

Kompetenssatsning 2009–2012

Personal som kommer i kontakt
med personer med psykisk sjukdom
eller psykisk funktionsnedsättning

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2013-6-20

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2013

Förord

På regeringens uppdrag fördelade Socialstyrelsen 428,5 miljoner kronor till kommuner och landsting under perioden 2008–2011. Syftet var att förstärka kompetensen bland personal som kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Projektansökningarna utformades av kommuner och landsting gemensamt och i samverkan med brukar-, patient- och anhörigföreningar.

Socialstyrelsen fördelade medlen i slutet av åren 2008–2011 och besluten avsåg verksamheter under påföljande kalenderår.

Denna rapport är en slutredovisning av uppdraget. Här redovisar Socialstyrelsen de kompetensstärkande aktiviteter som genomfördes under hela perioden och de resultat och effekter som kan avläsas i verksamheterna samt bland brukare och patienter.

Rapporten kan även vara av intresse för utbildningsansvariga i kommuner och landsting, för patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt för utbildningsanordnare och andra aktörer som driver eller planerar kompetensstärkande aktiviteter.

Rapporten har skrivits av utredaren Dick Lindberg som också varit projektledare. Ansvarig enhetschef för uppdraget har varit Ann Holmberg.

Taina Bäckström
Ställföreträdande myndighetschef

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	6
Socialstyrelsen konstaterar	7
<i>Satsningens bakgrund och genomförande</i>	8
Regeringens uppdrag	8
Socialstyrelsens anvisningar	9
Förlängda tider för genomförande	9
Metod	10
Andra satsningar som pågick under perioden 2007–2012	10
<i>Resultat</i>	12
Satsningen har nått ut i hela landet	12
Specifika grupper i fokus	16
Utbildningar med stor variation	18
Tre strategiska områden	22
Har satsningen nått sina mål?	23
Kommunenkät	28
<i>Diskussion och slutsatser</i>	29
Två huvudslutsatser	29
Brukar- och anhörigmedverkan	30
Staten kan ge bättre förutsättningar för långsiktighet	30
En mer evidensbaserad praktik	31
Aktiviteter har nått fler målgrupper	31
<i>Referenser</i>	33
<i>Bilaga</i>	35

Sammanfattning

Regeringen har under fyra år satsat på att förstärka kompetensen för personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Detta är Socialstyrelsens slutrapport.

Socialstyrelsen har fördelat medel till 289 projekt, och huvudmännen har genomfört utbildningar motsvarande cirka 10 000 kursdagar. Minst 30 000 personer har deltagit i dessa utbildningar. Utbildningsinsatserna har förbrukat 406 av de 428,5 miljoner kronor som fördelades från 2008 till och med 2011.

Resultaten visar att projekten når ut förhållandevis väl till baspersonalen i kommuner och landsting. Detta är personal som arbetar nära personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning men som ofta saknar grundläggande utbildning inom området och har stora behov av kompetensutveckling.

Kompetenssatsningen har nått ut till alla kommuner och landsting och flera högskolor och universitet har varit engagerade i utbildningarna. Efter satsningens slut erbjuder dock endast ett par universitet kurser som rör arbetet med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

I de flesta projekten har huvudmännen bjudit in brukar- och anhörigföreningar att delta i projektplanering och i styrning av projekten. Många utbildningar har också anlitat brukare och anhöriga som föreläsare.

I några projekt har brukarrevisioner och utbildning av brukarrevisorer utvecklats. Det är brukare eller f.d. brukare som har fått utbildning som brukarrevisorer och därefter granskat kvaliteten i en verksamhet som riktar sig till personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Brukarrevisioner har genomförts på flera orter, i regel utifrån ett forsknings- och utvecklingscentrum, ett regionförbund eller en kommun. Det är sällan som brukarföreningar själva har tagit initiativ till brukarrevisionerna.

I några län har kommuner och landsting skapat gemensamma strukturer, t.ex. gemensamma styrgrupper för att planera och genomföra kompetensutvecklingen för personalen. I flera av dessa ingår representanter för brukar- och anhörigföreningar. På så sätt har förutsättningar skapats för en långsiktig gemensam kompetensutveckling för personal som arbetar med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Flera projekt har utvecklat kurser och annat utbildningsmaterial som finns publicerade på internet. Dessa kunskapskällor kommer i framtiden även att finnas tillgängliga för personal från andra kommuner och landsting. Ett par av dessa har publicerats på Socialstyrelsens webbportal Kunskapsguiden, och ytterligare några webbutbildningar kan bli aktuella för publicering på denna portal.

Ett krav på utbildningarna var att kommuner och landsting skulle planera dem gemensamt, vilket de har gjort och visat att det har haft god effekt. Med några få undantag har alla utbildningar planerats i gemensamma styr-

grupper, och de riktades till både kommun- och landstingsanställd personal. Många deltagare vittnar om att de genom utbildningarna har skapat kontakter och fått förståelse och respekt för personal som inte tillhör den egna organisationen. Detta har underlättat den del av arbetet som kräver samarbete över de organisatoriska gränserna. I flera län har man också byggt upp ett gemensamt arbete med vård- och stödsamordnare.

Uppföljningen visar att kompetenssatsningen har bidragit till att uppnå målet att utveckla en evidensbaserad praktik som förenar vetenskaplig och professionell kunskap med den enskildes erfarenheter och önskemål.

Socialstyrelsen konstaterar

Sammanfattningsvis drar Socialstyrelsen följande slutsatser:

- Det stora intresset för de grundläggande utbildningarna i denna satsning visar att det finns ett behov av en reguljär grundutbildning för personal som vill arbeta med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.
- Regeringens krav att projektansökningarna skulle vara utformade i samverkan med brukar- och patientanhörigorganisationer visade sig vara en framgångsfaktor. Så gott som alla projekt har inbjudit brukar- och anhörigrepresentanter till planering, styrning och genomförande av utbildningarna.
- Kommuner och landsting behöver fortsätta att utveckla sitt samarbete med syftet att få en samordnad och kontinuerlig fortbildning för all personal inom området psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.
- Socialstyrelsen bedömer att eventuella framtida statliga satsningar bör beakta huvudmännens behov av att planera och genomföra aktiviteter under en längre period. Myndighetsbeslut om bidrag till enskilda projekt skulle kunna fattas för t.ex. tre år i stället för ett.

Satsningens bakgrund och genomförande

Bakgrund

Regeringen beslutade om ett statsbidrag 2008–2011 för att höja personalens kompetens i den psykiatriska hälso- och sjukvården och i socialtjänsten. Beslutet byggde på den nationella psykiatrisamordnarens slutbetänkande [1] och Socialstyrelsens rapport *Baspersonalens kompetens – förslag till kompetensförstärkningar i hälso- och sjukvård och socialtjänst* [2]. I rapporten påpekar Socialstyrelsen att det finns ett stort behov av en gemensam grundutbildning för baspersonalen. En bidragande orsak är bl.a. att den nationella skötarutbildningen upphörde på 1990-talet.

Regeringens uppdrag

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att ta emot länsvisa ansökningar från kommuner och landsting, och att fördela medel för att stärka kompetensen hos personal i socialtjänsten och den psykiatriska hälso- och sjukvården. Det gällde personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning [3, 4]. I uppdraget ingick också att fortlöpande informera regeringen om hur det fortskrider. Tre delrapporter har lämnats: 2010, 2011 och 2012 [5-7]. Denna rapport är den fjärde och sista.

Mål för satsningen

Målet för satsningen var att stimulansmedlen skulle stödja huvudmännen i arbetet med att öka personalens kompetens om behoven hos personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning och att förmedla kunskap inom tre strategiska områden:

- vård och behandling
- boende och vardagsstöd
- meningsfull sysselsättning och rehabilitering till arbete.

Villkor

I direktiven gav regeringen följande villkor för satsningen [3, 4]:

- Ansökningarna ska göras gemensamt av kommuner och landsting och vara utformade i samverkan med brukar-, patient- och anhängarföreningar.
- Ansökningarna ska innehålla en utvecklingsplan för hur den kunskap som uppnås i satsningen är tänkt att tas till vara långsiktigt i kommunernas och landstingens ordinarie kompetensutveckling.

- Utbildningarna ska vara metodutvecklande och tillvarata nya möjligheter, perspektiv och samverkansformer.
- Medlen får inte finansiera huvudmännens löne- eller vikariekostnader för personal som deltar i utbildningarna eller kostnader för lokaler, resor och kringkostnader.

Socialstyrelsens anvisningar

Socialstyrelsen fick i uppdrag att närmare definiera villkoren för medlen, och i inbjudan till kommuner och landsting att ansöka om projektbidrag angav Socialstyrelsen att satsningen skulle bidra till [8]:

- en långsiktig kompetensutveckling i landsting och kommuner
- en evidensbaserad praktik
- en kunskapsbas som är gemensam för kommuner och landsting
- ett ökat tillvaratagande av patienters, brukares och anhörigas kunskaper och erfarenheter samt ett ökat inflytande för dem.

Målgrupp med fokus på baspersonal

Av Socialstyrelsens inbjudan framgick också att kompetensförstärkningen skulle ske med fokus på baspersonal, i första hand yrkeskategorier såsom skötare, vårdare, undersköterskor, boendestödare, personal inom rehabilitering och sysselsättning samt behandlingsassistenter [8]. Satsningen var också, i andra hand, avsedd för annan personal, t.ex. läkare, sjuksköterskor, psykologer och kuratorer. Satsningen omfattar även personal som arbetar i de verksamheter som drivs på uppdrag av kommuner och landsting.

Prioritering – modeller och länssamordning

Utöver de redovisade villkoren för att erhålla medel prioriterades

- projekt som också syftar till att pröva utbildningsmodeller som kan ingå i program för långsiktig kompetensutveckling
- projekt som ingår i samordnade satsningar över kommungränserna inom ett helt län eller ett större landstingsområde.

Förlängda tider för genomförande

Den första återrapporteringen i juni 2010 avsåg medel som hade använts under det första verksamhetsåret 2009 [5]. Denna rapport visade tydligt att kommuner och landsting behövde längre tid för att inventera utbildningsbehoven, skapa fungerande samordnade projektorganisationer och inte minst upphandla utbildningar som motsvarade de identifierade behoven. Uppföljningen efter det första verksamhetsåret visade att huvudmännen endast hade hunnit förbruka en mindre del av de 130 miljoner kronor som beviljades i december 2008.

Socialstyrelsen hade löpande kontakter med projekten, och kommuner och landsting hade starka önskemål om att under åren 2010–2012 få använda de beviljade medlen under längre tidsperioder. I augusti 2010 beslu-

tade myndigheten därför att förlänga projekttiden för medel som fördelades 2008–2009, och 2011 beslutades att samtliga projekt som hade beviljats medel 2008–2010 skulle få förlängd projektid, t.o.m. 2012.

Stoppdatum för slutredovisningar av verksamheterna och de uppnådda resultaten sattes till den 15 oktober 2012. Slutdatum för ekonomiska slutredovisningar var den 1 mars 2013.

Metod

Underlaget för denna rapport har hämtats från projektens redovisningar, utvärderingar, e-post och telefonkontakter med projektledare, intervjuer med företrädare för åtta av projekten samt annat material som projekten har producerat. Dessutom fick samtliga kommuner i landet svara på frågor inom ramen för Socialstyrelsens kommunenkät inom funktionshinderområdet. En mer utförlig beskrivning av metoden finns i bilagan.

Andra satsningar som pågick under perioden 2007–2012

Flera andra nationella satsningar inom området psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning var igång samtidigt som denna. I två av dessa har Socialstyrelsen fördelat medel för kompetensutveckling inom landstingen. En satsning avsåg inte primärt kompetensutveckling men landstingen använde delar av medlen för kompetenshöjande insatser inom barn- och ungdomspsykiatri. Dessutom har Försäkringskassan och Handisam genomfört kompetensutveckling i två olika projekt. Socialstyrelsen har dock inte analyserat i vilken utsträckning dessa har påverkat planeringen och genomförandet av denna kompetenssatsning men några landsting menar att de har varit tvungna att prioritera vilka utbildningar de ska låta personalen delta i. När det gäller Handisams projekt Hjärnkoll har flera av de ambassadörer som har utbildats där funnits med som föreläsare i de utbildningar som genomfördes i denna satsning. Nedan följer en kort sammanfattning av dessa statliga initiativ.

Statsbidrag till landstingen för att stödja utvecklingen av psykoterapeutisk kompetens

Under 2009–2012 fördelade Socialstyrelsen statsbidrag till landstingen för att stödja utvecklingen av psykoterapeutisk kompetens för befintlig hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. kompetens inom kognitiv beteendeterapi. Bidraget skulle användas till att finansiera utbildningsplatser i legitimeringsgrundande psykoterapeututbildningar och till påbyggnadsutbildningar för handledarkompetens inom psykoterapi [3, 9, 10].

Statsbidrag till landstingen för att stödja utbildning inom evidensbaserad psykologisk behandling

Regeringen avsatte 3 miljoner kronor för 2008, 6 miljoner för 2009 och 12 miljoner för 2010, för att stödja utbildning i evidensbaserad psykologisk

behandling. De flesta utbildningsinsatser som landstingen har fått bidrag för avsåg grundläggande psykoterapiutbildning med inriktning mot kognitiv beteendeterapi (KBT). 20 landsting deltog i satsningen som slutredovisades i februari 2011 [10].

Statsbidrag till landstingen för en förstärkt vårdgaranti för insatser för barn och unga med psykisk ohälsa

Under åren 2007–2012 fördelade Socialstyrelsen 214 miljoner kronor årligen till landstingen för att förbättra tillgängligheten till insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Statsbidraget utgick som ett generellt stimulansmedel de två första åren. 2009–2012 var det prestationsbaserat och kopplat till väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri. Under åren har många landsting gjort utbildnings- och kompetenshöjande insatser för att förbättra tillgängligheten [3, 11].

Kurprojektet

Försäkringskassan hade 2009–2012 i uppdrag att fördela medel för att stimulera en myndighetsgemensam kunskapsutveckling om rehabilitering för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Syftet med projektet var att personal hos Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och landsting skulle få en gemensam kunskapsbas om psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Kunskapen skulle så långt som möjligt bygga på bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet.

Hjärnkoll

Hjärnkoll är ett regeringsuppdrag till myndigheten Handisam och nätverket Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). Syftet är en ökad öppenhet kring psykisk ohälsa där målet är att alla ska ha samma rättigheter och möjligheter oberoende av psykisk funktionsnedsättning. Över 300 personer har utbildats och har berättat om sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa i olika sammanhang, t.ex. vid utbildningar och på arbetsplatser. Projektet har pågått sedan 2009 och avslutas 2014. Flera av Hjärnkolls ambassadörer har medverkat i utbildningar inom ramen för denna satsning.

Resultat

Satsningen har nått ut i hela landet

Kompetenssatsningen pågick i fyra år och har nått ut i hela landet. Samtliga landsting har bedrivit kompetensutvecklingsprojekt och samtliga kommuner har drivit eller deltagit i ett eller flera projekt. Större delen av kompetensinsatserna har letts av styrgrupper med representanter för både kommuner, landsting och brukarorganisationer.

Tabell 1. Antal beslut om projektbidrag 2008–2011 samt antal projekt som pågick 2009–2011.

År	2008	2009	2010	2011	2012	Totalt
Antal beslut om projektbidrag	63	69	81	76	0	289
Antal projekt som var igång	0	53	97	99	113	

I tabell 1 framgår att antalet pågående projekt ökade successivt under perioden 2009–2012. Det var en viss fördröjning första året då 63 projekt beviljades medel men endast 53 startade. Detta förklaras delvis av att upphandlingarna tog tid och att det i vissa fall var svårt att rekrytera projektledare.

De 113 projekt som pågick under 2012 kan delas in i tre kategorier:

- *40 fortsättningsprojekt* som beviljades medel under något eller flera av åren 2008–2010 och som hade medel kvar
- *51 förnyade projekt* som tidigare hade beviljats medel och som beviljades nya medel 2011 för att förlänga projekten under 2012
- *22 nya projekt* som hade beviljats medel för 2012 och inte bedömdes vara en direkt fortsättning på något tidigare projekt.

Tabell 2 beskriver översiktligt hur Socialstyrelsen fördelade utvecklingsmedlen årsvis 2008–2011 och hur dessa förbrukades under 2009–2012. Eftersom alla projekt inte kom igång som planerat under 2009 förbrukade kommunerna och landstingen inte heller sina beviljade medel. Endast 36,7 av 130 miljoner kronor förbrukades under 2009. Under de följande åren var projektens förbrukning större än tilldelningen, men trots det fanns denna obalans kvar när satsningen avslutades 2012. När satsningen nu är avslutad har endast 406 miljoner kronor förbrukats, av de 428,5 miljoner som fördelades. Resterande cirka 22,5 miljoner kronor har återbetalats eller kommer att återbetalas till Socialstyrelsen.

Tabell 2. Fördelade och förbrukade medel per år, fördelat per län, i tkr, 2008–2012.

Län	Statsbidrag 2008	Förbrukat 2009	Statsbidrag 2009	Förbrukat 2010	Statsbidrag 2010	Förbrukat 2011	Statsbidrag 2011	Förbrukat 2012
Stockholm	32 910	8 516	16 431	26 105	25 493	27 030	21 487	31 889
Uppsala	4 500	657	3 910	5 403	1 465	2 466	3 500	4 727
Södermanland	5 500	1 596	2 812	4 777	6 990	3 869	3 575	6 955
Östergötland	3 500	196	6 500	2 002	2 400	4 369	4 500	10 333
Jönköping	5 000	2 452	5 700	4 811	3 500	3 664	3 800	7 073
Kronoberg	3 000	259	220	1 321	1 500	1 447	2 190	3 427
Kalmar	3 500	595	4 500	1 037	2 100	2 918	2 325	7 689
Gotland	707	0	210	937	250	250	580	560
Blekinge	2 000	424	1 485	1 958	1 265	827	2 435	3 054
Skåne	18 200	7 396	15 615	13 496	10 676	15 017	9 763	13 835
Halland	2 000	141	520	1 342	1 525	1 047	1 470	2 289
V Götaland	19 125	2 730	11 552	13 376	16 438	12 688	15 310	30 950
Värmland	3 800	502	2 356	2 449	2 500	2 539	3 000	3 996
Örebro	3 500	1 057	3 600	5 219	2 500	2 728	3 200	3 676
Västmanland	2 663	340	1 720	2 000	2 970	2 304	4 170	5 203
Dalarna	4 460	2 261	3 600	3 365	1 150	1 891	3 920	5 198
Gävleborg	4 200	1 931	6 100	3 097	5 070	5 349	4 195	6 803
Västernorrland	3 965	3 280	4 300	1 825	2 562	5 564	2 600	2 758
Jämtland	0	0	1 102	881	1 200	1 002	1 282	1 003
Västerbotten	3 710	1 222	3 780	4 808	5 178	5 651	3 505	4 492
Norrbotten	3 760	1 110	3 487	3 571	2 769	4 187	2 694	2 645
Totalt	130 000	36 664	99 500	103 780	99 500	106 805	99 500	158 554

De projektansvariga anger flera skäl till denna eftersläpning. I början tog upphandlingen av utbildningarna längre tid än förväntat. Ett annat skäl är att kommunernas och landstingens personal som anmält sig till utbildningarna inte kunde delta i den omfattning som var planerad. Vårdavdelningar och mottagningar inom landstingen och verksamheter i kommunerna kunde inte frigöra personal. Det var ibland svårt att hitta vikarier och vissa kommuner och landsting hänvisade till att de inte fick använda stimulansmedlen till vikariekostnader. Därmed hade de inte möjlighet att erbjuda sin personal att genomföra utbildningarna, trots att de inte behövde finansiera utbildningarna själva. Några utbildningar sköts upp och andra ställdes in med hänvisning till att vissa regioner hade ett överutbud av utbildningar på detta område.

Utöver denna kompetenssatsning har andra statliga satsningar ibland konkurrerat om chefernas och personalens intresse och närvaro. Detta handlar i huvudsak om satsningarna till landstingen för att stödja utvecklingen av psykoterapeutisk kompetens [9], för att stödja utbildning inom evidensbaserad psykologisk behandling [10] och förstärkt vårdgaranti för insatser för barn och unga med psykisk ohälsa [11].

I tabell 3 visas kompetenssatsningens omfattning i antal projektoch antal utnyttjade utbildningsplatser per län. Antalet utbildningsplatser i tabellen är

dock inte liktydigt med antal unika deltagare eftersom samma person kan delta i flera olika utbildningar.

Tabell 3. Antal projekt och antal deltagare i utbildningarna under 2009–2012, per län.

Län	Pro- jekt 2009	Del- tagare 2009	Pro- jekt 2010	Del- tagare 2010	Pro- jekt 2011	Del- tagare 2011	Pro- jekt 2012	Del- tagare 2012
Stockholm	12	1 798	18	4 612	19	3 750	21	4 270
Uppsala	1	161	1	465	1	555	1	1 002
Södermanland	2	282	2	588	3	863	5	1 295
Östergötland	1	655	1	2 245	2	2 235	2	4 757
Jönköping	2	700	3	2 870	3	754	2	608
Kronoberg	1	*	2	312	2	184	1	100
Kalmar	2	77	2	1 472	1	455	3	1 132
Gotland	2	214	4	85	2	90	2	70
Blekinge	1	74	2	373	3	116	2	108
Skåne	8	2 185	16	5 597	14	5 887	16	8 422
Halland	1	*	1	534	1	1 260	1	670
V Götaland	6	647	11	7 832	11	8 650	14	9 061
Värmland	1	0	1	228	1	317	1	361
Örebro	1	1 557	2	3 491	1	1 589	1	2 946
Västmanland	5	503	11	1 256	14	1 846	21	2 341
Dalarna	2	272	2	891	2	490	2	299
Gävleborg	2	1 242	2	2 198	3	3 702	3	2 511
Västernorrland	1	645	2	2 252	2	2 296	2	1 673
Jämtland	-	-	1	60	1	60	1	240
Västerbotten	7	952	10	3 212	9	2 426	10	2 211
Norrbottn	3	46	3	3 621	4	3 047	2	635
Totalt	61	12 010	97	44 194	99	40 572	113	44 712

* Uppgift saknas.

Kommunerna och landstingen har samordnat större delen av kompetenssatsningen inom respektive län i ett eller två kommunövergripande projekt och knutit projektägarskapet antingen till landstinget eller till etablerade kommunövergripande organisationer. I storstadsregionerna samt i Västerbotten och Västmanland var samordningen mindre framträdande. I varje region eller län pågick 10–24 olika projekt, av vilka de flesta begränsades till vissa kommuner eller stadsdelar tillsammans med en del av landstingsverksamheten.

Under de två första åren 2009–2010 ökade utbudet av fortbildning kraftigt i takt med att projekten etablerades. Då ökade det totala antalet utbildningsdagar, i form av konferenser, handledning och kurser av olika längd, från drygt 1 000 till närmare 3 300 år 2010. I redovisningarna från 2011 rapporteras cirka 2 600 anordnade utbildningsdagar, dvs. en viss nedgång jämfört

med året innan. För 2012 rapporteras cirka 3 200 utbildningsdagar (se tabell 4).

Tabell 4. Antal utbildningsdagar 2012 fördelade efter utbildningens längd och antal dagar i kurser med högskolepoäng.

Utbildningsdagar	0,5–1	2–5	6–10	11–	7,5 hp	15–60 hp
Antal utbildningsdagar	742	1 025	376	369	*51	**7

*Högskola 7,5 poäng motsvarar här cirka 11 kursdagar.

**Dessa högskolekurser omfattar mellan 15 och 60 poäng, motsvarande 22–90 kursdagar.

Utvecklingen av antalet utbildningsdagar kan jämföras med utvecklingen av antalet utbildningsplatser (se tabell 5). Värt att notera är att de korta utbildningsaktiviteterna når ut till många deltagare och breda personalgrupper medan huvudmännen låter ett mindre antal personal gå de längre utbildningarna. År 2012 fanns drygt 44 000 utbildningsplatser.

Tabell 5. Antalet utbildningsplatser fördelat på utbildningens längd 2009–2012.

Utbildningens längd	2009	2010	2011	2012
0,5–1 dag	4 321	25 274	21 594	27 382
2–5 dagar	4 646	12 421	15 065	11 495
6–10 dagar	920	2 560	2 004	3 087
Mer än 10 dagar	1 673	2 724	605	1 427
Högskola 7,5 hp *	389	1 038	952	1 104
Högskola mer än 7,5 hp **	61	177	352	217
Summa	12 010	44 194	40 572	44 712

* Högskola 7,5 poäng motsvarar cirka 11 kursdagar.

** Dessa högskolestudier gäller mellan 15 och 60 poäng, dvs. 22–90 dagar.

Satsningen har nått många deltagare

Samtliga landsting och kommuner deltog aktivt i ett eller flera utbildningsprojekt under perioden 2009–2012. Under satsningen anordnades drygt 10 000 utbildningsdagar med mer än 140 000 utbildningsplatser i utbildningar som varade i mellan en dag och flera veckor. Eftersom en person kan ha deltagit i flera utbildningar uppskattas att minst 30 000 personer deltog i en eller flera utbildningsaktiviteter.

De beräknade 140 000 utbildningsplatserna för studier kan räknas om till helårstjänster och motsvarar då ungefär 570 årsarbetskrafter under hela satsningen 2009–2012. Statsbidragen till denna kompetenssatsning täckte varken löner eller vikariekostnader under studietiden, så dessa beräkningar ger därför också en uppfattning om den resursinsats som gjorts av kommuner och landsting utöver bidraget från staten. Lågt räknat kan huvudmännens finansieringsdel, dvs. lönekostnaderna, under hela perioden beräknas till cirka 180 miljoner kronor, att jämföras med statens satsning om 428,5 miljoner kronor.

Flest deltagare från kommuner

De flesta projekt har kunnat ange från vilken huvudman deltagarna i utbildningarna kom, dvs. landsting, kommun eller någon annan. Fördelningen visar att cirka 24 procent kom från landstingen, 68 procent från kommunerna och resterande 9 procent från övriga verksamheter. Detta är bl.a. verksamheter som drivs av privata utförare, intresseföreningar inom området psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning och statliga verksamheter (främst Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen). Denna fördelning var ungefär densamma under de år som satsningen pågick. En förklaring till den ojämna fördelningen mellan landsting och kommun kan vara att kommunerna har upplevt ett större behov av att ge personalen grundläggande utbildning i psykiatri. Landstingspersonalen kom i huvudsak från psykiatriska verksamheter, både öppen- och slutenvård.

Primärvårdens personal har deltagit i mindre utsträckning. Det huvudsakliga skälet till att primärvården inte deltog i satsningen är att de inte bjöds in när kommunerna och landstingspsykiatrin planerade projekten. Målgruppen för satsningen var personal i kommuner och landsting som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Målgruppen var alltså i första hand "baspersonal", dvs. skötare, boendestödjare, rehabiliteringspersonal m.fl. (Se mer om målgruppen i nästa avsnitt Målgrupper för utbildningarna.). Inom primärvården finns det förhållandevis få som kan betecknas som psykiatrisk baspersonal.

Satsningen har nått baspersonalen

Ett mål med satsningen var att nå baspersonal i kommuner och landsting. En stor del av baspersonalen, dvs. skötare, undersköterskor och boendestödjare, saknar högskoleutbildning och i redovisningarna efterfrågades hur många av deltagarna som saknade sådan utbildning. Cirka 50 procent angav hur många av deltagarna som saknade högskoleexamen, och av dessa svar framgår att drygt 40 procent saknade en sådan examen. I de utbildningar som innehöll högskolekurser var det en lägre andel som inte hade högskoleexamen, cirka 30 procent. Detta visar att baspersonalen till stor del har nåtts av satsningen och att de i större utsträckning deltog i de utbildningar som inte anordnades av högskolor. De redan högskoleutbildade fick oftare del av de högskolekurser som erbjöds med stöd av satsningen.

Några av projekten bjöd in representanter från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Detta gällde framför allt projekt som handlade om rehabilitering för att återgå till arbete.

Specifika grupper i fokus

De flesta utbildningar avsåg personer i åldern 18–65 år med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Ett mindre antal projekt riktade sig till en specifik målgrupp med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom, såsom barn och unga, äldre, personer med missbruksproblem, personer med neuropsykiatriska tillstånd och personer med utländsk bakgrund. Tabell 6 visar samtliga projekt som helt eller delvis fokuserade på särskilda målgrupper i någon av sina utbildningar.

Tabell 6. Antal utbildningsprojekt med inriktning på personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning inom olika grupper, fördelning på län 2012.

Län	Barn/unga	Äldre	Missbruk	Neuropsyk. tillstånd	Utländsk bakgrund
Stockholm	3	3	11	12	4
Uppsala					
Södermanland			3	2	
Östergötland	2	2	2	2	
Jönköping		1		1	
Kronoberg		1	1	1	
Kalmar	1	1	2	2	
Gotland			1		
Blekinge					
Skåne	2	1	8	8	2
Halland			1		
V Götaland	3	4	9	8	1
Värmland			1	1	
Örebro			1	1	
Västmanland	5	1	11	11	1
Dalarna	1		1	1	
Gävleborg	1	3	1	1	1
Västernorrland	1	1	2	2	
Jämtland					
Västerbotten		1	3	2	
Norrbottn		1	1	1	
Hela landet	19	20	59	56	9

Projekt med flera samtidiga inriktningar redovisas i mer än en kolumn.

Av tabell 6 framgår att personer med neuropsykiatriska tillstånd och personer med missbruk i kombination med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning särskilt uppmärksammades i cirka hälften av samtliga 113 projekt. Barn och unga eller föräldrar med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning uppmärksammades i cirka 16 procent av projekten och äldre personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning fick särskild uppmärksamhet i cirka 17 procent. Knappt 8 procent av projekten avsåg särskilda utbildningsinsatser med inriktning på problematik hos personer med utländsk bakgrund och psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Som framgår av tabell 7 var störst fokus på utbildningar med inriktning på personer med missbruk i kombination med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning samt på personer med neuropsykiatriska besvär. Dessa utbildningar ökade också mest för varje år under satsningen.

Tabell 7. Antal utbildningsprojekt med inriktning på personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning inom olika grupper, 2009–2012.

År	Barn/unga	Äldre	Missbruk	Neuropsyki	Utländsk bakgrund
2009	10	9	8	12	-
2010	20	16	43	40	5
2011	27	20	48	52	9
2012	19	20	59	56	9

Utbildningar med stor variation

Projektet visar att variationen på utbildningsaktiviteterna var stor när det gäller både innehåll och form, allt från breda basutbildningar till specifika fördjupningsutbildningar och olika kombinationer av dessa. I vissa projekt kopplades kompetenssatsningen till sammanhållna planeringar med överenskommelser om gemensamma vårdmodeller för kommuner och landsting. Där utgör utbildningsaktiviteterna ett led i en systematisk verksamhetsutveckling – ett stöd för att införa och kvalitetssäkra förändringar av organisering och arbetssätt. Andra projekt utgick från allmänna behov av förstärkt samverkan mellan olika verksamheter eller behov av att förstärka kompetensen med fokus på en viss metod, en viss målgrupp eller särskilda teman, t.ex. hälsa och livsstil, prevention av självmord, hot och våld.

Aktiviteternas form varierade också stort både inom och mellan projekten. Många kombinerade teoretiska och praktiska moment genom t.ex. föreläsningar, litteraturstudier, gruppövningar, individuella uppgifter, handledning, studiebesök och ibland utbytestjänstgöring. Några projekt använde sig aktivt av webbaserad undervisning och har utvecklat material för sådana utbildningar.

Några namn återkommer relativt ofta i litteraturlistorna från utbildningsprojekten. Ett av dessa är Ulf Malm som skriver om integrerad psykiatri [12]. Motiverande samtal (MI) har också varit ett stort tema för utbildningarna och inom detta område har framför allt Barbro Holm Ivarsson, Liria Ortiz och Peter Wirbing bidragit med flera böcker [13]. Utbildningsanordningarna har även använt material från riksorganisationerna RSMH, Attention och Svenska OCD-förbundet Ananke. Alain Topors böcker på temat återhämtning [14] har också använts inom flera utbildningar, och på flera håll även antologin *Psykiatri för baspersonal – kunskap för en evidensbaserad praktik* som redan 2009 producerades inom ramen för ett av projekten. Redaktörer var Ingemar Ljungqvist och Håkan Jenner [15].

Nästa avsnitt konkretiserar variationerna i utbildningarna när det gäller perspektiv och metoder, specifika målgrupper och andra särskilda teman.

Perspektiv och metoder

Olika landsting och kommuner har valt att arrangera utbildningar på olika sätt, och en del var breda basutbildningar med avsikt att ge en grundläggande kompetens till baspersonalen. Ett exempel på detta är projektet Kognus som ägs av Norra Stockholms psykiatri. Kognus har arrangerat en

serie av 18 halvdagars storföreläsningar där olika experter gick igenom de vanligaste psykiatriska sjukdoms- och ohälsotillstånden samt vård- och stödinsatserna för personer med olika former av psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Föreläsningarna gavs på en biograf i Stockholm och var öppna för all personal i Stockholms läns landsting och i länets alla kommuner. Dessa föreläsningar sändes dessutom via länk till Umeå och Malmö.

I en annan typ av utbildningar har man utbildat en stor del av personalen i kommunen och i landstingets psykiatri i vårdsamordning, ”case management” (CM), eller integrerad psykiatri. De utbildningarna har varit en viktig del av en gemensam strategi för att omstrukturera arbetet med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

I andra utbildningar har huvudmännen koncentrerat sig på att utbilda personalen i särskilda metoder. Som exempel kan nämnas att flera landsting och kommuner har arrangerat kurser i motiverande samtal (MI). Tabell 8 visar i vilken omfattning och i vilka län de 113 projekten anordnade utbildningar med inriktning på speciella perspektiv och metoder under 2012. Siffrorna avser både särskilda kurser med fokus på angivna metoder eller perspektiv, och kurser med betydande inslag från en annan utbildning (t.ex. en basutbildning eller en utbildning med fokus på en viss målgrupp).

Som framgår av tabell 8 är intresset för återhämtning och bemötande (ÅH/BM) särskilt stort. Drygt hälften av projekten (65 av 113 redovisade projekt) innehåller sådana inslag. Dessa utbildningar fokuserar på att patienten själv är ansvarig för återhämtningen och på hur personalen kan stötta patienten i hans eller hennes återhämtningsprocess. Enligt detta perspektiv har också mötet mellan personen med psykisk ohälsa och personalen stor betydelse för vilken återhämtningseffekt andra insatser kommer att få. Många av dessa utbildningar arrangerades av intresseföreningarna för personer med erfarenhet av psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning och för anhöriga och närstående, eller så medverkade representanter för organisationerna. Även studiematerial som har tagits fram av brukar- och anhörigorganisationerna har använts.

Delaktighet och medinflytande har även varit framträdande i kurser och kursmoment som handlade om mer specifika metoder och arbetsmodeller såsom motiverande samtal (MI) och case management (CM). Även dessa två har rönt stort intresse och förekom i drygt en tredjedel av projekten. Utbildningarna i case management genomförs ofta i form av högskolekurser och ingår i arbetet med att utveckla samverkan mellan kommun och landsting. Utbildningarna i motiverande samtal är mindre omfattande (två–tre dagar plus handledning efter kursen) och anknyter mer till utvecklingen inom olika verksamheter.

Tabell 8. Länsvis fördelning av utbildningar med inriktning på speciella perspektiv och metoder under 2012.

Län	Perspektiv och Metoder*						
	ÅH/BM	CM**	KBT	MI	ESL	SE	PPI
Stockholm	13	9	3	9	6	5	5
Uppsala		1		1		1	
Södermanland	2	1	1	1	1	2	1
Östergötland	2	2	2	2	2		1
Jönköping	2			1		1	
Kronoberg	1	1					
Kalmar	1	1					
Gotland		1					
Blekinge	1		1	1	1		1
Skåne	12	6	1	3	1	3	3
Halland	1					1	
V Götaland	9	6	5	7	9	2	3
Värmland	1	1					
Örebro	1	1		1		1	
Västmanland	11	1	2	7	3	2	1
Dalarna	2	1	1	1		1	1
Gävleborg	2	3		2	1	1	2
Västernorrland	1	3				2	
Jämtland							
Västerbotten	2		1	3	1		1
Norrbottn	1	1			1		1
Hela landet	65	39	17	39	26	22	20

* ÅH/BM = Återhämtning/bemötande; CM = Case Management; KBT = Kognitiv beteendeterapi
MI = Motiverande samtal; ESL = Ett självständigt liv; SE = Supported employment
PPI = Psykopedagogisk intervention.

** Inkluderar utbildningar enligt IP = Integrerad psykiatri.

Av tabell 8 framgår också att det finns fler relativt vanliga metoder: Ett självständigt liv (ESL), kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykopedagogisk intervention (PPI). På flera håll i landet ingår dessa metoder, liksom MI, i utbildningar med fokus på boende och vardagsstöd. De hjälper personalen att stödja den enskilde i vardagen och att stärka hans eller hennes medbestämmande, delaktighet och motivation. Metoderna kan också öka personalens förmåga att göra enklare behandlingsanalyser och systematisera dokumentationen av arbetet. KBT-utbildningar förekommer både i form av högskolekurser och mer begränsade orienteringskurser. "Supported employment" (SE) är den metod som har rönt störst intresse inom området sysselsättning. Metoden är inriktad på att hjälpa personer att skaffa sig ett reguljärt arbete med lön och att ge det stöd som krävs för att de ska lyckas på arbetsplatsen. Drygt 20 procent av projekten utbildar personal i denna metod. Tabell 9 visar utvecklingen över de fyra år som satsningen har pågått.

Tabell 9. Antal projekt med speciella inriktningar och metoder 2009–2012.

Metod	2009	2010	2011	2012
ÅH/BM	27	59	71	65
CM **	12	27	31	39
KBT	8	19	20	17
MI	8	34	38	39
ESL	6	18	25	26
SE	5	10	13	22
PPI	3	10	18	20

ÅH/BM = Återhämtning/bemötande, CM = Case Management; KBT = Kognitiv beteendeterapi
 MI = Motiverande samtal, ESL = Ett självständigt liv, SE = Supported employment,
 PPI = Pyskopedagogisk intervention.

** Inkluderar utbildningar enligt IP = Integrerad psykiatri.

Särskilda teman

Flera projekt har innehållit utbildningar som rör strategier och arbetssätt för att förebygga hot- och våldsproblematik samt självmord. Några har haft teman som rör stimulans för god hälsa och en god livsstil.

Tabell 10 visar att 17–29 av de 113 projekten 2012 uppmärksammade minst ett av de tre teman som nämnts. Bilden ser ungefär likadan ut för 2010 och 2011. Drygt hälften av projekten under hela satsningen nämner också andra teman för en eller flera av sina utbildningar. Mest framträdande är sådana ämnen som handlar om förstärkt inflytande för patienter och brukare, exempelvis: ”brukarinflytande och självbestämmande”, ”nya former för brukarmedverkan, gemensam utbildning för brukare och anhöriga samt personal” och ”metoder för brukarsamverkan”. Ett närbesläktat vanligt tema är samverkan, såsom: ”samordnat kontaktmannaskap”, ”utbildning av ambassadörer för samverkan”, ”individuell plan i teori och praktik” och ”lärande om och av varandra, vårdgrannar och intresseföreningar”. Ytterligare ämnen i fokus rör: ”kognitiva svårigheter, kognitiva hjälpmedel och vad det innebär att ha en utvecklingsstörning”.

Tabell 10. Antal utbildningsprojekt med särskilda teman. Fördelning på län 2012.

Län	Hot- och våldsproblematik	Själv mord	Hälsa och livsstil
Stockholm	3	4	6
Uppsala			
Södermanland			
Östergötland	1		1
Jönköping		1	1
Kronoberg			1
Kalmar			
Gotland			
Blekinge	1	1	1
Skåne	3	1	4
Halland			
V Götaland	5	4	3
Värmland			1
Örebro			
Västmanland	5	1	5
Dalarna			
Gävleborg		2	2
Västernorrland	1	1	2
Jämtland			
Västerbotten	2	2	2
Norrbotten	1		
Hela landet	22	17	29

* Projekt med flera samtidiga inriktningar redovisas i mer än en kolumn.

Tre strategiska områden

Regeringen angav i uppdraget att stimulansmedlen ska stödja huvudmännen i arbetet med att öka personalens kompetens om personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Satsningarna skulle gälla kompetensen på tre strategiska områden:

- vård och behandling
- boende och vardagsstöd
- meningsfull sysselsättning och rehabilitering till arbete.

Något förenklat är vård och behandling framför allt en fråga för psykiatrin och därmed landstinget, medan boende, vardagsstöd och meningsfull sysselsättning är kommunens ansvar. I villkoren för satsningen framgick att alla insatser skulle göras av landstingen tillsammans med kommunerna för att uppfylla målet om att bygga upp en gemensam kunskapsbas. Merparten av utbildningarna har därför riktats till både kommun- och landstingspersonal. Alla har fått del av samma kunskaper om psykiatri samt kunskaper om och träning i metoder och arbetssätt som används både i landstingens och i

kommunernas verksamheter. Utbildningarna har dock framförallt inriktats på de två första strategiska områdena.

När det gäller meningsfull sysselsättning och rehabilitering till arbete finns relativt få projekt i denna satsning. Inom detta område har också Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ett särskilt ansvar.

Har satsningen nått sina mål?

Socialstyrelsen bjöd in kommuner och landsting att ansöka om projektbidrag. Enligt anvisningarna var satsningen inriktad på att

- ta tillvara mer kunskap och erfarenheter från patienter, brukare och anhöriga samt öka deras inflytande
- få en långsiktig kompetensutveckling i landsting och kommuner
- skapa en kunskapsbas som är gemensam för kommuner och landsting
- utveckla en evidensbaserad praktik.

Sammanfattningsvis har många kommuner och landsting närmat sig dessa mål. Projektredovisningar, utvärderingar och intervjuer har visat att projektägare, styrgrupper, personal och i viss mån brukare och patienter har en positiv uppfattning om de arrangerade utbildningarna. Framför allt har patienter, brukare och anhöriga fått ett större inflytande över utbildningarna.

Målsättningen att öka tillvaratagande av patienters, brukares och anhörigas kunskaper

Uppföljningen visar att projektledningarna till stor del har involverat brukar- och anhörigföreningarna i arbetet med att planera, styra och genomföra utbildningsåtgärder. De har även använt litteratur och annat material från riksorganisationerna RSMH, Attention och Ananke i sina kurser och utbildningar.

Genomförande

I många utbildningar har representanter för brukar- eller anhörigföreningar medverkat. De har berättat om sina egna erfarenheter av psykisk sjukdom och funktionsnedsättning och om sina erfarenheter av vården. Ibland har detta varit inslag i en kurs eller en föreläsning som letts av en annan utbildare. Andra gånger har brukare själva hållit föreläsningar och lett seminarier, och ibland arrangerat hela utbildningar. Projektet Hjärnkolls ambassadörer har ofta anlitats i utbildningar efter att ha rekryterats och utbildats av Handisam tillsammans med nätverket Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). Enligt kursutvärderingarna har detta varit viktiga och uppskattade inslag i utbildningarna. Som exempel kan nämnas att lokala föreningar inom Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) har lett utbildningar om bemötande och återhämtning.

I utbildningarna har arrangörerna ibland använt sig av litteratur, filmer och annat utbildningsmaterial som brukar- och anhörigorganisationerna har tagit fram. Det gäller framför allt material från RSMH, Attention, Schizofreniförbundet och Ananke.

På många platser har arrangörerna också inbjudit brukare och anhöriga att delta i utbildningarna, på samma villkor som personalen. Detta har också, enligt utvärderingarna, ökat kvaliteten och gett en extra dimension till utbildningarna. Deras närvaro har lett till värdefulla samtal eftersom ämnet för utbildningen kunde diskuteras utifrån vårdens, brukarens och den anhöriges perspektiv.

Planering och styrning av projekten

Patient-, brukar- och anhörigorganisationerna har deltagit i planeringen och styrningen av de flesta utbildningssatsningarna. I de flesta fall har de medverkat i den initiala planeringen för utbildningen genom att lämna synpunkter och själva föreslå utbildningsinsatser. I några fall har de också varit med och skrivit projektplaner. Föreningarna har ofta också haft ett engagemang under projektets gång, och representanter för organisationerna har suttit med i projektlednings- och styrgrupper i nästan 30 av de 113 projekt (27 procent) som pågick 2012. I några län anser brukar- och anhörigföreningarna att de sitter med på samma villkor som kommun- och lanstingsrepresentanterna, och att de har samma makt att besluta om projekten. I flera projekt är det tydligt att brukar- och anhörigföreningarnas medverkan i styrgrupperna har bidragit till att ge brukarnas och de anhörigas perspektiv ett stort utrymme, t.ex. att välja tema för utbildningarna och föreläsare.

I andra projekt har brukarorganisationerna inte deltagit i styrgrupperna men fungerat som referensgrupp. De har därmed kunnat lämna synpunkter på projektledningarnas idéer men inte kunnat delta i besluten om projektens inriktning.

Brukarföreningar har i flera fall relativt självständigt planerat och genomfört utbildningssatsningar. Ibland har de större organisationerna (RSMH och Attention) använt sina redan utarbetade koncept i projekten och i något fall har en brukarförening planerat och genomfört ett projekt tillsammans med kommunens representant.

Brukar- och anhörigorganisationernas situation

De lokala brukar- och anhörigorganisationerna är ofta små, framför allt i mindre kommuner. Många medlemmar är äldre och det är svårt att rekrytera nya, yngre medlemmar. En del föreningar läggs ner och då försvinner möjligheten för projekten att samverka med dem. I vissa kommuner saknas aktiva föreningar och då har projekten ibland använt existerande brukarråd eller fristående brukargrupper.

Det finns också en grupp aktiva personer med erfarenhet av psykisk ohälsa som fungerar som ambassadörer i Handisams projekt Hjärnkoll. De får utbildning och besöker därefter bl.a. arbetsplatser för att informera och undervisa om psykisk ohälsa utifrån sin egen, eller en närståendes erfarenhet. Detta visar att det finns ett engagemang hos personer med psykisk funktionsnedsättning som inte fångas upp av brukarorganisationerna. I dag finns cirka 300 ambassadörer inom ramen för Hjärnkoll.

Projektredovisningarna visar att föreningarna på vissa orter blev mer aktiva när deras deltagande efterfrågades. Dessa föreningar har fått ny energi och nya medlemmar har anslutit sig. På andra orter kan man inte se någon

positiv trend trots att föreningarna deltar aktivt i ledningsgrupper och medverkar i olika utbildningar. Detta hänger ofta samman med att det är en liten grupp personer från föreningarna som är aktiva i projekten och andra medlemmar uppfattar därför inte att det är föreningarna som är aktiva.

Ibland kommer frågan upp om brukar- och anhörigföreningarna ska arvoderas för att de deltar i ledningsgrupper och i andra insatser. Det är dock ingen självklarhet att brukarrepresentanter får arvoden och kostnadsersättningar för sina insatser.

Brukarrevisioner

I några projekt har system för brukarrevisioner och utbildning av brukarrevisioner utvecklats. Det är brukare eller f.d. brukare som har fått utbildning som brukarrevisor och därefter gått igenom kvaliteten i en verksamhet som riktar sig till personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Revisionerna görs som regel på beställning från kommunen eller landstinget. Revisorerna intervjuar brukare och personal och sammanställer därefter en rapport till huvudmannen för verksamheten. Projektledare som har ansvarat för sådana revisioner anser att revisionerna varit välkomna i verksamheterna och att rapporterna har tagits emot väl av beställarkommunerna. Revisorerna har också själva upplevt det som meningsfullt att delta i dessa revisioner. Några av de aktörer som har utvecklat metoder, utbildat revisorer och lett brukarrevisioner är FoU Västernorrland, Regionförbundet i Uppsala och NSPH i Göteborg samt brukarkooperativet Silvermånen i Sörmland.

Långsiktig kompetensutveckling i kommuner och landsting

Ett mål för satsningen var att insatserna skulle leda till en långsiktig kompetensutveckling i kommuner och landsting. Det är tydligt att kommuner och landsting har byggt upp strukturer som ska hålla även efter satsningen. I länen finns sedan tidigare gemensamma samverkansplaner och samverkansgrupper för verksamheterna som riktar sig till personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. De har ofta ett mandat att också samordna och utveckla metoder och arbetssätt i de verksamheter som riktar sig till personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Dessa samverkansgrupper har ofta tagit ansvar för kompetensutvecklingsprojekten i länet, och har samordnat och planerat kompetensutvecklingen i kommuner och landsting inom ramen för denna satsning. Genom dessa gemensamma strukturer bedömer huvudmännen att vinsterna med kompetensutvecklings-satsningen ska finnas kvar även efter 2012.

Kommuner och landsting har också fått kontakt med högskolor och universitet. Bland de aktiva högskolorna finns Karolinska Institutets uppdragsutbildningar, Karlstads universitet och Linnéuniversitetet. Karlstads universitet erbjuder ett program för vård- och stödsamordning om 180 högskolepoäng. Sedan 2008 har de två första årskullarna, 35 studenter vardera, utexaminerats. Universitetet har gett utbildningar i psykiatrisk bas-kunskap, integrerad psykiatri, vård- och stödsamordning, motiverande samtal, flyktingrelaterad stress m.m. Däremot har projekten i mindre utsträckning använt sig av yrkeshögskolorna.

Flera projekt har tagit fram material för webbaserat lärande, varav en del finns publicerat på den nationella plattformen Kunskapsguiden (www.kunskapsguiden.se). Detta är en gemensam portal som samlar befintlig och ny kunskap inom områdena evidensbaserad praktik, psykisk ohälsa och vård samt omsorg om äldre. Bland materialet finns Psyk E-bas (<http://psyk-e.se/>) som är en webbutbildning i grundläggande psykiatri för personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa. En annan utbildning är Våga fråga – våga se! (<http://www.nestorutbildning.se/>), en webbaserad utbildning om psykisk ohälsa hos äldre personer som är framtagen av Nestor, ett FoU-center med äldre i fokus. Utbildningen riktar sig till vård- och omsorgspersonal som i sitt arbete möter människor med psykisk ohälsa. Flera andra webbutbildningar granskas för att eventuellt publiceras inom en snar framtid.

Ett annat sätt att bevara kompetensen för framtiden är att utbilda kollegiehandledare. Inom flera projekt har man utbildat sådana handledare, framför allt för vård- och stödsamordnare och personal som arbetar med metoden MI. Handledarutbildningarna för vård- och stödsamordnare har som regel omfattat 30 högskolepoäng medan handledarutbildningarna för MI och ESL har varit betydligt kortare. Genom att ge en grupp spetskompetens och handledarkompetens räknar projektledningarna med att kommunerna och landstingen ska kunna bevara kompetensen inom den egna organisationen, även i framtiden.

Gemensam kunskapsbas

Enligt regeringens uppdrag skulle stimulansmedlen användas för att utveckla en gemensam kunskapsbas mellan kommuner och landsting. I Socialstyrelsens inbjudan till kommuner och landsting framgick bl.a. att satsningen förväntas leda till att personal i socialtjänsten och hälso- och sjukvården har respekt för varandras kompetenser och förstår varandras uppdrag. Genom satsningen ska insatserna till målgruppen också utgå från en gemensam bas som grundas på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag.

De allra flesta projekten bedömer att de kommunala kursdeltagarna har varit väldigt positiva till att möta kollegor från landstinget. Även landstingspersonalen uttrycker att de har upplevt det som positivt att gå utbildningar tillsammans med kommunpersonal. Också privata utförare av vård- och omsorgsinsatser har deltagit i utbildningarna. Av kursutvärderingar framgår att kursdeltagarna har fått en större förståelse för den andra parten och uppskattade att få lära känna personal från andra huvudmän. Kurserna har gett deltagarna tillfälle att stifta personliga kontakter som är värdefulla i det dagliga arbetet. Personal i de kommunala verksamheterna har lättare att kontakta psykiatrin när de vet vilka personer som arbetar där. Personalen arbetar ofta med samma klienter, och personal inom öppenvårdspsykiatrin och heldygnsvården har fått en bättre helhetssyn kring brukarnas situation och de insatser som ges från kommunen.

Den omfattande satsningen på vård- och stödsamordning i flera län innebär att kommunerna och den psykiatriska sjukvården nu gemensamt planerar insatserna kring patienter och brukare. En representant för Västkompetens i Västra Götaland svarade så här:

Samverkan på en strukturell nivå och på individnivå har ökat och gemensam planering genomförs i högre utsträckning än tidigare. Utifrån detta påstår vi att stödet för enskilda brukare ellerpatienter har förbättrats, främst avseende vård och behandling, boende och vardagsstöd.

Det finns många positiva rapporter om vinsterna med gemensamma utbildningar, men en del har också haft svårt att rekrytera kursdeltagare från psykiatrin. En av förklaringarna kan vara att personalen inom psykiatrin har tillgång till andra utbildningar som finns utanför denna satsning – dels har landstingen själva arrangerat utbildningar, dels har utbildningar arrangerats med hjälp av andra statliga satsningar.

Intervjuer med personalen visar också att det finns landstingspersonal som inte var motiverade att delta i utbildningarna. De bedömer att de redan har dessa kunskaper. Detta kan vara en indikation på att behovet av grundläggande utbildningar i psykiatri är större i kommunerna.

Evidensbaserad praktik

I regeringens uppdrag framgick att satsningen förväntas leda fram till en evidensbaserad praktik. Regeringen utgår från att arbetet ska baseras på bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, professionens yrkeskunnande samt brukarnas och de anhörigas erfarenheter och önskemål.

Bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap

Samtliga utbildningsinsatser har utgått från eller haft inslag av något eller några av följande perspektiv och metoder: återhämtning, bemötande, integrerad psykiatri, case management, ACT, KBT, MI, ESL, SE och psykopedagogisk intervention (PPI), se tabell 8. Alla dessa perspektiv och metoder har vetenskaplig evidens, och flera av dem rekommenderas också av Socialstyrelsen som verksamma insatser vid schizofreni och liknande psykoser.

Brukares och anhörigas erfarenheter och önskemål

I samtliga utbildningsinsatser har brukar- och anhängorganisationer medverkat i olika omfattning och på olika nivåer. Brukare och anhöriga har funnits med i styrgrupper och haft inflytande över vilka utbildningar som har planerats. I regel har dock tjänstemän från kommuner och landsting haft initiativet och det är tjänstemännen som har bjudit in brukar- och anhängorganisationerna till styr- och referensgrupperna. Någon gång har dock en brukarorganisation själv tagit initiativet till att delta i styr- och referensgrupperna och till utbildningar.

Brukarrepresentanter har relativt ofta medverkat i olika kurser genom att berätta om sina egna erfarenheter av psykiska funktionsnedsättningar och av vården och omsorgen. Några brukarföreningar har agerat mer självständigt och lett kurser och seminarier kring särskilda teman. Ett exempel är RSMH-representanter som har lett utbildningar om återhämtning och bemötande. Representanter för Attention har också gett utbildningar om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Brukare och anhöriga har alltså varit aktiva på

planerings-, styr- och genomförandenivå i utbildningarna och de har därmed bidragit till att utveckla en evidensbaserad praktik.

Kommunenkät

Inom ramen för öppna jämförelser gjorde Socialstyrelsen en enkätundersökning till kommunerna under vintern 2012–2013. Myndigheten gjorde en motsvarande enkätundersökning 2008 och 2011. Enkäten berörde kommunernas samlade verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning. Frågorna handlade bl.a. om planering och styrning, olika verksamheter, arbetsformer och metoder, brukarinflytande, personalens kompetens m.m. Enkäten skickades till samtliga kommuner och stadsdelar i landet och 280 av totalt 321 kommuner och stadsdelar svarade på enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 87 procent. Några frågor var inriktade på personalens kompetens och kompetensutveckling. Här presenteras några resultat från enkäten som bedöms ha relevans för denna satsning.

Samlade kompetensplaner

En av frågorna i enkäten gällde huruvida kommunen har en samlad plan för kompetensutveckling för den personal som arbetar med personer med psykisk funktionsnedsättning. Av de 280 kommuner och stadsdelarsom besvarade frågan har 156 (56 procent) en sådan plan. I 2011 års enkät var det 58 procent av kommunerna och stadsdelarna som hade en samlad långsiktig kompetensplan.

Längre utbildningar

En annan fråga i samma enkät handlade om ifall kommunen hade finansierat eller anordnat en mer omfattande kompetensutveckling för personal som arbetar med personer med psykisk funktionsnedsättning. Här svarade 229 av 280 kommuner att de hade gjort det. Det betyder att 82 procent av kommunerna under perioden 21 november 2011–21 november 2012 anordnade en omfattande kompetensutveckling. Med mer omfattande utbildning avses utbildningar som omfattar mer än fem studiedagar, kurser om minst 7,5 högskolepoäng eller kontinuerlig handledning med stöd av en särskild handledare. En majoritet av dessa anordnade utbildningarna tillsammans med landstinget. I 2011 års enkät hade 96 kommuner och stadsdelar arrangerat sådana utbildningar för personal utan akademisk examen och 73 hade arrangerat sådana utbildningar för personal med akademisk examen. Detta visar att betydligt fler kommuner arrangerade längre utbildningar 2012 än 2011. Resultaten från de två åren är inte helt jämförbara då frågorna delvis var olika formulerade.

Diskussion och slutsatser

Två huvudslutsatser

Socialstyrelsen konstaterar att den avslutade kompetenssatsningen har bidragit till att uppfylla de mål som regeringen satte upp. Tidigare rapporter gav en positiv bild av de första åren och den bekräftas nu när satsningen har avslutats efter fyra år. Samtidigt återstår viktiga åtgärder för att nå en långsiktigt hållbar kompetensutveckling. Det behövs en nationell grund- och vidareutbildning och det behövs en fortsatt och utvecklad samverkan mellan landsting och kommuner för att fortbilda den personal som möter personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Nationell grund- och vidareutbildning

Inom ramen för kompetenssatsningen har ett tiotal universitet och högskolor gett utbildningar på uppdragsbasis. Satsningen har bidragit till att några högskolor har startat enstaka kurser inom ramen för det ordinarie kursutbudet i psykisk ohälsa och grundläggande psykiatri. Några har också startat högskoleprogram, t.ex. Malmö högskola och Högskolan Väst. Karlstads universitet har ett program om 180 högskolepoäng i vård- och stödsamordning. Vidare finns det några utbildningar inom ramen för yrkeshögskolorna för personer som vill arbeta med, eller arbetar med, personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Exempelvis planerar Högskolan Dalarna en utbildning för skötare i psykiatrisk verksamhet som ska starta hösten 2013. Den omfattar 400 yrkeshögskolepoäng och ges på distans.

Kompetenssatsningen har bidragit till att utbilda ett stort antal personal som i sitt arbete möter personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Det stora genomslaget för framförallt basutbildningar visar att det finns ett behov av en grundläggande utbildning för personal som arbetar med personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Uppföljningen visar att många av de som har deltagit i utbildningarna inte har någon tidigare utbildning relaterad till arbetet och många är inte beredda att göra den satsning det kan innebära att söka till en högskoleutbildning. Det är därför Socialstyrelsens uppfattning att det bör utvecklas grundläggande utbildningar på såväl högskolenivå som yrkeshögskolenivå.

Genom en reguljär grundutbildning för personal i verksamheter för personer med psykisk ohälsa tillförsäkras brukare och patienter vård och omsorg med en grundläggande kvalitet.

Fortsatt samverkan för fortbildning

För att nå en långsiktigt hållbar kompetensutveckling behöver kommuner och landsting fortsätta arbetet med att utveckla sin samverkan. Denna samverkan bör syfta till en samordnad och kontinuerlig fortbildning för all personal som i sitt arbete möter personer med psykisk sjukdom eller psykisk

funktionsnedsättning. Utbildningarna i denna satsning har gett en gemensam värdegrund och bas för förståelse av psykisk ohälsa. Den gemensamma basen har i sin tur gett vinster i vården. Personal som har gått de gemensamma utbildningarna vittnar om att de har fått lättare att samarbeta kring de enskilda personerna som är beroende av både landstingets psykiatriska mottagningar och slutenvård och av kommunens verksamheter.

Brucar- och anhörigmedverkan

Enligt regeringens uppdrag skulle ansökningarna vara utformade i samverkan med brukar-, patient- och anhörigföreningar. Socialstyrelsen upprepade detta krav i anvisningarna 2008, och kravet har fått genomslag i ansökningarna och i genomförandet av projekten. Kravet sträckte sig inte längre än till att föreningarna skulle vara delaktiga i ansökningarna, men i en majoritet av projekten har brukar- och anhörigföreningarna varit betydligt mer involverade genom att delta i projektledningsgrupper, styrgrupper, referensgrupper eller regelbundna samtal med projekten. Kravet var att brukar-, patient- och anhörigföreningar skulle inbjudas att vara med i utformandet av ansökningarna, och det har haft en tydlig positiv effekt. Flera projektledare har bekräftat att de inte skulle ha inbjudit föreningarna om det inte hade varit ett villkor. Även NSPH uttrycker att det uttalade kravet var helt avgörande för utvecklingen i projekten. Sammanfattningsvis kan konstateras att kravet var en viktig framgångsfaktor för satsningen då brukar- och anhörigföreningarna bidrog med viktiga kunskaper, erfarenheter och perspektiv i planeringen och i genomförandet av utbildningarna.

Staten kan ge bättre förutsättningar för långsiktighet

Socialstyrelsen bedömer att statens satsningar behöver vara både samordnade och långsiktiga. Framför allt är det angeläget att de möjliggör en långsiktig planering på regional och lokal nivå. Den här kompetenssatsningen har dock inte fungerat särskilt bra i det avseendet, trots återkommande stimulanbidrag under fyra år i följd.

Ett skäl till detta är att ansökningarna om bidrag beviljades för ett år i sänder. Det innebar att både nya projekt och fortsättningsprojekt väntade på Socialstyrelsens årliga beslut om medelstildelning innan de började genomföra sina planer. Det tar dock tid att kartlägga behoven och upphandla utbildningsanordnare, och dessa aktörer behöver också tid för att arrangera de kurser som efterfrågas. Därför blev många projekt minst ett halvår försenade i förhållande till sin egen planering. Det medförde att projektledare och andra som var anställda med stöd av medel från satsningen kom att arbeta under osäkra förutsättningar. Projekten riskerade därmed ytterligare förseningar ifall de skulle lämna projektet. Den ekonomiska redovisningen visar också att upplägget har medfört en betydande eftersläpning i förbrukningen av bidragen.

Socialstyrelsen anser att eventuella kommande statliga bidragssatsningar ska ta hänsyn till huvudmännens behov av att planera och genomföra aktivi-

teter under en längre period. Myndighetsbeslut om bidrag till enskilda projekt bör t.ex. kunna fattas för tre år men med utbetalningar årsvis och delvis i efterskott, efter det att mottagaren har redovisat hur de har använt föregående års utbetalning.

En mer evidensbaserad praktik

Mycket talar för att kompetenssatsningen kan bidra till målet att utveckla en evidensbaserad praktik som förenar vetenskaplig och professionell kunskap utifrån den enskildes situation, erfarenheter och önskemål. Det är tydligt att deltagarna har ökat sin förståelse och respekt för hur viktigt det är att personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning får inflytande över de insatser som de behöver. Kursutvärderingar och projektens redovisningar tyder också på att deltagarna utvecklar sin professionella förmåga att väga samman teori och praktik. Personalen tränar sin förmåga att kritiskt granska vetenskaplig kunskap i förhållande till vårdens möjligheter och enskilda personers situation och behov. Det gör de genom utbildningarnas form med betoning på en kombination av föreläsningar och praktiska övningar, med stöd av praktikfall, gruppdiskussioner, handledning m.m.

Forskning och kunskapsutveckling om personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning har också utvecklats. Under de senaste åren har den vetenskapliga grunden blivit bättre när det gäller att bedöma olika insatser och metoders lämplighet och sannolika effekt. Socialstyrelsen har utifrån denna kunskapsbas bl.a. publicerat följande:

- *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård [16]*
- *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning [17]*
- *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd till styrning och ledning [18]*
- *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård [19].*

Uppföljningen bekräftar att vissa publikationer är väl kända i vården och omsorgen, och att de har använts i utbildningarna. Det gäller framför allt de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård.

Den nätbaserade *Kunskapsguiden* [20] har också uppmärksammats av flera projekt. Kunskapsguiden innehåller ytterligare information om bästa tillgängliga kunskap samt stöd för en evidensbaserad praktik. Den innehåller också sammanhållna utbildningar för personer som i sitt arbete möter personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättningar.

Aktiviteterna har nått fler målgrupper

Socialstyrelsen konstaterar att kompetenssatsningen var omfattande och nådde de avsedda målgrupperna, med prioritet för baspersonal. Detta är grupper som arbetar nära personer med psykisk sjukdom eller psykisk

funktionsnedsättning men som ofta saknar grundläggande utbildning inom området och har stora behov av kompetensutveckling.

Satsningen har också nått andra professionella grupper än de som var avsedda i regeringens uppdrag, t.ex. personal från kommunernas äldreomsorg, skolor, elevhälsan, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Detta var viktigt under en utvecklingsfas och satsningen har gjort det möjligt för kommuner och landsting att gemensamt över professionsgränserna identifiera behovet av ytterligare insatser för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning i specifika grupper. Flera projekt har också tagit fram användbara studiematerial för verksamheter utanför den mer specialiserade psykiatrin. Ett exempel är det webbaserade studiematerial om äldres psykiska ohälsa som projektet "Våga fråga – våga se" har utvecklat för distansutbildningar (projektägare: NESTOR FoU-center, dess sex ägarkommuner och Stockholms läns landsting). I nästa steg är det dock angeläget att skolan, elevhälsan, äldreomsorgen och andra verksamhetsområden själva tar ansvar för sina personalgruppers kompetensutveckling inom området psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Referenser

1. Ambition och ansvar. Nationell strategi för samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100).
2. Baspersonalens kompetens – förslag till kompetensförstärkningar i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9024/2007-110-17_200711017.pdf.
3. Regeringsbeslut S2007/9394/HS (delvis). 2008.
4. Regeringsbeslut S2006/9394/HS, S2006/5554/HS (delvis). 2009.
<http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/Documents/Regeringens%20beslut%202009-02-26%20-%20I6%20-%20Kompetensf%C3%B6rst%C3%A4rkning.PDF>.
5. Kompetenssatsning – Personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2010.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-23>.
6. Kompetenssatsning – Personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Delrapport 2. Socialstyrelsen; 2011.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-28>.
7. Kompetenssatsning 2009–2011 – Personal som kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa. Delrapport 3, Socialstyrelsen; 2012. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-45>.
8. Inbjudan till kommuner och landsting att ansöka om bidrag för att förstärka kompetensen bland personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2008.
9. Regeringsbeslut S2006/9394/FS (delvis). 2006.
<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/172062>.
10. Regeringsbeslut S2011/6380/FST (delvis). 2011.
<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/175630>.
11. Regeringsbeslut S2006/9394/HS (delvis). 2006, S2011/10432/HS (delvis). 2011.
<http://www.socialstyrelsen.se/statsbidrag/aktuellastatsbidrag/Documents/dnr-41440-regeringsbeslut-forstarkt-varldgaranti-inkl-overenskommelse.pdf> 12. Regeringsbeslut S2007/5552/HS (delvis). 2007.
<http://www.socialstyrelsen.se/statsbidrag/aktuellastatsbidrag/Docum>

- [ents/Regeringsuppdrag00-6440-2008Evidensbaseradpsykologiskbehandling.pdf](#).
13. Regeringsbeslut S2007/5551/HS. 2007.
http://www.socialstyrelsen.se/statsbidrag/aktuellastatsbidrag/Docum ents/Regeringsuppdrag00-5401-2008Ny_vardform.pdf.
 14. Regeringsbeslut 2011/10432/FS (delvis). 2011.
<http://www.regeringen.se/sb/d/14015/a/182051>.
 15. Malm U. Case management: Evidensbaserad integrerad psykiatri. Lund: Studentlitteratur AB; 2002.
 16. Ivarsson BH, Ortiz L, Wirbing P. MI, praktisk handbok för socialt arbete. Stockholm: Gothia förlag; 2011.
 17. Topor A, Borg M. Relationer som hjälper. Stockholm: Natur & Kultur; 2008.
 18. Ljungqvist I, Jenner H. Psykiatri för baspersonal – kunskap för en evidensbaserad praktik. Stockholm: Gothia förlag; 2011.
 19. Arnstein SR. A Ladder of Citizen Participation. J Am Plann Assoc 1969;35(4 July):13.
 20. Karlsson M, Börjesson M. Brukarmakt i teori och praktik. Stockholm: Natur & Kultur; 2011.
 21. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen; 2007.
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerformissbruks-ochberoendevard>.
 22. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2010.
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17948/2010-3-4.pdf>.
 23. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd till styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-1-3>.
 24. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Socialstyrelsen; 2009.
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/8336/2009-126-114_2009_126_114.pdf.
 25. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden.
<http://www.kunskapsguiden.se/Sidor/start.aspx>. Hämtad 26 april 2013.

Bilaga

Metod

Underlaget för denna rapport har hämtats från projektens redovisningar för 2012, utvärderingar, e-post och telefonkontakter med projektledare, intervjuer med åtta av projektens representanter samt annat material som projekten har producerat. Dessutom fick samtliga kommuner i landet svara på några frågor inom ramen för Socialstyrelsens kommunenkät inom funktionshinderområdet.

Socialstyrelsen har begärt in redovisningar och annat material från samtliga 113 projekt som var igång under 2012. I redovisningarna har projekten beskrivit projektets mål och utveckling

- målgrupper för den aktuella utbildningssatsningen
- kompetenssatsningens innehåll
- utbildningarnas omfattning
- gjorda eller planerade utvärderingar
- resultat och effekter för personalen, för verksamheterna och för brukare och patienter
- patient-, brukar- och anhörigorganisationernas deltagande i projektet, t.ex. i planering, styrning och genomförande
- landstingens och kommunernas planer för att långsiktigt trygga kompetensutvecklingen
- hinder och avvikelser
- framgångsfaktorer och framtid.

Dessutom har flera projekt låtit utvärdera utbildningsinsatserna. Projektredovisningarna, övrigt material och utvärderingsrapporterna har analyserats med hjälp av verktyget Nvivo. Detta är ett databaserat verktyg för analys av kvalitativa data, texter, bilder, filmklipp och webbsidor.

Inför denna slutrapport valde Socialstyrelsen att komplettera underlaget med ett antal intervjuer. Vi valde åtta olika projekt för att få en bild av de olika inriktningarna: dels några som hade arbetat med case management (CM) eller integrerad psykiatri (IP), dels några som inte hade valt denna inriktning. Vi ville också se närmare på några projekt som hade köpt in utbildningar från högskolor samt möta projekt i storstad och på mindre orter. Slutligen gjordes ett urval utifrån en geografisk spridning. Urvalet föll på följande projekt:

- Case Management-utbildning, Södertälje
- Näckrosprojektet, Södermanland
- Kognus, Stockholm

- Basutbildning i samverkan kring migration, psykisk ohälsa och trauma, Stockholm
- Slussen, samlad socialpsykiatrisk kompetensutveckling för personal i Västerbotten, Umeå
- Evidensbaserad integrerad psykiatri för Skövdes psykosteam, Skövde
- Vård- och stödsamordning, Falun
- Samstöd, Kalmar.

Socialstyrelsen besökte dessa åtta projekt under perioden november 2012–januari 2013 och vi gjorde flera intervjuer på varje ort: med projektledning eller styrgrupp, med brukarrepresentanter, kommun- och landstingspersonal. 26 intervjuer gjordes, varav 8 med styrgrupper och projektledningar, 6 med brukarrepresentanter och 12 med personal som hade genomgått utbildningar. Totalt träffade vi 157 personer vid dessa intervjuer och fokusgrupper.

Tabell 11. Antal intervjuade personer.

	Antal personer
Styrgrupper	49
Kommunanställda	49
Landstingsanställda	23
Brukar- och anhörigorganisationer	36
Antal personer totalt	157

Samtliga intervjuer spelades in och efteråt skrev vi ut dem i en sammanfattande form. I intervjuerna med styrgrupper handlade frågorna om målluppfyllelsen, samverkan mellan kommuner och landsting och vad som händer när projektmedlen är slut. I fokusgrupperna med landstings- och kommunpersonal diskuterade vi om utbildningarna var anpassade till behoven, om och på vilket sätt de hade påverkat arbetet samt om personalen kunde se några effekter på arbetsplatserna, på samverkan och i arbetet med brukare och patienter. Brukar- och anhörigorganisationerna fick frågor som rörde deras delaktighet i arbetet med att planera och genomföra utbildningsinsatsen. Dessutom fick de ange om de kunde se några effekter i vården och omsorgen och eventuella effekter på brukarorganisationerna.

Följande brukar- och anhörigorganisationer var representerade vid något eller några av dessa tillfällen: Ångestsyndromsällskapet (ÅSS), Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH), Schizofreniförbundet (IFSAP), Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), Ananke, Attention, Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning (FUB) samt brukarkollektivet Silvermånen i Sörmland.

Utskrifterna från intervjuerna har delvis analyserats med hjälp av dataprogrammet Nvivo, på samma sätt som projekt- och utvärderingsrapporterna.

Dessutom har Socialstyrelsen gjort ytterligare tre konsultativa intervjuer, en med representanter för nätverket NSPH, en med Karolinska Institutets avdelning för uppdragsutbildningar och en med Karlstads universitet. Slutli-

gen har vi tagit del av webbaserat material som projekten har producerat, i huvudsak inspelade föreläsningar.