

Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa

Uppföljning av 2016 och 2017 års
överenskommelse mellan staten och
Sveriges Kommuner och Landsting

Delrapport 2018

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	2018-5-14
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , maj 2018

Förord

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018. Lägesrapporter ska lämnas till Regeringskansliet senast den 15 maj 2017 och 2018. Uppdraget ska slutredovisas den 31 maj 2019.

Denna rapport är den andra delrapporteringen och därmed en uppföljning av det arbete som har genomförts inom ramen för 2016 och 2017 års överenskommelse.

I årets delrapport fokuserar Socialstyrelsen på följande:

- Sammanställa och beskriva det utvecklingsarbete för barn och unga samt vuxna som kommuner, landsting och regioner avser att bedriva under 2018 samt fem år framöver.
- Beskriva inom vilken kontext kommuner, landsting och regioner bedriver arbetet med de aktuella överenskommelserna.
- Undersöka vilka förutsättningar som kommuner, landsting och regioner behöver för att kunna bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa.
- Uppmärksamma vilka förhållanden som är viktiga för att kunna uppnå målen för utvecklingsarbetet samt återspegla effekterna av detta.

Projektledare för denna uppföljning är Kristina Sinadinovic, och ansvarig enhetschef är Elisabeth Wärnberg Gerdin. Socialstyrelsen vill tacka alla som deltagit i intervjuerna – länssamordnare och representanter för huvudmän, regeringen, SKL, brukarorganisationer samt professionsföreningar – för att de har delat med sig av såväl tankar kring som erfarenheter av arbetet med överenskommelserna för 2016 och 2017.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Handlingsplanerna för vuxna	7
Handlingsplanerna för barn och unga	8
Handlingsplanerna generellt	8
De ekonomiska redovisningarna	9
Intervjuer med länssamordnare	10
Viktigt att tydliggöra överenskommelsernas mål och villkor	11
Inledning	13
Socialstyrelsens regeringsuppdrag	13
Mål	14
Anknytning till Agenda 2030	15
Bakgrund	16
Ändrad inriktning i statens strategi för arbetet inom området psykisk hälsa	16
Överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016	17
Överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017	19
Metod	21
Genomförande	21
Avgränsning och begränsning	25
Resultat	26
Del 1: Analys av länsgemensamma handlingsplaner	27
Handlingsplanerna för den vuxna befolkningen	27
Handlingsplaner för barn och unga	35
Generell analys av handlingsplanerna för såväl vuxna som barn och unga	39
Del 2: Kommunernas, landstingens och regionernas ekonomiska redovisningar	47
Kommunernas ekonomiska redovisning för allmänna stimulansmedel	47
Landstingens och regionernas ekonomiska redovisning för allmänna stimulansmedel	53
Särskild satsning för att stimulera nya initiativ för att nå unga	56
Särskild satsning på ungdomsmottagningar	57
Del 3: Intervjuer med länssamordnare	60
Erfarenheter av arbetet med överenskommelserna	60
Förutsättningar för ett långsiktigt utvecklingsarbete	69

Tid	77
Operativt utvecklingsarbete	78
Effekter av satsningen	80
Diskussion.....	82
Otydlighet i överenskommelserna och grundläggande mål	82
Otydlighet i länsnivåns struktur	83
Villkor för att ta del av stimulansmedel uppfylls i varierande grad	84
Otydlig koppling mellan överenskommelsernas ansats och mottagarstruktur	84
Förväntade effekter på nationell nivå	85
Utveckling och lärande i kommuner, landsting och regioner	85
Huvudsakligen strategisk utveckling.....	86
Mål i fokus för uppföljningsarbetet 2018–2019.....	87
Referenser	88
Bilagor	89

Sammanfattning

Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att beskriva och följa upp det utvecklingsarbete som kommuner, landsting och regioner genomför inom ramen för överenskommelserna om stöd till riktade insatser på området psykisk hälsa 2016–2018. Utöver detta ska Socialstyrelsen, inom ramen för regeringsuppdraget, även uppmärksamma övriga förhållanden som är viktiga för att spegla effekter av överenskommelserna.

Denna lägesrapport fokuserar på att utifrån olika perspektiv belysa det arbete som har bedrivits inom ramen för överenskommelserna 2016 och 2017.

Handlingsplanerna för vuxna

Analysen av de läns gemensamma handlingsplanerna inriktade på den vuxna befolkningen visar att det år 2017, precis som 2016, fanns en stor variation i handlingsplanerna beträffande både innehåll, omfattning, struktur, målformuleringar, uppföljningar av arbetet från det gångna året samt utvecklingen av handlingsplanerna över tid. I 2017 års handlingsplaner fanns en balans mellan de generella insatserna för psykisk hälsa riktade till en *bred målgrupp* (det vill säga hela befolkningen) samt de specifika insatser riktade till en mer *specifik målgrupp* (exempelvis personer med psykisk sjukdom och komplexa behov).

De vanligaste insatserna, som mer än hälften av länen enligt deras handlingsplaner prioriterar att arbeta med under 2018 och fem år framåt, är följande:

- suicidpreventiva insatser
- insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar
- insatser med fokus på samsjuklighet
- insatser med fokus på äldres psykiska hälsa
- samordnad individuell plan (SIP)
- patienters, brukares, anhörigas och närståendes delaktighet
- samverkan och samordning av arbetet inom området psykisk hälsa.

Insatser som prioriteras i handlingsplanerna är riktade till såväl bredare som mer specifika målgrupper. Dessutom spänner insatserna över främjandet av psykisk hälsa, förebyggandet av psykisk ohälsa, tidiga insatser vid begynnande psykisk ohälsa samt behandlande och stödjande insatser vid etablerad psykisk ohälsa. I 2017 års handlingsplaner inkluderar insatser riktade till personer med etablerad psykisk ohälsa, inte enbart behandlande och stödjande insatser, utan även förebyggande och hälsofrämjande arbete.

I flera av de läns gemensamma handlingsplanerna finns en systematisering beträffande länsövergripande kortsiktiga och långsiktiga mål, aktiviteter, indikatorer och uppföljning. Andra handlingsplaner definierar mål ibland med

och ibland utan indikatorer, ibland med övergripande, kortsiktiga och långsiktiga mål om vartannat. Kommunernas självständighet och frihet att följa de läns-gemensamma handlingsplanerna betonas i flera handlingsplaner.

Uppföljningarna av det arbete som planerades i 2016 års handlingsplaner tenderar att beskriva vad som har genomförts eller inte, men det är svårt att utläsa hur implementeringen av olika insatser har fungerat, och vad dessa har gett för resultat.

Generellt syns en utveckling av handlingsplanerna mellan 2016 och 2017 som präglas av lärande, mer fokus och avgränsning samt en stabilitet av länsens former för arbete inom området psykisk hälsa.

Handlingsplanerna för barn och unga

Analysen av de läns-gemensamma handlingsplanerna med fokus på barn och unga visar att insatserna som presenteras i handlingsplanerna varierar i högre utsträckning mellan länen än de insatser som har fokus på den vuxna befolkningen.

De vanligaste insatserna, som en tredjedel av länen eller fler prioriterar att arbeta med under 2018 och fem år framåt, enligt deras handlingsplaner, är följande:

- suicidprevention
- skolinriktade insatser (med fokus på psykosocial arbetsmiljö, godkända betyg samt minskad skolfrånvaro)
- generellt föräldrastöd
- lättillgängliga och välkomnande ungdomsmottagningar
- anpassad information till barn, unga och föräldrar
- insatser inriktade på barn och ungas egna samt deras föräldrars missbruk av alkohol, narkotika och spel
- utvecklingsarbete kring ”första linjen”
- utvecklingsarbete kring SIP
- insatser för att öka tillgängligheten och minska väntetiderna för barn och unga till vård och omsorg
- stärkt samverkan och samarbete mellan landsting, regioner, kommuner och myndigheter
- barn och ungas delaktighet.

Handlingsplanerna för barn och unga genomsyras i högre utsträckning av långsiktighet än handlingsplanerna för den vuxna befolkningen. Exempelvis utgör insatser för barn och unga i högre grad en del av större och mer omfattande processer jämfört med insatser för den vuxna befolkningen. I handlingsplanerna för vuxna tenderar insatserna att vara mer av projektkaraktär.

Handlingsplanerna generellt

Utifrån analysen av handlingsplanerna varierar graden av förankring av handlingsplanerna mellan länen, liksom huruvida tyngdpunkten i förankringen ligger på länsnivå, lokal nivå eller både länsnivå och lokal nivå.

Vilka aktörer som varit involverade i arbetsprocessen med att utveckla handlingsplanerna beskrivs i varierande grad. Huvudsakligen är det representanter från kommuner och landstinget eller från regionen som har samverkat. Ibland nämns mer specifika delar av dessa, exempel specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst, utbildnings- och arbetslivsförvaltningen samt kultur- och fritidsförvaltningen. Även andra aktörer nämns ibland, exempelvis länsstyrelse, polis och NSPH. Ofta saknas dock fortfarande betydande representanter, som exempelvis skolan.

Samverkan är ett centralt tema i arbetet med överenskommelserna 2016 och 2017. I handlingsplanerna beskrivs både redan pågående samverkan liksom en önskan om att bredda och förstärka samverkan framöver. Samverkansarbetet inkluderar dels att utveckla strukturer för arbetet med överenskommelserna, dels prioriterade insatser som genomförs av olika verksamheter eller aktörer tillsammans och dels specifika insatser med fokus på att stärka samverkan i länen. I vissa handlingsplaner finns specifik lokal förankring beskriven avseende samverkan, men många gånger nämns aktörer som ”myndigheter”, ”skola” och ”arbetsmarknad” – det vill säga mer som begrepp utan specifik lokal anknytning.

Bortsett från några undantag resonerar länen generellt sätt inte aktivt om kunskapsbasen för de insatser och strategier som prioriteras i handlingsplanerna. I handlingsplanerna som för ett resonemang om bästa tillgängliga kunskap finns en lyhördhet för nationella initiativ, där länen i handlingsplanerna refererar till ”bästa tillgängliga kunskap” som introducerats av nationella aktörer. Sådana aktörer är till exempel Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) eller Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Även en mer lokalt utvecklad kunskap och erfarenhet nämns ibland i handlingsplanerna. Samtidigt ägnas lite utrymme i de länsgemensamma handlingsplanerna åt att beskriva hur aktörerna ska implementera nya arbetsmetoder eller arbetssätt i praktiken.

De ekonomiska redovisningarna

De ekonomiska redovisningarna som kommuner har lämnat in 2017 visar att de tre områden för vilka störst andelar stimulansmedel har använts till är följande:

- att ta fram behovsanalyser och handlingsplaner samt samordna arbetet kring psykisk hälsa i länet (14, 2 procent)
- kompetenshöjande insatser för personalen (14,6 procent)
- brukarmedverkan (13,9 procent).

De ekonomiska redovisningarna som landsting och regioner har lämnat in 2017 visar att de största andelarna stimulansmedel har använts till följande:

- utveckling och förstärkning av de ordinarie verksamheterna samt dessas kvalitet, vilket inkluderar satsningar på specifika arbetsmetoder och metodstöd (24,1 procent)

- att öka tillgängligheten till vård och behandling via förstärkt ordinarie eller inhyrd bemanning samt via köp av externa utredningar (18,6 procent).

Även landstingens och regionernas stimulansmedel har till relativ stor del använts till att ta fram behovsanalyser och utveckla handlingsplaner samt att samordna arbetet kring psykisk hälsa i länet (11,4 procent).

För relativt stora delar av de förbrukade stimulansmedlen har det utifrån redovisningarna varit svårt att utläsa vad dessa specifikt har använts till. Insatserna som har bekostats av stimulansmedel bedöms till stora delar vara av sådant art som huvudsakligen kräver kortsiktiga ekonomiska investeringar.

Intervjuer med länssamordnare

Resultat från intervjuer med länssamordnare i alla län visar att de överlag upplever ändringen i överenskommelsernas fokus från psykisk ohälsa till psykisk hälsa, som introducerades i och med 2016 års överenskommelse, som positiv. Denna förändring har dock krävt mycket tid att tolka de nya överenskommelserna, förstå förväntningar, våga prioritera samt upparbeta strukturer för samverkan. Många länssamordnare upplever att instruktionerna från SKL kring arbetet med överenskommelserna varit otydliga och föränderliga över tid, samt ofta förknippade med alltför korta tidsramar. De uttrycker vidare att de under 2017 har hittat sina arbetssätt, att de är nöjda med sina handlingsplaner och att de nu behöver tid för förankrings- och implementeringsarbete.

I intervjuer med länssamordnarna har tre övergripande teman framkommit som beskriver de viktigaste byggstenarna för ett långsiktigt utvecklingsarbete på området psykisk hälsa. Dessa teman är samverkan, långsiktighet i överenskommelsernas inriktning, villkor och finansiering samt tid.

I intervjuerna lyfts flera faktorer och förutsättningar som underlättar samverkan. Dessa inkluderar tydlighet i överenskommelsernas ramar och villkor liksom nationell samordning av olika satsningar som berör psykisk hälsa. Ytterligare faktorer som intervjudeltagarna identifierar som viktiga för samverkan är en tydlig struktur som stödjer samverkansprocessen och en länsövergripande mottagarorganisation för de aktuella överenskommelserna. Förankringsarbete identifieras som nödvändig för att såväl initiera som att underhålla samverkansprocessen samt att skapa en gemensam riktning i länens arbete inom området psykisk hälsa.

Faktorer som bidrar till långsiktighet i utvecklingsarbetet handlar i mångt och mycket om kontinuitet, exempelvis vad gäller överenskommelsernas inriktning samt villkor och tidsramar för finansiering. Intervjudeltagare betonar vikten av att inriktning och villkor är så likartade som möjligt från år till år, och att besked om eventuella förändringar kommer i god tid. Behovet av kontinuitet och framförhållning gäller även finansieringen av arbetet med överenskommelserna. Att få besked om omfattning och villkor för nästa års finansiering av arbetet med överenskommelserna strax innan årets slut påverkar, enligt länssamordnarna, vilken typ av satsningar som genomförs och även i vilken utsträckning personal kan anställas för att bedriva samordningsarbetet.

Lärande beskrivs av många intervjudeltagare som en viktig förutsättning för ett långsiktigt utvecklingsarbete. Implementeringen och det praktiska genomförandet av handlingsplanerna lyfts som en viktig komponent i det lärandet. Intervjudeltagarna betonar behovet av tillräcklig tid, i samtliga delar av utvecklingsarbetet. Utvecklingsarbetet som bedrivits under 2016 och 2017 har främst handlat om strategisk utveckling, exempelvis att skapa nya arenor och arbetssätt för samverkan och samarbete mellan olika aktörer samt att utveckla handlingsplaner. Många beskriver att detta arbete hittills tagit det mesta av deras tid. I många län återstår steget att omvandla det strategiska arbetet till praktik.

Positiva effekter som länssamordnarna hittills har observerat till följd av överenskommelserna 2016 och 2017, inkluderar att:

- länens fokus på psykisk hälsa blivit mer påtagligt
- ett helhetsperspektiv på psykisk hälsa har introducerats i länen
- medvetenheten om betydelsen av samverkan har ökat

Ytterligare positiva effekter som framkommer i intervjuerna är exempelvis att brukarorganisationerna har integrerats bättre i arbetet samt att de behovsanalyser och handlingsplaner som tagits fram har underlättat kommunikationen med olika aktörer. Dessa har även inneburit draghjälp, och större tyngd åt arbetet på området samt ökat medvetenheten hos politikerna.

Viktigt att tydliggöra överenskommelsernas mål och villkor

Inför det kommande utvecklingsarbetet inom ramen för de aktuella överenskommelserna, är det viktigt att från nationellt håll anpassa styrningen så att tid, resurser och utrymme skapas för att i högre grad omsätta handlingsplaner i praktiken. I detta sammanhang är det också viktigt att klargöra de otydligheter som har framkommit i arbetet med årets delrapport. Exempelvis saknas ofta en länsövergripande mottagarstruktur för överenskommelserna samtidigt som det i praktiken är just en läns-gemensam behovsanalys och handlingsplan som kommit att utgöra kravet för att ta del av stimulansmedlen. Det är värt att notera att överenskommelsernas villkor inte nämner en läns-gemensam handlingsplan. Därför finns det stora variationer mellan länen kring vad som utgör en läns-gemensam handlingsplan och i vilken utsträckning en sådan kompletteras med kommunernas, landstingens eller regionernas egna, icke obligatoriska, handlingsplaner. Detta väcker frågan vilka mål som fortsättningsvis är obligatoriska att följa upp.

Dessutom behövs en tydligare koppling mellan överenskommelsernas breda ansats och mottagarstrukturen i kommuner, landsting och regioner. Fortfarande landar stimulansmedel och uppdraget att arbeta med de aktuella överenskommelserna i de gamla PRIO-strukturerna, vilket enligt intervjudeltagare begränsar vilka aktörer som involveras i arbetet.

Den breda ansatsen i överenskommelserna 2016 – 2017, tillsammans med avsaknaden av tydlig inriktning och konkreta mål för vad som ska åstad-

kommas under en given tidsperiod, har sannolikt bidragit till de stora variationerna i länsens handlingsplaner och vad som prioriteras i dessa. Sammantaget innehåller handlingsplanerna en palett av olika metoder och insatser fördelade över en rad utvecklingsområden och målgrupper. Socialstyrelsens bedömning är att varje enskilt prioriterad initiativ endast kommer bedrivas i liten skala, nationellt sett.

Inledning

Psykisk ohälsa är ett stort och växande folkhälsoproblem som har negativa konsekvenser för såväl enskilda individer och deras närstående som för samhället i stort. Enligt ett flertal undersökningar har både andelen vuxna och andelen unga med psykisk ohälsa ökat i Sverige de senaste 20 åren [1].

Unga som lever med egen psykisk ohälsa eller som lever nära någon med sådan problematik, riskerar att utveckla allvarlig psykisk ohälsa senare i livet. Dessutom riskerar de att prestera sämre i skolan, få ofullständiga betyg, hamna i arbetslöshet, behöva leva på försörjningsstöd eller på annat sätt hamna i utanförskap.

Psykiska sjukdomar påverkar människors arbetsförmåga negativt och är därför en vanlig orsak till sjukskrivning. Psykisk ohälsa är svårare att upptäcka hos äldre personer, vilket gör att äldre personer med psykiska besvär riskerar att inte få den hjälp och den vård som de behöver [1].

Psykisk ohälsa leder till stora, mångfacetterade och många gånger komplexa behov i samhället. De tillgängliga insatserna för att möta dessa problem ses ofta som otillräckliga eller dåligt samordnade. Personer som vänder sig till sjukvården får inte alltid kunskapsbaserade utredningar och behandlingar i den utsträckning som skulle behövas.

Första linjens sjukvårdsverksamheter skulle i högre utsträckning kunna ta sig an milda till måttliga psykiska besvär. Detta skulle göra att specialistpsykiatri kan fokusera på mer allvarliga psykiatriska tillstånd. Personer med psykisk funktionsnedsättning får generellt sett inte tillräckligt stöd när det gäller exempelvis boende, rehabilitering, sysselsättning och skydd inom socialförsäkringssystemet. De har sämre tillgång till sådana insatser än grupper med andra funktionsnedsättningar. Personer med psykisk funktionsnedsättning har dessutom sämre tillgång till somatisk vård jämfört med andra, lägst sysselsättningsgrad, och det är vanligare att de stigmatiseras [2].

För att stimulera förbättring i kommunerna, landstingen och regionerna på området psykisk ohälsa har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sedan 1995 ingått en rad årliga överenskommelser. Fokus i denna rapport är uppföljningen av överenskommelserna för 2016 och 2017, numera inom psykisk hälsa. För att fortsätta utvecklingsarbetet på området har en överenskommelse ingåtts även för 2018.

Socialstyrelsens regeringsuppdrag

Socialstyrelsens uppdrag (S2016/06530/FS, S2018/01460/FS) är formulerat på följande sätt:

Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018.

Uppföljningen och analysen ska fokusera på att sammanställa, beskriva och följa upp det utvecklingsarbete som kommuner och landsting/regioner har genomfört inom ramen för överenskommelserna. Utöver detta ska Socialstyrelsen uppmärksamma övriga förhållanden som myndigheten finner lämpliga för att spegla effekterna av överenskommelserna lokalt och regionalt. Inom ramen för uppdraget ska Socialstyrelsen också genomföra och redovisa mätningar av allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden till kvinnor och män, flickor och pojkar som lever med psykisk ohälsa.

Mätningen av allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden till kvinnor och män, flickor och pojkar som lever med psykisk ohälsa redovisas i en separat rapport den 15 maj 2018.

I lägesrapporten ska Socialstyrelsen bl.a. uppmärksamma hur kommuner och landsting/regioner har arbetat med samverkan under utvecklingsarbetet samt hur de åtgärder respektive handlingsplaner som planeras med utgångspunkt i genomförda analyser förhåller sig till bästa tillgängliga kunskap inom området psykisk hälsa och ohälsa. Vidare ska myndigheten belysa arbetet med implementering av relevanta arbetssätt, utfasning av mindre relevanta arbetssätt och annat utvecklingsarbete [3]. Socialstyrelsens regeringsuppdrag återfinns i sin helhet i bilaga 1.

Mål

Målet för projektet är att i lägesrapporterna samt i slutrapporten:

- beskriva det arbete som kommunerna, landstingen och regionerna har genomfört inom ramen för överenskommelserna 2016–2018
- lyfta fram olika aspekter som är viktiga för att kunna utveckla och driva arbetet vidare
- belysa vilka områden som behöver vidareutveckling
- belysa i vilken utsträckning detta arbete leder till eller kan förväntas leda till en förbättrad situation för personer med, eller som riskerar att drabbas av, psykisk ohälsa.

Det övergripande målet för lägesrapporterna och slutrapporten är att dessa ska kunna användas både till vidareutveckling av regeringens satsning inom området psykisk hälsa och ohälsa samt till en mer fokuserad styrning mot resultat på lokal och regional nivå.

Det specifika målet för 2018 års lägesrapport är att, utifrån de länsgemensamma handlingsplanerna samt utifrån de ekonomiska redovisningarna som kommuner och landsting lämnade in den 31 oktober 2017, sammanställa och beskriva det utvecklingsarbete som kommuner landsting och regioner har bedrivit och planerar att bedriva inom ramen för de aktuella överenskommelserna. Vidare är det specifika målet att beskriva dels kontexten i vilken arbetet med de aktuella överenskommelserna bedrivs, dels förutsättningarna i kommuner, landsting och regioner för att bedriva detta arbete. Därmed vill Socialstyrelsen uppmärksamma vilka förhållanden som är viktiga för att kunna uppnå och återspegla effekter av detta arbete.

Anknytning till Agenda 2030

Denna rapport anknyter till delmålen 1.2, 1.3, 3.4, 3.8 och 10.2 samt generellt till mål 5 i Agenda 2030 för hållbar utveckling. Dessa mål och delmål handlar om att fram till 2030:

- minst halvera den andel män, kvinnor och barn i alla åldrar som lever i någon form av fattigdom enligt nationella definitioner (delmål 1.2)
- införa nationellt lämpliga system och åtgärder för socialt skydd för alla, inklusive grundskydd, och senast 2030 säkerställa att de omfattar en väsentlig andel av de fattiga och de utsatta (delmål 1.3)
- genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande (delmål 3.4)
- åstadkomma allmän hälso- och sjukvård för alla, som även skyddar mot ekonomisk risk, tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet liksom tillgång till säkra, effektiva och ekonomiskt överkomliga läkemedel och vaccin av god kvalitet (delmål 3.8)
- möjliggöra och verka för att alla människors, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet (delmål 10.2).

Mål 5 handlar generellt om att uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt.

Bakgrund

Regeringens överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är ett icke tvingande styrmedel som staten använder i syfte att öka nationell likvärdighet i hälso- och sjukvården och omsorgen [4].

Överenskommelserna mellan regeringen och SKL används även för att [5]:

- stimulera en utveckling av verksamheterna i kommuner, landsting och regioner inom områden där båda parter har identifierat ett utvecklingsbehov
- ge utvecklingsarbetet bättre förutsättningar
- koordinera insatser på nationell, regional och kommunal nivå och därmed minska risken för överlapp i valet av insatser
- minska mängden styrsignaler.

I dag utgör sådana här överenskommelser en central del i regeringens strategi inom området psykisk hälsa.

Ändrad inriktning i statens strategi för arbetet inom området psykisk hälsa

Den överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, som 2016 ingicks mellan regeringen och SKL, innebar en vändning i regeringens strategi för arbetet på området och ett flertal stora förändringar. Den nya inriktningen medförde en övergång från detaljstyrning från statens sida till så kallad tillitsstyrning. En stor förändring var att regeringen gick ifrån strategin att genom målprestationer förbättra specifika områden av psykisk ohälsa, där fokus legat på insatser som endast var knutna till ett fåtal, av regeringen definierade, prioriterade målgrupper och insatsområden. I stället är ambitionen med överenskommelserna 2016–2018 att skapa både förutsättningar och en bra grund för ett långsiktigt utvecklingsarbete på området psykisk hälsa där olika aktörer tar ett gemensamt ansvar.

Tillitsstyrning innebär att kommuner, landsting och regioner har frihet och ansvar att använda sina stimulansmedel utifrån en egen behovsanalys och utifrån insatser som de själva anser bäst svarar mot behoven i kommunerna, landstingen och regionerna.

Övergången till tillitsstyrning 2016 innebär i sin tur att följande uppgifter flyttades från staten till kommuner, landsting och regioner:

- att analysera och beskriva läget på området psykisk hälsa och ohälsa
- att prioritera vad och vilka det är man ska satsa på närmast i tiden och framöver
- att hitta strategier för hur man på bästa sätt ska åstadkomma en förändring
- att identifiera de bästa åtgärderna utifrån bästa tillgängliga kunskap

- att formulera tydliga, konkreta och uppföljningsbara långsiktiga och kort-siktiga mål
- att presentera en tydlig plan för hur dessa mål ska följas upp, och när de ska anses vara uppfyllda
- att klargöra vad som är enskilda aktörers ansvar och vad som är gemensamma ansvarsområden, samt utifrån detta planera framtida insatser – både enskilt och i samverkan med varandra och andra.

Ytterligare en stor förändring var att inriktningen på *psykisk ohälsa* i stället ändrades till *psykisk hälsa*. Detta innebar en omställning till att arbeta med både hälsa och ohälsa i fokus. I den nya strategin betonas därför vikten av att ha en helhetssyn och att arbeta med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa liksom att ge behandlande och stödjande insatser för personer som redan har drabbats av psykisk ohälsa.

Detta kräver ett arbete utifrån flera perspektiv – som täcker allt från folkhälsa till specialistpsykiatri och ett spektrum av målgrupper som inkluderar hela befolkningen (inklusive personer med omfattande och komplicerad problematik).

Följande fem fokusområden pekas ut som centrala för arbetet:

- förebyggande och främjande insatser
- tidiga, tillgängliga insatser
- utsatta grupper
- delaktighet och rättigheter
- ledarskap och organisation.

Varje fokusområde omfattar personer i alla åldrar (barn, unga, vuxna och äldre) liksom flickor och pojkar, kvinnor och män.

Överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016

Genom överenskommelsen 2016 fördelade regeringen 845 miljoner kronor för att stödja kommuners, landstings och regioners utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa, 780 miljoner kronor till kommuner, landsting och regioner och 65 miljoner kronor till SKL.

Totalt fördelades 200 miljoner kronor till kommunerna respektive 300 miljoner kronor till landstingen och regionerna som allmänna stimulansmedel avsedda för att göra lokala och regionala behovsanalyser och handlingsplaner, samt för att påbörja och bedriva ett långsiktigt arbete i enlighet med regeringens strategi inom området psykisk hälsa under perioden 2016–2020. Kommuner, landsting och regioner fick ytterligare 130 miljoner kronor för satsningar på ungdomsmottagningar, och landstingen och regionerna fick ytterligare 150 miljoner kronor för utveckling av nya initiativ för att nå unga.

Villkoren för att behålla 2016 års stimulansmedel var att kommuner, landsting och regioner senast den 31 oktober 2016 skulle redovisa till SKL hur 2016 års medel har använts, lämna in en länsgemensam analys av läget i länet på området psykisk hälsa och ohälsa avseende befolkningens behov

och insatser som ges, samt lämna in en handlingsplan. Handlingsplanen ska innehålla:

- långsiktiga mål på fem års sikt
- kortsiktiga mål och aktiviteter för 2017 som rör de fem fokusområdena i regeringens strategi för arbetet på området psykisk hälsa
- mätbara indikatorer för de långsiktiga och kortsiktiga målen som ska användas för uppföljning, samt
- en översiktlig beräkning av kostnaderna för 2017.

Utgångspunkten för överenskommelsen 2016 är att förstärka kommunernas, landstingens och regionernas möjligheter att analysera kortsiktiga och långsiktiga behov och utmaningar, både lokalt och regionalt, på området psykisk hälsa. De tillhörande handlingsplanerna ska skapa förutsättningar för en ändamålsenlig implementering av bästa tillgängliga kunskap för att främja psykisk hälsa och ge rätt insatser – på rätt sätt och i rätt tid.

För de 60 miljoner kronor som tilldelats SKL genom överenskommelsen åtog de sig att:

- stödja kommunerna, landstingen och regionerna i arbetet med att analysera förhållandena lokalt och regionalt
- identifiera bästa tillgängliga kunskap
- ge metodstöd för en åtgärdsplan utifrån behovsanalysen
- följa upp arbetet med behovsanalyserna och handlingsplanerna
- fortsätta samordna stödinsatser till kommuner, landsting och regioner gällande lokalt förbättringsarbete, i enlighet med tidigare överenskommelser
- stödja aktiviteter inom hela området psykisk hälsa.

SKL fick ytterligare 5 miljoner kronor för ”inventering och beskrivning av förutsättningarna samt för framtagning av ett förslag på tillvägagångssätt för att bygga upp en nationell struktur med kunskapsnoder, med gemensamt regionalt ansvar, för kunskapsutveckling” [5].

Socialstyrelsens uppföljning av 2016 års överenskommelse

I maj 2017 lämnade Socialstyrelsen den första delrapporten till Regeringskansliet [6]. Delrapporten var en uppföljning av 2016 års överenskommelse. Rapporten fokuserade på att sammanställa och beskriva de länsgemensamma behovsanalyserna, handlingsplanerna och ekonomiska sammanställningarna som kommuner, landsting och regioner redovisat till SKL i oktober 2016. Utifrån resultatet från denna sammanställning presenterades även en plan för Socialstyrelsens fortsatta uppföljningsarbete.

I 2017 års delrapport konstaterades att de inlämnade länsgemensamma behovsanalyserna och handlingsplanerna varierade mycket med avseende på omfattning, struktur, tydlighet och innehåll.

I delrapporten konstaterades vidare att en analys av de länsgemensamma dokumenten lämnar flera oklarheter, exempelvis gällande:

- målbilder och förväntningar
- hur kommuner, landsting och regioner har tolkat uppdraget
- vad de länsgemensamma handlingsplanerna återspeglar
- ansvarsfördelning och förankring
- anledning till avsaknad av information om förhållningssätt till bästa tillgängliga kunskap, implementering av nya arbetssätt och utfasning av mindre relevanta arbetssätt.

I det fortsatta uppföljningsarbetet bedömde Socialstyrelsen därför att det är av vikt att följa upp det fortsatta arbetet inom ramen för överenskommelserna 2016–2018 utifrån det specifika syftet med överenskommelserna: att skapa förutsättningar för långsiktigt utvecklingsarbete, där olika aktörer tar ett gemensamt ansvar och där huvudmännen kan erbjuda insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap.

I den första delrapporten föreslogs att den fortsatta uppföljningen ska fokusera på bland annat att:

- utifrån olika aktörers perspektiv undersöka vilka förutsättningar som är viktiga för att bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa
- undersöka förutsättningarna och villkoren för kommuner, landsting och regioner att arbeta med överenskommelserna och samverka med varandra och andra aktörer
- ta del av erfarenheterna från arbetet med överenskommelserna 2016 och 2017
- undersöka upplevelsen av stödet som erhållits i samband med arbetet 2016–2017
- undersöka effekter av överenskommelser 2016–2018
- årligen sammanställa och beskriva de handlingsplaner och ekonomiska redovisningarna som lämnas in till SKL
- undersöka övriga förhållanden som är viktiga för att uppnå och återspegla effekter av de aktuella överenskommelserna.

Överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017

Överenskommelsen 2017 följde samma struktur och inriktning som 2016, och syftade till att fortsatt skapa förutsättningar för en kraftfull utveckling på området. Även fördelningen av medel liknade 2016, med den skillnaden att år 2017 gick 250 miljoner till kommunerna och lika stor summa till landsting och regionerna för att göra lokala och regionala behovsanalyser och handlingsplaner samt för att fortsätta det utvecklingsarbete som påbörjades 2016.

Villkoren för att behålla 2017 års stimulansmedel var desamma som 2016, med två tillägg. Den handlingsplan som kommuner, landsting och regioner skulle lämna in 31 oktober 2017 skulle innehålla en redovisning av utfallet

och utvecklingen av de indikatorer som identifierats som mått på de lång- och kortsiktiga mål som presenterades i 2016 års handlingsplan. Utöver detta skulle kommuner, landsting och regioner lämna in en separat fördjupad analys och handlingsplan för barn och unga till och med 24 års ålder, inklusive ungdomsmottagningarnas arbete [7].

Metod

Ambitionen för uppföljningsarbetet 2017–2018 är att belysa arbetet som bedrivs inom ramen för de aktuella överenskommelserna utifrån fler perspektiv än vid uppföljningen 2016. Detta skulle kunna ge en djupare förståelse för arbetet med psykisk hälsa. Socialstyrelsen har därför samlat in data på nationell nivå, på högsta politiker- och tjänstemannanivå i kommuner och landsting samt på länssamordningsnivå.

I det här kapitlet redovisar Socialstyrelsen hur arbetet med 2018 års delrapport har lagts upp samt vilka arbetsmetoder som har använts för att samla in och analysera data, vilka utgör grunden för de resultat som presenteras i denna rapport. Utöver detta presenterar Socialstyrelsen även vilka avgränsningar som gjorts i arbetet med årets delrapport samt vilka begränsningar dessa avgränsningar medför.

Genomförande

Det uppföljningsarbete som Socialstyrelsen har bedrivit under hösten 2017 och våren 2018 består av fyra delar:

1. Analys, sammanställning och beskrivning av 2017 års länsgemensamma handlingsplaner.
2. Analys, sammanställning och beskrivning av kommunernas, landstingens och regionernas ekonomiska redovisningar för 2017.
3. Intervjuer med länssamordnarna för arbetet med överenskommelserna.
4. Intervjuer med representanter för regeringen, SKL, huvudmän, brukarorganisationer och professionsföreningar (hädanefter kallade nyckelaktörer).

Genomförandet av de olika delarna beskrivs mer detaljerat nedan.

Analys av länsgemensamma handlingsplaner

En analys av de länsgemensamma handlingsplanerna genomfördes för att sammanställa och beskriva vad kommuner, landsting och regioner bedömer som viktigt att arbeta med inom området psykisk hälsa under 2018 och fem år framåt.

Den analys och sammanställning av de länsgemensamma handlingsplanerna som de 21 länen lämnade in till SKL den 31 oktober 2017 genomfördes av forskare på Institutionen för socialt arbete vid Umeå universitet, på uppdrag av Socialstyrelsen. Analysen utgick från det textmaterial som kommuner, landsting och regioner uttryckligen formulerat i de länsgemensamma handlingsplanerna. Textmaterialet kategoriserades inledningsvis i ”vuxna” respektive ”barn och unga (0–24 år)”, varvid innehållet sorterades och analyserades separat för dessa områden.

Handlingsplanerna för vuxna

Forskarna vid Umeå universitet sorterade och analyserade innehållet i handlingsplanerna för vuxna enligt nedan:

- områden och målgrupper som berörs i handlingsplanerna
- områden och målgrupper som saknas
- mål på lång och kort sikt
- mätbara indikatorer
- vilka aktörer som deltagit i länens arbetsprocesser
- jämställdhetsperspektiv
- ansvarsfördelning mellan huvudmännen och andra
- hur åtgärder som planeras förhåller sig till bästa tillgängliga kunskap
- arbetet med implementering av relevanta arbetssätt
- utvärdering av de insatser som planerades i 2016 års handlingsplaner.

De utvecklingsområden som beskrivs i handlingsplanerna sorterades utifrån beskrivna målgrupper i tre områden, med utgångspunkt i ett ohälsospektrum som spänner mellan psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Utvecklingsområdena omfattar:

1. främjande och förebyggande insatser
2. tidig upptäckt och tidiga insatser
3. behandlande och stödjande insatser.

Utvecklingsområden analyserades både kvantitativt, där antalet län som avsåg att arbeta med varje område räknades, och kvalitativt med fokus på information i handlingsplanerna.

Handlingsplanerna för barn och unga

Forskarna vid Umeå universitet sorterade och analyserade innehållet i handlingsplanerna för barn och unga genom att identifiera grundkaraktistika för de inlämnade handlingsplanerna. Därefter sorterade de materialet enligt nedan:

- identifierade riskgrupper
- insatser för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa
- tidiga insatser vid psykisk ohälsa
- insatser vid långvarig psykisk ohälsa
- övergripande teman.

Under genomläsningen av handlingsplanerna identifierade forskarna även likheter och skillnader i utformningen av 2016 och 2017 års handlingsplaner.

I slutskedet av resultatsammanställningen diskuterades preliminära resultat i en expertpanel. I panelen ingick tre experter med kompetens inom arbetsterapi, samhällsmedicin, rehabilitering, socialt arbete, folkhälsa, barn och unga, socialt kapital och andra bestämningsfaktorer för hälsa, sociala ojämlikheter i hälsa samt migration och hälsa bland ensamkommande barn. I expertpanelen ingick även en representant för Nationell Samverkan för

Psykisk Hälsa (NSPH). De flesta huvudteman som forskarna identifierat bekräftades av expertgruppen. Dessutom tillkom under diskussionen ytterligare infallsvinklar och observationer.

Resultaten presenterades i en rapport till Socialstyrelsen och återges i denna delrapport.

Analys av kommunernas och landstingens ekonomiska redovisningar för 2017

Socialstyrelsen analyserade kommunernas, landstingens och regionernas ekonomiska redovisningar för 2017. Syftet med analysen var att sammanställa och beskriva vad kommuner, landsting och regioner konkret har finansierat och arbetat med under 2017. Analysen grundar sig på en granskning av information från SKL:s webbverktyg där alla 290 kommuner och alla 21 landsting och regioner har registrerat bland annat hur de har använt de stimulansmedel som har fördelats till dem via överenskommelsen 2017.

Separata analyser och sammanställningar gjordes för:

- Allmänna stimulansmedel fördelade i kommuner, uppdelat på barn och unga, vuxna samt övriga kostnader.
- Allmänna stimulansmedel fördelade i landsting och regioner, uppdelat på barn och unga, vuxna samt övriga kostnader.
- Särskild satsning på nya initiativ för att nå unga.
- Särskild satsning på ungdomsmottagningar.

Socialstyrelsen kategoriserade alla insatser som kommuner, landsting och regioner redovisade till SKL för 2017 på ett övergripande plan, så att det framgick vilken typ av insatser stimulansmedel bekostade. Många insatser passade dock in i flera kategorier. Exempelvis kan stimulansmedel ha använts för att utbilda personal i suicidprevention – en insats som passar lika bra i kategorin *utbildning* som i kategorin *suicidprevention*. I sådana här fall är det satsningens angivna syfte som avgjorde valet av kategori, vilket i exemplet med utbildning i suicidprevention var att förebygga självmord.

Intervjuer med länssamordnare

Socialstyrelsen har genomfört intervjuer med länssamordnare för arbetet med psykisk hälsa inom ramen för överenskommelserna 2016 och 2017, i samtliga län under perioden november 2017 till januari 2018. Dessa intervjuer syftade till att, utifrån länssamordnarnas perspektiv:

- undersöka vilka förutsättningar som är viktiga för att bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa
- undersöka förutsättningar och villkor för att arbeta med överenskommelserna och samverka med varandra samt andra aktörer
- beskriva erfarenheterna av detta arbete
- undersöka upplevelsen av det stöd som SKL har tillhandahållit.

Socialstyrelsen genomförde länssamordnarintervjuerna i form av semistrukturerade gruppintervjuer i 19 län, där antalet intervjudeltagare varierade från två till sex. I två län genomförde Socialstyrelsen individuella intervjuer.

Samtliga intervjuer genomfördes på plats i respektive län. Totalt intervjuades 63 representanter från kommuner, landsting och regioner som antingen har eller har haft en länssamordnande roll i arbetet med överenskommelserna 2016 och 2017.

Med syfte att säkerställa kvaliteten genomfördes samtliga intervjuer av två utredare. I förekommande fall ställde intervjuarna förtydligande frågor under samtalets gång. Tiden för intervjuerna varierade från cirka 1,5 timmar till 2,5 timmar. Sammansättningen av de par och grupper som intervjuades var oftast en blandning av personer med landstings- respektive kommunperspektiv. Vid ett fåtal tillfällen, när endast två intervjudeltagare deltog, hade båda intervjudeltagarna samma bakgrund. Trots detta berörde samtalen såväl landsting som kommunperspektiv.

Till skillnad från vad som var möjligt vad gäller textmaterialet från handlingsplanerna, kunde Socialstyrelsen i samband med intervjuerna ställa förtydligande frågor, vilket bidrog till att informationen som deltagarna förmedlade blev mer detaljerad. Samtliga intervjuer transkriberades och utskrifterna analyserades av två utredare.

Intervjuer med nyckelaktörer

Socialstyrelsen genomförde under perioden oktober 2017 till december 2018 intervjuer med representanter för:

- regeringskansliet
- SKL
- huvudmän
- brukarorganisationer
- professionsföreningar.

Syftet med dessa intervjuer var att få en djupare förståelse dels för det arbete som ska bedrivas inom ramen för de aktuella överenskommelserna, dels för kontexten i vilken detta arbete bedrivs. Detta utifrån nyckelaktörernas perspektiv – både på nationell nivå och på högsta politiker- och tjänstemannanivå i kommuner, landsting och regioner.

Vidare var syftet med dessa intervjuer att undersöka vilka förutsättningar nyckelaktörerna anser är viktiga för ett långsiktigt utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa.

Socialstyrelsen har genomfört åtta individuella intervjuer samt en gruppintervju. Sammanlagt intervjuades tolv representanter från regeringen, SKL, professionsföreningar, patient- eller brukarföreningar samt med nationella samordnare inom området psykisk hälsa. Även i denna intervjuserie genomfördes samtliga intervjuer av två utredare för att säkerställa kvaliteten i själva genomförandet av intervjuerna.

Socialstyrelsen genomförde ett strategiskt urval av intervjupersoner med målsättning att beskriva perspektiv från:

- aktörer som varit involverade i framtagningen av överenskommelserna
- organisationer vars medlemmar direkt berörs av arbetet med överenskommelserna (med andra ord såväl personal som patienter).

För att öka representativiteten planerar Socialstyrelsen att komplettera dessa intervjuer med ytterligare intervjuer.

Utöver dessa aktörer intervjuades totalt 16 representanter för huvudmän i fyra strategiskt utvalda landsting eller regioner samt i fyra slumpmässigt utvalda kommuner. Socialstyrelsen intervjuade en politiker och en tjänsteman i varje utvalt landsting eller region respektive kommun. Myndighetens ambition har varit att intervjua de högsta politikerna respektive tjänstemännen i urvalet av kommuner, landsting och regioner. I något enstaka fall delegerade den högsta politikern eller tjänstemannen uppgiften att bli intervjuad av Socialstyrelsen till en politiker eller tjänsteman i lägre position.

Avgränsning och begränsning

Socialstyrelsen har avgränsat analysen och sammanställningen av de handlingsplaner som kommuner, landsting och regioner lämnade in till SKL i oktober 2017. Analysen och sammanställningen omfattar endast de länsgemensamma handlingsplanerna som var obligatoriska att lämna in för att få behålla 2017 års stimulansmedel.

Denna avgränsning innebär att Socialstyrelsen inte har analyserat de över 150 kommunala handlingsplaner som kommunerna redovisade vid sidan av de länsgemensamma dokumenten, trots att detta inte var ett krav för att få behålla stimulansmedel. Detta utgör en metodologisk begränsning av arbetet med årets delrapport. Att i analysen endast utgå från de länsgemensamma handlingsplanerna innebär att bilden som Socialstyrelsen presenterar i den här delrapporten begränsas.

En annan avgränsning för arbetet med denna delrapport gäller intervjuerna med nyckelaktörerna. I nuläget används informationen från dessa intervjuer framförallt för att ge Socialstyrelsen en djupare förståelse dels för det arbete som bedrivs inom ramen för de aktuella överenskommelserna, dels för kontexten i vilken arbetet bedrivs. En analys av intervjuerna med nyckelaktörerna kommer att genomföras inför slutrapporten.

Resultat

I resultatdelen sammanställs och beskrivs följande:

- de länsgemensamma handlingsplanerna för vuxna
- de länsgemensamma handlingsplanerna för barn och unga
- de ekonomiska redovisningarna över förbrukade stimulansmedel för 2017 som kommuner, landsting och regioner lämnade in till SKL i oktober 2017.
- intervjuer med länssamordnare

Varje del i detta kapitel innehåller ett flertal olika dimensioner vilket gör att varje del är detaljerad och omfattande. Delarna kan med fördel läsas separat. Samtidigt belyser kapitlets delar arbetet med överenskommelserna 2016 och 2017 utifrån olika perspektiv, och ger tillsammans en djupare förståelse för det arbete som bedrivs inom ramen för dessa överenskommelser.

Del 1: Analys av läns- gemensamma handlingsplaner

Analyserna av de länsgemensamma handlingsplanerna med fokus på den vuxna befolkningen respektive på barn och unga (0–24 år) presenteras i resultatdelen var för sig.

Därefter följer de övergripande resultat som omfattar båda handlingsplanerna. Dessa innehåller generella beskrivningar av:

- handlingsplanernas förankring
- vilka aktörer som deltagit i arbetsprocessen för att ta fram handlingsplanerna
- hur aktörerna arbetat med samverkan
- ansvarsfördelning
- i vilken utsträckning patienter, brukare och närstående eller representanter för dessa har involverats i arbetet med handlingsplanerna
- hur handlingsplanerna förhåller sig till bästa tillgängliga kunskap
- hur handlingsplanerna förhåller sig till implementering av nya arbetssätt
- huruvida handlingsplanerna inkluderar genus- och jämlikhetsperspektiv.

Det är dock viktigt att komma ihåg att analysen av de länsgemensamma handlingsplanerna genomförts på en närmast retorisk manifest nivå, och därmed fokuserar på det som explicit skrivs i handlingsplanerna. Socialstyrelsen har med andra ord inte ställt några fördjupade frågor kring det som specifikt uttrycks i handlingsplanerna, vilket innebär att myndigheten inte har kunnat erhålla en djupare förståelse för de skrivna texterna.

Handlingsplanerna för den vuxna befolkningen

Analysen av 2017 års handlingsplaner som är inriktade på den vuxna befolkningen är indelad i fyra delar:

1. vad kommuner, landsting och regioner prioriterar att arbeta med enligt 2017 års handlingsplaner
2. målformuleringar i 2017 års handlingsplaner
3. uppföljning av 2016 års handlingsplaner
4. jämförelse av 2016 och 2017 års handlingsplaner.

Prioriterade insatser enligt 2017 års handlingsplaner

I detta avsnitt presenteras vad länen, enligt deras handlingsplaner, planerar att arbeta med inom området psykisk hälsa de närmaste åren. Detta handlar dels om specifika insatser och målgrupper, dels om övergripande åtgärder.

Alla prioriterade insatser på området psykisk hälsa som presenterades i 2017 års handlingsplaner sorterades i tre kategorier som spänner över främjande och förebyggande insatser, tidiga insatser samt behandlande och stödjande insatser. Målgrupperna sorterades i kategorier som spänner från befolkningen i allmänhet till grupper av enskilda som befinner sig i mycket specifika förhållanden.

Nedan presenteras först de utvecklingsområden som handlar om de målgrupper och insatser som återfinns inom alla tre kategorier: främjande och förebyggande insatser, tidiga insatser samt behandlande och stödjande insatser. Sedan presenteras dels de utvecklingsområden som handlar om målgrupper och dels de insatser som är specifika för varje enskild kategori. Slutligen presenteras utvecklingsområden som är av övergripande karaktär, som exempelvis samverkan och värdegrundsarbete.

Prioriterade insatser som finns inom alla tre kategorierna

Här presenteras de insatser eller områden som återfinns inom alla tre kategorier. Siffrorna inom parantes anger antalet län som, enligt sin handlingsplan, prioriterar att arbeta med framöver.

- Suicidrelaterade insatser till en bred målgrupp (16)
- Insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar (16)
- Insatser med fokus på samsjuklighet (psykisk ohälsa och missbruk) (11)
- Insatser med fokus på äldres psykiska hälsa (11)
- Insatser med fokus på asylsökande och nyanländas psykiska hälsa (10)
- Insatser med fokus på psykisk hälsa hos personer med andra funktionsnedsättningar (8)
- Missbruksrelaterade insatser (7)
- Sjukskrivningsrelaterade insatser (4)
- Insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (4).

Två utvecklingsområden identifierades som vanligast förekommande i handlingsplanerna. Det första området representerar en *specifik insats* (suicidrelaterad) som riktas dels till en *bred målgrupp* (suicidprevention riktad till hela befolkningen, att identifiera personer med förhöjd suicidrisk och att erbjuda dem rätt hjälp i rätt tid), dels till en *specifik målgrupp* (att minska antalet självmord och självmordsförsök bland personer som har etablerad kontakt med sjukvården). Det andra området, liksom övriga områden, innefattar en rad olika insatser som är riktade till en *specifik målgrupp*. När det gäller personer med personer med psykisk funktionsnedsättning, inkluderar dessa insatser exempelvis psykiskt hälsofrämjande perspektiv i stöd riktat till personer med psykisk funktionsnedsättning, god somatisk vård och behandling till personer med psykiskt funktionsnedsättning, anpassat boendestöd, integrerat stöd, samordnade insatser.

Analysen visar att länen sammantaget i ungefär lika stor utsträckning prioriterar insatser riktade till en bred allmänhet som insatser riktade till personer med omfattande och komplicerad psykiatrisk problematik. Det förekommer dock handlingsplaner där alla prioriterade insatser riktas mot en bred

allmänhet. Handlingsplanerna kan därmed anses stå med ett ben i *generella verksamheter* (där kommuner, landsting, regioner, skolor, föreningsliv, näringsliv och ”allmänheten” inkluderas) och ett ben i *mer specialiserade eller integrerade verksamheter* inom kommuner, landsting och regioner med kompetens och erfarenhet inom det traditionella psykiatriska området.

Sammanställningen visar även att utvecklingsområden där det finns konkreta metoder och evidensbaserade program att tillgå, och som länen arbetat med tidigare (till exempel suicidprevention), oftare prioriteras i handlingsplanerna. Områden där det inte finns utarbetade metoder och program i samma utsträckning prioriteras mer sällan, exempelvis insatser som är riktade till nyanlända.

Prioriterade insatser som endast finns inom en kategori

Insatser och målgrupper som endast finns i en kategori presenteras i tabell 1 under respektive kategori (främjande och förebyggande insatser, tidiga insatser respektive behandlande och stödjande insatser). Siffran inom parentes anger antal län som enligt sina handlingsplaner planerar att arbeta med denna typ av insats.

Tabell 1: Insatser och målgrupper inom enskilda kategorier

Främjande och förebyggande insatser	Tidiga insatser	Behandlande och stödjande insatser
Anhöriga och närstående till personer med psykisk ohälsa (9)	Information och kommunikation med medborgare (6)	Samordnad Individuell Plan, SIP (12)
Personer som upplever/bevittnar/brukar våld (5)	Uppmärksamma HBTQ-personers psykiska hälsa (6)	Ökad kompetens och fungerande vårdkedja vid självskadebeteende (2)
God psykisk folkhälsa (4)	Stärka primärvårdens psykiatriska kompetens (5)	Färre tvångsåtgärder (2)
Föräldrastöd (4)	Patientstyrd inläggning (1)	Tillgänglig specialistvård (1)
Attitydarbete (4)		Väntetider som följer vårdgarantin (1)
Öppna mötesplatser, gemensamma arenor (2)		Mångbesökare till både somatisk och psykiatrisk akutvård (1)
Levnadsvanor och fysisk aktivitet som främjar psykisk hälsa (2)		
Personcentrerat och återhämtningsinriktat stöd (2)		
Anställda med egen erfarenhet av psykisk ohälsa (1)		
Kompensatoriska insatser (1)		
Främja samernas psykiska hälsa (1)		

Ett mönster som går att utläsa av sammanställningen i tabell 1 är att de insatser och utvecklingsområden som är riktade till en bred målgrupp i stor utsträckning handlar om främjande, förebyggande och tidiga insatser. Däremot sträcker sig insatser och utvecklingsområden riktade till personer med långvarig psykisk ohälsa över alla tre kategorier.

De flesta kategorispecifika insatser återfinns inom kategorin främjande och förebyggande insatser. Variationen inom denna kategori är större (11 insatser) än inom de två andra kategorierna (10 insatser i båda kategorierna tillsammans).

De två insatser som prioriteras i flest län gäller:

- upprättande av Samordnad Individuell Plan (SIP) för de personer som får stöd från både kommuner och landsting
- förebyggande arbete riktat till anhöriga eller närstående till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Sammantaget är det i övrigt samma mönster som visar sig inom varje kategori: en jämn balans mellan insatser som är riktade till en bred målgrupp och insatser som är riktade till en målgrupp med omfattande eller komplex problematik.

Prioriterade utvecklingsområden av övergripande karaktär

I handlingsplanerna prioriteras även en rad utvecklingsområden av övergripande karaktär. De handlar främst om *hur* arbetet ska genomföras, snarare än *vad* som ska genomföras och *för vem*. Dessa utvecklingsområden är följande:

- Patienters, brukares, anhörigas och närståendes delaktighet (14)
- Samverkan och samordning (13)
- Kunskapsanvändning och utveckling (7)
- Implementering (5)
- Värderingar och förhållningssätt (4)
- Utvärdering och uppföljning (4)
- Digitalisering (3)
- Inventering och analys (3)
- Individcentrerat stöd (3).

Det vanligaste övergripande utvecklingsområdet, det vill säga *patienters, brukares, närståendes och anhörigas delaktighet*, berör relationer mellan människor och prioriteras i 14 av 21 län. Det näst vanligaste övergripande utvecklingsområdet, *samverkan*, berör relationer mellan professioner eller organisationer och prioriteras av 13 av 21 län. Som utvecklingsområde beskriver samverkan behovet av att tydliggöra olika aktörers roller och av att uppnå en samsyn gällande länets gemensamma uppdragsområden. Första linjen (ofta tolkat som primärvården) nämns som exempel på en ”zon” vars tillhörighet och plats inom området psykisk hälsa ännu inte är fullt klarlagd.

Sammanfattningsvis kan vi se att länen sprider sina satsningar och prioriteringar mellan olika kategorier av insatser till olika målgrupper. Ett kännetecken för 2017 års planer, jämfört med 2016, är att länen i större utsträckning fokuserar på förebyggande och främjande åtgärder till personer med etablerad och långvarig psykisk ohälsa. Vidare är det sammantaget i 2017 års handlingsplaner en mycket jämn fördelning i insatser riktade till den breda målgruppen *medborgare*, den något snävare målgruppen *medborgare med förhöjd risk för psykisk ohälsa*, och den ytterligare snävare målgruppen *personer med etablerad psykisk ohälsa*.

Målformuleringar i 2017 års handlingsplaner för den vuxna befolkningen

I stort sett förhåller sig alla län till mål eller målområden på ett eller annat sätt. Generellt sett finns en mängd målsättningar formulerade i handlingsplanerna, både på länsnivå och på lokal nivå. I vissa län framstår både målsättningarna och mätandet av dessa som oproblematiskt. I andra län nyanseras denna bild och svårigheter med att mäta det komplexa området psykisk hälsa problematiseras.

I ett flertal av de länsgemensamma handlingsplanerna finns en systematisering beträffande länsövergripande mål, aktiviteter och uppföljning. Ofta är målen uppdelade på lång och kort sikt. I en handlingsplan, som kan lyftas upp som exempel, finns en tydlig systematik för målformuleringarna. I denna följdes utvecklingsområdena av kortsiktiga mål och indikatorer för

uppföljning av dessa, samt långsiktiga mål och indikatorer för uppföljning av dessa. Detta skapar en tydlighet i både vad som ska göras och hur det ska följas upp.

Till skillnad från de handlingsplaner där målen presenteras på ett systematiskt sätt, presenteras målen i vissa handlingsplaner löpande i text – ibland med indikatorer, ibland utan indikatorer, och ibland med övergripande, kort-siktiga och långsiktiga mål om vartannat.

Kommunernas självständighet återspeglas i ett flertal handlingsplaner. I ett exempel finns det inom varje utvecklingsområde både kort- och långsiktiga mål, samt en beskrivning av hur dessa ska följas upp och mätas. Samtidigt finns en inledande mening: *"Varje kommun respektive [regionens namn] prioriterar själva mellan de framtagna målen och aktiviteterna i handlingsplanen för 2017–2018"*. Detta visar på hur länsnivån kan fungera för visioner, men inte självklart för genomförandet.

I ett annat län har målen en stark lokal förankring och tydlig konkretisering – men till förmån för den lokala förankringen är länsnivån inte lika tydlig. Några län har medvetet utelämnat tidsangivna mål därför att tidsbestämning av målsättningar ska göras lokalt i kommuner och landsting där det även ska beslutas om vilka indikatorer som ska följas upp. I handlingsplanen från ett län är målen liksom indikatorer för uppföljning väl preciserade. Indikatorerna har dessutom kategoriserats som struktur-, process- eller resultatindikatorer. Länet lyfter dock upp att mätning av måluppfyllelse är svårt, och att jämförelser med hjälp av indikatorer är problematiska, exempelvis för att indikatorutfallen inte tar hänsyn till socioekonomiska faktorer och andra strukturella förutsättningar som kan vara av betydelse för den psykiska hälsan.

Uppföljningar av 2016 års handlingsplaner

I 2017 års överenskommelse anges att handlingsplanerna som ska redovisas i oktober 2017 ska innehålla en redovisning av utvecklingen när det gäller indikatorer för de långsiktiga och de kortsiktiga målen som kommuner, landsting och regioner identifierade året innan. Socialstyrelsens analys visar att uppföljningarna av 2016 års indikatorer och måluppfyllelse har genomförts på varierande sätt, och i varierande omfattning.

I tolv handlingsplaner har omfattande och detaljerade uppföljningar beskrivits på ett systematiskt sätt. I dessa framgår vad som initialt planerades, vad som har gjorts respektive inte har gjorts, samt i vissa fall varför planerade aktiviteter inte har genomförts. I resterande län är uppföljningarna mindre systematiska, och innehåller mer generella beskrivningar av vad som har gjorts i länet på området psykisk hälsa, eller inom de olika fokusområdena.

Uppföljningarna som presenteras i de länsgemensamma handlingsplanerna tenderar att vara instrumentella och främst beskriva vad som har genomförts eller inte. Det är dock svårt att utläsa exempelvis hur det har gått med implementeringen av olika insatser, eller vad dessa har gett för resultat. Därmed blir det inte heller möjligt att utläsa några effekter i termer av *ökad psykisk hälsa* eller *minskad psykisk ohälsa*.

Vissa handlingsplaner beskriver uttryckligen att de uppsatta målen är svåra att mäta. I andra handlingsplaner går det att ifrågasätta hur insatsen och uppföljningen hänger ihop. Ett exempel på detta är ett län som valt att följa upp området ”mångkulturell kompetens” i form av siffror på hur många asylsökande som vistas i länet. Hur antalet asylsökande beskriver den mångkulturella kompetensen är oklart.

Vissa handlingsplaner visar att det operationella arbetet inte genomförs på länsövergripande nivå, utan på kommunal nivå. I dessa handlingsplaner hänvisar man också till att respektive kommun eller landsting gör själva uppföljningar och revideringar av mål. Detta visar tydligt att det saknas en mycket viktig pusselbit när de lokala handlingsplanerna inte ingår i analysen.

Jämförelse mellan 2016 och 2017 års handlingsplaner

En jämförelse av 2016 och 2017 års handlingsplaner visar generellt att arbetet på området psykisk hälsa har utvecklats och verkar ha funnit sin form i många län under 2017. Precis som det finns en stor variation mellan länens handlingsplaner, finns det även en stor variation mellan länen i hur handlingsplanerna har utvecklats mellan 2016 och 2017.

Några län som gjorde en omfattande satsning i relation till överenskommelsen 2016 har haft ett mer uppföljande arbete 2017. Andra län har arbetat för att påtagligt utveckla sina handlingsplaner under 2017. I ytterligare några län har handlingsplanen landat i en mer upparbetad länsstruktur vilket inneburit att de kunnat arbeta i ett relativt jämnt tempo.

Fjorton av totalt 21 län har använt samma grundstruktur för sin handlingsplan 2017 som för sin handlingsplan 2016. I många län prioriteras även i stort sett samma områden i handlingsplanen 2017 som året innan. Vissa län har dock prioriterat nya områden, medan andra har tagit bort vissa områden i den senaste handlingsplanen.

Handlingsplanernas utveckling mellan 2016 och 2017

Nedan följer några exempel som syftar till att belysa skillnaderna i hur handlingsplanerna utvecklades mellan 2016 och 2017. I ett län följer handlingsplanen samma grundstruktur 2017 som 2016, med vissa revideringar. Ett nytt inslag i handlingsplanen för 2017 är ett teoretiskt tillägg som betonar vikten av hälsofrämjande arbete, men som också nyanserar och problematiserar arbetet på området.

En annan handlingsplan visar på kontinuiteten i handlingsplansarbetet. År 2016 påbörjade länet ett arbete som fortsätter 2017 och framåt, med tillägget barn och unga. De beskriver processen i sin helhet och ger en detaljerad uppföljning av arbetet 2017 i relation till det som planerades i 2016 års handlingsplan.

Ett län har utkristalliserat sina målområden, även om handlingsplanen i helhet fortfarande bygger mycket på lokala inslag.

En handlingsplan har en helt annan struktur 2017 än året innan. År 2016 lämnade länet in en sexsidig avsiktsförklaring, medan de 2017 lämnade in fyra omfattande dokument: en gemensam handlingsplan, en användarmanual

med indikatorer för uppföljning, en regional utvecklingsplan för vuxenpsykiatri samt en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri.

I ett län skiljer sig den länsgemensamma handlingsplanen 2017 väsentligt från planen 2016. Detta i och med att de 2017 gör en bred analys av olika faktorer, till exempel inkomst, livslängd, skillnader mellan kön och geografisk plats. Detta innebär att länet har en bredare ingång och en bredare ansats i sin senaste analys. Planen verkar vara framarbetad i en ny kontext som inte nämndes 2016, nämligen den regionala utvecklingsstrategin.

Ett annat län har också tagit sitt arbete med handlingsplanen vidare. I sin handlingsplan för 2017 skiljer de resultatmått från processmått, och det går att identifiera en tydlig utveckling i deras arbete med handlingsplanerna.

I ytterligare ett län ser handlingsplanen för 2017 delvis ut på ett annat sätt än 2016. År 2016 tillfrågades alla från elever till äldre och traditionella brukarorganisationer att delta i arbetsprocessen medan det 2017 framgår att *en representant från ett förbund* deltagit i arbetsprocessen. År 2016 var deras mål och planer lokalt förankrade, medan de 2017 har lyft upp sina utvecklingsområden en nivå i organisationen. Exempelvis syns detta i *vem* som ansvarar för *vad*. Detta län visar i sin handlingsplan att regionen under 2018 dels ska definiera sin förståelse av begreppet *psykisk ohälsa*, dels komma fram till en gemensam viljeinriktning.

I ytterligare ett län den länsgemensamma handlingsplanen som utarbetades 2016 använts som en grund för den plan som utarbetat 2017. Den senaste planen är dock till stora delar reviderad beträffande både struktur och innehåll. Deras handlingsplan 2016 inkluderade endast *gemensamma mål*, medan de 2017 i stället skiljer mellan *länsgemensamma mål* och *lokala rekommendationer*. En del av de gemensamma målen 2016 har därmed blivit lokala rekommendationer 2017, vilket bidrar till en förändrad tyngd i områdena. De övergripande målen har en påtagligt mer övergripande karaktär 2017. Det lokala är specifikt lokalt, och det gemensamma är mer uttalat gemensamt.

En skillnad som visat sig mellan 2016 och 2017 är att flera län lämnade in mer material. Två självklara orsaker till det ökade omfånget är de nya kraven i 2017 års överenskommelse, dels kravet på en separat handlingsplan med fördjupning kring arbetet med barn och unga, dels uppföljningen av målen i 2016 års handlingsplaner som alla län förväntades redovisa 2017. Förutom materialet relaterat till detta finns bland annat följande material:

- regionens fristående handlingsplaner där man betonar samverkan mellan primärvård och psykiatri
- projekt med forskarmedverkan
- projekt för närståendesamarbete
- användarmanual för handlingsplanen
- redovisning av ungdomsmottagningsarbete
- regional handlingsplan för suicidprevention.

Handlingsplaner för barn och unga

Analysen av barn och ungas behov genomfördes i respektive län, utifrån bland annat elevhälsodata, folkhälsodata, riktade enkäter, intervjuer och fokusgrupper. I maj 2017 fick länen dessutom 58 indikatorer från SKL att förhålla sig till i sina fördjupningsanalyser om barn och unga.

Handlingsplanerna för barn och unga är huvudsakligen inriktade på specifika riskgrupper, där utvecklingsområden och insatser presenteras inom en kategori. Suicidpreventionsrelaterade insatser utgör dock ett undantag och förekommer i samtliga kategorier.

Följande kategorier identifierades i handlingsplanerna för barn och unga:

- identifierade riskgrupper
- främjande och förebyggande insatser
- tidiga insatser
- behandlande och stödjande insatser
- övergripande teman (exempelvis organisering av insatser eller värderingar i organisationerna).

Dessa kategorier presenteras var för sig nedan.

Identifierade riskgrupper

De identifierade riskgrupperna bland barn och unga som förekommer i de länsgemensamma handlingsplanerna är följande (inom parantes anges antalet län som prioriterar respektive riskgrupp i sin handlingsplan):

- asylsökande, nyanlända och ensamkommande barn och unga (11)
- så kallade "hemmasittare" – det vill säga barn, unga och unga vuxna som varken studerar eller arbetar (8)
- barn, unga och unga vuxna med annan funktionsnedsättning än psykisk (7)
- barn som anhöriga eller närstående till personer med psykisk ohälsa (7)
- barn i samhällsvård (7)
- barn och unga som utsatts för sexuella övergrepp/våld/våld i nära relationer (6)
- HBTQ-personer (5)
- barn och unga i utsatta områden/riskmiljöer (2)
- barn med utåtagerande beteende (1)
- förbättrad samverkan för barn och unga vid vårdnadshavares akuta sjukdom eller dödsfall (1).

Sammantaget fokuserar handlingsplanerna dels på grupper av barn och unga som samhället har ett särskilt ansvar för, eftersom de inte har tillgång till sina vårdnadshavare på samma sätt som andra (exempelvis barn i samhällsvård eller ensamkommande barn och unga), dels på grupper av barn och unga som löper större risk att utveckla psykisk ohälsa senare i livet, men som ännu inte har gjort det.

Handlingsplanerna för barn och unga genomsyras av en tydlig ambition att utveckla insatser för att undvika psykisk ohälsa i dessa grupper uttrycks i

handlingsplanerna. De fem riskgrupper som oftast förekommer i handlingsplanerna är inkluderade i SKL:s 58 nyckelindikatorer.

Främjande och förebyggande insatser

De främjande och förebyggande insatser för barn och unga som förekommer i de läns gemensamma handlingsplanerna är följande (inom parantes anges antalet län som prioriterar respektive utvecklingsområde i sin handlingsplan):

- suicidprevention (11)
- skolan: psykosocial arbetsmiljö, godkända betyg, minskad skolfrånvaro (11)
- generellt föräldrastöd (8)
- lättillgängliga och välkomnande ungdomsmottagningar (7)
- anpassad information till barn, unga och föräldrar (7)
- stöd till föräldrar med särskilda behov (5)
- förbättrad psykisk och fysisk hälsa för barn och unga (4)
- stöd till barn och unga med självskadebeteende (4)
- tidig upptäckt av psykisk ohälsa och tidigt stöd för barn 1–6 år (4)
- öppenhet, kunskap och attitydarbete kring psykisk ohälsa (3).

Främjande och förebyggande insatser riktas till en bred målgrupp av barn och unga, som företrädesvis inte har haft kontakt med psykiatri tidigare. Precis som i handlingsplanerna för vuxna dominerar suicidpreventiva insatser.

Vidare lyfter många fram skolan som en viktig arena för arbetet med barn och ungas psykiska hälsa. Skolan är dock ännu inte en självklar aktör i alla läns handlingsplansarbete på strategisk nivå. Det finns förvisso i vissa län representanter för skolan som deltar i handlingsplansarbetet, men dessa län utgör fortfarande en minoritet.

Ett flertal län prioriterar insatser för att elever ska få godkända betyg, eftersom detta visat sig vara en starkt skyddande faktor för psykisk ohälsa senare i livet [8]. Även bland främjande och förebyggande insatser är de som oftast förekommer representerade bland SKL:s nyckelindikatorer.

Tidiga insatser

De tidiga insatser för barn och unga som prioriteras i de läns gemensamma handlingsplanerna är följande (inom parantes anges antalet län som prioriterar respektive insats i sin handlingsplan):

- insatser inriktade på barn och unga med eget eller vårdnadshavares riskbruk, missbruk och/eller beroende av alkohol, narkotika och/eller spel (10)
- utvecklingsarbete kring ”första linjen” (8)
- tidig upptäckt av psykisk ohälsa hos barn och unga, uppmärksamma barn som far illa, uppsökande arbete (5)
- utveckling av distansoberoende vård, webbkommunikation och välfärds-teknologi (4)

- fysisk aktivitet riktad till ungdomar som visar tecken på psykisk ohälsa (1).

Liksom prioriteringar av riskgrupper i handlingsplanerna betonar länens prioriteringar av tidiga insatser samhällets ansvar för barn som befinner sig i utsatta situationer. Att arbeta aktivt med anmälningsskyldighet och att bedriva uppsökande arbete prioriteras särskilt i samband med sådana insatser.

I syfte att förhindra framtida ohälsa hos barnen, prioriterar handlingsplanerna ofta insatser för att identifiera barn (alltifrån nyfödda till ungdomar) vars vårdnadshavare har riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika och/eller spel, samt att erbjuda tidiga insatser. Insatser i handlingsplanerna som specifikt fokuserar på riskbruk, missbruk och/eller beroende av alkohol, narkotika och/eller spel berör såväl vårdnadshavares missbruk som eget missbruk bland barn och unga.

Utvecklingsarbete kring ”första linjen” inkluderar länens beskrivningar av det som de själva i länet kallar för första linjen. Första linjens arbete kan utföras av olika organisatoriska enheter, till exempel ungdomsmottagningar eller vård- och hälsocentraler i olika län.

Även de tidiga insatserna återspeglar till stor del SKL:s nyckelindikatorer.

Behandlande och stödjande insatser

När det gäller behandling av barn och unga som redan har utvecklat psykisk ohälsa prioriteras följande insatser i de läns gemensamma handlingsplanerna (inom parantes anges antalet län som prioriterar respektive insats i sin handlingsplan):

- utvecklingsarbete kring Samordnad Individuell Plan, SIP (8)
- insatser för att öka tillgängligheten och minska väntetiderna för barn och unga till vården och omsorgen (7)
- insatser till barn och unga med omfattande och komplexa vård- och stödbehov (4)
- insatser för att barn och unga med psykisk ohälsa ska få rätt insatser i rätt tid (4)
- insatser inriktade på samordning av primärvården, specialistvården och andra instanser, exempelvis ”en väg in” (4)
- utvecklingsarbete kring sammanhållen vårdkedja utifrån individuella behov (3)
- stöd till barn och unga med psykisk ohälsa eller sjukdom (3)
- fördjupade kunskaper om autismspektrumtillstånd och adhd, samt ökad samverkan mellan habilitering och specialistpsykiatri (2)
- vårdinriktade insatser vid samsjuklighet (psykisk funktionsnedsättning och missbruk och/eller beroende) (2)
- framtagning av vårdprocessprogram för unga vuxna med depression och ångest (1)
- insatser inriktade på att minska antalet självmord och självmordsförsök hos personer som har kontakt med sjukvården (1).
- satsningar för att unga och unga vuxna ska ha tillgång till ”Min journal” på nätet (1).

Arbete med Samordnad Individuell Plan (SIP) och ökad tillgänglighet till vård och behandling prioriteras ofta i handlingsplanerna. I övrigt syns en stor variation mellan länen när det gäller stödjande och behandlande insatser som riktas till barn och unga med psykisk ohälsa.

Övergripande utvecklingsområden

Sammanställningen av övergripande utvecklingsområden i handlingsplanerna för barn och unga liknar i stor utsträckning motsvarande sammanställning för vuxna.

De övergripande utvecklingsområdena är följande (inom parentes anges antalet län som prioriterar respektive utvecklingsområde i sin handlingsplan):

- samverkan: identifiera gap mellan olika huvudmän, stärka samarbetet mellan landsting, kommuner, myndigheter och andra aktörer (13)
- barn och ungas delaktighet (8)
- implementering, kommunikation och spridning av handlingsplanen (6)
- jämlik vård, jämlik hälsa (5)
- värderingsarbete (3)
- kunskapsspridning (3)
- genusperspektiv på insatser för psykisk hälsa (2)
- systematisk uppföljning (1)
- resurseffektivitet (1)
- att personal i psykiatrisk vård, stöd och omsorg arbetar personcenterat och återhämtningsinriktat (1)
- fontänhusetablering (1)
- fortsatt analysarbete av målgruppens behov (1).

Två övergripande utvecklingsområden återkommer i handlingsplanerna för såväl barn och unga som för vuxna: *samverkan* och *delaktighet*. Det som skiljer planerna åt är särskilt ett starkt formellt samhälleligt ansvar för personer i särskilt utsatta situationer, som tydligt syns i handlingsplanerna för barn och unga. En tydlig motsvarighet finns inte i handlingsplanerna för vuxna.

Handlingsplanernas anknytning till behoven i länet

De insatser som presenteras i handlingsplanerna för barn och unga verkar korrespondera väl med vad som identifieras som aktuella behov i länen. Handlingsplanerna har ofta höga ambitioner och en hög detaljnivå. Även om det funnits många nyckelindikatorer att förhålla sig till i arbetet med handlingsplanerna, visar länen en stor variation beträffande både metoder för genomförda behovsanalyser och prioriterade insatser för det fortsatta arbetet på området.

I ett län har 700 barn och unga intervjuats i syfte att få en ökad förståelse av psykisk ohälsa bland unga människor i länet. Den breda ansatsen i länets analys återspeglas också i de prioriterade insatserna på området.

Flera läns behovsanalyser visar på behovet av insatser som är riktade till en bred målgrupp av barn och unga vilket återspeglas i ansatsen för de prioriterade satsningarna i handlingsplanerna. Ibland återspeglas den breda ansatsen även i vida och svåroperationaliserade formuleringar av målen, vilket kan illustreras med följande exempel: ”Barn och unga får rätt insats ifrån rätt instans i rätt tid”.

Det finns också handlingsplaner som är väldigt avgränsade i förhållande till behovsanalysen. Ett sådant exempel är ett län vars analys visar att barns och ungas psykiska ohälsa är ett utbrett problem i länet. Länets handlingsplan fokuserar dock snarare på insatser till specifika målgrupper, som till exempel barn med neuropsykiatriska diagnoser eller barn med utvecklingsstörning, samt barn som varit utsatta för sexuella övergrepp. Länet föreslår inga insatser för att bemöta den breda målgruppens psykiska ohälsa, åtminstone inte i den länsgemensamma handlingsplanen.

I handlingsplanerna finns relativt få skrivningar om unga vuxna. Målgruppen *personer som är 16–24 år* befinner sig således inom ett organisatoriskt gränsland – där Barn och Ungdomspsykiatri övergår till vuxenpsykiatri, där grundskola övergår i gymnasieskola och så vidare. Det finns statistik att tillgå beträffande denna målgrupps psykiska hälsa, och flera län presenterar en behovsbild i sina analyser. Däremot återspeglas inte behovsbilden i länets utvecklingsområden vilka presenteras i handlingsplanerna.

I några behovsanalyser analyseras könsskillnader gällande psykisk hälsa. I ett läns behovsanalys visas mest påtaglig negativ utveckling vad gäller självuppskattad hälsa bland flickor som går första året på gymnasiet. I samma läns handlingsplan förekommer dock inga insatser som särskilt riktas till denna målgrupp. I ett annat län inkluderades könsaspekter i såväl behovsanalys som i föreslagna insatser.

Långsiktighet i handlingsplanerna för barn och unga

Främjande insatser för barn och unga presenteras i handlingsplanerna vanligen som specifika delar större långsiktiga satsningar. I flera län är handlingsplanerna för barn och unga en del av en större process, där det finns en långsiktig implementeringsambition. I ett län finns både en detaljerad uppföljning av tidigare insatser och konkreta förslag på vad som utgör nästa steg i processen.

Handlingsplanerna för vuxna är i större utsträckning av projektkaraktär, där insatserna ofta är tidsbegränsade och frikopplade från den reguljära verksamheten. Detta trots att stimulansmedel fördelas på samma sätt för utvecklingsarbete inriktat på barn och unga som på vuxna.

Generell analys av handlingsplanerna för såväl vuxna som barn och unga

Nedan presenteras resultat från analysen av handlingsplanerna för såväl vuxna som för barn och unga. Analysen beskriver handlingsplanernas förankring på ett mer övergripande sätt, enligt följande upplägg:

- vilka aktörer som deltagit i arbetsprocessen för att ta fram handlingsplaner

- hur aktörer arbetat med samverkan
- ansvarsfördelning
- i vilken utsträckning patienter, brukare och anhöriga eller representanter för dessa har involverats i arbetet med handlingsplanerna
- hur aktörer i handlingsplanerna förhåller sig till bästa tillgängliga kunskap
- hur handlingsplanerna förhåller sig till implementering av nya arbetssätt
- hur handlingsplanerna förhåller sig till genus- och jämlikhetsperspektiv.

Länsgemensam respektive lokal förankring

Vilken nivå de länsgemensamma handlingsplanerna befinner sig på varierar. Ett läns handlingsplan är ett tydligt exempel på en plan som har en stark länsgemensam förankring, där det finns en styrning och strävan framåt på länsnivå. Det finns övergripande gemensamma mål för detta län som ska appliceras i lokala kontexter, exempelvis att ”Ingen ska diskrimineras eller uppleva negativt bemötande i kontakterna med kommunerna och regionen”.

I ett annat läns handlingsplan är innehållet organiserat utifrån fyra länsdelar, där det därmed presenteras fyra behovsanalyser och fyra handlingsplaner. Dessa är i högre utsträckning förankrade på lokal nivå än på länsgemensam nivå. I ytterligare ett läns handlingsplan finns förankring både på lokal och länsnivå.

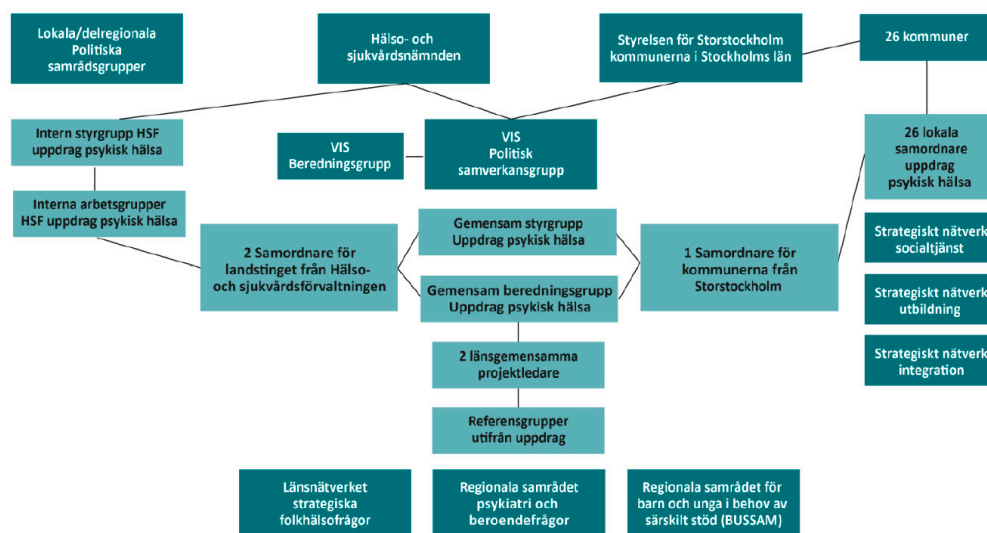
Även om de länsgemensamma handlingsplanerna har en relativt bred förankring saknas fortfarande betydande representation från exempelvis skolan.

I ett flertal län är handlingsplanerna för barn och unga en tydlig fortsättning på ett redan påbörjat länsgemensamt arbete som pågått sedan 2016, eller tidigare. I dessa läns handlingsplaner syns en tydlig struktur, där målen har formulerats i relation till både fokusområden och nyckelindikatorerna. Det finns även en betoning på uppföljning av det arbete som redan bedrivs i de lokala kontexterna, som inte alltid överensstämmer med föreslagna fokusområden eller nyckelindikatorer. Särskiljande för dessa handlingsplaner är dessutom att det finns ansvariga personer eller positioner angivna samt lokal förankring.

Aktörer som deltagit i arbetsprocessen

I alla länsgemensamma handlingsplaner förutom två finns det i varierande grad en beskrivning av vilka aktörer som varit involverade i arbetsprocessen. I fem län finns en tydlig beskrivning av att arbetsgrupper på länsnivå formulerat planen. I några av de stora länen har arbetsprocessen varit komplex. Stockholms läns bild över vilka aktörer som deltagit i arbetet med att ta fram en länsgemensam behovsanalys och handlingsplan inom området psykisk hälsa illustrerar komplexiteten i samverkansstrukturen (se figur 1).

Figur 1. Aktörer som deltagit i Stockholms läns arbete med att ta fram en behovsanalys och en handlingsplan inom området psykisk hälsa



Källa: Stockholms läns gemensamma handlingsplan

I fjorton län har representanter från kommuner och landsting eller regioner samverkat. Ofta har det då funnits en ledningsgrupp som antingen har delegerats uppdraget att arbeta med överenskommelserna, eller som delegerat detta uppdrag vidare. I tio av dessa län har brukar- och närståenderepresentanter också deltagit i samverkan.

Många olika interna aktörer inom kommunen och landstinget eller regionen nämns som medverkande i länens arbete med handlingsplanerna, bland annat specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst, folkhälsostrategier, chefer på olika nivåer, utbildnings- och arbetslivsförvaltningen, kultur och fritidsförvaltningen, personliga ombud, kommunala samordnare för nyanlända och ensamkommande barn. Även andra aktörer utanför kommunen och landstinget eller regionen har ibland nämnts som bidragande till detta arbete; länsstyrelse, polis, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), OCD-föreningen samt Autism- och Aspergerförbundet för att nämna några. Således finns en bred ansats i arbetet med handlingsplanerna i flera län.

Samverkan

Samverkan är ett tema som genomsyrar hela arbetet med de läns gemensamma handlingsplanerna för psykisk hälsa, såväl för barn och unga som för hela befolkningen. Generellt skriver länen en hel del om samarbete, såväl befintlig som önskvärd sådan, och såväl med varandra som med andra aktörer. Exempel på aktörer som nämns, förutom kommuner, landsting och regioner, är skolan, arbetsförmedlingen, arbetsmarknad, myndigheter, polisen, politiska representanter och brukarföreningar.

I vissa handlingsplaner finns specifik lokal förankring kring samverkan beskriven, men många gånger nämns aktörer som myndigheter, skola och arbetsmarknad snarare som begrepp utan specifik lokal anknytning. Något län beskriver samverkan som önskvärd, men att det fortfarande är en olöst

fråga. . Några län beskriver implicit en välfungerande samverkan. I en handlingsplan är dock samverkan ett tydligt utskrivet mål i sig.

Samverkan mellan huvudmännen är något som flera län skriver om i samband med in- och utskrivning i slutenvård. Länen beskriver ansvarstagande och samverkan i samband med just denna process som komplicerad. Däremot problematiseras inte inblandade parter handlingsutrymme i någon större utsträckning.

Avslutningsvis kan man säga att den breddade inriktningen i överenskommelserna, att arbeta både med psykisk hälsa och ohälsa, ställer nya krav på samarbeten såväl inom verksamheterna som sektorsövergripande.

Ansvarsfördelning

Ungefär en tredjedel av handlingsplanerna beskriver en tydlig ansvarsfördelning för själva genomförandet av planerna. I övriga handlingsplaner varierar fastställandet av ansvariga – från att sporadiskt nämnas inom vissa utvecklingsområden men inte genomgående för alla områden, till att helt sakna information om vilken ansvarsfördelning som gäller i länet när det kommer till genomförandet av handlingsplanerna.

I vissa handlingsplaner är ansvarsfördelningen oklar – till exempel i ett län där handlingsplanen är signerad av representanter för kommunförbundet och regionen. Det är oklart huruvida dessa signaturer indikerar ansvar för att ha *tagit fram* handlingsplanen och/eller ansvar för att *genomföra* handlingsplanen.

I ett annat läns handlingsplan framgår tydligt vilka personer som varit ansvariga för att analysera behov i befolkningen och formulera handlingsplanen samt göra prioriteringar. Däremot framgår det inte huruvida ansvaret för implementering och genomförande ligger på samma grupp individer.

I ytterligare ett län har handlingsplanen en stark lokal förankring, och kanske finns en underförstådd ansvarsfördelning utifrån det. I ett annat län förtydligas att de inte hunnit göra ansvarsfördelningen ännu, inom de givna tidsramarna, men att arbetet med detta ska fortgå under 2018.

De län som beskriver ansvarsfördelningen inom ramen för sina handlingsplaner, skiljer sig åt gällande på vilken nivå de lagt ansvaret för att handlingsplanerna ska realiseras i praktiken. I några län placeras ett betydande ansvar på länsnivå, medan det i andra län identifieras ett tydligt uppdrag och ansvar på lokal nivå.

I andra län fördelas ansvaret för realiseringen av handlingsplanerna på mer generellt ansvariga, som varken tillskrivs länsnivå eller lokal nivå. Generellt ansvariga aktörer som angivits i läns handlingsplaner kan vara exempelvis primärvården, vuxenpsykiatrien eller huvudmännen. Ingen särskild avdelning eller grupp är i dessa fall utnämnd som ansvarig.

Brukarinflytande

När det gäller brukarmedverkan har kommuner, landsting och regioner lämnat in separata dokument som beskriver processerna för detta. Det som följer här är en sammanställning av vad länen har beskrivit i de läns gemensamma handlingsplanerna.

I två läns handlingsplaner framgår inte huruvida brukarrepresentanter har varit involverade i processen. Detta kan dock ha formulerats i de separata dokumenten. Bland de 19 län som har beskrivit strategier för brukarinflytande i samband med utvecklingen av handlingsplanerna skiljer sig dessa åt mellan länen. Ett flertal län beskriver brukarmedverkan utifrån en förståelse av begreppet – som det är kopplat till de traditionella brukarorganisationerna på psykiatriområdet. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) är ofta en involverad aktör.

Handlingsplanerna i några län uttrycker en förhoppning om att samverkan med brukarorganisationer ska expandera framöver. Några län presenterar dessutom tankar om att den breddade ansatsen i överenskommelserna innebär att de även behöver förändra sin syn på vilka brukare som är representativa för den bredd av målgrupper som berörs av handlingsplanerna. Ett läns handlingsplan problematiserar brukarinflytandet i och med den breddade satsningen, och konstaterar att NSPH förvisso representerar vissa personer – men inte alla. Ett annat läns handlingsplan beskriver att de ska utreda möjligheten till fler – och nya – former för såväl brukarmedverkan som närstående- och anhörigmedverkan. Tre län lyfter fram brukarorganisationer som en resurs i sina målbeskrivningar samt för aktiviteter som de ska genomföra.

I handlingsplanerna för två län framkommer att brukarföreningarna har fungerat som remissinstans. Detta förhållningssätt kan kontrasteras mot att brukarorganisationen i ett län inkluderats som en av tre jämbördiga parter. I den senare handlingsplanen finns därför ingen särskild rubrik för brukarinflytande, eftersom det redan genomsyrar hela grundstrukturen. Handlingsplanerna för tre län betonar vikten av att arbeta systematiskt med processer för brukarinflytande på länsnivå.

De brukarföreningar och brukarkonstellationer som länen inkluderar eller konsulterar är: Attention, (h)järnkoll, NSPH, OCD-föreningen, Autism- och Aspergerförbundet, brukarrådet Leva, Schizofreniföreningen, brukarråd psykiatri, brukarråd missbruk/beroende, HSO och RFSL. Detta visar att det till större del är de mer traditionella brukarföreningar som varit med i arbetsprocesserna. Ytterligare mer generella organisationer saknas, som exempelvis skolor, idrottsföreningar, pensionärernas riksorganisation, ensamkommandes förbund, fackförbund och liknande aktörer.

Förhållningssätt till bästa tillgängliga kunskap

Länen resonerar generellt sett inte aktivt om sin kunskapsbas för de insatser och strategier som föreslås i handlingsplanen. Ofta är formuleringarna mer allmänt hållna, exempelvis i form av kunskapsbaserade arbetssätt eller länets behov av kunskapsöversikter. Några undantag finns dock.

Till exempel reflekterar ett läns handlingsplan över både aktuell kunskap, evidensbaserad praktik och kunskapsstyrning. I länet finns även ett etablerat och aktivt samarbete med forskare. I ett annat läns handlingsplan finns en genomgång av aktuell forskning om unga i riskzonen, liksom kunskapsläget vad gäller stöd till personer med adhd. Ytterligare ett läns handlingsplan, betonar vikten av att göra en kunskapssammanställning om drogförebyggande arbete.

Det finns generellt en lyhördhet för nationella initiativ. I handlingsplanerna refererar man ibland till initiativ eller rekommendationer framtagna av nationella aktörer som bland annat Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SBU eller SKL, med utgångspunkt att dessa utgör bästa tillgängliga kunskap. De tydligaste exemplen är hänvisningar till nationella riktlinjer vars syfte är att sammanställa kunskap från forskning, professionella och brukare.

Ett annat exempel på nationella initiativ är hänvisningar till de separata och specifika handlingsplaner och vårdprogram som många län arbetar med. Främst handlar dessa specifika handlingsplaner om suicidprevention – ett initiativ som kommit från Folkhälsomyndigheten.

Det förekommer även andra typer av handlingsplaner, till exempel för anhörigstöd, hantering och prevention av våld i nära relationer samt vårdprogram för olika specifika tillstånd. I beskrivningen av dessa uttrycker länen antaganden om att handlingsplanernas beståndsdelar består av kunskapsbaserade insatser. Ibland är föreslagna aktiviteter preciserade och kopplade till redan utvärderade aktiviteter och program. Ibland saknas sådana kopplingar. Ytterligare kopplingar i handlingsplanerna till nationella rekommendationer (och lagbestämmelser) är prioriteringen av arbetet med samordnad individuell plan (SIP) och HBTQ-certifieringar.

Utöver referenser till bästa tillgängliga kunskap framtagna av aktörer på nationell nivå ägnar en del handlingsplaner utrymme för mer lokalt utvecklad kunskap och erfarenhet som med tiden utvecklats till en mer praktikorienterad ”bästa praxis” på området. Det kan handla om från början mer lokala och avgränsade verksamheter som senare fått förankring på länsnivå, och som ibland även fått spridning till andra delar av landet. Några är lokala samverkansmodeller eller riktade satsningar, såsom *Barnahus*, *Åtstörningsakademin* eller programmet *Välmående ger resultat*.

Implementering av nya arbetssätt

En tydlig inriktning i de länsgemensamma handlingsplanerna är att länen skriver om och förhåller sig till befintliga nationella riktlinjer och vårdprogram kring missbruk, schizofreni samt depression och ångest. I ett litet antal handlingsplaner är formuleringarna främst allmänna utan att ange vilka specifika arbetssätt de tänker utveckla eller tillämpa. Mycket av skrivningarna rör en utvecklingsfas där utbildningsinsatser är prioriterade.

På områden där det saknas tydlig statlig styrning i form av riktlinjer tenderar målsättningarna att vara mindre precisa, och relateras mer sällan till specifika arbetssätt. Detta gäller främst insatser till barn och unga samt inom primärvårdens verksamhet.

Trots en breddad ansats i överenskommelserna 2016 och 2017 är majoriteten av de specifika metoder och arbetssätt som länen prioriterar i sina handlingsplaner riktade till personer med allvarliga tillstånd eller funktionsnedsättningar. Ungefär hälften av länen vill prioritera arbete med *Case Management* (CM) eller vård- och stödsamordnarmodeller som exempelvis *Resursgrupps Assertive Community Treatment* (RACT), *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT) och integrerad psykiatri. Det handlar både om att etablera redan befintliga insatser och att utveckla arbetssätt med hjälp av utbildning och handledning. Sex län skriver uttryckligen att de planerar

att satsa på stöd till arbete, detta med hjälp av modellen *Individual Placement and Support* (IPS-modellen). I övrigt prioriterar enstaka län psykosociala insatser till personer med allvarliga tillstånd eller funktionsnedsättningar, som exempelvis *Illness Management and Recovery* (IMR), *Narrative Enhancement and Cognitive Therapy* (NECT), *Ett självständigt liv* (ESL), familjeintervention vid psykos, kognitiv beteendeterapi (KBT) vid psykos och etablering av *Fontänhus*.

Suicidprevention är det enskilt vanligaste insatsområde som dominerar i handlingsplanerna. Många län arbetar med att ta fram, sprida och följa handlingsplaner för suicidprevention.

Den vanligaste specifika insatsen inom området suicidprevention är utbildningsprogrammet *Mental Health First Aid* (MHFA) som syftar till ökad kunskap, mer toleranta attityder och ett bättre akut omhändertagande av personer med psykisk ohälsa. Programmet har i svenska studier [9, 10] framför allt visat på ökad kunskap och handlingsberedskap hos deltagarna efter fullgjord utbildning. Att döma av länens handlingsplaner, har MHFA haft ett stort nationellt genomslag. Totalt 14 av 21 län beskriver hur de redan arbetar med, eller avser att satsa på, programmet MHFA.

Sju län beskriver andra utbildningssatsningar för suicidprevention än MHFA, företrädesvis webbaserade sådana. Det program som oftast refereras till är *Suicidprevention i Svensk Sjukvård* (SISS), som Region Skåne tagit fram. Länen refererar också till specifika suicidpreventiva satsningar inom skolområdet riktade till skolelever, där exempelvis programmet *Youth Aware of Mental health* (YAM) fått genomslag. Sex län beskriver hur de planerar att, eller redan arbetar med, programmet YAM i syfte att förbättra den psykiska hälsan hos och minska självmord och självmordsförsök. Programmet YAM har visat på goda resultat i en stor europeisk studie [11].

I handlingsplanerna finns en palett av ytterligare arbetssätt som länen prioriterar. Emellertid finns inga ytterliga ”kluster” av enskilda metoder, eller interventioner. Beskrivningarna av insatser på områden som flyktingmottagning, integration och primärvård innehåller sällan en hänvisning till specifika arbetssätt eller metoder.

Ett antal specifika metoder förekommer inom området barn och unga. Ett län prioriterar till exempel att satsa på dialektisk beteendeterapi (DBT), ett annat län prioriterar Barnens Behov I Centrum (BBIC) och ett tredje län ett hembesöksprogram för nya föräldrar. Vidare finns det enskilda exempel på olika typer av familjebehandling. Därutöver prioriterar fyra län olika former av KBT-orienterade och webbaserade program. Ett län lyfter fram *Motivational Interviewing* (MI) som en prioriterad arbetsmetod, och ett annat län vill pröva ett koncept med mentorstöd för förbättrad somatisk hälsa.

Genus- och jämlikhetsperspektiv

Huruvida länen avser att arbeta aktivt med jämställdhet i relation till psykisk hälsa framgår inte i någon större utsträckning i handlingsplanerna. Vissa handlingsplaner presenterar ett genusperspektiv, men när ett sådant förekommer är det främst i behovsanalysen – inte i målsättningar eller i de aktiviteter som föreslås i handlingsplanerna.

I ett läns behovsanalys finns ett tydligt genusperspektiv i analysen av självmord och självmordsförsök, men detta återspeglas varken i målformuleringarna eller i aktiviteterna som prioriteras i handlingsplanerna. I ett annat läns behovsanalys framgår följande: ”planen utgår från ett jämställdhetsperspektiv och målen rör både kvinnor och män samt flickor och pojkar. Då hälsan är ojämställd ska dock flickor och kvinnors psykiska hälsa beaktas särskilt i det framtida arbetet med planens målområden.” Denna ambition återspeglas dock inte i handlingsplanens målområden.

De behovsanalyser som beaktar genusperspektivet gör ofta det i samband med analyser av psykisk hälsa hos barn och unga. En riskgrupp som nämns i behovsanalyserna är unga kvinnor mellan 18 och 24 år. Denna riskgrupp utmärker sig såväl i folkhälsoundersökningar om självskattad hälsa som i statistik rörande psykiatrisk öppen- och slutenvård [12-14]. Trots att flera län identifierat denna grupp i sin behovsanalys prioriteras den inte specifikt bland dessa läns handlingsplaner.

I några enstaka handlingsplaner finns exempel på genusperspektiv i målsättningarna. Ett län uttrycker ambitionen att utjämna skillnaderna mellan könen när det gäller hjälpsökande inom insatsområdet *vilsna unga vuxna*.

Ett flertal län skriver explicit om jämlikhet. Av kontexten går det ofta att förstå att jämlikhet i detta sammanhang snarare innebär ”jämlik hälsa mellan samhällsgrupper” – med andra ord inte nödvändigtvis jämlikhet mellan kvinnor och män. I en handlingsplan framgår dock att jämlikhetsarbetet inkluderar kön, ålder och geografiska områden. I ett annat län är jämlik hälsa ett målområde, där det övergripande målet är att minska hälsoskillnader i befolkningen.

Del 2: Kommunernas, landstingens och regionernas ekonomiska redovisningar

Nedan följer en sammanställning av kommunernas, landstingens och regionernas ekonomiska redovisningar av 2017 års stimulansmedel. Sammanställningarna redovisas separat: dels för de allmänna stimulansmedlen som fördelades till kommuner respektive landsting och regioner, dels för de två särskilda satsningarna (på ungdomsmottagningar samt på nya initiativ för att nå unga). Sammanställningarna bygger på en analys av de ekonomiska redovisningar som kommuner, landsting och regioner lämnade in till SKL i oktober 2017.

Kommunernas ekonomiska redovisning för allmänna stimulansmedel

Totalt har 250 miljoner kronor fördelats till kommunerna under 2017 som allmänna stimulansmedel. I tabell 2 presenteras en sammanställning av hur kommunerna har rapporterat att de har använt dessa medel. Socialstyrelsen har genomfört separata analyser för de medel som kommunerna, enligt sina ekonomiska redovisningar, har använt för insatser inriktade på barn och unga respektive vuxna samt för övriga kostnader. Sammanställningen av de tre analyserna presenteras i en samlad tabell. Detta för att kunna visa en mer översiktlig bild av alla förbrukade medel som rapporterats av kommunerna.

Enligt de ekonomiska redovisningarna har kommunerna sammanlagt förbrukat 326 479 594 kronor under 2017.

Tabell 2. Kommunernas redovisning av hur de använt 2017 års allmänna stimulansmedel

Uppgifter inrapporterade av 290 kommuner.

	Barn och unga	Vuxna	Övriga kostnader	Totalt
Typ av aktivitet:	Kronor (andel i %)	Kronor (andel i %)	Kronor (andel i %)	Kronor (andel i %)
Kompetenshöjande insatser för personal	16 344 128 (13,7 %)	30 167 325 (17,3 %)	1 164 409 (3,6 %)	47 675 862 (14,6 %)
Behovsanalyser, handlingsplaner och samordning av arbetet	14 649 229 (12,3 %)	9 935 163 (5,7 %)	21 772 813 (66,4 %)	46 357 205 (14,2 %)
Brukarmedverkan	7 270 852 (6,1 %)	34 681 074 (19,9 %)	3 589 075 (10,9 %)	45 541 001 (13,9 %)
Samverkan kring individen	7 749 874 (6,5 %)	22 648 920 (13,0 %)	931 177 (2,8 %)	31 329 971 (9,6 %)
Sysselsättning	–	18 658 960 (10,7 %)	300 000 (0,9 %)	18 958 960 (5,8 %)
Bemannning	5 375 872 (4,5 %)	9 214 223 (5,3 %)	569 816 (1,7 %)	15 159 911 (4,6 %)
Skolinriktade insatser	13 097 302 (11,0 %)	–	–	13 097 302 (4,0 %)
Boendestöd och stöd i vardagen	710 067 (0,6 %)	10 508 010 (6,0 %)	–	11 218 077 (3,4 %)
Ospecificerat utvecklingsarbete	9 005 000 (7,6 %)	926 000 (0,5 %)	1 198 307 (3,7 %)	11 129 307 (3,4 %)
Insatser för ensamkommande barn och nyanlända	7 552 001 (6,3 %)	496 830 (0,3 %)	–	8 048 831 (2,5 %)
Föräldrastöd och anhörigstöd	4 904 718 (4,1 %)	3 046 886 (1,7 %)	10 000 (0,03 %)	7 961 604 (2,4 %)
Utveckling av ny verksamhet eller tjänst	4 462 288 (3,7 %)	2 069 255 (1,2 %)	–	6 531 543 (2,0 %)
Genomförande av handlingsplaner	1 214 307 (1,0 %)	2 505 688 (1,4 %)	2 591 995 (7,9 %)	6 311 990 (1,9 %)
Samverkan på länsövergripande nivå	3 704 094 (3,1 %)	2 090 000 (1,2 %)	348 806 (1,1 %)	6 142 900 (1,9 %)
Suicidprevention	766 060 (0,6 %)	5 045 395 (2,9 %)	98 112 (0,3 %)	5 909 567 (1,8 %)
Förebyggande och främjande arbete	3 839 530 (3,2 %)	1 817 174 (1,0 %)	120 000 (0,4 %)	5 776 704 (1,8 %)
Ospecificerat, övrigt*	18 426 201 (15,5 %)	20 811 533 (11,9 %)	91 125 (0,3 %)	39 328 859 (12,0 %)
Summa	119 071 523 (100 %)	174 622 436 (100 %)	32 785 635 (100 %)	326 479 594 (100 %)

* Denna kategori omfattar sådant där mindre än 1 procent av de huvudsakliga stimulansmedlen spenderats, exempelvis att förbättra äldres psykiska hälsa, anordna mötesplatser för olika grupper, satsningar på specifika arbetsmetoder eller förstärkning av ordinarie verksamhet.

Kompetenshöjande insatser för personal

Analysen visar att störst andel stimulansmedel har använts till satsningar på att höja personalens kompetens inom ämnet psykisk hälsa eller psykisk ohälsa (14,6 procent). Det handlar till exempel om olika utbildningar, handledning, stöd i arbetet, konferenser eller temadagar, kostnader i samband med utbildning eller konferenser (boende och resor), föreläsningar samt mer ospecificerad kompetensutveckling. Som exempel på utbildningar kan nämnas utbildningar i första hjälpen vid psykisk ohälsa (MHFA), Barns Behov i Centrum (BBIC), Parenting Young Children (PYC), samordnad individuell plan (SIP), Youth Aware of Mental health YAM, Ett självständigt liv (ESL) och Motivational Interviewing MI samt en rad generella utbildningar om psykisk ohälsa eller psykiatriska diagnoser.

Behovsanalyser, utveckling av handlingsplaner och samordning av arbetet

Av alla allmänna stimulansmedel som kommunerna redovisade till SKL har 14,2 procent använts för att:

- inventera och kartlägga befolkningens och brukarnas behov i olika avseenden
- ta fram behovsanalyser och handlingsplaner
- uppföljning
- processledning
- samordning av länens arbete inom ramen för överenskommelsen 2017.

I den här kategorin ingår också kostnader för anställning av utvecklingsledare, processledare och samordnare som ofta hade till uppgift att arbeta med det ovannämnda.

Brukarmedverkan

Totalt har 13,9 procent av kommunernas redovisade medel använts för att på olika sätt involvera olika brukarorganisationer eller intresseföreningar i arbetet med överenskommelserna. Ett sätt att involvera dessa har varit att ekonomiskt ersätta representanter för brukarorganisationer eller intresseföreningar för deras deltagande i arbetet. Ett annat sätt har varit att genomföra brukarrevisioner eller på andra sätt arbeta med att utveckla verksamheterna tillsammans med brukare – det vill säga att utgå från brukarnas behov och synpunkter. Dessutom har medel för brukarmedverkan använts för att bekosta inflytandesamordning.

Samverkan kring individen

Satsningar på samverkan kring individen i det praktiska arbetet i vardagen motsvarar 13,9 procent av de stimulansmedel som kommuner har redovisat. Denna andel är högre för vuxna än för barn och unga.

Satsningar inom den här kategorin handlar mycket om att öka samverkan kring individen, bland annat genom integrerad verksamhet, vård- och stöd-samordning, olika socialpsykiatriska team eller öppenvårdsteam samt olika

typer av samverkansprojekt. I den här kategorin ingår också insatser inriktade på att ta fram rutiner för eller intensifiera arbetet med "SIP:ar".

Sysselsättning

Av kommunernas använda medel lades 5,8 procent på insatser som var inriktade på att öka sysselsättningen bland personer med psykisk ohälsa. Sådana insatser är endast inriktade på vuxna eller unga vuxna. Insatserna handlar både om att få in personer med psykisk ohälsa på den ordinarie arbetsmarknaden, men också om att skapa en meningsfull sysselsättning utanför den ordinarie arbetsmarknaden.

Exempel på satsningar inom den här kategorin är olika metoder att få tillbaka människor in i arbetsmarknaden (exempelvis *Individual Placement and Support*, IPS), på arbetsterapeuter och jobbcoacher, tillskapande av en arbetsmarknadsenhet och uppstart av socialt företag för målgruppen hemmasittare. Även satsningar på att utveckla och utöka utbudet inom kommunal daglig verksamhet liksom att bekosta arbetsanpassare inom daglig verksamhet inkluderas här.

Bemannning

Totalt användes 4,6 procent av kommunernas allmänna stimulansmedel till att tillsätta tjänster inom den ordinarie verksamheten eller att förstärka den. Till exempel har de tillsatt tjänster som på olika sätt ska arbeta med psykisk ohälsa, de har tillsatt extra personal som ska arbeta med unga som har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, och de har anställt en enhetschef till målgruppen för verksamhetsutveckling.

Skolinriktade insatser

Till skillnad från insatserna som är inriktade på sysselsättning, som framförallt fokuserar på vuxna, fokuserar skolinriktade insatser av naturliga skäl framförallt på barn och unga. Skolinriktade insatser omfattar 4 procent av kommunernas allmänna stimulansmedel.

I denna kategori omfattas insatser i såväl grund- som gymnasieskola. Insatserna handlar till stor del om att minska skolfrånvaron – och därmed främja skolnärvaron. Andra insatser är inriktade på förebyggande arbete, som exempelvis att anordna hälso- och trygghetsdagar eller HBTQ-seminarier i skolan samt generellt att öka kunskaperna om psykisk hälsa och ohälsa i skolan. Skolsatsningar inriktade på barn i familjevård förekommer också.

Boendestöd och stöd i vardagen

En del av stimulansmedlen (3,4 procent) har använts till insatser som är inriktade på att erbjuda olika stöd i vardagen, framförallt till vuxna. Fokus ligger till stor del på att dels utveckla, dels erbjuda sådant stöd. Vårkningsförebyggande arbete och personligt ombud räknas in i den här kategorin.

Ospecificerat utvecklingsarbete

Ytterligare 3,4 procent av medlen har kommuner använt för utvecklingsarbete, antingen inom regionen eller inom kommunen. Sådant arbete har inte specificerats närmare.

Insatser för ensamkommande barn och nyanlända

Satsningar på ensamkommande barn och nyanlända motsvarar 2,5 procent av de stimulansmedel som kommuner har redovisat. För barn och unga har medel använts för utvecklingsfrågor kring ensamkommande barn, för att förbättra bemötande av dessa barn samt för att generellt förbättra ensamkommandes barn fysiska och psykiska hälsa.

En kommun har med hjälp av stimulansmedel tillsatt en tjänst som ska arbeta med inriktning på ensamkommande barn. Mer specifika insatser till ensamkommande barn är inriktade på fullföljd skolgång och på förberedelser för vuxenlivet. Andra insatser är inriktade på drama och kulturverksamhet samt ferieaktiviteter.

När det gäller insatser för vuxna nyanlända har en kommun anställt en hälsokommunikatör för nyanlända, medan en annan har anställt en integrationskoordinator som ska hjälpa nyanlända i kommunen. Andra kommuner har satsat på att anordna olika mötesplatser och aktiviteter för målgruppen.

Föräldrastöd och anhörigstöd

Kommunerna har använt totalt 2,4 procent av stimulansmedlen för att erbjuda föräldra- och anhörigstöd, generellt eller riktat till vissa specifika målgrupper eller problemområden. Det handlar om att erbjuda stöd till vuxna som lever med barn som till exempel har en problematisk skolgång, har psykiatriska funktionsnedsättningar eller psykisk ohälsa. Det handlar även om att erbjuda stöd till barn som exempelvis har föräldrar med missbruksproblematik eller psykisk ohälsa.

Utveckling av ny verksamhet eller tjänst

I den här kategorin hamnar satsningar som tydligt är inriktade på utvecklingen av någonting nytt. Totalt har kommunerna använt 2 procent av de medel som kommuner redovisade till SKL för att utveckla, införa eller testa en ny verksamhet eller tjänst.

Några exempel på satsningar inom denna kategori är etablering av ungdomsmottagningar, uppstart av gruppverksamhet för personer med psykisk och intellektuell funktionsnedsättning, införande av integrerad psykiatri, inrättande av ACT-team, uppbyggnad av multiprofessionellt team för barn och unga, test av gemensam mottagning för barn och unga samt planering inför inrättandet av en familjecentral.

Genomförande av handlingsplaner och samverkan på länsövergripande nivå

Totalt har 1,9 procent av kommunernas redovisade stimulansmedel använts för ett mindre specificerat genomförande av handlingsplanerna. En lika stor

andel har använts för att bekosta en länsövergripande samverkan på en mer strategisk nivå.

Suicidprevention

Insatserna inriktade på suicidprevention motsvarar 1,8 procent av de redovisade medlen. Oftast redovisas dessa poster som ospecificerat suicidpreventivt arbete. Ett fåtal kommuner har dock specificerat att det handlar om utbildning i och kompetenshöjning kring suicidprevention. En kommun specificerade att de med medlen har bekostat uppstarten av en arbetsgrupp för suicidprevention.

Förebyggande och främjande arbete

Analysen visar att kommunerna har använt 1,8 procent av stimulansmedlen till satsningar inom förebyggande eller främjande arbete. Oftast anges endast ospecificerat arbete för att förebygga psykisk ohälsa eller främja psykisk hälsa i redovisningen. Några mer eller mindre konkreta exempel som trots allt redovisas är:

- uppstart av gruppverksamhet för att förebygga psykisk ohälsa och stärka psykisk hälsa
- friskvårdssatsningar för olika grupper (exempelvis personer med psykiatriska funktionsnedsättningar, personal på förskola)
- satsningar för att öka möjlighet att ta del av kultur
- satsningar på socialtjänstens medarbetares egna psykiska hälsa
- projekt för att stödja familjer som har ekonomiskt bistånd så att de kan delta i förskoleverksamhet
- anordna hälsovecka för allmänheten
- barnhälsoteam där olika verksamheter ska samverka för att tidigt upptäcka barnens behov och ge stöd vid behov
- framtagande av drogförebyggande informationsmaterial till föräldrar i samverkan mellan kommun och polis.

Ospecificerat, övrigt

Utöver ovan beskrivna kategorier finns en del insatser som var för sig omfattar mindre än 1 procent av de huvudsakliga stimulansmedlen. Det gäller exempelvis att förbättra äldres psykiska hälsa, anordna mötesplatser för olika grupper, satsning på specifika arbetsmetoder eller förstärkning av ordinarie verksamhet.

I den här kategorin ingår också satsningar som varit alltför ospecifika för att kunna kategorisera, samt redovisade kostnader som i sin beskrivning har sammanslagit vitt skilda satsningar så att det inte varit möjligt att utläsa vilken kostnad som gäller för vilken satsning. Totalt 12 procent av de redovisade medlen har använts på övriga eller ospecificerade insatser.

Landstingens och regionernas ekonomiska redovisning för allmänna stimulansmedel

Totalt har 250 miljoner kronor fördelats till landsting och regioner som allmänna stimulansmedel under 2017. I tabell 3 presenteras en sammanställning av hur landstingen och regionerna har rapporterat att de har använt dessa medel.

Precis som för kommunerna genomfördes separata analyser för de medel som enligt landstingen och regionerna har använts för insatser inriktade på barn och unga, vuxna samt övriga kostnader. Dessa presenteras i en samlad tabell för att visa en mer översiktlig bild av alla förbrukade medel. Totalt redovisades 214 238 981 kronor av landstingen och regionerna.

Tabell 3: Landstingens och regionernas redovisning av hur de använt 2017 års huvudsakliga stimulansmedel

Uppgifter inrapporterade av 21 landsting och regioner.

	Barn	Vuxna	Övriga kostnader	Totalt
	Kronor (andel i %)	Kronor (andel i %)	Kronor (andel i %)	Kronor (andel i %)
Arbetsmetoder, metodstöd, kvalitetsarbete och förstärkning av verksamheter	7 546 542 (12,6 %)	35 944 000 (33,3 %)	75 000 (0,2 %)	43 565 542 (24,1 %)
Utvärdering av tillgängligheten till vård	34 102 024 (56,9 %)	5 767 669 (5,3 %)	–	39 869 693 (18,6 %)
Framtagning av behovsanalyser och handlingsplaner samt samordning av arbetet	625 000 (1,0 %)	–	23 791 217 (51,5 %)	24 416 217 (11,4 %)
Genomförande av planer	4 000 000 (6,7 %)	4 250 000 (3,9 %)	13 563 924 (29,3 %)	21 813 924 (10,2 %)
Nya arbetssätt, implementering	360 000 (0,6 %)	17 450 000 (16,1 %)	–	17 810 000 (8,3 %)
Bemannings	4 016 544 (6,7 %)	10 391 000 (9,6 %)	–	14 407 544 (6,7 %)
Suicidprevention	100 000 (0,2 %)	8 446 000 (7,8 %)	4 065 000 (8,8 %)	12 611 000 (5,9 %)
Kompetenshöjande insatser för personal	423 000 (0,7 %)	4 839 000 (4,5 %)	675 000 (1,5 %)	5 937 000 (2,8 %)
Övrigt*	87 84 811 (14,7 %)	20 963 250 (19,4 %)	4 060 000 (8,8 %)	33 808 061 (27,8 %)
Summa	59 957 921 (100 %)	108 050 919 (100 %)	46 230 141 (100 %)	214 238 981 (100 %)

* Kategorin "Övrigt" omfattar kategorier där mindre än 1 % av de allmänna stimulansmedlen spenderats, exempelvis länsövergripande samverkan på strategisk nivå, samverkan kring individen i det praktiska arbetet och satsningar inriktade på att förbättra äldres psykiska hälsa.

Arbetsmetoder och metodstöd, kvalitetsarbete och förstärkning av verksamheter

Störst andel av de allmänna stimulansmedlen (20,3 procent) har dels använts för satsningar på specifika arbetsmetoder, dels på utveckling och förstärkning av de befintliga verksamheterna och kvaliteten på dessa. Några exempel som kan nämnas inom denna kategori är följande:

- satsning på verksamhet för nedtrappning av beroendeframkallande läkemedel
- satsning på evidensbaserad samtalsbehandling inom primärvården
- standardiserade vårdförlopp för neuropsykiatri och adhd
- införande av datorbaserad journal
- riktade förstärkta insatser till alla barn och föräldrar med särskilda behov inom b
- självinläggning inom psykiatri
- bemötandeprojekt
- personcentrerad vård inom heldygnsvården
- satsningar på effektiva vårdflöden.

Utökning av tillgängligheten till vård

Totalt har landsting och regioner använt 18,6 procent av sina stimulansmedel för att öka tillgängligheten till en första kontakt med vården, utredning samt vård och behandling. Insatserna är inriktade på att etablera, stärka och utveckla den så kallade "första linjen" samt primärvårdens förutsättningar att arbeta med psykisk ohälsa.

Inom specialistpsykiatri är insatserna många gånger inriktade på att förkorta väntetiderna till utredning och behandling, så att vårdgarantin kan följas. Några mer konkreta exempel inom denna kategori handlar om att bedriva behandling på distans, så kallad internetpsykiatri.

Framtagning av behovsanalyser och handlingsplaner samt samordning av arbetet

Totalt 11,4 procent av de redovisade medlen användes för att framta behovsanalyser och utveckla handlingsplaner, för uppföljning och processledning samt för att samordna arbetet med den aktuella överenskommelsen i länet. Många gånger användes dessa medel även för att tillsätta projektledare eller samordnare som skulle arbeta med detta.

Genomförande av planer

Analysen visar vidare att 10,2 procent av landstingens och regionernas redovisade stimulansmedel användes för ett generellt arbete med att genomföra de aktiviteter som specificerades i 2016 och 2017 års handlingsplaner.

Nya arbetssätt, implementering

Vidare har 8,3 procent av stimulansmedlen använts för att prova, införa och implementera nya arbetssätt inom verksamheten. Några satsningar handlar

mer generellt om att implementera olika nationella riktlinjer (exempelvis vid missbruk eller depression och ångest) eller om implementeringsstöd.

Andra exempel på satsningar är mer specifika, som till exempel att utöka insatser inom habilitering till personer med autismspektrumtillstånd och normalbegåvning, införa mångbesökarteam, införa en behandlingsmetod särskilt riktad till självskadepatienter samt implementering av gruppbehandling inom heldygnsvården.

Bemanning

Bemanning stod för 6,7 procent av de redovisade stimulansmedlen. Denna kategori omfattar bland annat anställningar av olika kompetenser inom primärvården (kurator, psykolog, hälsokommunikatör med flera), specialistpsykiatri och andra verksamheter. Kategorin omfattar även ospecificerade personalkostnader, kostnader för inhyrd personal, inköp av externa utredningar samt andra tjänster som landstingen och regionerna har använt dessa medel till (till exempel för att korta kötiderna eller bedriva den ordinarie verksamheten).

Suicidprevention

Insatserna inriktade på suicidprevention motsvarar 5,9 procent av de medel som landstingen och regioner har redovisat. Landstingen och regionerna redovisar, precis som kommunerna, oftast ospecificerat suicidpreventivt arbete. I några enstaka exempel anger de att det handlar om utbildning eller konferens om ämnet, regional samordning kring suicidprevention samt upprättande av regionalt samverkansråd för suicidprevention.

Kompetenshöjande insatser för personal

En mindre del av stimulansmedlen (2,8 procent) har använts uttryckligen för kompetenshöjande insatser för personal. Här handlar det uteslutande om olika utbildningssatsningar på området psykisk ohälsa.

Övrigt

Kategorin ”Övrigt” omfattar även här de kategorier som var för sig motsvarar mindre än 1 procent av de huvudsakliga stimulansmedlen. Kategorierna gäller exempelvis länsövergripande samverkan på strategisk nivå, samverkan kring individen i det praktiska arbetet samt satsningar inriktade på att förbättra äldres psykiska hälsa.

Här inkluderas även satsningar som har varit alltför ospecifika för att kunna kategorisera eller redovisade kostnader som i sin beskrivning har sammanslagit olika satsningar, så att det inte var möjligt att utläsa vilken kostnad gäller för vilken satsning.

Totalt har 15,8 procent av landstingens och regionernas redovisade medel hamnat i denna kategori.

Särskild satsning för att stimulera nya initiativ för att nå unga

Utöver de 500 miljoner kronor som fördelades som allmänna stimulansmedel, fördelades ytterligare 150 miljoner kronor till landsting och regioner för att stimulera nya initiativ för att nå unga. Hur dessa användes presenteras i tabell 4.

Tabell 4: Landstingens och regionernas redovisning av hur de använt 2017 års medel för den särskilda satsningen "nya initiativ för att nå unga"

Uppgifter inrapporterade av 21 landsting och regioner (beloppen anges i kronor).

Typ av insats	Första linjen primärvård	Specialist-psykiatri	Habilitering	Regionen centralt	Flera verksamheter	Barnhälsovård	Total summa (andel i %)
Ospecificerat	8 200 000	7 463 937	3 940 000	19 859 215	3 284 000	3 100 000	45 847 152 (37,1 %)
Utveckling av första linjen-verksamhet	30 287 331	–	150 000	–	–	–	30 437 331 (24,6%)
Utveckling av samverkan	–	1 000 000	150 000	–	5 632 000	8 000 000	14 782 000 (12,0 %)
Budgetförstärkning	–	6 150 000	500 000	–	–	–	6 650 000 (5,4 %)
Anställningar, inköp av neuropsykiatrisk utredning	770 326	4 300 000	1 000 000	–	–	–	6 070 326 (4,9 %)
Kompetenshöjande insatser för personal	965 000	100 000	500 000	4 000	3 800 000	80 000	5 449 000 (4,4 %)
Öka tillgängligheten till utredning eller behandling	1 598 012	1 380 000	2 300 000	–	–	–	5 278 012 (4,3 %)
Processarbete	–	3 700 000	–	–	–	–	3 700 000 (3,0 %)
Metodarbete (utveckling, implementering, utbildning)	58 000	1 355 000	100 000	–	50 000	–	1 563 000 (1,3 %)
Övrigt	149 000	1 600 000	–	150 000	1 070 000	900 000	3 869 000 (3,1 %)
Summa	42 027 669	27 048 937	8 640 000	20 013 215	13 836 000	12 080 000	123 645 821
Andel	34,0 %	21,9 %	7,0 %	16,2 %	11,2 %	9,8 %	100,0 %

Totalt redovisades 123 645 821 kronor till SKL. Resultatet av analysen visar att störst andel (34 procent) av dessa medel användes av olika verksamheter som skulle kunna kategoriseras som första linje-verksamheter. Övriga andelar: 21,9 procent användes av specialistpsykiatri, 16,2 procent av landstinget eller regionen centralt, 11,2 procent av flera verksamheter tillsammans, 9,8 procent av barnhälsovården och 7 procent av habiliteringen.

Tittar man på vad medel har använts till inom ramen för denna särskilda satsning, visar tabell 4 att över en tredjedel (37,1 procent) av alla medel sammanlagt inte går att specificera. Detta på grund av att många endast re-

dovisades en klumpsumma som i själva verket omfattade en rad olika satsningar. Detta omöjliggjorde en analys av hur stor del av summan som använts för specifika satsningar.

Ett annat problem var att den ekonomiska redovisningen helt enkelt inte specificerade vad medel konkret använts till. Ett exempel på detta är en redovisning som anger att nästan 20 miljoner kronor har använts för initiativ i enlighet med överenskommelse, analys och handlingsplan. I ett annat exempel anges att 4,4 miljoner kronor har använts på nya initiativ för att nå barn och unga – utan att närmare specificera vilka satsningar de har gjort.

En knapp fjärdedel (24,6 procent) av alla medel har använts till att utveckla första linje-verksamheter, antingen genom att starta nya sådana verksamheter eller genom att anpassa och förstärka redan befintliga verksamheter. Några exempel som kan nämnas är att 25,1 miljoner kronor har använts för att förstärka vårdcentralernas arbete med barns och ungas psykiska ohälsa, 1 miljon kronor har använts till ombyggnation av lokaler samt möblemang till samtalsmottagningar, samt att nästan 4,2 miljoner kronor har använts till utveckling av första linjen i ett helt län.

Av medlen har 12 procent använts till att på olika sätt utveckla samverkan mellan olika verksamheter, 5,4 procent har använts till budgetförstärkning i de ordinarie verksamheterna och 4,9 procent har använts till utökad bemaning eller inköp av neuropsykiatriska utredningar i syfte att öka tillgängligheten till sådana utredningar. Det senaste skulle också kunna betraktas som budgetförstärkning.

Vidare visar analysen att 4,4 procent av medel inom den särskilda satsningen användes till kompetenshöjande insatser för personal (oftast i form av utbildningar), 4,3 procent på satsningar för att öka tillgängligheten till utredning eller behandling (till exempel via olika it-lösningar) medan 3 procent användes till arbetet med att kartlägga, förtydliga eller utveckla olika processer.

Totalt användes 1,3 procent av medlen för arbetet med att utveckla, implementera eller utbilda i olika specificerade arbetsmetoder och behandlingar.

I kategorin övrigt, för vilken 3,1 procent av medlen användes, ingår exempelvis föreläsningar om krisstöd vid sexuella övergrepp, ensamkommande barns sexuella hälsa, självskadeprojektet, arbete med kvalitetsregister samt arbete med hemmasittare.

Särskild satsning på ungdomsmottagningar

Under 2017 fördelades ytterligare 130 miljoner kronor till kommuner, landsting och regioner för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete. I tabell 5 presenteras en sammanställning av hur dessa medel har använts.

Tabell 5: Kommunernas, landstingens och regionernas redovisning av hur de använt 2017 års medel för den särskilda satsningen på ungdomsmottagningar

Uppgifter baserade på 21 läns gemensamma redovisningar (beloppen anges i kronor).

Typ av insats	Antal län (av totalt 21)	Kostnad (kr) (andel i %)
Utökning av bemanning	18	77 486 433 (64,3 %)
Utökning av öppettider	12	8 310 440 (6,9 %)
Öppning av nya ungdomsmottagningar	6	3 974 780 (3,3 %)
Utökning av tillgänglighet på annat sätt än ovan	19	12 329 149 (10,2 %)
Satsningar på nyanlända	19	4 533 753 (3,8 %)
Förbättring av samverkan	19	2 970 210 (2,5 %)
Framtagning av vägledande dokument	11	2 163 225 (1,8 %)
Kompetensutveckling*	20	1 582 823 (1,3 %)
Övrigt	9	7 112 519 (5,9 %)
Totalt		120 463 332 (100 %)

* Kostnad för kompetenshöjande insatser redovisades inte separat, utan har extraherats från kategorin övrigt.

Totalt redovisades 120 463 332 kronor inom ramen för denna satsning. Som tabell 5 visar användes mer än hälften (64,3 procent) av dessa medel för att utöka bemanningen på ungdomsmottagningarna i 18 län.

Av kommunernas, landstingens och regionernas redovisningar går att utläsa att medel har använts för att bekosta ytterligare personal, sammantaget 2,9 psykologer, 2,2 läkare, 6,2 sjuksköterskor, 1,5 undersköterskor, 2 samsalsbehandlare, 1,1 fysioterapeut, 1,9 dietister samt 0,1 barnmorska.

Utöver den behandlande personalen bekostade stimulansmedel inom denna satsning även en utökning av mer administrativ personal. Dessa medel bekostade 0,6 chefer, 3,8 vård- eller verksamhetsutvecklare, 2 projektledare, 0,3 samordnare, 4,5 annan administrativ personal, 0,5 annan ospecificerad personal samt 0,2 ospecificerad personal för uppstart av en virtuell ungdomsmottagning i ett län.

Utöver satsningar på ökad bemanning användes 6,9 procent av de redovisade medlen till att utöka öppettider på 58 av 183 redan befintliga ungdomsmottagningar, medan 3,3 procent användes för att starta 11 nya ungdomsmottagningar.

Ytterligare 10,2 procent av stimulansmedel har använts för att öka tillgängligheten på något annat sätt än de som beskrivs ovan. Det kan till exempel handla om följande:

- på olika sätt bedriva utåtriktat arbete för att sprida information om verksamheten till relevanta målgrupper
- använda sig av olika it-lösningar för tidsbokning, kontakt, bedömning och behandling
- införande av drop in-tider till olika yrkeskategorier
- utökning av bokningsbara besökstider
- mobila mottagningar
- borttagning av nedre ålder för besök gällande sexuell hälsa
- ombyggnationer och anpassningar av verksamhetens lokaler.

I många län har mindre andelar av de redovisade stimulansmedlen använts för satsningar på nyanlända, framtagning av vägledande dokument samt kompetensutveckling hos personalen.

Totalt har 5,9 procent av medel använts på sådant som har varit svårt att placera i någon av de ovanstående kategorierna. Kostnader som omfattas av kategorin "Övrigt" omfattar bland annat personalkostnader, diverse driftkostnader för exempelvis lokaler och it, kostnader för samordning av arbetet samt olika projektledartjänster.

Del 3: Intervjuer med länssamordnare

Socialstyrelsen har genomfört kvalitativa intervjuer med länssamordnare i samtliga län. Syftet med intervjuerna var att ta del av länssamordnarnas erfarenheter av arbetet med överenskommelserna på området psykisk hälsa 2016 och 2017 och den förändrade inriktningen på satsningen. Ett specifikt syfte med överenskommelserna 2016 och 2017 var att skapa förutsättningar för ett långsiktigt utvecklingsarbete på området, där olika aktörer tar ett gemensamt ansvar. Överenskommelserna anger dock inte *vilka* förutsättningar som behöver skapas. Ambitionen med intervjuerna har därför även varit att, utifrån länssamordnarnas perspektiv och erfarenheter, undersöka vilka förutsättningar de bedömer som nödvändiga för att bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete på området psykisk hälsa. Länssamordnarnas erfarenheter av arbetet med överenskommelserna ger dessutom Socialstyrelsen möjlighet att uppmärksamma förhållanden som är viktiga för att spegla effekter av överenskommelserna.

Erfarenheter av arbetet med överenskommelserna

Med fokus på förutsättningar för att bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete på området psykisk hälsa, och faktorer som påverkar detta arbete, har Socialstyrelsen genomfört intervjuer med totalt 63 länssamordnare i de 21 länen. Nedan följer en beskrivning av resultatet från analysen av dessa intervjuer.

Först presenteras länssamordnarnas upplevelser i relation till den förändrade inriktningen av överenskommelserna, samt olika konsekvenser de beskriver till följd av dessa förändringar. I detta sammanhang presenteras också hur länssamordnarna beskriver det stöd som SKL har bidragit med i samband med arbetet med överenskommelserna.

Därefter presenteras de kategorier av förutsättningar för att bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete på området som identifierades i intervjuerna med länssamordnarna.

Tolkning av överenskommelserna 2016 och 2017

Så gott som alla intervjudeltagare är mycket positiva till den breddade ansatsen i överenskommelserna 2016 och 2017. Samtidigt menar nästan alla att omställningen från satsningarna 2015 och tidigare inneburit en svår och tidskrävande process. Satsningen vände ”som på en pannkaka”, beskriver någon, både vad gäller ansats och styrning.

Vidare upplever många intervjudeltagare att kraven och avgränsningarna varit otydliga, särskilt inför och under arbetet med överenskommelsen 2016. Någon beskriver det som att de fick ”leta sig fram” för att få en bild av vad arbetet med överenskommelsen egentligen innebar. Några intervjudeltagare

uttrycker frustration över att överenskommelsens skrivning liksom SKL:s seminarier, saknade tydliga ramar, målsättningar och förväntningar.

En länssamordnare beskriver övergången från det tidigare arbetssättet som ”en kullerbytta i huvudet”. De flesta intervjudeltagare upplevde att de fem fokusområdena som angavs i överenskommelsens skrivning var ett värdefullt verktyg för att orientera sig i och strukturera området. Trots detta berättar flera att det tog lång tid att komma fram till vad de skulle göra det första året. Intervjudeltagare beskriver att de förstod syftet rent teoretiskt, men inte hur de praktiskt skulle kunna genomföra något som är så brett.

Många beskriver att det var tidskrävande att skapa en gemensam bild av överenskommelsernas mer uttalade främjande perspektiv, liksom att identifiera lämpliga organisatoriska lösningar. Några betonar att det tog tid för själva omställningen att landa, vilket krävdes för att det skulle vara möjligt att identifiera strategiska beslut. Flera länssamordnare beskriver att de, på grund av överenskommelsernas korta tidsramar, behövde genomföra behovsanalyser och sammanställa handlingsplaner innan de hunnit landa i den nya inriktningen. Flera intervjudeltagare nämner även att behovet av att involvera ytterligare aktörer blev tydligt först när inriktningen och förväntningarna väl hade klarnat för dem.

Nästan alla länssamordnare uttrycker starka förhoppningar om att man inte ska ändra inriktning och innehåll i de närmast kommande överenskommelserna, eftersom de nu har kommit in i nuvarande ansats och styrning.

Breddning av ansats i överenskommelsen 2016

Enligt länssamordnarna, har breddningen i ansatsen 2016, från att enbart fokusera på psykisk ohälsa till att också främja psykisk hälsa, huvudsakligen varit positiv. Många uppskattar och betonar värdet av att detta arbetssätt tydligare fokuserar på förebyggande arbete och menar att det ger bättre förutsättningar för att uppnå långsiktig förändring på området psykisk hälsa.

I många län beskriver intervjudeltagarna att den breddade satsningen bidragit till ett avsevärt tydligare fokus på psykisk hälsa inom länet – en effekt som länssamordnarna identifierar som mycket positivt och viktig.

Ett flertal intervjudeltagare beskriver att breddningen av ansatsen medfört att samverkan med fler aktörer redan initierats eller kommer att initieras, exempelvis med representanter för skolan. Detta upplevs som positivt trots att praktiska svårigheter kring samarbeten, som sker över organisatoriska gränser, ofta kvarstår. Flera intervjudeltagare noterar dessutom att den breda ansatsen främjar dialoger över verksamhetsgränser, något de menar stärker möjligheter för gemensamma förhållningssätt i arbetet med psykisk hälsa.

Dessutom beskriver några intervjudeltagare att breddningen av ansatsen vidgat deras perspektiv på brukare och brukarsamverkan, där några väljer att också börja tala om *medborgare och medborgarsamverkan*. Några intervjudeltagare uttrycker förhoppningen att det vidgade perspektivet i överenskommelserna på sikt ska bidra till att insatser alltmer organiseras utifrån individens behov (som utgår från livsområden såsom boende, sysselsättning, ekonomisk bistånd och vård) – i stället för utifrån verksamheter. Någon påpekar att en sådan tyngdpunktsförskjutning vore värdefull att tydliggöra

både i själva överenskommelserna och i genomförandet av dessa. Samma intervjudeltagare menar att en sådan struktur bättre motsvarar ansatsens uttalade samhällsperspektiv, mångfalden av berörda samhällsfunktioner och innehållet i återhämtningsperspektivet.

Några intervjudeltagare påpekar att kommuners arbete i relativt stor utsträckning redan följer en organisation runt individen i jämförelse med landstingens arbete som är mer styrt av diagnoser. Dessa intervjudeltagare upplever att överenskommelserna på området psykisk hälsa huvudsakligen är organiserade utifrån landstingsperspektivet och en del är tveksamma till att dessa, trots breddningen av ansatsen, fortfarande landar i de gamla PRIO¹-strukturerna. Några påminner om att det inte räcker med vårdverksamhet för att främja folkhälsa på befolkningsnivå. Några menar att de ser ett tydligare främjandeperspektiv inom kommunernas ansvarsområden. Intervjudeltagare ifrågasätter om de gamla PRIO-strukturerna är bäst lämpade att bedriva arbetet inom ramen för överenskommelserna med den nya inriktningen. Flera beskriver att ”PRIO-termen” hänger kvar i satsningarna trots breddningen sedan 2016. När ansatsen spänner över flera samhällssektorer, och medel placeras i tidigare strukturer, menar flera intervjudeltagare att ägarskapet för det nya, mer hälsofrämjande perspektivet är otydligt.

Flera uttrycker att den organisatoriska placeringen av uppdraget att arbeta med överenskommelserna även innebär svårigheter att involvera viktiga aktörer såväl inom som utanför kommuner, landsting och regioner. Några berättar exempelvis att de av denna anledning på lokal nivå inte har kunnat involvera folkhälsovetare. Andra betonar att de saknar eller har oklart mandat inom vissa områden som inkluderas i ansatsen, exempelvis Elevhälsa och Länsstyrelsen. Flera länssamordnare betonar att det skulle vara fördelaktigt om inkluderingen av nya aktörers medverkan initierades och strukturerades från nationellt håll – det vill säga *innan* man efterfrågar ett verkställande på lokal och regional nivå. Några påtalar att detta förarbete inkluderar uppdrag, mandat och ekonomisk ersättning till alla berörda aktörer. Många intervjudeltagare konstaterar att satsningen verkar beröra flera departement, exempelvis både Utbildningsdepartementet och Socialdepartementet.

Med den breddade satsningen menar några intervjudeltagare att personer som har svår psykisk sjukdom delvis tappas bort i länets arbete med överenskommelserna. Några intervjudeltagare nämner att den breda ansatsen därför ibland medfört hinder i samverkan med de traditionella brukarorganisationerna som reagerat på fokusförflyttningen. I kontrast till detta anser flera intervjudeltagare att arbetet fortfarande sker med tydlig tyngdpunkt inom psykiatrin, vilket de påpekar inte motsvarar satsningens syfte.

Parallella satsningar bör synkroniseras

Den breda ansatsen i överenskommelserna 2016 och 2017 sträcker sig över och i praktiken omfattar relativt många andra statliga satsningar som direkt eller indirekt berör psykisk hälsa. En del intervjudeltagare uttrycker att det har varit en stor och tidskrävande utmaning att kartlägga och bevaka närliggande satsningar för att samordna eller undvika dubbelarbete i länet. Flera

¹ Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016

berättar att de i viss mån inkluderar i handlingsplanerna aktiviteter som genomförs inom ramen för närliggande satsningar.

En hel del intervjudeltagare menar däremot att det inte är möjligt att hålla koll på andra satsningar och att *"samköra"* med andra satsningar. De menar att satsningen blir enormt stor om allt som berör hela befolkningens psykiska hälsa ska inkluderas. Ett flertal andra intervjudeltagare beskriver att de inte klarar av att samordna hela paletten av initiativ som pågår samtidigt, trots att de i många fall faktiskt ser beröringspunkter. Eftersom dessa satsningar ofta utgör självständiga arbeten inom olika stuprör, menar flera intervjudeltagare att de förvisso känner till varandra men samarbetar inte. En intervjudeltagare hoppas att kommande resurscentra ska bidra till mindre tydliga gränser mellan stuprör i verksamheterna. Slutligen beskriver en del intervjudeltagare att de inte är så insatta i andra, parallella överenskommelser som direkt eller indirekt berör psykisk hälsa.

Många intervjudeltagare uttrycker en frustration över att olika överenskommelser som berör samma målgrupper inte är koordinerade – i värsta fall till och med motsägelsefulla. De uttrycker en stark önskan att alla överenskommelser och satsningar, som direkt eller indirekt berör området psykisk hälsa, ska samordnas på nationell nivå och inom regeringskansliet. Flera upplever att det är ett resursslöseri att ha överlappande satsningsområden och processer, där nya aktörer eventuellt upprepar något som redan görs inom ramen för en annan satsning. Ett par länssamordnare reflekterar metaforiskt kring att det är *"viktigt att höger hand vet vad vänster hand gör"*.

Tillitsstyrning

De flesta intervjudeltagare är mycket positiva till den tillitsstyrning som tydliggjordes i samband med överenskommelsen 2016. De menar att det friare utrymmet ger bättre förutsättningar för både kreativitet och innovation. Dessutom bidrar det egna analysarbetet till ett större engagemang och ett bättre samarbete.

Flera uttrycker att det är motiverande att arbeta med utveckling kring områden som de själva identifierat genom sin analys. Dessutom uttrycker de att det friare utrymmet möjliggör anpassning, både efter lokala behov och förutsättningar. De menar att arbetet därmed leder till bättre varaktighet, jämfört med när det styrs av specifika prestationsmått, där arbetet ofta *"faller tillbaka"* när mätningar avslutats.

Några beskriver det som att tillitsstyrningen gör att arbetet lättare går framåt. Någon påpekar att det har varit särskilt viktigt för kommunerna att vara mindre detaljstyrda. Samtidigt påpekar ett flertal att detta arbetssätt kräver långsiktighet, och att de därför tidigt behöver få reda på villkoren för kommande överenskommelser.

Några saknar ett förtydligande av målbilden för överenskommelserna sedan 2016, liksom av syftet, ramarna och strukturen för arbetet. Dessutom saknar de ett klargörande hur arbetet är tänkt att genomföras på lokal nivå.

Den totala öppenhet som satsningen innebar till en början gjorde det svårt för några intervjudeltagare att prioritera, vilket bland annat bidrog till att deras respektive handlingsplaner blev mycket ambitiösa.

Ett flertal intervjudeltagare är negativt inställda till att alla nödvändiga villkor och ramar inte presenterades vid utgångsläget 2016 utan introducerades eller förändrades under tiden. Flera intervjudeltagare beskriver hur arbetet med överenskommelsen 2016 inleddes med instruktioner som innebar en total öppenhet men att styrning med nya arbetsuppgifter eller reviderade instruktioner varefter har introducerats. Flera länssamordnare upplever sådana ändringar som förvirrande och motsägelsefulla och beskriver att dessa ibland lett till krockar mellan nya instruktioner och de processer som redan inletts.

Några intervjudeltagare uttrycker att en viss styrning hade varit önskvärd, inte genom detaljstyrning, utan genom tydligare ramar och instruktioner. Ytterligare några intervjudeltagare påpekar att den optimala nivån av styrning sannolikt skiljer sig åt mellan satsningar inom specialistpsykiatri och satsningar i ett bredare samhällsperspektiv. De föreslår att styrning på detaljnivå kan vara till fördel inom psykiatrisk verksamhet, särskilt inom slutenvård, medan satsningar utifrån ett mer folkhälsovetenskapligt perspektiv sannolikt kräver större handlingsutrymme.

Stödet från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Många intervjudeltagare är i stort positiva till stödet som de har fått från SKL. De lyfter särskilt fram att personalen är mycket positiv, engagerad och tillmötesgående. De flesta upplever att personalen är tillgänglig för frågor och lätt att nå via såväl telefon som e-post. Många intervjudeltagare rapporterar att de alltid får snabba svar, medan någon enstaka berättar att det tagit lång tid innan de fått svar. Oftast sker kontakter med SKL på anmodan av länssamordnarna själva, det vill säga att de aktivt söker stöd. Någon enstaka menar att stödet som SKL erbjudit inte varit det stöd som behövdes. Några andra upplever att de, exempelvis i samband med seminarier, fått undvikande svar och efterfrågar en tydligare ledning kring förväntningar på länssamordnare inom ramen för arbetet med överenskommelserna.

Flera beskriver att personalen på SKL varit mycket tillmötesgående vad gäller att komma ut till länen på besök när länssamordnarna bjudit in dem. Någon intervjudeltagare betonar att dessa besök och presentationer från SKL varit till stor nytta, eftersom det satte överenskommelsen på kartan i deras län tack vare den tyngd som besöket innebar. Någon annan intervjudeltagare beskriver att besök av SKL varit värdefulla därför att besöket skapade möjlighet att ställa mer detaljerade frågor för att bättre förstå förväntningar, krav och villkor för arbetet inom ramen för överenskommelserna.

På en mer allmän nivå, lyfter ett flertal intervjudeltagare att de inte använt sig av SKL:s stöd i tillräcklig utsträckning, därför att de inte visste vad de skulle fråga om. Andra menar att de på grund av den extrema tidspressen inte klarade av att ta initiativ till att be om stöd. Eftersom stödet från SKL huvudsakligen utlöstes på begäran av länssamordnarna själva, förutom i samband med seminarier, var det några intervjudeltagare som endast fick specifikt stöd i begränsad omfattning.

Några intervjudeltagare upplever att de i det egna länet inte har kommit lika långt som i andra län, vilket bidragit till att de inte ställt frågor. Någon påpekar att de som är nya i rollen som länssamordnare kanske känner samma osäkerhet.

Erfarenhetsutbyte och nätverkande

Nästan alla intervjudeltagare efterfrågar större erfarenhetsutbyte och fler möjligheter till nätverksskapande. Flera saknar en återrapportering om hur arbetsprocesserna fortskrider. De menar att ett erfarenhetsutbyte skulle vara en påtaglig tillgång, både för att lyfta fram goda idéer och få exempel på hur man kan genomföra arbetet med överenskommelserna.

Några menar att det vore värdefullt med möten och erfarenhetsutbyten mellan län som liknar varandra i olika avseenden. Flera intervjudeltagare uttrycker att ett större kunskapsutbyte med varandra, särskilt om arbetsprocesser, skulle bidra till ett lärande såväl inom länet som mellan länen. Flera tror att erfarenhetsutbyten inom ramen för ett nätverk skulle kunna möta bredden av behov på ett bättre sätt. Några föreslår att SKL kan starta en sådan lärandeprocess genom att bilda ett nätverk. Många intervjudeltagare saknar nämligen erfarenhetsutbytet som fanns inom PRIO-nätverket. Några säger att de fått instruktioner från SKL om att ett liknande nätverk skulle skapas för arbetet med de aktuella överenskommelserna, men att detta ännu inte skett. Trots att många intervjudeltagare saknar nätverket från PRIO-tiden, är de starkt negativa till att ordet PRIO fortfarande används, eftersom den termen varken speglar överenskommelsernas breda ansats eller inkluderar hela målgruppen för nuvarande satsning. Intervjudeltagarna betonar vikten av att rätt termer används.

Instruktioner

Så gott som samtliga intervjudeltagare rapporterar att de haft stor nytta av de fem fokusområdena som presenteras i överenskommelserna 2016 och 2017. Dessa har varit ett värdefullt stöd, särskilt i struktureringsarbetet med behovsanalyser och handlingsplaner.

Däremot är många intervjudeltagare kritiska vad gäller andra instruktioner som de fått under resans gång. Intervjudeltagare beskriver instruktionerna som otydliga, otillräckliga, föränderliga och för sena. Någon intervjudeltagare spekulerar i att man på nationell nivå kanske inte heller hade en tydlig bild av hur överenskommelsen skulle genomföras i praktiken.

Många intervjudeltagare beskriver att SKL inledningsvis uttryckt att länsamordnarna kunde göra som de önskade, utifrån sina egna bästa bedömningar. Någon gång uttrycktes detta som att det skulle bli *"intressant"* att se hur de skulle göra, vilket flera intervjudeltagare upplevt som ett oprofessionellt förhållningssätt. Flera beskriver vidare att instruktionerna inledningsvis var att kommunerna skulle lämna in egna planer, vilket sedan ändrades till att detta inte längre behövdes. Några intervjudeltagare förklarar att detta och liknande förändringar under resans gång skapar turbulens inom de egna organisationerna och försenar arbetet.

Ett återkommande tema i intervjuerna är svårigheten med "korta puckar" från SKL, exempelvis gällande instruktioner. Flera intervjudeltagare beskriver att korta puckar ihop med ytterligare eller sent förändrade instruktioner, så att säga "fem i tolv", ofta bidragit till tidspress som ibland lett till att ett redan påbörjat arbete behövt styras om. Några intervjudeltagare menar att de skulle ha kunnat uppnå ett bättre resultat om instruktionerna hade förmedlats tidigare.

Seminarier som stöd i arbetet med överenskommelserna och webbsändningar

Många intervjudeltagare har mycket positiva erfarenheter av seminarierna som SKL har anordnat som en del av sitt uppdrag att stödja kommuner, landsting och regioner i arbetet med överenskommelserna 2016 och 2017. Andra intervjudeltagare är av olika anledningar delvis missnöjda. Det råder dock stor enighet om att seminarierna annonseras med alltför kort varsel, och att det krävs avsevärt längre framförhållning för att länsamordnare från alla län ska ha möjlighet att delta. Flera rapporterar att de i nuläget ofta ställer in andra verksamheter för att kunna delta. Några påpekar att även att titta på webbsändningen i realtid kräver tidig schemaläggning. Även om möjligheten finns att titta på webbsändningarna i efterhand, missar man chansen att ställa frågor och lämna synpunkter i realtid. Någon påtalar att det är särskilt viktigt att kunna delta vid seminarierna då SKL:s och Uppdrag Psykisk Häl-sas webbplats upplevs som rörig.

Några intervjudeltagare hävdar att målgruppen för seminarierna är oklar. De upplever att träffarna huvudsakligen är riktade till representanter för psykiatri, och att kommunrepresentanter inte är inbjudna i samma utsträckning. De föreslår därför en inbjudan till seminarierna med en bredd och ett omfång som motsvarar överenskommelserna.

Andra intervjudeltagare föreslår att deltagarna vid seminarierna bör grupperas strategiskt vid borden. Några intervjudeltagare föreslår även presentationsrundor för att få ett bättre grepp om vilka som deltar. Flera upplever nämligen att det är svårt att skapa nätverk med personer som genomför motsvarande arbete i andra län i direkt samband med seminarierna. De beskriver att träffarna snarare blir informationsträffar med ett stort antal åhörare.

Vidare uttrycker några intervjudeltagare att de presentationer som SKL håller vid seminarierna går igenom för fort, vilket gör det svårt att ta till sig innehållet och hinna reflektera över det. Några intervjudeltagare menar att seminarierna varit av skiftande kvalitet, och att de några gånger upplevt seminarier som oförberedda och röriga. I detta sammanhang nämner intervjudeltagarna ofta det seminarium där deltagarna röstade fram nyckelindikatorer. Någon tycker att innehållet i seminarierna är alltför vardagligt och behöver fördjupas, medan andra är nöjda med nivån på den information som förmedlas.

Seminarierna sänds via webben, vilket intervjudeltagarna är mycket positiva till – när det väl fungerar. Ett flertal intervjudeltagare är beskriver att detta är deras enda möjlighet att ta del av seminariet, eftersom de varken har tid eller resurser för att resa. Många beskriver dock att det varit regelbundna problem med sändningarna, och menar att det ofta varit avbrott och andra tekniska problem, med ljud eller bild. Flera nämner att detta är ett stort problem, eftersom de bokat in och avsatt denna tid i sin kalender för att delta i seminariet via webben. Vanligen har de inte möjlighet att boka in en alternativ tid för att titta på webbsändningen i efterhand vilket leder till att de inte kan ta del av seminariet. Möjligheten att kunna titta på webbsändningarna i efterhand uppskattas dock av många.

Uppdrag Psykisk hälsas webbplats

Många länssamordnare berättar att Uppdrag Psykisk Hälsas webbplats varit mycket värdefull för dem i deras arbete. De upplever att den är både relevant och omfattande. Någon beskriver informationen som mycket bra, men poängterar svårigheten i att hitta tillbaka till samma ställe. I kontrast till detta tycker många intervjudeltagare att webbplatsen är krånglig och att den är "rörig". De upplever att det finns alltför många sidospår, vilket bidrar till att det är svårt att orientera sig. Dessutom uppger ett flertal intervjudeltagare att sökvägarna är ologiska. Ett antal intervjudeltagare påpekar att webbplatsen främst beskriver satsningar i olika projekt, snarare än att erbjuda en överskådlig bild av överenskommelserna och arbetet med dessa. Särskilt några intervjudeltagare med kommunbakgrund menar att det varit svårt att med hjälp av informationen på webbplatsen förstå vad som förväntas av dem. Andra intervjudeltagare beskriver att det varit otydligt för dem i vilken grad blänkare om projekt eller satsningar som beskrivs på Psykisk Hälsas webbplats utgör en del av överenskommelserna och hur de själva kan ta del av. Någon intervjudeltagare uttrycker besvikelse över att det ofta dyker upp blänkare om nya projekt och satsningar utan att kunna följa utvecklingen i tidigare projekt och satsningar.

SKL:s inmatningsverktyg för uppföljning av överenskommelserna

Många intervjudeltagare beskriver att SKL:s inmatningsverktyg för uppföljning av överenskommelserna hade stora tekniska problem under 2016, men att det fungerade mycket bättre 2017. Det var särskilt problematiskt att behovsanalyserna och handlingsplanerna enligt instruktionerna hade tagits fram och sammanställts utifrån de fem fokusområden som presenterats i överenskommelserna, men att upplägget i inmatningsverktyget 2016 inte följde dessa. Flera intervjudeltagare beskriver att de på grund av detta, i mycket sent skede, tvingades utgå från en ny struktur när de väl skulle registrera innehållet från sina handlingsplaner. För länssamordnarna skapade detta merarbete, tidspress och frustration.

Ett flertal intervjudeltagare beskriver att inmatningsverktyget utgör ett stöd för dem, men att det skulle spara tid vid inregistreringen om konstruktionen var likadan från år till år. På grund av tidigare ändringar i inmatningsverktyget uttrycker någon intervjudeltagare att det nästa år vore bättre att invänta innehållet i inmatningsverktyget innan nya initiativ slutligen fastställs. Detta för att undvika att utifrån nytt innehåll i inmatningsverktyget behöva göra om ett redan påbörjat eller slutfört arbete.

Ett flertal intervjudeltagare är nöjda med inmatningsverktyget, medan andra upplever att verktyget är svårt att förstå och tolka. Exempelvis påpekar flera intervjudeltagare att många frågor som man endast kan besvara med ja eller nej, inte går att svara på om man endast delvis har genomfört någonting som efterfrågas.

Vidare beskriver några att det är svårt att registrera de ekonomiska redovisningarna i inmatningsverktyget. En svårighet består i att inmatningsverktyget efterfrågar kostnader för insatser riktade till barn och unga samt vuxna respektive övriga kostnader. Flera intervjudeltagare beskriver att det är svårt

att registrera kostnader uppdelat på olika målgrupper när insatserna många gånger är inriktade på hela eller stora delar av befolkningen. Flera påpekar dessutom svårigheten att uppskatta hur mycket medel från just *den här* överenskommelsen som har använts för en specifik satsning när den samfinansierats med andra medel. Vidare pekar många intervjudeltagare på svårigheten att tidsramen för inrapporteringen av de ekonomiska redovisningarna inte följer sedvanliga ekonomiska årscyklar. Trots att kommuner, landsting och regioner kan använda stimulansmedel fram till årets slut krävs en ekonomisk redovisning för hur dessa medel har använts redan i oktober. Intervjudeltagarna beskriver att dessa faktorer leder till att de ekonomiska redovisningarna som rapporteras i inmatningsverktyget många gånger endast utgör grova uppskattningar av kostnader för specifika insatser och målgrupper.

Nyckelindikatorer för barn och unga

Nästan alla intervjudeltagare framhåller att processen för att samla in nyckelindikatorer var både svår och tidskrävande. Några intervjudeltagare beskriver att de hade nytta av nyckelindikatorerna i sitt arbete när allt var klart, särskilt faktabladen till kommunerna.

I kontrast till detta beskriver många att de endast haft begränsad nytta av nyckelindikatorerna, bland annat för att dessa introducerades när arbetet med 2017 års överenskommelse redan var i full gång.

Några intervjudeltagare beskriver att de inte haft någon nytta alls av nyckelindikatorerna – dels på grund av att de introducerades sent på året (våren/sommaren 2017), dels därför att kvaliteten på nyckelindikatorerna var för dålig. Flera intervjudeltagare är tveksamma till att det arbete som krävdes för att få fram nyckelindikatorerna stod i proportion till nyttan. De påpekar betydelsen av att begränsa antalet nyckelindikatorer till de absolut mest nödvändiga, samt att i förväg analysera resursåtgång i relation till nytta. Några påpekar att det i mindre kommuner, som utifrån sitt befolkningsunderlag får relativt lite stimulansmedel, inte är värt att ta del av stimulansmedlen när de kräver stor arbetsbörda med korta tidsramar.

I intervjuerna handlar den främsta kritiken mot nyckelindikatorerna för barn och unga om att länssamordnarna i ett sent skede fick arbetsuppgiften och ansvaret för att samla in underlaget för nyckelindikatorerna. Många intervjudeltagare upplevde detta som detaljstyrning, som inte harmonierade med de instruktioner som de i övrigt fått från nationellt håll under 2016. Eftersom insamlandet av data var mycket resurs- och tidskrävande skulle avsevärt längre framförhållning ha krävts, särskilt när detta skulle göras parallellt med det övriga arbetet med överenskommelserna. Länssamordnarna beskriver att de hade behövt påbörja datainsamlingen redan i början på 2017. Insamlingen av underlaget för nyckelindikatorerna kunde sällan genomföras av länssamordnarna, utan de behövde ofta involvera ytterligare kollegor i olika verksamheter. Att tvinga fram denna arbetsuppgift med mycket kort varsel ledde till att flera länssamordnare upplevde att de förlorade trovärdighet, då de tvingades agera i motsats till det nya arbetssätt de själva förespråkade sedan överenskommelsen 2016.

Många intervjudeltagare upplever att tillvägagångssättet för att identifiera vilka indikatorer som skulle samlas in, var ”inte professionellt”. De beskriver att dessa nyckelindikatorer röstades fram på ett seminarium med hjälp av mentometerknappar. Intervjudeltagarna beskriver att de inte var förberedda för denna uppgift och förklarar att de inte hann tänka igenom sina val. Några menar att det varit mer korrekt att konsultera experter på området.

Några av de intervjudeltagare som är mer specifika i sin kritik mot urvalet av indikatorer framför att indikatorerna har ett tydligare landstingsperspektiv än kommunperspektiv. De återspeglar därmed huvudsakligen vårdperspektivet snarare än ett förebyggande arbete. Flera betonar att indikatorerna inte heller återspeglar de organisatoriska systemen, till exempel finns det sällan system med data för hela åldersgruppen 0–24 år. Ett flertal intervjudeltagare menar att sådana systembrister påverkade kvaliteten på nyckelindikatorerna, särskilt eftersom det inte fanns tid att handräkna. Många intervjudeltagare beskriver dessutom att en hel del data var mycket svåra att ta fram.

Flera betonar samtidigt vikten av bra indikatorer, och uttrycker att de behöver hjälp med att identifiera bra indikatorer. Någon spekulerar i att ”det vi gör kommer göra skillnad, men vi kommer inte kunna visa det”.

Förutsättningar för ett långsiktigt utvecklingsarbete

Under de intervjuer som Socialstyrelsen genomförde med länssamordnare för arbetet med överenskommelserna 2016 och 2017 beskrev länssamordnarna förutsättningar som de ser som viktiga för att bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete på området psykisk hälsa. I samband med analysen av intervjuerna blev det tydligt att de förutsättningar som länssamordnarna beskrev berörde två olika faser av utvecklingsarbete. Den första fasen inkluderade förutsättningar för att bedriva och samordna arbetet med att ta fram länsgemensamma behovsanalyser och handlingsplaner på området psykisk hälsa. Socialstyrelsen har i denna delrapport valt att kalla detta för *strategiskt utvecklingsarbete*. Den andra fasen som länssamordnarna berörde inkluderade förutsättningar för att implementera och realisera handlingsplanerna i praktiken. Socialstyrelsen har i denna delrapport valt att kalla detta för *operativt utvecklingsarbete*.

I Socialstyrelsens intervjuer med länssamordnarna har tre övergripande teman framkommit som beskriver de viktigaste byggstenarna för ett långsiktigt utvecklingsarbete på området psykisk hälsa. Dessa teman är *samverkan*, *långsiktighet* i överenskommelsernas inriktning, villkor och finansiering samt *tid*.

Samverkan

Den samverkan som har bedrivits inom ramen för arbetet med överenskommelserna 2016 och 2017 har huvudsakligen handlat om strategisk utveckling. Följande faktorer identifierar intervjudeltagarna som centrala förutsättningar för en god samverkan inom länen: tydlighet, Nationell samordning av

arbete som berör psykisk hälsa, samverkansstruktur, länsövergripande mottagarorganisation, gemensam finansiering, förankring samt gemensam riktning.

Tydlighet

Eftersom fokus för satsningarna 2016–2017 är på hela samhället, det vill säga alla områden som bidrar till att främja psykisk hälsa och att minska psykisk ohälsa i samhället, har många intervjudeltagare upplevt överenskommelserna som löst hållna. Flera intervjudeltagare beskriver att de har behövt leta sig fram till vad överenskommelsen innebär i praktiken, vilket också påverkat hur de har tagit sig an samverkan.

Många har upplevt ramarna för överenskommelserna som otydliga, vilket ofta inneburit att samverkansprocesserna inte hunnit bli så breda som regeringen eftersträvar i överenskommelserna 2016 och 2017. Likaså har många intervjudeltagare upplevt att kraven varit otydliga. Det är, enligt många, även problematiskt att kraven har förändrats under arbetets gång. Villkor för kommande överenskommelser har länge varit okända, vilket har bidragit till osäkerhet inför framtiden. Dessa omständigheter har tillsammans gjort det svårt att på lokal och regional nivå skapa den mest strategiska samverkansprocessen och att planera arbetet framåt.

Nationell samordning av arbete som berör psykisk hälsa

Flera intervjudeltagare beskriver att en samordning redan på departementsnivå är nödvändig för att på regional och lokal nivå kunna arbeta långsiktigt, så som överenskommelserna anvisar, på bred basis över hela samhället. De påminner att mottagarstrukturerna för medlen som fördelas via överenskommelserna i nuläget är samma som under PRIO-tiden. Detta trots att de tidigare strukturerna i första hand är organiserade för att förbättra situationen för personer som redan har psykisk ohälsa. Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa i hela befolkningen kräver involvering av många fler aktörer – såväl inom som utanför kommunernas, landstingens och regionernas strukturer. Detta upplever intervjudeltagare som en avsaknad av samordning på området på nationell nivå. Många länssamordnare upplever att de ibland saknar mandat att involvera, för arbetet viktiga, aktörer som inte fått uttalade direktiv att arbeta med överenskommelserna. Flera länssamordnare beskriver att de i sin roll endast kan be personer från andra verksamheter att medverka. Ett exempel som intervjudeltagarna ofta nämner i detta sammanhang är samverkan med representanter från skolan och Elevhälsan. Det framkommer i intervjuerna att skolan hittills deltagit i arbetet med överenskommelserna i varierande grad, alltifrån i stor utsträckning till inte alls, men att detta samarbete behöver utvecklas. Många intervjudeltagare beskriver att det är svårt att samordna arbetet över förvaltningsgränser inom kommunernas verksamhetsområden, till exempel utbildning, kultur och idrott, bland annat för att medlen ofta hamnar direkt i socialtjänsten. Några intervjudeltagare menar att placeringen av stimulansmedel innebär ett hinder för bred representation av kommunernas verksamhetsområden i samverkansgrupper eller aktiviteter. Enligt intervjudeltagarna skulle denna svårighet kunna reduceras genom att på nationellt håll förändra rutinen för placeringen av medlen i kommunerna.

Att det saknas nationell samordning på området psykisk hälsa upplever intervjudeltagarna också utifrån antalet parallella överenskommelser som direkt eller indirekt berör psykisk hälsa och ohälsa. Som tidigare nämnts ställer sig många frågande varför inte dessa samordnas på nationell nivå.

Intervjudeltagarna beskriver att de bästa förutsättningarna för samverkan på regional och lokal nivå skapas genom att, redan vid fastställandet av överenskommelserna, involvera olika departement och myndigheter samt samordna och samfinansiera det breda arbetet. De betonar att en sådan process skulle innebära tydligare mandat för medverkan av olika aktörer och dessutom undvika att överlappande behovsanalyser och handlingsplaner produceras. Vidare menar vissa intervjudeltagare att frågan om samverkan snarare förflyttas allt längre ner på den lokala nivån. I praktiken innebär detta att enskilda tjänstemän tvingas bedriva ett samordningsarbete utanför sina respektive mandatområden.

När det gäller andra satsningar och överenskommelser som pågår parallellt, och som i sina inriktningar delvis överlappar med de aktuella överenskommelserna 2016 och 2017, menar några intervjudeltagare att det vore värdefullt dels med en samlad bild av hur alla satsningar hänger ihop och dels en långsiktig övergripande plan för de nationella initiativen. En sådan plan skulle med fördel inkludera samtliga initiativ och vilka som är mottagare, oavsett vilket departement som är avsändare. Denna förkunskap skulle, enligt intervjudeltagarna, bidra till bättre förståelse för det egna arbetet i relation till helheten. Slutligen påpekar de att mycket tid skulle sparas i arbetet med denna överenskommelse om alla parallella satsningar samordnades på nationell nivå.

Samverkansstruktur

Länssamordnarna beskriver att samverkan inte sker spontant. De är eniga om att en stödstruktur och tydlig samordningsfunktion utgör en nödvändig förutsättning för god samverkan. De beskriver att detta med fördel kan vara en regional struktur, som är väl synkroniserad med mer lokala strukturer. Många länssamordnare berättar att de i arbetet med de aktuella överenskommelserna har kunnat använda sig av redan existerande stödstrukturer från andra satsningar, till exempel från *Kunskap till praktik*. Flera betonar att detta har varit en framgångsfaktor i arbetet. I några län har de existerande stödstrukturerna delvis behövt anpassas för det aktuella arbetet. Många påpekar att strukturer för samverkan behöver utvecklas.

I vissa län har däremot arbetet som har bedrivits inom ramen för överenskommelserna 2016 och 2017 i relativt hög grad inneburit att skapa en ny struktur för samverkan i länet. I nuläget är oftast delar av kommunen, landstinget eller regionen huvudaktörer i länens samverkansstrukturer. Däremot påpekar de flesta intervjudeltagare att dessa strukturer skulle behöva breddas för att motsvara den ansats som uttrycks i överenskommelserna, det vill säga att främja psykisk hälsa på befolkningsnivå. Några intervjudeltagare betonar betydelsen av prestigelöshet, tillit och tilltro för att samverkan ska fungera. Det framkommer således att samverkan inte enbart främjas av strukturella faktorer, som till exempel samverkansstrukturer, utan även av faktorer som personkemi och personligt engagemang.

Flera intervjudeltagare uttrycker vikten av bredare arenor eller plattformar som kan utgöra en arbetsyta för samarbetet på området, där olika professioner och kompetenser kan mötas. De påpekar att det är viktigt att skapa möjligheter för ”rätt personer” att träffas. I sådana miljöer kan nya samarbeten skapas och befintliga samarbeten underhållas. Några beskriver att diskussionen om vad som ska åstadkommas inom ramen för länens arbete med överenskommelserna måste påbörjas på sådana arenor. Dessutom framkommer det i intervjuerna att det är viktigt att olika aktörer lär känna varandras uppdrag och verksamheter, inklusive vanliga termer och begrepp. Ett mer gemensamt språk kan bidra till såväl stärkt samverkan som bättre insikt i varandras villkor och förutsättningar.

För att kunna arbeta mer tvärsektoriellt betonar flera intervjudeltagare att det krävs kontaktytor med möjligheter till bred dialog, där spännvidden av deltagare motsvarar den breda ansatsen i överenskommelsen. Några påpekar att såväl privat som offentligt finansierade vård- och omsorgsstrukturer bör vara representerade i dessa dialoger.

Länsövergripande mottagarorganisation

Ett flertal intervjudeltagare påpekar att en viktig förutsättning för ett långsiktigt utvecklingsarbete är att det i länet finns en tydlig och etablerad mottagarstruktur, redan innan stimulansmedel anländer. Det är försent att definiera mottagarstrukturen när medlen har anlänt. Intervjudeltagarna betonar vikten av tydlighet i ledning, styrning och organisation, där det även klart framgår var den länsövergripande samordningen av arbetet med överenskommelsen är placerad organisatoriskt. Många intervjudeltagare pekar vidare på vikten av att bädla för en gemensam finansiering av samordningsfunktionen.

I intervjuerna med länssamordnare nämns ytterligare faktorer som kännetecknar en välfungerande mottagarorganisation. Dessa inkluderar:

- tydlighet i vilken befattning som har formellt samordningsansvar
- tydlighet gällande medarbetares roller
- tvåvägskommunikation mellan styrgrupp och medarbetare
- tydliga beslutsprocesser
- tydliga mötesformer.

Flera intervjudeltagare beskriver vikten av att *en specifik person* har som uppgift att bedriva själva samordningsprocessen, det vill säga att personen är tjänsteplanerad för just denna uppgift. De menar att eftersom verksamheterna redan är hårt pressade utförs ofta samordningsuppgiften av personer som saknar eller har begränsat med tid avsatt för detta, vilket inte är hållbart i längden. Någon nämner att detta är ett särskilt problem i små kommuner.

Gemensam finansiering

Någon form av gemensam finansiering betraktar många intervjudeltagare som en mycket viktig förutsättning för ett långsiktigt utvecklingsarbete. De uttrycker att gemensamma medel är en förutsättning för ett gemensamt arbete. Flera påpekar att en länsgemensam pott är särskilt viktig för arbetet i små kommuner.

Några intervjudeltagare efterfrågar att överenskommelsen ska öronmärka gemensamma medel för tillsättande av en samordningsfunktion. De menar att man inte kan uppnå tillräcklig samordning utan specifika medel – som varken går direkt till landstingen eller kommunerna.

I några län har emellertid en sådan gemensam pott för samordning kunnat skapas i efterhand, antingen genom överenskommelser om omfördelning av medel eller genom att den största parten har burit kostnaden. Det förekommer till exempel att varje kommun bidrar med en viss procent av sina medel till en pott för samordning eller gemensamma aktiviteter. I något län placeras medlen gemensamt redan i utgångsläget. I ett annat län finansierar landstinget huvuddelen av både samordningsfunktionen och de gemensamma aktiviteterna.

Några länssamordnare betonar vikten av att samordningsfunktionen finansieras utan statsbidrag, för att öka förutsättningarna för långsiktighet i utvecklingsarbetet. De menar vidare att kostnadsansvaret i sig ger en delaktighet som annars kan gå förlorad. I direkt motsats till detta menar andra intervjudeltagare att en effektiv samordningsfunktion inte kan skapas utan specifika medel för just detta. De upplever att det inte går att rekonstruera en finansiering för själva samordningsfunktionen när medlen, såsom i dagsläget, går direkt till landsting och respektive kommuner. Det framkommer i intervjuerna att beslut kring placeringen av medel tas på högre nivå, ovan länssamordnarnas mandat. Intervjudeltagarna är ibland osäkra på om beslutet i fråga tagits på regional eller nationell nivå.

Slutligen påpekar flera intervjudeltagare att interna eller externa aktörer som inte har mottagit stimulansmedel inte kan förväntas medverka utan finansiering.

Förankring

En stor majoritet av intervjudeltagarna betonar betydelsen av att de handlingsplaner som tas fram inom ramen för överenskommelserna 2016 och 2017 förankras både uppåt och neråt i systemen. I flera län har arbetet vid tiden för intervjuerna huvudsakligen förankrats på chefsnivåer, medan förankringen i själva verksamheten kvarstår eller mer nyligen påbörjats. I vissa län har dock arbetet med behovsanalyser och handlingsplaner från början inkluderat representanter från verksamheter och organisationer, till exempel enligt en rådslagsmodell. Oavsett i vilken ordning förankringsprocessen bedrivs påpekar så gott som alla intervjudeltagare att förankringsarbetet delvis har fått stå tillbaka till förmån för att slutföra arbetet med handlingsplanerna i tid. Därför, menar många att förankringsarbetet till stora delar återstår och är särskilt betydelsefullt i det fortsatta arbetet. Det framkommer i intervjuerna att särskilt den politiska förankringen av tidsmässiga skäl ofta återstår efter att handlingsplanerna inrapporterats till SKL i oktober. I vissa län hanteras den politiska förankringen parallellt med utvecklingen av handlingsplanerna.

Intervjudeltagarna betonar betydelsen av en separat förankringsprocess inför implementeringen av handlingsplanerna. I det mer implementeringsnära förankringssteget krävs en detaljplanering som de sällan haft möjlighet att göra förut. Detta kan också, i viss mån, inkludera förhandling – till exempel

gällande tid och resurser. Med andra ord kan man i detta skede inte längre undvika frågan ”vem gör vad med vilka resurser”. Någon länssamordnare beskriver det som att alla personer i systemet måste ha ”samma bild” av arbetets riktning och innehåll för att implementeringsprocessen ska fungera. De som bedriver förankringsarbetet måste därmed nå ut till alla delar av systemet för att förmedla denna bild. Någon intervjudeltagare uttrycker det som att de själva måste ”förstå ända ut” hur systemet fungerar. Flera påpekar att denna djupa förankringsprocess är en nödvändig förutsättning för att i nästa skede få till verkstad. Många intervjudeltagare bedömer att denna process är viktigare än att producera ytterligare behovsanalyser eller handlingsplaner, särskilt om tid och resurser gör att de måste välja.

Många intervjudeltagare påpekar att det krävs mycket tid för att genomföra alla delar av förankringsprocessen men att denna tid är en nödvändig förutsättning för ett långsiktigt utvecklingsarbete.

Gemensam riktning

Som nämnts tidigare handlar förankringsprocessen mycket om att definiera en gemensam riktning. Många intervjudeltagare beskriver att deras arbete handlar om att skapa igenkänning och delaktighet och att det arbete som prioriteras i handlingsplanerna inte bestäms ovanifrån. Intervjudeltagarna påpekar att det krävs delaktighet från många olika nivåer, till exempel från chefsstrukturer, linjestrukturer, verksamheter, politiken liksom brukare och medborgare.

Några intervjudeltagare betonar att styr- och ledningsgrupper liksom politiker måste vara ”vägvisare”. Andra beskriver vikten av att själva handlingsplanen inte bara blir en tjänstemannaprodukt, utan även ett politiskt levande dokument. Politiska beslut kan vara avgörande för att handlingsplanen ska synas och få större vikt. Någon intervjudeltagare påpekar att det skulle vara bättre om de politiska ledarna inte bara ställer sig bakom handlingsplanen – utan också aktivt deltar i diskussioner om hur man bäst bör använda stimulansmedlen.

Många intervjudeltagare påpekar att det är viktigt att också patienter och brukare aktivt deltar i det pågående arbetet med handlingsplanerna. Eftersom överenskommelserna 2016 och 2017 är avsevärt bredare än hälso- och sjukvård och omsorg poängterar intervjudeltagarna i vissa län vikten av att vidga synen på brukarmedverkan och att istället tala om ett medborgarperspektiv. Flera intervjudeltagare påpekar också vikten av att alla åldersgrupper är representerade.

Långsiktighet

Långsiktighet är det andra övergripande temat som är centralt i länssamordnarnas berättelser. Det framkommer i intervjuerna att långsiktighet kan skapas genom såväl strategiskt utvecklingsarbete som operativt utvecklingsarbete. Intervjudeltagarna beskriver att handlingsplanerna bara blir en pappersprodukt, utan det operativa utvecklingsarbetet. Faktorer som intervjudeltagarna särskilt identifierar som förutsättningar för långsiktighet inkluderar kontinuitet i överenskommelsernas inriktning och villkor, kontinuitet i finansiering samt lärande.

Kontinuitet i överenskommelsernas inriktning och villkor

Många intervjudeltagare saknar det långsiktiga perspektivet från nationell nivå. Flera upplever att man på nationell nivå inte har förståelse för bredden för arbetet som krävs utifrån överenskommelserna 2016 och 2017 och hur lång tid det tar att verkställa detta på ett bra sätt i praktiken.

”Vill man att vi ska tänka långsiktigt, så måste man tänka långsiktig också på regeringsnivå, så att säga, eller från departementsnivån.”

Intervjudeltagarna menar också att den nationella nivån inte fullt ut lämnat PRIO-perspektivets årliga resultatuppföljningar samtidigt som vikten av det främjande perspektivet betonas. Länssamordnarna påpekar att det främjande arbetet kräver betydligt längre tidsramar.

Många intervjudeltagare menar att kontinuitet i överenskommelsernas inriktning och villkor är en nödvändig förutsättning för ett långsiktigt utvecklingsarbete. De upplever att direktiven från nationellt håll har ändrats under arbetets gång med kort varsel, vilket motverkar långsiktighet och leder till tidsfördröjningar, trötthet och otrygghet. Flera intervjudeltagare upplever att arbetet blir rörigt av att man tvingas ställa om till nya förutsättningar och villkor. Många intervjudeltagare menar att de inte hinner tänka igenom arbetet ordentligt när villkoren ändras med kort förvarning. När nya direktiv kommer förflyttas fokus från att driva arbetet framåt till att anpassa sig efter de nya ramarna.

”Och kanske från nationell nivå, det här är väl mer till regeringen också, att man behöver... För ibland kan det kännas som att det här blir stopp – gasa – stopp – gasa. Och nu har det varit jättemycket alarm i media kring det här, nu måste vi titta på det.”

Intervjudeltagarna uttrycker en önskan att förutsättningarna för arbetet med överenskommelserna ska ändras så sällan som möjligt. Länssamordnarna uttrycker behovet av att få reda på de specifika villkoren för sitt arbete med god marginal innan slutet av december. Sena besked gör att de inte har tid att planera utifrån de nya instruktionerna. Flera beskriver att de skulle behöva göra detaljplaneringen av arbetet inom ramen för överenskommelserna i samband med att verksamheterna planerar sina budgetar. När länssamordnarna får informationen om innehållet i överenskommelsen strax före jul som i nuläget, med ett återrapporteringskrav i slutet av oktober, blir tidsperioden tämligen kort för planering och aktivt arbete. Den tappade kontinuiteten under sommarsemestrarna blir en extra utmaning, särskilt i och med att arbetet kommit igång sent.

Några beskriver att man inte hinner realisera redan planerade initiativ när överenskommelserna innehåller täta omställningar. Istället för förändrade ramar menar många intervjudeltagare att de främst behöver stöd inför och i samband med implementeringen av handlingsplaner. Bland intervjudeltagarna finns en samstämmighet att de nu vill arbeta med att genomföra de aktiviteter som har föreslagits i handlingsplanerna för att öka sannolikheten att

uppnå de mål som formulerats. Flera intervjudeltagare beskriver att implementeringssteget nu är helt nödvändigt för att bevara motivationen i de berörda organisationerna. Någon talar om behovet av ”arbetsro” för att skapa en hållbarhet i satsningen, en annan uttrycker att ”det måste få landa”. Omställningen har varit stor – och ibland besvärlig.

Intervjudeltagare beskriver att avsaknaden av långsiktighet i villkoren för arbetet med överenskommelserna kan medföra att inlämningen av behovsanalyser och handlingsplaner blir själva prestationen, i stället för de insatser och åtgärder som prioriteras i handlingsplanerna.

Kontinuitet i finansiering

Tidshorisont

Många intervjudeltagare identifierar att ett stort hinder för utvecklingsarbetet utgörs av att inte veta villkoren för nästa överenskommelse, när det bara är veckor kvar till årsskiftet. Rädslan för fokusförändringar medför att arbetet ofta till stora delar avstannar tills alla villkor är kända. Någon intervjudeltagare beskriver att denna osäkerhet även bidrar till en försiktighet i att påbörja själva implementeringsprocessen.

Många intervjudeltagare hävdar att tidsramen för medlens användande påverkar vad som faktiskt genomförs i praktiken, eftersom kortare tidsramar tenderar att främja kortvariga insatser (som exempelvis utbildningar). Vissa beskriver en svårighet i att använda medel effektivt när man inte kan planera insatser samtidigt som man förbereder och beslutar verksamheternas budgetar. Andra menar att korta tidsramar samt att medel inte kan överföras till nästa år ibland resulterar i att medel över huvud taget inte kan användas för det ändamål de är ämnade till. Flera uttrycker att dessa omständigheter sänker kvaliteten i utvecklingsarbetet.

Flera länssamordnare lyfter också behovet av tid för utvärdering. En del av dem nämner att de önskar att inga nya satsningar genomförs inom ramen för överenskommelserna innan de nuvarande satsningarna har slutförts och utvärderats. De påtalar att det tar lång tid innan effekter och resultat rimligen kan ses. Detta gäller alla satsningar, men särskilt satsningarna utifrån folkhälsoperspektivet. Några refererar specifikt till implementeringsforskning där tidsaspekten betonas samt det faktum att implementeringsprocesser ofta tar tre till fem år att genomföra. De betonar att implementeringsarbetet under denna tidsperiod kräver sitt eget fokus. Några lyfter fram att folkhälsoperspektivet kräver ännu längre tidsperspektiv.

Bemanning

Förutom osäkerheten kring innehållet i kommande överenskommelser, identifierar många länssamordnare kortsiktigheten i överenskommelserna som en svårighet för optimal bemanning och resurssättning. Flera betonar att bemanning är en viktig förutsättning och en central och avgörande faktor för utvecklingsarbetet – och att rekryteringsprocesser tar lång tid. Särskilt problematiskt är detta i mer glesbefolkade län.

Flera nämner att man ibland behöver anställa personal utifrån den nya överenskommelsens specifika innehåll. De poängterar att när överenskommelsen offentliggörs strax innan årsskiftet är det redan för sent att systema-

tiskt rekrytera ny personal. Flera nämner att kortsiktigheten i överenskommelserna leder till tidsbegränsade projektanställningar vilket gör det svårt för anställda med familjeansvar att stanna kvar i anställningar med en osäker framtid. Detta medför att man tappat värdefull kompetens och erfarenhet som med längre tidshorisont skulle kunnat användas inom ramen för satsningen. Vid något intervjutillfälle strax före jul, inte långt innan överenskommelsen för 2018 offentliggjordes, visste flera intervjudeltagare inte om de efter årsskiftet skulle vara anställda inom ramen för överenskommelserna.

Ledarskap

Flera länssamordnare påtalar att det huvudsakligen är beslut på lednings- och chefsnivå i kommuner, landsting och regioner, som påverkar huruvida och hur mycket kortsiktighet i överenskommelserna blir en begränsning i utvecklingsarbetet. Det framkommer i intervjuerna att osäkerheten kring huruvida och med vilka villkor stimulansmedel kommer nästa år ofta leder till tveksamhet eller ovilja att anställa personal specifikt för arbetet med de aktuella överenskommelserna, exempelvis av rädsla för ramhöjande kostnader. Flera länssamordnare påpekar dock att chefer måste våga planera förbi överenskommelsernas slut, till exempel genom att anställa förbi årsskiftet. Det framkommer i enstaka intervjuer att vissa chefer, för utvecklingsarbetets skull, ser förbi osäkerheten med inställningen att om nya överenskommelser förändrar villkoren för arbetet framöver så får det hanteras då.

Intervjudeltagarna beskriver att stimulansmedel ibland förstärker ordinarie verksamheter, exempelvis genom att bekosta kliniska tjänster. De berättar att medlen därmed fyller en viktig funktion, nämligen att hålla verksamheterna fungerande, vilket också kan innebära ett beroende av stimulansmedlen. Detta innebär i sin tur ökad sårbarhet för ändringar i överenskommelsernas villkor.

Lärande

Det är många intervjudeltagare som lyfter fram lärandet som en viktig förutsättning för ett långsiktigt utvecklingsarbete. Några beskriver att just implementeringsprocessen skapar ett värdefullt lärande, både i planeringen och i genomförandet. Någon intervjudeltagare påpekar att man i högre utsträckning lär sig genom att genomföra saker praktiskt än genom att framställa handlingsplaner. Några intervjudeltagare efterfrågar en särskild organisation eller ett gemensamt forum där man kan diskutera och ställa frågor kring implementering och lära av varandra. Vissa har en förhoppning att de kommande resurscentra ska axla denna uppgift.

Tid

Tid är ett ofta återkommande tema i samtalen kring förutsättningar för ett långsiktigt utvecklingsarbete. Intervjudeltagare påpekar ofta att tid krävs för förankring i alla stadier av såväl strategisk som operativ utveckling. De pekar också på vikten av tid för reflektion under hela arbetsprocessen, vilket skapar tillfälle att såväl diskutera idéer och strategier som få återkoppling.

Så gott som alla intervjudeltagare lyfter särskilt fram implementeringen av handlingsplanerna som en tidskrävande process som inte kan forceras fram. De betonar vikten av att avsätta tillräckligt med tid för det arbetet. Intervjudeltagarna beskriver att förankringen inför implementeringen inte sker av sig själv utan kräver ett aktivt arbete, särskilt när många aktörer är inblandade. Flera påpekar att det behövs en särskild plan för att verkställa och understödja implementeringen. Handlingsplanerna som inlämnats till SKL inom ramen för överenskommelserna 2016 och 2017 innebär inte att allt är klart för att implementeras.

Flera beskriver att tid många gånger är viktigare än finansiering, eftersom det exempelvis tar tid att omfördela resurser från ett arbetssätt till ett annat, även om det nya arbetssättet slutligen kommer att leda till en resursvinst. I miljöer med låg bemanning, blir denna process därmed mer sårbar och mer tidskrävande.

Många intervjudeltagare nämner att administrationen kring överenskommelserna samt processen att anpassa sig till ett bredare och mer förebyggande perspektiv på psykisk hälsa har inneburit att implementeringen av handlingsplanerna blivit lidande. Många intervjudeltagare berättar att det har tagit lång tid att landa i det nya arbetssättet. Det nya perspektivet i överenskommelserna har också krävt ett arbete för att komma ifatt med strukturer.

Operativt utvecklingsarbete

På frågan om hur mycket av innehållet i handlingsplanerna som sipprat ner på verksamhetsnivå är länssamordnarna ofta osäkra, och några upplever frågan som svårvärderad. Variationen i svar spänner från inte alls till ganska mycket. Det vanligaste svaret är att innehållet huvudsakligen inte sipprat ner på verksamhetsnivå, trots att man i intervjuerna ändå lyfter fram vissa konkreta projekt som pågår i länet. Vid intervjutillfällena beskrivs att handlingsplanerna främst är kända på enhetschefsnivå och att mycket av spridningen i linjen fortfarande återstår. I intervjuerna framkommer ofta att handlingsplanerna dessutom ännu inte är politiskt förankrade. Vissa länssamordnare menar att det därför är för tidigt att sprida handlingsplanerna i linjen.

Flera intervjudeltagare påpekar att personal i brukar- och patientnära verksamheter inte behöver känna till handlingsplanen över huvud taget, så länge de i handlingsplanen prioriterade aktiviteterna kommer till stånd. Många aktiviteter som genomförs i verksamheterna finansieras dessutom från flera olika håll. I sådana situationer upplever intervjudeltagare att det inte är viktigt att tydliggöra för personalen exakt vilka aktiviteter som härstammar från vilka satsningar. Andra påpekar vikten av att verksamheterna måste ”vara med på tåget” för att en implementering ska kunna genomföras på ett bra sätt. De betonar att platsen för implementeringen är i direkt verksamhet, och att personalen där måste känna igen sig i och förstå hela sammanhanget för det som ska genomföras. Ett flertal intervjudeltagare betonar att det är en viktig uppgift att få till en samsyn och samhörighet mellan olika nivåer.

Några menar att spridning och förankringsarbetet är alla chefers uppdrag, och andra föreslår att en specifik person bör ha just förankring som arbetsuppgift. Vissa påpekar att det behöver skapas arenor för detta syfte, för att synliggöra och diskutera innehållet i handlingsplanerna. På några håll sker spridningen av handlingsplanerna via webben, i tillägg till via linjen. I enstaka län finns en webbplats som är specifikt avsedd för samverkan, där länssamordnarna tagit tillfället i akt och lagt upp både behovsanalyser och handlingsplaner. Webbplatsen är tillgänglig för alla i länet, såväl för personal som för medborgare.

Flera länssamordnare påpekar att spridning och förankring i komplexa organisationer är en omfattande och tidskrävande process då vissa aktiviteter exempelvis kan beröra en stor mängd vårdcentraler, förvaltningar eller stadsdelnivåer. Intervjudeltagarna beskriver att en detaljerad implementeringsplanering oftast inte har skett inom ramen för arbetet med handlingsplanerna. Fokus har främst varit på vad som ska göras – snarare än när, var och hur det ska göras. Intervjudeltagarna beskriver att tänket framöver måste vara i banor av implementering. Någon identifierar att steget som nu krävs främst ligger på ”personresursnivå”, medan flera påpekar att detta arbete kräver utrymme både vad gäller tid och bemanning.

Slutligen påpekar en del intervjudeltagare betydelsen av att inte stressa fram en handlingsplan utan låta processen ta tid, inte minst med de parter som behöver involveras. De menar att det är viktigt att ”ta reda på var skon klämmer” inom det egna länet, och att sedan använda sig av den kunskapen för att få handlingsplanen att ligga i fas med nuläget. Detta ökar i sin tur sannolikheten för en smidig övergång till implementeringsfasen. En del länssamordnare har låtit processen med handlingsplanen ta den tid som krävts, relativt oberoende av krav från nationellt håll, medan andra har känt sig påtagligt stressade av de snäva tidsramarna. Många säger att förankringen och övergången till implementering ofta har fått stå tillbaka eftersom arbetet med behovsanalyser och handlingsplaner hittills tagit det mesta av deras tid.

Fördelning av medel

Många intervjudeltagare är nöjda med systemet för fördelning av medel. Andra har inte reflekterat över det nuvarande fördelningssystemet. Flera påpekar emellertid att det borde definieras en miniminivå för utvecklingsarbetet som är oberoende av kommunens invånarantal. Detta eftersom det även i mindre sammanhang krävs basala funktioner och resurser för att underhålla ett utvecklingsarbete. Med nuvarande system får kommuner med få invånare mycket små summor utvecklingsmedel, trots att samverkan och förankringsarbete inför implementering krävs i såväl små som större kommuner. I något fall placeras samtliga kommuners stimulansmedel i en pott. I dessa sammanhang får mindre kommuner större ”muskler” genom samverkan med större kommuner.

Flera intervjudeltagare påpekar att flera av de mindre kommunerna tagit emot ett stort antal asylsökande, är socioekonomiskt utsatta eller har stora problem med psykisk ohälsa, vilket inte fördelningen av stimulansmedel tar hänsyn till. Intervjudeltagare har ibland uttryckt att det arbete som krävs för

att behålla stimulansmedel kan i mindre kommuner upplevas som långt mer omfattande än den nytta som medlen kan bidra till.

Överlag beskriver många intervjudeltagare hur de som är ansvariga i mindre kommuner ibland står inför omöjliga uppgifter. Detta blir särskilt påtagligt när kommunen är liten rent befolkningsmässigt och samtidigt sträcker sig över stora geografiska avstånd. Detta medför att personal dagligen behöver transportera sig över mycket långa sträckor. Intervjudeltagare påpekar att glesbygdsområden som geografiskt är relativt små till ytan kan vara något mindre utsatta än glesbygdsområden som är stora till ytan. Detta eftersom närliggande områden ofta har möjlighet att samfinansiera vissa verksamheter. Flera intervjudeltagare beskriver situationer i glesbygdsområden där personalbristen är så påtaglig att det bromsar möjligheten till utvecklingsarbete.

Effekter av satsningen

Trots att många intervjudeltagare betonar vikten av att flytta fokus – från behovsanalyser och handlingsplaner till implementering är en stor majoritet överlag positiva till satsningen, är förhoppningsfulla att det som planeras inom ramen för det egna länets arbete med överenskommelserna kommer att ge goda effekter.

På frågan om vilka positiva effekter de redan identifierar till följd av överenskommelserna 2016 och 2017 nämner många att länets fokus på psykisk hälsa har skärpts, och att psykisk hälsa nu finns med ”på agendan”. Några intervjudeltagare berättar att medarbetare allt oftare uttrycker nyfikenhet kring denna satsning. Flera påtalar att medvetenheten om området har ökat, liksom förståelsen för att det behövs sektorsövergripande samverkan för att kunna arbeta utifrån ett främjandeperspektiv även om detta än så länge huvudsakligen inbegriper skolchefer. Många beskriver att satsningen bidragit till ett större helhetsperspektiv på psykisk hälsa, samt till en förståelse för att psykisk hälsa härrör fler områden än enbart psykiatri och primärvård.

Ytterligare en effekt som intervjudeltagare beskriver är ett mer långsiktigt tänk kring psykisk hälsa. Andra beskriver att brukarorganisationerna på ett bättre sätt har integrerats i arbetet. Flera intervjudeltagare betonar att de behovsanalyser och handlingsplaner som har tagits fram och utvecklats underlättar kommunikationen med olika aktörer. Likaså har dokumenten inneburit draghjälp och tyngd åt arbetet på området, liksom ökad medvetenhet hos politikerna.

Sammantaget beskriver flera intervjudeltagare de positiva effekterna som att de nu har lagt grunden för ett utvecklingsarbete, vilket bland annat inkluderar arenor för bättre samverkan inom området psykisk hälsa. Några spekulerar i att en sådan grund sannolikt skulle ha lagts även utan stimulansmedel, men att tempot i den processen i så fall skulle varit långsammare. De flesta menar att de nu verkligen vill använda den grund som de har skapat för att arbeta med implementering mer systematiskt.

Även om länssamordnarna uttrycker en önskan om att mer påtagligt ägna sig åt implementering av handlingsplanerna, nämns i intervjuerna ändå konkreta satsningar på sådant som redan genomförs i länen. Några exempel är:

- psykiatriveckor
- gemensamma utbildningsinsatser
- kompetenssatsningar
- etablering av samverkanswebb
- framtagande av en handbok för personal om bemötande ur ett HBTQ-perspektiv
- en modell där patienter erbjuds kuratorsamtal i väntan på tid till läkare
- en brukarstyrd brukarrevision av missbruksvård
- färdighetsträning på gruppbasis vid ungdomsmottagningar.

Slutligen beskriver några att de i arbetet med överenskommelserna blivit varse att vissa stödgrupper måste erbjudas på länsövergripande nivå eftersom befolkningsunderlagen i kommunerna ofta inte är tillräckliga.

I de enstaka fall som intervjudeltagare identifierat negativa effekter av överenskommelserna handlar det om att arbetet med behovsanalyser och handlingsplaner tagit mycket tid, exempelvis till följd av otydliga ramar, på bekostnad av ett mer operativt utvecklingsarbete. Någon nämner också att överenskommelsernas utformning bidragit till mycket stress i rollen som länssamordnare.

I flera intervjuer uttrycks farhågan att personer med svår psykisk sjukdom på sikt ska komma i skymundan i arbetet med överenskommelserna. Några nämner att i och med den breddade ansatsen behöver betydligt fler grupper dela på de stimulansmedel som tidigare varit reserverade till personer med psykisk sjukdom och komplexa behov.

Diskussion

Inom ramen för denna delrapport har Socialstyrelsen analyserat länsgemensamma handlingsplaner och ekonomiska redovisningar som kommuner, landsting och regioner lämnade in till SKL i oktober 2017, samt intervjuer med länssamordnare i samtliga län. Analysen visar stora variationer i handlingsplanerna vad gäller bland annat struktur, förankring, prioriterade åtgärder, målformuleringar och uppföljning, samt att relativt stora andelar av stimulansmedel har använts för att utveckla dessa planer. I övrigt har stimulansmedel ofta finansierat satsningar som inte inbegriper långsiktiga kostnader för verksamheterna. I alla län identifieras olika aspekter av långsiktighet som centrala förutsättningar för att bedriva ett utvecklingsarbete på området psykisk hälsa. Resultatet från genomförda analyser föranleder en diskussion av olika omständigheter som Socialstyrelsen ser som viktiga för det fortsatta utvecklingsarbetet på området.

Otydlighet i överenskommelserna och grundläggande mål

Då det i överenskommelserna 2016 och 2017 inte framgår vilken konkret förändring regeringen och SKL ämnar uppnå på nationell nivå, och under vilken tidsperiod, är det svårt att relatera resultat av de analyser som Socialstyrelsen har genomfört till de aktuella överenskommelserna. Det framkommer i intervjuerna med länssamordnare att övergången till tillitsstyrning och samtidig breddning av ansatsen överlag upplevs som positiva förändringar. Den plötsliga omvändningen i inriktning och otydliga ramar gjorde dock att det tog lång tid för kommuner, landsting och regioner att förstå förväntningarna från nationellt håll. Arbetet försvårades ytterligare av ändrade förutsättningar, ändrade instruktioner, och ändrade krav under arbetets gång, vilket upplevdes av intervjudeltagarna som ett uttryck för att det inte heller på den nationella nivån var tydligt hur de aktuella överenskommelserna skulle operationaliseras i praktiken. Detta ledde till att det särskilt under 2016 var otydligt för kommuner, landsting och regioner vad som skulle åstadkommas inom ramen för överenskommelserna. Enligt de genomförda intervjuerna är detta fortfarande tämligen oklart för flera intervjudeltagare.

Enligt Riksrevisionen används överenskommelser, vid behov, av staten som ett icke tvingande medel för att styra hälso- och sjukvården och omsorgen i en önskad riktning [4]. Den statliga styrningens inriktning skulle kunna tydliggöras genom att överenskommelserna presenterar vilka konkreta förändringar regeringen och SKL ämnar uppnå med de aktuella överenskommelserna. Detta står inte i motsättning till tillitsstyrning utan anger snarare tydliga ramar för kommuner, landsting och regioner inom vilka de har frihet att bedriva utvecklingsarbetet utifrån egna behov.

Otydlighet i länsnivåns struktur

I flera handlingsplaner uttrycks det att länsnivån fungerar vägledande men inte beslutande. Det problematiska med det länsgemensamma arbetet som ska åstadkommas genom de aktuella överenskommelserna är att det ofta saknas en struktur för det arbetet att landa i, något som påpekats i intervjuer med länsamordnare. Inte heller finns någon ansvarig instans på länsnivå som omfattar de organisationer som berörs av de länsgemensamma handlingsplanerna som lämnades till SKL. Således saknas en tydlig länsgemensam mottagare av de aktuella överenskommelserna, liksom tydlig instans eller person på den nivån att utkräva ansvar ifrån. Likaså saknas oftast en ekonomisk struktur på länsnivå för de aktuella stimulansmedlen att landa i. En länsgemensam mottagare är någonting som i intervjuerna med länsamordnare uttrycks som önskvärt för att samverka mer effektivt inom länet.

För att behålla stimulansmedel har det i praktiken blivit ett obligatoriskt krav för kommuner, landsting och regioner att lämna in en "länsgemensam" handlingsplan. Enligt intervjuerna har instruktionerna från SKL skiftat under arbetets gång från att det ursprungligen var obligatoriskt för kommunerna att även lämna in en egen handlingsplan till att detta inte längre är nödvändigt. Hur och av vem sådana beslut om ändrade villkor fattas framgår inte av underlaget för denna delrapport men i intervjuer med länsamordnarna framkommer att dessa förändringar har betydelse för arbetsprocesserna och för uppföljningsarbetet inom ramen för överenskommelserna.

Vad begreppet "länsgemensam" avser och huruvida det finns några definierade villkor eller rekommendationer kring ett sådant samarbete framgår inte av överenskommelserna 2016 och 2017, vilket i praktiken inneburit att definitionen av begreppet varierar mellan länen. För att nämna några exempel, inkluderar den länsgemensamma handlingsplanen i ett län aktiviteter som berör regionen och minst två kommuner. I ett annat län innebär begreppet länsgemensam handlingsplan däremot att regionen och alla kommuner berörs av samtliga aktiviteter i handlingsplanen. I ytterligare ett län utgör den länsgemensamma handlingsplanen endast rekommendationer till kommunerna, det vill säga det är upp till kommunerna att välja huruvida och i vilken omfattning de följer den länsgemensamma handlingsplanen. Vissa län har endast lämnat in en länsgemensam handlingsplan. I andra län har den länsgemensamma handlingsplanen kompletterats med separata planer för landsting, region och/eller enstaka eller samtliga kommuner. I länsgemensamma handlingsplaner från vissa län, presenteras såväl separata mål för landsting, regioner och kommuner som gemensamma mål som ska uppfyllas i samverkan mellan dessa aktörer. I andra län innehåller de länsgemensamma handlingsplanerna endast mål som ska uppnås i samverkan, medan mål för enskilda aktörer presenteras i enskilda planer.

Hur länen väljer att definiera länsgemensamt arbete får således stora konsekvenser för vad som inkluderas i den obligatoriska länsgemensamma handlingsplanen. Detta väcker i sin tur frågan om vilka handlingsplaner och vilka mål som är obligatoriska att följa upp. Det gör det också svårare att utifrån de obligatoriska handlingsplanerna skapa en överblick över vad som har åstadkommit inom ramen för överenskommelserna i de olika länen.

Villkor för att ta del av stimulansmedel uppfylls i varierande grad

I överenskommelserna 2016 och 2017 står uttryckligen att kommuner och landsting ska inkomma med ”en redogörelse för analys, långsiktiga mål och handlingsplan samt en redovisning av användning av de medel de erhållit”. Kraven för vad denna redovisning ska innehålla specificeras under avsnitt 5 i dessa överenskommelser. I samband med analysen av de länsgemensamma handlingsplanerna noterar Socialstyrelsen att dessa krav uppfylls i varierande grad. Till exempel presenteras målen ibland med indikatorer, ibland utan indikatorer, och ibland utan att särskilja kortsiktiga och långsiktiga mål. I något enstaka fall 2016 presenterades varken mål eller indikatorer. Uppföljningarna av 2016 års målnuppfyllelse har likaså genomförts i varierande omfattning. Utöver detta är vissa ekonomiska redovisningar så övergripande att det inte går att utläsa vad medlen specifikt använts till.

Enligt avsnitt 7 i överenskommelserna 2016 och 2017, som beskriver hur överenskommelserna ska följas upp länsvis, ”åtar sig SKL att sammanställa resultaten av huvudmännens arbete, såsom anges i avsnitt 5, länsvis och rapportera till Regeringskansliet (Socialdepartementet) eller annan, av regeringen utpekad, myndighet. Redovisningen ska innehålla en sammanställning av respektive län avseende medelsanvändning, analys av lokala behov, handlingsplaner på kort och lång sikt samt indikatorer för att mäta utveckling”. Utifrån denna skrivning borde SKL:s åtagande rimligen inkludera bedömning av villkorsuppfyllelser i samband med fördelning av stimulansmedel. Variationen i villkorsuppfyllelserna som observerats i handlingsplanerna och de ekonomiska redovisningarna väcker frågan hur en sådan bedömning har gjorts.

I ett flertal av de länsgemensamma handlingsplanerna finns en systematisering beträffande länsövergripande mål, aktiviteter och uppföljning. Ofta är målen uppdelade på lång och kort sikt. I en handlingsplan, som kan lyftas upp som exempel, finns en tydlig systematik för målformuleringarna. I denna följes utvecklingsområdena av kortsiktiga mål och indikatorer för uppföljning av dessa, samt långsiktiga mål och indikatorer för uppföljning av dessa. Detta skapar en tydlighet i både vad som ska göras och hur det ska följas upp.

Otydlig koppling mellan överenskommelsernas ansats och mottagarstruktur

Den breda ansatsen i överenskommelserna 2016 och 2017 kan beskrivas som att alla ska samverka och hjälpas åt för att främja befolkningens psykiska hälsa. Stimulansmedel, och det uppdrag som är kopplat till dessa, landar dock fortsatt i samma strukturer som finns i länen sedan den tidigare PRIO-satsningen med fokus på psykisk ohälsa. I intervjuer med länssamordnare framkommer att valet av mottagare av stimulansmedel påverkar vilka

aktörer som ingår i arbetet med handlingsplanerna. Det finns stora utmaningar att utan mandat be om delaktighet från interna och externa aktörer som inte erhållit delar av stimulansmedel och inte heller fått något tydligt uppdrag från nationellt håll. Detta kräver mycket tid för länssamordnarna och ofta samverkande aktörer med stort eget engagemang och handlingsutrymme från den egna organisationen. Även om detta kan vara lösningen på omedelbara arbetsuppgifter bidrar inte ett sådant arbetssätt till att långsiktiga och stabila strukturer för samverkan skapas. Som framgår i intervjuerna behöver överenskommelserna tydligt formulera vilka aktörer som behövs i arbetet med överenskommelserna, ge samtliga tydliga uppdrag och vid behov gemensamma uppdrag, genom respektive departement och myndigheter, samt utforma de ekonomiska satsningarna därefter. Utan dessa inledande steg i processen riskerar överenskommelserna att resultera i beskrivningar av svårigheter att på frivilligbasis involvera alla viktiga aktörer i utvecklingsarbetet.

Förväntade effekter på nationell nivå

Utformningen av överenskommelserna om stöd till riktade insatser på området psykisk hälsa 2016 och 2017 innebär att stimulansmedel tilldelas kommuner, landsting och regioner som i sin tur fördelar medel och utformar insatser till fem fokusområden som var och en berör en mängd målgrupper. I sammanhanget är det viktigt att komma ihåg att många kommuner inte erhåller mer än några hundra tusen kronor i stimulansmedel. Detta innebär att det i slutändan kan bli relativt lite stimulansmedel per fokusområde och per målgrupp i varje enskilt län och enskild kommun. Analysen visar dessutom att handlingsplanerna prioriterar en hel palett av olika metoder, insatser och utvecklingsområden vilket sammantaget leder till att varje enskilt initiativ bedrivs i liten skala, nationellt sett. Därför är Socialstyrelsens bedömning att det kommer att vara svårt att på nationell nivå se någon effekt av specifika satsningar, inom ramen för de aktuella överenskommelserna.

Utveckling och lärande i kommuner, landsting och regioner

Jämförelser mellan 2016 och 2017 års handlingsplaner liksom analysen av intervjuer visar att samordningen på området psykisk hälsa, liksom arbetet med behovsanalyser och handlingsplaner, har utvecklats under tidsperioden och präglats av lärande. Detta sammanfaller väl med den inriktning som överenskommelserna beskriver som önskvärd, där den centrala utgångspunkten är att förstärka kommuners, landstings och regioners kapacitet att göra behovsanalyser och utveckla handlingsplaner. Länssamordnare beskriver en upplevelse av otydlighet, oklarhet, trevande och stor osäkerhet under 2016 som under 2017 i många län övergått till större förståelse för överenskommelsernas nya inriktning, tydligare prioriteringar och stabilare arbetssätt. Detta har resulterat i handlingsplaner som länssamordnarna under 2017 i högre utsträckning känner sig nöjda med, jämfört med 2016.

Analysen av såväl kommunernas, landstingens och regionernas ekonomiska redovisningar som intervjuer visar att osäkerhet kring specifik inriktning och villkor för nästa års stimulansmedel till stor del resulterar i satsningar som inte ökar verksamheternas ramkostnader. Osäkerheten leder också till stor försiktighet att anställa personal på lång sikt liksom till otrygghet för tidsbegränsat anställda. Det är därför viktigt att säkerställa att det lärande som sker inom ramen för överenskommelserna också förvaltas i organisationerna och inte går förlorat när, för överenskommelserna, centrala samordnande funktioner bemannas med kortsiktiga och tidsbegränsade anställningar.

Huvudsakligen strategisk utveckling

Intervjuerna med länssamordnare ger en tydlig bild att det utvecklingsarbete som har bedrivits under 2016 och 2017 i de flesta län främst handlar om strategisk utveckling, exempelvis att skapa nya arenor och arbetssätt för samverkan och samarbete mellan olika aktörer samt att utveckla handlingsplaner. I många län återstår steget att omvandla det strategiska arbetet till praktik. Efter två års arbete med att ta fram årliga behovsanalyser och handlingsplaner är det viktigt att nu, istället för ytterligare revideringar och breddningar av handlingsplaner, lägga fokus på förankringsarbete och implementering, det vill säga praktiskt genomförande av de handlingsplaner som har tagits fram. I annat fall finns risk att de framtagna handlingsplanerna kommer att förbli pappersprodukter. Som framkom i intervjuerna tar arbetet med att utveckla och revidera handlingsplaner huvuddelen av länssamordnarnas tillgängliga tid, vilket innebär att det saknas utrymme för att på detaljnivå planera och genomföra det operativa arbetet. De ekonomiska redovisningarna visar även att en relativt stor andel av stimulansmedel (ca 77 miljoner kronor) använts för arbetet med att utveckla och revidera handlingsplaner. Det är rimligt att förvänta att behovsanalyser och handlingsplaner behöver revideras med tiden. För att revideringarna ska vara meningsfulla behöver de dock föregås av ett praktiskt genomförande av handlingsplanerna som vägledning inför kommande revideringar.

Det är viktigt att komma ihåg att när en handlingsplan väl tagits fram, sker inte implementeringen automatiskt. Enligt länssamordnarna är flera faktorer nödvändiga för att kunna ta detta steg. Planeringen av implementeringsprocessen kräver en specifik förankring såväl uppåt som neråt i systemen. Likaså kräver detta arbete specifik kunskap om implementering. I flera län uttrycker länssamordnarna att sådan kunskap saknas och att de behöver specifikt stöd inför och under implementeringsprocesserna. Detta innebär att det stöd som överenskommelserna utlovar, med tiden behöver anpassas så att kommuner, landsting och regioner mer systematiskt kan ta steget från strategisk utveckling till operativ utveckling. Ett sådant stöd bör omfatta metoder och verktyg för att starta, underhålla och utvärdera implementeringsprocesser.

Att hålla i och att hålla ut i den här processen är av stor betydelse för att det ska vara möjligt att följa upp, utvärdera och se eventuella resultat av arbetet med överenskommelserna. Det är därför viktigt att från nationellt håll

anpassa styrningen till det långsiktiga perspektivet så att tid, resurser och utrymme ges för att bedriva ett långsiktigt strategiskt arbete på området som också kan omsättas i praktiken.

Mål i fokus för uppföljningsarbetet 2018–2019

Fokus för Socialstyrelsens uppföljningsarbete för hösten 2017 och våren 2018 har varit att undersöka förutsättningarna för ett långsiktigt utvecklingsarbete på området psykisk hälsa i kommuner, landsting och regioner. Detta möjliggör en bättre förståelse för kontexten i vilken arbetet med överenskommelserna bedrivs.

Under hösten 2018 och våren 2019 kommer en central del av Socialstyrelsens uppföljning utgöras av en fördjupad analys av de mål som formulerades i 2016 och 2017 års handlingsplaner; exempelvis hur dessa har formulerats och följts upp, samt vilka eventuella sammantagna resultat och effekter av arbetet som kan observeras på nationell nivå.

Referenser

1. Nationell sammordnare inom området psykisk hälsa, *Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016-2020 - Fem fokusområden fem år framåt*, Nationell sammordnare inom området psykisk hälsa, Editor.
2. Regeringskansliet, *PRIO - psykisk ohälsa - plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016*. 2012.
3. Regeringen, *Uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016-2018*. 2016.
4. Riksrevisionen, *Staten och SKL - en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*. 2017.
5. Regeringskansliet och SKL, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 - överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. 2016.
6. Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa - Uppföljning av 2016 års överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. 2017, Socialstyrelsen: Stockholm.
7. Regeringskansliet och SKL, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017 - överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. 2017.
8. Socialstyrelsen, *Social rapport 2010*. 2010, Socialstyrelsen: Stockholm.
9. Svensson, B. and L. Hansson, *Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up*. PLoS One, 2014. **9**(6): p. e10091.
10. Svensson, B., L. Hansson, and S. Stjernswärd, *Experiences of a Mental Health First Aid training program in Sweden: a descriptive qualitative study*. Community Mental Health Journal, 2015. **51**(4): p. 497-503.
11. Wasserman, D., et al., *School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial*. The Lancet, 2015. **385**(9977): p. 1536-1544.
12. Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsan i Sverige 2016 - Årlig rapportering*. 2016, Folkhälsomyndigheten.
13. Socialstyrelsen, *Beskrivning av vårdutnyttjande för personer med psykisk ohälsa. En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen*. 2012, Socialstyrelsen: Stockholm.
14. Socialstyrelsen, *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*. 2017, Socialstyrelsen: Stockholm.

Bilagor

Bilaga 1. Socialstyrelsens regeringsuppdrag

Bilaga 2. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016

Bilaga 3. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017

5.3-29152/2016-1



REGERINGEN

Regeringsbeslut

III:3

2016-10-19

S2016/06530/FS (delvis)

Socialdepartementet

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm

SOCIALSTYRELSEN	
Ink	2016 -10- 24
Doss.	17
Dnr	248/2016-42
Handl.	

Uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018

Regeringens beslut

Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018. Uppföljningen och analysen ska fokusera på att sammanställa, beskriva och följa upp det utvecklingsarbete som kommuner och landsting/regioner har genomfört inom ramen för överenskommelserna. Utöver detta ska Socialstyrelsen uppmärksamma övriga förhållanden som myndigheten finner lämpliga för att spegla effekterna av överenskommelserna lokal och regionalt. Inom ramen för uppdraget ska Socialstyrelsen också genomföra och redovisa mätningar av allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden till kvinnor och män, flickor och pojkar som lever med psykisk ohälsa.

Genomförandet av uppdraget ska ske i nära samråd med den Nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09), Folkhälsomyndigheten och Sveriges kommuner och landsting (SKL). Myndigheten ska även samråda med brukar-, patient- och anhörigorganisationer, professionsföreningar, det civila samhället, samt andra berörda myndigheter och organisationer.

Socialstyrelsen ska senast den 31 mars varje år, med start 2017, lämna årliga lägesrapporter till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Utgångspunkten för 2017 års lägesrapport ska vara de analyser, handlingsplaner, lång- och kortsiktiga mål samt de mätbara indikatorer som kommuner och landsting/regioner ska ha redovisat senast den 31 oktober 2016 för att få ta del av de utlovade stimulansmedlen i den senaste överenskommelsen. Redovisningen ska om möjligt ske könsuppdelat. I lägesrapporten ska Socialstyrelsen bl.a. uppmärksamma hur kommuner och landsting/regioner har arbetat med samverkan under

utvecklingsarbetet samt hur de åtgärder respektive handlingsplaner som planeras med utgångspunkt i genomförda analyser förhåller sig till bästa tillgängliga kunskap inom området psykisk hälsa och ohälsa. Vidare ska myndigheten belysa arbetet med implementering av relevanta arbetssätt, utfasning av mindre relevanta arbetssätt och annat utvecklingsarbete. Den lägesrapport som ska lämnas in senast den 31 mars 2017 ska vidare innehålla en plan för det fortsatta uppföljnings- och utvärderingsarbetet under 2018 och 2019. Planen ska innehålla en översiktlig beskrivning av hur myndigheten tänker att det fortsatta utvärderingsarbetet ska bedrivas. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2019.

Socialstyrelsen får för uppdragets genomförande använda 500 000 kronor under 2016. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition.

Medlen utbetalas av Kammarkollegiet under 2016 till Socialstyrelsen engångsvis efter rekvisition. Rekvisitionen ska ske senast den 1 december 2016. Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. Vid samma tidpunkt ska en ekonomisk redovisning över använda medel lämnas till Kammarkollegiet. Rekvisition, återbetalning och redovisning ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har.

Ärendet

Den 17 december 2015 beslutade regeringen tillsätta en nationell samordnare med uppgift att stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting, och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. I direktivet till samordnaren beskrivs regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020. Syftet med regeringens strategi är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och strategiskt arbete, med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer. Målet är att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förstärka tidiga insatser till kvinnor och män, flickor och pojkar som drabbas av psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser. Strategin utgår från 5 prioriterade områden som ska utgöra en grund för regeringens arbete inom området under de kommande fem åren. Strategin utgår från följande prioriterade områden:

- Förebyggande och främjande insatser
- Tillgängliga tidiga insatser
- Enskildas delaktighet och rättigheter
- Utsatta grupper
- Ledarskap och organisation

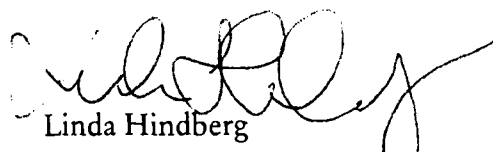
En av de centrala beståndsdelarna i regeringens strategi är en bred överenskommelse med SKL som syftar till att skapa förutsättningar för ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i kommuner och landsting/regioner. Under 2016 avsätter regeringen 845 000 000 kronor för att stödja insatser inom kommuner och landsting/regioner för att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa och för att bättre kunna erbjuda rätt insatser, i rätt tid, till de kvinnor och män, flickor och pojkar som drabbas av psykisk ohälsa. Regeringen anser att en överenskommelse, i syfte att vidmakthålla uppnådda resultat och skapa uthållighet, långsiktighet och förutsägbarhet på området, bör ingås med SKL även under 2017 och 2018, under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

En förutsättning för att kunna avgöra om regeringens strategi inom området psykisk hälsa ger avsedda effekter för personer med, eller som riskerar att drabbas av, psykisk ohälsa är att satsningen kontinuerligt följs upp och utvärderas. Detta för att kunna vidareutveckla satsningen vid behov, möjliggöra en förbättrad styrning mot resultat på lokal- och regional nivå samt för att kunna följa den nationella utvecklingen mot de fem prioriterade områden som regeringen har beslutat om.

Regeringen avser att avsätta ytterligare 6 000 000 kronor under 2017 och 6 000 000 kronor under 2018 för genomförandet av uppdraget. Medlen utbetalas under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

På regeringens vägnar


Annika Strandhäll


Linda Hindberg

Kopia till

Statsrådsberedningen/Internrevisionen

Finansdepartementet/Ba

Regeringskansliets förvaltningsavdelning/Ek

Kammarkollegiet

En nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S2015:09)

Folkhälsomyndigheten

Sveriges Kommuner och landsting

Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)

Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016

Överenskommelse mellan staten och
Sveriges Kommuner och Landsting 2016

Innehåll

1. Inledning.....	3
2. Bakgrund	4
3. Överenskommelsens inriktning.....	6
4. Fördelning av stimulansmedel i denna överenskommelse	7
5. Villkor för att ta del av stimulansmedlen	8
6. Utvecklingsstöd	9
Analys- och metod- och uppföljningsstöd.....	9
Nationell struktur för kunskapsutveckling och kunskapsspridning.....	11
7. Uppföljning av överenskommelsen.....	11
8. Utbetalningsvillkor	11
9. Redovisning av ekonomiska medel och återbetalning.....	12
10. Ekonomisk sammanställning	12
11. Godkännande av överenskommelsen	13

Bilaga 1:1	Ekonomisk redovisning
Bilaga 1:2	Fem fokusområden fem år framåt
Bilaga 1:3	Samordning med andra överenskommelser och satsningar



1. Inledning

Sverige har en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig väl i jämförelse med andra länder, särskilt när det gäller insatser inom den specialiserade vården. Medellivslängden i Sveriges befolkning ökar och antal döda i bland annat cancer och hjärt- och kärlsjukdom minskar.

Samtidigt som hälso- och sjukvården och socialtjänsten i Sverige uppvisar ett gott resultat överlag finns det behov av att fortsätta utveckla verksamheterna. Framtidens utmaningar kan motivera ett ökat fokus på prevention och hälsofrämjande insatser. Vidare visar mätningar och uppföljningar av vårdresultat och öppna jämförelser att det finns obefogade skillnader i både hälsa, vård- och stödinsatser mellan olika grupper.

Det behöver skapas mer sammanhållna vård- och stödprocesser som utgår från den enskildes behov och rättigheter. Vården och socialtjänsten behöver samordna sina insatser i större utsträckning. Det gäller såväl mellan olika delar av vården som mellan kommuner och landsting. Enskildas delaktighet i den egna vården och omsorgen behöver också öka, inte minst när det gäller barn och unga. Det offentliga ledare och medarbetare har en nyckelroll i att utveckla hälso- och sjukvården och socialtjänsten i denna riktning. Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens medarbetare är dess viktigaste resurs och en förutsättning för en effektiv vård av hög kvalitet. Överenskommelserna stödjer en strategisk och långsiktig kompetensförsörjning.

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) används inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en förbättring i verksamheterna. Genom överenskommelser sker insatser på nationell, regional och lokal nivå koordinerat. På detta sätt minskar mängden styrsignaler och risken för överlapp i val av insatser, samtidigt som förutsättningarna att utveckla verksamheterna i kommuner, landsting och regioner förbättras. Samtidigt ger arbetssättet utrymme för nytänkande och för att systematiskt prova nya arbetsformer i syfte att utveckla verksamheten på bästa sätt.

Den uppkomna flyktingsituationen i Sverige ställer nya krav på samhällets förmåga till samverkan. Situationen accentuerar behovet av fungerande samverkan, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och privata/ideella sektorn. Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan bidra till att åstadkomma en sådan eftersträvad samverkan.

Överenskommelserna ska också utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv, med utgångspunkten att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Detta förutsätter att könsmönster klarläggs och analyseras i förhållande till de jämställdhetspolitiska målen liksom att eventuella brister i jämställdhetshänseende fortlöpande åtgärdas. Statistik som ingår i överenskommelserna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön där så är möjligt. Även skillnader i förutsättningar och möjligheter som beror på exempelvis ålder, etnicitet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsförmåga m.fl. ska beaktas i analysarbetet. Vidare ska det samiska folkets och de nationella minoriteternas situation beaktas.

På hälso- och sjukvårdsområdet syftar överenskommelserna under 2016 till att bidra till utvecklingen av en vård som utgår från patientens behov samt är tillgänglig, säker och av god kvalitet. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska vara jämlik och ges utifrån behov oberoende av kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadort, socioekonomisk bakgrund eller födelseland. Verksamhetsutveckling förutsätter ett kontinuerligt arbete med implementering av bästa tillgängliga kunskap. Värdet av forskning och innovation ska beaktas inom de verksamheter som ingår i överenskommelserna.

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

För 2016 avsätter regeringen 845 000 000 kronor för denna överenskommelse. Syftet med denna överenskommelse är att stimulera utvecklingsarbete och skapa bättre förutsättningar för lokala och regionala analyser av de utmaningar som respektive län står inför och att identifiera behov och utvecklingsmål lokalt och regionalt samt att förbättra ungas psykiska hälsa. Analysen ska resultera i målsättningar på fem års sikt inom fem fokusområden och lokala och/eller regionala handlingsplaner för att nå målen.

2. Bakgrund

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för allt ifrån nedsatt psykiskt välbefinnande till olika former av psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar. Lätt till medelsvår psykisk ohälsa används ofta som ett samlingsbegrepp för de tillstånd som kan behandlas inom

primärvården – oftast mildare form av depression, ångest och stressrelaterade tillstånd. Vid mer allvarliga och komplicerade tillstånd ansvarar psykiatri för en mer kvalificerad utredning och behandling.

I dag är psykisk ohälsa den främsta orsaken till sjukfrånvaro i stora delar av västvärlden. Ett av tio barn mellan 10 och 18 år har upplevt psykisk ohälsa och nästan dubbelt så många har upplevt psykosomatiska besvär. Det är också den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden inom OECD. I Sverige står psykiska diagnoser för cirka 40 procent av alla pågående sjukskrivningar som ersätts av Försäkringskassan. Kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige är ungefär 70 miljarder kronor om året enligt OECD.

Människor med psykisk ohälsa är den grupp som är mest utsatt vad gäller socioekonomiska faktorer såsom ekonomi, boende, tillgång till arbete och delaktighet i sociala nätverk, både i jämförelse med den övriga befolkningen och i jämförelse med andra patient- eller funktionshindergrupper. En stor andel saknar daglig sysselsättning, deltar inte aktivt i fritids- och kulturlivet och har ofta få, eller inga, andra kontakter än med personal inom stödsystemet. Människor med psykisk ohälsa är även en utsatt grupp när det gäller somatisk hälsa och de har sämre tillgång till hälso- och sjukvård. Att i unga år insjukna i psykisk sjukdom medför allvarliga konsekvenser senare i livet, inte enbart vad gäller hälsa och dödlighet, utan även för vilken utbildning den enskilde uppnår.

Psykiatri och psykisk hälsa har de senaste åren varit en av statens mest prioriterade frågor inom hälso- och sjukvårdsområdet. Under åren 2012–2015 har ca 850 miljoner kronor per år avsatts inom ramen för det så kallade PRIO-arbetet. Av dessa medel har cirka 700 miljoner fördelats till kommuner och landsting genom överenskommelser med SKL. SKL har också inom ramen för de årliga överenskommelserna bedrivit ett utvecklingsarbete och utgjort ett stöd till kommuner och landsting. Utvecklingsarbetet har bidragit med verktyg och strategier inom skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård och spänner över såväl tidiga insatser som högspecialiserad vård. Utvecklingsarbetet har också synliggjort viktiga utmaningar för huvudmännen i det fortsatta arbetet. I den budgetöverenskommelse som regeringen har slutit med Västerpartiet för 2016 ingår också en satsning som syftar till att förbättra ungas psykiska hälsa.

Det stora antalet människor som i dag flyr till Europa påverkar det svenska samhället. Bland de människor som väljer att söka asyl i Sverige beräknas cirka 30 procent lida av posttraumatisk stress och ytterligare

cirka 30 procent av lätta till medelsvåra psykiska besvär. Denna situation ställer betydande och delvis nya krav på skolväsendet, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Inriktningen av det långsiktiga utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa måste därför delvis anpassas till denna nya situation och de utmaningar som följer av detta.

3. Överenskommelsens inriktning

Staten och SKL har en gemensam målsättning om att befolkningen ska erbjudas behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser, som medicinsk behandling och sociala insatser. Sådana insatser ska vara jämlika, jämställda och tillgängliga. Insatserna bör utformas med beaktande av regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Staten och SKL är eniga om behovet av en långsiktig plan för området psykisk hälsa (se bilaga 1:2) med gemensamma strukturer för utvecklingsarbete som skapar förutsättningar för huvudmännen att erbjuda insatser med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap. Inriktningen i denna överenskommelse ska vara utgångspunkten för arbetet de närmaste tre åren. Målsättningen är att överenskommelsen 2016 ska följas av överenskommelser under 2017 och 2018 med en likartad inriktning, förutsatt att det inte bedöms nödvändigt att revidera innehållet, samt under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

Syftet med denna överenskommelse är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete på området psykisk hälsa med ett gemensamt ansvarstagande från berörda aktörer. Det övergripande syftet är att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet och att förebygga och motverka psykisk ohälsa. En central utgångspunkt är att förstärka kommuners och landstings kapacitet och möjligheter att göra analyser av behov och utmaningar, lokalt och regionalt, på området psykisk hälsa. Analyserna ska ligga till grund för arbetet med att identifiera lokala och regionala utmaningar på kort och lång sikt. Den därav följande handlingsplanen skapar förutsättningar för en ändamålsenlig implementering av bästa tillgängliga kunskap för att främja psykisk hälsa och ge rätt insatser, på rätt sätt och i rätt tid. SKL ska utgöra stöd till huvudmännen i arbetet. En särskild del av överenskommelsen utgörs av en satsning på ungas psykiska hälsa med 280 miljoner kronor som följer av regeringens budgetöverenskommelse med Vänsterpartiet. Medlen ska användas dels för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete, dels för att stimulera nya initiativ.

4. Fördelning av stimulansmedel i denna överenskommelse

Staten och SKL är överens om att de 780 000 000 kronor som utgör stimulansmedel till kommuner och landsting/regioner ska användas av huvudmännen, enskilt eller i samverkan, för att påbörja ett långsiktigt hållbart arbete på området. Medlen utbetalas i tre olika delar:

- 300 000 000 kronor fördelas till landstingen/regionerna, och 200 000 000 kronor fördelas till kommunerna för att göra analyser, sätta upp mål och utforma handlingsplaner lokalt och regionalt, samt att påbörja ett långsiktigt arbete för att utveckla insatserna inom de fem fokusområdena som anges i bilaga 1:2. Landstingen och de i länet ingående kommunerna ansvarar för att stimulera länsgemensamt arbete med en bred analys av utmaningar och behov i samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt övriga berörda aktörer på länsnivå.
- I den budgetöverenskommelse som regeringen slutit med Vänsterpartiet ingår en satsning på 150 000 000 kronor som tillförs landstingen för att användas av dem för att stimulera nya och rusta nya initiativ för att nå unga, det kan till exempel handla om självinslägningsprojekt och första linjens psykiatri. Behoven ser olika ut på olika platser i landet och det är viktigt att de lokala behoven får styra så att pengarna används där de gör bäst nytta.
- I den budgetöverenskommelse som regeringen slutit med Vänsterpartiet ingår en satsning på 130 000 000 kronor som tillförs kommuner och landsting för att användas till satsning på ungdomsmottagningar och som kan gå till utökade öppettider, förstärkt kompetens, ökad tillgänglighet, eller att starta upp nya mottagningar. Dessa medel betalas ut av SKL till landsting och kommuner som inkommer med en gemensam redovisning av hur medlen ska användas för att förstärka eller starta ungdomsmottagningar. Medel som inte använts för ändamålet under året återbetalas till SKL, som i sin tur betalar tillbaka medlen till Kammarkollegiet i enlighet med de villkor som anges i avsnitt 9.

Analysen och tillhörande handlingsplaner syftar till att stimulera landsting och kommuner att:

- uppmärksamma befolkningens behov inom de fokusområden som överenskommelsen omfattar (bilaga 2),
- ange ansvarsfördelning för de behov som finns och vid behov överväga möjligheten till samorganisering där behoven är av

- komplex karaktär, i syfte att verka för att enskilda får de samordnade vård- och stödinsatser som behövs,
- sätta upp mål och planera sin verksamhet, var för sig och gemensamt,
 - samverka med varandra, berörda brukar- och intresseföreningar samt andra berörda aktörer på området.

Analysen ska göras i samverkan mellan berörda huvudmän, med utgångspunkt i tillgängliga nationella och lokala data samt utifrån professionsföreträdares, brukares, patienters och anhörigas erfarenheter. Analysen ska resultera i en sammanfattning av ett eller flera prioriterade åtgärdsområden inom vart och ett av de fem fokusområden som anges i bilaga 1:2. Landstingen kan med fördel samordna analys och åtgärdsplaner med de villkor som finns i statens och SKL:s överenskommelse om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2016, främst inom fokusområde 1 och 2 (se bilaga 1:2). Kommunerna kan med fördel samordna analys och åtgärdsplaner med villkor i överenskommelse om en evidensbaserad praktik i socialtjänsten och näraliggande områden inom hälso- och sjukvården. Även andra överenskommelser och statliga satsningar kan med fördel integreras i arbetet, se bilaga 1:3.

5. Villkor för att ta del av stimulansmedlen

Senast den 31 oktober 2016 ska kommuner och landsting inkomma med en redogörelse för analys, långsiktiga mål och handlingsplan samt en redovisning av användning av de medel de erhållit. SKL tillhandahåller en inmatningsfunktion där länen/kommuner och landsting/regioner lämnar sina redovisningar. SKL sammanställer underlaget för nationella jämförelser.

Redovisningen ska innehålla:

- en beskrivning av hur 2016 års stimulansmedel används,
- en gemensam analys utifrån nationella och lokala data kring läget i länet och så långt möjligt belysa olikheter i länets kommuner/länsdelar avseende befolkningens behov, insatser som ges och de resultat för psykisk hälsa och ohälsa som insatserna bedömts ge,
- en handlingsplan som belyser regeringens fem fokusområden med långsiktiga mål på fem års sikt samt kortsiktiga mål och aktiviteter under 2017,
- mätbara indikatorer för de långsiktiga och kortsiktiga mål som länet/kommuner/landsting/regioner avser att använda för uppföljning, samt

- en översiktlig beräkning av vilka kostnader som handlingsplanen för 2017 kommer att innebära.

Om en redovisning med delmomenten enligt ovan inte inrapporterats senast den 31 oktober 2016 ska medlen återbetalas. För stimulansmedlen till ungdomsmottagningar (130 miljoner kronor) gäller även ytterligare villkor för återbetalning, se avsnitt 4. Det är parternas gemensamma avsikt att de medel som landsting/regioner och kommuner erhåller ska användas för utvecklings- och förbättringsarbete inom området psykisk hälsa.

SKL åtar sig att sammanställa resultaten länsvis och rapportera till regeringen (Socialdepartementet) eller annan, av regeringen utpekad, myndighet senast den 31 januari 2017.

6. Utvecklingsstöd

SKL åtar sig att fortsätta samordna stödinsatser och bistå kommuner och landsting med lokalt förbättringsarbete i enlighet med tidigare överenskommelser. SKL åtar sig vidare att driva en utvecklingsverksamhet som kan bistå kommuner och landsting/regioner med att ta fram befintliga data samt vid behov ge ytterligare stöd för en fördjupad analys. SKL åtar sig också att stödja kommuner och landsting/regioner när det gäller att identifiera bästa tillgängliga kunskap och metodstöd för att utforma en åtgärdsplan för utveckling på de områden som analysen ger vid handen.

Utöver detta, och nytt i denna överenskommelse jämfört med tidigare överenskommelser, får SKL medel för att inventera och beskriva möjligheten att inrätta en långsiktigt hållbar gemensam struktur med kunskapsnoder för att stödja implementering av ny kunskap lokalt och regionalt.

SKL åtar sig också att ta fram en mall för insamling av data från analyser och handlingsplaner med syftet att göra nationella jämförelser som i sin tur kan vara ett stöd för kommuner och landsting i det lokala förbättringsarbetet. Denna mall ska finnas tillgänglig senast den 1 mars 2016.

Analys- och metod- och uppföljningsstöd

SKL tillförs 60 000 000 kronor 2016 för att stödja kommuner och landsting/regioner i arbetet analysera förhållanden lokalt och regionalt, ge metodstöd och genomföra uppföljning på det sätt som påbörjades

inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa 2015.

SKL åtar sig att, utöver metod- och analysstöd, även stödja aktiviteter inom hela området psykisk hälsa. I analysarbetet med kommuner och landsting/regioner kommer olika konkreta behov av utvecklingsaktiviteter att identifieras. Det kan handla om nyskapande arbetssätt och behov av innovationer liksom stöd för införande eller effektivare användning av kända metoder.

Sedan tidigare identifierade utvecklingsområden som SKL även fortsatt ska stödja är:

- Ett hälsofrämjande samhälle för alla åldrar med kunskap och möjlighet till riktad prevention för att minska hälsoklyftorna.
- Tidiga insatser för barn och ungas psykiska hälsa med särskilt fokus på synkronisering av insatser från skolväsendet, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt en utveckling av en bred och lätt tillgänglig första linjes insatser med särskilt stöd till ungdomsmottagningarna.
- Primärvårdens möjlighet att effektivt möta psykisk ohälsa och minska sjukskrivningarna för psykisk ohälsa.
- En hälsofrämjande arbetsplats och tidiga insatser för att minska risken för arbetsrelaterad psykisk ohälsa.
- Äldres psykiska hälsa och speciella behov av insatser vid psykisk ohälsa.
- Minska behovet av tvångsåtgärder för alla åldrar, och i alla olika situationer, som regleras enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.
- Studier, arbete och sysselsättning för personer som står långt från arbetsmarknaden på grund av psykisk ohälsa.
- Bättre bemötande av personer med, eller risk för utveckla, självskadebeteende samt utveckling av det suicidpreventiva arbetet.
- Sociala investeringar som en metod för att skapa långsiktigt effektivt resursutnyttjande, genom att flytta insatserna tidigare i processen, skärpa resultatuppföljning och överbrygga olika aktörers organisation och budgethinder.
- Nyanländas psykiska hälsa, från förebyggande och hälsofrämjande insatser till specialiserad traumabehandling.
- Samordning av insatser till personer i behov av sammansatt stöd (till exempel samordnad individuell plan) och



integrering/samorganisering av vård och stöd till personer med omfattande behov från flera huvudmän.

- Effektiv styrning och ledning, utvecklingsfrämjande strukturer, god arbetsmiljö och bemötande som främjar delaktighet för alla.

Utvecklingsstödet ska också kunna omfatta områden som finns i närliggande överenskommelser och som har bäring på området psykisk hälsa samt vara en arena för gemensamt utvecklingsarbete.

Nationell struktur för kunskapsutveckling och kunskapsspridning

Staten och SKL är eniga om att det finns ett behov av att utveckla kunskapsutveckling och kunskapsspridning inom området. SKL tillförs ytterligare 5 000 000 kronor för att inventera och beskriva förutsättningarna samt ta fram ett förslag på tillvägagångssätt för att bygga upp en nationell struktur med kunskapsnoder, med gemensamt regionalt ansvar, för kunskapsutveckling. Förslaget ska även innehålla en redovisning av kostnader för en sådan struktur på kort och lång sikt samt ett förslag på långsiktig förvaltning och finansiering inom ordinarie strukturer.

SKL ska redovisa ett förslaget till Regeringen (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2016. Utifrån bland annat denna redovisning kan regeringen sedan ta beslut om att fördela ytterligare medel till SKL under 2016 för att påbörja uppbyggnaden av en sådan struktur.

7. Uppföljning av överenskommelsen

SKL åtar sig att sammanställa resultaten av huvudmännens arbete, såsom anges i avsnitt 5, länsvis och rapportera till Regeringskansliet (Socialdepartementet) eller annan, av regeringen utpekad, myndighet senast den 31 jan 2017. Redovisningen ska innehålla en sammanställning av respektive län avseende medelsanvändning, analys av lokala behov, handlingsplaner på kort och lång sikt samt indikatorer för att mäta utveckling.

8. Utbetalningsvillkor

Regeringen och SKL är överens om att medlen ska utbetalas till landstingen och kommunerna under kvartal ett 2016 med undantag för de 130 000 000 kronor som ska användas till att förstärka ungdomsmottagningar, se avsnitt 4. Beslut om utbetalning av samtliga medel i denna överenskommelse görs i Kammarkollegiets regleringsbrev för 2016 avseende anslag 1.8 Bidrag till psykiatri, inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslagsposten 3 Till



Kammarkollegiets disposition. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition (formulär *Rekvisition av bidrag*) ställd till Kammarkollegiet. Rekvisition av medel ska ske senast den 1 december 2016. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid.

9. Redovisning av ekonomiska medel och återbetalning

SKL ska lämna en slutlig verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet,) eller annan av regeringen utpekad myndighet, senast den 31 mars 2017. I verksamhetsrapporten ska SKL redogöra för den verksamhet som bedrivits med stöd av bidraget.

En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts (formulär *Ekonomisk redovisning*) ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska och intyga uppgifterna under punkt tre i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisning inte inkommer i tid kan Regeringskansliet (Socialdepartementet) återkräva stödet. Medel som inte har utnyttjats av SKL ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017.

Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av en behörig företrädare för SKL. Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning.

10. Ekonomisk sammanställning

Satsningar 2016	Mnkr	Sidnr.
Stimulansmedel till kommuner	200,0	7
Stimulansmedel till landsting/regioner	300,0	7
Initiativ för bättre psykisk hälsa hos ungdomar	150,0	7
Ungdomsmottagningar	130,0	7
Utvecklingsstöd till SKL	60,0	9
SKL:s arbete med kunskapsnoder*	5,0	11
Totalt	845,0	

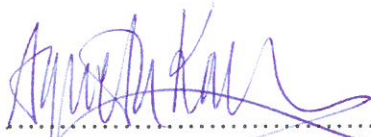
11. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landstings styrelse samt att riksdagen ställer erforderliga medel till regeringens förfogande.

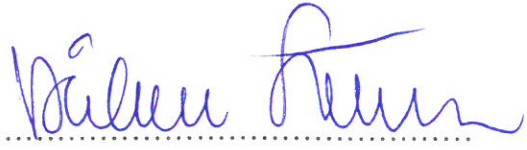
För staten genom
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och
Landsting

Stockholm den 14 december 2015 Stockholm den 14 december 2015



Agneta Karlsson
Statssekreterare



Håkan Sörman
Verkställande direktör

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

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress	1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning Överenskommelsens benämning Belopp som rekvideras Rekvisitionen avser perioden	2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning Överenskommelsens benämning Summa bidrag enligt överenskommelsen Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning Bankgiro/Plusgiro Önskad betalningsreferens	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet Kostnader Kostnader (specificera större kostnadsposter) Summa kostnader Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)
4. Underskrift i original av behörig företrädare Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. Datum Underskrift Namnförtydligande	4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) Namn Befattning Telefon inkl. riktnummer E-postadress

	5. Underskrift i original av behörig företrädare Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. Datum Underskrift Namnförtydligande
--	--





Socialdepartementet

Fem fokusområden fem år framåt

Regeringen har under 2015 initierat en översyn av behov och utmaningar på området psykisk hälsa. Översynen har gjorts i bred dialog med Sveriges Kommuner och Landsting, sjukvårdens huvudmän, kommuner, relevanta statliga myndigheter, professionsföreningar, brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt det civila samhället. Analysen tar sin utgångspunkt i individen och individens behov. Mot bakgrund av denna analys kommer regeringens inriktning på området psykisk hälsa under åren 2016–2020 att ha ett brett perspektiv på psykisk hälsa och ohälsa. Detta innebär ingen förändring av nuvarande ansvarsfördelning men tar fasta på behovet av en samlad analys av de insatser som görs på området.

De huvudsakliga utmaningarna kan sammanfattas som bristande långsiktighet i statens satsningar, överdriven användning av projekt och brist på tillgång till kunskapsbaserade metoder. Dessutom saknas tillräckligt med analyskapacitet på detta område, liksom en för området ändamålsenlig struktur lokalt och regionalt för implementering av den kunskap som finns. Det finns också ett stort behov av ledarskap för förändring i verksamheten i syfte att göra insatserna ändamålsenliga för att motsvara de behov som finns. Dock finns en regional samverkan och stödstruktur när det gäller evidensbaserad praktik inom socialtjänstens områden och näraliggande områden inom hälso- och sjukvården. Huvudmännen har svårt att implementera kunskapen som finns på olika områden, vilket medför att skillnaderna i följsamhet till nationella riktlinjer är betydande mellan landstingen och kommunerna. Myndigheten för vårdanalys konstaterar att rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inte når vårdpersonalen och patienterna i tillräcklig utsträckning eftersom processen tenderar att avstanna i en kedja där många olika aktörer ansvarar för olika delar av genomförandet. Vidare behövs ökad samverkan, integrerade verksamheter och samarbete mellan olika huvudmän.

En viktig slutsats av 2015 års översyn är att psykisk hälsa berör många samhällsområden och aktörer. Det finns bland berörda aktörer en betydande samsyn kring de utmaningar som finns på området. Psykisk hälsa och ohälsa är inte uteslutande en fråga för psykiatri och socialtjänsten, utan även en viktig utmaning på många olika samhällsområden och på många olika sätt.

Översynen visar att det finns fem huvudsakliga områden där det krävs gemensam utveckling, nedan kallat fokusområden. För varje fokusområde behövs både långsiktiga mål och årliga delmål. Denna överenskommelse syftar till att stödja kommuner och landsting att arbeta målinriktat inom de fem fokusområden som regeringen bedömer är prioriterade på området psykisk hälsa under de kommande fem åren.

Fokusområde 1: Förebyggande och främjande arbete

Psykisk ohälsa är ett av våra största ohälsoproblem. Mätt i förlorade friska levnadsår är psykisk ohälsa en av de dominerande sjukdomskategorierna. Att drabbas av psykisk ohälsa innebär ett lidande för den enskilda individen och hennes eller hans anhöriga, varav många är barn. Därutöver är samhällets kostnader betydande. Att främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa är av betydelse för framtiden, för såväl barn och unga som vuxna och äldre personer.

Barn och unga är en viktig grupp. Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa har särskilt stor effekt innan ohälsan har debuterat. En viktig aspekt av det förebyggande arbetet är därför också att uppmärksamma riskgrupper och erbjuda kunskapsbaserade insatser på grupp- och individnivå.

Även för vuxna är det viktigt att motverka psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa svarar för det största inflödet i sjukförsäkringen. Kommuner och landsting är stora arbetsgivare och i flera av de verksamheter som huvudmännen bedriver är psykisk ohälsa och sjukskrivningar en stor utmaning. Här behövs ökad kunskap hos arbetsgivare och befolkningen i stort om hälsofrämjande faktorer i människors vardag och arbetsliv.

Det är också angeläget att uppmärksamma främjande och förebyggande arbete för äldre i kommunen. Bland annat behöver äldre, deras anhöriga och professionella som möter dem få en ökad medvetenhet om psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar.

En viktig framtidsutmaning är att skapa samhällsstrukturer som motverkar isolering och ökar möjligheten till delaktighet genom



meningsfulla aktiviteter, god fysisk hälsa, ett tillgängligt samhällsutbud samt frånvaro av diskriminering och kränkningar. I detta arbete är civilsamhället av stor betydelse och frivilligorganisationernas aktiviteter ett viktigt komplement till samhällets övriga insatser.

För att nå framgång i det förebyggande arbetet finns det skäl att särskilt uppmärksamma frågor som rör stigma, att motverka fördomar och frågan om hur samhällets kunskap om psykisk hälsa och ohälsa kan öka. Vidare bör suicidprevention som ett samhällsansvar belysas och samordnas, ett arbete där Folkhälsomyndigheten har ett särskilt uppdrag.

Fokusområde 2: Tillgängliga tidiga insatser

Barn, unga, vuxna och äldre med psykisk ohälsa måste kunna räkna med att kunna få tillgång till rätt insatser i rätt tid. Det gäller såväl vård- som stödinsatser. I dagens system vittnar patient- och brukarorganisationerna om att enskilda inte sällan har svårt att hitta rätt. Även professionsföreträdare uttrycker svårigheter när de ska hjälpa personer med psykisk ohälsa att hamna rätt. Barnombudsmannen har rapporterat att detta inte minst gäller barn och unga. Det är avgörande att säkerhetsställa att kunskapsbaserade insatser kan erbjudas tidigt i en ohälsoutveckling, när det gäller psykisk ohälsa men också somatisk ohälsa för personer som har en psykisk sjukdom och vid återinsjuknande i psykisk sjukdom. Detta gäller alla åldrar, från mödravård och barnhälsovård till elevhälsa och primärvård.

Såväl primärvården som den högspecialiserade vården behöver också analyseras med avseende på reella väntetider och i vilken utsträckning utbudet av insatser motsvarar behoven. Det är vidare angeläget att landstingen analyserar sin roll när det gäller att erbjuda insatser som motverkar sjukskrivning och stärker möjligheten för enskilda som finns i sjukförsäkringen att återgå i arbete, för att motverka utanförskap och ojämlika levnadsvillkor. Fokus på arbete, studier och sysselsättning gäller även insatser för personer med aktivitetsersättning och sjukersättning. Personer som har en långvarig psykisk sjukdom behöver få tillgång till tidiga insatser vid ett återinsjuknande, exempelvis genom möjlighet till självinläggning eller förstärkt öppenvårdsstöd.

På det sociala området är det angeläget att identifiera hur socialtjänsten bättre kan möta ett behov av tidigt stöd. En svensk studie av risktecken och insatser för unga vuxna som varit föremål för omfattande interventioner från socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård visar att insatserna dröjer, trots att risktecken ofta syns tidigt. Det är också angeläget att i högre utsträckning ta ett helhetsgrepp kring det enskilda

barnet. Om olika aktörers insatser inte samordnas dröjer ofta insatserna tills problemen blivit allvarliga.

Inom äldreomsorgen är det angeläget med ökad kunskap om vad som är psykisk hälsa och vad som kan leda till psykisk ohälsa, liksom en ökad generell förståelse om psykiska funktionsnedsättningar.

Fokusområde 3: Enskildas delaktighet och rättigheter

Vård och omsorg står inför en generell utmaning att förändra synen på den enskilde individen som en passiv mottagare för en medicinsk eller social intervention. Istället bör vård- och omsorgssituationen ses som en överenskommelse som görs mellan den enskilde och den som ger insatserna. För personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning är detta ofta en förutsättning för återhämtning och tillfrisknande. När det gäller barn och unga måste vårdgivaren ta hänsyn till barnets ålder och mognad. Här aktualiseras också frågor som rör barnets rätt till självbestämmande gentemot vårdnadshavare.

Personer med allvarlig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning har sämre levnadsförhållanden än befolkningen i stort, också i förhållande till andra grupper med funktionsnedsättning. Det är av stor vikt att värna enskildas rättigheter. En viktig åtgärd är att vård- och omsorgsgivare upprättar en samordnad individuell plan för enskilda som har behov av insatser från båda huvudmännen. Detta arbete har utvecklats på senare år och det är viktigt att denna utveckling fortsätter. I synnerhet gäller detta barn, vuxna och äldre med sammansatta behov.

När det gäller omsorgsinsatser har kommunerna det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. När personer med psykisk funktionsnedsättning möter betydande svårigheter i sin livsföring, ska kommunerna verka för att dessa människor får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Det kan handla om att tillgodose behov inom livsområden som är viktiga för deras återhämtning, exempelvis boende, boendestöd, sysselsättning och stöd till återgång i arbete eller studier. Utbudet måste ta sin utgångspunkt i analyser av de behov som finns lokalt och regionalt. Utifrån analysen ska huvudmännen säkerställa att det finns stöd att få för personer som drabbas av psykisk ohälsa och sjukdom. Tidiga sociala insatser förbättrar möjligheterna till återhämtning och kan därmed minska ojämlikheter i människors psykiska hälsa och därmed möjligheterna till ett fullgott liv.

Detta arbete har uppmärksamrats inom ramen för tidigare överenskommelser på området psykisk ohälsa och behöver vidmakthållas och utvecklas. Tillgången till anpassade insatser, såsom personliga

ombud, case managers och integrerade verksamheter behöver analyseras. Detsamma gäller ekonomisk och social trygghet och i övrigt jämlikhet i levnadsvillkor för personer med omfattande behov av stöd.

Barn, unga och vuxna som vårdas med stöd av tvångsvårdslagstiftning är en grupp vars rättigheter behöver säkerställas på många olika sätt. Fastspänning, avskiljning och liknande ska användas mycket restriktivt i enlighet med intentionen i lagstiftningen. Vårdgivare och myndigheter har också en viktig uppgift att förstärka arbetet med att sprida kunskap och kännedom om enskildas rättigheter i samband med tvångsvård och säkerställa att enskildas rättigheter inte kränks.

Fokusområde 4: Utsatta grupper

Ett av regeringens mål är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. En viktig aspekt för att uppnå detta mål är att alla som drabbas av psykisk ohälsa får tillgång till en jämlik, tillgänglig, god och säker vård och omsorg i enlighet med bästa tillgängliga kunskap.

Med en sådan ambition är det viktigt att vara medveten om att olika grupper och olika individer har olika behov och förutsättningar. Det finns inte en lösning eller modell som passar alla, och alla grupper har inte samma mönster för att söka och få det stöd som behövs. Generellt finns ett behov av att öka kunskapen om skillnader i psykisk hälsa som kan relateras till sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, både hos professionella och hos allmänheten. Det är av stor vikt att synliggöra såväl sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, i både förebyggande arbete och gällande insatser till individer med psykisk ohälsa, exempelvis är HBT-gruppen utsatt när det gäller psykisk ohälsa.

Barnhälsovården, elevhälsan och tandhälsovården är viktiga för tidig upptäckt av de riskfaktorer och hälsoproblem som kan bidra till en ogynnsam utveckling. Det krävs analyser av hur verksamheter möter behoven hos barn som lever i riskmiljöer eller med riskbeteende, då barn som anhöriga till personer med psykisk ohälsa och placerade barn löper större risk för egen ohälsa än genomsnittet. Detsamma gäller familjer med våldsutsatta kvinnor och barn.

Personer med andra former av funktionsnedsättning, exempelvis personer med utvecklingsstörning, behöver uppmärksammas då de löper en ökad risk för psykisk ohälsa. Denna grupp får, trots stora behov, inte adekvat vård och behandling i tillräcklig utsträckning. Andra grupper som riskerar hamna i en särskild utsatthet är personer med samsjuklighet av beroendesjukdom och psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos, personer som är eller har varit i kontakt med kriminalvården och/eller

vårdats inom rättspsykiatri. Många av de risk- och skyddsfaktorer som finns för att utveckla psykisk ohälsa är desamma som för att utveckla olika former av missbruksproblem. Därför kan det vara värdefullt att samordna verksamheter som syftar till att förebygga och motverka psykisk ohälsa och olika former av missbruk.

En sammanställning visar att det finns utmaningar när det gäller hälsoarbetet hos personer tillhörande det samiska folket och de nationella minoriteterna, bland annat saknas tillräcklig kunskap om deras hälsosituation, språk och kultur hos hälso- och sjukvårdspersonal. Enskilda studier har visat att exempelvis renskötande samer har en förhöjd suicidrisk och finlandsfödda män uppgav att de hade färre dagar med god psykisk hälsa jämfört med hela befolkningen. Romernas hälsosituation påverkas starkt av gruppens livssituation, som kännetecknas av hög arbetslöshet, känsla av utanförskap, maktlöshet och diskriminering vilket allt är riskfaktorer för psykisk ohälsa.

En annan grupp som särskilt bör uppmärksammas är nyanlända, som ofta har behov av stöd och/eller vård. Främjande och förebyggande insatser är av stor vikt liksom specialistinsatser med mångkulturell kompetens, och traumabehandling.

Även andra grupper kan ha särskilt behov av att deras förutsättningar löpande analyseras för att kunna möta behoven.

Fokusområde 5: Ledning, styrning och organisation

För att det ska vara möjligt att ta ett helhetsgrepp när det gäller att förebygga psykisk hälsa, ge rätt insatser tidigt och möta behoven hos personer med omfattande behov krävs engagemang och samordning. Avgörande för att kunna göra rätt analyser och vidta rätt åtgärder på policynivå är ett samarbete med patient-, brukar- och anhörigrörelsen. En generell princip bör vara att beslut som berör gruppen, inte ska fattas utan deras medverkan.

Arbetet för att stärka den psykiska hälsan och motverka ohälsa involverar många olika departement, myndigheter, kommuner, landsting och civila aktörer. Ansvar finns i allt väsentligt reglerat i lagar och förordningar men för att utveckla arbetet och göra samhällets samlade insatser mer resurseffektiva krävs en utökad samverkan. Organisationer och enskilda professionella måste utveckla samarbete och samordna sig för att motverka fragmentering för den enskilde och suboptimering för samhället.

Ledare måste ha god kunskap om bästa tillgängliga metoder och vilka verktyg som har stöd i forskning och praktik. I en snabbt föränderlig värld är förmågan att leda i förändring grundläggande. För att möta de utmaningar som samhället och enskilda står inför krävs en mobilisering av ledarskap i kombination med en organisering som möjliggör samarbete och skapar förutsättningar för resurseffektivitet.



Socialdepartementet

Samordning med andra överenskommelser och satsningar

Staten och SKL har parallellt med denna överenskommelse flera andra överenskommelser med ett innehåll som berör insatser för personer som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa. Regeringen har också redovisat förslag i budgetpropositionen för 2016 som kan vara relevanta att beakta i planering och genomförande av lokalt och regionalt utvecklingsarbete. För att uppnå maximal effekt av olika satsningar och underlätta för kommuner och landsting bör de olika initiativen, och de eventuella medel som följer med satsningarna samordnas, så att utvecklingsarbetet kan utformas gemensamt när så är möjligt.

En förstärkt elevhälsa

I enlighet med vad som aviserades i 2015 års ekonomiska vårproposition föreslår regeringen att 200 000 000 kronor ska avsättas för 2016, i syfte att förstärka och utveckla elevhälsan. Fr.o.m. 2017 beräknas motsvarande belopp årligen för fortsatta insatser på området. I satsningen ingår bland annat statsbidrag för personalförstärkningar inom elevhälsan för personalkategorierna skolläkare, skolsköterska, skolkurator och skolpsykolog inom förskolan, grundskolan och motsvarande skolformer samt gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Ett viktigt motiv för investeringen i elevhälsan är ungas psykiska hälsa.

Stöd till den sociala barn- och ungdomsvården

Regeringens satsar 250 000 000 kronor per år 2016–2019 för att förbättra förutsättningarna för socialtjänstens arbete i den sociala barn- och ungdomsvården. Medlen ska i huvudsak gå till att stärka bemanningen samt till satsningar på kompetens och kvalitet.

Satsning för att stärka kvinnors hälsa

Regeringen har avsatt 200 000 000 kronor under 2015 och avsätter 400 000 000 kronor per år under perioden 2016–2019 för att förbättra förlossningsvården och stärka insatserna för kvinnors hälsa. I en överenskommelse mellan regeringen och SKL pekas en patientcentrerad och samordnad vård ut som särskilt angelägen för personer som ofta kommer i kontakt med olika delar av hälso- och sjukvården samt angränsande verksamheter. I överenskommelsen lyfts personer med kroniska sjukdomar, personer med psykisk ohälsa, multisjuka äldre samt barn och unga fram.

Våld i nära relationer

Sedan 2012 har Socialstyrelsen i uppdrag att årligen fördela utvecklingsmedel till kommuner, landsting och frivilligorganisationer för att motverka våld i nära relationer. Vidare ansvarar myndigheten för ett nationellt och regionalt kompetensstöd för att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer och stödet till våldsutsatta kvinnor, barn som har blivit utsatta för våld eller som har bevittnat våld samt till våldsutövare. Regeringen har aviserat en förlängning av uppdraget i ytterligare tre år och i en omfattning av totalt 109 000 000 kronor per år.

Nyanländas psykiska hälsa

Regeringen beslutade den 8 oktober 2015 att bevilja Sveriges Kommuner och Landsting 3 000 000 kronor för en förstudie som syftar till att motverka främst psykisk ohälsa, men även öka förutsättningarna för att upptäcka fysisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända. Syftet är bland annat att öka möjligheterna till etablering.

Samordning av det nationella suicidförebyggande arbetet

Regeringen beslutade den 28 maj 2015 att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att samordna det suicidförebyggande arbetet på nationell nivå. Det huvudsakliga syftet med uppdraget är att utveckla och stärka kunskapsstyrningen när det gäller det suicidförebyggande arbetet. Kunskapsstyrning syftar till att skapa förutsättningar för verksamheter att utgå från bästa tillgängliga kunskap.

Kroniska sjukdomar

I budgetpropositionen för 2014 aviserades en fyraårig satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Satsningen pågår mellan åren 2014–2017 och omfattar totalt 450 000 000 kronor. Tillsammans med företrädare för professions- och patientorganisationer, landsting och berörda myndigheter har en Nationell strategi för att



förebygga och behandla kroniska sjukdomar tagits fram. Ett övergripande syfte med strategin är att främja en mer hållbar och jämlik hälso- och sjukvård, med särskilt fokus på primärvården.

En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Syftet med överenskommelsen är att skapa en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess genom att stimulera kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att sjukskrivning ska bli en del av vård och behandling. Det handlar bland annat om hur hälso- och sjukvården kan bidra till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivningsprocess samt utveckla samverkan/samarbetet med andra berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen i syfte att förebygga eller förkorta sjukskrivning samt att främja kvinnors och mäns återgång i arbete. Överenskommelsen omfattar 1,5 miljarder kronor 2016.

Professionsmiljarden

Regeringen föreslår i budgetpropositionen att det avsätts 1 miljard kronor per år fr.o.m. 2016 för en professionsmiljard. Satsningen syftar till att höja kvaliteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården genom att förbättra förutsättningarna för rätt användning av professionernas kompetens och påverka landstingens kompetensförsörjning i positiv riktning. Regeringen anser att satsningen bör ta sin utgångspunkt i följande områden: bättre administrativa stöd för professionerna, mer effektiv och ändamålsenlig organisering av arbetsfördelning och arbetssätt samt förbättrade förutsättningar för och planering av kompetens-försörjningen. Insatserna kommer bygga vidare på det alltmer omfattande kunskapsunderlag som pekar på att professionernas resurser kan användas mer ändamålsenligt och effektivt.

Statligt sommarlovsstöd

I budgetpropositionen för 2016 föreslår regeringen 200 000 000 kronor per år under 2016–2019 för ett statligt sommarlovsstöd. Meningen med det statliga sommarlovsstödet är att ge barn i åldersgruppen 6 till 15 år en möjlighet till sommaraktiviteter. Kommunen ska med det statliga stödet erbjuda aktiviteter som ger stimulans och personlig utveckling. Stödet ska betalas till kommuner som satsar på att utveckla kostnadsfria sommarlovsaktiviteter.

Kunskapssatsning inom äldre- och funktionshinderverksamheterna

Regeringen föreslår i budgetpropositionen för 2016 att 200 000 000 kronor 2016 avsätts för en kunskapssatsning riktad till verksamheter inom äldre- och funktionshinderversorgen. Satsningen

avser bland annat att komplettera bemanningssatsningen inom äldreomsorgen men också pågående utbildningsinsatser inom LSS-området. Satsningen kommer att möjliggöra stöd till kommunerna att fortsätta och utveckla kompetenssatsningar riktad till baspersonal inom äldre- och funktionshindersområdet.

Ökad bemanning i äldreomsorgen

Regeringen avsätter 2 miljarder kronor per år mellan 2016–2018 för att öka bemanningen i äldreomsorgen med målet att höja kvaliteten, öka tryggheten för de äldre samt förbättra förutsättningarna för en jämställd, likvärdig och jämlik äldreomsorg i hela landet.



Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017

Överenskommelse mellan staten och
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

1. Inledning.....	3
2. Bakgrund	5
3. Överenskommelsens inriktning.....	5
4. Fördelning av stimulansmedel i denna överenskommelse.....	6
5. Redovisning av insatser.....	8
6. Utvecklingsstöd	9
Analys- och metod- och uppföljningsstöd.....	9
Struktur för kunskapsspridning och kunskapsutveckling.....	11
7. Uppföljning av överenskommelsen.....	11
8. Verksamhetsrapport och ekonomiska villkor för medel till SKL	12
9. Ekonomisk sammanställning.....	13
10. Godkännande av överenskommelsen.....	13

1. Inledning

Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan användas inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov för att stimulera en förbättring i verksamheterna och bidra till ökad tillgänglighet och jämlikhet. Genom överenskommelser ska insatser ske samordnat på nationell, regional och lokal nivå. En viktig utgångspunkt vid överenskommelser mellan regeringen och SKL är en tillitsbaserad styrning som bl.a. syftar till att ge mer långsiktiga planeringsförutsättningar.

Överenskommelserna mellan staten och SKL ska också utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv, med utgångspunkten att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Överenskommelsens mål ska formuleras på ett sätt som gör det möjligt att följa upp resultaten utifrån kön. Individbaserad statistik som ingår i överenskommelserna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön om det inte finns starka skäl som talar emot det. Såväl skillnader som likheter mellan könen ska kommenteras och analyseras. Även skillnader i förutsättningar och möjligheter som beror på exempelvis ålder, etnicitet, tillhörighet till Sveriges urfolk samerna och de nationella minoriteterna, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsförmåga m.fl. ska när det är relevant beaktas i analysarbetet.

Ett flertal undersökningar har visat att besvär av ängslan, oro, ångest och sömnbesvär har ökat under de senaste två decennierna. Nedsatt psykiskt välbefinnande är i dag ett omfattande folkhälsoproblem. Det psykiska välbefinnandet påverkas av en rad olika faktorer, bland annat individens förmåga att hantera stress, arbetslöshet, ekonomisk utsatthet samt förmåga att upprätthålla goda levnadsvanor. År 2030 förväntas psykisk ohälsa vara den dominerande folkhälsoutmaningen, inte bara i Sverige utan också globalt.

Andelen barn som uppger att de har haft minst två besvär, psykiska och/eller somatiska, mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna ökar, särskilt bland de äldre barnen. Mer än varannan flicka och var tredje pojke som är 15 år uppgav denna typ av besvär. Psykosomatiska besvär bland ungdomar kan kopplas till varaktiga negativa effekter på hälsan. Unga personer som upplever ängslan och nervositet löper större risk att drabbas av allvarlig psykisk ohälsa senare i livet. Även andelen barn och unga som får vård på grund av psykisk ohälsa ökar. Psykisk ohälsa den främsta orsaken till sjukfrånvaro i stora delar av västvärlden och i Sverige står psykiska diagnoser för cirka

45 procent av alla pågående sjukskrivningar som ersätts av Försäkringskassan. Kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige är ungefär 70 miljarder kronor om året enligt OECD. Under de senaste åren har sjukfrånvaron på grund av psykisk ohälsa ökat kraftigt. Regeringen har hösten 2015 beslutat om ett brett åtgärdsprogram i syfte att vända den negativa utvecklingen under mandatperioden. Sjukvårdens arbete med sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa är ett prioriterat utvecklingsområde.

Människor med svår psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar är den grupp som är mest utsatt när det gäller socio-ekonomiska faktorer såsom inkomst, boende, tillgång till arbete och delaktighet i sociala nätverk. Detta gäller både i jämförelse med den övriga befolkningen och i jämförelse med andra patient- eller funktionshinders- grupper. Människor med psykisk sjukdom är också en utsatt grupp när det gäller somatisk hälsa och de har sämre tillgång till hälso- och sjukvård. Att i unga år insjukna i psykisk sjukdom medför allvarliga konsekvenser senare i livet, inte enbart vad gäller hälsa och dödlighet, utan även avseende möjligheterna att tillgodogöra sig studier och etablera sig på arbetsmarknaden.

De senaste årens flyktingsituation har ställt nya krav på samhällets förmåga till samverkan. Situationen har accentuerat behovet av fungerande samverkan, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och privata/ideella sektorn. Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan bidra till att vidareutveckla denna samverkan. Bland de människor som väljer att söka asyl i Sverige beräknas cirka 30 procent lida av posttraumatisk stress och ytterligare cirka 30 procent av lätta till medelsvåra psykiska besvär. Denna situation ställer betydande och delvis nya krav på skolväsendet, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Inriktningen av det långsiktiga utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa måste därför delvis anpassas till denna nya situation och de utmaningar som följer av detta.

Den psykiska ohälsan i Sverige är en stor utmaning nu och sannolikt en lång tid framåt. Staten och SKL har under flera år årligen träffat överenskommelser inom området psykisk ohälsa/hälsa. Denna överenskommelse är en fortsättning på 2016 års överenskommelse och syftet är att fortsatt skapa förutsättningar för en kraftfull utveckling när det gäller att främja psykisk hälsa, förebygga ohälsa och tillgängliggöra högkvalitativa, kostnadseffektiva insatser till de som behöver vård och stöd.

2. Bakgrund

Psykiatri och psykisk hälsa har de senaste åren varit en av statens mest prioriterade frågor inom hälso- och sjukvårdsområdet. Mellan 2012 och 2016 har ca 850 000 000 kronor per år avsatts för en överenskommelse inom området psykisk ohälsa/hälsa. Av dessa medel har den absoluta merparten fördelats till kommuner och landsting. SKL har inom ramen för de årliga överenskommelserna bedrivit ett utvecklingsarbete och utgjort ett stöd till kommuner och landsting. Utvecklingsarbetet har bidragit med verktyg och strategier inom skola, socialtjänst samt hälso- och sjukvård och spänner över såväl tidiga insatser som högspecialiserad vård. Utvecklingsarbetet har också synliggjort viktiga utmaningar för huvudmännen i det fortsatta arbetet.

2016 avsatte regeringen 845 000 000 kronor för att förstärka och stödja utvecklingen inom hela området psykisk hälsa genom en överenskommelse med SKL. Syftet med överenskommelsen var att stimulera utvecklingsarbete och skapa bättre förutsättningar för lokala och regionala analyser av de utmaningar som respektive län står inför, samt att identifiera behov och utvecklingsmål lokalt och regionalt. Överenskommelsen ska utgöra ett stöd för huvudmännen att på kort och lång sikt möta de behov som finns och på så sätt stärka den psykiska hälsan och minska den psykiska ohälsan i Sverige.

3. Överenskommelsens inriktning

Staten och SKL har en gemensam målsättning om psykisk hälsa åt alla och att arbetet ska utformas med hänsyn tagen till regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. För det krävs att befolkningen erbjuds behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser som medicinsk behandling och sociala insatser. Sådana insatser ska vara jämlika, jämställda och tillgängliga.

Staten och SKL är eniga om behovet av ett uthålligt och långsiktigt hållbart arbete med att stärka strukturer för utveckling och kunskapsstyrning inom området psykisk hälsa. Arbetet ska baseras på ett gemensamt ansvarstagande i ordinarie strukturer, för att skapa förutsättningar för huvudmännen att erbjuda insatser med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap. Inriktningen i denna överenskommelse ska vara utgångspunkten för arbetet de närmaste två åren.

Ett ytterligare syfte med denna överenskommelse är att skapa förutsättningar för ett systematiskt utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa. För att möta behoven hos befolkningen är det avgörande att göra breda analyser av befolkningens behov för att möjliggöra både ett effektivt arbete med att förebygga psykisk ohälsa och att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet. Det krävs också tillgång till kunskap om metoder och arbetssätt samt förutsättningar för en ändamålsenlig implementering av den kunskapen för att ge rätt insatser, på rätt sätt och i rätt tid. Huvudmännen är de som ska göra detta arbete, men SKL ska utgöra stöd till huvudmännen i arbetet som ett komplement till de uppdrag myndigheterna har.

Regeringen aviserade i budgetpropositionen för 2016 en ny strategi inom området psykisk hälsa. Inom ramen för strategin avsatte regeringen 2016 genom en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting 845 miljoner kronor. I budgetpropositionen för 2017 angav regeringen att målsättningen är att 2016 års överenskommelse skulle följas av överenskommelser med en likartad inriktning under 2017 och 2018.

Inom ramen för detta har regeringen och SKL enats om att under 2017 genomföra vissa insatser inom området psykisk hälsa.

4. Fördelning av stimulansmedel i denna överenskommelse

Staten och SKL är överens om att 780 000 000 kronor ska utgöra stimulansmedel till kommuner och landsting/regioner som ska användas av huvudmännen, enskilt eller i samverkan, för att fortsätta det långsiktiga hållbart arbete på området. Medlen utbetalas i tre olika delar:

1. 250 000 000 kronor fördelas till landstingen/regionerna, och 250 000 000 kronor fördelas till kommunerna för att göra kompletterande, och vid behov förnyade och fördjupade, analyser av befolkningens behov inom respektive fokusområde, revidera kortsiktiga och långsiktiga mål samt följa upp och vid behov revidera handlingsplaner lokalt och regionalt. Vidare ska huvudmännen utvärdera de insatser som genomförts och vid behov revidera det långsiktiga arbetet för att utveckla insatserna inom de fem fokusområdena som anges i bilaga 2.

Som en del i arbete ska länet/kommunerna/-landstingen/regionerna under 2017 göra en fördjupad analys av

de behov som finns hos barn, unga och unga vuxna, inklusive barn, unga och unga vuxna med olika funktionsnedsättningar (upp till och med 24 år) i sin befolkning.

Analysen ska utgå från ett gemensamt antal nyckelindikatorer som SKL i samarbete med medlemmarna kommer att ta fram utifrån underlagen från 2016 års analyser och handlingsplaner. SKL ansvarar för att de gemensamma nyckelindikatorerna ska vara framtagna senast den 1 mars 2017. Nyckelindikatorerna ska syfta till att få fram en lägesbeskrivning utifrån fokusområdena. Analysen ska inkludera demografiska förhållanden såväl som verksamhetsspecifika relevanta data för hälso- och sjukvården respektive skolan och socialtjänsten. Med utgångspunkt i detta ska länet/kommunen/ landstinget/regionen beskriva sin handlingsplan på respektive område på kort och lång sikt i relation till gruppen barn och unga samt utveckla indikatorer för att följa utvecklingsarbetet. Denna fördjupade analys och handlingsplan ska redovisas separat.

2. I den budgetöverenskommelse som regeringen slutit med Vänsterpartiet ingår en satsning på 150 000 000 kronor som fördelas till landstingen för att stimulera och rusta nya initiativ för barn och unga inklusive barn och unga med olika funktionsnedsättningar. Då förutsättningarna är olika runt om i landet ges de lokala behoven stort utrymme vid prioriteringen av vad som ska göras. Ett exempel på ett viktigt utvecklingsområde är tvärprofessionell samverkan mellan huvudmän och verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa som vårdas utanför det egna hemmet.
3. I den budgetöverenskommelse som regeringen slutit med Vänsterpartiet ingår en satsning på 130 000 000 kronor som fördelas till kommuner och landsting för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete. Medlen kan exempelvis användas till att utöka ungdomsmottagningarnas öppettider, förstärka psykosocial kompetens, öka tillgänglighet för unga med psykisk ohälsa eller liknande. Utvecklingen av ungdomsmottagningarna ska redovisas inom ramen för den fördjupade analysen av barn och unga i punkten 1 ovan. Utöver detta ska en gemensam länsvis redovisning av hur 2017 års medel använts samt en plan för det fortsatta arbetet med att förstärka ungdomsmottagningarna inkomma.

Landstingen och de i länet ingående kommunerna ansvarar för att stimulera länsgemensamt arbete med en bred analys av utmaningar och behov, i samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt övriga berörda aktörer på länsnivå.

Analysen och tillhörande handlingsplaner syftar till att stimulera landsting och kommuner att:

- uppmärksamma befolkningens behov inom de fokusområden som överenskommelsen omfattar (bilaga 2),
- identifiera ansvarsfördelning för att möta de behov som finns och vid behov överväga möjligheten till olika former av integrerade verksamheter för personer med behov av komplex karaktär, i syfte att motverka att enskilda inte får de samordnade vård- och stödinsatser som behövs,
- sätta upp mål och planera sin verksamhet, var för sig och gemensamt samt,
- samverka med varandra, berörda brukar- och intresseföreningar samt andra centrala aktörer på området.

5. Redovisning av insatser

Senast den 31 oktober 2017 ska kommuner och landsting inkomma med en redogörelse för aktuell analys, långsiktiga mål och handlingsplan samt en redovisning av hur de resurser som erhållits har använts. SKL tillhandahåller en inmatningsfunktion där länen/kommuner och landsting/regioner lämnar sina redovisningar. SKL sammanställer underlaget för nationella jämförelser.

Redovisningen ska innehålla:

- en beskrivning av hur 2017 års stimulansmedel används,
- en aktuell gemensam analys och handlingsplan med kortsiktiga mål (ett år) och långsiktiga mål (fem år),
- en fördjupad analys och handlingsplan när det gäller barn och unga till och med 24 år inklusive ungdomsmottagningarnas arbete,
- en redovisning av utvecklingen när det gäller de indikatorer för de långsiktiga och kortsiktiga mål som länet/kommuner/landsting/ regioner identifierade i enlighet med 2016 års överenskommelse, samt

- en översiktlig beräkning av vilka kostnader som handlingsplanen för 2018 kommer att innebära.

Det är parternas gemensamma avsikt att de medel som landsting/regioner och kommuner erhåller ska användas för utvecklings- och förbättringsarbete inom området psykisk (o)hälsa och att medlen får användas även under 2018.

SKL åtar sig att sammanställa resultaten länsvis och rapportera till regeringen (Socialdepartementet) eller annan, av regeringen utpekad, myndighet senast den 31 januari 2018.

6. Utvecklingsstöd

SKL åtar sig att fortsätta samordna stödinsatser och bistå kommuner och landsting med lokalt förbättringsarbete i enlighet med tidigare överenskommelser. SKL åtar sig vidare att driva en utvecklingsverksamhet som kan bistå kommuner och landsting med att ta fram befintliga data samt vid behov ge ytterligare stöd för en fördjupad analys. SKL åtar sig också att stödja kommuner och landsting/regioner när det gäller att identifiera bästa tillgängliga kunskap och metodstöd för att utforma en åtgärdsplan för utveckling på de prioriterade områden som analysen resulterat i.

SKL åtar sig också att ta fram en mall för insamling av data från analyser och handlingsplaner i syfte att göra nationella jämförelser som i sin tur kan vara ett stöd för kommuner och landsting i det lokala förbättringsarbetet. Denna mall ska finnas tillgänglig senast den 1 mars 2017.

Analys- och metod- och uppföljningsstöd

SKL tillförs 60 000 000 kronor under 2017 för att stödja kommuner och landsting/regioner i arbetet med att analysera förhållanden lokalt och regionalt, ge metodstöd och genomföra uppföljningar.

SKL åtar sig att, utöver metod- och analysstöd, stödja aktiviteter inom hela området psykisk hälsa. I analysarbetet med kommuner och landsting/regioner kommer olika konkreta utvecklingsbehov att identifieras. Det kan handla om nyskapande arbetssätt, behov av innovationer liksom stöd för införande eller effektivare användning av kända metoder.

SKL ska även vidmakthålla och utveckla arbetet inom tidigare identifierade utvecklingsområden såsom:

- Ett hälsofrämjande samhälle för alla åldrar med kunskap och möjlighet till riktad prevention för att minska hälsoklyftorna,
- Tidiga insatser för barn och ungas psykiska hälsa med särskilt fokus på synkronisering av insatser från skolväsendet, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt en utveckling av en bred och lättillgänglig första linje med särskilt stöd till ungdomsmottagningarna,
- Primärvårdens möjlighet att effektivt möta psykisk ohälsa och minska sjukskrivningarna på grund av psykisk ohälsa,
- En hälsofrämjande arbetsplats och tidiga insatser för att minska risken för arbetsrelaterad psykisk ohälsa,
- Äldres psykiska hälsa och speciella behov av insatser vid psykisk ohälsa,
- Minska behovet av tvångsåtgärder för alla åldrar, och i alla olika situationer, som regleras enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
- Studier, arbete, sysselsättning och en meningsfull vardag för personer med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning,
- Bemötande och insatser till personer med, eller risk för, självskadebeteende samt utvecklingen av det suicidpreventiva arbetet lokalt,
- Sociala investeringar som en metod för att skapa långsiktigt effektivt resursutnyttjande, genom att flytta insatserna tidigare i processen, skärpa resultatuppföljning och överbygga olika aktörers organisation och budgethinder,
- Nyanländas psykiska hälsa, från förebyggande och hälsofrämjande insatser till specialiserad traumabehandling,
- Samordning av insatser till personer i behov av sammansatt stöd (ex SIP) och integrering av vård- och stödverksamhet till personer med omfattande behov från flera huvudmän,
- Effektiv styrning och ledning, utvecklingsfrämjande strukturer, god arbetsmiljö och bemötande som främjar delaktighet för alla.

Utvecklingsstödet ska också kunna omfatta områden som finns i närliggande överenskommelser och som har bäring på området psykisk hälsa.

Struktur för kunskapsspridning och kunskapsutveckling

Regeringen och SKL är överens om behovet av att stödja utvecklingen av strukturen för kunskapsspridning och kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och ohälsa. Strukturen ska medverka till att förstärka styrningen med kunskap inom området genom att sprida bästa tillgängliga kunskap, förbättra arbetet med implementering och medverka till en ändamålsenlig uppföljning lokalt- och regionalt. Strukturen ska utgå från sjukvårdsregionerna.

SKL tillförs 45 000 000 kronor under 2017 för inrättandet av högst sex stycken regionala resurscentrum. Syftet med att stimulera en organisation av hälso- och sjukvården i form av regionala resurscentrum är att nå ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat samt ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser inom området psykisk hälsa och ohälsa. Av medlen ska minst 10 000 000 kronor användas för att stärka samverkan mellan resurscentrumen och kommunerna. Regeringen och SKL bedömer att det är angeläget att resurscentrumens arbete i första hand tar sikte på:

- första linjens vård,
- primärvårdens möjlighet att tidigt och effektivt möta psykisk ohälsa och förebygga och främja psykisk hälsa samt
- gränssnittet och samarbetet mellan olika aktörer och vårdgivare

SKL åtar sig att förhandla med landsting/regioner och teckna avtal om inrättandet av resurscentrumen. SKL ska, tillsammans med den Nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S2015:09) och i nära samverkan med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten samt andra relevanta aktörer, utarbeta kriterier som resurscentrumen åtar sig att arbeta mot.

SKL ska senast den 31 mars 2018 lämna en redovisning av hur arbetet med uppbyggnaden av resurscentrumen fortskrider samt hur SKL avser att ta sig an det fortsatta arbetet under 2018-2019 till regeringskansliet (Socialdepartementet).

Regeringen avser att ge berörd/-a myndighet/-er i uppdrag att följa och stödja uppbygganden av resurscentrumen.

7. Uppföljning av överenskommelsen

SKL åtar sig att sammanställa resultaten av huvudmännens arbete, såsom anges i avsnitt 4 och, länsvis och rapportera till Regeringskansliet (Socialdepartementet) eller till av regeringen annan

utpekad myndighet senast den 31 januari 2018. Redovisningen ska innehålla en sammanställning av respektive län avseende medelsanvändning, analys av lokala behov, handlingsplaner på kort och lång sikt och indikatorer för att mäta utveckling.

8. Verksamhetsrapport och ekonomiska villkor för medel till SKL

Beslut om utbetalning av samtliga medel i denna överenskommelse görs i Kammarkollegiets regleringsbrev för 2017 avseende anslag 1.8 Bidrag till psykiatri, utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition (formulär *Rekvisition av bidrag*) ställd till Kammarkollegiet. Rekvisition av medel ska ske senast den 1 december 2017. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte har inkommit inom denna tid.

Stimulansmedlen fördelas sedan till kommuner och landsting utifrån en fördelningsnyckel, baserad på befolkningsunderlaget den 1 november 2016. SKL åtar sig att fördela stimulansmedlen till respektive kommun och landsting utifrån fördelningsnyckeln. Regeringen och SKL är överens om att medlen ska utbetalas till landstingen/regionerna och kommunerna under första kvartalet 2017.

SKL ska lämna en slutlig verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) eller av regeringen utpekad myndighet, senast den 31 mars 2018. I verksamhetsrapporten ska SKL redogöra för den verksamhet som har bedrivits med stöd av de bidrag som anges under avsnitt 6.

En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts (formulär *Ekonomisk redovisning*) ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2018. Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska och intyga uppgifterna under punkt tre i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisningen inte inkommer i tid kan regeringen återkräva stödet. Medel som inte har utnyttjats av SKL ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2018.

Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av en behörig företrädare för SKL. Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Regeringskansliet (Socialdepartementet) och

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

9. Ekonomisk sammanställning

Satsningar 2017	Mnkr	Sidnr
Stimulansmedel till kommuner	250,0	6
Stimulansmedel till landsting/regioner	250,0	6
Initiativ för bättre psykiska hälsa hos ungdomar	150,0	7
Ungdomsmottagningar	130,0	7
Utvecklingsstöd till SKL	60,0	9
SKL:s arbete med utbyggnad av resurscentrum	45,0	10
Totalt	885,0	

10. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landstings styrelse samt under förutsättning att riksdagen ställer erforderliga medel till regeringens förfogande.

För staten genom Socialdepartementet	För Sveriges Kommuner och Landsting
---	--

Stockholm den 15 december 2016 Stockholm den 15 december 2016

Agneta Karlsson
Statssekreterare

Lena Dahl
Tf Verkställande direktör

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

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress	1. Kontaktuppgifter • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse • Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning • Överenskommelsens benämning • Belopp som rekvireras • Rekvisitionen avser perioden	2. Bidrag som ansökan avser • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse • Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut för utbetalning • Överenskommelsens benämning • Summa bidrag enligt överenskommelsen • Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet • Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning • Bankgiro/Plusgiro • Önskad betalningsreferens	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet • Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet • Kostnader (specificera större kostnadsposter) • Summa kostnader • Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)
4. Underskrift i original av behörig företrädare • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande	4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen • Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. • Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) • Befattning • Telefon inkl. riktnummer • E-postadress • Datum • Underskrift • Namnförtydligande
	5. Underskrift i original av behörig företrädare • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande

