöriga - barn/ungdomar eller mor/farföräldrar som anhöriga nämns inte. Nio regioner har jobbat med patient-, brukar- och anhöriginflytande. Detta har skett via brukarråd, patient- och brukarmedverkan, systematiskt brukarinflytande, fokus/dialoggrupper och strukturerad samverkan.

Närpå samtliga regioner, 19 stycken, har arbetat med tillgänglighet. Flera skriver om olika sätt att korta ned väntetider, både för första kontakt men även för utredningar. Exempel på åtgärder som används i syfte att korta ned väntetider är hyrpersonal, köpa utredningstjänster från externa aktörer. Insatsen ”En väg in” nämns av några regioner som ett sätt att lotsa stöd/vårdsökande rätt tidigt i processen och beskriver även insatsen som ett sätt att vara en ”låg tröskel in” för ungdomar och vårdnadshavare att söka hjälp, stöd och vård. Några regioner skriver om tydliga strukturer och processer samt vikten av samverkan och samarbete mellan funktioner som ett sätt att öka tillgängligheten. Digitala kontaktmöjligheter för att söka vård är ett annat sätt som ganska många regioner beskriver ökar tillgängligheten. Någon region skriver om att fysiska möte med tolk kan underlätta tillgängligheten för personer med språksvårigheter.

Tolv regioner har redovisat arbete utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Det är ett relativt starkt verksamhetsfokus i de beskrivningar som finns, t.ex. kring att öka och formalisera samarbeten mellan viktiga funktioner samt kunskapsstöd för jämlik vård. Jämställdhet har fokuserats av fem regioner. De få som skrivit något skriver om likvärdighet kring bedömningar och insatser, vilket tangerar jämlikhet eller till och med patientsäkerhet/rättssäkerhet.

Kommunernas redovisning

Ett hundratal kommuner har arbetat särskilt med barnrättsperspektivet. Generellt skriver många kommuner om arbeten kring att stärka barnets sociala kontakter/nätverk samt att barn ska få en aktivare fritid och utökad livskvalitet. Några kommuner skriver att det är en friskfaktor och trygghet för barnet om familjen kan försörja sig själva.

Som nämnts tidigare är kompetensutveckling en av de vanligast förekommande aktiviteterna inom de insatser som kommunerna arbetat med. Ur ett barnperspektiv kan det konstateras att kompetensutvecklingen sammantaget inkluderar flera olika komponenter:

- Barnkonventionen
- Signs of safety
- NPF
- Trauma (0–16 år)
- Psyk-E Bas
- Psyk-E suicid
- Generella utbildningar i ökad förståelse, bemötande och stöd/insatser
- Barnrättsdagen
- Psykiatrivecka (barnrättsperspektivet del av föreläsningar)

Av kommunernas redovisningar framgår det att barnkonventionen implementeras och efterföljs inom:

- Barnperspektiv utredningar/handläggning
- Utbildningar i konventionen
- Barns delaktighet i allt som rör och kan påverka barnet
- Barns rätt till stöd
- Barns rätt till information, både direkt och indirekt
- Barns rättigheter
- Framtagna riktlinjer, rutiner och processer

Några konkreta metoder och arbetssätt som lyfts fram i redovisningarna är:

- Arbetsmetoden Barnsäkert
- Signs of safety, erfarenhetsbaserad riskbedömningsmodell
- CPS, samarbete för problemlösning
- PAX, studiero och trygghet i klassrummet
- Barnrättsresan – processtöd från barnombudsmannen
- FFT, funktionell familjeterapi
- Andra evidensbaserade metoder (ej namngivna)
- Tryggare barn – behandlingsmetod

I redovisningarna finns det också exempel på hur kommunerna arbetat med barnperspektivet i socialtjänsten. Några av dem anges nedan:

- Barnperspektiv i socialtjänstens alla områden, några som nämns utöver Barn/familj (IFO) är: ekonomiskt bistånd, socialpsykiatri, missbruk, anhörigstöd
- Barnperspektiv i vräkningsförebyggande arbete
- Barnrättsresan – processtöd från barnombudsmannen

- Barn- och ungdomsråd
- Barn som anhöriga
- Utveckling av familjeorienterat boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning
- Identifiering av barn i familjer vars vuxna får stöd inom socialpsykiatri eller missbruk.

För att stärka föräldrar/föräldraförmåga och familjen som helhet har kommuner redovisat följande typer av verksamheter:

- Hembesöksprogram
- Föräldrastödjare
- Familjerådslag
- Verktyg (standardiserat skattningsformulär) för alla familjemedlemmar för att skatta upplevt familjeklimat
- FFT, funktionell familjeterapi
- Föräldrautbildningar, ex: KOMET (KOMMunikationsMETod), ABC (Alla barn i centrum), utbildning till nyanlända föräldrar (barnrättsperspektiv och jämställdhet)

Totalt 72 kommuner anger att de arbetat med ungdomarnas perspektiv. Här skriver många om satsningar både kring hälsa, sociala aspekter och familjedynamik, samt att ungdomshälsa behöver satsas och beaktas utifrån/på ungdomarnas egna villkor och att detta innebär proaktivt arbete. Många kommuner skriver om arbeten som har fokus på barn som är placerade i familjehem eller har andra korttidsplaceringar/boenden/verksamheter samt hur ”hemtagning”/hemgångsprocesser” behöver arbetas med så att barnen/ungdomarna blir sedda och inte hamnar mellan stolarna. Några skriver om framgång med resursskola. En hel del kommuner slår ihop satsningar inom barn och unga, vilket inte är konstigt eftersom målgruppen rent åldersmässigt är flytande.

Totalt 50 kommuner redovisar att de arbetat särskilt med jämställdhet, och strax över 70 med jämlikhet. En reflektion är att dessa perspektiv ibland blandas samman. Givet detta så har man arbetat med jämställdhetsperspektivet inom följande områden/satsningar:

- Sysselsättning
- Stöd och insatser oavsett kön
- Föräldrastöd, jämställt föräldraskap
- Integration mellan befolkningsgrupper
- Nyanlända föräldrar
- Jämställdhet inom området hedersrelaterat våld
- Handlingsplan för suicidprevention
- Utbildningar

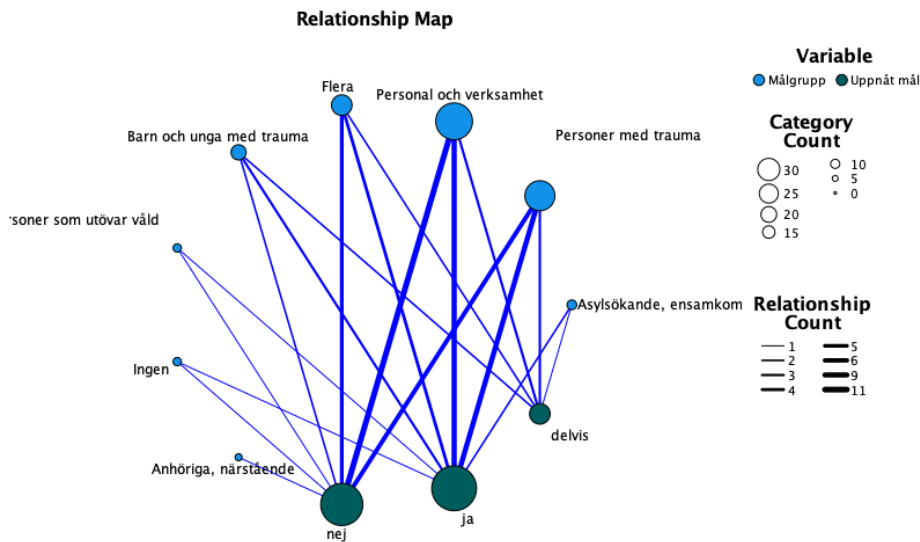
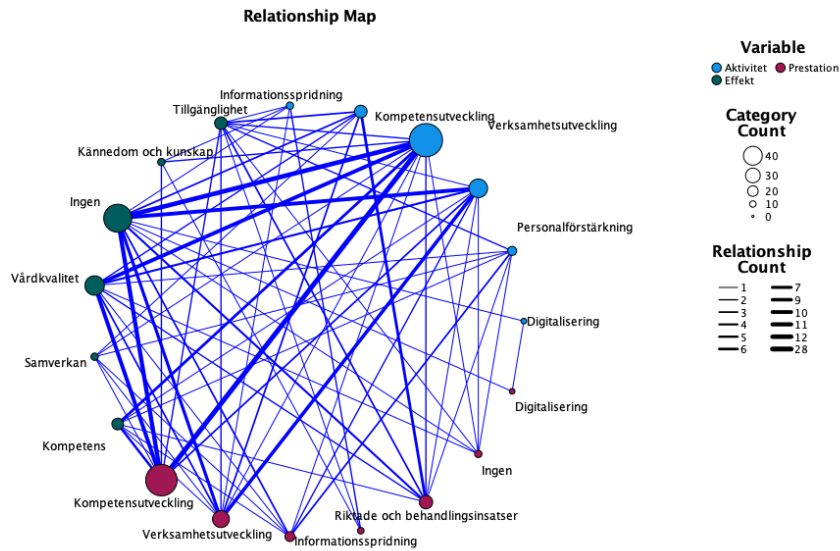
Jämlikhetsperspektivet har på motsvarande sätt arbetats med inom följande områden/satsningar:

- Frigörande av individens egna resurser
- Antistigmatisering (arbete för att motverka stigmatisering)
- Allas rätt att ta del av samhället och samhällets stödinsatser
- Case management som en insats för att främja jämlikhet

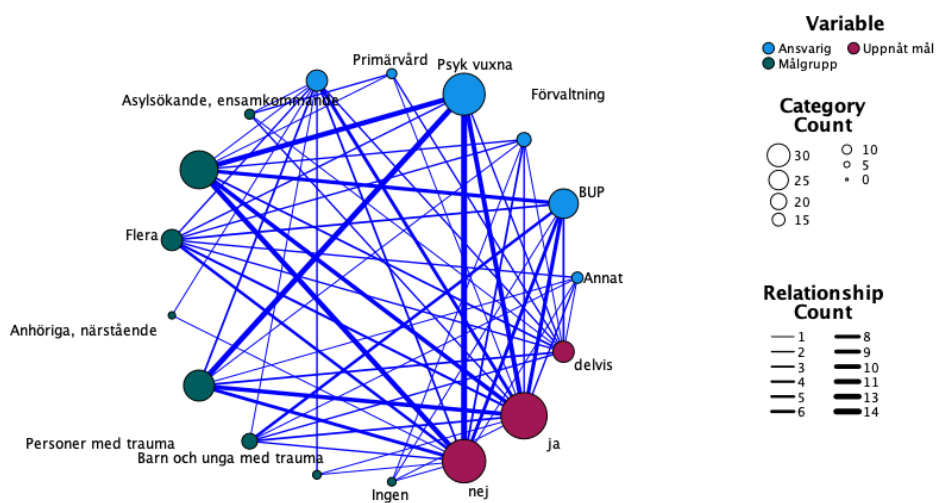
- IBIC och Systematisk uppföljning som verktyg för att främja mer jämlik socialtjänst
- Utbildningarna Psyk-E bas och Psyk-E bas suicid för att höja kompetens kring gruppen/området psykisk ohälsa
- Jämlikare villkor och möjligheter kring arbetsinriktade insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning
- Individens egenkraft – möjlighet att utvecklas och delta i samhället för lika villkor
- MI och ESL för ökad egenmakt
- Gynna återhämtning
- Handlingsplaner för suicidprevention

Andra perspektiv som lyfts fram är patient-, brukar- och anhöriginflytande (93 kommuner), tillgänglighet (89 kommuner), äldres perspektiv (51 kommuner), hbtqi (20 kommuner) och mångfald (24 kommuner).

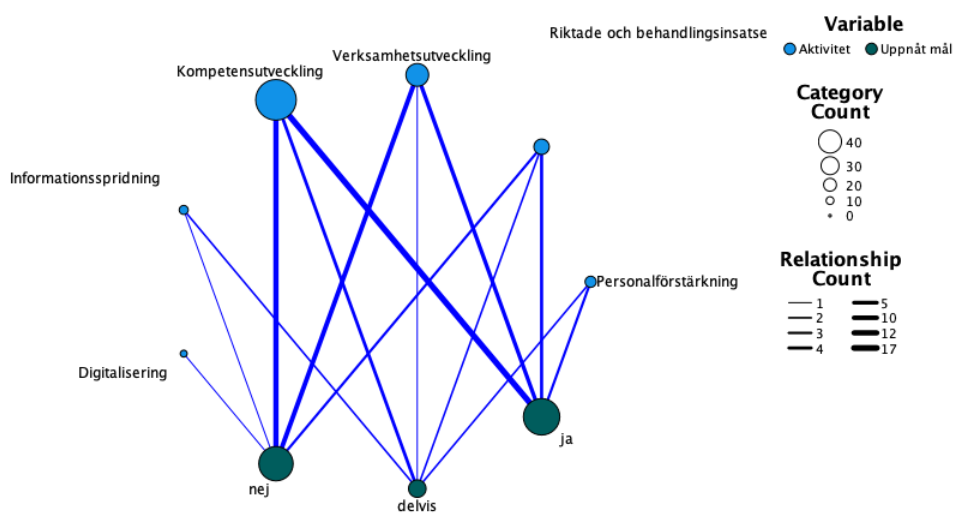
Bilaga 4. Visualisering "relationskarta" – området psykiatrisk traumavård



Relationship Map

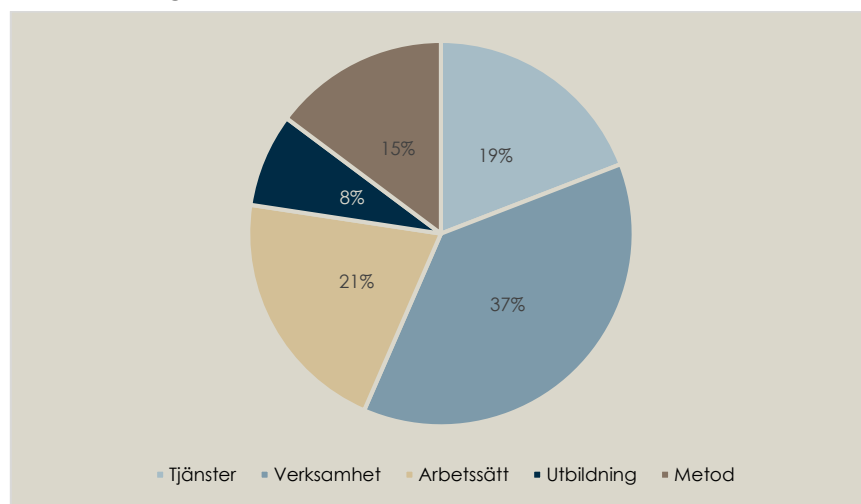


Relationship Map



Bilaga 5. Exempel på insatser som beslutats bli en del av ordinarie verksamhet 2021

Figur 1. Insatser beslutade bli en del av ordinarie verksamhet 2021, per insatstyp (region, län)



Verksamhetsutveckling (43 insatser i 19 län/regioner):

- Utveckling/implementering av verksamheter som till exempel första linjen, En väg in, UMO, HVB, MiniMaria, Barnahus
- Implementering av projekt
- Utveckling av kunskapsstyrningsorganisation
- Produktionsplanering
- Överenskommelser, rutiner, anvisningar
- Samverkansgrupper, länsstrukturer, styrgrupper, samverkansmöten m.fl.
- Organisatoriska förändringar
- Handlingsplaner, strategier för suicidprevention
- Kommunikation

Tjänster och funktioner (22 insatser i 13 län/regioner):

- Personalkostnader generellt
- Personalkostnader specifika professioner; sjuksköterskor, kuratorer behandlingsassistenter, psykologer, personal till traumamottagning
- Samordnande funktioner, t.ex. brukarsamordnare, inflytandesamordnare
- Brukarrevisor
- Peer supporter
- SIP-utbildare, MHFA-instruktörer
- IKB-team
- Case manager

Arbetsätt (24 insatser i 16 län/regioner):

- Ändrad arbetsordning för hälsoundersökningar placerade barn
- Tidiga insatser inom psykiatrisk öppenvård
- Former för remisshantering En väg in
- Triagering
- Etablering av modeller, t.ex. BarnSäkert-modellen
- Dialog/samverkan med intresseorganisationer, brukarrepresentation
- Gruppverksamhet
- Tvärprofessionellt arbetsätt
- Uppföljningar av avvikelser, uppföljningsindikatorer
- Målgruppsanalyser, omvärldsanalyser, brukarrevisioner m.m.
- Nya arbetsätt (systematiskt arbetet med vissa metoder som tydligt beskrivs som ett arbetsätt)

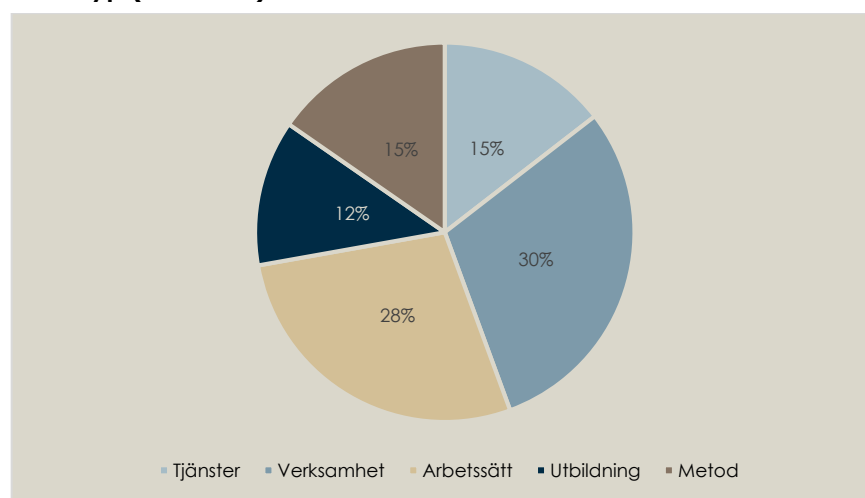
Metoder (17 insatser i 12 län/regioner):

- Filmer och manualer vid psykopedagogisk behandling
- Filmer och material till patienter och anhöriga
- Digitala lösningar, videobesök, digital information, föreläsningar, appar, digital ungdomshälsa, UMO-online, traumapodd, internetbehandling m.m.
- Återhämtningssguiden
- Psykologiskt stöd för barn i samband med förhör kring sexuella övergrepp
- Hälsosamtal för unga
- EDMR, KBT, PE
- ACT m.fl.

Utbildningar (6 insatser i 9 län/regioner):

- Kompetenshöjning, utbildningsinsatser till personal
- Föreläsningar till föräldrar och personal
- Material och kunskap om samtal/möten med målgrupper
- PLR, Lågaffektivt bemötande, BarnSäkert-utbildning, MHFA

Figur 2. Insatser beslutade bli en del av ordinarie verksamhet 2021, per insatstyp (kommun)



Bilaga 6. Analys av handlingsplaner – utvecklingsbehov

Tabell 1. Områden där två eller fler län har presenterat utvecklingsbehov samt antalet län som nämner dem

Tema för utvecklingsbehov	Antal län
Suicid och suicidprevention	6
Brukarmedverkan	5
Styrning och ledning, uppföljning	5
Psykisk ohälsa hos unga	4
Gymnasiebehörighet och skolgång	4
Samordnad individuell plan	4
Tidiga upptäckter och insatser	4
Unga utanför arbetsmarknaden	4
Samordning gällande barn och unga	3
Psykisk ohälsa hos äldre	3
Stöd till anhöriga	3
Ungdomsmottagningar	2
Nationella riktlinjer, vård- och insatsprogram	2
Stigmatisering och allmänhetens kunskap	2
Information till brukare/patienter	2
Tillgänglighet till psykiatrisk vård	2

Bilaga 7. Analyser och metoder inom lärande utvärdering

Bild 1. Aktörskarta – samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa, Region Gävleborg

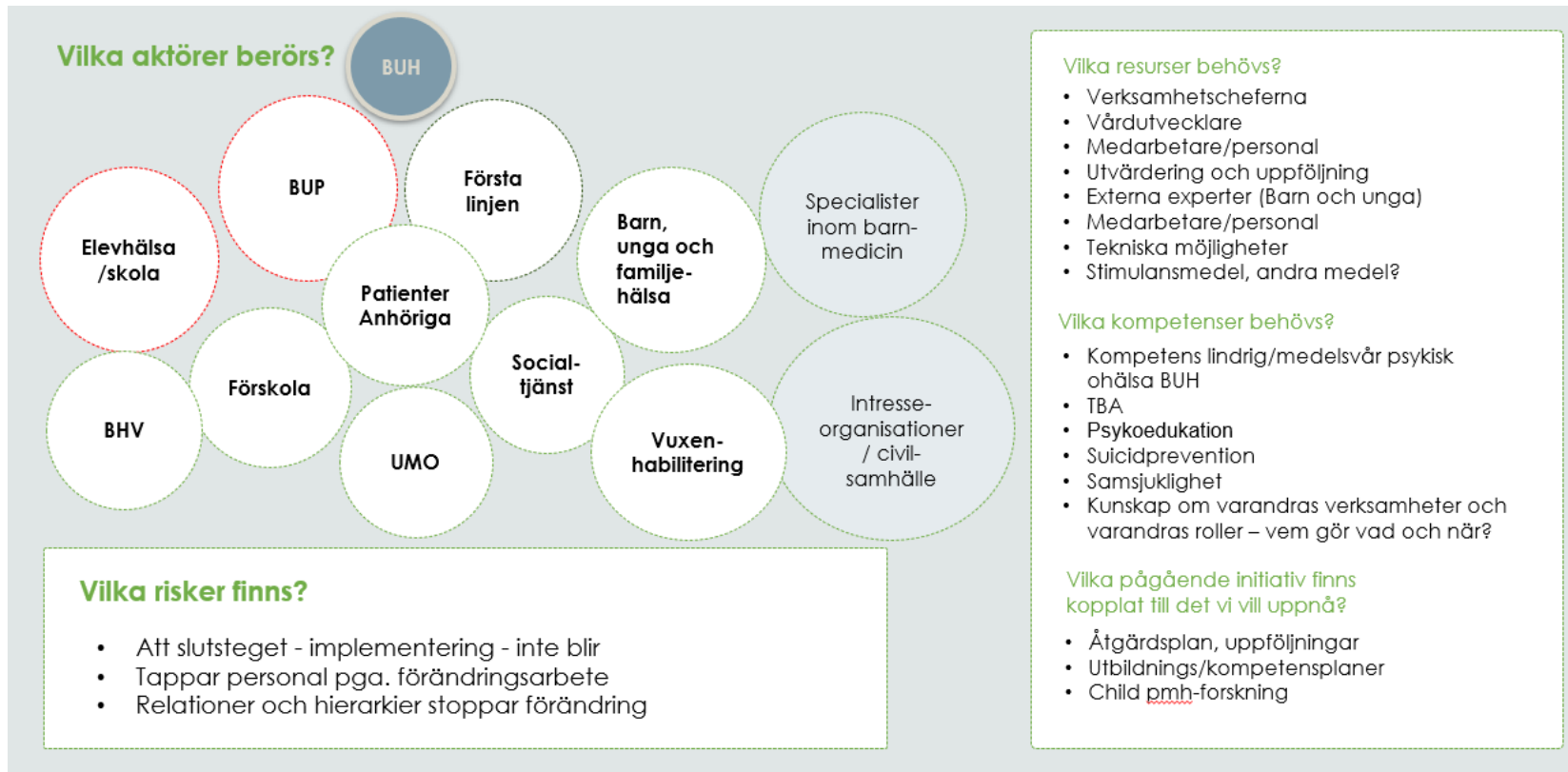


Bild 2. Aktörskarta – samverkan kring barn och unga i Värmland

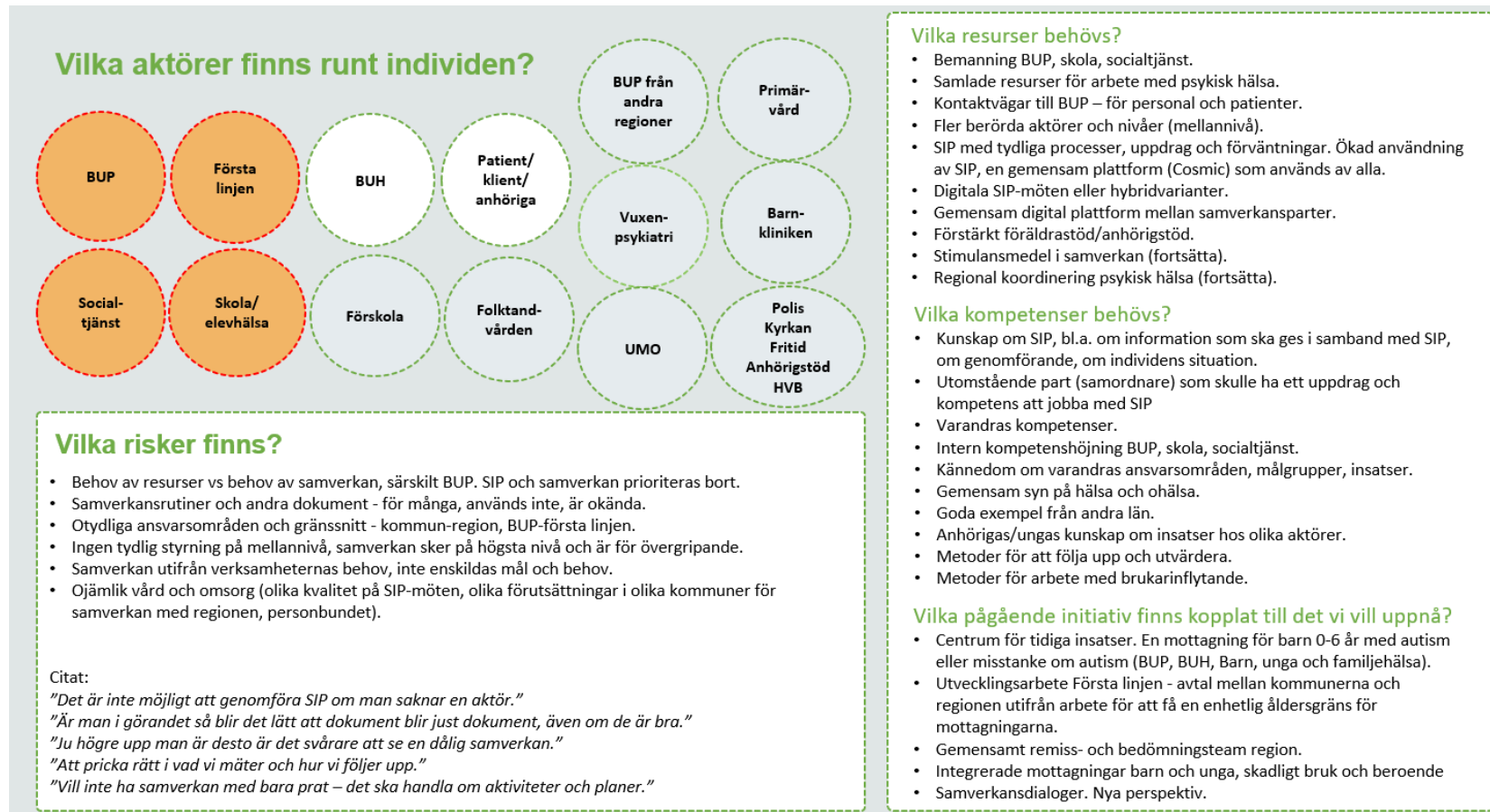


Bild 3. Aktörskarta – samverkan kring barn och unga Värmlands län med samverkansdokument

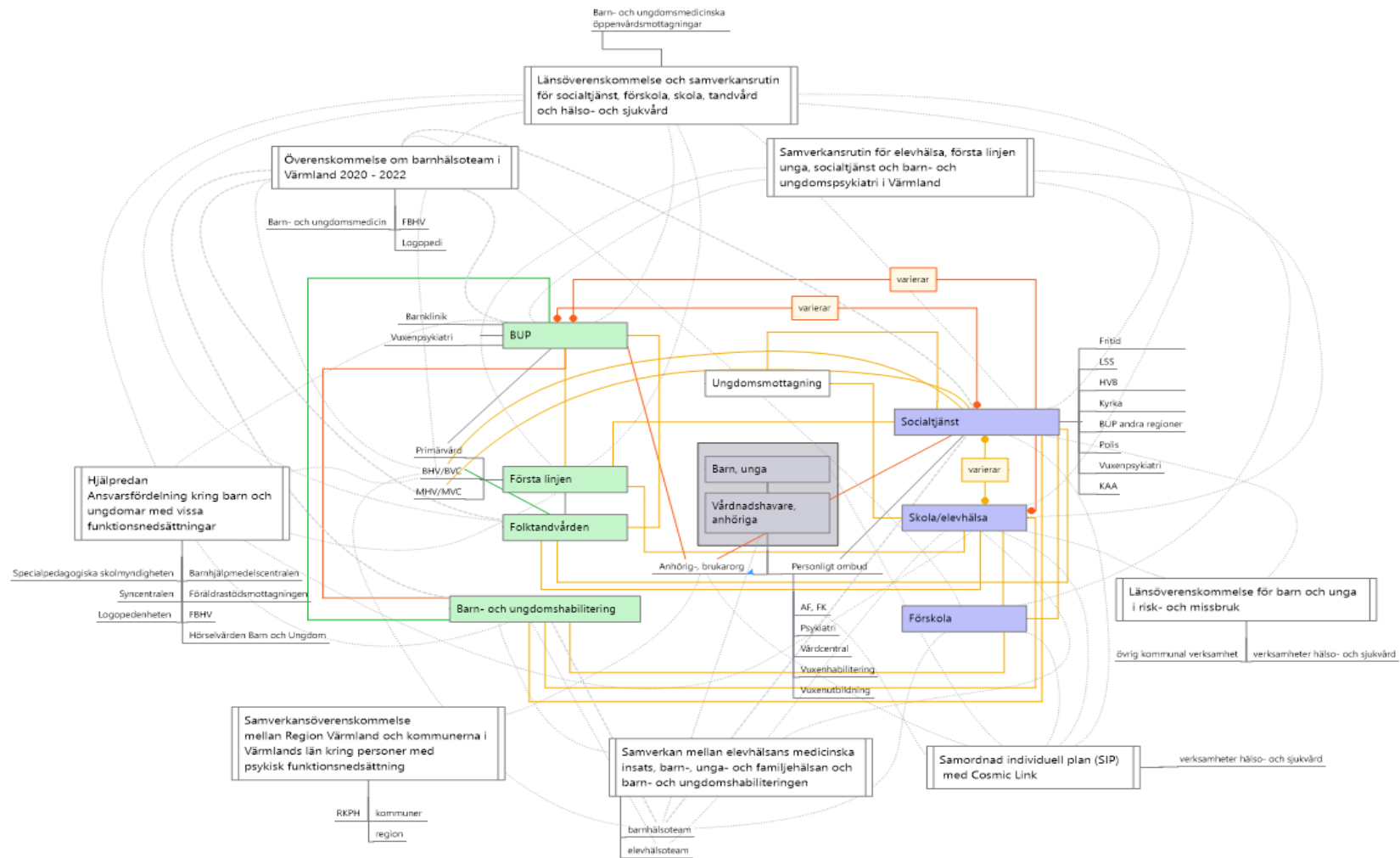


Bild 4. Aktörskarta projekt MyKey Luleå kommun

