

Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa

Uppföljning och analys av överenskommelser
mellan staten och Sveriges Kommuner och
Landsting 2016–2018

Slutrapport

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

ISBN	978-91-7555-497-6
Artikelnummer	2019-5-17
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , maj 2019

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. Socialstyrelsen har inom detta uppdrag lämnat två lägesrapporter till Regeringskansliet i maj 2017 respektive maj 2018 som har fokuserat på att:

- Sammanställa och beskriva det utvecklingsarbete för barn och unga samt vuxna som kommuner och regioner avsåg att bedriva under 2018 och 2019 samt fem år framöver.
- Beskriva inom vilken kontext kommuner och regioner bedriver arbetet med de aktuella överenskommelserna.
- Undersöka vilka förutsättningar som kommuner 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.

Denna slutrapport utgör en uppföljning av det arbete som har genomförts i kommuner och regioner inom ramen för överenskommelserna 2016–2018.

I årets rapport fokuserar Socialstyrelsen särskilt på att beskriva vilka aktiviteter som kommuner och regioner har genomfört med hjälp av de stimulansmedel som har fördelats genom de aktuella överenskommelserna samt vilka förändringar dessa i sin tur har medfört för operativa verksamheter, för patienter och brukare, för befolkningen i stort, för politiska beslut och prioriteringar samt för det övergripande strategiska arbetet inom kommuner och regioner.

Projektledare för denna uppföljning är Kristina Sinadinovic och ansvarig enhetschef är Elisabeth Wärnberg Gerdin. Till arbetet har även följande utredare bidragit: Ingrid Rystedt deltog i alla delar av uppföljningsarbetet, Therese Olmsäter genomförde intervjuer med representanter för huvudmän i ledande positioner, Maria Fjellfeldt analyserade länsgemensamma handlingsplaner och genomförde intervjustudier i tre kommuner, Kristin Larsson analyserade ekonomiska redovisningar och Claes Falck deltog i genomförandet av enkätundersökningen.

Socialstyrelsen vill tacka representanter för huvudmän i ledande positioner eller delaktiga i implementeringen av överenskommelserna lokalt, som deltagit i intervjuerna eller besvarat Socialstyrelsens uppföljningsenkät för att de har delat med sig av såväl tankar kring som erfarenheter av arbetet med överenskommelserna för åren 2016, 2017 och 2018. Myndigheten vill också tacka representanter för Regeringskansliet, SKL, professions- och brukarorganisationer som likväl har delat med sig av såväl tankar kring som erfarenheter av arbetet inom området psykisk hälsa.

Olivia Wigzell

Generaldirektör

Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning.....	7
Socialstyrelsens uppdrag	7
Huvudmännen positiva till nya inriktningen i den statliga satsningen inom området psykisk hälsa	8
Implementeringsprocesser med en stark lokal prägel	9
Satsningar på kompetensutveckling, tillgänglighet och verksamhetsutveckling vanligast	9
Samstämmiga beskrivningar av förändringar till följd av utvecklingsarbetet	10
Förutsättningarna för god vård och omsorg har delvis stärkts	10
Utvecklingsarbete för stärkt tillgänglighet till vård och stöd fokus för särskilda satsningar	10
Svårigheter att beskriva brukardelaktighet.....	11
Arbetet inom ramen för de aktuella överenskommelserna är svårt att följa upp och utvärdera	11
Inledning	13
Psykisk ohälsa i Sverige	13
Socialstyrelsens uppdrag	14
Mål	15
Anknytning till Agenda 2030	15
Bakgrund	16
Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020	16
Ändrad inriktning i statens strategi för arbetet inom området psykisk hälsa	19
Överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018.....	20
Socialstyrelsens uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse ...	25
Metod	29
Genomförande – del 1	30
Genomförande – del 2	32
Genomförande – del 3	37
Övergripande kommentar	37
Resultat	38
Del 1: Intervjuer med huvudmän	39
Intervjuer med representanter för huvudmän i ledande position.....	39
Tre kommuners arbete utifrån regionala handlingsplaner för psykiska hälsa	51
Del 2: Övergripande uppföljning av utvecklingsarbetet 2016–2018.....	56

Utvecklingsarbete i kommunerna – beskrivet via uppföljningsenkäten	56
Utvecklingsarbete i regionerna – beskrivet via uppföljningsenkäten	68
Förändringar till följd av regionernas utvecklingsarbete	73
Överenskommelsernas betydelse för utvecklingsarbeten i kommuner och regioner	74
Utvecklingsarbete i kommuner och regioner – beskrivet i handlingsplaner och ekonomiska redovisningar	77
Utmaningar som är viktigast att lösa inom de närmaste tio åren	87
Del 3: Uppföljning av särskilda satsningar Särskild satsning inom primärvården	89
Sammanställning av regionernas redogörelser	89
Övergripande iakttagelser	97
Ekonomisk redovisning av 2018 års stimulansmedel för särskild satsning på primärvården	99
Särskild satsning på barn och ungas psykiska hälsa	103
Sammanställning av regionernas redogörelser	103
<i>Ökad kompetens i första linjen och tidiga insatser ska minska belastning på specialistvården</i>	114
<i>Kompetensförsörjning har varit prioriterat för att förbättra tillgänglighet till specialistvård</i>	116
<i>Inrapportering av väntetid till fördjupad utredning och behandling är bristfällig och tidskrävande</i>	118
<i>De flesta regioner har inte uppnått målet vad gäller första besök inom 30 dagar</i>	119
<i>Det förekommer geografiska skillnader i tillgänglighet till specialistvård</i>	120
<i>Regioner med högre befolkningstäthet har bättre tillgänglighet till fördjupad utredning och behandling</i>	121
<i>Två regioner har uppnått det nationella tillgänglighetsmålet vad gäller fördjupad utredning och behandling</i>	123
<i>Tillgänglighet till specialistvård förväntades vara oförändrad under resten av 2018</i>	124
Ekonomisk redovisning av 2018 års stimulansmedel för särskild satsning på barn och unga	131
Särskild satsning på ungdomsmottagningar	134
Särskild satsning på brukarmedverkan	139
Övergripande kommentarer kring beskrivning av brukarsamverkan i handlingsplanerna	140
Sammanfattning av beskrivna aktiviteter som inkluderar eller planerar brukarinvolvering	142
Brukarorganisationer och ospecificerade brukare vanligast i beskrivningen av brukarinvolvering	144
Många regioner satsar på att vidareutveckla former för brukarinvolvering	146

Brukarrepresentation och brukarråd – vanligaste formerna för brukarinvolvering.....	148
Brukarinvolvering inom prioriterade fokusområden	150
NSPH har undersökt de regionala brukarföreningsnätverkens upplevelse av inflytande	151
Användning av stimulansmedel för särskild satsning på brukarmedverkan	153
Särskild satsning på asylsökande och nyanlända	156
Ekonomisk redovisning av stimulansmedel för särskild satsning på asylsökande och nyanlända	156
Diskussion.....	159
Kommuner och regioner positiva till förändringar i överenskommelsernas inriktning	159
Otydlighet i överenskommelsernas ramar och grundläggande mål... ..	160
Vanligast med satsningar på kompetensutveckling, tillgänglighet och verksamhetsutveckling.....	160
Samstämmiga beskrivningar av förändringar som satsningarna medfört	161
Arbetet inom ramen för de aktuella överenskommelserna är svårt att följa upp och utvärdera	162
Förutsättningar att nå det övergripande syftet med överenskommelserna har förbättrats.....	164
Förutsättningar att nå det specifika syftet med överenskommelserna har delvis förbättrats.....	166
Det övergripande målet med överenskommelserna har inte uppfyllts	168
Inför fortsatt uppföljning av statliga satsningar inom området psykisk hälsa	171
Slutsatser.....	173
Avslutande kommentarer.....	175
Referenser	176
Bilagor	177

Sammanfattning

Socialstyrelsens uppföljningsarbete visar att överenskommelserna mellan staten och SKL om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa har resulterat i många utvecklingsarbeten i kommuner och regioner vilka sammantaget stärker förutsättningarna för en mer kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och tillgänglig vård och omsorg. Huruvida och i vilken utsträckning detta utvecklingsarbete också har medfört lokalt och regionalt förbättrad tillgänglighet till vård och omsorg av högre kvalitet än tidigare, har Socialstyrelsen inte kunnat fastställa via denna uppföljning. Samtidigt gör myndigheten bedömningen att utformningen av den statliga satsningen inte stärker förutsättningarna för en mer jämlik vård och omsorg mellan kommuner och mellan regioner, och att det dessutom föreligger viss risk att existerande skillnader förstärks.

Socialstyrelsens slutsatser utifrån det treåriga uppföljningsarbetet är att behoven av utveckling inom området psykisk hälsa är stora och att fortsatta långsiktiga satsningar inom området är nödvändiga.

Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att beskriva och följa upp det utvecklingsarbete som kommuner och regioner genomfört 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 rapport fokuserar på att utifrån olika perspektiv belysa det utvecklingsarbete som har bedrivits. Socialstyrelsen har undersökt:

- hur överenskommelserna mellan staten och SKL om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018 tagits emot i kommuner och regioner
- hur huvudmän tagit sig an arbetet med dessa
- vilka utvecklingsarbeten som bedrivits i kommuner och regioner inom ramen för överenskommelserna
- vilka eventuella förändringar dessa utvecklingsarbeten medfört
- vilken betydelse överenskommelserna och stimulansmedlen haft för genomförandet av utvecklingsarbetet.

Resultat, diskussion och slutsatser som presenteras grundar sig på intervjuer med totalt 97 intervjupersoner i olika befattningar inom kommuner och regioner, behovsanalyser, handlingsplaner och andra dokument samt andra uppgifter som de 290 kommunerna och 21 regionerna, under perioden 2016–2018, redovisat årligen till SKL samt data inhämtade via Socialstyrelsens uppföljningsenkät. Vissa delar av resultatet publicerades i myndighetens

delrapporter i maj 2017 respektive 2018 medan andra delar publiceras i denna slutrapport.

Huvudmännen positiva till nya inriktningen i den statliga satsningen inom området psykisk hälsa

Intervjuer med 16 tjänstemän samt förtroendevalda i ledande positioner i fyra strategiskt utvalda regioner och fyra slumpmässigt utvalda kommuner, liksom med 18 kommun- och regionanställda involverade i den lokala implementeringen av de aktuella överenskommelserna, har genomförts. Intervjudeltagarna betraktade dessa överenskommelser som mycket viktiga för utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa. De menade att dessa överenskommelser i kommuner och regioner ökat fokus på och medvetenheten om psykisk hälsa samt, åtminstone till viss del, höjt statusen för psykisk hälsa och ohälsa. De var dock tydliga med att mycket arbete inom området fortfarande återstår. Dessutom beskrev intervjudeltagare att de aktuella överenskommelsernas breddade fokus från psykisk ohälsa till psykisk hälsa ökat kommuners och regioners medvetenhet om de större sammanhang som samspelar med och inverkar på befolkningens psykiska hälsa, samt det stora antalet aktörer detta inkluderar, utöver psykiatrin.

Intervjudeltagare beskrev vidare att den breddade ansatsen, i kombination med en samtidig övergång till tillitsstyrning, ökat handlingsutrymmet lokalt och regionalt, samt möjliggjort lokala och regionala prioriteringar, utifrån den egna befolkningens behov. De poängterade samtidigt att utmaningen i att samtidigt hantera mångfalden i behov på samhälls- och befolkningsnivå, i enlighet med den breda ansatsen, medför flera risker. Konkurrensen i perspektiv och behov kan på befolkningsnivå, exempelvis, leda till att svaga grupper eller svårt sjuka faller utanför satsningarna. En närliggande risk med en alltför alltomfattande ansats är att utvecklingsarbetet sammantaget blir så brett att det inte fokuserar ordentligt på någonting.

Flera intervjudeltagare efterfrågade ett mer långsiktigt perspektiv i stimulansmedlen, för att kunna möta befolkningens behov och bygga upp hållbara verksamheter på lokal nivå. De beskrev att årsvisa stimulansmedel, och ovisshet kring villkorsförändringar från år till år, lett till att arbetet huvudsakligen bedrivits i projektform, och att detta inneburit svårigheter att bygga upp en hållbar verksamhet. Tidpunkten för regeringens beslut gällande nya överenskommelser identifierades som ytterligare ett hinder för ett långsiktigt arbete inom området. Att beslut om nya stimulansmedel fortfarande fattas långt efter att kommande års budgetar har tagits på lokal nivå, komplicerar planering och långsiktigt strategiskt utnyttjande av stimulansmedlen. Även mängden parallella nationella satsningar förvårar en strategisk användning, samt bidrar till en känsla av splittring.

Implementeringsprocesser med en stark lokal prägel

Processer att implementera de aktuella överenskommelserna som del i det lokala arbetet har på de flesta håll i landet kommit i gång sent på grund av en snabb vändning i den statliga satsningen inom området psykisk hälsa. Den snabba vändningen medförde att det tog lång tid att förstå regeringens och SKL:s förväntningar kring inriktningen för det fortsatta arbetet med överenskommelserna samt att komma igång med utvecklingsarbetet.

Intervjuerna visade vidare att implementeringsprocesserna haft en stark lokal prägel, där val av målgrupper liksom inriktningen för det lokala utvecklingsarbetet påverkats av exempelvis företrädare med ett starkt personligt engagemang, samt tidigare upparbetade strukturer och traditioner. Intervjudeltagare beskrev utvecklingsarbete som inneburit en fortsättning av tidigare arbete inom ramen för den tidigare statliga satsningen PRIO, där barn och unga samt vuxna med komplexa behov och långvarig psykiatrisk problematik varit i fokus, liksom nya utvecklingsarbeten som även fokuserade på befolkningens psykiska hälsa. Likaså varierade formerna för arbetet med överenskommelserna. Ibland integrerades arbetet med de aktuella överenskommelserna i redan befintlig verksamhet. I andra sammanhang bedrevs det genom temporära projektanställningar vid sidan av ordinarie verksamhet, eller genom att låta tidigare initierade projekt leva vidare och vidareutvecklas.

Satsningar på kompetensutveckling, tillgänglighet och verksamhetsutveckling vanligast

Socialstyrelsen uppföljningsarbete visar att utvecklingsarbetena inom området psykisk hälsa i kommunerna, som helt eller delvis möjliggjorts av de aktuella överenskommelserna under perioden 2016–2018, och som kommuner bedömt som särskilt viktiga sammantaget syftar till att:

- öka personalens kompetens kring psykisk hälsa, specifika behandlings- och arbetsmetoder samt förhållningssätt
- införa eller implementera metoder och arbetssätt
- öka samverkan inom ramen för såväl strategiskt som brukarfokuserat arbete, inom och mellan huvudmän och andra aktörer
- öka tillgänglighet till vård och omsorg genom information, tidiga insatser, bemanning och uppstart av nya funktioner och verksamheter respektive utökning och utveckling av befintliga verksamheter.

Liknande utvecklingsarbete har genomförts också i regionerna, med skillnaden att vidareutveckling av verksamheter varit mer framträdande i regionernas beskrivningar. Dessutom har regionernas satsningar i något mindre omfattning involverat kompetenshöjande insatser för personalen, jämfört i kommunernas satsningar.

Samstämmiga beskrivningar av förändringar till följd av utvecklingsarbetet

De förändringar som kommuner och regioner beskriver att utvecklingsarbetena medfört inom ramen för operativ verksamhet gäller ökad kunskap eller kompetens hos personalen, förändrat arbetssätt, ökad eller förbättrad samverkan, ökad tillgänglighet, förbättrat förhållningssätt till brukare och patienter, bättre kvalitet i arbetet med brukare och patienter samt ökat engagemang eller uppmärksamhet bland personalen vad gäller psykisk hälsa. Kommuner och regioner beskriver att förändringar som utvecklingsarbetet medfört för patienter och brukare utgörs av att patienter och brukare kan möta en bättre och mer tillgänglig vård och omsorg.

Förutsättningarna för god vård och omsorg har delvis stärkts

Socialstyrelsen bedömer att det utvecklingsarbete som, under perioden 2016–2018, genomförts i kommuner och regioner inom ramen för de aktuella överenskommelserna, har stärkt förutsättningarna för en mer kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och tillgänglig vård och omsorg. Huruvida, och i vilken utsträckning, beskrivna satsningar och förändringar de facto stärker lokal och regional tillgänglighet till vård och omsorg av god kvalitet, har Socialstyrelsen inte kunnat fastställa via denna uppföljning. Socialstyrelsen har inte heller kunnat utvärdera betydelsen som dessa satsningar och förändringar har haft för vården och omsorgen på övergripande lokal, regional och nationell nivå.

Utifrån stora lokala och regionala variationer gällande fokus och inriktning för utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa med stort utrymme för enskilda aktörer att påverka utvecklingsarbetet, bedömer Socialstyrelsen dock att den statliga satsningens utformning inte bidrar till ökad jämlikhet i vård och omsorg i Sverige, vad gäller psykisk hälsa. Myndigheten ser dessutom att satsningens utformning potentiellt ökar risken för ökade ojämlikheter i vård och omsorg mellan kommuner och mellan regioner inom området psykisk hälsa.

Utvecklingsarbete för stärkt tillgänglighet till vård och stöd fokus för särskilda satsningar

Regionernas redovisningar inom ramen för den särskilda satsningen på barn och unga visar att:

- ingen region uppnår måluppfyllelsen om första besök till första linjen inom sju dagar

- de flesta regioner inte uppnår måluppfyllelsen om första besök till specialistnivå inom 30 dagar
- de flesta regioner inte uppnår måluppfyllelsen om fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar efter ett första besök.

Regioner beskriver vidare att vägen till vård för barn och unga med psykisk ohälsa ofta är otydlig och att befolkningens behov av vård för psykisk ohälsa ständigt ökar, samtidigt som vårdgivare i dagsläget inte kan möta det behovet på ett tillfredsställande sätt.

Socialstyrelsens analys visar dock att samtliga regioner arbetar för att förbättra omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa inom primärvården. Många resultatriktade insatser har redan utförts och fler planeras under de kommande åren. De planerade insatserna som regionerna beskriver har potential att förbättra kunskap och beredskap inom primärvården för att i större utsträckning ta emot individer med psykisk ohälsa. Analysen visar vidare att i det arbete som genomförts inom ramen för de särskilda satsningarna på primärvård, barn och unga, ungdomsmottagningar och asylsökande har fokus varit på att öka tillgängligheten till vård och omsorg, såväl generellt som för vissa specifika målgrupper. Strategier för att stärka tillgängligheten inkluderar resursförstärkning och breddning av behandlingsutbud genom kompetenshöjande insatser för befintlig personal, anställning av ny personal, implementering av nya behandlingsmetoder, liksom utveckling av arbetssätt, vårdflöden och verksamheter.

Svårigheter att beskriva brukardelaktighet

Generellt har Socialstyrelsen, utifrån de datakällor som använts för uppföljningsarbetet inte kunnat analysera eller beskriva brukardelaktighet. Brukardelaktighet förutsätter att genomförda aktiviteter som involverar patienter, brukare, anhöriga, eller representanter för dessa, känns meningsfulla och bidrar till faktiskt nytta för såväl brukare som verksamheter.

Kommuner och regioner beskriver en rad aktiviteter som involverar patienter och brukare eller syftar till att öka brukardelaktigheten i vården och omsorgen, men beskrivningarna är ofta vaga och beskriver inte graden av reell brukardelaktighet. Inte heller klargör de i vilken utsträckning de involverade patienter och brukare själva upplever sig ha varit delaktiga i de olika aktiviteterna.

Arbetet inom ramen för de aktuella överenskommelserna är svårt att följa upp och utvärdera

Utformningen av regeringens strategi inom området psykisk hälsa liksom av den statliga satsningen som resulterade i de tre årliga överenskommelserna

under perioden 2016–2018 har inneburit betydande svårigheter att följa upp och utvärdera det genomförda arbetet. Svårigheterna grundar sig i:

- avsaknad av konkreta mål för vad regeringen och SKL önskar åstadkomma under perioden 2016–2018
- hundratals lokala och regionala mål (specificerade i lokala, regionala och länsgemensamma handlingsplaner) med stor variation i hur och på vilken nivå dessa har formulerats
- stora lokala och regionala variationer gällande fokus, prioriteringar och strategier för arbetet inom ramen för de aktuella överenskommelserna
- stora variationer i kommunernas och regionernas egna uppföljningar av handlingsplaner och i redovisningarna av uppnådda resultat
- avsaknaden av möjligheten att på ett kontrollerat sätt följa stimulansmedel.

Socialstyrelsens bedömning är ändå att de samstämmiga resultaten från analysen av de tre datakällorna tillsammans ger en relativt tydlig bild av aktiviteter som kommuner och regioner antingen genomfört som direkt följd av överenskommelserna, eller som, åtminstone till viss del, kan knytas till desamma. Socialstyrelsens bedömning är dock att de tre datakällorna ger en mindre tydlig bild vad gäller de resultat, förändringar eller effekter som uppnåtts till följd av genomförda aktiviteter. Därför ser myndigheten det som viktigt att framöver inkludera utvärderingsperspektivet redan vid utformningen av kommande statliga satsningar inom området psykisk hälsa.

Inledning

Begreppet *psykisk ohälsa* omfattar allt från övergående, mindre allvarliga psykiska besvär såsom sömnsvårigheter, oro och ångest till mer allvarliga symtom som uppfyller diagnostiska kriterier för psykiatriska tillstånd, såsom psykiska sjukdomar eller psykiska funktionsnedsättningar [1, 2].

Även *psykisk hälsa* är ett brett begrepp, som dessutom saknar en tydlig definition. Olika forskningsdiscipliner har olika utgångspunkter och inkluderar olika aspekter av individens liv i begreppet, men gemensamt är att psykisk hälsa står för någonting mer än enbart frånvaro av psykisk ohälsa. Psykisk hälsa förutsätter flera välfungerade dimensioner av en individs liv, vilket innefattar att individen känner glädje och mår bra både med sig själv, med andra och i förhållande till samhället [1]. Psykisk hälsa innebär därmed att en individ

- känner välbefinnande och tillfredsställelse med livet på ett emotionellt, psykologiskt och socialt plan [3]
- kan förverkliga sina möjligheter
- klarar av vanliga påfrestningar
- kan arbeta produktivt och bidra till det samhälle individen lever i [4].

Tillstånden psykisk hälsa och psykisk ohälsa samt psykiatriska tillstånd kan överlappa varandra och existera samtidigt inom en och samma individ. De kan även på olika sätt och i olika hög utsträckning inverka negativt på människors välbefinnande, störa vardagen och utgöra ett hinder för en meningsfull och fungerande livsföring. Förekomsten och allvarlighetsgraden av psykiska besvär och symtom på psykiatriska tillstånd kan alltså variera över tid hos en och samma individ [5].

Psykisk ohälsa i Sverige

Psykisk ohälsa är ett stort och växande folkhälsoproblem som har negativa konsekvenser såväl för 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 [5].

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.

Psykisk ohälsa påverkar människors arbetsförmåga negativt och är en vanlig orsak till sjukskrivning. Psykisk ohälsa är svårare att upptäcka hos äldre personer, vilket ökar risken för att äldre personer med psykiska besvär inte får den hjälp och den vård som de behöver [5].

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.

Personer med psykisk funktionsnedsättning får generellt sett inte tillräckligt stöd när det gäller exempelvis boende, habilitering, 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 [6].

Sedan 1995 har olika statliga satsningar genomförts för att stimulera förbättring i kommuner och regioner inom området psykisk ohälsa. Den senaste statliga satsningen inom området är tre överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa under perioden 2016–2018.

Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen (S2016/06530/FS, S2018/01460/FS) att följa upp och analysera överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018. Här följer ett utdrag ur uppdraget:

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 ohälsa¹ [7].

Mätningen av allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar samt attityder till och avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom redovisades i en separat rapport den 15 maj 2018. Utöver denna har två delrapporter redovisats till Regeringskansliet i maj 2017 respektive maj 2018.

NOTERING: I överenskommelserna 2016–2018 benämns huvudmännen som kommuner och landsting. Under uppföljningsperioden har vissa landsting bytt namn till region och vissa har fortsatt att heta landsting. Från 1 januari 2019 har alla landsting bytt namn till region. Socialstyrelsen kommer fortsättningsvis i denna rapport att benämna huvudmän som ”kommuner och regioner”.

¹ Socialstyrelsens regeringsuppdrag återfinns i sin helhet i bilaga 1.

Mål

Målet för Socialstyrelsens arbete med uppföljningen av de aktuella överenskommelserna är att i delrapporterna samt i slutrapporten:

- beskriva det arbete som kommuner och regioner 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 vidareutvecklas
- 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 delrapporterna och slutrapporten är att dessa ska kunna användas både till vidareutveckling av regeringens satsningar inom området psykisk hälsa och ohälsa samt till en mer fokuserad styrning mot resultat på lokal och regional nivå.

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

I dag utgör regeringens överenskommelser med SKL en central del i den statliga strategin inom området psykisk hälsa. Sådana överenskommelser är ett icke tvingande styrmedel som staten använder i syfte att öka nationell likvärdighet i hälso- och sjukvård och omsorg [8].

De specifika överenskommelserna som upprättades mellan regeringen och SKL inom området psykisk hälsa används även för att:

- stimulera en utveckling av verksamheterna i kommuner 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 [9].

Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020

År 2015 utarbetade regeringen en ny strategi för arbetet inom området psykisk hälsa för perioden 2016–2020 vilket utgjorde grunden för de tre överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, som under perioden 2016–2018 ingicks mellan regeringen och SKL [5]. Följande fem fokusområden pekas ut som centrala för arbetet i regeringens strategi för området:

1. förebyggande och främjande insatser
2. tidiga, tillgängliga insatser
3. utsatta grupper
4. delaktighet och rättigheter
5. ledarskap och organisation.

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

Förebyggande och främjande insatser

I strategin lyfts vikten av att involvera hela samhället och arbeta på alla arenor samtidigt när det gäller att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa i befolkningen. Det poängteras att beslutsfattare på alla nivåer behöver förstå att bättre psykisk hälsa i befolkningen leder till en positiv social och ekonomisk utveckling i Sverige samt bli medvetna om såväl risk- som friskfaktorer gällande psykisk hälsa.

Vidare uttrycks det att befolkningen generellt behöver mer kunskap om psykisk ohälsa för att motverka stigmatiseringen. Det anges även som viktigt att motverka fördomar och okunskap bland personal som möter personer som drabbats av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa. Dessutom

behöver enskilda individer veta mer om hur deras psykiska hälsa kan förbättras och hur de kan känna igen ohälsa och förstå problem både hos sig själv och hos andra.

Tidiga, tillgängliga insatser

Strategin pekar ut att insatser av olika slag måste vara lättillgängliga för individer som redan har drabbats av psykisk ohälsa – oavsett karaktär eller grad. Dessa individer ska kunna få rätt insatser i rätt tid, och de och deras anhöriga ska lätt kunna ta reda på var de kan få hjälp. Insatserna ska möta personernas aktuella behov samt vara kostnadseffektiva.

Primärvården lyfts fram som en naturlig ingång till sjukvården för alla typer av ohälsa, inklusive psykisk ohälsa. Strategin uttrycker att om individer med mild till måttlig psykisk ohälsa får rätt insatser inom primärvården undviks ett onödigt tryck på den specialiserade psykiatrin som i stället kan tilldela mer resurser för individer med mer komplex psykiatrisk problematik.

Barnhälsovården, elevhälsan, ungdomsmottagningarna och tandvården är andra aktörer som pekas ut som viktiga i arbetet med att tidigt upptäcka riskfaktorer och hälsoproblem som kan bidra till psykisk ohälsa.

Väntetiderna till den specialiserade psykiatrin behöver kortas ner och vården inom psykiatrin behöver vara inriktad på att personer med psykisk ohälsa ska återgå till en normal livsföring.

Individer med svår eller långvarig psykiatrisk problematik behöver få ett samlat stöd från samhället. Dessutom behövs ett välorganiserat samarbete mellan aktörer som har ansvar för att tillmötesgå de olika behov som kan uppstå hos individer med sådan problematik.

Utsatta grupper

För att kunna utforma och ge rätt insatser i rätt tid pekar strategin på att det är viktigt att ta hänsyn till att risken för olika typer av psykisk ohälsa varierar mellan olika grupper i befolkningen samt att de olika grupperna kan ha olika behov av insatser.

Förutom kön och ålder är det också viktigt att ta hänsyn till exempelvis könsidentitet och sexuell läggning. Några särskilt utsatta grupper som regeringen lyfter fram är homo- och bisexuella liksom transpersoner, barn placerade på HVB-hem, personer med psykisk ohälsa samtidigt med andra problem (t.ex. beroendesjukdom eller fysisk funktionsnedsättning), asylsökande och flyktingar samt nationella minoriteter.

I strategin framhålls vikten av att uppmärksamma vilka utsatta grupper som finns i respektive region och kommun för att på bästa möjliga sätt kunna möta de olika behoven.

Delaktighet och rättigheter

Strategin lyfter fram att vården och omsorgen behöver utvecklas mer och snabbare mot att bli en överenskommelse mellan individen som har drabbats av psykisk ohälsa samt vård- eller omsorgsgivaren. Detta ses som en viktig del av utvecklingen inom psykiatrin och i socialtjänsten.

Utvecklingsarbete behöver därför stärka möjligheten för individer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning att på samma villkor som andra få tillgång till god vård, omsorg och rehabilitering, respektfullt bemötande och självbestämmande.

Det är särskilt viktigt att sprida kunskap och kännedom om enskildas rättigheter i samband med tvångsvård och se till att rättigheterna inte kränks. Individer som lämnar en långvarig slutenvård ska få det stöd de behöver för att kunna återgå till livet utanför slutenvården.

Kommuner behöver även se till att individer med psykisk funktionsnedsättning och betydande svårigheter får hjälp att klara av vardagen och kunna delta i samhällets gemenskap och leva som alla andra. Strategin pekar ut att det är viktigt att involvera individer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa – både i planeringen och i genomförandet av utvecklingsarbetet som rör alla aspekter av psykisk ohälsa. Dessa personers kompetens och erfarenheter behövs för att få en fylligare bild av insatsbehoven i olika kommuner och regioner samt för att ta fram rätt insatser som möter de faktiska behoven.

Ledarskap och organisation

Strategin lyfter vidare fram att chefer och ledare inom alla verksamheter som möter människor har en viktig roll för att förbättra den psykiska hälsan och skapa förutsättningar för att förebygga psykisk ohälsa. Dessutom kan de erbjuda stöd, vård och service till de som har drabbats av psykisk ohälsa liksom till deras anhöriga.

Arbetet med att stärka den psykiska hälsan berör alla verksamheter från mödra- och barnavårdscentraler, förskolor och skolor, arbetsplatser och äldreboenden till sjukvården och omsorgen. I strategin lyfts vikten av korrekta behovsanalyser och kunskap om effektiva metoder som svarar mot befolkningens behov, så att de kan spridas och användas inom alla de berörda verksamheterna.

Vidare är det viktigt att relevanta arbetssätt implementeras i de olika verksamheterna på ett effektivt sätt samtidigt som mindre relevanta arbetssätt behöver fasas ut. Behovsanalyserna behöver utgå ifrån den enskilda människans och gruppens behov, där den enskilda människan behöver stå i centrum av effektiva insatser som är samorganiserade av alla berörda aktörer.

Ändrad inriktning i statens strategi för arbetet inom området psykisk hälsa

De tre överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, som under perioden 2016–2018 ingicks mellan regeringen och SKL, innebär en vändning i den statliga satsningen inom området psykisk hälsa och ett flertal stora förändringar i förhållande till satsningarnas utformning under de tre föregående åren.

Den nya inriktningen medförde att staten övergick från *detaljstyrning* 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. Istället var 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 och regioner har fått frihet och ansvar att använda sina stimulansmedel utifrån en egen behovsanalys och utifrån insatser som de själva bedömer bäst svarar mot behoven i kommunerna och regionerna.

Övergången till tillitsstyrning 2016 innebär i sin tur att följande åtaganden flyttades från staten till kommuner 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 inom området psykisk hälsa
- att identifiera åtgärder utifrån bästa tillgängliga kunskap
- att formulera tydliga, konkreta och uppföljningsbara långsiktiga och kortsiktiga mål
- att presentera en tydlig plan för hur dessa mål ska följas upp – och när målen 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* istället ändrades till *psykisk hälsa*. Detta innebär en omställning till ett bredare arbete inom området som omfattar både psykisk hälsa och psykisk ohälsa. 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 som inte har drabbats av psykisk ohälsa, liksom personer med omfattande och komplicerad problematik).

Överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018

Överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa som regeringen ingick med SKL 2016 utgjorde starten på regeringens nya satsning inom området. 2016 års överenskommelse specificerade att inriktningen i denna ska vara utgångspunkten för arbetet inom området psykisk hälsa de närmaste tre åren med målsättningen att ingå nya överenskommelser 2017 och 2018 med likartade inriktningar.

Figur 1 illustrerar vilka delar av överenskommelserna och krav på redovisningar som har varit likartade under perioden 2016–2018 och vilka nya delar med nya redovisningskrav som har tillkommit i de nya överenskommelserna 2017 och 2018.

Figur 1. Överenskommelsernas innehåll och redovisningskrav² för 2016, 2017 respektive 2018



² Specifika redovisningskrav för de särskilda satsningarna redovisas inte i figur 1 men i avsnittet ”Överenskommelsen 2018”.

Överenskommelsen 2016

Överenskommelsen som regeringen ingick med SKL 2016 byggde på ett gemensamt mål, nämligen 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 att sluta de påverkningbara hälsoklyftorna inom en generation.

Det övergripande syftet med den aktuella överenskommelsen var att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet och att förebygga och motverka psykisk ohälsa. Det specifika syftet var att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete på området psykisk hälsa med ett gemensamt ansvarstagande från berörda aktörer.

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

Totalt fördelades 200 miljoner kronor till kommunerna respektive 300 miljoner kronor till regionerna som allmänna stimulansmedel. Dessa stimulansmedel var 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. Utöver dessa stimulansmedel fick kommuner och regioner ytterligare 130 miljoner kronor för satsningar på ungdomsmottagningar, medan 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 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 skulle innehålla följande:

- 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 uppföljning av de långsiktiga och kortsiktiga målen, samt
- en översiktlig beräkning av kostnaderna för 2017.

Utgångspunkten för överenskommelsen 2016 var att förstärka kommunernas 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 60 miljoner kronor av de medel som tilldelats SKL genom överenskommelsen åtog de sig att:

- stödja kommunerna 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 och regioner gällande lokalt förbättringsarbete, i enlighet med tidigare överenskommelser
- stödja aktiviteter inom hela området psykisk hälsa.

SKL fick ytterligare fem 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” [9].

Överenskommelsen 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 skillnaden att det år 2017 gick 250 miljoner kronor till kommunerna och lika stor summa till 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 och regioner skulle lämna in 31 oktober 2017 skulle innehålla en redovisning av både 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 och regioner lämna in en separat fördjupad analys gällande barn och unga till och med 24 års ålder, utifrån 58 nyckelindikatorer framtagna av SKL, samt en handlingsplan för målgruppen, inklusive ungdomsmottagningarnas arbete.

Genom 2017 års överenskommelse tilldelades SKL 60 miljoner kronor till att utgöra stöd till kommuner och regioner i arbetet inom området psykisk hälsa, enligt samma formulering som i 2016 års överenskommelse. SKL fick ytterligare 45 miljoner kronor för inrättandet av högst sex regionala resurscentrum för att nå ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat samt ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser inom området psykisk hälsa och ohälsa [10].

Överenskommelsen 2018

År 2018 har regeringen och SKL breddat överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa med fyra nya särskilda satsningar och utökat summan stimulansmedel som fördelades via överenskommelsen till 1 414 000 kronor.

Delvis följer 2018 års överenskommelse samma inriktning som de två föregående överenskommelserna. Totalt fördelades 350 miljoner kronor till

kommunerna och lika mycket till regionerna som allmänna stimulansmedel för att fortsätta det arbete som har bedrivits 2016 och 2017: att komplettera, förnya och fördjupa analyser av befolkningens behov inom de fem fokusområdena, revidera kortsiktiga och långsiktiga mål samt att följa upp och vid behov revidera handlingsplaner lokalt och regionalt. Huvudmännen ska utvärdera de insatser som har genomförts och vid behov revidera det långsiktiga arbetet inom området psykisk hälsa.

Precis som i de två föregående överenskommelserna fördelades ytterligare 130 miljoner kronor för att stärka ungdomsmottagningarnas arbete med psykisk hälsa som kan användas för att exempelvis utöka öppettider, stärka psykosocial kompetens och öka tillgängligheten.

Ytterligare 250 miljoner fördelades till regionerna för en något förnyad särskild satsning på barn och unga. Dessa stimulansmedel fördelas för att stimulera och rusta ytterligare initiativ för barn och unga med psykisk ohälsa. Medlen skulle bidra till en ökad tillgänglighet och förstärkning av stöd och behandling för barn och unga. Satsningen är bland annat riktad till barn- och ungdomspsykiatri och första linjens vård för psykisk ohälsa.

2018 års överenskommelse breddades med en särskild satsning på primärvården för vilken 220 miljoner kronor fördelades till regionerna. Dessa stimulansmedel skulle användas för att skapa en ändamålsenlig och effektiv primärvård för att främja psykisk hälsa och möta personer med psykisk ohälsa i alla åldrar. Exempel på insatser kan vara att stärka kompetensen om psykisk ohälsa och kopplingarna till exempelvis missbruk och beroende samt främja användandet av sjukdomsförebyggande riktlinjer i primärvården. Insatserna kan också vara inriktade på att säkerställa att det finns goda förutsättningar i verksamheterna att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap.

Ytterligare 24 miljoner kronor fördelades till regionerna för att stimulera samordning och ytterligare initiativ för att öka brukarmedverkan i kommuner och regioner. En miljon kronor fördelades per region, förutom de tre storstadsregionerna (Stockholm, Göteborg och Malmö) som fick två miljoner kronor vardera.

Slutligen fördelades 40 miljoner kronor till regioner för satsningar som förbättrar tillgången till insatser för att motverka psykisk ohälsa hos barn och unga i gruppen asylsökande och nyanlända samt att stärka arbetet med vård och behandling av traumatiserade asylsökande och nyanlända för både barn och vuxna. Medlen kunde användas till insatser som syftar till att stärka kompetensen om traumatiserade och för förbättrad samverkan i vårdkedjan.

Precis som för de två föregående åren skulle kommuner och regioner senast den 31 oktober 2018 lämna in aktuella behovsanalyser, målsättningar och handlingsplaner samt redovisningar gällande hur de använt 2018 års stimulansmedel, uppdelat på de olika satsningarna. Handlingsplanerna skulle enligt överenskommelsen, förutom aktuella kort- och långsiktiga mål, även innehålla följande:

- en redovisning av uppnådda resultat utifrån handlingsplanerna upprättade 2016 och 2017
- uppskattade behov av insatser i primärvården och vilka volymer av insatser för psykisk ohälsa som produceras, samt en redogörelse för eventuella gap samt vilka satsningar som planeras i primärvården de kommande åren
- hur barn och unga med psykisk ohälsa får hjälp i länet
- hur tillgängligheten ska förbättras eller bibehållas på en god nivå för både specialistvård och första linjen-verksamhet
- hur god inrapporteringen varit till väntetidsdatabasen
- hur måluppfyllelse om tillgänglighet till första besök och fördjupad utredning och/eller behandling (30+30 dagar) på specialistnivå sett ut
- hur prognosen för resten av året ser ut
- vilka åtgärder som har vidtagits för att förbättra eller hålla tillgängligheten på en god nivå
- hur välfungerande redovisningen är av inrapportering av tillgänglighet till första linjen
- hur tillgänglighet sett ut under året
- hur stor andel som får komma inom sju dagar
- könsuppdelat antal barn och unga som får insatser
- hur huvudmannen följer upp hur flödet i utrednings-, stöd- och behandlingsprocessen löper
- länets insatser för att förebygga ohälsa hos barn och unga, förbättra skolresultat, ta hand om barn med behov av sammansatt stöd
- resultat av specialistinsatser för barn och unga
- hur huvudmännen – var för sig och tillsammans – planerar att utveckla samverkan med brukare och anhöriga.

Genom 2018 års överenskommelse tilldelades SKL 30 miljoner kronor till att utgöra stöd till kommuner och regioner i arbetet inom området psykisk hälsa, enligt samma formulering som i 2016 års överenskommelse. SKL fick ytterligare 10 miljoner kronor för att stödja kommuner och regioner i den särskilda satsningen på primärvårdens uppdrag gällande psykisk ohälsa [11].

Socialstyrelsens uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse

Socialstyrelsen har tidigare publicerat två delrapporter inom uppdraget att följa upp och analysera överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa.

Den första delrapporten

Den första delrapporten fokuserade på att sammanställa och beskriva de länsgemensamma behovsanalyser, handlingsplaner och ekonomiska redovisningar som kommuner och regioner lämnat in till SKL i oktober 2016 [12].

I den första delrapporten konstaterades att de inlämnade läns-gemensamma behovsanalyserna och handlingsplanerna varierade mycket

gällande omfattning, struktur, tydlighet och innehåll. I delrapporten konstaterades vidare att en analys av de läns-gemensamma dokumenten lämnar flera oklarheter, exempelvis gällande:

- målbilder och förväntningar
- hur kommuner och regioner har tolkat överenskommelserna
- vad de läns-gemensamma 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 föreslog Socialstyrelsen att fortsatt uppföljning 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 överenskommelserna 2016–2018
- årligen sammanställa och beskriva de handlingsplaner och ekonomiska redovisningar som lämnas in till SKL
- undersöka övriga förhållanden som är viktiga för att uppnå och återspegla effekter av de aktuella överenskommelserna.

Den andra delrapporten

Den andra delrapporten fokuserade delvis på att sammanställa och beskriva de läns-gemensamma behovsanalyser, handlingsplaner och ekonomiska redovisningar som kommuner och regioner redovisat till SKL i oktober 2017 [13].

Delrapporten fokuserade även på att undersöka vilka förutsättningar som är viktiga för att kunna bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa utifrån kommunernas och regionernas läns-samordnarperspektiv, undersöka förutsättningarna och villkoren för kommuner och regioner att arbeta med överenskommelserna och samverka med varandra och andra aktörer, ta del av erfarenheterna från kommunernas och regionernas arbete med överenskommelserna 2016 och 2017 samt

undersöka upplevelsen av stödet som erhållits i samband med arbetet 2016–2017. Detta gjordes genom kvalitativa intervjuer genomförda med totalt 63 kommunala och regionala länssamordnare i Sveriges samtliga 21 län.

Även i den andra delrapporten konstaterades att variationen mellan länens handlingsplaner är stor och att dessa sammantaget innehåller en palett av olika metoder och insatser fördelade över en rad utvecklingsområden och målgrupper. Generellt syntes dock en utveckling av de länsgemensamma handlingsplanerna som lämnades in till SKL 2017 jämfört med 2016. De handlingsplaner som lämnades in 2017 präglades av lärande, mer fokus och avgränsning samt en stabilitet av länens former för arbete inom området psykisk hälsa.

Uppföljningarna av det arbete som planerades i 2016 års handlingsplaner tenderade att endast beskriva vad som genomförts eller inte, men att det i övervägande del varken gick att utläsa hur implementeringen av olika insatser har fungerat eller vad dessa gett för resultat.

De ekonomiska redovisningar som kommuner och regioner lämnade in 2017 visar att de insatser som bekostats av stimulansmedel till stora delar var av sådan art som huvudsakligen inte kräver långsiktiga ekonomiska investeringar, exempelvis ta fram behovsanalyser och handlingsplaner, samordna arbetet kring psykisk hälsa i länet, kompetenshöjande insatser för personalen samt öka tillgängligheten till vård och behandling via förstärkt ordinarie eller inhyrd bemanning eller via köp av externa utredningar. Relativt stora delar av de förbrukade stimulansmedlen har varit för ospecifikt redovisade för att kunna utläsa vad dessa specifikt har använts till.

Resultat från intervjuer med länssamordnare i samtliga län visar att de överlag upplever breddningen 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 förväntningarna, våga prioritera samt upparbeta strukturer för samverkan.

Många länssamordnare berättade i intervjuerna att instruktionerna från SKL kring arbetet med överenskommelserna varit otydliga och föränderliga över tid, samt ofta förknippade med alltför korta tidsramar. De uttryckte vidare att de under 2017 hade hittat sina arbetssätt, att de var nöjda de handlingsplaner de lämnade in detta år och att de framöver skulle behöva tid för förankrings- och implementeringsarbete.

I intervjuer med länssamordnarna har tre övergripande teman framkommit, vilka beskriver de viktigaste byggstenarna för ett långsiktigt utvecklingsarbete på området psykisk hälsa. Dessa teman är:

1. samverkan
2. långsiktighet i överenskommelsernas inriktning, villkor och finansiering
3. tid.

I intervjuerna lyftes 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. Förankringsarbete identifierades som nödvändigt såväl för att initiera

som för att underhålla samverkansprocessen samt 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. Korta tidsramar påverkar vilken typ av satsningar som genomförs och även i vilken utsträckning personal kan anställas för att bedriva samordningsarbetet.

Utvecklingsarbetet som bedrivits under 2016 och 2017 hade främst handlat om strategisk utveckling, exempelvis att skapa nya arenor och arbetssätt för samverkan och samarbete mellan olika aktörer samt att utveckla handlingsplaner. Många beskrev att detta arbete dittills tagit det mesta av deras tid. I många län återstod steget att omvandla det strategiska arbetet till praktik.

I den andra delrapporten konstaterade Socialstyrelsen att den breda ansatsen i överenskommelserna 2016–2017, tillsammans med avsaknaden av tydlig inriktning och konkreta mål för vad som ska åstadkommas under en given tidsperiod, sannolikt hade bidragit till de stora variationerna i länens handlingsplaner och vad som prioriterades i dessa.

Vidare bedömde Socialstyrelsen att det, inför det kommande utvecklingsarbetet inom ramen för de aktuella överenskommelserna, är viktigt att från nationellt håll anpassa styrningen så att tid, resurser och utrymme skapas för att i högre grad omsätta handlingsplaner i praktiken.

Slutrapporten

Socialstyrelsens slutrapport fokuserar på att ytterligare fördjupa förståelse av hur kommuner och regioner tog sig an arbetet med att implementera överenskommelserna i praktiskt arbete. Huvudsakligen fokuserar denna slutrapport på att beskriva och sammanställa vilket utvecklingsarbete som har genomförts i kommuner och regioner inom ramen för de aktuella överenskommelserna, samt vilka eventuella förändringar detta arbete i sin tur har medfört inom området psykisk hälsa.

Metod

Resultatdelen i denna rapport är indelad i tre delar:

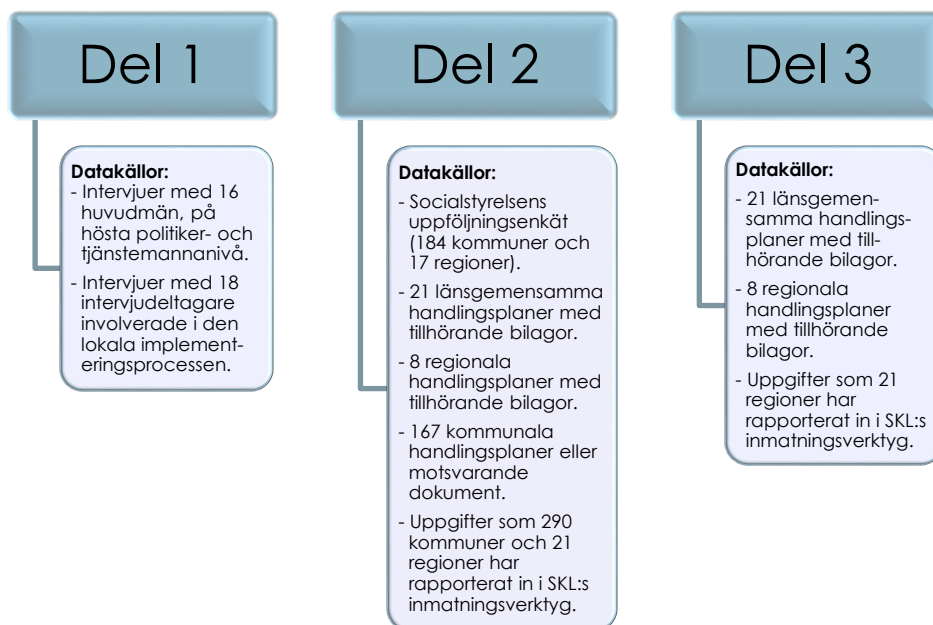
I den första delen beskriver Socialstyrelsen huvudmännens tankar, reflektioner och erfarenheter av arbetet med de aktuella överenskommelserna och hur huvudmän har tagit sig an arbetet med dessa.

I den andra delen följer myndigheten upp och beskriver vilket utvecklingsarbete som kommuner och regioner har bedrivit inom ramen för de aktuella överenskommelserna under perioden 2016–2018, vilka eventuella förändringar detta arbete i sin tur har medfört samt överenskommelsernas betydelse för det utvecklingsarbete som har bedrivits.

I den tredje delen sammanställer Socialstyrelsen regionernas redogörelser för konkreta frågeställningar specificerade i 2018 års överenskommelse gällande de särskilda satsningarna – på primärvården, barn och unga, ungdomsmottagningar, brukarmedverkan samt asylsökande och nyanlända – vilka inte tydligt har varit en del av det övergripande treårsarbetet med överenskommelserna 2016–2018.

Figur 2 visar vilka datakällor myndigheten har använt som informationsunderlag i respektive delar.

Figur 2. Datakällor som utgör informationsunderlag för Socialstyrelsens slutrapport



I det här kapitlet redovisar Socialstyrelsen hur uppföljningsarbetet för respektive del har lagts upp, vilka datakällor och arbetsmetoder som har använts för att samla in och analysera data som utgör grunden för de resultat som presenteras i rapporten samt vilka möjligheter och begränsningar som är förknippade med respektive datakälla.

Genomförande – del 1

För att undersöka hur de aktuella överenskommelserna har tagits emot i kommuner och regioner och hur huvudmännen har tagit sig an arbetet med dessa har två intervjuer genomförts. Den ena med högsta politiker och tjänstemän i kommuner och regioner och den andra med tjänstemän på olika befattningsnivå som har varit involverade i den lokala processen med att implementera de aktuella överenskommelserna. De två intervjuerna beskrivs i följande avsnitt.

Intervjuer med representanter för huvudmän, på högsta politiker- och tjänstemannanivå

Socialstyrelsen genomförde under perioden oktober till december 2017 intervjuer med representanter för huvudmän på högsta politiker- och tjänstemannanivå i kommuner och regioner. Syftet med dessa intervjuer var att få en djupare förståelse för kontexten i vilken utvecklingsarbetet inom ramen för de aktuella överenskommelserna bedrivs. Vidare var syftet med dessa intervjuer att undersöka vilka förutsättningar huvudmännen anser är viktiga för att kunna bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa.

Socialstyrelsen genomförde individuella semistrukturerade telefonintervjuer med totalt 16 representanter för huvudmän i fyra strategiskt utvalda regioner samt i fyra slumpmässigt utvalda kommuner. Socialstyrelsen intervjuade en politiker och en tjänsteman i varje utvald region respektive kommun. Myndighetens ambition har varit att intervjua de högsta politikerna och tjänstemännen i urvalet av kommuner respektive regioner. I något enstaka fall delegerade den högsta politikern eller tjänstemannen uppgiften att bli intervjuad till en annan politiker eller tjänsteman i ledande position. Tiden för intervjuerna varierade från 12 till 48 minuter. Samtliga intervjuer transkriberades och utskrifterna analyserades av två, av varandra oberoende, utredare.

Dessa intervjuer med högsta politiker och tjänstemän utgör ett komplement till de intervjuer som Socialstyrelsen i samma syfte genomförde med 63 länsamordnare för arbetet med de aktuella överenskommelserna. Resultatet av intervjuerna med länsamordnare presenterades i sin helhet i den andra delrapporten [13].

Intervjuer med involverade i den lokala implementeringsprocessen

Fördjupande intervjuer med representanter för huvudmän som har varit involverade i den lokala processen med att implementera de aktuella överenskommelserna i kommunerna genomfördes mot bakgrunden i de två tidigare publicerade delrapporterna. Sammanställningarna av de läns gemensamma handlingsplanerna som publicerades i delrapporterna visade på stor variation beträffande bland annat målformuleringar, målgruppsbegrepp, arbetsmetoder, prioriterade målgrupper och sakområden i länen.

Intervjuer med personer involverade i den lokala implementeringsprocess genomfördes i syfte att få ökad kunskap och förståelse för hur regeringens nya, breddade strategi inom området psykisk hälsa, via de aktuella överenskommelserna, togs emot och implementerades på lokal nivå.

De fördjupande intervjuerna genomfördes i tre kommuner från tre olika län som valdes ut baserat på:

- olikheter i karaktär beträffande deras läns gemensamma handlingsplaner för psykisk hälsa
- geografisk spridning
- antal invånare i kommunen.

Implementeringsarbetet berör både kommunernas och regionernas implementeringsprocesser i de specifika lokala kontexterna. Intervjuer har genomförts med totalt 18 intervjudeltagare, på strategisk nivå och verksamhetsnivå, som varit involverade i implementeringsprocessen i tre kommuner:

- En liten kommun i Mellansverige med ungefär 10 000 invånare (ungefär två invånare per kvadratkilometer). Den läns gemensamma handlingsplanen som kommunen lämnade in återspeglar en hög grad av samverkan i länet och en samtidig hög grad av lokal förankring i de medverkande kommunerna.
- En medelstor kommun i nordöstra Sverige med ungefär 100 000 invånare (ungefär 50 invånare per kvadratkilometer). Den läns gemensamma handlingsplanen som kommunen lämnade in återspeglar en låg grad av samverkan i länet och den läns gemensamma handlingsplanen har en stark lokal förankring.
- En stor kommun i Sydvästra Sverige med ungefär 550 000 invånare (ungefär 1 200 invånare per kvadratkilometer). Den läns gemensamma handlingsplanen som kommunen lämnade in återspeglade en tydlig läns gemensam inriktning.

En innehållsanalys av intervjumaterialet genomfördes där textinnehållet sorterades utifrån de teman intervjudeltagarna pratade om.

Genomförande – del 2

Socialstyrelsen har använt sig av tre olika datakällor för att följa upp vilket utvecklingsarbete som kommuner och regioner har bedrivit inom ramen för de aktuella överenskommelserna under perioden 2016–2018 samt vilka eventuella förändringar detta arbete i sin tur har medfört.

I detta avsnitt beskrivs respektive datakälla, datainsamlings- och analysprocessen för samt begränsningar med respektive datakälla. Socialstyrelsens bedömning är att de olika datakällorna tillsammans möjliggör en mer komplett nationell bild av det utvecklingsarbete som kommuner och regioner har bedrivit inom ramen för de aktuella överenskommelserna, än de respektive datakällorna möjliggör var för sig.

Kommunernas och regionernas handlingsplaner inlämnade 2018

I oktober 2018 lämnade kommuner och regioner in totalt 21 länsgemensamma handlingsplaner till SKL. Utöver dessa lämnade 167 kommuner och sju regioner in egna handlingsplaner och/eller andra dokument relaterade till arbetet inom området psykisk hälsa. Varje handlingsplan kunde bestå av ett eller flera dokument.

Analys av handlingsplanerna

Socialstyrelsen genomförde en innehållsanalys av de länsgemensamma, kommunala respektive regionala handlingsplanerna och de andra inlämnade dokumenten. Analysen utgick från det textmaterial som kommuner och regioner uttryckligen formulerat i dessa dokument. Textavsnitt som beskriver vilka konkreta aktiviteter som genomfördes i kommunerna och regionerna under perioden 2016–2018, samt i förekommande fall förändringar som dessa i sin tur medförde, sorterades utifrån grupper av aktiviteter som framträdde under analysen och som beskriver typ av genomförd aktivitet. Oftast kunde en aktivitet bäst beskrivas genom att sorteras i flera grupper samtidigt. Eftersom det huvudsakliga syftet med analysen var att så verklighetsnära som möjligt beskriva helhetsbilden valde myndigheten därför, när så var lämpligt, att sortera en och samma aktivitet i flera grupper. Detta innebär att grupper av aktiviteter som analysen av handlingsplanerna resulterade i, i olika utsträckning, överlappar varandra. De grupper av aktiviteter som framträdde under analysarbetet analyserades därefter var för sig och undergrupper skapades. Dessa grupper beskrivs i resultatdelen i förhållande till varandra.

Begränsningar med handlingsplanerna som datakälla för uppföljning

Flera försvårande omständigheter begränsade möjligheten att enbart utifrån analysen av kommunernas och regionernas handlingsplaner och andra inlämnade dokument presentera en nationellt heltäckande bild av det arbete som har bedrivits i kommuner och regioner inom ramen för de aktuella överenskommelserna, vilka förändringar dessa i sin tur har medfört.

En begränsning är att inte alla kommuner och regioner lämnade in egna handlingsplaner, en annan är att inte alla inlämnade handlingsplaner innehåller en beskrivning av det utvecklingsarbete som genomförts under tidsperioden. Figur 3 visar hur många och vilken typ av handlingsplaner som lämnades in i oktober 2018 samt hur många av dessa som innehåller beskrivningar av genomförda aktiviteter.

Figur 3. Översikt över inlämnade läns-gemensamma, regionala samt kommunala handlingsplaner eller motsvarande dokument

Läns-gemensamma handlingsplaner (21 län)	Regionala handlingsplaner (21 regioner)	Kommunala handlingsplaner (290 kommuner)
• 21 inlämnade handlingsplaner • 20 handlingsplaner innehöll beskrivning eller omnämning av minst en genomförd aktivitet, och i förekommande fall förändringar som aktiviteten har medfört.	• 7 inlämnade handlingsplaner • 7 handlingsplaner innehöll beskrivning eller omnämning av minst en genomförd aktivitet och i förekommande fall förändringar som aktiviteten har medfört.	• 167 inlämnade handlingsplaner • 123 handlingsplaner innehöll beskrivning eller omnämning av minst en genomförd aktivitet och i förekommande fall förändringar som aktiviteten har medfört.

En annan begränsning är att trots att nästan alla läns-gemensamma och regionala handlingsplaner samt en relativt stor del av de kommunala handlingsplaner som lämnades in i oktober 2018 innehåller någon form av uppföljning av utvecklingsarbetet som har genomförts inom området psykisk hälsa, så varierar uppföljningarna avsevärt mellan de olika handlingsplanerna. I vissa handlingsplaner framförs det tydligt att de pågående eller genomförda aktiviteterna endast omfattar sådana aktiviteter inom området psykisk hälsa som finansieras av de aktuella stimulansmedlen. I andra handlingsplaner framförs det tydligt att de genomförda eller planerade aktiviteterna i stället omfattar allt som görs inom området psykisk hälsa, oavsett med vilka ekonomiska medel dessa finansieras. Många handlingsplaner saknar dock helt sådana klargöranden.

Beskrivningarna av de genomförda aktiviteterna och utvecklingsarbetena i kommuner och regioner varierar mellan olika. I vissa handlingsplaner är aktiviteterna välbeskrivna, det beskrivs när de är genomförda och om det finns någon form av uppföljning. I relativt många andra handlingsplaner nämns en genomförd aktivitet endast vagt med ett eller några få ord i en tabell eller i en bisats i den löpande texten. Många gånger är det inte möjligt att utläsa när aktiviteterna genomfördes. I de analyserade handlingsplanerna används många gånger ett neutralt språk och obestämt tempus som inte tillåter att avgöra huruvida en aktivitet endast är planerad eller om den faktiskt är genomförd.

Beskrivningarna av genomförda aktiviteter eller uppföljningarna är även i varierande grad kopplade till specifika kort- och långsiktiga mål som på

olika sätt presenteras i handlingsplanerna. Uppföljningarna varierar också utifrån hur de uppsatta målen är formulerade. Vissa mål är väldigt kortsiktiga och formulerade i form av checklistor där varje genomfört steg i arbetet på området betraktas som uppfyllelse av ett mål. Uppföljningen av sådana mål fokuserar på att boka av vilka aktiviteter eller delaktiviteter som har genomförts och vilka som inte har genomförts. Andra mål är betydligt mer långsiktiga och övergripande och representerar snarare slutresultaten av ett långsiktigt arbete med en mängd delsteg. I sådana mål formuleras i stället kortsiktiga eller långsiktiga önskvärda förändringar i samhället, i verksamheter eller hos olika målgrupper. Uppföljningarna av dessa mål varierar från att redovisa mer övergripande statistik som berör de önskvärda förändringarna, men där det inte alltid är tydligt hur en eventuell förändring i statistiken kan kopplas till en genomförd aktivitet, till att man har gjort egna uppföljningar med enkäter till eller intervjuer med relevanta målgrupper.

Resultatredovisningen som följer av Socialstyrelsens analys av de inlämnade handlingsplanerna inkluderar allt som myndigheten har kunnat urskilja är pågående eller genomfört utvecklingsarbete och som har kunnat relateras till perioden 2016–2018.

Uppgifter inrapporterade i SKL:s inmatningsverktyg

I de aktuella överenskommelserna specificeras det att SKL åtar sig att ta fram en mall för datainsamling från analyser och handlingsplaner i syfte att göra nationella jämförelser som i sin tur kan vara ett stöd för kommuner och regioner i det lokala förbättringsarbetet. Detta resulterade i att SKL tog fram ett inmatningsverktyg innehållandes flera enkäter med frågor gällande kommunernas och regionernas handlingsplaner, genomfört arbete samt hur de har använt de stimulansmedel som har fördelats till dem via de aktuella överenskommelserna. Inrapportering av data i SKL:s inmatningsverktyg var obligatoriskt för kommuner och regioner för att kunna behålla de fördelade stimulansmedlen.

Kommunerna och regionerna fick i SKL:s inmatningsverktyg, i oktober 2018, besvara varsin enkät gällande handlingsplanerna och den ekonomiska redovisningen för de allmänna stimulansmedlen. Regionerna fick dessutom besvara en enkät för varje särskild satsning där de ombads beskriva upp till tre exempel på genomförda eller påbörjade initiativ som de tror kan ha särskilt positiv effekt för de målgrupper som omfattas av varje enskild särskild satsning samt hur regionen använt de särskilda stimulansmedlen för ändamålet.

Analys av uppgifter inrapporterade i SKL:s inmatningsverktyg

De redovisade uppgifterna i alla enkäter består både av kvalitativa och kvantitativa data. Delar av denna information, relevanta för uppföljningen, analyserades och utgör ett komplement till informationen från handlingsplanerna. Kvantitativa data sammanställdes med beskrivande statistik, medan kvalitativa data sorterades och analyserades enligt samma metod som för handlingsplanerna.

Socialstyrelsen analyserade också de ekonomiska redovisningar som 290 kommuner och 21 regioner rapporterade i SKL:s inmatningsverktyg. Separata analyser och sammanställningar gjordes för de allmänna stimulansmedlen fördelade till kommuner respektive regioner samt för stimulansmedel fördelade till regioner för respektive särskild satsning.

Socialstyrelsen grupperade alla insatser som kommuner respektive regioner redovisade på ett övergripande plan, så att det framgick vilken typ av insats stimulansmedel bekostade. Många insatser passade dock in i flera grupper. För att så långt som möjligt redovisa fördelningen av stimulansmedlen mellan olika typer av aktiviteter, placerades en beskriven aktivitet endast i en grupp av aktiviteter. Exempelvis kunde stimulansmedel ha använts för att anställa personal för att öka tillgängligheten till vården – en insats som passar lika bra i gruppen ”bemanning” som i gruppen ”ökad tillgänglighet till vård”. I sådana här fall är det den direkta aktiviteten som stimulansmedel har finansierat som avgjorde valet av grupp, vilket i det här exemplet var bemanning.

Begränsningar med SKL:s inmatningsverktyg som datakälla för uppföljning

Många frågor i SKL:s enkät är inte relevanta för uppföljningen av vad som faktiskt har genomförts inom ramen för de aktuella överenskommelserna. Beskrivna exempel på genomförda eller påbörjade initiativ som kommuner och regioner tror kan ha särskilt positiv effekt finns enbart för de särskilda satsningar, för vilka enbart regioner fick stimulansmedel, men inte för de allmänna stimulansmedlen. Per definition omfattar inte heller de upp till tre beskrivna exemplen per region allt som har genomförts i regionerna.

Beskrivningarna av vad som bekostats av stimulansmedel är mycket begränsade och oftast beskrivna med endast ett eller några få ord, vilket ofta gör det svårt att utläsa vad som faktiskt har bekostats med dessa medel. I vissa fall anges flertal olika aktiviteter eller satsningar men endast en totalsumma anges, vilket inte ger möjlighet att utläsa hur mycket stimulansmedel som har använts för vilken aktivitet eller satsning.

Socialstyrelsens uppföljningsenkät till kommuner och regioner

Som komplement till de behovsanalyser, handlingsplaner och övriga uppgifter som kommuner och regioner har rapporterat till SKL skickade Socialstyrelsen ut en egen uppföljningsenkät (se bilaga 5). Syftet med enkäten var att identifiera vilka specifika utvecklingsarbeten inom området psykisk hälsa som just dessa överenskommelser har möjliggjort under perioden 2016–2018. Vidare var syftet med enkäten att inhämta ett fördjupat underlag gällande dessa utvecklingsarbeten samt de eventuella förändringar de har medfört.

- Kommuner och regioner ombads att identifiera och beskriva upp till fem exempel på utvecklingsarbeten som de aktuella överenskommelserna 2016–2018 har möjliggjort och som har varit särskilt viktiga för den enskilda kommunen eller regionen.

- För varje exempel ombads kommuner och regioner att besvara fördjupade frågor gällande förändringar som det genomförda utvecklingsarbetet eventuellt har medfört för de operativa verksamheter, brukare eller patienter, befolkningen i stort, politiska prioriteringar eller beslut samt övergripande strategiskt arbete inom området psykisk hälsa i den enskilda kommunen eller regionen.
- För varje exempel ombads kommuner och regioner att besvara fördjupade frågor om:
 - hur det valda utvecklingsarbetet har finansierats
 - hur viktiga stimulansmedlen, respektive de arbetsprocesser som överenskommelserna bidragit till, har varit för genomförandet av de valda utvecklingsarbetena
 - hur troligt det är att de valda utvecklingsarbetena kan fortsätta oberoende av framtida inriktningar på överenskommelser eller framtida stimulansmedel.
 - Slutligen ställdes en fråga om vilka utmaningar, svårigheter eller hinder i den enskilda kommunens eller regionens arbete inom området psykisk hälsa de ser som viktigast att finna lösningar för inom de närmaste 10 åren.

Enkäten skickades ut via mail till samtliga kommuner och regioner den 26 november 2018 och kontaktpersonerna hade möjlighet att besvara enkäten senast den 15 januari 2019. Då flera kommuner begärde förlängd svarstid förlängdes denna till den 7 februari 2019. Totalt besvarade 184 kommuner och 17 regioner enkäten.

Analys av uppgifter insamlade via Socialstyrelsens uppföljningsenkät

Svaren i enkäten består av både kvalitativa och kvantitativa data. De kvalitativa beskrivningarna av pågående eller genomförda utvecklingsarbeten liksom de förändringar dessa har medfört analyserades på samma sätt som informationen från handlingsplanerna. Texten analyserades kvalitativt och grupperades utifrån typ av utvecklingsarbete respektive förändring.

De beskrivna utvecklingsarbetena kunde oftast bäst beskrivas av flera grupper och sorterades därmed i samtliga relevanta grupper. Socialstyrelsens bedömning är att den nationella helhetsbilden av utvecklingsarbeten genomförda inom ramen för de upp till fem valda exemplen på detta sätt illustreras så detaljerat som möjligt. I resultatdelen presenteras frekvenssammanställningar av antalet utvecklingsarbeten som berör respektive grupp av aktiviteter.

En fördel med data insamlad via Socialstyrelsens uppföljningsenkät är att de beskrivna utvecklingsarbetena direkt kan knytas till de aktuella stimulansmedlen fördelade via överenskommelserna 2016–2018 och är särskilt viktiga för enskilda kommuner respektive regioner. Ytterligare en fördel är att de insamlade uppgifterna möjliggör en fördjupad beskrivning av överenskommelsernas betydelse för, och förändringar till följd av, genomförda utvecklingsarbeten.

Begränsningar med Socialstyrelsens enkät som datakälla för uppföljning

En begränsning med data insamlad via Socialstyrelsens uppföljningsenkät är att beskrivningarna av utvecklingsarbeten, liksom i handlingsplanerna och inrapporteringar i SKL:s inmatningsverktyg, många gånger är kortfattade, vaga och ottydligt beskriver vad som faktiskt har genomförts. I andra fall består beskrivningarna av exempelvis bakgrund, vision eller planering för utvecklingsarbete. I möjligaste mån har Socialstyrelsen vid analysen av data fokuserat på utvecklingsarbete som redan genomförts eller är pågående.

De beskrivna förändringarna är också ofta skrivna på ett sätt som gör det svårt att avgöra om dessa gäller faktiska förändringar eller endast resonemang om möjliga eller förväntade förändringar. Ibland var det också svårt att utläsa huruvida en förändring hade inträffat som följd av det beskrivna utvecklingsarbetet, eller innan och därmed utgjort en förutsättning för att utvecklingsarbetet har varit möjligt att genomföra. Det sistnämnda gäller framförallt förändringarna gällande det övergripande strategiska arbetet i kommuner och regioner samt politiska beslut och prioriteringar.

Genomförande – del 3

Uppföljningen av de särskilda satsningarna på barn och unga, primärvården, och brukarmedverkan bygger också till stor del på de handlingsplaner, med eventuella bilagor, som regioner har lämnat in samt på information som dessa har rapporterat i SKL:s inrapporteringsverktyg. Därmed är både analysen av materialet och resultatredovisningen gällande de särskilda satsningarna förknippade med samma begränsningar som beskrevs för respektive datakälla i det tidigare avsnittet.

Vid analysen extraherades textavsnitt relevanta för de specifika frågeställningarna³ för varje enskild särskild satsning från handlingsplanerna och från SKL:s inmatningsverktyg. Svaren sammanställdes per region och fråga. Därefter granskades texten för varje enskild fråga för att systematisk identifiera likheter och skillnader mellan regioner. Det kvantitativa dataunderlaget från SKL:s inmatningsverktyg sammanställdes, analyserades och presenteras löpande i rapporten i form av diagram och tabeller.

Övergripande kommentar

Resultat som presenteras i resultatdelen är enbart baserat på information som kommuner och regioner har valt att inkludera i handlingsplaner, SKL:s inmatningsverktyg och Socialstyrelsens uppföljningsenkät. Det är möjligt att ytterligare utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa har bedrivits lokalt och regionalt under tidsperioden 2016–2018 men inte identifierats via de datakällor som Socialstyrelsen har använt som underlag för denna rapport.

³ Fullständig specifikation av frågeställningar för respektive särskild satsning återfinns i avsnitt "Överenskommelsen 2018".

Resultat

Resultatdelen är indelad i följande tre delar:

Den första delen beskriver hur de aktuella överenskommelserna har tagits emot i kommuner och regioner och hur huvudmän har tagit sig an arbetet med dessa.

Den andra delen beskriver det utvecklingsarbete som kommuner och regioner har bedrivit under perioden 2016–2018, inom ramen för de aktuella överenskommelserna, de förändringar detta arbete i sin tur har medfört samt överenskommelsernas betydelse för utvecklingsarbetet som har bedrivits.

Den tredje delen sammanställer regionernas redogörelser för de konkreta frågeställningar specificerade i 2018 års överenskommelse gällande de särskilda satsningarna på barn och unga, primärvården, ungdomsmottagningar, brukarmedverkan samt asylsökande och nyanlända.

Del 1: Intervjuer med huvudmän

Som en del av Socialstyrelsens uppföljning av arbetet som kommuner och regioner har bedrivit inom ramen för de aktuella överenskommelserna har myndigheten fokuserat på att:

- utifrån olika aktörers perspektiv undersöka vilka förutsättningar som är viktiga för att bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa
- undersöka förutsättningar och villkor för kommuner och regioner att arbeta med överenskommelserna och samverka med varandra och med andra aktörer
- ta del av erfarenheter från arbetet med de aktuella överenskommelserna i kommuner och regioner.

Socialstyrelsen har för dessa ändamål via två intervjuerier samlat in data från representanter för kommuner och regioner. I delrapporten som Socialstyrelsen publicerade i maj 2018 undersökte myndigheten detta utifrån länssamordnarnas perspektiv med 63 representanter från kommuner och regioner i alla 21 svenska län. I den här rapporten ämnar Socialstyrelsen komplettera denna bild med ett perspektiv som utgår dels från de högsta politiker och tjänstemän i kommuner och regioner, dels från representanter för huvudmän som varit involverade i den lokala processen med att implementera de aktuella överenskommelserna.

Intervjuer med representanter för huvudmän i ledande position

Totalt intervjuades 16 tjänstemän samt förtroendevalda i ledande positioner i fyra strategiskt utvalda regioner och fyra slumpmässigt utvalda kommuner om deras erfarenheter och tankar kring de aktuella överenskommelserna. Exempelvis intervjuades landstingsdirektörer, socialchefer inom kommuner, ordföranden i landstingsstyrelser eller kommunstyrelser.

I intervjuerna beskriver intervjudeltagarna sina roller som huvudsakligen övergripande på politisk och strategisk nivå och att de därmed inte besitter detaljkunskaper inom området psykisk hälsa eller ohälsa. Flera uppfattar sig själva som långt ifrån området och ett flertal är nya i sina uppdrag.

Samtliga intervjudeltagare känner till överenskommelserna och den egna handlingsplanen för psykisk hälsa, men däremot varierar kunskapen om handlingsplanens innehåll och tillämpning. Några beskriver att de deltagit i beredningen av ärenden i fullmäktige som berört handlingsplanen. Den har också diskuterats i ledningsstrukturer där intervjudeltagare ingår. Andra intervjuade läser främst sammanfattningar och rapporter för att få inblick i och överblick över området psykisk hälsa och ohälsa.

Några intervjudeltagare har överlåtit ansvaret för området psykisk hälsa till andra personer, även om de själva i formell mening fortfarande är ytterst

ansvariga. Några saknar helt inblick och hänvisar till att arbetet inom området ligger på någon annans bord.

Överenskommelsernas breddade ansats

Intervjudeltagare lyfter fram flera aspekter i relation till fokusbreddningen i och med 2016 års överenskommelse, från psykisk ohälsa till psykisk hälsa. Reflektionerna handlar såväl om möjligheter som risker med den bredare ansatsen.

Möjligheter med en breddad ansats

Intervjudeltagare ser överenskommelsen om stöd till riktade insatser på området psykisk hälsa som central bland de överenskommelser som regeringen har med SKL. Dessa överenskommelser innebär möjligheter att lyfta frågor om psykisk hälsa och ohälsa. Likaså menar intervjudeltagarna att den hjälper till att förändra inställningen till psykiatri. Några betonar att psykiatrisk vård och omsorg fortfarande inte har samma status som somatisk vård och omsorg – och att detta behöver förändras.

Flera intervjudeltagare menar att överenskommelserna på området psykisk hälsa associeras med kvalitetssäkring av och resurser till den psykiatriska vården. De ser detta som positivt och menar att överenskommelserna bidragit till att minska stigmatiseringen förknippad med psykisk ohälsa. Samtidigt menar de att befolkningens psykiska hälsa och ohälsa fortfarande kommer i skymundan och att frågorna fortfarande inte har hög status i den lokala kontexten.

Överenskommelsernas breddade ansats sedan 2016 har varit en ögonöppnare, menar flera intervjudeltagare. Vissa beskriver att de tidigare haft diskussioner om särskilda målgrupper liksom brist på samverkan mellan huvudmän i individernas omedelbara närhet utan att beakta det större sammanhanget som inbegriper hela befolkningens psykiska hälsa. De noterar att överenskommelserna i den lokala kontexten möjliggör att perspektivet på psykisk hälsa vidgas utanför psykiatri. De lyfter fram en rad aktörer som relevanta för arbetet inom området psykisk hälsa i den lokala kontexten – exempelvis skola, arbetsplatser, primärvård och första linjen för barn och unga – och pekar på de vinster det kan innebära för enskilda individer och för samhället när aktörer ingriper tidigt. Några intervjudeltagare påpekar dock behovet av en ”mellannivå”, för personer som ännu inte utvecklat allvarlig psykisk ohälsa, och menar att insatser på den nivå som i överenskommelsen kallas ”tidiga insatser” behöver breddas.

Intervjudeltagarnas bedömning är att den breda ansatsen lättare öppnar upp för och möjliggör prioriteringar utifrån lokala behov. De uttrycker att det breda perspektivet i de aktuella överenskommelserna i vissa fall inneburit att de i den lokala kontexten inte behövt prioritera bort sådant som de upplever som viktigt. En intervjudeltagare menar att möjligheten att lokalt kunna prioritera har inneburit ökad arbetsglädje. De intervjuade uppskattar handlingsfriheten, exempelvis i termer av att kunna anpassa insatserna efter lokala behov.

I mindre kommuner beskriver intervjudeltagare att de inte har möjlighet att ha personal på heltid som arbetar med frågor som berör psykisk hälsa.

Därför, menar de, är det strukturerade regionala arbetet positivt för dem. De uttrycker att det i regionala samarbetet finns en medvetenhet om kommunernas varierande karaktärer och förutsättningar. Möjligheten att utbyta erfarenheter och få stöd beskriver intervjudeltagarna som en stor tillgång.

Ytterligare möjligheter som intervjudeltagarna nämner i samband med överenskommelserna inkluderar en mångfald av aspekter, metoder och arbetssätt. Dessa inkluderar attitydarbete, brukarmedverkan, hälsosamtal, vidarelotsning till andra aktörer, ledning och styrning, hälsoekonomi samt att söka efter samband i komplexa sammanhang.

Risker med en breddad ansats

En intervjudeltagare menar att en risk med de breda överenskommelserna är att man tror sig kunna utföra mer än man kan i praktiken. En närliggande risk, som flera intervjudeltagare lyfter fram, är att en alltför bred ansats kan leda till att man inte fokuserar ordentligt på någonting. Ytterligare en risk som de intervjuade identifierar med ansatsen är att svaga grupper ibland faller utanför satsningarna. Flera beskriver att de svårast sjuka tenderar att inte inkluderas i satsningar som bedrivs inom ramen för överenskommelserna. En intervjudeltagare menar även att beroendevården hamnar utanför satsningen, trots att sådan vård ofta berör personer med stödbehov från flera olika huvudmän.

Flera intervjudeltagare är tydliga med att de fortfarande, även med den bredare ansatsen i överenskommelserna, tvingas prioritera bland omfattande lokala behov då de inte kan möta alla behov samtidigt. I sammanhanget framhåller de svårigheten att prioritera mellan olika gruppers behov.

Vad vore ett bra resultat av överenskommelserna?

Med utgångspunkt i den breda ansatsen fick intervjudeltagarna identifiera vad de skulle tycka vore ett bra resultat av de aktuella överenskommelserna. Mångfalden i deras svar speglar, i sig, den breda ansatsen. Svaren sträcker sig såväl över organisationsnivåer som mellan insatsområden. Vissa intervjudeltagare menar att ett bra resultat skulle ligga på nationell nivå, medan andra beskriver ett gott resultat utifrån överenskommelsernas effekter för den enskilde individen. En del intervjudeltagare kan inte konkretisera ett bra resultat. Såväl förebyggande insatser, tidiga insatser som behandlande insatser vid svår psykisk sjukdom finns representerade bland exemplen på ett bra resultat av överenskommelserna. Här följer tre exempel på svar:

Ett bra resultat är att region och kommun har upprättat ett antal gemensamma målbilder, där man, oavsett vem som är ansvarig för verksamheten, har satt medborgarna och olika målgrupper i centrum och utgått från deras behov. Och sedan utifrån det gör man bra handlingsplaner och så delar man upp ansvaret.

Ja, ett bra resultat är väl, tycker jag, att man... implementerar ett eller ett par... insatser i den mer löpande verksamheten, dvs. att man uppfattar att man har... hittat ett sätt att jobba och samverka med andra aktörer kring en viss fråga, som gör att den lever vidare som en del i det ordinarie arbetet efter det som då blir den här treårsperioden.

Ett bra resultat, ja det är att fler ungdomar passerar grundskolan, att de går till gymnasiet, att man – det är diffust att säga resultat – att man känner sig trygg och att man har en tillit till personalen inom äldreomsorgen.

Att uppnå resultaten

Intervjudeltagarnas åsikt om huruvida och hur resultaten kan uppnås varierar. Vissa är optimistiska. En intervjudeltagare betonar att hela idén med politiken är tron på att det går att förändra samhället. Andra intervjudeltagare är mindre optimistiska i relation till de specifika sammanhang de befinner sig i. I en kommun beskriver den intervjuade att svårigheten att rekrytera personal är ett direkt hinder för att uppnå de resultat man annars skulle hoppas på.

Samtidigt poängterar flera intervjuade att arbetet inom området psykisk hälsa är långsiktigt och att det inte går att förvänta sig omedelbara resultat. Flera intervjudeltagare beskriver denna långsiktiga process som att de nu påbörjat en resa och att de ännu inte kommit fram till målet.

Det framkommer i intervjuerna att behov och förutsättningar varierar mellan kommuner. På en liten ort är ibland tillgängligheten till specialiserad vård sämre än i en större stad, något de menar är viktigt att arbeta med inför framtiden.

Man får inte samma vård om man bor i... som om man bor i..., exempelvis. Det blir väldigt mycket krångligare och det är sådant... Men det har vi tagit att vi ska jobba med under 2018, hur vi ska kunna få mer likvärdig vård.

Svårigheten att mäta resultat

Intervjudeltagarna är samstämmiga i att det är svårt att mäta resultat och effekter av arbetet på området. De påpekar särskilt att det är svårt att uppskatta hur situationen hade varit om de inte genomfört insatserna samt att det är svårt att mäta effekter av förebyggande arbete som isolerade fenomen.

Alltså hur mäter man på en samhällsnivå om man har en minskad... psykisk ohälsa? På vilka kriterier utvärderar man det? ... Däremot kan man väl säga såhär: Det är klart att andra saker kan man ju mäta. Man kan mäta tillgänglighet och... delaktighet och rättigheter, och lite missbruk kan man ju titta på, på ett annat sätt. Men just det här väldigt breda anslaget, det är väldigt svårt.

Däremot lyfter de intervjuade fram utbildningssatsningar och nätverkssamarbeten som möjliga exempel på mätbara resultat, främst i den bemärkelsen att det är lättare att värdera vad som uppnåtts i termer av exempelvis utbildningar och nätverksbyggande. De betonar dock att det sedan inte går att mäta vad dessa insatser leder till för befolkningens psykiska hälsa överlag.

Andra mätbara mått som intervjudeltagarna berör är självmordsfrekvens och självskattad psykisk hälsa. Likaså menar de att kvalitetsregister kan vara användbara för att mäta resultat, något de menar ännu inte implementerats inom psykiatrin i samma utsträckning som inom övriga hälso- och sjukvården. Vidare identifierar intervjudeltagarna tillgänglighet och väntetider som tänkbara mätbara resultat, dock inte för att följa upp det förebyggande och främjande arbetet på befolkningsnivå, utan snarare det arbete som sker i senare skeden av ett ohälsförlopp.

Särskilt med tanke på svårigheten att mäta resultat och effekter av dessa breda satsningar med flera inblandade samhällsaktörer, efterfrågar intervjudeltagare nationell återkoppling på det arbete som bedrivs lokalt inom ramen för överenskommelserna. En tydligare dialog mellan givare och mottagare av stimulansmedel skulle underlätta för mottagarna att veta vad som fungerar, vad som bör förändras och hur sådana förändringar bör mätas.

Samverkan som del i arbetet med överenskommelserna

Synen på vad samverkan innebär varierade mellan intervjudeltagarna. Medan någon var tydlig med att definiera ansvarsgränser mellan olika aktörer, hävdade en annan intervjudeltagare vikten av att hitta samverkansformer som tillåter att man går över varandras gränser.

Även om samverkan uppfattades som någonting svårt, betonade flera av intervjudeltagarna de positiva konsekvenserna av samverkan inom ramen för överenskommelserna. Några beskrev att arbetet med överenskommelserna inneburit att olika aktörer lärt sig att arbeta bättre tillsammans.

De intervjuade ger även förslag på att andra aktörer som torde inkluderas i samverkansarbetet, exempelvis Försäkringskassan. En intervjudeltagare identifierar samarbetsvilja som en förutsättning för synergieffekter, och synergieffekter som en förutsättning för att klara utmaningen i överenskommelserna.

Förståelse för varandra

Att uppnå samförstånd inom området psykisk hälsa beskriver intervjudeltagarna som en förutsättning för att olika aktörer på regional nivå ska komma igång och samverka. De betonar vikten av att lokalt skapa överenskommelser i övergångarna mellan olika aktörers ansvarsområden. Flera intervjudeltagare refererar till organiseringen som den ser ut i termer av ”stuprör”, med en samtidig förhoppning att ökad samverkan kan minska de negativa konsekvenserna av stuprörsorganiseringen. I detta sammanhang, betonar flera intervjudeltagare att området psykisk hälsa inte är bara en, utan flera, aktörers angelägenhet. Detta illustreras med följande exempel:

En komplicerande faktor är ju att psykisk hälsa inte bara är landstingets angelägenhet utan det är också en kommunal angelägenhet... Samverkan mellan de här tre olika parterna, jag får väl säga det ändå, sjukhus, alltså den slutna psykiatri eller den specialiserade psykiatri, psykiatri primärvård och också kommunerna, att den här samverkan inte är så lätt. Det händer att patienter och överenskommelser hamnar mellan stolarna. Så det är en inbyggd utmaning att ha det på tre huvudmän, eller tre huvudvårdgivare och i vårt fall också [antal] kommuner.

En svårighet med samverkan som någon intervjudeltagare identifierade är att skapa en gemensam bild och konsensus mellan kommuner, regioner och brukarorganisationer. En metafor som någon använde för att öka förutsättningarna för ett fungerande samarbete var att ”byta bilder med varandra”, för att förstå den andra partens syn.

Gemensamt ansvarstagande

Flera intervjudeltagare beskriver samverkan som viktigt för att individer inte ska ”falla mellan stolarna”. Ett förhållningssätt som underlättar samverkan beskriver någon i termer av att undvika att tänka ”mitt och ditt” och i stället tänka ”vårt” ansvar för befolkningens bästa.

Intervjudeltagare berättar att det i praktiken är lätt hänt att olika aktörer skjuter över ansvaret på varandra och att ingen vill ta kostnaden för en gemensam insats, som i detta exempel:

Om man börjar bolla vem som tar ansvar för att det här är möjligt – då är det lätt att man... inte samverkar, för man tycker alltid att det är någon annan.

En intervjudeltagare beskriver att det i dagsläget saknas djupare samverkan som innebär att olika aktörer upplever att ansvaret är gemensamt. Denne menar att arbetet inom ramen för överenskommelserna – ett påtvingat samarbete – är ett sätt att undvika att ingen vill ta ansvar. Samma intervjudeltagare konstaterar också att om en aktör tar ett större ansvar inom ett gemensamt område så ”straffas” den aktören ekonomiskt. Detta försvårar, menar den intervjuade, ett gemensamt ansvarstagande:

Om vi gör en rejäl insats på ett område i kommunen så kanske det är landstinget som får vinsterna av det, en friskvårdssatsning. Och där är vi dåliga på att glädjas åt resultatet...

En annan intervjudeltagare betonar vikten av att samverkan inte används som ett sätt att dölja att man själv gör ett dåligt jobb. Intervjudeltagaren menar vidare att samarbete tvärtom bör bygga på att man gör något väldigt bra och att det därmed skapar synergieffekter att arbeta tillsammans. Detta kräver dock att alla inblandade vet vad de har ansvar för.

Samverkan för individens bästa

Samverkan inom området psykisk hälsa beskriver intervjudeltagarna som samverkan på flera olika nivåer – allt ifrån organisering till hantering av

enskilda ärenden. Vidare beskriver de att samverkan omfattar olika stadier i ett förlopp, från förebyggande arbete för psykisk hälsa till högspecialiserat arbete med pågående psykisk ohälsa.

Det framgår av intervjuerna att olika aktörer blir centrala parter i samverkansfrågor beroende på vilka målgrupper som står i fokus. Många intervjudeltagare lyfter fram skolan som en viktig och central aktör vad gäller samverkan kring barn och unga.

Samverkan för individens bästa inom välfärdssystemet beskriver intervjudeltagare inte bara som något för praktiker, utan även för strateger och politiker. Flera intervjudeltagare poängterar vikten av och utmaningen i att samverka kring enskilda individer utifrån deras situation, som i detta exempel:

Jag ser det när det gäller funktionshindrade barn och deras föräldrar. Vi måste liksom organisera oss utifrån hur de har det, inte utifrån våra egna så att säga stuprör. Det tycker jag är den stora utmaningen, att underlätta och göra det enklare att vara patient och medborgare. Det tror jag att de som har psykisk ohälsa skulle vinna otroligt mycket på.

Samverkan mellan kommuner och regioner

En aspekt som intervjudeltagarna lyfter är att förutsättningarna ser olika ut i olika kommuner. Mindre kommuner som inte själva kan lägga så mycket resurser på område psykisk hälsa och ohälsa upplever, enligt flera intervjuade, att de i arbetet med handlingsplanen har fått bra regionalt stöd.

Som politiker tycker jag att det är ett otroligt stöd att man har kontakt med andra kommuner och hur de gör och hur vi skulle kunna göra tillsammans. För vissa delar kan ju inte en så här liten kommun som [namn], svara upp på, utan vi måste ha samverkan. Och det är ju det som är positivt känner jag, med det här arbetet då.

Av intervjuerna framgår även en variation i hur huvudmännen i ett län organiserar samverkan mellan regionen och de olika kommunerna. En intervjudeltagare berättar att det egna länet gjorde samma avtal med alla kommuner och att variationen mellan kommunerna beträffande befolkningsmängd och befolkningsstruktur innebar att detta var problematiskt.

Det är klart, ska man göra ett avtal så ska det ju göras för alla kommuner, men det är klart, lägger man det för lågt är ju inte det i närheten av det som kanske man behöver göra i [namn] eller [namn]. Lägger man det för högt så kanske inte är intressant att ta del av för mindre kommuner. Så det är ju en avvägning man behöver göra.

En intervjudeltagare berättar om en motsatt strategi i det egna länet. Tidigare var förhållningssättet att alla kommuner skulle säga ja för att utveckla samarbete kring en fråga. Nu är i stället förhållningssättet att samverkan

kring en fråga börjar när en eller flera kommuner uttrycker att de önskar samverka med regionen.

Förr så fanns det mer en attityd om att om vi ska göra något, landstinget och våra [antal] kommuner, så måste alla [antal] kommuner vara med samtidigt. Och då blir det lite så här att sista vagnen är den som bromsar alla. Vi har vänt på det och så har vi sagt att landstinget jobbar för hela [namn] men vi kan inte invänta sista kommunen, utan vi börjar med de som vill börja med utvecklingsprojekt och samverkansprojekt. Det är klart att det kan man ju ifrågasätta, det sättet att jobba på... Sedan tror jag på det goda exemplet och jag tror på att om landstinget och fyra kommuner gör en väldigt bra grej tillsammans, då kommer de andra kommunerna att se det och vilja följa med sedan. För så brukar det också funka. Men där kan jag se en tydlig fördel med att, att man riktar pengar på det sättet, för det är klart att det snabbar säkert upp processerna, det tror jag.

Att bygga hållbara strukturer för samverkan

Flera intervjudeltagare ser skapandet av förankring med hjälp av strukturer som en viktig strategisk fråga. De beskriver att ett omfattande samverkansarbete har byggts upp i länet – såväl innan överenskommelserna kom, som till följd av de senaste årens arbete med gemensamma strategier och handlingsplaner.

Enligt intervjudeltagarna innebär detta att etablerade samverkansstrukturer nu finns, som är redo att användas när nya frågor av gemensam karaktär dyker upp. Ett aktuellt exempel på samverkansstrukturer, som flera intervjudeltagare nämner, handlar om rutiner för utskrivning från slutenvården.

Samtidigt som flera intervjudeltagare identifierar fördelar med samverkansarbete, uttrycker de en önskan om bättre samarbete, särskilt där det är långt mellan orter och där stödfunktioner har avvecklats. Intervjudeltagarna återkommer ofta till behovet av stabila strukturer för samverkan, där det framkommer att sådana saknas i vissa kommuner. Några intervjudeltagare berättar att komplicerade mönster av samverkansgrupper har byggts upp i stället för stabila strukturer, som illustreras med detta citat:

Vi har trasslat in oss i ett väldigt komplicerat kopplingsschema av samverkansgrupper, beslutsgrupper och politiska grupper när det gäller just samverkan mellan kommun och landsting.

De beskriver att den komplicerade organiseringen är en följd av tidigare satsningar inom området. Någon menar att tidigare satsningar inte haft ambitionen att skapa långvariga och hållbara strukturer, utan snarare att höja psykiatriens värde och innehåll. Dessutom betonar en intervjudeltagare att strukturbygge inte får förväxlas med enskilda tjänstemäns förmåga att utföra stordåd. När sådana personer inte längre finns kvar i organisationen uppdagas det ofta att hållbara strukturer saknas. Någon pekar dessutom på risken att bygga strukturer kring ett stimulansmedel – för om

stimulansmedlen försvinner kommer strukturerna försvinna. Andra intervjudeltagare beskriver att risken för detta undviks genom att på vissa håll placera arbetet med psykisk hälsa i redan befintliga och fungerande strukturer:

Det som oroar också, är att man bygger upp en struktur kring medel och sedan så... försvinner de här överenskommelserna. Det har vi ju sett på andra områden. Då kan det ju få också en motsatt effekt, så då blir det ingenting på det området. Det kan ju faktiskt ställa till det ganska ordentligt.

Vi använder vår plattform som vi har till andra frågor som det är samordning med kommunerna kring. Och det tror jag är en framgång om man faktiskt får möjlighet att göra det. För annars skapar man bara olika saker för just överenskommelsens skull.

Styrning inom området psykisk ohälsa

Lokal anpassning och lokala möjligheter

Ett återkommande tema bland intervjudeltagarna är statens styrning inom området psykisk ohälsa. De menar att den kunskap som finns på lokal nivå är värdefull. Flera intervjudeltagare efterfrågar därför generella och långsiktiga bidrag för att kunna möta befolkningens behov och bygga upp hållbara verksamheter på lokal nivå. Flera intervjudeltagare menar också att den breda ansatsen i överenskommelserna är ett steg på vägen mot mindre detaljstyrning, men ser det fortfarande som ett riktat bidrag. De intervjudeltagare som uttrycker kritik mot de riktade bidragen nämner att områden kan bli undanträngda på grund av bristande resurser, till förmån för andra områden till vilka statsbidrag riktas – oavsett vilket område som den specifika kommunen har störst behov av att satsa på. Några menar att detta har skapat aversioner inom den egna organisationen. Intervjudeltagare beskriver också att detaljstyrning kan radera något som byggts upp på ett visst sätt, där någon pekar på styrsignaler kring ungdomsmottagningar som ett exempel:

Vi har byggt upp en första linjen. Och nu kom diskussionen kring att då skulle man ju helt plötsligt också arbeta med ungdomsmottagningarna. Och vi har ju lagt den verksamheten i stora delar i barn- och ungdomspsykiatri, i någon typ av första linjen-verksamheten där. Och så kommer då från staten och SKL att nu ska ungdomsmottagningar också ha roll i detta...

Olikheter inom landet innebär, enligt intervjudeltagarna, att alla inte har samma möjligheter och förutsättningar att leva upp till detaljstyrningar. Någon förtydligar att det som är möjligt att genomföra för stora kommuner inte alltid är möjligt att genomföra i mindre kommuner. Flera intervjudeltagare ser därför tillitsstyrning som något positivt, eftersom det

möjliggör lokala tillämpningar. Flera intervjudeltagare uttrycker att de vill se mer av tillitsstyrning, som i detta exempel:

Alltså, vi vet att Sverige inte ser likadant ut i hela Sverige. Vi har tätbefolkade områden, vi har väldigt glest befolkade, vi har... väldigt olika kommunstrukturer, vi har väldigt olika förutsättningar i hela Sverige. Och då är det väl bra att man har tillitsstyrning, tror jag, för att det innebär att man måste kunna adressera de problem som finns.

Samtidigt beskriver intervjudeltagare farhågan att, så länge nationella stödstrukturer saknas, finns det inte alltid tillräckliga lokala kunskaper och resurser för att styra arbetet inom området psykisk hälsa och ohälsa. Några intervjudeltagare efterfrågar tydligare nationell styrning inom områden som uppfattas som komplexa och utforskade.

Även om flera intervjudeltagare uttrycker kritik mot styrningen inom ramen för överenskommelserna beskriver de samtidigt flera positiva konsekvenser, exempelvis att kommuner och regioner tvingas till samverkan. Intervjudeltagare från större kommuner beskriver att resurser från överenskommelserna bidrar exempelvis till att man kan utveckla och förbättra verksamheter:

Jag tänker att de här utvecklingspengarna är ju också otroligt viktiga för att... kunna pröva saker som normalt inte kanske finns i verksamheten men kanske borde finnas.

Vi får ju pengar så att vi har möjlighet att utveckla och förbättra verksamheten. Det är ju ingen tvekan om att det är värdefullt.

Parallella statliga satsningar

Intervjudeltagarna är positiva till att resurser tilldelades till området psykisk hälsa och ohälsa, men menar att den statliga styrningen blir otydlig till följd av den stora mängden parallella satsningar. De uttrycker att så många olika satsningar bidrar till en känsla av splittring och spretighet:

Det blir splittrat, i alla fall... som jag sade, särskilt i en liten organisation. Det blir inte mycket verkstad. Den risken är stor.

Ja, alltså det blir ju... lite spretigt fokus, och vi har väl upplevt ibland att vi faktiskt knappt själva har koll på liksom alla... statsbidrag.

En intervjudeltagare beskriver att det är svårt att ha överblick över de olika statsbidragen. Det orsakar behov av en ny budgetprocess för att hålla reda på och använda statsbidragen på ett strategiskt sätt. För att hantera de olika parallella satsningarna beskriver en intervjudeltagare att man i länet använder samma organisatoriska struktur till flera olika frågor. En annan intervjudeltagare berättar att man synkroniserar resurser inom närliggande satsningar:

Jag tycker det är positivt och jag har skrikit länge om att vårt uppdrag har väl varit ibland mycket större än vad vi har haft ekonomi till. På så vis är det positivt. Men sedan har det väl varit ibland att det kommer väldigt snabbt och väldigt många olika, och det är klart att då blir det ibland lite svårt.

Långsiktighet

Årliga stimulansmedel – en svårighet

Flera intervjudeltagare betonar svårigheten att arbeta långsiktigt inom området psykisk hälsa när stimulansmedel delas ut årsvis. De observerar att ovissheten i villkoren från år till år innebär att mycket av det arbetet bedrivs i projektform, vilket i sin tur leder till svårigheter att bygga upp en stabil och långsiktig verksamhet.

Flera av de intervjuade påpekar att fleråriga satsningar vore att föredra. Några intervjudeltagare menar att kortsiktiga stimulansmedel leder till en ökad lokal ambitionsnivå inom området och att kommuner och regioner därmed blir beroende av fortsatta stimulansmedel för att upprätthålla ambitionen, som i detta exempel:

Jag hade just ett samtal om en liknande satsning som man gjorde när det gäller samverkan kring äldres hälsa, där man gjorde en stor satsning 2011–2015. Det var också ett regeringsuppdrag. För det mesta självdog det när projektiden var över, så det blev inte vardagen i verksamheterna.

En risk som intervjudeltagare nämner är att kortsiktiga satsningar riskerar att skapa förväntningar, framförallt inom kommunerna, som sedan inte kan infrias om stimulansmedlen skulle upphöra. Flera intervjudeltagare uttrycker att i stället för riktade kortsiktiga bidrag vore det bättre med långsiktiga generella bidrag att lokalt förvalta och förfoga över. Dessutom uttrycker de intervjuade att de behöver få information om villkoren för stimulansmedel över en längre tidsperiod. På den strategiska nivån är det svårt att planera framåt utan kunskap om hur framtiden ser ut, både vad gäller innehåll och struktur i kommande satsningar:

Nu blir det lätt ryckigt för organisationen när man... för ett år framåt vet att man får pengar. Man anställer och sedan vet man inte året efter om det finns några pengar. Då måste man säga upp personen efter sex månader.

Någon intervjudeltagare jämför de aktuella överenskommelserna med satsningar inom cancervården och ser tydliga skillnader i långsiktig strategi från statens sida. Graden av långsiktighet är avgörande för hur utvecklingen inom ett visst område fortskrider, menar intervjudeltagaren, och påpekar att det inom cancervården finns en långsiktig strategi som saknas inom området psykisk hälsa.

Bemanning och administrering – en utmaning

Ett flertal intervjudeltagare refererar till att de snäva tidsramar som är kopplade till överenskommelserna innebär att det var svårt att anställa personal och skapa långsiktiga anställningar:

Om ska du anställa folk och rigga, och du ska vara ihop med andra organisationer, det kanske ska vara nämndbeslut – ja, du är inne på halvåret då, och så ska de då förbrukas det året. Då blir det väldigt ryckigt.

Förutom det hinder som är förknippat med finansieringen beskriver flera intervjudeltagare att det är svårt att rekrytera personal även till fasta tjänster. De lyfter upp barn och ungdomspsykiatri som exempel på ett område som det är särskilt svårt att rekrytera till. Även till skolhälsovården och socialtjänsten är det svårt att rekrytera personal i mindre kommuner.

Vad gäller mindre orter, nämner intervjudeltagare utmaningen med att ett litet antal tjänstemän utför ett omfattande arbete. Med få personer att tillgå krävs en varsamhet om dem som finns, för att man på lång sikt ska kunna behålla dem i organisationen. Detta kan vara svårt om man också ska uppfylla allt som finns med i överenskommelserna:

Vi klarar inte av allt på en gång, för vi har väldigt få tjänstemän. Jag vet att, suicidpreventionen har vi tagit någon handlingsplan eller överenskommelse om... Och vi vill ju gärna jobba med det, men ibland blir det lite halvmesyrrer om man får för mycket på en gång, för det är samma personer som ska jobba med det. Det finns inte... så många att välja på.

En kritik som många intervjudeltagare framför är att den administrering som är knuten till att ta emot statsbidragen är mycket omfattande. Även om de förstår behovet av administration i sammanhanget, efterfrågar flera intervjudeltagare rimligare krav från nationellt håll för att kunna arbeta mer effektivt med sina primära verksamheter. Ett konkret förslag för att minska administrationen är att göra överenskommelserna fleråriga i stället för ettåriga.

Överenskommelsernas tidsramar

Intervjudeltagarna menar att arbetet på den lokala nivån inte främjas av att beslut om överenskommelserna tas, på den nationella nivån, mycket sent på kalenderåret. Intervjudeltagare i flera kommuner menar att den lokala budgeten för det kommande året lagts långt innan beslutet om nya stimulansmedel offentliggörs. Denna omständighet gör det svårt att planera strategiskt. För att kunna använda medlen på ett mer strategiskt sätt efterfrågar intervjudeltagarna en tydlig skrivning om att pengar kan föras över från ett år till ett annat.

Tre kommuners arbete utifrån regionala handlingsplaner för psykiska hälsa

I syfte att undersöka hur man på lokal nivå tog sig an arbetet med överenskommelserna inom området psykisk hälsa intervjuades 18 personer som varit involverade i implementeringsprocessen i tre kommuner: en liten, en mellanstor och en stor kommun. Det visade sig att det fanns både likheter och skillnader beträffande arbetet i de olika kommunerna. I detta underlag presenteras de olika kommunernas arbete sammanfattningsvis, först var för sig och sedan som en syntes av resultaten i de olika kommunerna.

De tre kommunerna

I den lilla kommunen karaktäriserades arbetet av en anpassning till ett lokalt behov av att arbeta med psykisk hälsa i relation till en specifik utsatt målgrupp. Ett starkt engagemang hos personer på chefsposition inom detta område beskrevs som viktigt, såväl som möjligheten att kunna söka och få del av externa medel för arbete med psykisk hälsa just för denna målgrupp.

Den lilla kommunens små ekonomiska resurser, utifrån fördelningsprincipen, i de aktuella överenskommelserna innebar att alternativa ekonomiska lösningar aktualiserades för att kunna arbeta i linje med handlingsplanens mål. Det faktum att andra externa medel var nödvändiga för att kunna finansiera verksamheten påverkade därmed också inriktningen på det arbete som var möjligt att genomföra.

Det strategiska arbetet med de aktuella överenskommelserna psykisk hälsa var placerat på kommunens tillväxtavdelning, en mindre vanligt alternativ för placering av arbetet med psykisk hälsa. I denna glesbygdskommun upplevdes avstånd såväl som brist på tillgänglighet till specialister utgöra hinder för arbetet med psykisk hälsa.

I den mellanstora kommunen pågick sedan länge ett folkhälsoarbete till vilket den nya satsningen som rörde befolkningens psykiska hälsa kunde knytas. Det fanns sedan tidigare folkhälsostrategier som kunde ta sig an uppgiften och uppbyggda nätverk inom vilka satsningen kunde implementeras. Detta innebar att implementeringsprocessen i denna kommun fick en tydlig folkhälsoprägel. Inom den specialiserade psykiatri höjdes en kritisk röst till perspektivskiftet från psykisk ohälsa till psykisk hälsa. Denna intervjudeltagare menade att de som lever med omfattande konsekvenser av psykisk ohälsa riskerade att förbises i den breda folkhälsosatsningen.

I den stora kommunen fanns sedan tidigare ett väletablerat nätverksarbete uppbyggt mellan brukarorganisationerna, kommunen och regionen beträffande personer med komplex eller svår psykisk problematik. I denna kommun landade därför satsningen i en lokal kontext där det fanns drivande aktörer som förespråkade att arbetet skulle inriktas specifikt på denna målgrupp. Kommunens ambition sedan tidigare satsningar, beträffande denna målgrupp, bedömdes inte vara uppnådd. Därför fokuserade arbetet utifrån handlingsplanen företrädesvis på att fortsätta prioritera denna

målgrupp, även om ytterligare lokala satsningar genomfördes utifrån det bredare perspektivet inom ramen för de aktuella överenskommelserna.

Samlade erfarenheter från de tre kommunerna

Fokus på psykisk hälsa

I alla tre kommunerna menade intervjudeltagare att arbetet utifrån de aktuella överenskommelserna och handlingsplanerna medfört en ökad medvetenhet om psykisk hälsa och ohälsa, utifrån en vid förståelse av begreppen. Intervjudeltagarna påpekade att psykisk hälsa och ohälsa är komplexa fenomen. Kritiska röster menade att det är fel att individualisera fenomen som har strukturella orsaker. Strukturella villkor på arbetsmarknaden lyftes fram som ett exempel på en bidragande orsak till befolkningens psykiska ohälsa. Intervjudeltagarna efterfrågade en holistisk syn på människors psykiska välbefinnande.

En implementeringsprocess med stark lokal prägel

Intervjuerna visade att de tre implementeringsprocesserna hade en stark lokal prägel. Överenskommelsernas breda ansats gav utrymme för lokala prioriteringar och val. Detta innebar att enskilda aktörer kunde sätta sin prägel på hur det lokala arbetet utvecklades. Intervjudeltagarna berättade om hur olika företrädare med ett starkt personligt engagemang i frågan kunnat påverka inriktningen på det arbete som skulle bedrivas i den lokala kontexten. Tidigare upparbetade strukturer och traditioner var av central betydelse för vilken riktning implementeringsprocessen skulle ta – såväl mot folkhälsoperspektivet som mot det specialiserade psykiatriperspektivet.

Både fortsättning och nystart

Intervjudeltagarna beskrev arbetet med psykisk hälsa som en fortsättning av det arbete som bedrivits inom ramen för den tidigare statliga satsningen PRIO, där barn och unga samt vuxna med komplexa behov och långvarig psykiatrisk problematik var i fokus. Samtidigt innebar överenskommelserna någonting helt nytt i termer av att satsningen inte längre enbart fokuserade på de tidigare målgrupperna, utan även inkluderade arbete för befolkningens psykiska hälsa.

Det nya perspektivet integrerades i tidigare strukturer. Frågan landade i väl fungerande upparbetade samverkansarenor. Dessa arenor såg olika ut i de olika kommunernas län. Dessa skillnader påverkade därmed inriktningen på den lokala implementeringsprocessen. I den medelstora och stora kommunen var det påtagligt att det tidigare upparbetade samarbetet utgjorde en bra grund för de nya överenskommelserna att landa i. Aktörerna hade samverkat under en lång tid (sedan 2004) och hade tagit sig igenom svåra perioder tillsammans. Detta innebar att det nu fanns en stabil grund att bygga vidare på, där aktörerna hade förtroende för varandra.

Förutom tidigare uppbyggda strukturer konstruerades även nya samverkansstrukturer utifrån överenskommelsernas förväntningar på samverkan mellan huvudmän och med det omgivande samhället. I den lilla kommunen menade man att det regionala samarbetet var en förutsättning för att arbetet i de mindre kommunerna skulle fungera.

I alla tre kommuner hade tydliga förändringar skett i samband med det breddade perspektivet. Detta medförde att strategiska nivåer i kommunerna nu var mottagare av stimulansmedlen, vilket innebar att socialpsykiatrin inte hade tillgång till dessa medel på samma sätt som tidigare. De fick fortfarande medel, men var inte längre de naturligt exklusiva mottagarna av dessa.

Målgrupp i fokus för satsningen

Frågan om psykisk hälsa landade organisatoriskt inom olika avdelningar i respektive kommuner och dessas regioner. Detta innebar att det i två kommuner fanns en tydlig strategi att bredda målgruppsbegreppet från att gälla personer med allvarlig psykisk problematik till att gälla en bredare målgrupp. I den tredje kommunen var fokus för satsningen framför allt riktat till personer med allvarlig psykisk problematik. Flera orsaker angavs som anledning till detta, bland annat att det breda perspektivet upplevdes som ohanterligt.

I en kommun sammanföll den breddade satsningen med länets tradition av att satsa på förebyggande folkhälsoinsatser. I en annan kommun passade den breddade satsningen in i projektmodellen, där framförallt externa medel finansierade arbetet inom området psykisk hälsa.

Samverkan med brukarorganisationer

Samverkan med brukarorganisationer såg olika ut i olika kommuner. I den stora kommunen hade man över tid arbetat upp ett nära samarbete, vilket innebar att brukarorganisationen var en självklar del i arbetet med den lokala handlingsplanen och en självklar aktör i arbetet med psykisk hälsa.

I de andra kommunerna var samarbetet inte lika nära och självklart. Något som nämndes i samband med detta var att det i överenskommelsen utlovats en miljon kronor i varje län som skulle tillfalla arbete med brukarmedverkan. Detta tolkades av olika parter på olika sätt. Dels innebar det att kommuner, regioner och brukarföreningar alla ansåg sig vara mottagare av dessa medel, dels innebar det olika förväntningar kring prioriteringar av satsningar och målgrupper. När prioriteringar sedan gjordes skedde detta utgick dessa huvudsakligen från prioriteringar som mottagarna av dessa särskilda stimulansmedel hade. Exempelvis förekom det att brukarorganisationer upplevde sig förfördelade i relation till kommuner och regioner.

Projekt respektive integrering i ordinarie verksamhet

De genomförda intervjuerna visar att kommuner tillämpade flera olika strategier för att ta sig an de aktuella överenskommelserna. Ett sätt att använda pengarna var att integrera det nya arbetet med psykisk hälsa i redan befintlig verksamhet, till exempel inom primärvården. Ett exempel på detta är att utbilda ordinarie personal i nya metoder. Denna strategi innebar dock ett visst motstånd då personal vars tjänster redan var fulltecknade förväntades utföra ytterligare arbetsuppgifter. Intervjudeltagare beskrev att det samtidigt fanns en medvetenhet i organisationerna att personal som utbildades inte alltid hade möjlighet att tillämpa sina nya kunskaper inom ramen för sina ordinarie tjänster.

En annan strategi var att skapa temporära projektanställningar inom den egna organisationen, vid sidan av ordinarie verksamhet. Detta gav mer utrymme för de anställda att kunna fokusera explicit på arbete med psykisk hälsa.

Ytterligare en strategi var att använda medel till att låta tidigare initierade projekt leva vidare, exempelvis satsningar gällande våld i nära relationer – ett område som kunde knytas till den breda ansatsen i de aktuella överenskommelserna. Denna verksamhet kunde med hjälp av de nya stimulansmedlen utvecklas vidare och finnas kvar över tid.

Även om det fanns en stor frihetsgrad beträffande formerna för det lokala arbetet fanns det tidsramar att förhålla sig till. En tidsram gällde beslutet om kommande årets stimulansmedel och inriktningen för dessa som meddelades i slutet av december varje år. Den snäva tidsramen innebar att det var mer praktiskt att ekonomiskt stötta redan befintliga projekt. Eftersom lokala planer och beslut tar tid att förankra i den egna organisationen innebar det svårigheter att starta nytt arbete redan i januari nästkommande år. Särskilt anställning av personal upplevdes som problematiskt, eftersom det tar tid att rekrytera personal. De intervjuade menade även att det på grund av de korta tidsramarna för stimulansmedlen var svårt att lova potentiella medarbetare en anställning som sträckte sig längre än till årsskiftet.

I den stora kommunen hade man inom den egna organisationen möjlighet att samla pengar över tid. Intervjudeltagarna menade att den egna bufferten var av avgörande betydelse för hur de kunde bedriva sitt arbete, mer flexibelt utifrån tidsramar för stimulansmedlen. Ett exempel på detta är att kommunen och barn- och ungdomspsykiatri gemensamt kunde utveckla mobila team som möter ungdomar som skadar sig själva. Detta var något som kommunen länge väntat på och som nu kunde realiseras tack vare tillgängliga resurser.

Att "göra verkstad"

Hur långt kommuner upplevde att de kommit i termer av att "göra verkstad" varierade. Den stora kommunen hade arbetat med förankringsarbete från första dagen den nya överenskommelsen offentliggjordes 2016, vilket innebar att intervjudeltagare från denna kommun 2018 upplevde att arbetet var i full gång. Flera intervjudeltagare menade att det fanns höga förväntningar i det omgivande samhället och att det nu var dags att leverera det man utlovat. I den mellanstora kommunen upplevde intervjudeltagarna att strukturella ramar utgjorde en begränsning i arbetet inom området psykisk hälsa och att de snäva tidsramarna innebar att de inte kunde göra någonting riktigt bra av stimulansmedlen. Den lilla kommunen beskrev att mycket tid gick åt till att formulera handlingsplaner och att tid till att omsätta planer i praktiken därmed saknades. Trots upplevd frustration över igångsättningsprocesserna i två av tre kommuner beskrev alla kommuner flera konkreta exempel på utvecklingsarbete som resultat av de nya handlingsplanerna inom ramen för de aktuella överenskommelserna.

Intervjuerna i de tre kommunerna visar att den lokala samverkan mellan respektive region och dess kommuner var strukturerad på olika sätt i olika län. Ett sätt innebar att regionen arbetade på samma sätt gentemot länets

alla kommuner. Detta innebär att om någon kommun inte ville samverka kring en viss satsning hade kommunen vetorätt, och satsningen mellan övriga kommuner och regionen kunde därmed inte genomföras. Denna strategi användes för att främja likvärdig vård i länet.

Ett annat sätt innebär att pilotprojekt kunde genomföras även när endast en eller några av länets kommuner samverkade med regionen för att sedan utvärderas och antingen förespråkas för vidare spridning eller avfärdas.

Del 2: Övergripande uppföljning av utvecklingsarbetet 2016–2018

I detta kapitel presenteras en uppföljning av det utvecklingsarbete som kommuner och regioner har bedrivit inom ramen för de aktuella överenskommelserna inom området psykisk hälsa under perioden 2016–2018, eventuella förändringar detta arbete i sin tur har medfört samt överenskommelsernas betydelse för det utvecklingsarbete som har bedrivits.

Uppföljningen som presenteras i detta avsnitt bygger på information från tre datakällor:

- Socialstyrelsens uppföljningsenkät som skickades ut till samtliga kommuner och regioner i november 2018.
- Handlingsplaner, tillhörande bilagor och andra dokument som kommuner och regioner lämnade in till SKL i oktober 2018.
- Information från inmatningsverktyget som kommuner och regioner rapporterade i SKL:s inmatningsverktyg i oktober 2018.

Socialstyrelsens ambition är att resultaten från de tre datakällorna ska kompletteras med varandra och att en kombination av de tre datakällorna ska göra den nationella bilden tydligare och slutsatserna säkrare.

Utvecklingsarbete i kommunerna – beskrivet via uppföljningsenkäten

Genom överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa fördelades under perioden 2016–2018 totalt 950 miljoner kronor till kommuner för att bedriva utvecklingsarbete inom området.

För att följa upp resultatet av detta arbete skickade Socialstyrelsen ut en uppföljningsenkät i november 2018 till samtliga 290 kommuner. Totalt har 184 kommuner (64 procent) besvarat enkäten.

Nästan alla kommuner (176 stycken) som besvarade enkäten rapporterade att de med hjälp av stimulansmedel som fördelades via de aktuella överenskommelserna har kunnat genomföra utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa som de troligen inte alls, eller inte i samma omfattning, hade kunnat genomföra under samma tidsperiod utan dessa stimulansmedel.

Varje enskild kommun har fått möjlighet att beskriva upp till fem utvecklingsarbeten som de själva bedömde har varit särskilt viktiga för den egna kommunen och att besvara fördjupade frågor om detta utvecklingsarbete och eventuella förändringar detta utvecklingsarbete i sin tur har medfört. En kommun svarade att stimulansmedel inte möjliggjorde något utvecklingsarbete som inte hade skett ändå i kommunen, medan sju kommuner svarade att de inte kunde bedöma detta. För dessa åtta kommuner var det därför inte relevant att fortsätta besvarandet av enkäten och dessa omdirigerades automatiskt till att besvara den sista, mer generella, frågan i

enkäten samt erbjöds att skriva reflektioner eller kommentarer kring arbetet med de aktuella överenskommelserna. Dessa åtta kommuner exkluderades från analysen av enkätsvaren gällande genomförda utvecklingsarbeten som har möjliggjorts av de aktuella stimulansmedlen.

De 176 kommuner som ingår i analysen av enkätsvaren har tillsammans beskrivit 449 exempel på utvecklingsarbeten som de har genomfört med hjälp av stimulansmedel.

Analysen av enkätdata visade att det inte är möjligt att skapa ömsesidigt uteslutande grupper av aktiviteter utan att förlora en stor del av informationen som beskriver helhetsbilden. Myndigheten har därför valt att tillåta överlappning i de grupper som presenteras i de efterföljande tabellerna.

Typ av insats

Tabell 1 visar typer av utvecklingsarbete som kommuner beskrev att de har genomfört under perioden 2016–2018.

Tabell 1. Pågående eller genomförda utvecklingsarbeten i kommunerna under perioden 2016–2018 som möjliggjordes av överenskommelserna

Beskrivning av utvecklingsarbeten som möjliggjordes av överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018, som var av särskild vikt för de 176 kommuner som besvarade Socialstyrelsens uppföljningsenkät.

	Antal kommuner	Andel kommuner i % (n = 176)	Antal exempel	Andel exempel i % (n = 449)
Kompetenshöjande satsningar för personalen	114	64,8	160	35,6
Satsningar på specifika metoder eller arbetssätt	95	54,0	136	30,0
Förebyggande arbetet, tidig upptäck och tidiga insatser	92	52,3	125	27,8
Samverkan	87	49,4	109	24,3
Uppstart eller utveckling av verksamheter	72	40,9	98	21,8
Brukarinvolvering	38	21,6	45	10,0
Anställningar	35	19,9	41	9,1
Analyser	24	13,6	25	5,6
Övriga processer	39	22,2	44	9,8
Annat	24	13,6	24	5,3

Kompetenshöjande satsningar för personalen och satsningar på specifika arbetsmetoder

Kompetenshöjande satsningar för personalen inom kommunen och satsningar på specifika arbetsmetoder, arbetsmodeller eller arbetssätt är de aktiviteter som flest kommuner har valt att redovisa som utvecklingsarbete. Dessa två typer av aktiviteter överlappar dessutom till relativ stor del varandra.

Kompetenshöjande satsningar utgörs framförallt av olika utbildningar men även, i mindre omfattning, av olika föreläsningar, deltagande på konferenser och ospecificerade kompetenshöjande aktiviteter. Ungefär hälften av de kompetenshöjande satsningarna har utgjorts av utbildningar som fokuserar på specifika arbetsmetoder, arbetsmodeller, arbetssätt eller förhållningssätt. Övriga satsningar fokuserar på en mer generell kunskapsökning om psykisk hälsa eller ohälsa eller består av ospecificerade kompetenshöjande insatser. Några enstaka exempel handlar om kompetenshöjning gällande specifika målgrupper som exempelvis barn, ”hemmasittare” och hbtq-personer eller sakområden såsom missbruk, samsjuklighet och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Satsningar på specifika arbetsmetoder, arbetsmodeller, arbetssätt eller förhållningssätt består som redan nämnts dels av utbildning av personal i specifika arbetsmetoder, dels av implementering av specifika metoder, utan att utbildning nämns i sammanhanget, och dels av nya eller förändrade arbetssätt.

Drygt 100 exempel beskriver satsningar på specifika metoder. Den metod som oftast förekommer i de beskrivna exemplen är Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA), som är inriktad på att höja kunskapen om psykisk ohälsa och på att förebygga suicid. Utöver detta förekommer även ospecificerade suicidförebyggande satsningar bland exemplen.

Ytterligare metoder som nästan lika ofta förekommer bland de beskrivna exemplen som metoder för suicidprevention fokuserar på integrerade vårdformer samt vård- och stöd-samordning. Assertive Community Treatment (ACT och RACT) utgjorde de vanligaste exemplen på integrerade vårdformer, medan Samordnad Individuell Plan (SIP), Vård- och stödsamordning (VOSS) och Case Management (CM) utgjorde de vanligaste exemplen på vård och stödsamordning. Andra metoder som kommuner relativt ofta har satsat på inkluderar:

- förhållningssätt till brukare, exempelvis Motiverande samtal (MI), lågaffektivt bemötande, återhämtningsinriktat förhållningssätt samt Signs of Safety
- sysselsättning, exempelvis metoderna Ett självständigt liv (ESL), Individual Placement Support (IPS) och Supported Employment.

Utöver dessa metoder förekommer ett antal metoder och modeller som endast beskrivs i enstaka exempel och som riktas till en rad olika målgrupper och sakområden, såsom exempelvis föräldrastöd via metoderna Parenting Young Children (PYC), Alla barn i centrum (ABC) och Circle of Security, boendestöd i vardagen, Delaktighetsmodell, Funktionell familjetterapi, Individens behov i centrum (IBIC), Tryggare barn och PEER Support.

Ett trettiotal exempel beskriver hur kommuner har satsat på att införa nya arbetssätt. Arbetssätten är olika och fokuserar på olika målgrupper och kontexter. Det är därför svårt att gruppera arbetssätten. Vissa kommuner har exempelvis fokuserat på att identifiera och nå olika målgrupper, exempelvis genom att utveckla och testa ett standardiserat instrument för att fråga invånare om hur de upplever sin egen hälsa för att på så sätt tidigt upptäcka psykisk ohälsa och vägleda personer rätt, genom att starta olika uppsökande verksamheter eller genom att utveckla metoder för att inom hemtjänsten upptäcka våld i hemmet.

Andra kommuner har fokuserat på att erbjuda tidiga insatser genom olika former av samverkan mellan exempelvis socialtjänsten och skolan eller förskolan för att tidigt fånga familjer i behov av stöd eller öka skolnärvaron. Ytterligare andra har valt att avsätta tid för viss personal för att mer avgränsat arbeta med en viss problematik, skapa olika integrerade team eller på annat sätt förändra arbetssätt för att bättre möta brukarnas behov och erbjuda bättre vård och stöd. Också exempel där man har utvecklat sitt arbetssätt genom användning av digitala verktyg förekommer.

Förebyggande arbete, informationsspridning, tidig upptäckt och tidiga insatser

Drygt hälften av kommunerna beskrev satsningar inom området psykisk hälsa som fokuserade på förebyggande arbete, informations- och kunskapsspridning (inklusive information om var befolkningen kan söka hjälp), tidig upptäckt och insatser i ett tidigare skede.

Till stor del är satsningarna i denna grupp aktiviteter inriktade på suicidförebyggande arbete genom storskaliga utbildningar i MHFA-metoden, till både profession och allmänhet, liksom annat suicidpreventivt arbete. Här finns också informations- och kunskapsspridning till allmänheten i form av olika evenemang, såsom Psykiatriveckor, uppmärksamhetsdagar, temakvällar och öppna föreläsningar, samt webbplatser där kommuner informerar allmänheten generellt eller exempelvis skolelever om psykisk ohälsa och vilken hjälp som finns att få.

I den här gruppen finns även satsningar på förebyggande föräldra- och anhörigstöd, på olika typer av fysisk aktivitet och olika aktiviteter för att tidigt kunna upptäcka psykisk ohälsa samt erbjuda tidiga insatser.

Samverkan

Ungefär en fjärdedel av de satsningar som kommuner beskrev via enkäten handlar om samverkan på olika sätt. En del av de beskrivna satsningarna fokuserar på samverkan mellan huvudmän, brukarorganisationer och olika aktörer på en mer övergripande strategisk eller organisatorisk plan. Andra satsningar fokuserar på samverkan för att samordna vård och stöd för enskilda individer.

Satsningar som fokuserar på att samordna vård och stöd för enskilda individer som har behov av flera samtidiga insatser från olika aktörer inom ett och samma vård- och stödsystem och/eller från olika vård- och stödsystems system, handlar främst om metoder som SIP och CM. Sådana satsningar handlar även i stor utsträckning om att anställa personer med samordningsfunktioner. Denna grupp av aktiviteter överlappar därmed med grupper som handlar om satsningar på metoder, anställningar och kompetenshöjande insatser för personalen.

Samverkan handlar också om satsningar på olika integrerade eller tvärprofessionella vård- och stödformer som exempelvis, eller integrerade team, mottagningar eller liknande verksamheter. Här beskrivs också olika projekt som bedrivs i samverkan mellan olika aktörer och vänder sig direkt till brukare eller befolkningen. Ett exempel på detta är att socialförvaltningen och barn- och utbildningsförvaltningen har utökat samarbetet och samverkan via "Preventionsåret", vilket innebär att så kallat "ungdomsstöd" är ute i alla klasser i årkurserna 6 till 9 och arbetar tematiskt med förebyggande och främjande insatser. Ett annat exempel är ett samverkansprojekt mellan skola och socialtjänst vid orosanmälningar gällande barn, där syftet är att tidigt göra familjerna delaktiga för att synlig- och tillgängliggöra stödinsatser i ett tidigare skede. Ytterligare ett exempel gäller sysselsättning och arbetsträning där en kommun i samverkan med lokala företagare hittat speciallösningar kring några enskilda brukare.

Satsningar som fokuserar på en strategisk samverkan som berör huvudmän liksom olika aktörer på en mer övergripande strategisk eller organisatorisk plan handlar exempelvis om att upprätta olika lokala handlingsplaner, samverkansöverenskommelser, styrgrupper, gemensamma utbildningsdagar, temadagar eller planeringsdagar. Ett exempel inom denna grupp av aktiviteter handlar om att en kommun har tecknat avtal enligt Ideellt Offentligt Partnerskap med socialt företag för att öka utbudet av sysselsättningstillfällen för personer med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättningar. Ett annat exempel är att en kommun tillsammans med regionen har inrättat ett gemensamt verksamhetssystem. Ytterligare exempel handlar om att de aktuella stimulansmedlen har använts för att bekosta en läns-gemensam revidering av SIP-blanketten, en läns-gemensam SIP-utbildning, en läns-gemensam kommunal utvecklingsenhet. Likaså har stimulansmedel använt till att anordna samarbets-workshoppar mellan socialkontoret, psykiatrin och utbildningskontoret kring problematisk skolfrånvaro. I den här gruppen av aktiviteter ingår också utbildningar kring specifika metoder för vård- och stödsamordning, men där det dock inte alltid framkommer huruvida metoderna har implementerats i praktiskt arbete med personer med psykisk ohälsa. Slutligen beskrivs också en rad samverkansprojekt kring specifika målgrupper eller sakområden, som bedrivs av flera aktörer tillsammans, där det inte tydligt framgår vad projektet rent praktiskt går ut på.

Uppstart eller utveckling av kommunala verksamheter
Ungefär 40 procent av kommunerna beskrev att de har satsat på att starta upp nya eller utveckla olika verksamheter inom den egna kommunen. Detta har skett på olika organisatoriska nivåer. De beskrivna exemplen handlar

delvis om att starta helt nya verksamheter, såsom mottagningar, familjecentraler, boenden, mötesplatser, dagliga verksamheter eller andra öppna verksamheter. Andra exempel handlar om att starta nya delar inom redan befintlig verksamhet, såsom nya enheter, nya teambaserade lösningar, nya funktioner samt nya insatser. Ytterligare exempel beskriver utveckling av redan befintlig verksamhet genom att exempelvis utöka öppettider, utbudet av tjänster, insatser och aktiviteter eller genom att bredda målgruppen. Andra former av verksamhetsutveckling inkluderar digitala lösningar, omorganisation, utveckling av blanketter och bedömningsinstrument, anpassningar av olika slag, upprustning av lokaler och verktyg samt förändring av arbetssätt. Flera kommuner beskriver att de har anställt utvecklingsledare eller verksamhetsutvecklare. I den här gruppen av aktiviteter nämns även en del mindre specifika utvecklingsarbeten som inte tydligt beskriver vad konkret som har genomförts. Några exempel är utveckling av ungdomshälsan samt utveckling av arbetssätt för att möta nyanlända ungdomars behov, utveckling av SIP-arbetet och utveckling av daglig sysselsättning för personer med psykisk ohälsa.

Brukarinvolvering

Bland de exempel på pågående eller genomförda utvecklingsarbeten som kommuner beskrev via uppföljningsenkäten förekommer satsningar som på olika sätt inbegriper brukarinvolvering. Dessa beskrivningar är till stor del generella och ospecifika, och utgörs exempelvis endast av termer såsom brukarmedverkan, brukarsamverkan, brukardelaktighet eller brukarinflytande – utan att det framgår vad kommunerna har gjort i dessa fall. Andra exempel som berör brukarinvolvering beskriver mer specifikt att kommuner har genomfört brukarrevisioner inom olika verksamheter. Ytterligare exempel inkluderar exempel där brukarorganisationer eller enskilda personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa på olika sätt har medverkat i evenemang, föreläsningar eller utbildningar för allmänhet eller personal. Några enskilda exempel beskriver satsningar på brukarinflytandesamordnare eller motsvarande funktioner och endast några få exempel, totalt sett, beskriver en något mer direkt brukardelaktighet där kommuner beskriver verksamhetsutveckling utifrån brukarnas önskemål. Ett annat exempel beskriver att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa har varit involverade i att utforma informationen om psykisk ohälsa på kommunens webbplats. Ytterligare ett exempel är att åtta personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa har anställts och arbetar inom olika verksamheter i en kommun. Ett annat exempel är att en kommun har utvecklat ett utvärderingsinstrument för att inhämta brukares bedömning av genomförda möten mellan brukare och personal. Ytterligare ett exempel handlar om en digital mötesplats vid namn Kraftbudet, som arbetar för att främja psykisk hälsa i befolkningen. I Kraftbudet är en person med egen erfarenhet av psykisk ohälsa anställd tillsammans med en medarbetare som inte har rekryterats utifrån sådan erfarenhet. Webbplatsens redaktion består av fem personer med egen erfarenhet.

Gruppen av aktiviteter som berör brukarinvolvering omfattar även satsningar på att implementera specifika arbetsmetoder eller modeller som i sig syftar till att samordna vård och omsorg för en enskild individ där

brukaren är en aktiv och delaktig part. Exempel på sådana metoder eller modeller är SIP, CM eller VOSS. Aktiviteter i denna grupp handlar även om att på annat sätt stärka brukares delaktighet, exempelvis via delaktighetsmodellen.

En uppföljning av stimulansmedlen för den särskilda satsningen på brukarmedverkan presenteras i resultatdelens sista del.

Anställningar

I ett fyrtiotal utvecklingsarbeten som kommuner har beskrivit via enkäten har stimulansmedel använts till att bekosta anställningar av personal. I drygt hälften av exemplen har man anställt personal som direkt arbetar med brukare, såsom behandlare eller ansvariga för att samordna vård och stöd för enskilda brukare, medan det i tio exempel har anställts personer för att på en mer strategisk nivå i kommuner samordna eller utveckla arbetet inom området psykisk hälsa. Utöver detta har kommuner anställt samordnare (oklart för vilket arbete), metodstödjare samt personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Analyser

Denna grupp av aktiviteter omfattar huvudsakligen genomförda brukarrevisioner eller andra undersökningar av brukares behov. I enstaka fall har kommuner även genomfört kartläggningar av personalens kompetensbehov eller av hur verksamheterna arbetar med psykisk hälsa.

Övriga processer

Denna grupp av aktiviteter omfattar satsningar som endast sällan förekommer bland de beskrivna exemplen eller som har varit för oklara för att kunna sorteras i någon av de ovanstående grupperna av aktiviteter. Det handlar om mindre specifika resursförstärkningar, erbjudande av insatser, framtagning av olika dokument såsom handlingsplaner, lokala överenskommelser, rutiner och liknande.

Annat

Den här gruppen av aktiviteter omfattar exempel där kommuner har med enstaka ord beskrivit att de har satsat på ett visst sakområde eller målgrupp utan att beskriva någon process.

Sakområden

Förutom processer för att förbättra verksamheter och bättre möta brukares behov av vård och stöd har myndigheten, vid analysen av kommunernas beskrivna exempel, identifierat några större sakområden som kommunerna har satsat på. Dessa presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Vanligt förekommande områden i fokus för kommunernas utvecklingsarbete

	Antal kommuner	Andel av kommuner i % (n = 176)	Antal exempel	Andel av exempel i % (n = 449)
Sysselsättning	53	30,1	70	15,6
Skola	53	30,1	64	14,2
Suicidprevention	48	27,3	51	11,4
Boende	27	15,3	31	6,9
ANDTS	22	12,5	22	4,9

Förändringar till följd av kommunernas utvecklingsarbete

I enkäten ställdes frågor om huruvida varje enskilt utvecklingsarbete som kommuner valt att redovisa i sin tur har medfört några förändringar för operativa verksamheter, för brukare, för befolkningen i stort i kommunen, för det övergripande strategiska arbetet eller för politiska beslut eller prioriteringar i kommunen. För respektive fråga har ett antal kommuner svarat ”ja” och beskrivit förändringarna. När Socialstyrelsen analyserade de beskrivna förändringarna exkluderades en del beskrivningar från vidare analys på grund av att de:

- Inte inkluderade någon förändring
- Endast inkluderade resonemang om förväntade effekter
- Beskrev förändringar för annat än det efterfrågade.

I tabell 3 redovisas antal rapporterade förändringar för respektive fråga och antal som, efter Socialstyrelsens analys, inkluderades i sammanställningen av de beskrivna förändringarna.

Tabell 3. Kommunernas inrapporterade förändringar

Antal förändringar som kommuner rapporterade in, antal förändringar som inkluderas i sammanställningen efter Socialstyrelsens analys samt andel inkluderade förändringar av det totala antalet beskrivna exempel

Förändringar för...	Antal rapporterade förändringar	Antal inkluderade förändringar	Inkluderade förändringar – andel av alla beskrivna exempel i %
Operativa verksamheter	357	307	68,4
Brukare	350	228	50,8
Befolkningen i stort	114	82	18,3
Övergripande strategiskt arbete	214	137	30,5
Politiskt arbete	94	60	13,4

Förändringar för operativa verksamheter

I tabell 4 presenteras vilken typ av förändringar kommuner beskriver att deras utvecklingsarbeten har medfört för de operativa verksamheterna. Viss överlappning i grupper av förändringar förekommer.

Tabell 4. Förändringar för operativa verksamheter som kommunernas beskrivna utvecklingsarbeten har medfört

	Antal förändringar	Andel av alla förändringar för operativa verksamheter i % (n = 307)	Andel av beskrivna utvecklingsarbeten i % (n = 449)
Ökad kunskap eller kompetens hos personalen	106	34,5	23,6
Förändrat arbetssätt	82	26,7	18,3
Ökad eller förbättrad samverkan	66	21,5	14,7
Ökad tillgänglighet	43	14,0	9,6
Förbättrat förhållningssätt till brukare	34	11,1	7,6
Bättre kvalitet i arbetet med brukare	30	9,8	6,7
Ökat engagemang eller uppmärksamhet bland personalen gällande psykisk hälsa	18	5,8	4,0
Övrigt	4	1,3	0,9

De kommuner som besvarat enkäten rapporterar att över hälften av de beskrivna utvecklingsarbeten som de aktuella överenskommelserna möjliggjort har medfört förändringar för operativa verksamheter. Dessa förändringar beskriver sammantaget en utveckling mot en mer tillgänglig vård och omsorg av bättre kvalitet för personer med psykisk ohälsa.

Förändringar för brukare

Tabell 5 visar vilken typ av förändringar kommuner beskriver att deras utvecklingsarbeten har medfört för brukare. Viss överlappning i grupper av förändringar förekommer.

Tabell 5. Förändringar för brukare som kommunernas beskrivna utvecklingsarbeten har medfört

	Antal förändringar	Andel av alla förändringar för brukare i % (n = 228)	Andel av beskrivna utvecklingsarbeten i % (n = 449)
Ökad tillgänglighet	88	38,6	19,6
Bättre vård och stöd	76	33,3	16,9
Ökad brukardelaktighet och inflytande	42	18,4	9,4
Individuella förbättringar, bättre eller ökad möjlighet bättre liv	42	18,4	9,4
Övrigt	8	3,5	1,8

De förändringar som kommunerna beskrivit att utvecklingsarbeten har medfört för brukare speglar till stor del de förändringar som kommuner beskriver att utvecklingsarbeten har medfört för operativa verksamheter. Till stor del beskrivs att utvecklingsarbetena har medfört att brukare kan möta en mer tillgänglig och förbättrad vård och omsorg med mer kompetent personal, bättre bemötande och ökad förståelse kring psykisk hälsa och ohälsa, en mer individanpassad vård och stöd samt effektivare arbetssätt inom vården och omsorgen.

Till något mindre delar beskrivs att utvecklingsarbeten har medfört ökad brukarinflytande eller delaktighet samt individuella förbättringar hos brukare. Här är det dock mycket viktigt att påpeka att dessa förändringar är sådant som kommunerna själva rapporterar och det går oftast inte, förutom i undantagsfall, att utläsa huruvida beskrivningarna endast speglar de svarande kommunernas uppfattning om förbättringarna eller om kommunerna har tillfrågat brukarna om deras upplevelser av detta. Endast i några enstaka svar framgår det att brukarna själva har rapporterat vissa av förändringarna.

Förändringar för befolkningen i kommunerna

Totalt 82 förändringar som kommuner beskriver att de genomförda utvecklingsarbetena har medfört för befolkningen i stort i kommunen har inkluderats i sammanställningen, som presenteras i tabell 6.

Tabell 6. Förändringar för befolkningen i kommunerna som de beskrivna utvecklingsarbetena har medfört

	Antal förändringar	Andel av alla förändringar för befolkningen i % (n = 82)	Andel av beskrivna utvecklingsarbeten i % (n = 449)
Bättre information till befolkningen genom utbildning och information, ökad uppmärksamhet och minskat stigma	38	46,3	8,5
Bättre tillgänglighet till professionella insatser och utanför vård och stödstrukturer	36	43,9	8,0
Befolkningen kan möta bättre profession	14	17,1	3,1
Övrigt	12	14,6	2,7

Även förändringar för befolkningen i stort i kommunerna beskrivs utifrån ett starkt verksamhetsperspektiv. Kommunerna beskriver att informationen till befolkningen gällande psykisk hälsa, och om var man kan vända sig för att få hjälp, har förbättrats. Detta genom tydligare information på webbplatser, utbildningar, föreläsningar och evenemang till befolkningen eller delar av befolkningen.

Kommunerna beskriver också att omfattande satsningar på MHFA-utbildning innebär att betydligt fler individer i samhället, både professionella och icke professionella, är bättre rustade för att uppmärksamma individer med psykisk ohälsa, avgöra huruvida dessa befinner sig i akuta situationer och kunna agera i sådana situationer.

Utöver detta beskriver kommuner att befolkningen i dag kan mötas av en mer tillgänglig och bättre vård och omsorg om de skulle behöva det. Några få förändringar beskriver ökad trygghet, integration och delaktighet för den befolkningen i stort eller delar av befolkningen. Dessa återfinns i gruppen ”övrigt”.

Förändringar för det strategiska arbetet i kommunerna

Tabell 7 visar förändringar för kommunernas strategiska arbete inom området psykisk hälsa som de genomförda utvecklingsarbetena har medfört.

Tabell 7. Förändringar för det strategiska arbetet i kommunerna som de beskrivna utvecklingsarbetena har medfört

	Antal förändringar	Andel av alla förändringar för det strategiska arbetet i % (n = 137)	Andel av beskrivna utvecklingsarbeten i % (n = 449)
Ökad fokus på psykisk hälsa	39	28,5	8,7
Prioritering av utvecklingsarbetet vid det strategiska arbetet	37	27,0	8,2
Ökad/förbättrad samverkan	37	27,0	8,2
Förbättringar av det strategiska arbetet i kommunen	18	13,1	4,0
Ökad helhetssyn på området psykisk hälsa	10	7,3	2,2
Bättre förståelse för hur man strategiskt ska arbeta framåt	10	7,3	2,2
Övrigt	7	5,1	1,6

Relativt få utvecklingsarbeten beskrivs ha medfört förändringar för det strategiska arbetet i kommunerna. De som har gjort det har resulterat i ökad fokus på psykisk hälsa i det strategiska arbetet samt att utvecklingsarbeten har prioriterats i det strategiska arbetet. Det sistnämnda innebär till stor del att utvecklingsarbeten har inkluderats i olika handlingsplaner eller andra liknande strategiska dokument. En mindre del av utvecklingsarbeten, totalt sett, har också resulterat i en ökad eller förbättrad samverkan.

Förändringar för det politiska arbetet i kommunerna

Socialstyrelsen har identifierat 60 förändringar för det politiska arbetet i kommunerna, som en följd av de beskrivna utvecklingsarbetena, som sammanställs i tabell 8.

Tabell 8. Förändringar för det politiska arbetet i kommunerna som de beskrivna utvecklingsarbetena har medfört

	Antal förändringar	Andel av alla förändringar för det politiska arbetet i % (n = 60)	Andel av beskrivna utvecklingsarbeten i % (n = 449)
Politiska prioriteringar	41	68,3	9,1
Ökat intresse och delaktighet bland politiker	12	20,0	2,7
Ökad kunskap om målgruppen och behovsbilden	6	10,0	1,3
Övrigt	3	5,0	0,7

Endast ett fåtal utvecklingsarbeten har, enligt kommunerna, medfört några konkreta politiska prioriteringar eller beslut. Framförallt handlar dessa förändringar om politiska beslut, såsom att permanenta viss verksamhet eller att avsätta ekonomiska medel för fortsatt arbete på ett visst område.

Ett fåtal utvecklingsarbeten beskrivs ha bidragit till ökat intresse hos politiker för området psykisk hälsa, att psykisk hälsa har hamnat högre upp på agendan, att politiker har deltagit i olika aktiviteter såsom psykiatriveckor eller ledningsgrupper samt att politiker har fått en ökad kunskap kring området psykisk hälsa och ohälsa.

Utvecklingsarbete i regionerna – beskrivet via uppföljningsenkäten

Totalt 17 regioner (81 procent) av 21 besvarade Socialstyrelsens uppföljningsenkät. Sammanlagt beskrev regionerna 58 exempel på utvecklingsarbeten inom området psykisk hälsa som inte alls eller inte i samma omfattning skulle ha genomförts i regionerna utan de aktuella stimulansmedlen.

De beskrivna exemplen utgör utvecklingsarbete som regionerna har valt som särskilt viktiga för den egna regionen. Sju regioner beskrev fem exempel var, en region beskrev fyra exempel, fyra regioner beskrev tre exempel vardera, två regioner beskrev två exempel var medan tre regioner beskrev ett exempel vardera.

Exemplen inkluderar många olika aspekter och former av utvecklingsarbete

Ungefär 50 procent av de utvecklingsarbeten som regionerna beskrev i Socialstyrelsens uppföljningsenkät handlade om olika former av utveckling av verksamheter, medan ungefär 20 procent beskrev uppstarter av nya verksamheter.

Införande eller implementering av nya metoder och arbetssätt var föremål för det specifika utvecklingsarbetet i ungefär 35 procent av de beskrivna exemplen. En liknande andel av beskrivningarna fokuserade på samverkan av olika slag, medan omkring 30 procent involverade utbildning av personal. Ungefär 20 procent av de utvecklingsarbeten som regionerna beskrev innebar anställning av personal.

Mellan 10 till 20 procent av beskrivna utvecklingsarbeten inkluderade brukarinvolvering respektive analyser, kartläggningar och rutiner. Förebyggande arbete respektive utbildning av eller information till delar av allmänna befolkningen i regionen eller till brukare förekom vardera i ungefär 10 procent av de beskrivna utvecklingsarbetena.

De olika grupperna av aktiviteter överlappar i varierande grad varandra och innehållet i dessa beskrivs övergripande i följande avsnitt.

Metoder och arbetssätt

Utvecklingsarbeten som i sina beskrivningar nämner införandet eller implementeringen av nya eller vidareutvecklade metoder och arbetssätt

inkluderar såväl förebyggande som behandlande insatser. Exempelvis fokuserar nya metoder och arbetssätt på hälsoorientering eller hälsostöd för asylsökande och nyanlända, anonym chattfunktion vid ungdomshälsan samt Fysisk aktivitet på Recept (förkortat FaR).

Psykiatrisk behandling via olika digitala plattformar, som exempelvis internetbaserad KBT-behandling, är ytterligare exempel på nya metoder eller arbetssätt. Likaså provas gruppbehandling inom primärvården som ett nytt arbetssätt. Standardisering av vård- och bedömningsprocesser samt implementering av vårdprocesser med utgångspunkt i exempelvis samverkan, specifika målgrupper eller diagnoser, utgör ytterligare inriktningar på utvecklingsarbeten. Ett par exempel som inkluderas är vårdprocesser för självvald inläggning för patienter med självskadebeteende liksom PEER Support för ökad delaktighet och inflytande för patienter och brukare.

Införandet av nya metoder och arbetssätt fokuserar också specifikt på samverkan. I modellen Hälsa – Lärande – Trygghet har en första linje av tvärprofessionella arbetsgrupper mellan för- och grundskola, elevhälsa, socialtjänst och hälsocentraler eller sjukstugor etablerats. Ytterligare exempel för att i samverkan uppnå tidiga och samordnade insatser inkluderar ”en väg in”, plattformar för samverkan mellan rehabiliterande verksamheter (såsom Ungdomsstorget, Vuxentorget och Arbetsmarknadstorget) samt Samordnad Individuell Plan (SIP).

Utveckling av verksamheter

Beskrivningar av utvecklingsarbeten som fokuserar på utveckling av verksamheter inkluderar likaså såväl behandlande som förebyggande arbete. Dessa utvecklingsarbeten inkluderar första linjen verksamheter med fokus på barn- och ungdomshälsa såsom utökade besök i barnhälsovården, TVITIS-team (tidiga vardagsnära insatser med tydlig samverkan) för små barn med utvecklingsrelaterad problematik samt utformning av ungdomsmottagningar utifrån bland annat geografisk tillgänglighet och breddad professionell kompetens. Även utvecklingsarbete i enlighet med suicidpreventiva och regionala handlingsplaner har genomförts.

Utveckling av verksamheter handlar till stor del om satsningar på att öka tillgänglighet till vård och behandling. Ett sätt att öka tillgängligheten är genom digitalisering. Exempel på sådana aktiviteter inkluderar mottagningsverksamhet respektive förmedling av KBT via nätet och digitalt stöd till barn och ungdomar med habiliteringsinriktade behov. Andra sätt att öka tillgängligheten och att erbjuda rätt vård i rätt tid inkluderar rutiner för säker diagnostik, förbättrade rutiner för neuropsykiatriska utredningar samt psykoterapi- och andra utbildningsinsatser för personal. Ytterligare exempel på verksamhetsutveckling med fokus på att öka tillgängligheten till stöd, vård och behandling är förstärkning av bemanningen vid existerande ungdomsmottagningar samt införande av gruppbehandlingar inom primärvården.

Verksamhetsutveckling med inriktning på samverkan för stärkt tillgänglighet och tidiga insatser, inkluderar exempelvis i en region en länsgemensam organisering vid namn ”Barnets bästa gäller” (inspirerad av

Skottlandsmodellen) och i en annan region metoden Hälsa – Lärande – Trygghet. Vidare har sådan verksamhetsutveckling också genomförts med fokus på hälsofrämjande socialpsykiatriskt boende.

Flera av regionernas beskrivningar av utvecklingsarbeten som handlar om verksamhetsutveckling refererar till olika former av brukarinvolvering, exempelvis PEER Support och anställning av medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. En region har exempelvis beskrivit att de i samarbete med en brukarförening utvecklat en stödchatt för personer med självskadebeteende.

Dessutom förekommer utvecklingsarbete som involverar hbtq-certifiering av psykiatriska mottagningar som ett exempel på verksamhetsutveckling.

Samverkan

Även utvecklingsarbeten som har fokuserat på eller påtagligt involverat samverkan handlar om såväl behandlande som förebyggande insatser samt både strategiskt och mer individinriktat arbete. Exempelvis har ett utvecklingsarbete breddat det suicidpreventiva arbetet till att gälla alla samhällsaktörer. Ytterligare exempel på samverkan som regionerna har beskrivit är modellen ”Barnets bästa gäller”, Hälsa – Lärande – Trygghet, TVITS-team (tidiga vardagsnära insatser med tydlig samverkan), liksom plattformar för samverkan mellan rehabiliterande insatser, där vuxenpsykiatri, primärvård, Arbetsförmedling och Försäkringskassa och länets kommuner medverkar. Vidare involverar ett utvecklingsarbete samordning av elevhälsans medicinska insatser för att öka jämlikheten mellan kommuner gällande dessa insatser. Andra utvecklingsarbeten sker med specifikt fokus på verktyget Samordnad Individuell Plan (SIP), exempelvis framtagande av länsgemensamma blanketter.

Även i gruppen aktiviteter med fokus på samverkan beskriver regionerna implementering av vårdprocesser, exempelvis för vård av patienter med psykos och schizofreni, i samarbete mellan vuxenpsykiatri, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och länets kommuner. Vårdprocesser kring depression, adhd, dialektisk beteendeterapi (DBT) och ”en väg in” för barn och unga står i fokus för samverkan mellan närsjukvård och psykiatri. Likaså förekommer fokus på barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och missbruk i samarbete mellan BUP och kommunen, för att undvika att denna målgrupp ”hamnar mellan stolarna”. Utvecklingsarbetet i en region kartlägger missbruk och beroende hos barn och tar fram en processkarta som verktyg för praktisk samverkan mellan kommuner och BUP. Slutligen inför en region gruppbehandling inom primärvården, där samverkan sker mellan olika hälsocentraler i regionen, exempelvis för patienter för stressrelaterad ohälsa, sömnsvårigheter, oro eller ångest.

Samverkan inom ramen för utvecklingsarbetena sker också med brukarorganisationer, men formerna för denna samverkan varierar och är inte alltid beskrivna eller beskrivs i mer generella termer. Ibland sker samverkan i ett regionalt brukarråd för psykisk ohälsa. Ibland fokuserar samverkan med brukare på en specifik gemensam arbetsuppgift. Ett exempel på sådana arbetsuppgifter är kartläggning av befintlig information om vård

och insatser för psykisk ohälsa samt behovet för förändrad information. Detta har genomförts som del i framtagandet av en handlingsplan för förbättrad information på 1177 Vårdguiden och på kommunernas webbplatser. Ett annat exempel är utveckling av insatser för personer med självskadebeteende i form av en stödchatt. Ytterligare ett exempel på samverkan med brukarorganisationerna kring en specifik arbetsuppgift utgör samarrangemang av ”Psykiatriveckan”, med planering i en länsövergripande arbetsgrupp.

Utbildning av personal

Flera utvecklingsarbeten som regionerna inkluderade i uppföljningsenkäten beskrev utbildning av personal, inom många olika kompetensområden. Dessa inkluderar instruktörsutbildningar i Mental Health First Aid (MHFA) och Youth Aware of Mental health (YAM). Breddutbildningar pågår eller planeras. Flera beskrivningar av insatser med fokus på utbildning och kompetensutveckling uttrycks i relativt generella termer, medan andra beskrivningar är mer detaljerade.

Det framgår att utbildningssatsningar inkluderar kompetenshöjning för olika yrkesgrupper inom barn och ungdomsverksamheter, ungdomsmottagningar och vårdcentraler. Vissa utvecklingsarbeten med fokus på utbildning inkluderar KBT steg 1-utbildning för verksamma inom psykiatri och funktionshinder samt psykoterapiutbildning och utbildningsinsatser med fokus på självskadebeteende samt DBT inom BUP. Ytterligare exempel inkluderar kompetensutveckling för personalen i samband med implementering av vårdprocesser för patienter med psykos och schizofreni.

Inom ramen för ett utvecklingsuppdrag att samordna elevhälsan sker utbildning av skolläkare och skolsköterskor. Vidare är SIP föremål för specifika utbildningssatsningar, exempelvis till flera olika yrkesgrupper och aktörer. Ett annat exempel inom gruppen aktiviteter gällande utbildning för personal är Psykiatriveckan, där såväl personal från olika verksamheter som för allmänheten har kunnat delta i föreläsningar och aktiviteter. Ytterligare ett exempel på utbildning som riktas till både personal och patienter fokuserar på metoden Fysisk aktivitet på Recept (FaR) som behandling av psykisk ohälsa. Detta utvecklingsarbete kombinerar utbildning av personal och spridning av information till patienter.

Brukarinvolvering

Exempel på utvecklingsarbeten som berör brukarinvolvering beskrivs ofta i generella termer, som att utveckla brukarmedverkan eller att samverka med brukarorganisationer. I vissa utvecklingsarbeten beskrivs involvering av brukare mer specifikt, exempelvis i satsningar med PEER Support.

Ett exempel i den här gruppen av aktiviteter utgör en kartläggning av nuvarande situation kring brukarsamverkan i regionen, som underlag för en handlingsplan och utvecklingsplan med åtgärder för att öka brukarsamverkan. Denna grupp av aktiviteter inkluderar även regionala brukarråd för psykisk hälsa samt samverkan med brukarorganisationer kring

exempelvis kartläggning och utveckling av information om vård och insatser, liksom utveckling av insatser för specifika målgrupper.

Anställning av personal

Utvecklingsarbeten som använt stimulansmedel till att anställa personal är likaså av skiftande karaktär. I flera fall har tjänster tillsatts för att leda utvecklingssatsningar, exempelvis vårdutvecklare, processledare, verksamhetsutvecklare, utvecklingsstrateger och projektledare. Dessa utvecklingssatsningar berör flera olika områden, exempelvis utveckling av digitala tjänster, tidigt samordnat stöd för barn och unga, förbättrade rutiner och arbetssätt inom BUP, kvalitets- och tillgänglighetsutveckling av ungdomsmottagningar, samordning av elevhälsans medicinska insatser och samordning av utbildningssatsningar med fokus på SIP för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Anställningar inom ramen för utvecklingsarbeten handlar också om bemanning inom de ordinarie verksamheterna, exempelvis specialistbemanning inom psykiatri och psykologfunktion på ungdomsmottagning. I en satsning för ökad tillgänglighet till BVC har barnpsykologer anställts för att möta upp behov av handledning. Ett annat utvecklingsarbete har köpt externa utredningar för att öka tillgängligheten till neuropsykiatriska utredningar. Slutligen är målsättningen i utvecklingsarbete med fokus på PEER Support att i vuxenpsykiatri anställa medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Analyser, kartläggningar och rutiner

Utvecklingsarbete som i beskrivningarna inbegriper analyser, kartläggningar och rutiner handlar exempelvis om att förbättra rutiner för att tillgodose behovet av utredningar inom BUP, utveckla rutiner för neuropsykiatriska utredningar och standardisera vård- och bedömningsprocesser i den psykiatriska vården. Kartläggningar fokuserar exempelvis på brukarsamverkan, tillgänglighet till ungdomsmottagningar och ungdomshälsan och behov av information om psykisk hälsa och ohälsa, samt missbruk och beroende hos barn och unga.

Nya verksamheter

En del utvecklingsarbeten beskriver uppstart av nya verksamheter. Sådana inkluderar uppstart av ungdomsmottagningar, familjehälsa samt missbruksvårdsverksamheter i samarbete mellan BUP och kommunen för ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Vidare handlar sådana utvecklingsarbeten om att starta ”Barnets bästa gäller”, PEER Support samt självvald inläggning vid självskadebeteende. Som del i en nystartad första linje-verksamhet ingår i ett utvecklingsarbete den strukturerade samverkansmodellen Hälsa – Lärande – Trygghet.

Förebyggande arbete

Utvecklingsarbeten som fokuserar på förebyggande arbete handlar huvudsakligen om suicidprevention. Detta beskrivs ibland i generella

termer, såsom exempelvis suicidpreventivt arbete. I andra sammanhang specificerar beskrivningarna framtagande av handlingsplan, och utvecklingsarbete enligt denna, liksom instruktörs- och breddutbildningar i MHFA.

Utbildning av eller information till allmänna befolkningen, patienter och brukare

Slutligen innehåller gruppen aktiviteter som berör utbildning av eller information till den allmänna befolkningen i stort respektive patienter och brukare specifikt. Exempel på denna typ av aktiviteter inkluderar hälsostöd och hälsosamtal till asylsökande och nyanlända, samt psykiatriveckan. Ett projekt med fokus på FaR innebär utbildning och stöd för egenvård liksom information om exempelvis finansierade träningsmöjligheter. Inom ett utvecklingsarbete har en handlingsplan tagits fram för att förbättra informationen för allmänheten på webbplatsen 1177 Vårdguiden.

Förändringar till följd av regionernas utvecklingsarbete

I enkäten fick regioner uppskatta huruvida deras utvecklingsarbete medfört förändringar för operativa verksamheter, patienter och brukare, befolkningen i stort i regionen, det övergripande strategiska arbetet samt politiska prioriteringar eller beslut inom området psykisk hälsa i den egna regionen.

Kontaktpersonerna i regionerna som besvarade enkäten gjorde bedömningen att ungefär två tredjedelar av de, i enkäten beskrivna, utvecklingsarbetena medfört förändringar för operativa verksamheter. Över en tredjedel av dessa förändringar innebär ökad tillgänglighet till vård och behandling, inklusive att erbjuda tidigare insatser. Andra förändringar för operativa verksamheter inkluderar exempelvis utveckling av verksamhet, tydliggörande respektive skapande av rutiner och standardisering av processer, ökad kompetens och medvetenhet på operativ nivå om bemötande av patienter samt ökad bemanning.

Enligt de som besvarat enkäten har ungefär 30 procent av de beskrivna utvecklingsarbetena medfört förändringar för patienter och brukare. Även denna typ av förändring handlar huvudsakligen om ökad tillgänglighet till vård och behandling, även här inklusive att erbjuda tidigare insatser. Vidare förekommer förändringar som kan beskrivas som bättre eller mer samordnat stöd för patienter med behov av insatser från olika aktörer, samt ökad patientdelaktighet eller ökat patientinflytande. Bättre bemötande och ökad patientfokus i vården utgör ytterligare exempel på sådana förändringar.

Svarande i regionerna bedömde att ungefär 20 procent av de beskrivna utvecklingsarbetena hade medfört någon förändring för regionens befolkning i stort. Bland dessa utvecklingsarbeten var de vanligaste förändringarna ökad tillgänglighet till insatser och ökade möjligheter till kunskapsinhämtning inom området psykisk hälsa. Även ökad förståelse i samhället för personer med psykisk ohälsa och ökat fokus på gruppen från

fler samhällsaktörer, liksom minskat stigma, förekommer som identifierade förändringar i regionernas beskrivningar.

Totalt sett beskrev de svarande att cirka 60 procent av de beskrivna utvecklingsarbetena hade medfört förändringar i regionens övergripande strategiska arbete. Vanliga förändringar handlade om ökad samverkan och samarbete mellan regionen och andra aktörer, respektive stärkt strategiskt arbete med inriktning mot tillgängliga och tidiga insatser. Ytterligare undergrupper av förändringar på strategisk nivå inkluderade förnyad eller ny prioritering av ett område, skapande av handlingsplan eller utvecklingsstrategi samt stärkt brukarperspektiv.

Drygt 20 procent av de beskrivna utvecklingsarbetena har enligt de svarande medfört förändringar på politisk nivå vad gäller prioriteringar eller beslut. Dessa förändringar inkluderade beslut att ge resurser till eller prioritera specifika områden, respektive ökat intresse eller uppmärksamhet bland de regionala politikerna för ett område.

Överenskommelsernas betydelse för utvecklingsarbeten i kommuner och regioner

I Socialstyrelsens uppföljningsenkät har kommuner och regioner beskrivit exempel på utvecklingsarbete som de bedömer inte alls, eller inte i samma omfattning, hade varit möjliga att genomföra utan de aktuella stimulansmedlen. Tabell 9 beskriver i vilken omfattning stimulansmedel har bidragit till att beskrivna utvecklingsarbeten kunnat genomföras i kommuner och regioner.

Tabell 9. Stimulansmedlens betydelse för genomförandet av de specifika utvecklingsarbetena

	Kommuner		Regioner	
	Antal exempel	Andel exempel i %	Antal exempel	Andel exempel i %
Utan stimulansmedel hade de specifika utvecklingsarbetena...				
Inte alls genomförts	239	53,2	27	46,6
Genomförts, men inte i samma omfattning	210	46,8	31	53,4
Totalt	449	100,0	58	100,0

Drygt hälften av de utvecklingsarbeten som de aktuella stimulansmedlen har möjliggjort i kommunerna skulle inte alls ha genomförts utan dessa medel, medan drygt hälften av utvecklingsarbeten i regionerna skulle ändå ha genomförts men inte i samma omfattning.

Tabell 10. Finansiering av de beskrivna utvecklingsarbetena

Hur har de beskrivna utvecklingsarbetena finansierats?	Kommuner		Regioner	
	Antal exempel	Andel exempel i %	Antal exempel	Andel exempel i %
Enbart av stimulansmedel	195	43,4	26	44,8
Av stimulansmedlen tillsammans med andra externa medel	22	4,9	2	3,4
Av stimulansmedlen tillsammans med egna medel (ordinarie budget)	182	40,5	24	41,4
Av stimulansmedel tillsammans med såväl andra externa medel som egna medel	36	8,0	4	6,9
Annat	13	2,9	2	3,4
Vet ej	1	0,2	0	0
Totalt	449	100,0	58	100,0

Som visas i tabell 10 har drygt 40 procent av de beskrivna utvecklingsarbetena i både kommuner och regioner finansierats enbart med stimulansmedel, medan en nästan lika stor andel har finansierats av stimulansmedel tillsammans med medel från kommunernas respektive regionernas egna budgetar.

Tabell 11. Betydelsen av stimulansmedel och arbetsprocesser

Kommuners och regioners bedömning av hur viktiga stimulansmedel och olika arbetsprocesser har varit för genomförandet av beskrivna utvecklingsarbeten. Bedömningen har gjorts med hjälp av en skala från 1 till 5 där 1 står för "inte alls viktigt" och 5 för "mycket viktigt".

På en skala 1–5 hur viktigt har följande varit för genomförande av detta utvecklingsarbete?	Kommuner		Regioner	
	Inte så viktigt	Viktigt eller mycket viktigt	Inte så viktigt	Viktigt eller mycket viktigt
	Andel i % som svarat 1–2	Andel i % som svarat 4–5	Andel i % som svarat 1–2	Andel i % som svarat 4–5
Tillgången till stimulansmedel	1,1	92,2	1,7	89,6
Arbetsprocessen med att ta fram behovsanalysen och handlingsplanen	11,6	53,3	37,9	38,0
Arbetsprocessen med att revidera behovsanalysen och handlingsplanen	15,1	47,2	32,8	41,4
Arbetsprocessen med att följa upp handlingsplanen	13,1	51,3	25,9	44,8
Tillgången till er läns gemensamma behovsanalys	16,5	47,4	29,3	37,9
Tillgången till er läns gemensamma handlingsplan	14,7	51,0	25,9	44,8
Tillgången till er kommunala/landstingens egen handlingsplan	7,8	57,6	13,8	34,5

Betydligt större andelar av kommuner respektive regioner bedömde att stimulansmedlen varit viktiga eller mycket viktiga för genomförandet av utvecklingsarbetena, jämfört med motsvarande andelar gällande betydelsen av arbetsprocesser att ta fram, revidera och följa upp handlingsplaner (se tabell 11). För relativt stora andelar av de beskrivna utvecklingsarbetena, bedömde kommuner respektive regioner ändå att arbetet med handlingsplaner varit viktigt eller mycket viktigt. Dock var det vanligare att kommunerna gjorde en sådan bedömning jämfört med regionerna.

Tabell 12 visar att totalt 52 procent av utvecklingsarbeten beskrivna av kommunerna respektive 74 procent av utvecklingsarbeten beskrivna av regionerna bedömdes som troliga eller mycket troliga (svarat med 4–5 på skalan) att fortsätta att bedrivas oberoende av framtida stimulansmedel.

Tabell 12. Bedömning gällande hur troligt det är att utvecklingsarbeten kommer att fortsätta oberoende av fortsatta stimulansmedel

Kommuner och regioner har bedömt hur troligt det är att de beskrivna utvecklingsarbetena kommer att fortsätta att bedrivas oberoende av fortsatta stimulansmedel. Bedömningen har gjorts med hjälp av en skala från 1 till 5 där 1 står för "inte alls troligt" och 5 för "mycket troligt".

	Kommuner		Regioner	
Hur troligt är det att detta utvecklingsarbete kommer att fortsätta att bedrivas i er kommun/region, oberoende av framtida stimulansmedel?	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %
1. Inte alls troligt	19	4,2	1	1,7
2	50	11,1	4	6,9
3	110	24,5	7	12,1
4	93	20,7	26	44,8
5. Mycket troligt	139	31,0	17	29,3
Inte aktuellt att fortsätta satsningen	7	1,6	0	0
Kan inte bedöma	31	6,9	3	5,2
Totalt	449	100,0	58	100,0

En fördjupad analys visar att bedömningarna av hur troligt det är att ett utvecklingsarbete kommer att fortsätta, oberoende av framtida stimulansmedel, skiljer sig mellan huruvida utvecklingsarbetet enbart har finansierats med de aktuella stimulansmedlen eller tillsammans med medel från kommunernas och regionernas egna budgetar.

Totalt 46 procent av de 195 utvecklingsarbeten som i kommunerna finansierades enbart med stimulansmedel bedömdes som troliga eller mycket troliga (svarat med 4–5) att de kommer att fortsätta oberoende av framtida stimulansmedel. Även av de 22 utvecklingsarbeten som i kommunerna finansierades med stimulansmedel tillsammans med andra externa medel bedömdes att 41 procent är troliga eller mycket troliga att fortsätta oberoende av framtida stimulansmedel. Motsvarande andelar för de 182 utvecklingsarbeten som finansierades av stimulansmedel tillsammans med medel från kommunernas egna budgetar respektive de 36 som

finansierades med stimulansmedel, egna medel och andra externa medel är 57 respektive 64 procent.

Liknande skillnader finns även bland de utvecklingsarbeten som regioner beskrev i sin enkät. Bland de 28 utvecklingsarbeten som i regionerna finansierades enbart av externa medel⁴ (de aktuella stimulansmedlen med eller utan andra externa medel) bedömdes 61 procent som troliga eller mycket troliga (svarat med 4–5) att fortsätta oberoende av framtida stimulansmedel. Motsvarande andel för de 28 utvecklingsarbeten som finansierades av externa medel tillsammans med medel från regionernas egna budgetar är 82 procent.

Övriga kommentarer i uppföljningsenkäten

I Socialstyrelsens uppföljningsenkät har kommuner och regioner fått möjlighet att lämna ytterligare kommentarer gällande de aktuella överenskommelserna och arbetet som har bedrivits inom ramen för dessa. De kommentarer som kommuner och regioner lämnat illustrerar att stimulansmedlen har varit mycket viktiga eller avgörande för utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa och bidragit till ett ökat fokus på området och en högre grad av medvetenhet. Dessa stimulansmedel har enligt beskrivningarna möjliggjort både utvecklingsarbete och samverkan inom länen som inte hade kunnat åstadkommas annars.

Breddningen av fokus i överenskommelserna 2016–2018 och möjligheten att själva prioritera fokus för sitt arbete inom området uppskattas mycket, samtidigt som långsiktighet i en fortsatt statlig satsning efterfrågas. Genom kommentarer poängterar kommuner och regioner även att fortsatta stimulansmedel är avgörande för fortsatt arbete och utveckling inom området psykisk hälsa – om det ska vara möjligt att vända den negativa trenden.

Utvecklingsarbete i kommuner och regioner – beskrivet i handlingsplaner och ekonomiska redovisningar

Som en del av uppföljningsarbetet har Socialstyrelsen också läst igenom och analyserat alla handlingsplaner och/eller andra dokument, med eventuella tillhörande bilagor, som kommuner och regioner valt att lämna in till SKL den 31 oktober 2018.

⁴ I analysen av regionernas bedömning av hur troligt det är att de beskrivna utvecklingsarbeten kommer att fortsätta oberoende av framtida stimulansmedel har myndigheten slagit ihop arbeten som finansierats enbart av de aktuella stimulansmedlen med de som finansierats med de aktuella stimulansmedlen tillsammans med andra externa medel. På motsvarande sätt slogs ihop utvecklingsarbeten som finansierats med de aktuella stimulansmedlen tillsammans med medel från regionernas egna budgetar med de utvecklingsarbeten som finansierats med de aktuella stimulansmedlen tillsammans med såväl andra externa medel som regionernas egna budgetar. Resultatet av de fördjupade analyserna är därför inte direkt jämförbara mellan kommuner och regioner.

Analys av handlingsplaner kompletterar bilden om utvecklingsarbetet i kommuner och regioner

Till skillnad från Socialstyrelsens uppföljningsenkät hade kommuner och regioner möjlighet att i sina handlingsplaner beskriva allt utvecklingsarbete som planeras, pågår eller är genomfört inom området psykisk hälsa. Därmed kan fler utvecklingsarbeten inkluderas i denna uppföljning, än vad som har varit möjligt att fånga upp enbart med uppföljningsenkäten. Många handlingsplaner, å andra sidan, inkluderar i sina beskrivningar även arbete inom området psykisk hälsa som inte genomförts inom ramen för de aktuella överenskommelserna. Dessutom finns stora variationer mellan olika handlingsplaner gällande vad som inkluderas och många gånger är det inte möjligt att avgöra vad som specifikt har gjorts inom ramen för de aktuella överenskommelserna.

Analysen av de 20 länsgemensamma, sju regionala och 123 kommunala handlingsplaner och andra dokument, som innehöll någon beskrivning eller omnämning av pågående eller genomförda aktiviteter inom området psykisk hälsa som kunde knytas till tidsperioden 2016–2018, kompletterar därmed resultatet från Socialstyrelsens uppföljningsenkät. Resultatet visar att alla eller en stor majoritet av alla län i Sverige beskrivit utvecklingsarbete som involverar utbildning, anställningar, samverkan, erbjudande av insatser, nya metoder och arbetssätt, framtagande av dokument, utveckling av processer, rutiner eller riktlinjer, förebyggande verksamheter, strategiskt arbete, brukarinvolvering och arbete med fokus på kvalitetsutveckling. Utvecklingsarbete som berör kartläggningar och inventeringar, digitalisering, informationsspridning respektive skapande av nya eller vidareutveckling av redan befintliga verksamheter har var och en beskrivits i minst 75 procent av länen.

I de länsgemensamma handlingsplanerna återfinns störst andel av den totala mängden beskrivna utvecklingsarbeten inom gruppen samverkan, förebyggande arbete, erbjudande av insats, utbildning av personal samt nya metoder och arbetssätt.

Analysen av kommunernas inlämnade material visar att framtagning av olika dokument är aktiviteter som i relation till andra typer av satsningar betydligt oftare framkommer i de kommunala handlingsplaner än vad som framgår av enkäten. Oftast handlar det om olika specifika handlingsplaner för olika målgrupper såsom personer med samsjuklighet, missbruk eller psykisk funktionsnedsättning, så kallade ”hemmasittare” eller för olika sakområden, såsom suicidprevention, ANDT-området, våld i nära relationer eller hedersrelaterat våld, samverkan eller brukarmedverkan.

Det är också relativt vanligt att kommuner beskriver att de har tagit fram olika rutiner, riktlinjer eller checklistor på många olika områden eller lokala överenskommelser respektive avtal mellan olika verksamheter. Lokala överenskommelser och avtal handlar framförallt om samverkan och tydliggörande av ansvarsfördelning. Utöver dessa omnämns en rad andra typer av dokument som exempelvis strategier, arbetsplaner och utbildningsplaner.

Fördjupade analyser, inventeringar och kartläggningar är också aktiviteter som i förhållande till andra grupper av aktiviteter omnämns i betydligt större utsträckning i de kommunala handlingsplanerna än i enkäten. En övervägande del av dessa är genomlysningar av operativa verksamheter. Framförallt handlar det om inventeringar av vilka insatser som kommuner erbjuder inom området psykisk hälsa eller till vissa specifika målgrupper. Det handlar också om mer generella genomlysningar av kommuners arbete inom området psykisk hälsa eller kartläggningar av vissa mer avgränsade verksamheter.

Vidare handlar sådana aktiviteter om genomlysningar av nuvarande organisationer eller att se över rutiner och processer, inventeringar av personalens kunskap inom ett område och behov av kompetensutveckling samt olika målgruppers behov av visst stöd eller insats. I ett mindre antal kommuner berör kartläggningar skolfrånvaro eller gruppen hemmasittare, barns behov, olika enkäter till skolelever inom exempelvis ANDT-området samt fördjupade analyser av målgruppen barn och unga. Andra kartläggningar berör personer med psykiska funktionsnedsättningar, personalens kunskap kring denna målgrupp och behov av ett visst stöd. Ett fåtal kartläggningar och undersökningar handlar om att få en lägesbild kring målgruppen äldres psykiska hälsa. Ytterligare ett fåtal kartläggningar eller inventeringar handlar exempelvis om att inventera brukares behov eller önskemål om sysselsättning samt om att inventera kommunens sysselsättningsmöjligheter.

På samma sätt beskrivs pågående eller genomförda aktiviteter som syftar till att öka brukares inflytande, delaktighet eller medverkan betydligt oftare i handlingsplanerna än i enkäten. De flesta av de identifierade aktiviteterna som inkluderar brukarinvolvering har kunnat delas in i två grupper. I den ena gruppen återfinns aktiviteter såsom genomförande av brukarenkäter, intervjuer med brukare, brukarundersökningar och brukarrevisioner. I den andra gruppen återfinns beskrivningar av brukarrepresentation i olika samverkansråd eller samverkansgrupper. I några få kommunala handlingsplaner omnämns samarrangemang av olika evenemang eller aktiviteter tillsammans med brukare eller brukarorganisationer. Exempel på detta är psykiatriveckor, världsdagen för att uppmärksamma psykisk ohälsa och olika föreläsningar. Kommuner beskriver också att de har anställt personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller att verksamheter eller aktiviteter drivs tillsammans med brukarorganisationer. I några få kommuner har brukare varit delaktiga i framtagande av lokala handlingsplaner eller dokument, andra än de som är inlämnade till SKL och som utgör grunden för denna analys. Någon enstaka beskriver att de har infört systematisk uppföljning av sin verksamhet, vilket innebär att brukare ska kunna lämna synpunkter på genomförda insatser.

Ytterligare ett område – för vilket bilden skiljer sig mellan enkäten och handlingsplanerna – gäller samverkan. I handlingsplanerna förekommer betydligt oftare beskrivningar av bildande av olika ledningsgrupper, styrgrupper och arbetsgrupper för arbetet inom området psykisk hälsa, där olika aktörer finns representerade, liksom deltagande i olika samverkansmöten.

Kommunernas ekonomiska redovisningar

Utöver Socialstyrelsens uppföljningsenkät och handlingsplaner som kommuner har lämnat till SKL har Socialstyrelsen också analyserat de ekonomiska redovisningar som kommuner har lämnat in till SKL i oktober 2018.

Det är viktigt att påpeka att den ekonomiska redovisningen är en mindre detaljerad beskrivning av det genomförda utvecklingsarbetet och att grupper av aktiviteter som skapades under analysen av de ekonomiska redovisningarna inte är direkt jämförbara med grupper av aktiviteter från uppföljningsenkäten eller handlingsplanerna, även om de har samma namn. Kostnader för specifika aktiviteter varierar och speglar därmed inte alltid omfattning eller frekvens av genomförda aktiviteter, vilken förvärrar jämförelser både inom och mellan olika grupper av genomförda aktiviteter. Det är också viktigt att påpeka att kommuners och regioners ekonomiska redovisningar som presenteras i tabell 13 respektive 14 är begränsade till 2018, medan utvecklingsarbetet beskrivet i handlingsplaner och Socialstyrelsens uppföljningsenkät omfattar hela perioden 2016–2018.

Totalt har kommuner redovisat 356 899 663 kronor som har använts inom ramen för de allmänna stimulansmedlen under 2018. I tabell 13 presenteras en sammanställning av hur kommunerna har rapporterat att de använt dessa medel⁵.

Tabell 13. Kommuners redovisning av aktiviteter som finansierats med 2018 års allmänna stimulansmedel

Uppgifter inrapporterade av 290 kommuner. Belopp anges i kronor.

Typ av aktivitet	Belopp	Andel i %
Kompetenshöjande insatser för personal	73 885 166	20,7
Bemannning	71 107 195	19,9
Uppstart och utveckling av verksamhet	43 751 814	12,3
Förebyggande och främjande arbete	35 689 021	10,0
Satsningar på nya metoder, modeller eller arbetssätt	33 915 354	9,5
Samordning på regional respektive kommunal nivå	19 710 171	5,5
Insatser för att minska skolfrånvaro	11 704 286	3,3
Brukarinflytande	9 394 042	2,6
Samverkan	8 795 781	2,5
Analysarbete	7 453 910	2,1
Satsningar för att öka sysselsättning	7 064 600	2,0
Övrigt	19 462 847	5,5
Ospecificerat	14 965 476	4,2
Totalt	356 899 663	100,0

⁵ I kommunernas rapportering är uppgifter om barn och unga, vuxna och äldre, samt övriga kostnader redovisade separat. I tabellen redovisas dessa kostnader sammanslaget.

Analysen av de ekonomiska redovisningarna bekräftar till stor del resultatet som framträder ur analysen av enkätsvaren och handlingsplanerna.

Kompetenshöjande insatser för personal

Kommuners ekonomiska redovisningar gällande de allmänna stimulansmedlen bekräftar att kompetenshöjande insatser för personal – framförallt utbildningar, men även konferenser, handledning, föreläsningar och seminarier inom området psykisk hälsa – är den vanligaste gruppen av aktiviteter som genomförts. Dessutom har störst andel stimulansmedel (21 procent) använts för sådana aktiviteter.

En fördjupad analys bekräftar även bilden, som tidigare beskrivits utifrån uppföljningsenkäten och handlingsplanerna, att utbildningarna till störst andel berör satsningar på specifika metoder. Exempel på sådana metoder är MHFA och YAM.

Gruppen aktiviteter kompetenshöjande insatser för personal innehåller också en rad ospecificerade utbildningsinsatser.

Bemanning

Satsningar på bemanning utgör 20 procent av de redovisade medlen. Det rör sig om anställningar av en rad olika kompetenser som direkt ska arbeta med brukare (såsom psykologer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, socialsekreterare, familjebehandlare) eller som ska arbeta med mer övergripande frågor (såsom samordnare, verksamhetsutvecklare, projektledare och hälsokommunikatörer).

En relativ stor del av bemanningen sker inom ramen för införande av nya behandlings- eller arbetsmetoder och avser exempelvis Case Managers och SIP-samordnare). Bemanningen har skett i olika verksamheter, till exempel inom socialpsykiatri, skola, arbetsmarknad, socialtjänst, rehabilitering och första linjeverksamhet. Denna grupp aktiviteter omfattar också ospecificerade anställningar och lönekostnader.

Uppstart och utveckling av verksamhet samt generellt utvecklingsarbete

Kommuner har sammantaget redovisat att de har använt 12 procent av de fördelade medlen till att starta upp helt nya verksamheter, men även att utveckla eller förstärka redan befintlig verksamhet. Några exempel på kommuners beskrivningar av hur de har använt medlen är:

- projekt för att skapa en gemensam öppenvård mellan kommunens tre olika socialtjänster
- inrättande av coachfunktion
- förstärkta familjecentraler
- uppstart av samsjuklighetsteam.

Denna grupp aktiviteter omfattar även mer generellt eller mindre specifikt utvecklings- och kvalitetsarbete.

Förebyggande och främjande arbete

Utifrån kommunernas redovisningar har totalt 10 procent av de fördelade medlen lagts på förebyggande och främjande arbete – en bred grupp av

aktiviteter som både innehåller specificerat preventivt arbete och annat hälsofrämjande eller utåtriktat arbete. I det förebyggande arbetet ingår mer eller mindre specificerad suicid-, drog- och våldsprevention, förebyggande arbete i samverkan med skolor och andra aktörer samt lokalhyra för förebyggande gruppverksamheter. Suicidprevention utgör en stor del av det förebyggande arbetet.

Denna grupp aktiviteter innehåller också förebyggande och främjande arbete i form av olika typer av fritids- och friskvårdssatsningar. Exempel på sådana är genomförande av mulleskola, lägerverksamhet, friskvårdsaktiviteter och olika tematräffar.

Här ingår också utåtriktat arbete, såsom informationsspridning till allmänhet, brukare och skolor. Det kan röra sig om t.ex. genomförande av föreläsningar, psykiatriveckor eller att ta fram informationsbroschyrer. Denna grupp omfattar även att erbjuda insatser såsom förebyggande föräldra- eller anhörigstöd, exempelvis till barn som lever med föräldrar med missbruksproblematik, föräldrar med familjehemsplacerade barn samt olika föräldraföreläsningar.

Satsningar på nya metoder, modeller eller arbetssätt

Motsvarande 10 procent av de redovisade medlen har använts till att utveckla eller införa nya metoder, modeller eller arbetssätt. Den här gruppen aktiviteter omfattar införande eller implementering av specifika behandlings- eller arbetsmetoder, såsom Barns Behov I Centrum (BBIC), Individens Behov I Centrum (IBIC), Parenting Young Children (PYC) samt Traumamedveten Omsorg (TMO).

Här är det viktigt att påpeka att stora delar av utvecklingsarbete som handlar om satsningar på nya metoder, modeller eller arbetssätt i form av utbildning av personal eller bemanning, som ska arbeta med en specifik metod, modell eller arbetssätt, har grupperats som ”kompetenshöjande insatser för personal” och ”bemanning”. Detta medför att gruppen ”satsningar på nya metoder, modeller eller arbetssätt” i den här beskrivningen är betydligt mindre i förhållande till övriga grupper – jämfört med resultaten från uppföljningsenkäten och handlingsplanerna.

Samordning på regional respektive kommunal nivå

Av kommunernas redovisade medel har 6 procent använts till att samordna arbetet kring psykisk hälsa eller mer specifikt att samordna arbetet med de aktuella överenskommelserna. Denna grupp aktiviteter omfattar också samordning inom de kommunala verksamheterna, såsom socialtjänst, socialpsykiatri och skola.

Insatser för att minska skolfrånvaro

Totalt har 3 procent av de redovisade medlen använts till arbete kring skolfrånvaro och hemmasittare, alltså unga som varken studerar eller arbetar. Det rör sig till stor del om ospecificerat arbete inom skola eller elevhälsa för att öka närvaron i skolan. Denna grupp aktiviteter omfattar också ett fåtal mer specifika projekt eller arbetssätt, till exempel att implementera eller utöka stöd- och skolnärvaroteam för unga hemmasittare.

Brukarinvolvering

Motsvarande 3 procent av kommunernas redovisade medel har använts för att på olika sätt involvera brukare respektive brukar- eller intresseorganisationer i arbetet med psykisk hälsa. Exempel på aktiviteter som berör brukarinvolvering är brukarrevisioner, brukarsamverkan, inflytandesamordning, ersättning till brukarrepresentanter för medverkan liksom att utarbeta strategier för inflytande och delaktighet för intresse- och brukarorganisationer.

Samverkan

Kommuner redovisar vidare att sammantaget 2 procent har använts till samverkan av olika slag. Det är dock viktigt att betona att många aktiviteter som ingår i de övriga grupper av aktiviteter också har gjorts i samverkan mellan olika aktörer. Samverkansarbete som beskrivits i kommuners ekonomiska redovisningar omfattar delvis mindre specificerade möten i olika arbetsgrupper och samverkansteam, och delvis arbete inom olika samverkans- eller samarbetsstrukturer. Denna grupp aktiviteter innefattar också samverkanskonferenser och samverkansdagar, liksom att utveckla och koordinera samverkansarbete.

Analysarbete

Totalt 2 procent av kommuners redovisade medel har använts till att genomföra olika typer av analyser. Det rör sig om kartläggningar, inventeringar, uppföljningar, utvärderingar och utredningar. Vissa kommuner har inte beskrivit vilken typ av analysarbete det rör sig om, medan andra har lämnat mer detaljerade beskrivningar. Några exempel är:

- årlig kartläggning av boende- och stödinsatser till familjer där en eller båda föräldrarna har psykisk ohälsa
- uppföljning av familjehemsplacerade barn
- kartläggning av arbetet inom första linjen
- utveckling av nyckeltal för systematisk egenkontroll.

Satsningar för att öka sysselsättning

Av kommuners redovisade stimulansmedel har 2 procent använts till arbete för att öka sysselsättningen för personer med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. Denna grupp aktiviteter omfattar till största del ospecificerat arbete för att öka sysselsättningen för dessa grupper. Den innehåller också särskilda satsningar eller projekt som fokuserar på utökning av sysselsättningsplatser samt studie- och arbetsförberedande insatser. Satsningar på att öka sysselsättningen bland personer med psykisk ohälsa genom implementering av specifika metoder eller modeller, såsom Individual Placement and Support (IPS) eller supported employment, ingår dock i gruppen "satsningar på nya metoder, modeller eller arbetssätt".

Övrigt

Gruppen aktiviteter "övrigt" omfattar grupper som var för sig motsvarar mindre än 1 procent av de totala redovisade stimulansmedlen. Denna grupp aktiviteter utgör totalt 5 procent av kommuners redovisade medel. Här ingår exempelvis framtagande av styrdokument och handlingsplaner,

ospecificerade satsningar på äldres psykiska hälsa och skolinriktade insatser (som inte gäller skolnärvaro).

Ospecificerade utgifter

Ospecificerade utgifter omfattar 4 procent av de redovisade stimulansmedlen, vilket motsvarar nästan 15 miljoner kronor. Här ingår de kostnader som inte går att gruppera med andra, mer specifika kostnader, för att de är allt för otydligt beskrivna. Dessutom ingår beskrivningar som sammanslagit kostnader för flera olika satsningar och där det därför inte går att avgöra hur stor del av kostnaden som berör vilka satsningar.

Regionernas ekonomiska redovisning

Totalt har regionerna redovisat 366 351 124 kronor som har använts som allmänna stimulansmedel under 2018. I tabell 14 presenteras en sammanställning av hur regionerna har redovisat att de använt dessa medel⁶. Den största gruppen av aktiviteter sett till utgifter är satsningar på att öka tillgängligheten till vård, vilket utgör 17 procent av de totala stimulansmedlen.

Tabell 14. Regioners redovisning av aktiviteter som finansierats med 2018 års allmänna stimulansmedel

Uppgifter inrapporterade av 290 kommuner. Belopp anges i kronor.

Typ av aktivitet	Belopp	Andel i %
Utökning av tillgänglighet till vård	62 300 001	17,0
Nya verksamheter	52 952 431	14,5
Utvecklings- och kvalitetsarbete	27 842 445	7,6
Framtagning av behovsanalyser, handlingsplaner och samordning av arbetet	25 725 715	7,0
Bemanning	25 447 001	6,9
Satsning på vårdflöden och arbetssätt	19 543 000	5,3
Införande av nya metoder eller modeller	17 992 001	4,9
Kompetenshöjande insatser för personal	16 508 577	4,5
Förebyggande arbete	11 067 501	3,0
Digitalisering	4 362 000	1,2
Samverkan	4 146 462	1,1
Brukarinvolvering	4 000 000	1,1
Övrigt	10 057 001	2,7
Ospecificerat	84 406 989	23,0
Totalt	366 351 124	100,0

⁶ I regionernas rapportering är uppgifter om barn och unga, vuxna och äldre, samt övriga kostnader redovisade separat. I tabellen redovisas dessa kostnader sammanslaget.

Ökad tillgänglighet till vård

Sammantaget har regionerna redovisat att de använt motsvarande 17 procent av stimulansmedlen för att öka tillgängligheten till vård och behandling. En större del av detta är inköp av neuropsykiatriska utredningar för att förkorta vårdköerna. I ett flertal av de övriga redovisningarna är dock insatserna ospecificerade, vilket innebär att vissa regioner har beskrivit att de använt stimulansmedel för att öka tillgängligheten utan att beskriva vilka konkreta satsningar som har genomförts för att åstadkomma detta.

Nya verksamheter

Av regionernas redovisade stimulansmedel har 14,5 procent använts till att starta upp eller att testa nya verksamheter. Medlen har exempel använts till att planera och bygga upp en dialektisk beteendeterapi-mottagning, en högspecialiserad enhet inom specialistpsykiatri samt mobila team. I denna grupp aktiviteter ingår även pilotprojekt där nya verksamheter prövas.

Utvecklings- och kvalitetsarbete

Regionerna redovisade att sammantaget 7,6 procent av de allmänna stimulansmedlen har använts till relativt ospecificerat utvecklings- och kvalitetsarbete. Här ingår insatser som syftar till att förbättra eller utveckla befintliga verksamheter. De relativt ospecifika skrivningarna kan illustreras med följande exempel:

- kvalitetshöjande insatser inom området behandling och utredning
- utveckling av vården i första linjen
- utveckling av primärvården, område psykisk hälsa
- förbättrad vård för personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

Framtagning av behovsanalyser och handlingsplaner samt samordning av arbetet

Totalt 7 procent av de redovisade stimulansmedlen har använts till att genomföra kartläggningar och behovsanalyser, att utveckla handlingsplaner och till regional samordning av arbetet kring överenskommelserna. Även tillsättningar av t.ex. projektledare, samordnare och administratörer som särskilt skulle arbeta med detta ingår i denna grupp av aktiviteter.

Bemannings

Ungefär 7 procent av de redovisade stimulansmedlen har använts till bemanning. Denna grupp av aktiviteter omfattar bland annat anställningar av olika kompetenser inom primärvård, specialistpsykiatri och andra verksamheter. Det rör sig exempelvis om psykologer, psykiatriker, sjuksköterskor och koordinatörer. Den här gruppen omfattar även mer ospecificerade personal- och bemanningskostnader där det inte framgår vilken typ av tjänst eller kompetens stimulansmedlen använts till.

Anställningar av personal som särskilt ska arbeta med något inom andra grupper av aktiviteter, exempelvis regionala samordnare och vikarier i samband med utbildningar, har sorterats in under respektive grupp.

Satsning på vårdflöden och arbetssätt

Satsningar på att effektivisera vårdflöden och arbetssätt har bekostats av drygt 5 procent av de redovisade stimulansmedlen. Några exempel på satsningar är:

- ta fram standardiserade vårdförlopp
- utveckla evidensbaserad handläggning och psykosocialt omhändertagande genom hela thoraxtransplantationsprocessen – från utredning till långtidsuppföljning
- utarbeta struktur för gruppverksamhet.

Satsningar på nya metoder och modeller

Av de stimulansmedel som regionerna redovisade har ungefär 5 procent använts till att bekosta satsningar på nya behandlingsmetoder och behandlingsmodeller. Här ingår exempelvis införandet av behandlingsmetoderna ERGT (Emotional Regulation Group Therapy) och FACT (Flexible Assertive Community Treatment) liksom av SAM-modellen (Samverka, Agera, Motivera). Medel har också använts till projekt för att utveckla nya metoder i arbetet inom olika verksamhetsområden.

Kompetenshöjande insatser för personal

Totalt 4,5 procent av de redovisade stimulansmedlen har använts till kompetenshöjande insatser för personal. Det handlar om utbildningar, handledning, föreläsningar och konferenser inom området psykisk ohälsa.

Förebyggande arbete

Till förebyggande arbete har 3 procent av regionernas redovisade medel använts. Det handlar bland annat om suicidprevention, alkohol- och narkotikaförebyggande arbete, förebyggande arbete vid spel om pengar och om annat förebyggande arbete kopplat till psykisk ohälsa.

Av de ungefär 11 miljoner kronor som har använts till förebyggande arbete har merparten (81 procent) använts till suicidprevention. Självmondsförebyggande arbete återkommer dock även inom andra grupper av aktiviteter. Till exempel har medel använts till en föreläsning om suicidprevention för äldre samt till utbildningar i MHFA som är inriktad på att öka kunskapen om psykisk ohälsa och förebygga suicid, vilka är sorterade inom gruppen ”utbildning”.

Digitalisering

Regionerna har redovisat att drygt 1 procent av stimulansmedlen har använts till utveckling av appar, inköp av utrustning för digitalisering samt till ospecifierad digitalisering och e-hälsa.

Samverkan

Kostnader för samverkan utgör ungefär 1 procent av regionernas redovisade stimulansmedel. Här ingår aktiviteter som delvis berör strategisk samverkan på chefsnivå såsom samverkan i olika grupper och nätverk och delvis individfokuserad samverkan kring olika grupper av patienter eller brukare som exempelvis barn och unga som använder droger.

Brukarinflytande

En mindre del av de redovisade allmänna stimulansmedlen, ungefär 1 procent, har använts till brukar- och patientmedverkan samt till avtal och ersättningar till brukarorganisationer.

Övrigt

Gruppen ”övrigt” är en hopslagning av mindre grupper som – var för sig – motsvarar mindre än 1 procent av de totala redovisade allmänna stimulansmedlen. Här ingår bland annat informationsspridning till allmänheten (till exempel psykiatriveckor, föreläsningar för skolor eller allmänheten) och stöd till föräldrar. Gruppen ”övrigt” utgör totalt 2,7 procent av de redovisade medlen.

Ospecificerade utgifter

Ospecificerade utgifter omfattar nästan en fjärdedel (23 procent) av regionernas redovisade stimulansmedel. I den här gruppen ingår utgifter som är alltför ospecifika för att kunna sorteras i de övriga grupperna. Här inkluderas även redovisade kostnader som i sin beskrivning har sammanslagit flera olika satsningar, så att det inte är möjligt att utläsa vilken kostnad som gäller för vilken satsning.

Utmaningar som är viktigast att lösa inom de närmaste tio åren

I Socialstyrelsens uppföljningsenkät har kommuner och regioner tillfrågats vilka av de utmaningar, svårigheter eller hinder som de ser i sitt arbete inom området psykisk hälsa som – enligt dem – är viktigast att finna lösningar för inom de närmaste tio åren.

I regionernas svar är bemanning, kompetensförsörjning och rekrytering av personal inom området psykisk ohälsa liksom samverkan med kommuner och skolan de utmaningar som oftast lyfts fram som viktigast att lösa inom den närmaste framtiden. Övriga utmaningar som några få regioner lyfter fram handlar om förebyggande arbete inom området psykisk hälsa, tillgänglighet till vård, ökade vårdbehov och dålig ekonomi i regionen. Någon region lyfter att allt mer fokus läggs på ”lättare psykisk ohälsa” vilket riskerar att utarma vården för personer med svår psykiatrisk problematik och att utvecklingsarbete inom respektive område därför bör skiljas åt och stimuleras med separata medel. En annan region lyfter att allt mer resurser läggs på utredning och diagnostisering men mindre på behandling och efterlyser därför en ökad balans mellan dessa. Ytterligare en region ser utvecklingen av primärvården, som aktör som i högre utsträckning ska arbeta med psykisk hälsa, som den viktigaste utmaningen. Ytterligare en region lyfter fram integration som en utmaning.

De kontaktpersoner i kommunerna som besvarade uppföljningsenkäten pekar på flera olika utmaningar, svårigheter och hinder i sitt arbete inom området psykisk hälsa, som de bedömer som viktigast att finna lösningar för inom de närmaste tio åren. På en övergripande nivå kan svaren grupperas så här:

- ökande behov i befolkningen
- bristande ekonomiska resurser
- svårigheter relaterade till kompetensförsörjning och bemanning
- utmaningar i relation till samverkan mellan huvudmän och organisatoriska gränser
- utmaningar att integrera och implementera förebyggande perspektiv i praktiska verksamheter
- otillräcklig tid för och långsiktighet i förändringsarbetet
- utmaningar i relation till att förbättra synen på och förståelsen för psykisk ohälsa
- utmaningar i att skapa fungerande stödformer som kan sättas in snabbt i ett tidigt skede, såsom en första linje (exempelvis mot bakgrund av långa köer till BUP).

Att erbjuda boenden och boendestöd för exempelvis personer med psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättning, ibland i kombination med missbruk eller åldersrelaterade behov är – enligt de som besvarade enkäten – också en stor utmaning som behöver lösas för att förbättra förutsättningar för arbetet inom området psykisk hälsa. Kommunernas bostadsbrist överlag, både vad gäller reguljära bostäder och bostäder med särskilt stöd, försvårar situationen ytterligare.

Likaså lyfter kontaktpersonerna fram utmaningar i att erbjuda meningsfull sysselsättning för personer med psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättning, liksom att stödja individer långt från reguljär arbetsmarknad att närma sig densamma. De menar vidare att ensamhetsproblematik och socialt utanförskap är viktiga hinder att övervinna.

Ytterligare en utmaning som lyfts fram är att stärka brukardeltagande och brukarinflytande i såväl vård och omsorgssituationer som i utvecklingsarbete. I sammanhanget nämns vikten av att följa upp både insatser och resultat av personalens kompetenshöjningar utifrån effekter för den enskilde brukaren.

De som besvarade uppföljningsenkäten pekar på särskilda utmaningar i mindre kommuner, bland annat i att hålla sig uppdaterade vad gäller omvärldsanalys, metoder och arbetssätt samt i att möta nya målgruppers behov särskilt när befolkningsunderlaget inte är stort nog för att starta nya verksamheter. Stora geografiska avstånd utgör också en utmaning, exempelvis ur ett bemanningsperspektiv, som är nödvändig att lösa inom de närmaste tio åren.

Del 3: Uppföljning av särskilda satsningar

Särskild satsning inom primärvården

Genom 2018 års överenskommelse fördelades 220 miljoner kronor till regioner som en särskild satsning på primärvården. Enligt 2018 års överenskommelse ska regioner som en del av analys och handlingsplan 2018 redovisa:

- uppskattade behov av insatser för psykisk hälsa i primärvården
- uppskattade volymer av insatser för psykisk ohälsa som produceras i primärvården
- eventuellt gap mellan behovet av insatser för psykisk ohälsa i primärvården och de volymer som produceras
- vilka insatser för psykisk hälsa som planeras i primärvården de kommande åren.

Sammanställning av regionernas redogörelser

Här följer en sammanställning av regionernas redogörelser utifrån de ovanstående punkterna. Sammanställningen bygger på en analys av 21 läns gemensamma behovsanalyser och handlingsplaner samt sju regionala handlingsplaner med tillhörande bilagor. Informationen från handlingsplanerna kompletterades även med för uppföljningen relevanta uppgifter som regionerna har registrerat i SKL:s inmatningsverktyg.

Ett fåtal regioner har redovisat volymer av insatser för psykisk hälsa inom primärvården

Totalt tretton av 21 regioner har i SKL:s inmatningsverktyg rapporterat att de har gjort en gapanalys gällande behovet av insatser för psykisk ohälsa i primärvården och de volymer som produceras. Analysen av handlingsplanerna visar dock att endast fyra regioner (Gotland, Örebro, Stockholm och Skåne) har redovisat någon form av uppskattning gällande volymer av insatser för psykisk ohälsa som producerats i primärvården i respektive region. Västernorrland och Kalmar skriver uttryckligen i handlingsplanen att de utfört en gapanalys men har inte redovisat en sådan i sina handlingsplaner med bilagor.

Örebro och Skåne beskriver hur stor andel som diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom inom primärvård samt antal besök hos kurator och psykolog i primärvården. Örebro redovisar även antal tjänster i primärvård med psykosocial kompetens (kuratorer och psykologer).

Gotland redovisar produktionen genom antal besök till psykolog eller KBT-terapeut per 1 000 listade patienter på vårdcentralerna i regionen, samt antal individer och besök för F-diagnoser inom primärvård, alltså för diagnoskoderna F00–F99: "Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar".

Stockholm har redovisat produktion av primärvårdsinsatser som andelen personer i länet som fått vård för psykisk ohälsa i primärvård: "Psykiatrisk diagnos i primärvården (F eller Z)", "Antidepressiva medel via primärvården", "Psykosocial verksamhet i primärvården", eller "Någon form av psykiatrisk hjälp i primärvården". Denna statistik, som är hämtad från *Psykiatrin i siffror* för 2016, är fördelade på åldersgrupper och visar att mellan 10 och 15 procent av alla vuxna i Stockholms län fått någon form av hjälp för psykisk ohälsa i primärvården under år 2016.

För vuxna redovisar Stockholm även andelen individer inom regionen med läkemedelsuttag av antidepressiva mediciner (cirka 7 procent), adhd-mediciner (cirka 0,1 procent), sömnmedel (cirka 7,5 procent) eller lugnande mediciner (cirka 4,5 procent) efter recept utskrivna i primärvården.⁷ I Stockholms handlingsplan återfinns även redovisade svar från en enkät med fokus på vuxnas välbefinnande samt data från regionens vårdadministrativa datalager (VAL-databasen).

Ingen av dessa fyra regioner har dock presenterat en heltäckande analys av produktionen av insatser i primärvården eller behov av primärvårdsinsatser kopplade till sina resultat. Analysen visar vidare att ingen region på ett heltäckande och systematiskt sätt i sina handlingsplaner redovisat vilka volymer av insatser gällande psykisk ohälsa som produceras i primärvården. Det finns inget sammanhållet och enhetligt sätt för regioner att mäta och redovisa primärvårdens produktion av insatser inom psykisk hälsa.

Flertalet regioner försöker göra en nulägesbeskrivning av psykisk ohälsa regionalt eller nationellt, men har inte sammanställt hur denna är kopplad till vare sig behov eller produktion av insatser för psykisk ohälsa inom primärvården. En region skriver att i dagsläget sker uppskattningar av volymer av insatser inom psykisk hälsa på respektive hälsocentral.

Flera regioner gör ett försök att beskriva behov av insatser och volym av insatser för psykisk ohälsa i sina handlingsplaner genom att hänvisa till resultat från folkhälsoenkäten *Nationell folkhälsoenkät – Hälsa på lika villkor*⁸ gällande nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ-12) i den egna regionen samt data från databaser Kolada och "Barn och unga i fokus". och Nationell folkhälsoenkät 2015. I dessa regioner redovisas parametrar som antal individer med sjukskrivningar, Samordnad individuell plan (SIP), förskrivningar av adhd-läkemedel och antidepressiva läkemedel på

⁷ Data hämtad från *Underlag till "Uppdrag psykisk hälsa" – En lägesbeskrivning av vård för psykisk ohälsa i SLL*.

⁸ Folkhälsomyndigheten, 2014.

regionnivå. Dock framgår det inte hur dessa resultat relaterar till produktionen av insatser i primärvården.

Primärvården saknar tillräckliga resurser och kompetens för att täcka behoven av samtalsterapi eller KBT-behandling

Flera regioner anger att primärvården behöver mer resurser för att kunna ge personer med psykisk ohälsa rätt vård och stöd. Totalt 19 regioner har ingen konkret redovisning för eventuella gap mellan volymer som produceras och behoven av insatser för psykisk hälsa i primärvården. Region Skåne och Region Gotland redovisar dock någon form av kvantifierbart gap inom respektive region.

Analyserna från dessa två regioner visar att i relation till nationella riktlinjer, och utifrån antalet diagnoser inom primärvården, får för få patienter psykologisk behandling, främst kognitiv beteendeterapi (KBT). Skåne visar även på bristande tillgång till kurator och psykolog på vårdcentraler. Enligt regionens redogörelse får endast hälften av patienter med depression rätt diagnos inom primärvården, vilket tyder på att exempelvis triagering, bedömningsverktyg och kompetens inom primärvården behöver förbättras och utvecklas.

Gotland är den enda region som har en kvantitativ analys av gap mellan behov av insatser och de volymer som produceras. Regionen beskriver att ett tydligt gap har identifierats vad gäller behov för och tillgång till samtalsbehandlare. Till följd av korta behandlingssekvenser har cirka 30 till 40 procent av patienter behov av ytterligare ett till två behandlingsbesök samt ett uppföljningsbesök – behov som inte blir tillgodosedda i dagsläget. Region Gotland har uppskattat behovet och beräknat hur många ytterligare kuratorer, läkare och samtalsterapeuter i primärvården som behövs för att möta behovet i regionen.

Insatser för psykisk hälsa som planeras inom primärvården de kommande åren

Analysen av vilka insatser som planeras har baserats på de exempel som regionerna, i sina beskrivningar i SKL:s inrapporteringsverktyg, bedömer kan ha särskilt positiv effekt för psykisk hälsa. Regionerna har beskrivit exempel på insatser i primärvården och angivit vilka mål som finns eller har funnits för insatserna, samt vilken målgrupp insatserna berör. Målgrupper för regionernas exempel avser såväl olika yrkesgrupp som olika patientgrupper.

För angivna målgrupper, mål och typ av insats har övergripande kategorier identifierats. Dessa presenteras i tabell 15 (målgrupper patienter och personal), tabell 16 (mål) och tabell 17 (typ av aktivitet).

Sammanställningarna av regionernas beskrivningar visar på en viss överlappning mellan vad som angivits under ”mål” respektive ”aktiviteter”, det vill säga att målsättning och process ligger nära varandra. Detta gäller exempelvis för de identifierade kategorierna ”förtydliga uppdrag” (aktivitet) och ”vidga uppdraget inom primärvården” (mål).

Tabell 15. Målgrupper – olika kategorier

Kategorier som identifierats utifrån underlaget från SKL:s inmatningsverktyg.

Målgrupper (patienter)	Målgrupper (personal)
Diagnosgrupp: depression och ångest	Psykosocialt team (samtalsterapeuter/kuratorer/socionomer, psykologer och psykiatrisjuksköterskor)
Diagnosgrupp: missbruk och beroende	Psykiatriker primärvård
Diagnosgrupp: sömnproblem	Vårdsamordnartjänster
Diagnosgrupp: stress	Rådgivningssjuksköterskor
Diagnosgrupp: adhd	Allmänläkare primärvård
Allmänheten	Personal primärvård
Patienter med komplexa behov	
Åldersgrupp: barn och unga	
Åldersgrupp: vuxna	
Åldersgrupp: äldre	

Tabell 16. Mål – olika kategorier

Kategorier som identifierats utifrån underlaget från SKL:s inmatningsverktyg.

Mål	Beskrivning
Vidga uppdraget inom primärvården	
Samverkan och samordning	Innefattar målen: - patienten ska till rätt vårdnivå - förbättra patientflöde - sammanhållen vårdkedja - skapa sömlös vård - förbättrad samverkan/vårdansvar mellan psykiatri och primärvård
Förebyggande och tidiga insatser	Innefattar målen: - tidig upptäckt av psykisk ohälsa - ökade preventiva insatser
Kompetens- och metodutveckling bland medarbetare	Innefattar kompetensutveckling inom: - psykisk ohälsa generellt eller kring specifik diagnosgrupp - bedömning - triagering - behandling - följa vårdriktlinjer, - erbjuda evidensbaserad behandling
Ökad tillgänglighet	Innefattar ökad tillgänglighet inom: - bedömning/diagnostisering/triagering - specifik patientgrupp - behandling - allmänt för psykisk ohälsa alt. Ej specificerat

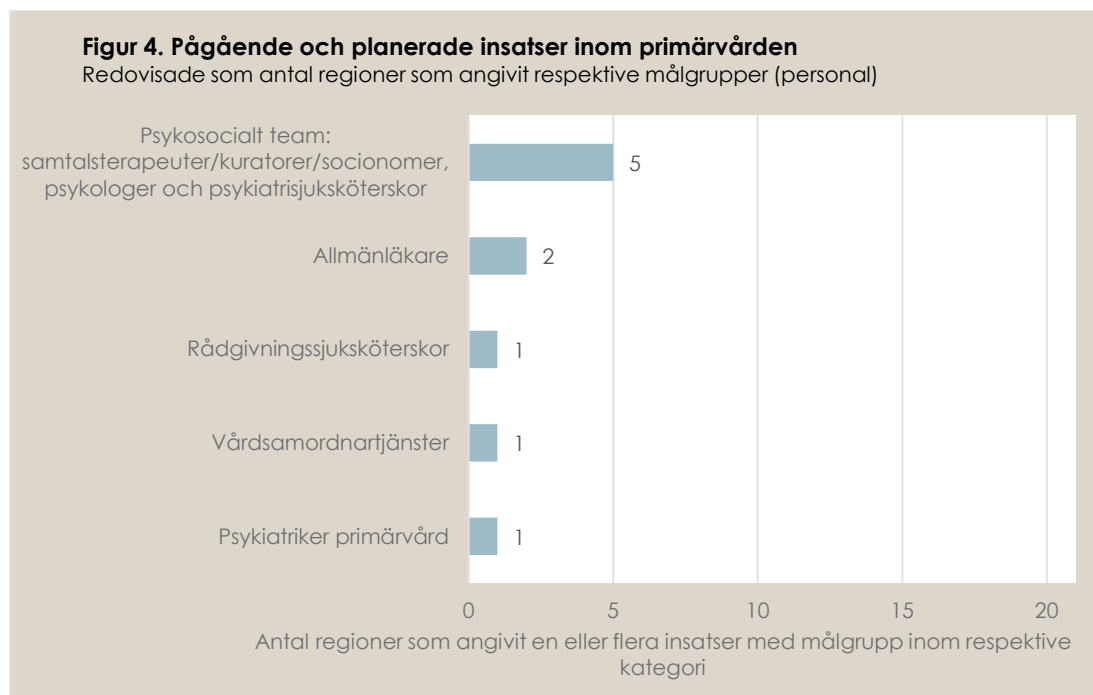
Tabell 17. Typ av aktivitet – olika kategorier

Kategorier som identifierats utifrån underlaget från SKL:s inmatningsverktyg.

Typ av aktivitet	Beskrivning
Bredare behandlingsutbud (främst KBT)	Innefattar: - utbildningsinsatser KBT - psykoterapi för behandlare - internetförmiddad KBT - gruppbehandlingar
Resursförstärkning	Innefattar: - uppstart/utveckling av mottagnings(psykosocialt)team - resursförstärkning - rekrytering av kompetens - utveckla livsstilmottagning
Kunskapslyft personal	Innefattar: - utbildningsinsatser, kurser och vidareutbildningar
Nya arbetssätt/förbättrat patientflöde	Exempelvis införande av arbetsmodell Integrerad beteendehälsa (IBH) eller Collaborative Care Model (CCM)
Förbättrad samverkan primärvård-psykiatri	Exempelvis konsultation och utveckling av vårdöverenskommelser
Förbättrad bedömning	Innefattar förbättrad: - triagering - screening - diagnostisering
Erbjuda evidensbaserad vård	Innefattar utveckling och implementering av vårdriktlinjer och nationella riktlinjer
Förebyggande åtgärder	Exempelvis föreläsningar för allmänheten
Förtydliga uppdrag	Innefattar förslag till förändrat/förtydligat uppdrag för första linjen psykiatri

På nationell nivå sker flera satsningar på psykosociala team

Den vanligaste målgruppen för satsningar som berör personal är psykosociala team. Planerade insatser som regioner lyfter fram syftar till utveckling, kompetenshöjning och rekrytering med fokus på yrkesgrupperna psykologer, samtalterapeuter, kuratorer, socionomer och psykiatrisjuksköterskor. Andra yrkesgrupper som utgör målgrupper för planerade insatser är allmänläkare, rådgivningssjuksköterskor, vårdsamordnare och psykiatriker i primärvård. Dessa nämns dock endast av enstaka regioner (se figur 4).



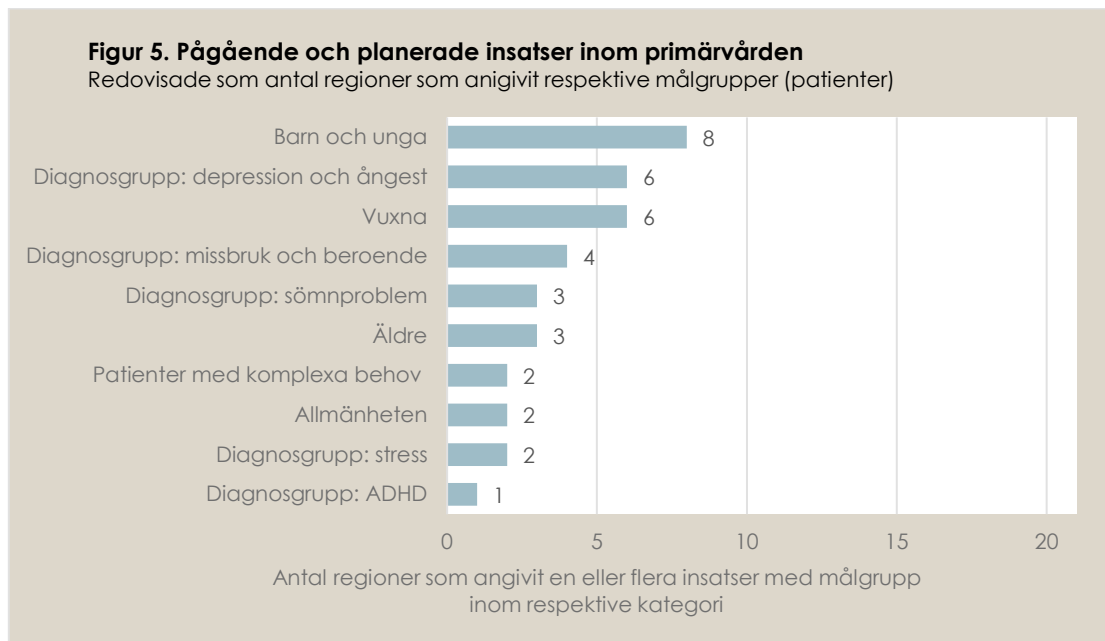
Källa: SKL:s inmatningsverktyg.

Vanligast med insatser för patienter med depression och ångestsyndrom

Två tredjedelar av de regioner som angivit en patientmålgrupp för de exempel som de bedömer kan ha särskilt positiv effekt för psykisk hälsa, planerar insatser riktade mot en eller flera specifika diagnosgrupper. Störst andel regioner planerar insatser inom primärvården med fokus på patienter med depression och ångestsyndrom. Andra specifika diagnosgrupper i fokus för planerade insatser gäller personer med missbruk och beroende, sömnproblem och/eller stress (se figur 5).

Insatser riktade mot barn och unga inom primärvård utgör en stor andel av planerade insatser. Ungefär 40 procent av regionerna planerar att genomföra insatser för denna målgrupp.

Tre regioner har beskrivit en eller flera insatser för äldre. Detta utgör en relativt liten andel, i förhållande till att flertalet regioner samtidigt i inmatningsverktyg beskriver stora behov av insatser för psykisk hälsa för äldre (se figur 5).



Källa: SKL:s inmatningsverktyg.

Ökad tillgänglighet och kompetensutveckling vanligaste mål för beskrivna insatser i primärvården

Som framgår av figur 6 anger majoriteten av regioner (16 stycken) förbättrad tillgänglighet som mål för de i inmatningsverktyget beskrivna planerade insatserna i primärvården. I kategorin förbättrad tillgänglighet ingår förbättrad tillgänglighet till behandling (sju regioner), bedömning (fem regioner) eller för en specifik diagnosgrupp (sex regioner). Flertalet regioner planerar att arbeta med förbättrad tillgänglighet för både bedömning och behandling eller har inte specificerat målet för den ökade tillgängligheten.

Hälften av alla regioner planerar att arbeta med insatser som syftar till kompetensutveckling för medarbetare inom primärvården. De vanligaste förekommande kompetensutvecklingsområdena är bedömning och triagering samt behandling, följsamhet till vårdriktlinjer och att erbjuda evidensbaserad behandling.

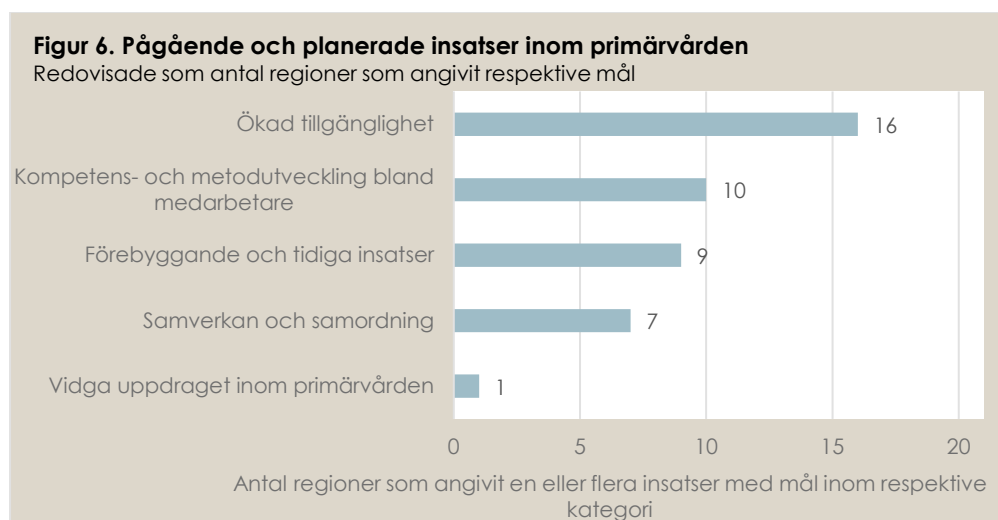
Nio regioner anger förebyggande och tidiga insatser som mål. Vissa av dessa regioner har dock inte närmare beskrivit några aktiviteter med koppling till detta mål.

En tredjedel av regionerna anger förbättrad samverkan och samordning som målsättning för sina beskrivna planerade insatser. Denna kategori utgörs av följande delmål:

- patienten ska hanteras på rätt vårdnivå (två regioner)
- förbättrat patientflöde, sammanhållen vårdkedja eller sömlös vård (tre regioner)
- förbättrad samverkan respektive vårdansvar mellan psykiatri och primärvård (tre regioner).

Ett flertal regioner beskriver att det finns ett behov av att förtydliga eller utöka uppdraget för primärvården gällande psykisk hälsa. Trots detta har endast en region listat detta mål bland sina beskrivna exempel på insatser i SKL:s inmatningsverktyg.

I figur 6 utelämnas kategorin ”övrigt”, vilket utgörs av sex olika målsättningar som angivits av tre eller färre regioner vardera – exempelvis personcentrerad vård, minskad användning av läkemedel, jämlik vård och egenvård eller hjälp till självhjälp.



Källa: SKL:s inmatningsverktyg.

En majoritet av regionerna satsar på resursförstärkning och bredare behandlingsutbud

Majoriteten av regionerna beskriver att de planerar att arbeta med resursförstärkning och en breddning av behandlingsutbudet inom primärvården, inom de närmaste åren (se figur 7). Främst gäller detta kognitiv beteendeterapi (KBT). Dessa typer av insatser korrelerar med angivna mål om förbättrad tillgänglighet och kompetensutveckling.

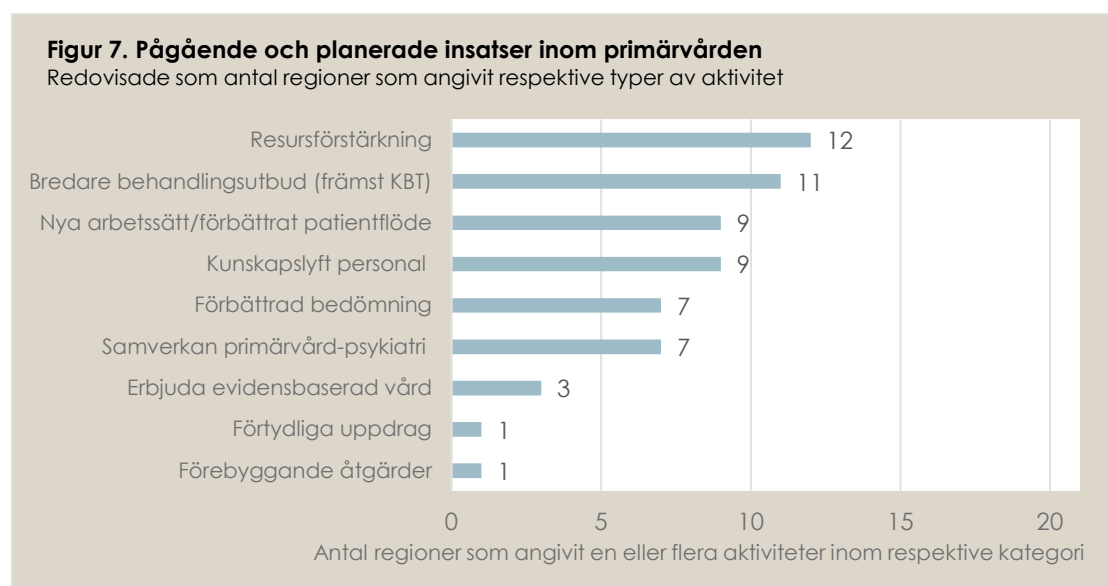
Uppstart eller utveckling av mottagningsteam eller psykosociala team och rekrytering av ny kompetens utgör de insatser inom kategorin ”resursförstärkning” som flest regioner anger att de arbetar med eller har för avsikt att arbeta med. Dessa regioner satsar på ett bredare behandlingsutbud genom utbildningsinsatser inom KBT eller psykoterapi för behandlare, internetförmiddad KBT eller gruppbehandlingar.

De främsta modellerna för nya arbetssätt som planeras inom primärvården är Collaborative Care Model (CCM) och Integrerad beteendehälsa (IBH).

Kunskapslyft för personal inom primärvård är ett ytterligare område som ett flertal regioner (nio regioner) satsar på, där fokus ligger på att öka kunskap om psykisk hälsa generellt men även på att personal ska bli bättre på att fånga upp personer med psykisk ohälsa (se figur 7).

Trots att flera regioner i sina handlingsplaner beskriver ett stort behov av att förtydliga primärvårdens uppdrag gällande psykisk hälsa är det endast en region som beskriver det som sitt mål att vidga primärvårdens uppdrag och en region som planerar att genomföra en insats inom detta område. Det finns därmed en diskrepans mellan angivna mål och utförda eller planerade insatser. På motsvarande sätt anger 40 procent av regioner att de arbetar med förebyggande och tidiga insatser som mål, men endast ett fåtal regioner har angett konkreta planerade aktiviteter inom denna kategori. Därmed finns det även här en diskrepans mellan angivna mål och planerade aktiviteter.

Inom kategorin ”samverkan mellan primärvård och psykiatri” har flertalet regioner beskrivit att de utvecklat nya arbetssätt för konsultation och rådgivning mellan primärvård och specialistpsykiatri. Ett fåtal regioner anger att de arbetar framåt med fokus på evidensbaserad vård genom främst utveckling och implementering av vårdriktlinjer och nationella riktlinjer.



Källa: SKL:s inmatningsverktyg.

Övergripande iakttagelser

Utifrån regionernas handlingsplaner och uppgifter inrapporterade i SKL:s inmatningsverktyg framgår att samtliga regioner arbetar för att förbättra omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa inom primärvården. Många resultatinkriktade insatser har redan utförts och fler planeras under de kommande åren.

De planerade insatserna som regionerna beskriver har potential att förbättra kunskapen och beredskapen inom primärvården för att ta emot individer med psykisk ohälsa. Regionernas redogörelser visar att primärvården behöver utöka och förtydliga sitt uppdrag gällande psykisk hälsa liksom förbättra samverkan med specialistpsykiatri.

Ett definierat uppdrag för primärvården gällande psykisk hälsa – en förutsättning för meningsfulla gapanalyser

Socialstyrelsens sammanställning av handlingsplaner visar att det har varit en utmaning för regionerna att uppskatta och redovisa uppskattade behov av insatser för psykisk hälsa inom primärvården, vilka volymer av sådana insatser som produceras samt eventuella gap mellan dessa.

Sammanställningen visar att:

- Flertalet regioner försöker beskriva vilka behov av insatser för psykisk ohälsa som föreligger regionalt. Få regioner har dock sammanställt hur dessa behov är kopplade till behov eller produktion av insatser specifikt inom primärvården – även om det råder konsensus om att underliggande behov förväntas öka framöver. I flera handlingsplaner nämns även att behovet av vård för psykisk ohälsa överlag är svårt att definiera eftersom det finns ett stort mörkertal av individer som lider av psykisk ohälsa men som inte är kända av vården, särskilt bland unga.
- Få regioner specificerar produktionsvolymer av insatser kopplade till psykisk ohälsa inom primärvården. De produktionsvolymer som anges i handlingsplanerna presenteras på olika sätt, vilket omöjliggör djupare jämförelser mellan regionerna. Vidare jämförelser försvåras ytterligare av att regionerna organiserat första linjens vård för psykisk ohälsa på olika sätt.
- Flera regioner anger att de har genomfört efterfrågade gapanalyser. Dock har endast Gotland och Skåne presenterat resultaten av analysen eller inkluderat analysen som en bilaga till sina handlingsplaner.

Planerade insatser för psykisk hälsa i primärvården matchar identifierade behov

Även om få regioner har utfört en kvantitativ analys av behov så har många beskrivit behoven i mer generella drag. De främsta behoven av insatser inom primärvården som regionerna beskriver i sina handlingsplaner gäller följande områden:

- utökad samverkan och konsultation mellan specialistpsykiatri och primärvård
- förbättrad triagering, bedömning och diagnostisering
- förbättrad tillgänglighet till vård, främst behandling och bedömning
- kompetenshöjande satsningar för personal i primärvård
- utökade behandlingsresurser inom främst samtalsterapi med fokus på KBT.

Regionerna beskriver i sina handlingsplaner en upplevelse att behovet av insatser för psykisk hälsa ökar. För att möta befolkningens behov av insatser kopplade till psykisk ohälsa har regionerna beskrivit pågående eller planerade insatser som bland annat syftar till att förbättra samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri, att förbättra tillgängligheten till adekvat bedömning och behandling inom primärvården genom utveckling av

psykosociala team och yrkesgrupper samt att satsa på kompetenshöjning av befintlig personal eller rekrytering av ny kompetens (bl.a. KBT).

På en nationell nivå svarar således de beskrivna planerade insatserna till viss del mot regionernas identifierade behovsområden. Det är dock viktigt att poängtera att denna slutsats endast gäller de av regionerna beskrivna behoven och planerade insatserna. Socialstyrelsen kan således – från det analyserade underlaget – inte uttala sig om huruvida planerade insatser uppfyller eller förväntas möta behoven på regional nivå.

Att förtydliga och utvidga uppdraget för primärvården gällande psykisk hälsa är ett behov som återkommande nämns i handlingsplanerna. Vad detta innebär i praktiken framgår inte av det inlämnade underlaget.

Ekonomisk redovisning av 2018 års stimulansmedel för särskild satsning på primärvården

Totalt redovisade regionerna 222 993 269 kronor som har använts inom ramen för den särskilda satsningen på att stärka primärvårdens arbete med psykisk hälsa. Tabell 18 visar att huvuddelen av stimulansmedel använts av regionerna för att på olika sätt öka tillgänglighet till psykosociala insatser eller till vården generellt när det gäller psykisk ohälsa.

Analysen visar att kostnader som redovisats i de tre kategorierna som omfattar utveckling av arbetssätt och rutiner i primärvården, satsningar på att öka personalens kompetens samt arbete för att öka tillgängligheten till första linjen står tillsammans för drygt 60 procent av de totala redovisade medlen.

Tabell 18. Regionernas redovisning av hur de använt 2018 års stimulansmedel för särskild satsning på att stärka primärvårdens arbete med psykisk hälsa

Uppgifter inrapporterade av 21 regioner. Belopp anges i kronor.

Aktivitet	Belopp	Andel i %
Utveckling av arbetssätt och rutiner	47 689 830	21,4
Kompetensökning	44 846 000	20,1
Arbete för att öka tillgänglighet till första linjen	42 964 281	19,3
Uppstart av nya verksamheter eller mottagningar	23 993 905	10,8
Förbättra insatser	11 017 528	4,9
Förstärkning av verksamhet	8 849 650	4,0
Förebyggande arbete	4 215 500	1,9
Öka utbudet av kontaktmöjlighet, bedömning eller behandling via digitala plattformar	3 612 000	1,6
Övrigt	6 688 650	3,0
Ospecificerade utgifter	29 115 925	13,1
Totalt	222 993 269	100,0

Utveckling av arbetssätt och rutiner

Av de särskilda stimulansmedel som fördelats till regionerna för att stärka primärvårdens arbete med psykisk hälsa har ungefär 21 procent, enligt regionernas redovisning, använts till att öka tillgänglighet till vård genom utveckling av arbetssätt och rutiner. Denna kategori omfattar exempelvis arbete med ökad tillgänglighet till samtalskontakter för äldre, att utveckla triagering, att utarbeta gruppbehandlingsmaterial och anställning av vårdsamordnare som ska jobba med ökad tillgänglighet och kontinuitet i vården.

Kompetensökning

Vidare har ungefär 20 procent av de redovisade stimulansmedlen använts till att öka tillgängligheten, dels genom att öka kompetensen kring psykisk ohälsa hos redan befintlig personal, dels genom att anställa ny personal med särskilda kompetenser relevanta för arbetet med psykisk ohälsa.

Den större delen av denna kategori (ungefär 80 procent) utgörs av kompetensutveckling i form av att befintlig personal deltagit i utbildningar, föreläsningar och konferenser. Det rör sig bland annat om utbildningar i specifika bedömnings-, behandlings- eller arbetsmetoder och triagering. Resterande 20 procent har använts till att öka den samlade kompetensen genom att anställa ny personal med särskilda kompetenser, såsom exempelvis psykologer.

Arbete för att öka tillgänglighet till första linjen

Nästan en femtedel (drygt 19 procent) av de redovisade medlen har använts för att öka tillgängligheten till första linjen i mer ospecifika eller mer generella termer. Ungefär hälften av dessa medel har använts till att öka tillgängligheten till samtalsbehandling. Andra exempel är satsningar på tillgänglighet till första linjen genom att stärka psykosociala team och utveckling av BUP.

Uppstart av nya verksamheter eller mottagningar

Ett annat sätt att öka tillgängligheten till vård för dem med psykisk ohälsa har varit att starta nya verksamheter eller mottagningar. Nästan 11 procent av de redovisade medlen använts för detta ändamål. Kategorin består dock av endast två utgiftsposter: den ena där 19,2 miljoner kronor använts till att starta upp satellitmottagningar och den andra där 4,8 miljoner kronor använts till att projektera och organisera första linjen i en region.

Förbättra insatser

Knappt 5 procent av de redovisade stimulansmedlen har använts till att förbättra insatser. Kategorin omfattar bland annat ospecificerat arbete för att förbättra insatser, ta fram nya arbetsmetoder och att utveckla behandlingsmetoder. Ett exempel är ett implementeringsprojekt riktat till pojkar och unga män som är migranter, där nya arbetsmetoder och

pedagogiskt material för hälsokommunikation i psykisk och sexuell hälsa planeras att tas fram.

Förstärkning av verksamhet

Av de särskilda stimulansmedlen som regionerna redovisade användes 4 procent till förstärkning av redan befintliga verksamheter. Kategorin består av endast två utgiftsposter: den ena som beskriver att stimulansmedel har använts till att bidra till förbättrad livskvalitet, främja rehabilitering och återgång till ett så aktivt liv som möjligt för personer med stroke eller förvärvat hjärnskada och den andra som beskriver att medel har använts till naturunderstödd rehabilitering med målet att rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen ska vara effektiv, säker och att insatser ska sättas in i rätt tid.

Förebyggande arbete

Knappt 2 procent av regionernas redovisade medel inom denna satsning har använts till förebyggande arbete. Delvis omfattar kategorin arbete med tidig identifiering av och tidiga insatser vid olika tillstånd. Ett exempel är en satsning på ökad användning av Alcohol Use Identification Test (AUDIT) och vid behov Drug Use Identification Test (DUDIT) för att tidigt upptäcka och sätta in insatser vid risk- eller missbruk av alkohol respektive droger. Ett annat exempel är att genom underlättad handläggning förebygga eller korta sjukskrivning för patienter som visar tecken på stressrelaterad psykisk ohälsa. Kategorin innehåller också arbete för att förbättra attityder kring psykisk ohälsa och arbete med att uppmärksamma allmänheten på psykisk ohälsa och suicidalitet.

Öka utbudet av kontaktmöjlighet, bedömning eller behandling via digitala plattformar

En mindre del av medlen (1,6 procent) som regionerna redovisade omfattar satsningar på att öka tillgängligheten genom att förbättra möjligheten att komma i kontakt med vården och att få bedömning eller behandling via digitala plattformar. Det omfattar exempelvis implementering av videobesök och internetbaserad KBT.

Övrigt

Denna kategori omfattar aktiviteter som inte gick att sortera in i någon av de ovanbeskrivna kategorierna och som var för sig motsvarar mindre än en procent av de totala redovisade särskilda stimulansmedel. Det handlar om att förbättra informationsmaterial, göra en kartläggning av unga hemmasittare samt att betala ersättning för genomförande av hälsoundersökningar. Kostnaderna för hela kategorin ”övrigt” utgör 3 procent av regionernas redovisade medel.

Ospecificerat

En relativ stor andel (13,1 procent) av de redovisade medlen är inte specificerade. I kategorin ingår kostnader som är för ospecifikt formulerade för att kunna kategoriseras. Den omfattar också kostnader som i sina beskrivningar sammanslagit ett flertal olika satsningar så att det inte går att utläsa vilken kostnad som gäller för vilken satsning.

Särskild satsning på barn och ungas psykiska hälsa

Genom 2018 års överenskommelse fördelades 250 miljoner kronor till regioner som en särskild satsning på barn och unga. Enligt 2018 års överenskommelse ska regioner som en del av analys och handlingsplan 2018 redovisa följande:

- hur barn och unga med psykisk ohälsa får hjälp i länet
- hur tillgängligheten ska förbättras eller bibehållas på en god nivå för både specialistvård och första linjen-verksamhet
- hur god inrapporteringen varit till väntetidsdatabasen
- måluppfyllelse om tillgänglighet till första besök och fördjupad utredning och/eller behandling (30+30 dagar) på specialistnivå
- prognosen för resten av året
- vilka åtgärder som vidtagits för att förbättra eller hålla tillgängligheten på en god nivå
- hur välfungerande redovisningen är av inrapportering av tillgänglighet till första linjen
- hur tillgänglighet sett ut under året
- hur stor andel som får komma inom sju dagar
- könsuppdelat antal barn och unga som får insatser
- hur huvudmannen följer upp hur flödet i utrednings-, stöd- och behandlingsprocessen löper
- länets insatser för att förebygga ohälsa hos barn och unga, förbättra skolresultat, ta hand om barn med behov av sammansatt stöd
- resultat av specialistinsatser för barn och unga.

Sammanställning av regionernas redogörelser

Här följer en sammanställning av regionernas redogörelser utifrån de ovanstående punkterna. Sammanställningen bygger på en analys av 21 länsgemensamma behovsanalyser och handlingsplaner samt sju regionala handlingsplaner med tillhörande bilagor. Informationen från handlingsplanerna har kompletterats med för uppföljningen relevanta uppgifter registrerade av regionerna i SKL:s inmatningsverktyg. Denna sammanställning bygger således på både kvalitativa och kvantitativa data som sammanställts utifrån varje enskild punkt ovan.

Vägen till vård för barn och unga med psykisk ohälsa är ofta otydlig

Majoriteten av regionerna använder primärvård eller ungdomsmottagning som första linje för barn och unga som söker vård vid psykisk ohälsa. I

Region Skåne, Region Jämtland Härjedalen och Region Gotland har barn- och ungdomspsykiatri (BUP), vid sidan om specialistvård, även uppdraget att vara första linje. En komplett förteckning över vilka verksamheter som har uppdraget att vara första linje i olika regioner återfinns i tabell 19.

En tydlig och lättillgänglig ingång till vård och stöd är avgörande för att vård- och omsorgssystemen ska fånga upp barn och unga med behov av hjälp. De flesta regioner beskriver en situation där barn och unga inte vet var de ska vända sig för att få stöd och hjälp med sin psykiska ohälsa. En del regioner beskriver till och med att de egna verksamheterna själva inte alltid vet vilken aktör som ansvarar för vad när det gäller stöd och vård till unga med psykisk ohälsa.

Med anledning av detta beskriver flera regioner i sina handlingsplaner att de arbetar med förbättringsarbeten för att underlätta för barn och unga att hamna rätt i vård- eller omsorgssystemet redan från början. Ett exempel på ett sådant förbättringsarbete är *En Väg In*. Som namnet antyder är syftet att förenkla kontaktvägarna för barn och unga genom att skapa en enda gemensam väg in till vården. Projektet drivs i flera regioner – bland annat i Gävleborg, Halland, Norrbotten och Skåne – med lite olika inriktning och fokus. I Region Skåne är exempelvis fokus på telefonrådgivning som direkt kan ge stöd och vägledning samt, vid behov, boka in ett fysiskt besök till första linjen eller specialistvården. *Brief Child and Family Phone Interview* (BCFPI) är ett liknande arbetssätt, beskrivet av ett fåtal landsting, för att förenkla vägen in till vården. Det fungerar som ett screeninginstrument baserat på en telefonintervju som bedömer på vilken nivå vård ska erbjudas. Ett annat exempel är inrättandet av en barnlots i Blekinge. Lotsen gör en första bedömning för att avgöra vilka kompetenser som behöver involveras.

Tabell 19. Hur barn och unga med psykisk ohälsa får hjälp i länet samt vilka insatser som gjorts för att förtydliga vägen till första linjen

Region	Vad är första linjen?	Har insatser gjorts för att förtydliga vägen till första linjen?
Blekinge	Primärvården	Ja
Dalarna	Primärvården	Ja
Gävleborg	Ungdomsmottagning/ Primärvården	Ja
Gotland	BUP	Info saknas
Halland	Primärvården	Ja
Jämtland	BUP	Info saknas
Jönköping	Primärvården	Info saknas
Kalmar	Primärvården	Ja
Kronoberg	Primärvården	Info saknas
Norrbottn	Primärvården	Ja
Örebro	Ungdomsmottagning/ Primärvården	Info saknas
Östergötland	Ungdomsmottagning/ Primärvården	Nej
Skåne	BUP	Ja
Södermanland	Primärvården	Info saknas
Stockholm	Primärvården	Info saknas
Uppsala	Ungdomsmottagning/ Primärvården	Nej
Värmland	Primärvården	Info saknas
Västerbotten	Primärvården	Info saknas
Västernorrland	Primärvården	Ja
Västmanland	Primärvården	Ja
Västra Götaland	Primärvården	Info saknas

Källa: Läns gemensamma och regionala handlingsplaner inlämnade till SKL 2018.

Det förekommer även beskrivningar av en otydlig avgränsning av kompetenser mellan olika vårdnivåer där flera regioner beskriver en problematik med gränsdragningen mellan vad som ska hanteras vid en ungdomsmottagning, traditionell vård- eller hälsocentral eller inom specialistvården. Region Örebro har till exempel tagit fram en överenskommelse mellan primärvård och psykiatri som ska fungera som en vägledning för att avgöra vilken vårdnivå som bäst passar en patient samt hur ansvars- och arbetsfördelning ska se ut.

Sammanfattning av pågående och avslutade förbättringsarbeten inom första linjen

Följande är de vanligaste förbättringsarbetena som regionerna har prioriterat inom första linjen under 2018, enligt deras handlingsplaner och det data som inrapporterats i SKL:s inmatningsverktyg:

- Förtydliga kontaktvägen till första linjen
- Anställa fler medarbetare
- Höja personalens kompetens
- Införande av internetbesök
- Internetbaserade behandlingar
- Automatisera inrapportering till Väntetidsdatabasen.

Flera regioner har infört internetbesök för att öka tillgänglighet till första linjen

De flesta regionerna har i sina handlingsplaner beskrivit att det finns pågående utvecklingsarbeten som har som målsättning att förbättra tillgänglighet inom första linjen (se tabell 20). Internetbaserade behandlingar och internetbesök är två återkommande initiativ som flera regioner planerar att vidareutveckla under kommande år.

De regioner som, utifrån sina beskrivningar i handlingsplanerna, kommit längst i arbetet med internetbaserade behandlingar är Region Jämtland Härjedalen samt Region Stockholm, där webbaserat stöd för lättare ångeststörningar och Obsessive Compulsive Disorder (OCD) redan finns tillgängliga.

Utöver internetbesök arbetar regioner med omfördelning av besök samt kompetensutveckling för att förbättra tillgängligheten på kort och lång sikt. En kortsiktig lösning – som bland annat Gävleborg tar upp – är att patienter erbjuds att (citat) ”åka till andra mottagningar”, utan att närmare specificera huruvida dessa ”andra mottagningar” ligger inom eller utanför regionen i fråga. I Region Dalarna har man istället anställt en kösamordnare för att matcha vårdbehov mot kompetens samt dirigera besök till rätt utförare.

Ur ett långsiktigt perspektiv beskriver flera regioner att de behöver fortsätta förstärka bemanningen genom att både nyanställa och vidareutbilda befintliga medarbetare. Avsikten med detta är att i större utsträckning matcha invånarnas behov med rätt stödkompetens och säkra tillräcklig kapacitet för att kunna möta de behov som finns.

Tabell 20. Regionernas planer för att förbättra tillgängligheten till första linjen

Region	Finns det en plan för att förbättra tillgängligheten till första linjen?
Blekinge	Ja
Dalarna	Ja
Gävleborg	Info saknas
Gotland	Nej
Halland	Info saknas
Jämtland	Ja
Jönköping	Info saknas
Kalmar	Ja
Kronoberg	Ja
Norrboten	Har genomförts
Örebro	Ja
Östergötland	Info saknas
Skåne	Ja
Södermanland	Ja
Stockholm	Ja
Uppsala	Ja
Värmland	Ja
Västerbotten	Nej
Västernorrland	Info saknas
Västmanland	Ja
Västra Götaland	Ja

Källa: Läns- och regiongemensamma och regionala handlingsplaner inlämnade till SKL 2018.

Omfattning och kvalitet i inrapportering till Väntetidsdatabasen varierar stort mellan regioner

I vilken omfattning regionerna rapporterar in data i Väntetidsdatabasen, samt hur pålitliga det data är som inrapporteras, skiljer sig mellan regionerna: Två regioner (Region Halland och Region Stockholm) rapporterar i dagsläget inte in data alls, medan Region Gävleborg, Region Kalmar och Region Örebro sköter inrapporteringen automatiskt. Region Dalarna, Region Östergötland och Region Norrbotten beskriver i sina handlingsplaner att de arbetar för att införa automatisk inrapportering (se tabell 21).

De regioner som registrerar data manuellt uppfattar inrapporteringen som omständlig och datakvaliteten som sämre. Region Kronoberg nämner till exempel att det inrapporterade resultatet inte alltid stämmer överens med de uppgifter som finns i det interna verksamhetssystemet, varför den manuellt inrapporterade statistiken bör tolkas med viss försiktighet.

Alla regioner strävar efter att på sikt införa automatiserad inrapportering vilket på sikt kommer att innebära mer pålitliga och jämförbara data.

Tabell 21. Regionernas bedömning av inrapportering till Väntetidsdatabasen inom första linjen

Region	Hur bedömer ni att inrapporteringen av tillgängligheten till första linjen i Väntetidsdatabasen har varit under året?
Blekinge	Inrapportering påbörjades under hösten 2018 men har inte hunnit komma igång fullt ut. Fortsatt arbete pågår.
Dalarna	Man har arbetat med att automatisera inrapporteringen. Fortfarande problem att fånga en av variablerna (form av besök).
Gävleborg	Överrapporteringen går automatiskt och fungerar väl.
Gotland	Förbättringsarbete ska göras för att få rätt inrapportering och således tillförlitlig statistik.
Halland	Ingen inrapportering gjord.
Jämtland	Rapporteringar sker manuellt. Detta då BUP har första linje-uppdraget och består av samma enhet som specialistnivån.
Jönköping	Viss oklarhet råder då det gjorts förändringar i organisationen vilket medför att datauttaget inte varit komplett.
Kalmar	Man har fått hjälp med en automatiserad inrapportering. Tidigare, när inrapporteringen var manuell, tog det tid från verksamheten.
Kronoberg	Rapportering görs till väntetidsdatabasen och det fungerar bra, dock tidskrävande då allt görs manuellt och ibland osäkra siffror.
Norrbotten	Inrapporteringen sker just nu manuellt men kommer att överföras till automatisk inrapportering under 2018.
Örebro	Inrapporteringen av tillgängligheten har varit god. Uppgifterna går direkt från journalsystemet och behövs inte fyllas i manuellt.
Östergötland	Arbetet pågår för att automatisera överföringar av väntetider vid första linjens verksamheter.
Skåne	BUP ansvarar för första linjen och som därmed även har rapporterat in första linjens data.
Södermanland	Inrapportering påbörjades i juli i 2018 och det är för tillfället svårt göra en prognos utifrån siffrorna.
Stockholm	Ingen inrapportering gjord.
Uppsala	Registrering av nybesök är inte konsekvent inom primärvården och siffrorna har en osäker reliabilitet.
Värmland	Alla första linje-mottagningar är nu igång med inrapportering. Skillnader i åldersgrupper gör att tillgängligheten inte blir jämförbar.
Västerbotten	I första linjen har 26 av 38 hälsocentraler i primärvården börjat rapportera till Väntetidsdatabasen under 2018.
Västernorrland	Inrapporteringen har ökat från tidigare.
Västmanland	Bedöms som god.
Västra Götaland	God.

Källa: SKL:s inmatningsverktyg.

Tillgänglighet till första linjen bedöms inte motsvara behoven bland barn och unga

Regionernas egna bedömningar av tillgängligheten till första linjen varierar stort. Ett fåtal regioner beskriver att tillgängligheten är god, medan de flesta regioner beskriver att tillgängligheten i nuläget inte motsvarar invånarnas behov (se tabell 22).

Region Stockholm har under året gjort en kartläggning över hur första linjen fungerar och närmare undersökt om det finns skillnader i tillgång till vård samt i vilken utsträckning barn och unga söker vård. Resultatet har bland annat visat att det råder en ojämn geografisk fördelning av första linjemottagningar i länet, dock utan att klargöra på vilket sätt. Kartläggningen visade även att barn och unga som bor i socialt utsatta områden mer sällan söker sig till första linjen än de som inte bor i socialt utsatta områden.

Regionernas redovisningar visar även på geografiska skillnader gällande väntetider. Flera regioner beskriver att det finns stora skillnader i hur lång tid barn och unga behöver vänta på ett första besök inom regionen. I Region Stockholm är väntetiden till vissa mottagningar mindre än en månad, men till andra mottagningar kan väntetiden vara upp till fyra månader och vissa mottagningar har till och med intagningsstopp. Hur regioner arbetar med att balansera kapaciteten mellan olika mottagningar framgår inte av regionernas handlingsplaner. Flera regioner rapporterar att personalbrist är den primära orsaken till att de inte uppnår god tillgänglighet.

Den självrapporterade uppfattningen av hur god tillgängligheten är skiljer sig i vissa fall från den inrapporterade statistiken, delvis beroende på vilken tillgänglighet regionen väljer att fokusera på. Ett exempel är Västra Götalandsregionen som i den inrapporterade statistiken (presenterad i figur 8) har angett att endast 26 procent av alla barn och unga får komma på ett första besök inom sju dagar. Regionen har trots detta svarat ”mycket bra” på frågan om hur regionen bedömer att tillgängligheten till första linjen har sett ut under året i relation till behovet hos barn och unga (se tabell 22). En av orsakerna till detta kan vara att vissa regioner framhåller att de upprätthåller en god tillgänglighet till första linjen via telefon. Andra regioner håller sig istället till en mer konservativ bedömning och fokuserar på väntetid till ett fysiskt besök. Detta leder till att regionernas bedömning i tabell 22 ibland skiljer sig från statistiken i figur 9.

Tabell 22. Regionernas bedömning av tillgänglighet till första linjen

Region	Hur bedömer ni att tillgängligheten till första linjen har sett ut under året i relation till behovet hos barn och unga?
Blekinge	Tillgängligheten är fortfarande lägre än behovet.
Dalarna	Generellt över länet verkar det inte vara några stora tillgänglighetsproblem. De flesta har dock inte uppnått landstingets mål.
Gävleborg	Man bedömer att det har fungerat relativt bra.
Gotland	God.
Halland	Saknar data.
Jämtland	Målet har varit att klara tillgänglighet inom 30 dagar till nystartat mottagningsteam för första linje patienter. Ej haft mål för 7 dagar.
Jönköping	På grund av förändringar i organisation har man inte tillförlitliga data att tillgå.
Kalmar	Man bedömer den som mycket god. Man får tala direkt med en behandlare när man ringer. Det är ungefär 14 dagars väntetid.
Kronoberg	Man bedömer att tillgänglighet är relativt hög. Den har varit något ojämn beroende på att inflödet har varit ojämnt under året.
Norrboten	Tillgängligheten till första linjen primärvårdsläkare är god.
Örebro	Räknas kontakt och bedömning så har tillgängligheten varit mycket god. Gällande första tid så har tillgängligheten varit dålig.
Östergötland	Regioninterna uppföljningar av väntetider vid Ungdomshälsan har visat att ca. 50 % av nybesök sker inom 7 dagar.
Skåne	Under första halvåret 2018 gjordes det 9 465 patientbesök på första linjen av 2 745 patienter.
Södermanland	Under året har man arbetat hårt för att ta emot de som söker inom sju dagar, dock finns det en resursbrist som ställer till det.
Stockholm	Saknar data.
Uppsala	Under 2018 har ett fåtal barn/ungdomar fått ett första besök inom sju dagar, den huvudsakliga majoriteten får det inte.
Värmland	Tillgängligheten motsvarar inte behovet och förväntningarna. Vårdgarantin om 7 dagar har inte klarats för första besök/nybesök.
Västerbotten	Redovisningen är i uppstartsfas och att uppgifter måste kvalitetssäkras innan analys av resultat kan göras.
Västernorrland	Tillgängligheten har ökat under året.
Västmanland	Tillgängligheten har inte varit god. En förbättring ses efter sommaren pga. Genomförda satsningar såsom resursförstärkning.
Västra Götaland	Mycket bra.

Källa: SKL:s inmatningsverktyg.

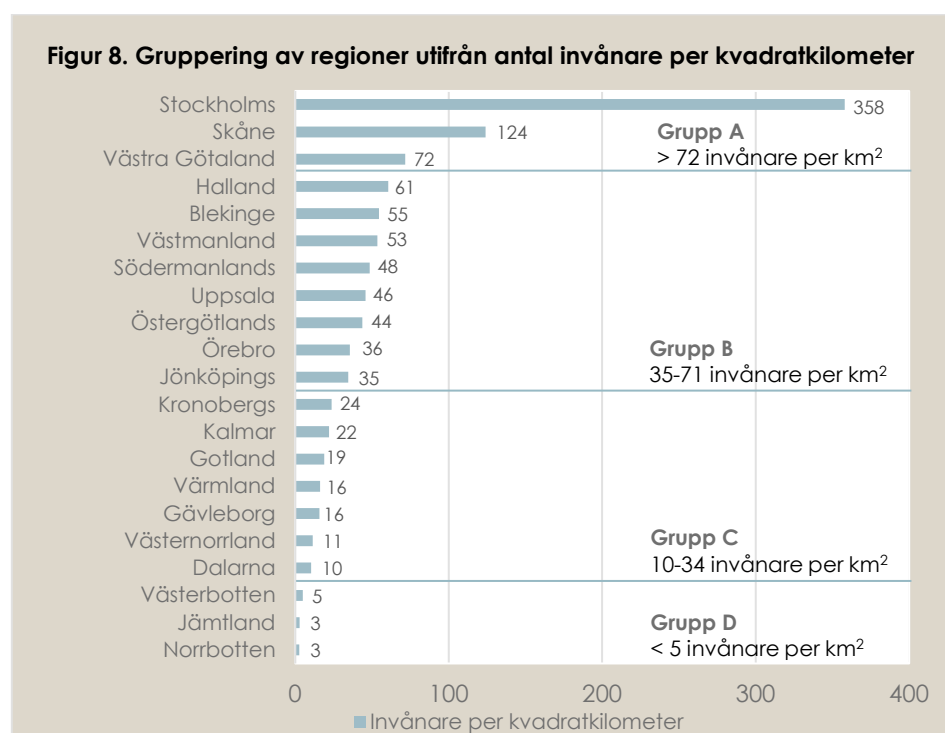
Ingen region uppnår måluppfyllelsen om första besök inom sju dagar till första linjen

Tidiga insatser är viktiga för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. Därför finns det ett nationellt mål om att samtliga barn och unga som söker sig till första linjen ska få ett första besök inom sju dagar⁹.

⁹ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om psykisk hälsa 2018, sidan 17.

Enligt sammanställningen i figur 9 får dock endast 30 procent av barn och unga i riket ett besök inom sju dagar – och ingen region uppnår målet om ett besök inom sju dagar till 100 procent. Omkring hälften av regionerna har en tillgänglighet till första besök inom sju dagar som understiger 18 procent. I riket skiljer det sig brett: från 2 procent i Region Västmanland till 78 procent i Region Norrbotten.

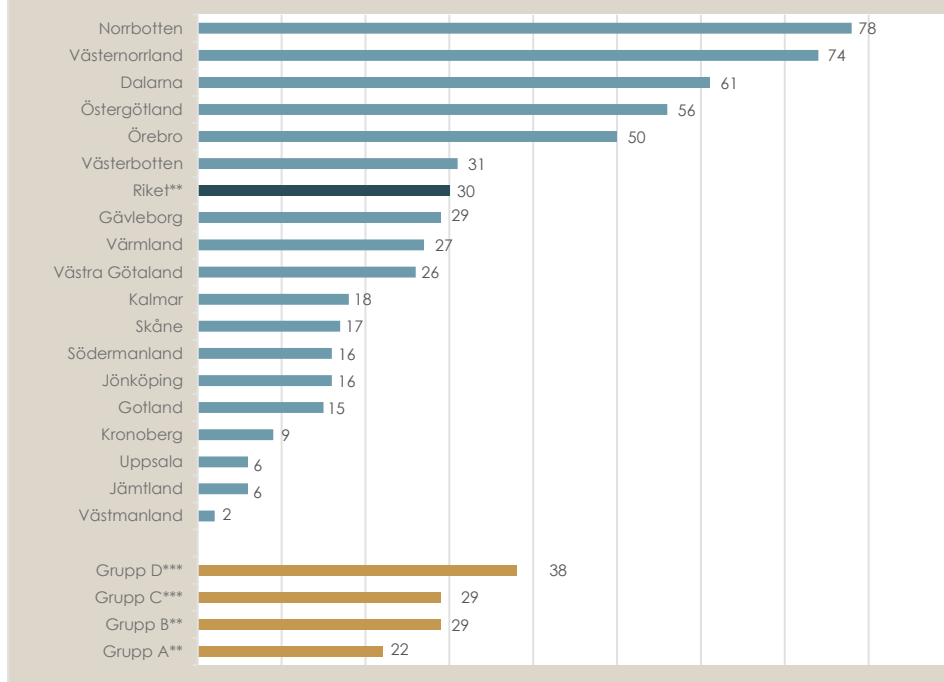
För att undersöka huruvida det finns ett samband mellan befolkningstäthet och regionernas arbete med psykisk hälsa delades regionerna in i grupper utifrån antal invånare (se figur 8). Grupperingen är ett försök att klustra regioner med liknande befolkningstäthet, men klassificeringen följer inte någon vedertagen regional indelning.



Figur 9 visar att det finns tydliga geografiska skillnader i befolkningstäthet mellan regioner. Regionerna i Grupp D, med mindre än fem invånare per kvadratkilometer, har störst andel (38 procent) barn och unga som fått komma på ett första besök inom sju dagar, medan regionerna i Grupp A med mer än 72 invånare per kvadratkilometer har lägst andel (22 procent).

Vad skillnaderna beror på framgår dock inte i inrapporterad statistik eller i regionernas handlingsplaner. Det är viktigt att notera att Region Stockholm (Grupp A), Region Halland (Grupp B) och Region Blekinge (Grupp B) inte rapporterat in data till Väntetidsdatabasen och därför exkluderats från analysen, vilket kan ha påverkat resultatet.

Figur 9. Hur stor andel (i %) av de sökande till första linjen har fått komma inom sju dagar?*



*Exakt mätperiod varierar något mellan regionerna.

**Oviktat medelvärde exklusive Stockholm, Halland och Blekinge som inte rapporterat data till Väntetidsdatabasen gällande besök till första linjen.

***Oviktat medelvärde.

Källa: Väntetidsdatabasen.

Två tredjedelar av de som fått insatser inom första linjen är flickor

Det är sedan tidigare känt att det finns skillnader mellan flickor och pojkar gällande psykisk ohälsa [5]. Utifrån regionernas inrapporterade data framgår att antalet flickor som fått insatser inom första linjen är nästan dubbelt så stort som antalet pojkar nationellt (31 flickor per 1 000 invånare, jämfört med 18 pojkar per 1 000 invånare), se tabell 23.

I samtliga regioner förutom Region Norrbotten har fler flickor än pojkar fått insatser inom första linjen. Om detta beror på att flickor generellt upplever sämre psykisk hälsa eller om flickor är mer benägna att söka hjälp i tidigt skede framgår inte av statistiken.

I regionernas rapporteringar kan ett mönster urskiljas som visar att andelen flickor som får insatser för psykisk ohälsa ökar med ökande befolkningstäthet i regionerna (se figur 10). Figur 10 visar även att andelen pojkar som får insatser för psykisk ohälsa är störst i grupp A (storstäder) jämfört med övriga grupper. Värt att notera i detta sammanhang är dock att spridningen inom Grupp A (Stockholm, Skåne och Västra Götaland) är stor.

Grupp D (22 flickor per 1 000 invånare) har lägst andel flickor som får insatser, medan Grupp B (13 pojkar per 1 000 invånare) har lägst antal pojkar med insatser inom första linjen. Om dessa skillnader beror på att unga generellt mår sämre i tätbefolkade regioner, att de är mer benägna att söka hjälp, att de har bättre tillgång till första linjen eller att fler ärenden är hänskjutna från specialistvården till första linjen i dessa områden framgår inte av handlingsplanerna.

Ingen region har i sin handlingsplan eller inrapporterat material specificerat om de erbjuder riktade insatser till flickor eller pojkar. Trots detta varierar hur stor andel av de som får insatser inom första linjen som är pojkar: från 52 procent i Region Norrbotten till 16 procent i Region Västernorrland. Någon förklaring till dessa skillnader går inte heller att utläsa från handlingsplanerna.

Tabell 23. Antal flickor och pojkar per 1 000 invånare som fått insatser inom första linjen under 2018

Region	Antal flickor som fått insatser per år*	Invånare flickor 0–17år**	Antal flickor (0–17 år) per 1 000 invånare som fått insatser inom första linjen	Antal pojkar som fått insatser år*	Invånare pojkar 0–17år**	Antal pojkar (0–17 år) per 1 000 invånare som fått insatser inom första linjen
Stockholm	17 282	245 553	70	10 787	260 667	41
Östergötland	2 819	45 795	62	848	48 731	17
Gävleborg	1379	27 399	50	1 049	29 128	36
Västerbotten	1107	25 945	43	925	27 531	34
Örebro	980	30 016	33	443	31 993	14
Riket***	32 311	1 027 807	31	19 931	1 093 791	18
Blekinge	443	15 534	29	385	16 736	23
Gotland	136	5 199	26	106	5 583	19
Skåne	3 269	138 849	24	2 297	147 857	16
Västmanland	604	27 138	22	392	29 073	13
Värmland	544	26 160	21	350	27 933	13
Dalarna	581	27 941	21	337	29 473	11
Kronoberg	403	20 514	20	238	21 799	11
Jönköping	712	37 538	19	477	39 869	12
Kalmar	420	23 144	18	279	24 680	11
Jämtland	176	12 558	14	124	13 368	9
Södermanland	417	30 387	14	237	32 360	7
Uppsala	329	37 636	9	239	39 902	6
Västernorrland	178	23 895	7	35	25 164	1
Västra Götaland	490	170 223	3	350	181 653	2
Norrbotten	42	22 558	2	44	24 101	2
Halland****	0	33 825	0	0	36 190	0

*Justerat utifrån mätperiod, normerat till helår.

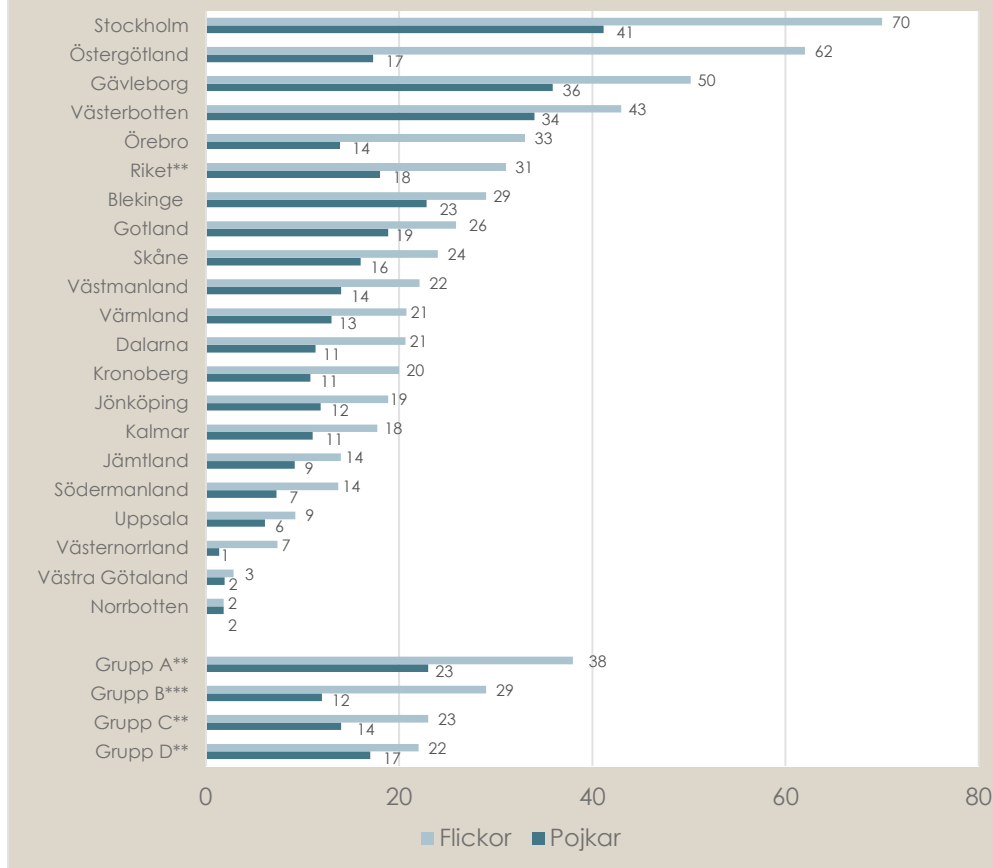
**Befolkning den 31 december 2017.

*** Viktat medelvärde utan Halland.

****Data saknas.

Källa: Besöksdata från SKL:s inmatningsverktyg, befolkningsstatistik från SCB.

Figur 10. Antal barn och unga, 0–17 år, flickor och pojkar, per 1 000 invånare och år* som fått insatser inom första linjen 2018



* Normerat utifrån mätperiod.

**Viktat medelvärde avseende befolkning och normerat till helår.

*** Viktat medelvärde utan Halland.

Källa: Besöksdata från SKL, befolkningsstatistik från SCB.

Sammanfattning av pågående och avslutade förbättringsarbeten inom specialistvården

De vanligaste förbättringsarbetena som regionerna har prioriterat inom specialistvården under 2018 enligt deras handlingsplaner, är följande:

- samverkan med första linjen för att tidigt dirigera barn och unga till rätt vårdnivå
- bibehålla och rekrytera personal för att öka tillgängligheten
- automatisera inrapportering till Väntetidsdatabasen.

Ökad kompetens i första linjen och tidiga insatser ska minska belastning på specialistvården

De flesta regioner har beskrivit utvecklingsarbeten som syftar till att förbättra tillgängligheten till specialistvården. Återkommande initiativ som har beskrivits är satsningar för ökad kompetens inom första linjen och tidiga insatser för att minska trycket på specialistvården. Däremot befinner sig regionerna i olika stadier inom dessa förbättringsarbeten. Se sammanställningen i tabell 24 för mer detaljerad information.

De flesta regioner befinner sig i genomförandefas, medan ett fåtal har rapporterat att de redan kommit i mål. Flera regioner, bland annat Östergötland, har tagit upp vikten av att utveckla kompetensen inom första linjen tillsammans med fler tidiga insatser för att minska belastningen på specialistvården. Att fånga upp barn och unga i god tid och samtidigt säkerställa tillgång till rätt kompetenser ser regionerna som en möjlighet för att minska köerna till specialistvården.

Gränsdragningen och samverkan mellan specialistvård och första linjen behöver däremot förtydligas, vilket flera regioner har angett som en del av förbättringsarbetet. Region Blekinge har exempelvis påbörjat ett pilotprojekt för att se över nybesöksstrukturen inom specialistvården i mån om att bättre strukturera flödet av patienter.

En utmaning som flera regioner lyfter fram är att många sena återbud och uteblivna besök till BUP medför en låg produktivitet, vilket leder till längre väntetider. Region Blekinge har rapporterat att de ska göra en manuell kartläggning över återbud och uteblivna besök för att se hur det påverkar tillgängligheten.

Tabell 24. Regionernas planer för att förbättra tillgängligheten till specialistvården

Region	Finns det en plan för att förbättra tillgängligheten till specialistvården?
Blekinge	Ja
Dalarna	Ja
Gävleborg	Ja
Gotland	Nej
Halland	Info saknas
Jämtland	Nej
Jönköping	Info saknas
Kalmar	Ja
Kronoberg	Ja
Norrbottnen	Har implementerats
Örebro	Ja
Östergötland	Info saknas
Skåne	Ja
Södermanland	Ja
Stockholm	Ja
Uppsala	Ja
Värmland	Ja
Västerbotten	Ja
Västernorrland	Ja
Västmanland	Ja
Västra Götaland	Info saknas

Källa: Läns gemensamma och regionala handlingsplaner inlämnade till SKL 2018.

Kompetensförsörjning har varit prioriterat för att förbättra tillgänglighet till specialistvård

Alla regioner har redovisat vidtagna åtgärder för att förbättra tillgängligheten inom specialistvården. I vilken utsträckning regionerna har beskrivit genomförande av insatser skiljer sig däremot åt (se tabell 25). Precis som inom första linjen fokuserar flera regioner på olika typer av insatser inom kompetensförsörjning för att förbättra tillgängligheten.

Att bibehålla och rekrytera personal är en utmaning och har varit ett viktigt fokusområde för flera regioner under året. Exakt vilka insatser olika regioner har för att säkerställa kompetensförsörjningen på kort och lång sikt framgår dock inte tydligt i handlingsplanerna. Ett fåtal regioner har istället beskrivit specifika arbetsteam för att förbättra tillgängligheten. Region Örebro har exempelvis tillsatt ett utredningsteam som enbart ansvarar för neuropsykiatriska utredningar, medan Region Jämtland Härjedalen rapporterat att de skapat ett nytt team som enbart ansvarar för telefonmottagning och kortare insatser.

Ett annat exempel på åtgärd som rör personal är genomförandet av RAK (Rätt Använd Kompetens) på Gotland. RAK utgår ifrån principen att ta till vara på personalens kompetens samt att omfördela arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier för att använda sjukvårdens resurser effektivare.

Vidare har Region Jönköping och Region Södermanland sett över de respektive regionernas triagering för att omfördela personal och effektivt dirigera patienter till rätt vårdnivå.

Tabell 25. Regionernas vidtagna åtgärder för att förbättra tillgängligheten till specialistvården

Region	Vilka åtgärder har gjorts för att förbättra eller bibehålla tillgängligheten på en god nivå?
Blekinge	Ett pilotprojekt med syfte att se över nybesöksstrukturen och en gemensam nyanmälningsskema för BUP.
Dalarna	Rekrytering av medarbetare har varit ett stort och viktigt arbete. Ett akutteam har tillsatts för att avlasta och stötta övriga BUP-enheter.
Gävleborg	En analys av vårdflödet har resulterat i mer strukturerade metoder och tydliga standardiserade flöden.
Gotland	Flödesanalys och flödesplanering har gjorts för att varje profession ska veta sin roll. Öppna kalendrar och projektet RAK har införts.
Halland	Bättre skärpa i det administrativa arbetet kring tillgänglighet till första besök. BUP har fått resursförstärkning under 2018.
Jämtland	BUP har ett nytt team som ansvarar för telefonmottagning samt kortare insatser. Internetbehandling samt videobesök har implementerats.
Jönköping	Arbetar för att testa triageringsmodell för att hitta de som är lämpade för "light"-utredning. Dialog med elevhälsan för primärkartläggning.
Kalmar	Processkartläggning för att identifiera "flaskhalsar" och administrativa tidjuvar samt påbörjat ett arbete runt resurs- och kapacitetsplanering.
Kronoberg	Total genomlysning av verksamheten som resulterat i åtgärder som framförallt kan beskrivas som förändrade arbetssätt.
Norrbottnen	Bemanningsåtgärder, BUP-linjen, DEP-lyftet och kökortning.
Örebro	Skapat ett utredningsteam som arbetar endast med neuropsykiatriska utredningar och sett över utredningsprocessen.
Östergötland	Projekt har påbörjats för att förbättra tillgängligheten med fokus på utredning/behandling främst avseende neuropsykiatri.
Skåne	Utökning av En väg in. I dag erbjuds internetbehandling, distansbesök, och inom kort startas även en chattfunktion på En väg in.
Södermanland	Friställt personal genom att vi gjort om vår triagering. Flera har fått extern utredning. Brist på psykologer gör det svårt att nå målen.
Stockholm	Vi har utökat våra beställningar under året för att möta ökningen i populationen.
Uppsala	Stresshanteringsarbete inom skolan för att förbättra det psykiska måendet. Samarbete inom länet kring misstänkt NPF-problematik.
Värmland	Överenskommelse mellan vårdnivåer för att rätt patient ska få rätt insats på rätt vårdnivå i rätt tid. Möjlighet till gruppbehandlingar har utökats.
Västerbotten	Utveckling och implementering av standardiserade vårdprocesser. BUP arbetar med tydliga strukturer och i samverkan med aktuella partners.
Västernorrland	Genomgång av flödet vid mottagningarna för att förbättra patientens väg genom BUP.
Västmanland	Pilotprojekt inom resurs- och produktionsplanering genomförs. Förbättringsarbete gällande samverkan pågår. Utredningar görs på helger.
Västra Götaland	Förstärkning av första linjen har kommit igång och håller på att utöka i kombination med fler tillsatta vakanser.

Källa: SKL:s inrapporteringsverktyg.

Inrapportering av väntetid till fördjupad utredning och behandling är bristfällig och tidskrävande

Inrapportering till Väntetidsdatabasen sker i syfte att få en nationell överblick av skillnader i väntetider till första besök och behandling mellan regioner och specialiteter i riket. I tabell 26 presenteras en sammanställning av regionernas bedömning av hur inrapportering för BUP till Väntetidsdatabasen fungerat under året.

De flesta regioner anger att inrapportering har fungerat bra, med reservation för vissa brister gällande väntetider till fördjupad utredning och behandling. Regionerna uppfattar denna inrapportering som mer tidskrävande och flera anger att en bidragande orsak är att man saknar motsvarande strukturerade rutiner som används för inrapportering av nybesök. Överlag upplevs dock inrapporteringen inom specialistvården fungera bättre än inrapporteringen inom första linjen.

Flera regioner har angett att inrapportering antingen sker automatiskt eller att de är på god väg dit. Ett fåtal regioner har angett att de fortfarande registrerar data manuellt. Alla regioner strävar efter att på sikt införa automatiserad inrapportering – både för nybesök och fördjupad utredning och behandling – vilket på sikt kommer innebära mer pålitliga och jämförbara data.

Tabell 26. Regionernas bedömning av inrapportering för BUP till Väntetidsdatabasen

Region	Hur bedömer ni att inrapporteringen för BUP i Väntetidsdatabasen har varit under året?
Blekinge	Bra.
Dalarna	Bra.
Gävleborg	Bra.
Gotland	Mycket bra.
Halland	Inrapportering nybesök fungerar bra. Rapportering av fördjupad utredning och behandling behöver förbättras.
Jämtland	Inrapportering nybesök fungerar bra. Ej rapporterat fördjupad utredning och behandling.
Jönköping	Det finns brister i rapporteringen på grund av olika rutiner på olika enheter men åtgärder pågår.
Kalmar	Bra.
Kronoberg	Bra.
Norrboten	Bra. Inrapportering sker automatiskt till SKL.
Örebro	Inrapportering nybesök fungerar bra.
Östergötland	Bra.
Skåne	Inrapportering nybesök fungerar bra. Rapportering av fördjupad utredning och behandling behöver förbättras.
Södermanland	Bra. Inrapportering sker automatiskt varje månad.
Stockholm	100 %
Uppsala	Bra.
Värmland	Bra. Inrapportering sker automatiskt varje månad.
Västerbotten	Bra.
Västernorrland	Inrapporteringen sker automatiskt. Förändringar i verksamheterna har gjort att man tappat rutin och kvalitet. Åtgärder är tillsatta.
Västmanland	Bra.
Västra Götaland	Bra men inte tillfredställande.

Källa: SKL:s inrapporteringsverktyg.

De flesta regioner har inte uppnått målet vad gäller första besök inom 30 dagar

Enligt 2018 års överenskommelse ska regioner redogöra för hur måluppfyllelsen om tillgänglighet till första besök inom 30 dagar på specialistnivån sett ut under året. Tabell 27 visar att de flesta regioner bedömer att de inte når hela vägen till det nationella målet. Regionerna har beskrivit att behovet av vård ständigt ökar och att kapaciteten för att möta behoven inte är tillräcklig, trots ökade resurser.

Flera regioner anger att de dagligen arbetar för att förbättra tillgängligheten för att bättre motsvara barn och ungas behov. Region Uppsala nämner dessvärre en drastisk försämring de senaste åren: från över 90 procent tillgänglighet för ett par år sedan till 35 procent idag. Enligt Region Uppsala ger dock tillgänglighetssiffrorna nödvändigtvis inte en helhetsbild av hur specialistvården fungerar:

Det kan vara svårt att få ett tidigt/snabbt besök för att de patienter som redan är inne i systemet prioriteras högre efter att vårdgarantin avskaffades. Frågan är vilket som är att föredra, att patienter i systemet får vänta eller att patienter utanför systemet får vänta?

I detta citat sätter Region Uppsala fingret på en frågeställning som är ständigt aktuell i väntetidssammanhang, nämligen hur ransoneras den tillgängliga vårdkapaciteten på bästa sätt?

Tabell 27. Regionernas bedömning av måluppfyllelsen vad gäller första besök inom 30 dagar till specialistvården

Region	Hur bedömer regionerna att måluppfyllelsen för tillgänglighet till första besök på specialistnivån sett ut under året i relation till behovet hos barn och unga?
Blekinge	Av alla nysökande får 98 % tid inom vårdgarantins 90 dagar. Detta bedöms som god tillgänglighet.
Dalarna	Siffror för barn och unga som får en tid inom 90 dagar har förbättrats, man har en strävan efter att fler ska få en tid inom 30 dagar.
Gävleborg	Tillgängligheten fluktuerat kraftigt över tid och mellan enheter men för det mesta har den sammanlagda tillgängligheten legat runt ca 60 %.
Gotland	Man uppfyller behovet väl i relation till de som söker vård.
Halland	Info saknas.
Jämtland	Info saknas.
Jönköping	Måluppfyllelsen är låg p.g.a. av att behovet är större än kapaciteten. Åtgärder pågår.
Kalmar	Måluppfyllelsen har försämrats under 2017 och 2018. Bedömer att behovet hos barn och unga kvarstår.
Kronoberg	Låg.
Norrbottn	Verksamheterna strävar efter högre tillgänglighet.
Örebro	BUP har inte klarat måluppfyllelsen för tillgänglighet till första besök på specialistnivå.
Östergötland	Når inte upp till målnivån för tillgänglighet till nybesök inom 30 dagar. Dock finns stora skillnader mellan länets verksamheter men också skillnader under årets olika månader
Skåne	Bra, 92 % av alla barn och unga som söker kommer till ett första besök inom 30 dagar.

Region	Hur bedömer regionerna att måluppfyllelsen för tillgänglighet till första besök på specialistnivån sett ut under året i relation till behovet hos barn och unga?
Södermanland	Vi når en hel del inom 30 dagar men tyvärr inte alla. Detta är något vi jobbar på hela tiden.
Stockholm	Mycket god.
Uppsala	Inte bra. Försämringen har varit drastisk och omfattande de senaste åren. Från över 90 % tillgänglighet för ett par år sedan till 35 % i dag.
Värmland	God tillgänglighet till första besök med undantag av semesterperioden.
Västerbotten	Ackumulerat från januari till september under 2018 fick 28 % ett första besök inom 30 dagar.
Västernorrland	Behoven av ett första besök har inte uppfyllts under året och ligger i dag under riksgenomsnittet.
Västmanland	Under året har BUP inte nått målet. Däremot ses en förbättring i september månad.
Västra Götaland	Behovet ökar samtidigt som det har varit brist på kompetens, vi är på god väg men resultatet är inte tillfredställande än.

Källa: SKL:s inrapporteringsverktyg.

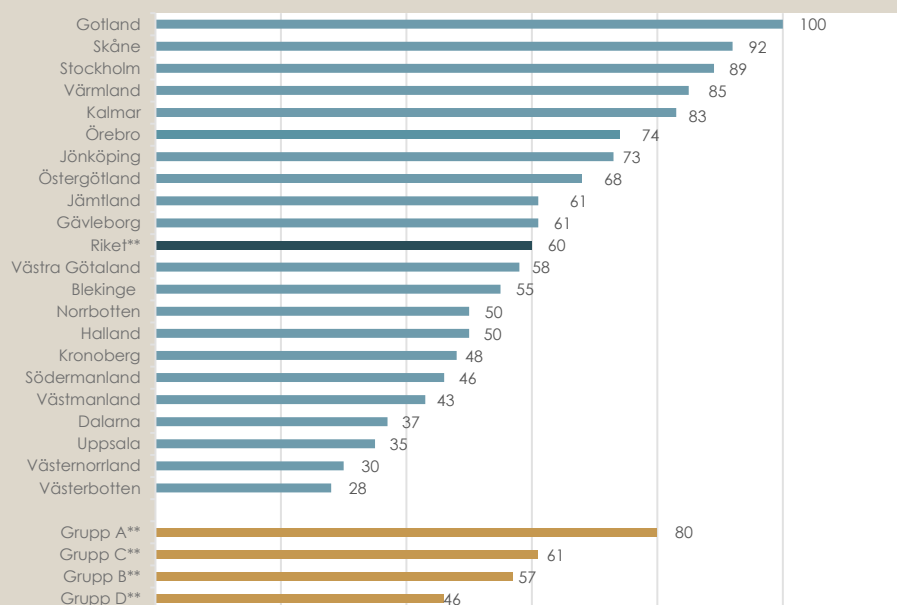
Det förekommer geografiska skillnader i tillgänglighet till specialistvård

Ur ett nationellt perspektiv får 60 procent av barn och unga i riket som söker specialistvård ett första besök inom 30 dagar (se figur 11). Tillgänglighet till den specialiserade vården varierar dock stort. Även om resultatet tyder på en något bättre tillgänglighet, i jämförelse med tillgängligheten till första linjen, finns stora skillnader mellan regionerna. Lägst tillgänglighet till första besök inom 30 dagar har Region Västerbotten rapporterat (28 procent), medan exempelvis Region Gotland redovisar att 100 procent av alla barn och unga får ett första besök inom 30 dagar.

Regionerna i Grupp A har störst andel (80 procent) barn och unga som har fått komma på ett första besök inom 30 dagar medan regionerna i Grupp D har lägst andel (46 procent). Vad de geografiska skillnaderna beror på går dock inte att utläsa i statistiken eller i handlingsplanerna.

Få regioner lever i dagsläget upp till den nationella målsättningen om att alla barn och unga ska få ett första besök till specialistvården inom 30 dagar. Omkring hälften av regionerna har en tillgänglighet till första besök inom 30 dagar som understiger 60 procent.

Figur 11. Hur stor andel (i %) av de sökande på specialistnivå har fått komma på ett första besök inom 30 dagar*?



*Exakt mätperiod varierar något mellan regionerna.

**Oviktat medelvärde.

Källa: Väntetidsdatabasen.

Regioner med högre befolkningstäthet har bättre tillgänglighet till fördjupad utredning och behandling

I likhet med det nationella målet om att få ett första besök inom specialistvården inom 30 dagar finns det ett nationellt mål att därefter, inom ytterligare 30 dagar, inleda en fördjupad utredning och behandling¹⁰.

Utifrån regionernas inrapporterade data finns även här en stor variation i hur regionerna bedömt tillgängligheten, (se tabell 28). Exempelvis har Region Skåne och Region Stockholm rapporterat att de uppnått det uppsatta målet, medan de två mindre regionerna Jönköping och Kronoberg har angett att tillgängligheten varit låg. Region Jönköping rapporterar att väntetiden till fördjupad utredning i nuläget är ett år.

De regioner som rapporterat att de inte uppnått målet upplever att efterfrågan på fördjupad utredning och behandling ständigt ökar och att kapaciteten inom specialistvården inte är tillräcklig. Personalbrist anges vara den primära orsaken till att regioner inte kan tillgodose den vård som efterfrågas. Även brist på kompetens hos den befintliga personalen rapporteras återkommande som en utmaning för regionerna.

¹⁰ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om psykisk hälsa 2018, se sidan 12.

Tabell 28. Regionernas bedömning av måluppfyllelsen vad gäller fördjupad utredning och behandling (30+30 dagar) på specialistnivå

Region	Hur bedömer ni att måluppfyllelsen för tillgänglighet till fördjupad utredning/behandling (30+30 dagar) sett ut under året i relation till behovet hos barn och unga?
Blekinge	Inom länet finns en stor variation vad gäller måluppfyllelse. Mottagningen med lägst måluppfyllelse har 30 % vakanser på psykologtjänster.
Dalarna	Förbättrat tillgänglighet främst för behandling jämfört med föregående år. Fortfarande för många som får vänta för länge på utredning.
Gävleborg	Ofta har patienten erhållit behandling inom 30 dagar men väntetiden till utredning har varit lång. Måluppfyllelsen har fluktuerat.
Gotland	Mycket god.
Halland	Info saknas.
Jämtland	Fördjupad behandling och utredning prioriteras i 3 nivåer. Prio 1 inom 30 dagar. Prio 2 väntar upp till 3 månader och Prio 3 upp till 12 månader.
Jönköping	Väntetiden är i dag ett år. Patienter får andra insatser i väntan på att ett utredningsteam kan starta en utredning.
Kalmar	Måluppfyllelsen försämrades under 2017 men tycks ha återhämtats något hittills under 2018. Behovet kvarstår på samma nivåer som tidigare.
Kronoberg	Låg.
Norrbottn	Måluppfyllelsen har varit acceptabel. En del områden har problem med tillgänglighet på grund av bemanningsproblem.
Örebro	BUP har klarat måluppfyllelsen för tillgänglighet till fördjupad utredning/behandling på specialistnivå.
Östergötland	Når inte upp till målnivån (90 %). Väntande för första besök till utredning/behandling är likartad inom länet.
Skåne	Måluppfyllelsen är god. Under de senaste åren har det varit ett ökande söktryck. Det pågår flertalet förbättringsprojekt.
Södermanland	Problem med registrering vilket gör att siffrorna inte stämmer överens med verkligheten. Svårt att hinna med den efterfrågan på BUP.
Stockholm	Mycket god.
Uppsala	Betydligt bättre än för första besöket. Habiliteringens siffror ingår och de har bättre tillgänglighet än BUP, så för BUP:s del kvarstår problemen.
Värmland	Måluppfyllelsen för behandling motsvarar inte behovet, ett antal barn väntar på att påbörja behandling.
Västerbotten	Under 2018 fick 46 % fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar. Samtliga högt medicinskt prioriterade får behandling inom 30 dagar.
Västernorrland	Måluppfyllelsen har varierat över tid men generellt förhållandevis god tillgänglighet till fördjupad utredning/behandling.
Västmanland	Under året har BUP inte nått målet. Under oktober månad ses en förbättring av tillgängligheten vilket är ett resultat av insatser.
Västra Götaland	Behovet ökar samtidigt som det har varit brist på kompetens, vi är på god väg men resultatet är inte tillfredställande än.

Källa: Inrapporterat material till SKL.

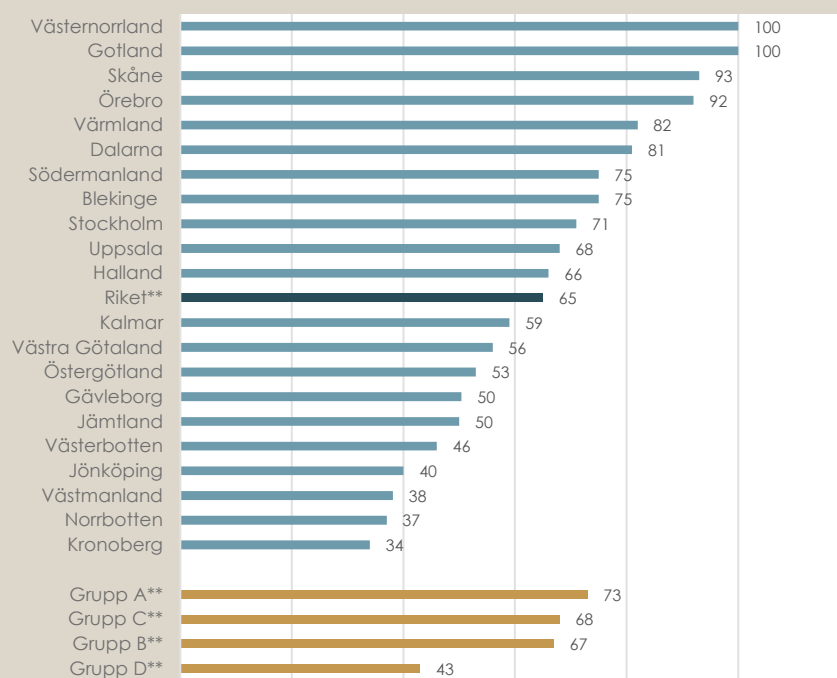
Två regioner har uppnått det nationella tillgänglighetsmålet vad gäller fördjupad utredning och behandling

Specialistvården behövs för att barn och unga med medelsvår eller svår psykisk ohälsa ska få adekvat utredning och behandling. Nationellt sett får 65 procent av barn och unga som söker specialistvården tillgång till fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar efter första besöket (se figur 12).

Tillgängligheten till fördjupad utredning och behandling varierar dock. Även om resultatet tyder på en något bättre tillgänglighet jämfört med tillgänglighet till ett första besök inom 30 dagar finns det stora skillnader mellan regionerna: i Region Kronoberg får endast 34 procent tillgång till fördjupad utredning och behandling inom 30 dagar medan både Region Västernorrland och Region Gotland rapporterar att alla får det.

Regionerna i Grupp A har störst andel (73 procent) barn och unga som har fått komma på fördjupad utredning och behandling inom 30 dagar efter första besök medan regionerna i Grupp D har lägst andel (43 procent). Vad skillnaderna beror på framgår varken av statistiken eller handlingsplanerna.

Figur 12. Hur stor andel av de sökande på specialistnivå har fått fördjupad utredning och/eller behandling inom 30 dagar efter ett första besök*?



* Exakt mätperiod varierar något mellan regionerna.

**Oviktat medelvärde.

Källa: Väntetidsdatabasen.

Tillgänglighet till specialistvård förväntades vara oförändrad under resten av 2018

Regionerna har gjort en bedömning av hur tillgängligheten till första besök och fördjupad utredning och/eller behandling förväntas utvecklas under resten av året. Enligt sammanställningen i tabell 29 har de flesta regionerna rapporterat att situationen kommer att vara oförändrad, medan ett fåtal regioner har beskrivit att prognosen ser bättre ut och att man börjar se ett resultat av de insatser och förbättringsarbete som genomförts.

Utifrån regionernas beskrivningar ser prognosen för måluppfyllelsen vad gäller första besök något bättre ut än måluppfyllelsen vad gäller fördjupad utredning och behandling. Ett genomgående bekymmer för alla regioner är inflödet av patienter som ständigt ökar, samt oförutsedda fluktuationer i flödet som påverkar prognoserna. Även rekryteringssituationen har angetts vara en faktor som påverkar prognosen på längre sikt.

Ett konkret exempel på en insats som förväntas ha effekt innan årsskiftet är att personalen i Region Västerbotten kommer att resa inom länet för att bemanna alla tre BUP-enheterna. Regionen hoppas klara alla första besök inom 30 dagar. Ett annat exempel som förväntas visa goda resultat är införandet av standardiserat vårdförlopp i Region Skåne, vilket regionen tror kan bidra till att väntetiderna förkortas.

Tabell 29. Regionernas bedömning av prognosen för måluppfyllelser resten av året

Region	Hur ser prognosen för måluppfyllelsen ut för resten av året ut?
Blekinge	Inga förändringar förväntas under resten av året.
Dalarna	Den ser likartad ut. Prioriteringar görs så att de med störst behov får insatser.
Gävleborg	Man ser en liten ljusning sista månaden vad gäller utredningar. Kommer inte att uppfylla målet för tillgänglighet under 2018.
Gotland	God.
Halland	Prognosen för första besök ser positiv ut. Räknar med att ca 80% kommer få tid inom 30 dagar resten av året.
Jämtland	Tillgängligheten bedöms ligga kvar på nuvarande nivå.
Jönköping	En högre måluppfyllelse förväntas som ett resultat av genomförda och planerade insatser.
Kalmar	Prognosen är svårbedömd då mätvärdena har varierat avsevärd under årens månader sedan starten av mätningarna 2015.
Kronoberg	Något förbättrad.
Norrboten	Oförändrad under 2018.
Örebro	BUP kommer att klara måluppfyllelsen till fördjupad utredning/behandling på specialistnivå, men inte till första besök.
Östergötland	Ser ut att vara ungefär på samma nivå.
Skåne	Standardiserat vårdförlopp kan komma att bidra till att prognosen är positiv och därmed större chans att nå uppsatt mål.
Södermanland	För nybesök ser det bra ut även om vi inte når riktigt alla och för fördjupade utredning/behandling kommer man inte att nå målet.
Stockholm	Data saknas.

Region	Hur ser prognosen för måluppfyllelsen ut för resten av året ut?
Uppsala	För första besök ser det fortsatt dystert ut, även om många förändringar pågår inom BUP är rekryteringsläget svårt.
Värmland	För första besöket förväntas samma resultat. Gällande behandlingsstart har insatser påbörjats i form av gruppbehandlingar.
Västerbotten	Förbättringsarbete för att öka tillgängligheten till ett första besök pågår och man hoppas klara första 30 dagar innan årsskiftet.
Västernorrland	Med inköpta utredningar samt att föräldrar söker hos privata aktörer beräknas kön kunna minska och BUP närma sig målet.
Västmanland	Första besök bedöms bli bättre resten av året. Utredning och behandling ses förbättring men målet nås ännu inte.
Västra Götaland	Något bättre en förstärkning av första linjen har kommit igång och håller på att utöka i kombination med fler tillsatta vakanser.

Källa: SKL:s inrapporteringsverktyg.

Handlingsplanerna ger inte en tydlig bild av hur huvudmän följer upp flödet

I 2018 års överenskommelse efterfrågas en redogörelse av hur huvudmännen följer flödet i utrednings-, stöd- och behandlingsprocessen¹¹. Enligt sammanställningen av inrapporterad statistik har 16 av 21 regioner uppgett att huvudmännen följer flödet (se tabell 30). Om – eller hur – resterande regioner följer sina flöden går inte att bedöma.

Utifrån de läns-gemensamma handlingsplanerna som tar upp uppföljning av flödet finns stor variation i hur utförligt huvudmännen beskrivit processen. Ett fåtal handlingsplaner beskriver utförligt hur uppföljningen av flödet sker, medan de flesta antingen har utlämnat en beskrivning eller endast allmänt beskrivit vikten av att följa upp.

Region Blekinge och Region Gotland har exempelvis tydligt beskrivit att de använder produktionsplanering för att bättre följa flödet av patienter. Även Region Sörmland är på väg att införa produktionsplanering. Region Skåne har beskrivit appen Blå – ett digitalt verktyg att följa processen för både medarbetare och patienter. Applikationen används framförallt för att besvara enkäter, vilket gör det lättare för regionen att snabbt kunna följa upp hur barn och unga mår före och efter en behandling.

Tabell 30. Regionernas uppföljning av flöden i utrednings-, stöd- och behandlingsprocesser

Region	Följs flöden i utrednings-, stöd- och behandlingsprocesser upp av huvudmännen?
Blekinge	Ja
Dalarna	Ja
Gävleborg	Ja
Gotland	Ja
Halland	Nej
Jämtland	Ja
Jönköping	Ja
Kalmar	Ja
Kronoberg	Ja

¹¹ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om psykisk hälsa 2018, se sidan 14.

Region	Följs flöden i utrednings-, stöd- och behandlingsprocesser upp av huvudmännen?
Norrbotten	Ja
Örebro	Ja
Östergötland	Nej
Skåne	Ja
Södermanland	Ja
Stockholm	Nej
Uppsala	Ja
Värmland	Ja
Västerbotten	Ja
Västernorrland	Nej
Västmanland	Nej
Västra Götaland	Ja

Källa: SKL:s inrapporteringsverktyg.

Resultat av specialistinsatser saknas i handlingsplaner

Regionerna ska redogöra för resultat av specialistinsatser. Generellt lyfter de dock inte fram i handlingsplanerna vilka resultat av specialistinsatser man uppnått.

Ett undantag från ovanstående är tvångsvård, där ett fåtal regioner beskriver sitt arbete för att reducera användningen av tvångsåtgärder. Ett fåtal regioner redovisar å andra sidan att man sett en ökning av tvångsåtgärd under det senaste året. Huruvida detta beror på en reell ökning eller på en ökad inrapportering är dock osäkert.

Länens förebyggande arbete fokuserar främst på att minska antalet suicid

Sedan 2015 finns ett nationellt uppdrag att samordna arbetet kring suicidprevention. Alla län förutom Halland har under året fokuserat på att minska antal suicid, som är ett utvecklingsområde när det kommer till att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga.

Även kompetenshöjande insatser och en ökad förståelse kring psykisk ohälsa har prioriterats. I de flesta länsgemensamma handlingsplaner har liknande satsningar beskrivits. Det finns en variation i hur utförligt länen har beskrivit genomförandet av sina satsningar (se tabell 31).

Ett program som flera län infört (bland annat Jämtland Härjedalen, Sörmland, Stockholm och Västmanland) är *Youth Aware of Mental health* (YAM). YAM är en satsning inom skolan på att förebygga och sprida kunskap kring psykisk ohälsa i syfte att minska suicid och öka förståelsen för psykiskt mående. Länen har kommit olika långt i arbetet kring YAM, Stockholms län har till exempel infört YAM i alla kommuner och beskriver programmet som ett verktyg att framförallt främja utveckling av problemlösningsförmåga och emotionell intelligens hos skolelever. I programmet ingår även information om psykiskt hälsofrämjande livsstilar och hur man kan hjälpa sig själv och sina vänner. Även Värmland är på väg att införa YAM.

Vidare har flera län beskrivit satsningar på olika utbildningsprogram. Sörmland och Östergötland har bland annat refererat till *Suicidprevention i Svensk Sjukvård* (SPiSS) som en webbaserad utbildningsplattform framtagen av Region Skåne. SPiSS används för att öka kunskapen om suicid hos medarbetare inom vården. Även *Mental Health First Aid* (MHFA) är en instruktörsutbildning som flera län har satsat på. Norrbottens länsgemensamma handlingsplan har även beskrivit att de infört suicidprevention som en del av SAM-modellen (Samverka, Agera och Motivera). SAM är ett arbetssätt som kommuner använder för att förbättra barn och ungas förutsättningar för en god psykisk hälsa.

Utöver förebyggande insatser för att minska antalet suicid och öka kunskapen kring psykisk ohälsa har ett fåtal län rapporterat fysisk aktivitet i skolan som ett sätt att förebygga psykisk ohälsa. Vidare har Uppsala satsat på arbetet kring frågor som rör alkohol, narkotika, dopning och tobak, tobaksfria skolgårdar samt ökad tillgång till föräldrastöd för att generellt förbättra hälsa hos barn och unga.

Tabell 31. Regionernas insatser för att minska antalet suicid och öka förståelsen kring psykisk ohälsa

Region	Vilket arbete har regionen fokuserat på inom suicidprevention?
Blekinge	Det finns en samverkan mellan kommuner, landsting, länsstyrelse samt andra berörda myndigheter och organisationer. MHFA används för att utbilda instruktörer inom första hjälpen psykisk hälsa.
Dalarna	Arbetar med att göra en uppdragsbeskrivning med förslag på åtgärder, där tillsättande av en samordnare är en del.
Gävleborg	En samordningsfunktion är tillsatt för att samverka regionalt. En regional handlingsplan är författad och klar under 2018.
Gotland	Nya rutindokument tydliggör vilka rutiner som gäller för respektive verksamhet vid kontakt med suicidnära personer. Nya rutiner för strukturerat stöd till efterlevande vid suicid är också framtagna.
Halland	Saknar en regional samordningsfunktion.
Jämtland	Good Behavior Game (GBG) ges på lågstadiet och Youth Aware of Mental health (YAM) på högstadiet.
Jönköping	Det finns ett förebyggande arbete inom suicidprevention med målet att minska antal suicid och suicidförsök.
Kalmar	En granskning visade att många som genomfört suicid haft kontakt med sjukvården men att endast en tredjedel hade haft kontakt med psykiatri. Metoden har nu lett vidare till ett forskningsarbete via Lunds universitet.
Kronoberg	Arbetar för att öka kunskapen om suicidprevention hos yrkesverksamma. Ett bredare samhällsengagemang där alla aktörer hjälper till utifrån sitt perspektiv behövs.
Norrbotten	Inom SAM -modellen pågår ett utvecklingsarbete med inom suicidprevention där fokus vilar på det förebyggande och främjande perspektivet.
Örebro	Har tagit fram ett mobilt team som ska stödja personer som är suicidbenägna. Även ökad kunskap om suicid hos allmänhet, personal och media har varit prioriterat.
Östergötland	Hittills finns ingen samverkan på regional nivå med uppdrag att samordna det suicidpreventiva arbetet. Däremot har utbildningen SPiSS införts som obligatorisk kompetensutveckling. Även MHFA används.

Region	Vilket arbete har regionen fokuserat på inom suicidprevention?
Skåne	Arbetar för att stärka samarbete med skolan. Ett exempel är att utbilda instruktörer i utbildningsprogrammet Youth Aware of Mental health (YAM).
Södermanland	Har utbildat 32 stycken MHFA-instruktörer och 30 stycken YAM-instruktörer. YAM är igång i nästan alla kommuner. SPiSS-utbildningen finns som tillgänglig för alla kommun och landsting.
Stockholm	Alla skolor i länet erbjuder Youth Aware of Mental health (YAM). Långsiktigt mål är att främja psykisk hälsa och reducera suicidalt.
Uppsala	En läns gemensam handlingsplan är framtagen som ska stödja utvecklingen kring suicidprevention.
Värmland	SPiSS används för att utbilda berörda anställda. Vidare planeras Youth Aware Mental health (YAM) som ska erbjudas till all i årskurs 8. En konferens med tema suicidprevention för barn och unga planeras.
Västerbotten	Vid Habiliteringscentrum finns en handlingsplan för suicidprevention. En länsövergripande handlingsplan är inplanerad för 2019.
Västernorrland	Inom länets folkhälsoarbete pågår ett arbete i suicidprevention.
Västmanland	Youth Aware of Mental health (YAM) har införts för att öka kunskapen om psykisk ohälsa hos ungdomar och för att visa var de kan få hjälp.
Västra Götaland	En läns gemensam handlingsplan för suicidprevention ska tas fram och det webbaserat utbildningsverktyg SPiSS ska göras tillgängligt.

Skolan – en viktig arena för att förebygga psykisk ohälsa

Enligt 2018 års överenskommelse ska regioner vidare beskriva länens insatser under året för att förbättra skolresultaten¹². I tabell 32 presenteras en sammanställning av dessa insatser. Endast ett fåtal regioner har redovisat insatser för att förbättra resultat i skolan, medan flera har tagit upp värdet av goda skolresultat men utlämnat en beskrivning av insatser. Det finns även flera regioner som inte har nämnt skolan i sina handlingsplaner över huvud taget.

De läns gemensamma handlingsplaner som har beskrivit förbättringsarbeten inom skolan visar att insatser framför allt har fokuserat på att minska skolfrånvaron. Dalarna har bland annat beskrivit projektet ”Hemmasittare” i sin handlingsplan. Projektet fungerar som ett stöd till barn och unga med långvarig ogiltig frånvaro. Syftet med projektet ”Hemmasittare” är att fånga upp de barn och unga som inte går till skolan och hitta bakomliggande faktorer för att förbättra barnens möjlighet att utvecklas.

Östergötland beskrev i sin handlingsplan, sambandet mellan skolresultat och fysisk aktivitet. Östergötland skriver exempelvis att fysisk aktivitet bör integreras som en del i undervisningen för att rörelseglädje skapar gemenskap och ökad motivation.

Vidare beskrivs skolan, i flera läns gemensamma handlingsplaner, som en viktig arena för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga, men närmre beskrivning av genomförda eller planerade insatser saknas. Skolan verkar ännu inte ha inkluderats som en självklar aktör i alla läns gemensammahandlingsplaner.

¹² Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om psykisk hälsa 2018, se sidan 14.

Tabell 32. Insatser för att minska skolfrånvaro

Region	Har insatser genomförts för att minska skolfrånvaro?
Blekinge	Info saknas
Dalarna	Ja
Gävleborg	Ja
Gotland	Info saknas
Halland	Ja
Jämtland	Ja
Jönköping	Ja
Kalmar	Info saknas
Kronoberg	Info saknas
Norrbottn	Info saknas
Örebro	Ja
Östergötland	Fokuserar på fysisk aktivitet
Skåne	Ja
Södermanland	Ja
Stockholm	Ja
Uppsala	Info saknas
Värmland	Ja
Västerbotten	Info saknas
Västernorrland	Info saknas
Västmanland	Info saknas
Västra Götaland	Info saknas

Källa: Läns-gemensamma och regionala handlingsplaner inlämnade till SKL 2018.

SIP – genomförs ännu inte fullt ut, men är under införande

Regionerna ska enligt 2018 års överenskommelse redogöra för insatser för att ta hand om barn och unga i behov av sammansatt stöd¹³. Samordnad individuell plan (SIP) är ett arbetssätt för att främja arbetet med sammansatt stöd och har under året varit ett prioriterat område för både kommuner och regioner i de flesta län. Däremot visar tabell 33 på en stor variation mellan olika län när det gäller hantering och genomförande av SIP.

I flera läns-gemensamma handlingsplaner har huvudmännen beskrivit att de måste fortsätta att utveckla arbetet med SIP:ar genom att utbilda mer personal, höja kunskapen inom samtliga berörda verksamheter och bli bättre på att följa upp arbetet. Flera har nämnt att de vill öka antalet SIP:ar, då metoden påvisat goda resultat.

I fåtal handlingsplaner redovisas resultat av SIP-arbetet. Redovisat resultat pekar på att barn och unga som fått samordnat stöd mår betydligt bättre. I Västernorrlands handlingsplan beskrivs till exempel att barn och unga uppsöker psykakuten betydligt mer sällan när de fått en SIP. Vidare lyfter Östergötland användandet av mötescirkeln i sin handlingsplan och beskriver det som ett lättanvänt och pedagogiskt metodstöd i genomförandet av SIP-mötet.

¹³ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om psykisk hälsa 2018, se sidan 14.

Tabell 33. Genomförande av samordnad individuell plan (SIP)

Region	I vilket genomförandestadie befinner sig SIP-funktionen?
Blekinge	Den första SIP utbildningen genomfördes i slutet av året och bör fortsätta under 2019.
Dalarna	Det är fler barn och unga som får SIP än i riket i övrigt, men det är oklart vilken kvalitet den håller.
Gävleborg	SIP används inte i den omfattningen som varit önskvärt. Fortsatta utbildningsinsatser behövs för både chefer och medarbetare.
Gotland	Information saknas
Halland	Landstingets kommuner befinner sig på olika stadier inom utvecklingen av SIP.
Jämtland	Skolorna tycker det är svårt med SIP och formen är inte helt enkel och behöver förbättras.
Jönköping	Man satsar på att öka användandet och kvaliteten. Den kommer att bli tillgänglig i vårdgivarportalen.
Kalmar	Det finns en intervention för att förbättra samverkan mellan olika verksamheter (oklart om detta är SIP).
Kronoberg	Man har som mål under 2019 att utveckla länsgemensamma rutiner och utbildningar för SIP.
Norrbottn	Man arbetar med att öka antalet SIP samt att de hanteras på ett högkvalitativt sätt.
Örebro	Primärvård och öppenvård (psykiatri) ansvar för att genomföra SIP. Framöver vill man öka antalet SIP:ar.
Östergötland	408 instruktörer har utbildats. 152 personer har genomgått särskild utbildning om SIP och verktyget Mötescirkeln.
Skåne	It-stödet Mina Planer för att genomföra SIP kommer att implementeras för barn och unga inom kort.
Södermanland	Information saknas
Stockholm	Det finns i dag 33 lokala BUS*-grupper. SIP-instrumentet är nu mer självklart och etablerat.
Uppsala	Det finns brister vad gäller tillgänglighet. Det kan dels bero på en osäkerhet vad SIP är och syftar till.
Värmland	Info saknas.
Västerbotten	SIP är ett utvecklingsområde. Man arbetar med att utveckla särskild kompetens för SIP inom HAB**.
Västernorrland	Det finns en övergripande länsöverenskommelse men det saknas systematik i användandet av SIP.
Västmanland	Man vill öka antalet SIP. Behovet av samordning är stort och genomförda SIP är förhållandevis lågt.
Västra Götaland	Länsgemensamt görs en revidering av Västbus (SIP) riktlinjer och stödmaterial.

* Barn i behov av särskilt stöd.

** Habiliteringscentrum

Källa: Länsgemensamma och regionala handlingsplaner inlämnade till SKL 2018.

Ekonomisk redovisning av 2018 års stimulansmedel för särskild satsning på barn och unga

Totalt redovisade regionerna 217 411 498 kronor som har använts inom ramen för den särskilda satsningen på barn och unga. Tabell 34 visar vilken typ av satsningar som dessa medel har bekostat. Resultatet av analysen visar att störst andel av de särskilda stimulansmedlen användes till att på olika sätt öka tillgängligheten till vård och behandling.

Tabell 34. Regionernas redovisning av hur de använt 2018 års stimulansmedel för särskild satsning på barn och unga

Uppgifter inrapporterade av 21 regioner. Belopp anges i kronor.

Typ av aktivitet	Belopp	Andel i %
Uppstart och förbättring av verksamheter	63 241 000	29,1
Tillgänglighet	53 175 356	24,5
Utveckling av arbetssätt och rutiner	17 603 000	8,1
Kompetensökning	14 249 622	6,6
Förebyggande arbete	12 005 500	5,5
Ospecificerat utvecklingsarbete	10 419 250	4,8
Bemanning	6 350 000	2,9
Samverkan	4 865 000	2,2
Metod	4 307 000	2,0
Övrigt	10 360 000	4,8
Ospecificerat	24 835 770	11,4
Totalt	217 411 498	100,0

Uppstart och förbättring av verksamheter

Drygt 63 miljoner kronor eller 29 procent av de redovisade stimulansmedlen användes till att starta nya samt till att förstärka, förbättra och bedriva befintliga verksamheter. Viktigt att påpeka är att motsvarande två tredjedelar inom denna kategori, nästan 42 miljoner kronor, användes till att förstärka första linjen för barn och unga i en region. Andra exempel är att starta en DBT-mottagning och att starta upp BUP-linjen.

Denna kategori kan till stor del ses som ett sätt att öka tillgänglighet till bedömning, vård och behandling när det gäller barn och unga med psykisk ohälsa.

Tillgänglighet

Förutom uppstart och förstärkning av verksamheter har ytterligare en fjärdedel av de redovisade medlen inom den särskilda satsningen använts till att på olika sätt göra vården mer tillgänglig. Kategorin ”tillgänglighet” omfattar satsningar som ökar tillgänglighet genom att exempelvis:

- utveckla användandet av digitala plattformar, till exempel genom att implementera internetbehandling
- allokera medel till triagering
- köpa in neuropsykiatriska utredningar och på så sätt minska vårdköer.

Utveckling av arbetssätt och rutiner

Regionerna har använt drygt 8 procent av de redovisade medlen på att utveckla arbetssätt och rutiner, även detta många gånger i syfte att öka tillgängligheten. Kategorin omfattar bland annat processarbete och att utveckla och implementera nya arbetssätt inom neuropsykiatri.

Kompetensökning

Av regionernas redovisade medel har 6,6 procent använts till att öka kompetensen hos personal som arbetar med psykisk hälsa. Kategorin omfattar dels kompetenshöjande insatser för befintlig personal i form av utbildningsinsatser (exempelvis för steg 1-utbildning, samt utbildning kring personer som hetsäter), dels anställning av personal som har specifika kompetenser som saknas i verksamheterna. Till exempel har psykologer anställts på hälsocentraler för att arbeta med barn i åldersgruppen 6 till 17.

Förebyggande arbete

Totalt 5,5 procent av regionernas redovisade medel inom den särskilda satsningen på barn och unga har använts till förebyggande arbete. Kategorin består delvis av ospecificerat förebyggande och främjande arbete, delvis av arbete med att förbättra attityder till psykisk ohälsa och delvis av suicidprevention för barn och unga. Ett exempel på det sistnämnda är en satsning på nya initiativ när det kommer till suicidprevention där medel allokaterats till Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention av Psykisk Ohälsa (NASP).

Ospecificerat utvecklingsarbete

Knappt 5 procent av de stimulansmedel som regionerna redovisat har använts till ospecificerat utvecklingsarbete. Det rör sig om utvecklingsmedel till barn- och ungdomsverksamheter och ospecificerad metodutveckling.

Bemannning

Satsningar på bemanning står för nästan 3 procent av de redovisade stimulansmedlen. Kategorin omfattar, förutom ospecificerade bemanningsåtgärder, även anställningar av personal som ska arbeta med följande:

- utveckling av verksamhet, till exempel verksamhetsutvecklare i primärvården för att arbeta med modellen Hälsa – Lärande – Trygghet (HLT) och projektledare för Vardagsnära Insatser i Tydlig Samverkan (VITS)
- behandling, genom satsning på praktiskt tjänstgörande psykologer (PTP)

- ospecificerat arbete (till exempel psykolog, arbetsterapeut och sjuksköterska anställda inom BUP).

Samverkan

Totalt två satsningar har uttryckligen handlat om samverkan, vilka tillsammans utgör 2,2 procent av de redovisade medlen. Dessa beskriver förstärkt samverkan i samband med barnpsykiatrisk behandling för ensamkommande barn och ungdomar samt strukturerad samverkan mellan BUP och habilitering.

Metod

Införande, implementering och utveckling av namngivna metoder står för 2 procent av regionernas redovisade medel inom denna särskilda satsning på barn och unga. Det rör sig om utveckling av metoder för samspelsstöd, implementering och utbildning i Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) och utbildning i behandlingsmetod för patienter med depression (deplyftet).

Övrigt

De aktiviteter som inte ingår i någon av ovanstående kategorier, och som var för sig motsvarar mindre än 1 procent av de totala medlen, kategoriserades som "övrigt". Kategorin omfattar drogscreening, uppföljnings- och kartläggningsarbete samt allokering av medel till stödjande verksamheter utanför den traditionella vården, till exempel Spelberoendes förening och till den ideella föreningen SHEDO som syftar till att sprida kunskap om ätstörningar och självskadebeteende. Kostnaderna i kategorin "övrigt" utgör 4,8 procent av regionernas redovisade medel inom denna satsning.

Ospecificerat

I denna kategori ingår aktiviteter som beskrivs alltför ospecifikt för att kunna kategoriseras. Här ingår även aktiviteter som i sin beskrivning kombinerar flera olika typer av satsningar, så att det inte går att avgöra vilken satsning som hör till vilken kostnad. Totalt 11,4 procent av de redovisade medlen är ospecificerade.

Särskild satsning på ungdomsmottagningar

Genom 2018 års överenskommelse fördelades 130 miljoner kronor till regioner för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete med psykisk hälsa. I överenskommelsen anges att dessa medel kan användas exempelvis till utökade öppettider för redan befintliga ungdomsmottagningar, förstärkning av psykosocial kompetens på ungdomsmottagningar eller ökad tillgänglighet för unga med psykisk ohälsa, riskbruk, missbruk eller beroende. Eftersom ungdomsmottagningar är organiserade olika i olika län och inte enbart berör regionernas arbete med ungdomsmottagningar kommer texten i detta kapitel därför referera till ”län” och ”länens arbete”.

Följande sammanställning bygger på uppgifter som 21 län som mottagit stimulansmedel för särskilda satsningen på ungdomsmottagningar rapporterat i SKL:s inmatningsverktyg i oktober 2018. Sammantaget visar det inrapporterade underlaget att ungdomsmottagningar finns i alla landets län. Det finns dock en variation mellan och ibland även inom länen, gällande vilka aktörer som driver ungdomsmottagningar. Totalt sett, drivs 393 av landets ungdomsmottagningar av enbart regionen, 26 av enbart kommunen och 76 av region och kommun tillsammans.

Ett mindre antal drivs av regionen och någon privat aktör tillsammans (2), av kommunen och någon privat aktör tillsammans (3), av regionen, kommunen och någon privat aktör tillsammans (11) eller enbart av någon privat aktör (2). Alla förutom två län uppger att ungdomsmottagningar i länet har uppdraget att i varierande grad arbeta med ungdomar med psykisk hälsa, medan 15 län uppger att ungdomsmottagningar är tillgängliga för alla länets ungdomar.

Tabell 35 redovisar normerat antal besök och individer som besökte länens ungdomsmottagningar under nio månader år 2018. Framträdande genom hela tabellen är att drygt 75 procent av de individer som under mätperioden besökte ungdomsmottagningarna på grund av psykisk ohälsa är flickor.

Tabell 35. Normerat¹⁴ antal besök och antal enskilda individer som besökte länens ungdomsmottagningar för psykisk ohälsa¹⁵ under nio månader år 2018

Uppgifter inrapporterade av 21 län, uppdelat på län och kön.

Län	Antal besök	Antal flickor	Antal pojkar	Antal andra	Antal individer totalt
Blekinge	1 895	371 (75,2 %)	122 (24,8 %)	0	493
Dalarna	2 720	710 (74,7 %)	240 (25,3 %)	0	950
Gotland	277	94 (75,4 %)	31 (24,6 %)	0	124
Gävleborg	6 380	1 322 (80,0 %)	331 (20,0 %)	0	1 653
Halland	3 518	742 (83,0 %)	152 (17,0 %)	0	894
Jämtland Härjedalen	889	290 (87,7 %)	41 (12,3 %)	0	331
Jönköping	654	230 (81,6 %)	52 (18,4 %)	0	282
Kalmar	425	172 (82,3 %)	37 (17,7 %)	0	209
Kronoberg	1 036	264 (88,0 %)	36 (12,0 %)	0	300
Norrbottn	280	213 (76,1 %)	67 (23,9 %)	0	280
Skåne	3 662	2 180 (78,8 %)	587 (21,2 %)	0	2 767
Stockholm	27 364	21 750 (79,5 %)	5473 (20,0 %)	141 (0,5 %)	27 364
Södermanland	88	34 (73,9 %)	12 (26,1 %)	0	46
Uppsala	4 259	743 (80,4 %)	178 (19,2 %)	3 (0,4 %)	924
Värmland	2 325	2 069 (89,0 %)	257 (11,0 %)	0	2 325
Västerbotten	5 131	1 086 (69,6 %)	471 (30,2 %)	4 (0,3 %)	1 561
Västernorrland	1 606	612 (40,6 %)	142 (9,4 %)	754* (50,0 %)	754*
Västmanlands	0	0	0	0	0
Västra Götaland	24 662	6 454 (85,3 %)	1088 (14,4 %)	26 (0,3 %)	7 568
Örebro	982	737 (35,9 %)	334 (16,3 %)	982* (47,8 %)	1 071*
Östergötland	5 545	1 104 (74,6 %)	376 (25,4 %)	0	1 480
Totalt	93 698	41 176 (80,1 %)	10 026 (19,5 %)	174* (0,3 %)	51 376*

* Socialstyrelsen noterar en ovanligt hög andel personer som registrerats i kategorin "andra" såväl generellt som i förhållande till antal registrerade besök, vilket indikerar en felregistrering i Västernorrlands län och Örebro län. Antal markerade med * exkluderades därför från totalen för kategorierna "andra" samt "individer totalt".

Användning av stimulansmedel för särskild satsning på ungdomsmottagningar

Totalt rapporterade landets 21 län att de sammanlagt, under 2018, har använt 138 491 004 kronor för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete med psykisk hälsa.

¹⁴ Mätperioden för vilka antalet besök och antalet individer rapporterades varierar mellan länen. Antalen har därför normerats genom att beräkna ett genomsnittligt antal per månad och multiplicera med nio månader då mätperioden för de flesta länen var nio månader.

¹⁵ Definitionen av ett besök som har gjorts för psykisk ohälsa varierar mellan länen.

Tabell 36. Länens redovisningar av hur de använt 2018 års stimulansmedel för särskild satsning på ungdomsmottagningar

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

Kostnad för	Belopp	Andel i %
Ökad bemanning	58 049 622	41,9
Utökade öppettider	15 728 000	11,1
Öppnande av nya ungdomsmottagningar	8 330 000	6,0
Ökad tillgängligheten på annat sätt	12 104 242	8,7
Kompetensutveckling för personalen inom området psykisk hälsa ¹⁶	9 775 648	7,1
Framtagning av vägledande dokument för ungdomsmottagningars arbete med psykisk hälsa	10 227 245	7,4
Förbättring av samverkan eller samarbete inom eller mellan verksamheter	10 274 146	7,4
Särskilda satsningar för nyanlända	1 904 550	1,4
Övriga medel	12 097 551	8,7
Totalt	138 491 004	100,0

Som framgår av tabell 36 har störst andel stimulansmedel (nästan 42 procent) använts för ökad bemanning. För ungefär 58 miljoner kronor har bemanningen på ungdomsmottagningar i 19 län utökats med totalt 27,3 barnmorskor, 54¹⁶ kuratorer eller socionomer, 7,2 psykologer, 2,4 läkare, 2 under sköterskor, 1,2 dietister, 0,1 fysioterapeuter med motsvarande steg 1 kompetens, 0,5 projektledare, 1 receptionist samt 3,2 verksamhetsutvecklare eller utvecklingsledare.

Nästan 16 miljoner kronor har använts av tio län för att utöka öppettider på totalt 105 ungdomsmottagningar. Totalt har 8,3 miljoner kronor använts av fyra län för att öppna sammanlagt åtta nya ungdomsmottagningar, medan 12,1 miljoner har använts av 17 län för att på något annat sätt öka tillgänglighet till ungdomsmottagningar. Ett sätt att öka tillgängligheten har varit att utveckla eller vidareutveckla olika digitala lösningar som exempelvis erbjuder ungdomar videosamtal med olika professioner på ungdomsmottagningar eller online-mottagningar genom appar eller chattfunktioner. Ett annat sätt har varit utåtriktat eller uppsökande arbete och marknadsföring i exempelvis skolor och fritidsgårdar, vårdcentralernas mottagningsrum samt på Pridefestivalen, musikfestivaler och andra forum där ungdomar möts. Ungdomsmottagningar har även annonserat på sociala medier såsom Facebook, Instagram, Snapchat och Facebook Messenger.

¹⁶ Ett län har tydligt felrapporterat att de har använt 1 075 000 kronor för att utöka bemanningen med 165 kuratorer eller socionomer. Detta antal har inte tagits med i redovisningen i texten.

Ytterligare ett sätt att utöka tillgängligheten har varit att utöka möjligheter för tidsbokning genom att exempelvis bemanna receptionen, erbjuda eller utöka webbokningar, införa eller utöka antalet akuttider respektive tider för drop-in. Andra sätt har varit att erbjuda en mobil ungdomsmottagning i form av buss, starta ny ungdomsmottagning, höja åldersgränsen för besök på ungdomsmottagningen, införa nya arbetssätt och arbetsmetoder samt erbjuda gruppaktiviteter för olika målgrupper såsom exempelvis flickor, hbtq-personer eller personer med funktionsvariationer.

Totalt 20 län har använt nästan tio miljoner kronor för kompetensutveckling, medan åtta län har använt drygt tio miljoner kronor för att ta fram vägledande dokument för ungdomsmottagningarnas arbete med psykisk hälsa. Ytterligare drygt tio miljoner kronor har använts av 16 län för att förbättra samverkan eller samarbete inom eller mellan länens verksamheter. I två län har stimulansmedel använts för att förbättra samverkan mellan ungdomsmottagningar inom länet, i åtta län för att förbättra samverkan mellan ungdomsmottagningar och andra verksamheter inom kommunen eller regionen och i sex län för att förbättra samverkan mellan olika yrkesgrupper inom ungdomsmottagningarna.

Nästan två miljoner kronor har använts av tretton län för särskilda satsningar för nyanlända. Satsningar för nyanlända har till viss del riktats till olika yrkeskategorier som möter ensamkommande, asylsökande eller nyanlända ungdomar och då fokuserat på utbildning eller information om sexuell hälsa, psykisk hälsa eller olika aspekter av ungdomshälsan. Satsningar för nyanlända har också riktats direkt till nyanlända ungdomar och då fokuserat på att erbjuda utbildning eller information om ungdomsmottagningar, sex och samlevnad samt lagstiftning inom ramen för detta område, pojkar/andrologi, hbtq-frågor samt olika aspekter av ungdomshälsan. Sådana utbildningar eller informationsspridning har bedrivits i skolor, fritidsgårdar, språkintruktionsklasser i länet samt på boenden för nyanlända. Ett annat exempel på satsningar för nyanlända är en länskampanj om kvinnlig könsstympning.

Ytterligare nästan tio miljoner kronor har använts av ett län för ospecificerade lokala projekt, medan ungefär två miljoner kronor har använts av nio län för övriga kostnader såsom personal, lokalhyra, möbler, förbrukningsmaterial, overhead-kostnad, administrationskostnader, it-kostnader och fordonskostnader.

Behov av stöd under 2019

I tabell 37 redovisas de områden inom vilka länen uttrycker behov av stöd under 2019 när det gäller förstärkning av ungdomsmottagningars arbete med psykisk hälsa.

Tabell 37. Uttryckta behov inför 2019 gällande ungdomsmottagningars arbete med psykisk hälsa

Uppgifter baserade på 21 länsgemensamma redovisningar.

Område	Antal län som uttryckt behovet
Utökad bemanning	19
Öppnande av nya mottagningar	6
Utökade öppettider	12
Kompetensutveckling	18
Framtagande av lokala eller regionala vägledande dokument	16
Förbättrat samarbete och samverkan	16
Stöd för ungdomsmottagningars arbete med nyanlända	13
Nationellt stödmaterial för ungdomsmottagningars arbete med psykisk hälsa	17
Nationellt stödmaterial för ungdomsmottagningars arbete med psykisk ohälsa	16
Nationella riktlinjer för ungdomsmottagningars arbete med psykisk hälsa	16
Nationella riktlinjer för ungdomsmottagningars arbete med psykisk ohälsa	16
Annat	6

Under kategorin ”annat” uttrycker länen i sin redovisning behov av stöd för följande:

- fortsatt deltagande i och arbete med en gemensam barn- och ungdomshälsa i länet
- förbättrat omhändertagande för ungdomar med funktionsnedsättning
- information om ungdomsmottagningar via tv och skrift
- särskilt stöd till mottagningar i små kommuner
- fortsatt arbete för att nå ungdomar som inte självklart söker ungdomshälsan eller ungdomsmottagningar
- nationell samordning i utveckling av e-tjänster.

Ett län uttrycker särskilt att ett långsiktigt stöd är nödvändigt för att kunna skapa strategier och handlingsplaner tillsammans med länets kommuner.

Särskild satsning på brukarmedverkan

Genom 2018 års överenskommelse fördelades 24 miljoner kronor till regioner för att stimulera samordning och ytterligare initiativ för att öka brukarmedverkan i kommuner och regioner. Dessa stimulansmedel fördelades med två miljoner kronor för varje storstadsregion, medan övriga regioner fick en miljon kronor vardera.

I enlighet med 2018 års överenskommelse ska kommuner och regioner redovisa hur huvudmännen var för sig och tillsammans planerar att utveckla samverkan med brukare och anhöriga. Följande sammanställning bygger på informationen redovisad i handlingsplanerna samt i SKL:s inmatningsverktyg. Sammanställningen fokuserar både på hur kommuner och regioner inkluderar patienter, brukare, anhöriga eller representanter för dessa i arbetet som bedrivs inom ramen för överenskommelserna liksom på hur de planerar att utveckla brukarmedverkan framöver.

Flera snarlika begrepp förekommer i olika skrivningar: *brukarmedverkan*, *brukarsamverkan*, *brukaredelaktighet*, *brukarinflytande*. Det som förenar dessa olika begrepp och som kännetecknar en genuin brukarmedverkan är att genomförda aktiviteter som har involverat patienter, brukare, anhöriga eller olika representanter för dessa ska kännas meningsfulla och bidra till faktiskt nytta för både verksamheter och för de involverade personerna eller för de målgrupper som dessa representerar.¹⁷

Det har dock generellt inte varit möjligt att utifrån handlingsplanerna utläsa hur de involverade patienter eller brukare eller de som representerar dessa har upplevt sin medverkan, och inte heller i vilken utsträckning de upplever att deras medverkan har varit meningsfull eller lett till en faktiskt nytta. Vi kommer därför löpande i detta avsnitt att använda begreppet *brukarinvolvering* – utan möjlighet att värdera huruvida det har handlat om faktiskt brukarmedverkan eller inte.

I denna sammanställning används begreppet brukarinvolvering för aktiviteter som har planerats, påbörjats eller genomförts och där beskrivningarna indikerar eller anger att brukare initierat, planerat eller på något sätt bidragit till att skapa aktiviteter som görs i syftet att aktivt involvera brukare eller för att förbättra eller anpassa processer eller arbetssätt inom vården. Exempelvis inkluderas inte, i detta avsnitt, ett exempel om det endast står utskrivet som införandet av Samordnad Individuell Plan (SIP), som i sig är en metod för samverkan och ökad brukaredelaktighet i sin egen vård – såvida inte brukare mer aktivt har deltagit i att utforma exempelvis rutinerna kring användande av detta verktyg. Samma bedömningskriterium har använts för patientstyrda inläggningar – det har då endast ansetts som brukarinvolvering om patienter har getts möjlighet att delta i utformningen av detta arbetssätt.

¹⁷ Personlig kommunikation med Mårten Jansson från NSPH, 2019-03-28.

Relevanta exempel på genomförd respektive planerad brukarinvolvering i vården och omsorgen inkluderades i analysen och kategoriserades utifrån brukargrupp, typ av aktivitet, form av involvering och fokusområde.

Där det framkommer att målgrupper endast var föremål för insatser – snarare än aktiva deltagare i brukarmedverkansarbete – så har dessa målgrupper utelämnats från analysen. Exempelvis kan en insats vara inriktad på att förbättra psykisk hälsa hos barn, men det är föräldrarna som har varit involverade som brukare i utvecklingsarbetet. I det fallet har aktivitetens brukargrupp klassificerats som ”föräldrar” och inte som ”barn och unga”.

En och samma aktivitet kan dock ha en eller flera brukargrupper samt falla in i en eller flera kategorier för typ av aktivitet och form av involvering.

De beskrivna aktiviteterna kategoriserades också i största möjliga mån utifrån de fem fokusområden som specificerades i överenskommelserna och regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020:

1. Förebyggande och främjande arbete
2. Tillgängliga och tidiga insatser
3. Enskildas delaktighet och rättigheter
4. Utsatta grupper
5. Ledning, styrning och organisation.

Även här kan ett eller flera fokusområden passa in för varje enskild beskriven insats. Där uppenbar koppling till fokusområde saknas har inget fokusområde valts.

En utmaning under arbetet har varit att det inte alltid framgår tydligt i materialet huruvida beskrivna aktiviteter är påbörjade eller endast planerade. Likaså kan det i vissa fall vara svårt att särskilja identifierade utvecklingsområden från faktiskt planerade insatser och även att avgöra om insatser som planerats i tidigare handlingsplaner faktiskt har genomförts. Sammantaget ger detta en viss osäkerhet i klassificeringen av utförda eller påbörjade respektive planerade insatser.

Övergripande kommentarer kring beskrivning av brukarsamverkan i handlingsplanerna

Alla regioner utom två (Gotland och Västernorrland) har angivit att brukarorganisationer har varit involverade i arbetet med att ta fram handlingsplanerna som lämnades in till SKL i oktober 2018. Detta har dels rapporterats in i SKL:s inmatningsverktyg samt angivits i respektive handlingsplan (se tabell 38).

Den vanligast angivna organisationen som beskrivs har varit involverad i arbetet med handlingsplanerna är Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) – ett nätverk som utgörs av 13 olika medlemsorganisationer. Majoriteten av alla regioner redovisar pågående eller planerat arbete som syftar till att utvärdera och/eller utveckla former för brukarinvolvering.

Tabell 38. Brukarinvolvering i arbetet med handlingsplaner och fortsatt utveckling av brukarinvolvering

Region	Framgår i handlingsplanen att brukarorganisationer har varit delaktiga i arbetet med analys och handlingsplan (namngivna organisationer)?	Har i Enkät 1 svarat ja på frågan "Har företrädare för patienter, brukare och/eller anhöriga i någon utsträckning deltagit i revideringen av analys och handlingsplan?"	Arbetar med eller planerar att arbeta med utvärdering och utveckling av former för brukarinvolvering
Blekinge	Ja (NSPH)	Ja	Ja
Dalarna	Ja (Dalarnas nätverk för psykisk hälsa)	Synpunkt	Ja
Gävleborg	Ja (Schizofreniförbundet, Attention, RSMH, Balans, RFHL, Hjärnkoll, Schizofreniföreningen, Verdandi)	Ja	Nej
Gotland	Nej	Nej	Ja
Halland	Ja (ej namngivna)	Ja	Ja
Jämtland	Ja (JLB)	Ja	Ja
Jönköping	Ja (ej namngivna)	Synpunkt	Nej
Kalmar	Ja (NSPH, FSO)	Ja	Nej
Kronoberg	Ja (Attention Kronoberg, Autism- och Aspergerföreningen Kronobergs län)	Ja	Ja
Norrbottnen	Ja (NSPH, RSMH, OCD-föreningen, Autism- och Aspergerförbundet samt brukarrådet Leva)	Ja	Ja
Örebro	Ja (NSPH)	Ja	Nej
Östergötland	Ja (NSPH)	Ja	Ja
Skåne	Ja (ej namngivna)	Ja	Ja
Södermanland	Ja (NSPH)	Ja	Nej
Stockholm	Ja (ej namngivna)	Ja	Ja
Uppsala	Ja (HSO Uppsala län)	Ja	Ja
Värmland	Ja (Funktionsrätt Värmland)	Ja	Ja
Västerbotten	Ja (Hjärnkoll)	Ja	Ja
Västernorrland	Nej	Nej	Ja
Västmanland	Ja (NSPH, Funktionsrätt Västmanland)	Synpunkt	Ja
Västra Götaland	Ja (NSPH)	Ja	Ja

Källa: Läns- och regiongemensamma och regionala handlingsplaner inlämnade till SKL 2018 samt uppgifter från SKL:s inmatningsverktyg.

Hur brukarinvolvering beskrivs i handlingsplanerna skiljer sig mellan olika regioner. Exempelvis har Region Kronoberg hanterat brukarinvolvering som en separat aktivitet, medan andra (exempelvis Gävleborg och Västernorrland) har integrerat brukarinvolvering som konkreta delkomponenter av olika planerade insatser inom området psykisk hälsa. Region Blekinge och Region Norrbotten har specifika handlingsplaner för arbetet med brukarmedverkan, Region Dalarna har en projektplan och

Region Uppsala har som avsikt att utveckla en specifik handlingsplan för personcentrerat arbetssätt med inflytande och delaktighet.

I flera regioner efterlyser man länsgemensamma riktlinjer för ersättning till brukare för involvering i utvecklingsarbete för att kompensera exempelvis för arbete, förlorad arbetstid eller restid. Utan sådana kan inte brukarmedverkan ske jämlikt och rättvist. En sådan ersättningspolicy finns dock redan på plats i exempelvis Region Jönköping och Region Kronoberg.

Sammanfattning av beskrivna aktiviteter som inkluderar eller planerar brukarinvolvering

För varje region identifierades i underlaget minst en utförd eller påbörjad aktivitet samt minst en planerad aktivitet som på något sätt involverar brukare. Det finns dock en stor variation mellan olika regioner i hur många aktiviteter som berör brukarinvolvering som beskrivs i handlingsplanerna samt i vilken utsträckning regioner resonerar kring brukarinvolvering i underlaget.

De kategorier som identifierades i materialet finns beskrivna i tabell 39 (brukargrupper), tabell 40 (typ av aktivitet) och tabell 41 (form av samverkan). För varje region gjordes en sammanställning av vilka brukargrupper, typer av aktiviteter, former av involvering och fokusområden som beskrivs, för att kunna få en nationell översikt över arbetet med brukarinvolvering.

Tabell 39. Brukargrupper

Kategorier av patienter eller brukare som utifrån underlaget identifierats som involverade i utvecklingsarbete.

Målgrupp
Brukare (generellt)
Brukarorganisationer
Anhöriga
Barn och unga
Äldre
Allmänheten
Patienter med självskadebeteende
Patienter med funktionsnedsättning
Patienter med omfattande psykiatrisk problematik
Patienter med psykisk funktionsnedsättning
Inneliggande patienter
Personer med missbruk
Personer som tillhör en nationell minoritet (specificerade eller ospecificerade)
Familjer
Personer som är arbetslösa
Hbtq-personer

Tabell 40. Typ av aktivitet där brukare involverats

Kategorier av aktiviteter där patienter eller brukare utifrån underlaget identifierats som involverade i.

Typ av aktivitet	Förklaring
Handlingsplan	Arbete med de handlingsplaner som utformas inom ramen för överenskommelserna inom området psykisk hälsa
Utvecklingsarbete	Generellt, ospecificerat utvecklingsarbete eller aktiviteter.
Former för brukarmedverkan	Strategiskt arbete som syftar till att utvärdera eller utveckla specifika former för brukarmedverkan.
Nya/förbättrade arbetssätt	Arbete som syftar till att utveckla nya eller förbättra existerande arbetssätt inom vården och omsorgen.
Samordning/samverkan	Arbete som syftar till att stärka samarbete mellan olika huvudmän eller enheter.
Personcentrerad vård	Vårdmodell eller förhållningssätt där patienten aktivt deltar i planering och genomförande av den egna vården i samarbete med vårdpersonal, samt ibland även med närstående.
Förbättra information	Utformningen, förtydligandet, förenklingen och tillgängliggörandet av information om psykisk hälsa eller ohälsa till exempelvis vårdpersonal, patienter, brukare, anhöriga eller allmänheten.
Seminarier och föreläsningar	Utforma material till seminarier/föreläsningar eller medverka som föreläsare
Digitala hjälpmedel	Utveckla digitala hjälpmedel för att förbättra vårdprocesser eller använda digitala hjälpmedel som ett verktyg i brukarmedverkanprocessen.
Anhörigstöd	Framtagning av informationsmaterial, genomförande av anhörgcirklar, anhörigsamtal, andra former av stöd till anhöriga eller i att lyfta anhörigperspektivet inom vården och omsorgen.
Interaktion med allmänheten	Delaktighet i aktiviteter som syftar till att öka kunskap eller öka medvetandet kring psykisk hälsa eller ohälsa hos allmänheten.
Sammanhållen vård	Utveckling av patientflöden som av patienten upplevs som sömlöst.
Studiecirklar och utbildning	Utformning av material till studiecirklar/utbildningar eller medverka som utbildare.
Habilitering och sysselsättning	Utveckling eller utformning av insatser som syftar till att öka sysselsättning för personer med en medfödd funktionsnedsättning eller personer som står utan arbete.
Lokalplanering	Medverka i och ge synpunkter på lokalplanering ur patientens/brukares perspektiv.
Rehabilitering	Utveckla specifika insatser för personer med en funktionsnedsättning som uppkommit genom till exempel en olycka eller sjukdom i vuxen ålder.

Tabell 41. Form av involvering

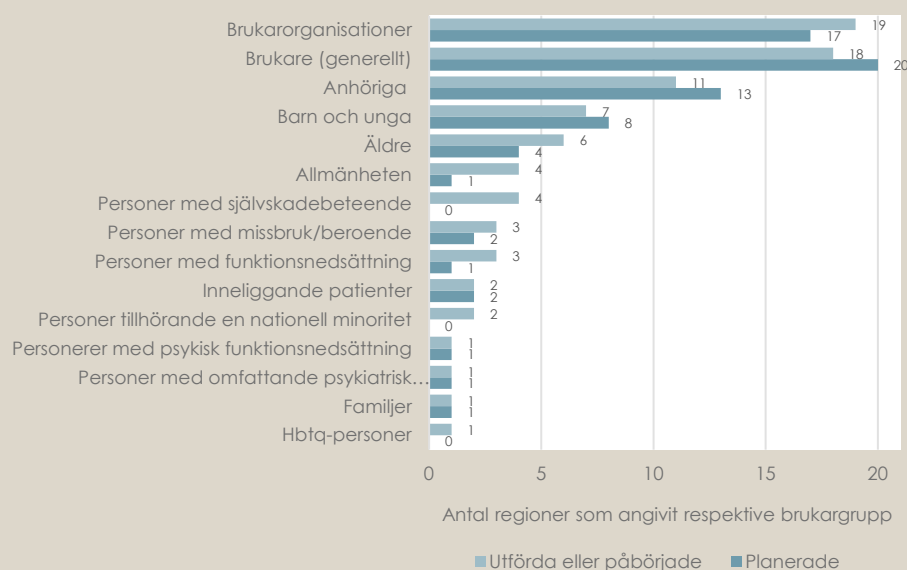
Kategorier som identifierats utifrån underlaget.

Form av medverkan	Förklaring
Brukarrepresentation och brukarråd	Brukarrepresentant närvarande i arbetsgrupp eller styrgrupp eller liknande, eller ett råd av brukare som tillfrågas om synpunkter eller förslag på förbättringar
Brukardrivet arbete eller gemensamt projekt	Förbättringsarbete som drivs antingen i huvudsak av patienter, brukare och patient- eller brukarorganisationer eller tillsammans med representanter för huvudmän.
Brukarundersökning, enkät eller patientforum	Formulär, enkäter, intervjuer utförda av brukare eller patienter själva samt diskussionsforum. Kan utföras vid fysiskt möte, via telefon, på papper eller elektroniskt.
Brukarrevisioner	Kvalitativ granskning av verksamheter som ansvarar för vård, stöd eller service och som utförs av personer med erfarenhet av liknande verksamheter.
Workshop, dialogmöte eller fokusgrupp	Fysiska möten i grupp som möjliggör diskussioner mellan berörda parter kring specifika ämnesområden.
Anställd brukarrepresentant eller brukarsamordnare	Person som anställs med specifik roll att främja brukarmedverkan.
Tjänstedesign	Metodik för att tillsammans med patienter eller brukare ta reda på vilka (framför allt uttalade och svårångade) behov patienter eller brukare har.
PEER Support	Personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa anställs som en stödfunktion till patienter eller brukare.
Ej angiven	Ingen form av medverkan angiven.

Brukarorganisationer och ospecificerade brukare vanligast i beskrivningen av brukarinvolvering

När regioner beskriver vilka brukare som varit involverade i aktiviteter beskriver de flesta att brukarinvolvering har skett via brukarorganisationer eller anger bara en generell benämning ”brukare” (se figur 13). I figur 13 anges antal regioner som har beskrivit en eller flera påbörjade, utförda eller planerade aktiviteter där olika grupper av brukare har varit involverade. Utifrån regionernas beskrivningar är det vanligt att brukarinvolvering innebär involvering av brukarorganisationer. Men i Kalmar finns till exempel en så kallad ”intressebank” dit intresserade patienter eller brukare kan anmäla sig och få inbjudningar till att delta i utvecklingsaktiviteter.

Figur 13. Brukargrupper i utförda eller påbörjade samt i planerade aktiviteter



Över hälften av regionerna beskriver aktiviteter där anhöriga har varit involverade i utförda eller påbörjade utvecklingsarbeten eller är tilltänkta att involveras i planerade aktiviteter.

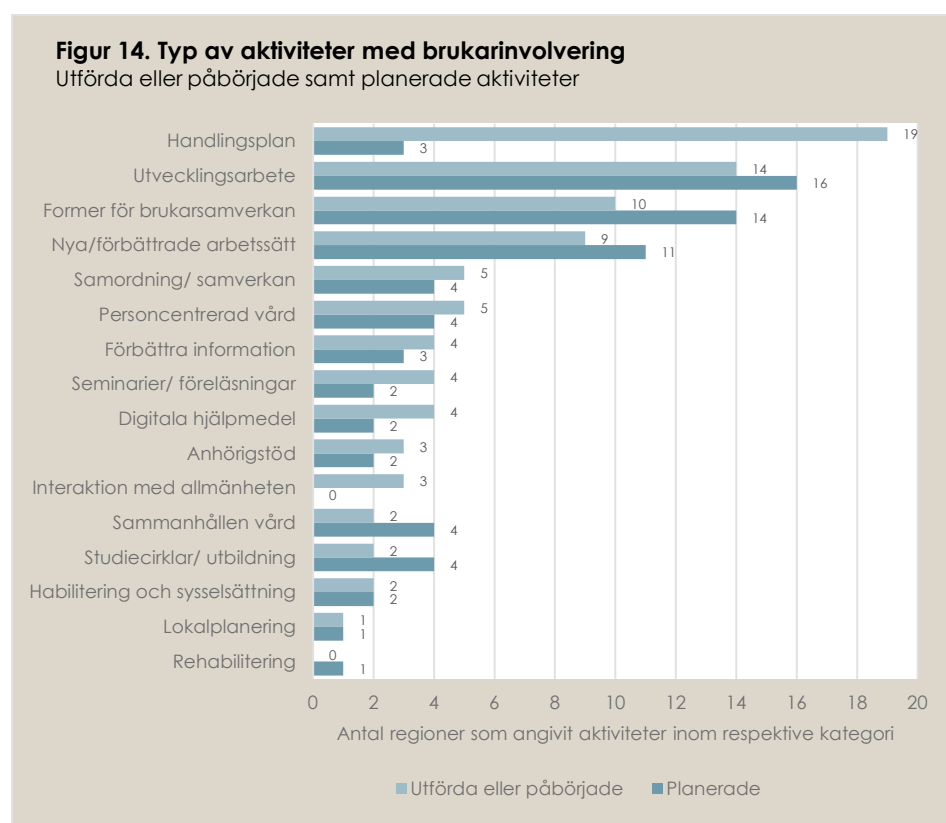
Barn och unga återfinns som brukargrupp hos en tredjedel av regionerna, både bland utförda eller påbörjade och inplanerade aktiviteter. Även äldre förekommer som grupp som involveras i utvecklingsarbeten. Patienter med självskadebeteende är en grupp som, bland hittills utförda satsningar, har beskrivits i sammanhanget brukarinvolvering hos fyra regioner.

Genomförda eller påbörjade aktiviteter med inslag av brukarinvolvering som inkluderar patienter eller brukare med funktionsnedsättning beskrivs av tre regioner. Dessa är bland annat relaterade till insatser kring boende och sysselsättning. Likaså finns planerade aktiviteter hos tre regioner, där personer med visst missbruk är tilltänkta att involveras i utvecklingsarbetet, varav en är inriktad på barn och unga med alkohol- och drogproblem och syftar till att ge likvärdig tillgång till Mariamottagningar i Skåne.

Övriga identifierade grupper av brukare (patienter med omfattande psykiatrisk problematik, inneliggande patienter, personer tillhörande en nationell minoritet, personer som är arbetslösa etc.) involveras – utifrån skrivningarna i handlingsplanerna – endast i enstaka regioner i utvecklingsarbeten. Den enda nationella minoriteten som specifikt nämns är den samiska befolkningen, där Norrbotten planerar ett flertal aktiviteter i samarbete med samiska organisationer för att öka kunskapen kring samers psykosociala hälsa hos personal inom regionen och kommunerna.

Många regioner satsar på att vidareutveckla former för brukarinvolvering

Det finns en stor bredd av aktiviteter som på olika sätt beskriver brukarinvolvering i regionernas eller i de läns-gemensamma handlingsplanerna (se figur 14). Just arbetet med handlingsplanerna, som har tagits fram inom ramen för de aktuella överenskommelserna, är den vanligast förekommande typen av utförd eller påbörjad aktivitet.



De utvecklingsarbeten där kommuner och regioner oftast involverar patienter och brukare eller representanter för dessa berör det som i handlingsplanerna beskrivs som ett mer generellt *utvecklingsarbete*, vilket omfattar allmänt förbättringsarbete eller aktiviteter av ospecificerad karaktär och vidareutveckling av *former för brukarinvolvering*. Några exempel är Blekinge där man håller på att utforma ett samverkansavtal mellan kommuner och NSPH, Dalarna som planerar att rekrytera en inflytandesamordnare och Gotland där man vill vidareutveckla forum och former för brukardelaktighet och dialog på såväl individ- som verksamhetsnivå (till exempel genom e-tjänster). Både Norrbotten och Östergötland uttrycker en specifik målsättning att patienter och brukare ska medverka aktivt på individ-, verksamhets-, och systemnivå inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Västmanland och Stockholm planerar att utföra en kartläggning av behoven gällande brukarmedverkan inom respektive län,

som ska ligga till grund för en plan för fortsatt arbete. Västerbotten har som målsättning att förtydliga brukarmedverkan samt att se över ersättningen och arbetssätt för brukarmedverkan.

Ett stort antal aktiviteter syftar till att med hjälp av patienter eller brukare utveckla helt nya eller förbättra redan existerande vårdprocesser. Det kan exempelvis röra sig om att anställa ett personligt ombud som stöd för patienter och brukare med psykiska funktionsnedsättningar (Hylte kommun, Region Halland), pröva patientstyrd inläggning i psykiatrisk heldygnsvård för en definierad patientgrupp (Region Jönköpings) eller införa så kallad PEER Support (flera regioner, bland annat Region Jönköpings, Region Västernorrland och Region Örebro).

Flera aktiviteter har som målsättning att öka *samordning* eller *samverkan* mellan aktörer. Exempel på detta är Region Gotland där man har som målsättning att med hjälp av patienter och brukare ta fram ett mer integrerat arbetssätt och utveckla ett närmare samarbete mellan de verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som möter unga vuxna med psykisk ohälsa. I Region Örebro har man tagit beslut om att anställa en brukarsamordnare på deltid för att förbättra och förenkla samverkan mellan olika instanser inom psykiatri och brukarorganisationerna. Region Västernorrland satsar på att involvera ett brukarråd när man ska ta fram en läns gemensam riktlinje för hållbar samverkan och samarbete kring olika former av föräldraskapsstöd. Gävleborg planerar att implementera arbetsmetoden Case Management (CM) – en insats som samordnar vården för personer med allvarliga psykiska funktionsnedsättningar för att de ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt, vilket inkluderar en brukarrepresentant i styrgruppen för detta arbete.

Brukarinvolvering beskrivs i fyra regioner som del av utvecklingen av *Personcentrerad vård*. Ett par regioner (Dalarna och Halland) har använt sig av tjänstedesign för att utveckla sina tjänster och processer i partnerskap med de personer som använder deras tjänster och är i behov av dessa användares (brukares) kunskap.

Många regioner arbetar även med att utveckla rutiner kring användandet av Samordnad Individuell Plan (SIP). Flera av dem involverar på olika sätt patienter och brukare i denna process. Till exempel har Gävleborg identifierat och utvärderat lämpliga metoder och verktyg för att undersöka brukarnas uppfattning om kvaliteten på genomförd SIP (SKL:s verktyg, SIP-app samt brukarrevision). Östergötland har som mål under 2019 att ta fram underlag för beslut om en läns gemensam metod för att följa upp användning av SIP. Östergötland planerar att inkludera patienter och brukare i detta arbete.

Att *förbättra information* är en gemensam nämnare bland flera beskrivna projekt: Region Blekinge har för avsikt att förbättra informationsmaterial kring SIP och att genomföra studiecirkelar med detta material för att öka kunskapen om metoden (gemensamt arrangerat av kommuner, socialpsykiatri och brukarsamordnare). Region Norrbotten har funnit att den läns gemensamma strategi som finns för patient- och brukarmedverkan inte är helt känd bland berörda aktörer och kommer att kommunicera den bättre. Webbplatsen Lisa har startats genom ett samarbete mellan Region Örebro

och paraplyorganisationen Möckelnföreningarna för att hjälpa invånarna i Karlskoga och Degerfors kommuner att få information om vilket stöd och hjälp som kommunerna erbjuder inom området psykisk hälsa.

Flera regioner arrangerar *seminarier eller föreläsningar* i samarbete med brukarorganisationer som riktar sig till allmänheten, i syftet att öka medvetenhet och reducera stigma kring psykisk ohälsa. Vissa redovisade seminarier riktar sig dock till andra målgrupper. I Stockholm till exempel planeras ett seminarium i samarbete med brukarorganisationer. Seminariet riktar sig till personal inom både kommunerna och regionen och fokuserar på barn och ungas delaktighet i och upplevelser av vård och omsorg.

Några regioner använder *digitala hjälpmedel* i sitt arbete kring brukarinvolvering. Exempelvis ämnar Gotland undersöka e-tjänster som form eller forum för delaktighet och dialog. Efter en brainstorming tillsammans med ungdomar har ungdomsmottagningen i Östersund (Jämtland Härjedalen) sett över tekniska möjligheter för ungdomar att ställa frågor via deras webbplats och Facebook-sida och har börjat med tidsbokning via webben för att träffa barnmorskor.

Brukarorganisationer i Norrbotten har genomfört en kartläggning av tillgänglig webbinformation på hälso- och sjukvårdens- samt kommunernas webbplatser gällande vård, insatser och rättigheter. Skåne planerar att lansera Återhämningsguiden som app under 2019 – ett verktyg för förbättrad återhämtning och gynnsammare utslussning för patienter inom heldygnsvård.

Övriga kategorier av aktiviteter som har involverat patienter eller brukare (exempelvis *anhörigstöd, interaktion med allmänheten, habilitering och sysselsättning*) förekommer i mindre utsträckning, med undantag för *sammanhållen vård* och *studiecirklar eller utbildningar* som finns beskrivna hos fyra regioner vardera vad gäller planerade aktiviteter (men endast hos två regioner vad gäller utförda eller påbörjade aktiviteter).

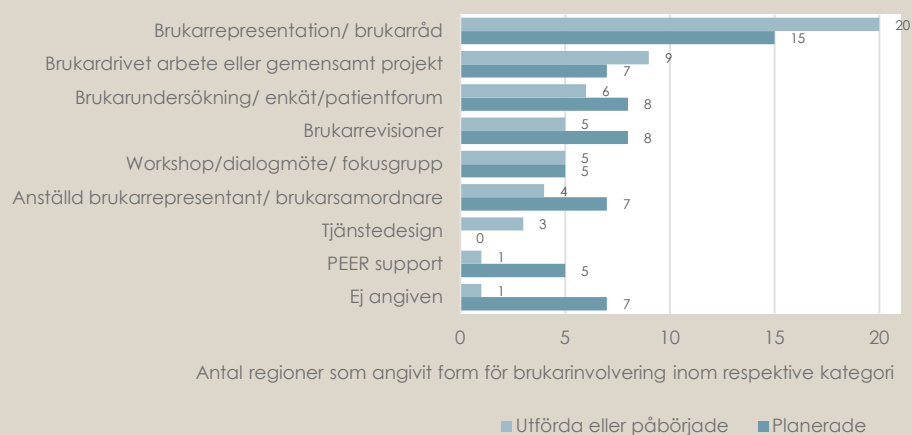
Brukarrepresentation och brukarråd – vanligaste formerna för brukarinvolvering

Brukarinvolvering kan ske på många olika sätt och formen för brukarinvolvering i utvecklingsarbeten kan variera beroende på det specifika syftet med arbetet, karaktären av arbetet, tidsramar eller andra praktiska aspekter.

Den vanligaste formen för brukarinvolvering som beskrivits i handlingsplanerna och annat inlämnat material är *brukarrepresentation* i olika arbets- eller styrgrupper eller *brukarråd* som ges möjlighet att inkomma med synpunkter och förslag på arbetet, exempelvis i utformningen av de handlingsplaner som lämnades in till SKL inom ramen för de aktuella överenskommelserna (se figur 15).

Figur 15. Form av brukarinvolvering

Utförda eller påbörjade samt inplanerade aktiviteter



Den näst vanligaste formen för brukarinvolvering är *brukardrivet arbete eller gemensamt projekt*, som inrymmer projekt som antingen drivs självständigt av brukarorganisationer eller som ett samarbete mellan brukarorganisationer och en eller flera huvudmän. Några exempel är studiecirklar som "Din egen makt" och "Din egen berättelse" som erbjuds av NSPH i Blekinge i syfte att öka engagemanget för brukarinflytande. Ett annat exempel är separata verksamheter såsom Fontänhuset i Falun – en ideell förening som bildats med hjälp av medel från Region Dalarna och Falu kommun för att skapa en kompletterande verksamhet för insatser inom arbetsrehabilitering, daglig sysselsättning och daglig verksamhet. Flera exempel beskriver olika typer av interaktion med allmänheten, såsom i Östergötland där regionen, kommunerna och NSPH tillsammans har uppmärksammat World Mental Health Day genom ett webbsänt seminarium för att minska stigmatisering av personer med psykisk ohälsa.

Ungefär en tredjedel av regionerna redovisar utförda eller planerade aktiviteter där de erhåller återkoppling och inhämtar synpunkter från brukare genom *brukarundersökningar, enkäter, intervjuer eller patientforum*. Denna kategori sträcker sig från relativt "låsta" former av återkoppling (med förutbestämda svarsalternativ) till semi-strukturerade eller ostrukturerade intervjuer eller helt öppna vägar till feedback genom patientforum där patienten har möjlighet att kommentera fritt kring sin vårdupplevelse. De olika varianterna är förknippade med olika fördelar och nackdelar gällande kvalitativ analys.

En annan form för brukarinvolvering som förefaller bli vanligare är *brukarrevisioner* – regioner beskriver fler planerade brukarrevisioner än vad som redan har utförts. En brukarrevision är en kvalitativ granskning av verksamheter som ansvarar för vård, stöd eller service och som utförs av personer med egen erfarenhet av vård inom liknande verksamheter. Till skillnad från traditionella brukarundersökningar finns alltså brukarna med i och leder hela processen – alltifrån att ta fram och ställa frågor till att analysera resultatet. Kalmar, Stockholm, Västmanland och Örebro har som en generell målsättning att arbeta mer med brukarrevisioner, men det finns

även exempel på specifika applikationer av metoden. I Skåne planerar man till exempel att utvärdera kvalitet och brukarnas delaktighet i SIP, och i Södermanland vill man kartlägga kommunal och landstingsdriven missbruksvård med hjälp av brukarrevision.

Att anordna *workshoppar*, *dialogmöten* eller att skapa en *fokusgrupp* är ett ofta förekommande sätt bland regionerna att möjliggöra diskussioner kring specifika ämnesområden, som metod för att främja interaktion mellan olika berörda parter och generera nya idéer.

Tre regioner (Jämtland Härjedalen, Örebro och Skåne) anger att de (eller deras ingående kommuner) har en *brukarsamordnare*, vilket ibland även kallas *inflytandessamordnare* eller *brukarinflytandessamordnare* – förkortat BISAM. Syftet med BISAM är att underlätta för samverkan och dialog mellan patienter eller brukare, anhöriga och vårdgivare. Ytterligare sju regioner (Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Jönköping, Kalmar, Stockholm och Västra Götaland) anger att de planerar att anställa en sådan.

Inom kategorin *anställd brukarrepresentant eller brukarsamordnare* återfinns även personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa som anställts som mentorer eller utbildare till studiecirkel.

Tjänstedesign är en metodik som ökar i användning inom många branscher och har även etablerats inom vården. Ett par regioner har använt sig av SKL:s ”Innovationsguiden”¹⁸ för att utveckla och förbättra verksamheten med hjälp av tjänstedesign. Ett exempel är Region Dalarna med projektet ”Vårdkedja för personer med självskadebeteenden”. Ett annat exempel är Laholms kommun (Halland) med en fortsättning på den länsgemensamma satsningen ”Från individ till familjeperspektiv” för barn och familjer som har haft kontakter med socialtjänsten under en lång tid. Laholm har ytterligare ett tjänstedesignprojekt riktat till äldre personer inom funktionshinderområdet för att bland annat utreda boende- och insatsbehov.

Ytterligare en relativt ny form av brukarinvolvering som bör nämnas är *PEER Support*. Förkortningen PEER står för Personlig Egen Erfaren Resurs, och innebär att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning blir professionellt verksamma inom vården och omsorgen för att stötta patienter eller brukare i deras återhämtningsprocesser. Region Värmland har redan en sådan funktion (”personal med brukarerfarenhet”). Fem regioner (Jönköping, Örebro, Skåne, Västerbotten, Västernorrland) planerar att införa PEER Support i sin verksamhet.

Brukarinvolvering inom prioriterade fokusområden

De aktiviteter med inslag av brukarinvolvering som har identifierats i denna sammanställning har i största möjliga mån placerats in i ett eller flera av de fem fokusområden som av regeringen pekas ut som särskilt viktiga för utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa. Fokusområden är inte

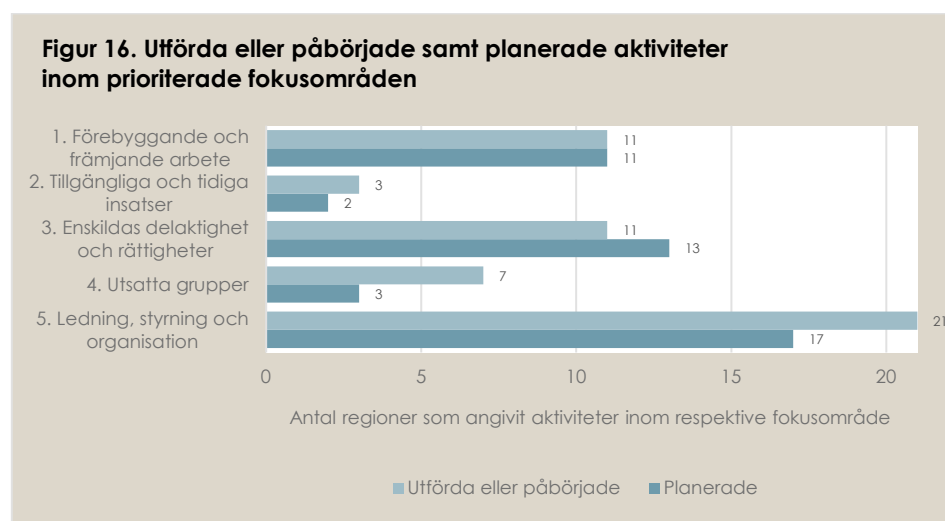
¹⁸ SKL Innovationsguiden:

<https://skl.se/naringslivarbetedigitalisering/forskningochinnovation/innovation/innovationsguiden.10560.html>.

ömsesidigt uteslutande utan överlappar varandra (se figur 16). I många fall har aktiviteter beskrivits under specifika fokusområden i handlingsplanerna, men för många aktiviteter har en bedömning gjorts under analysarbetet. Vissa aktiviteter som saknar uppenbar koppling till ett av dessa fem fokusområden har inte kategoriserats.

Inkludering av brukarorganisationer i arbetet med handlingsplanerna och att brukarrepresentation eller brukarråd är en vanlig form för brukarinvolvering har inneburit att samtliga regioner beskrivit utförda aktiviteter som kan anses falla in under fokusområde 5 (*Ledning, styrning och organisation*).

Ungefär hälften av alla regioner har utfört eller påbörjat aktiviteter som kan relateras till fokusområde 1 (*Förebyggande och främjande arbete*) och fokusområde 3 (*Enskildas delaktighet och rättigheter*). Färre regioner har däremot redovisat arbete som kan anses falla inom fokusområde 2 (*Tillgängliga och tidiga insatser*) eller fokusområde 4 (*Utsatta grupper*). Ett liknande mönster ses för planerade aktiviteter.



NSPH har undersökt de regionala brukarföreningsnätverkens upplevelse av inflytande

NSPH skickar årligen ut en enkät till regionala brukarföreningsnätverk i syfte att undersöka i vilken utsträckning de regionala patient-, brukar och anhörigföreningarna upplever att de har haft inflytande i utvecklingsarbetet som kommuner och regioner bedrivit inom ramen för de aktuella överenskommelserna. I december 2018 svarade 16 regionala föreningsnätverk på enkäten, varav 14 nätverk består av fler än fyra organisationer medan tre består av fler än tio organisationer.

Av de totalt 16 nätverk som har besvarat enkäten rapporterar 25 procent att de har ett fast stöd och 12 procent att de har administrativt stöd från kommuner och regioner för sin medverkan i arbetet som bedrivs inom ramen för de aktuella överenskommelserna. Av de som besvarat enkäten uppger 50

procent att det får reseersättning och 44 procent att de får sammanträdesarvode för sin medverkan. Å andra sidan rapporterar 31 procent av de svarande att de inte har något stöd från kommuner eller regioner.

På frågan hur meningsfull man upplever sin involvering svarar 67 procent som meningsfull eller mycket meningsfull, och 87 procent rapporterar att de har stora eller väldigt stora förhoppningar om bättre inflytande på sikt.

När det gäller det specifika arbete med handlingsplanerna som kommuner och regioner har lämnat in till SKL rapporterar 73 procent att de har blivit inbjudna att delta i arbetet och 20 procent att de delvis blivit inbjudna. Totalt rapporterar 47 procent att de har haft rimliga förutsättningar att delta i detta arbete och 33 procent delvis rimliga förutsättningar.

Hela 93 procent av de svarande uppger att de upplever innehållet i handlingsplanerna vara bra eller väldigt bra och 80 procent att de upplever att deras deltagande i arbetet med handlingsplanerna har varit meningsfullt eller mycket meningsfullt.

År 2018 ställdes fem frågor till kontaktpersonerna för arbetet med överenskommelserna i kommuner och regioner liksom till brukarföreningarna som särskilt handlar om användningen av stimulansmedel för särskild satsning på brukarmedverkan som fördelades via 2018 års överenskommelse. Samtliga svar redovisas i tabell 42.

Tabell 42. Upplevelse av involvering i planering och användning av särskilda stimulansmedel för brukarsamverkan 2018

Brukarföreningarnas, länssamordnarnas och kommunsamordnarnas upplevelse av involvering i beslut om samt i planering och användningen av stimulansmedel för särskild satsning på brukarmedverkan.

	Läns- samordnarna (n = 36) Andel i %	Kommun- samordnarna (n = 116) Andel i %	Föreningsnätverk (n = 16) Andel i %
Kände du till att det hade kommit särskilda pengar till ert län för brukarsamverkan?			
Ja	83	65	80
Delvis	8,5	12	13
Nej	8,5	23	7
Vet du hur man beslutade att använda bidraget i just ditt län?			
Ja	54	27	29
Delvis	26	22	35
Nej	20	51	36
Har du varit inblandad i planeringen för hur pengarna skulle användas?			
Ja	31,5	11*	33
Delvis	31,5	11*	33
Nej	37,0	78*	34
Vet du hur pengarna har använts?			
Ja	49	25**	27
Delvis	33	25**	53
Nej	18	50**	20
Tycker du att pengarna har använts på ett bra sätt i förhållande till syftet som angavs i överenskommelsen?			
Ja	29	23**	27
Delvis	38	15**	20
Nej eller ingen åsikt	33	62**	53

* n = 115.

** n = 114.

Användning av stimulansmedel för särskild satsning på brukarmedverkan

Sammanlagt redovisade regionerna 21 696 235 kronor av de 40 miljoner kronor som fördelades via 2018 års överenskommelse för den särskilda satsningen på brukarmedverkan. Fördelningen av de använda stimulansmedlen redovisas i tabell 43.

Tabell 43. Regionernas redovisning av hur de använt 2018 års stimulansmedel för den särskilda satsningen på brukarmedverkan

Uppgifter redovisade av 21 regioner i SKL:s inmatningsverktyg (belopp i kronor).

Typ av aktivitet	Belopp	Andel i %
Utveckling och förstärkning av brukardelaktighet (inklusive samordning)	11 001 000	50,7
Nya/förbättrade arbetssätt	3 010 000	13,9
Verksamhetsstöd till brukarorganisationer	1 653 734	7,6
Brukarrevision	1 301 000	6,0
Ersättning till brukarorganisationer för specifika uppdrag	900 000	4,1
Kompetensutveckling för personal	830 000	3,8
Brukarrepresentation i möten och grupper	597 000	2,8
Interaktion med allmänheten eller informationsspridning	393 500	1,8
Administrativa kostnader	350 000	1,6
Övriga och ospecificerade kostnader	1 660 001	7,7
Totalt	21 696 235	100,0

Utveckling av brukardelaktighet och samordning av brukarfrågor

Ungefär hälften av de redovisade stimulansmedlen har använts till arbete med fokus på att utveckla eller förstärka brukardelaktighet. I den här kategorin ingår mer eller mindre specificerat utvecklingsarbete, exempelvis genomförande av utvecklingsråd, ospecificerat arbete med att öka inflytandet för brukare och anhöriga samt genomförande av forum för brukarinflytande i ledningsgruppsmöten på länsnivå. Kategorin omfattar också samordning av brukarfrågor, inklusive tjänster såsom brukarkoordinatorer och brukarsamordnare. En tredjedel av utgifterna i denna kategori avser kostnader i samband med samordningsarbete.

Nya eller förbättrade arbetssätt för verksamheterna

Totalt har 13,9 procent av de redovisade medlen använts till arbete med att införa, implementera eller förbättra arbetssätt i de operativa verksamheterna på ett sådant sätt som på något sätt involverar brukare. Ett par exempel på satsningar som ingår i denna kategori är implementering och utbildning i PEER Support och tillskapande av funktionen *stödperson till vårddömda*.

Verksamhetsstöd till brukarorganisationer

Ungefär 1,6 miljoner kronor har under 2018 betalats ut till brukarorganisationer som verksamhetsstöd, vilket motsvarar totalt 7,6 procent av de redovisade medlen för särskild satsning på brukarmedverkan.

Brukarrevisioner

Av de redovisade stimulansmedlen har 6 procent använts till att bekosta genomförandet av olika brukarrevisioner och till att utveckla arbetet med brukarrevisionerna.

Ersättning till brukarorganisationer för specifika uppdrag

Totalt drygt 4 procent av de särskilda stimulansmedlen för brukarmedverkan har använts till att ersätta brukarorganisationerna för arbete med specifika uppdrag, till exempel för att utgöra stöd för samverkansaktiviteter, uppbyggnad av samverkansstruktur samt för att sprida kunskap om psykisk ohälsa.

Kompetensutveckling för personal

Stimulansmedel har också använts till att öka personalens kompetens. Utbildningar har genomförts i anhörigstöd inom vuxenpsykiatri, i PEER Support och i bemötande. Personal har också deltagit i nationella konferenser. Knappt 4 procent av de redovisade stimulansmedlen har använts till personalens kompetensutveckling.

Brukarrepresentanters medverkan i möten och grupper

Totalt 2,8 procent av de totala medlen har använts till att ersätta brukarrepresentanter för medverkan i möten, arbetsgrupper och aktiviteter.

Interaktion med allmänheten eller informationsspridning

En mindre del av medlen, 1,8 procent, har enligt regionernas redovisningar använts till att interagera med allmänheten och sprida information. Man har bland annat arbetat för att minska stigmatisering kring psykisk ohälsa genom att uppmärksamma World Mental Health Day och genom att bjuda in allmänheten till samtal.

Administrativa kostnader

Stimulansmedel för den särskilda satsningen på brukarmedverkan har också använts för att täcka administrativa och overheadkostnader. Totalt har 1,6 procent av de redovisade stimulansmedlen använts för detta.

Övrigt och ospecificerat

I övrigt har 7,7 procent av de redovisade medlen använts för att bekosta aktiviteter som inte passade in i någon av de övriga kategorierna. Exempel på aktiviteter i denna kategori var inriktade på bland annat att öka brukares eller brukarorganisationers kunskaper genom att dessa medverkade i olika utbildningar. I kategorin ingår också ospecificerade utgifter, det vill säga kostnader som i sin beskrivning blandat flera olika typer av aktiviteter så att det inte går att avgöra vilken aktivitet som hör till vilken kostnad.

Särskild satsning på asylsökande och nyanlända

Genom 2018 års överenskommelse fördelades 40 miljoner kronor till regioner för att förbättra tillgången till insatser för att motverka psykisk ohälsa hos barn och unga i gruppen asylsökande och nyanlända och för att stärka arbetet med vård och behandling av traumatiserade asylsökande och nyanlända för både barn och vuxna.

Medlen kunde enligt överenskommelsen användas till insatser som syftar till att stärka kompetensen om traumatiserade i vården och för förbättrad samverkan i vårdkedjan. Enligt 2018 års överenskommelse skulle regionerna redovisa hur de erhållna stimulansmedlen har använts för ändamålet.

Ekonomisk redovisning av stimulansmedel för särskild satsning på asylsökande och nyanlända

Regionerna redovisade tillsammans totalt 26 064 278 kronor av de 40 miljoner kronor som fördelades till denna särskilda satsning. Tabell 44 visar hur de redovisade stimulansmedlen har använts för ändamålet.

Tabell 44. Hur regionerna använt 2018 års stimulansmedel för den särskilda satsningen på asylsökande och nyanlända

Uppgifter redovisade av 21 regioner i SKL:s inmatningsverktyg. Belopp anges i kronor.

Typ av aktivitet	Belopp	Andel i %
Kompetensutveckling för personal	7 768 306	29,8
Information, råd och stöd till asylsökande och nyanlända	5 598 000	21,5
Extra ersättning till vårdgivare som har många patienter som är asylsökande eller nyanlända	5 044 000	19,4
Vård och behandling	4 007 445	15,4
Uppstart av verksamhet	1 300 000	5,0
Övrigt	1 696 526	6,5
Ospecificerade kostnader	650 001	2,5
Totalt	26 064 278	100,0

Kompetensutveckling för personal

Nästan en tredjedel av de redovisade stimulansmedlen har använts till kompetensutveckling för den personal som arbetar med asylsökandes och nyanländas psykiska hälsa. Kompetensutveckling omfattar konferenser, kurser och utbildningar och kan delas in i följande tre undergrupper:

- Vård- och behandlingsrelaterad kompetensutveckling, exempelvis utbildning i psykiatrisk traumavård till målgruppen, samtalskonst och metoderna Prolonged Exposure (PE) och Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR)
- Kompetensutveckling för att förbättra bemötande av eller förståelse för målgruppen samt kring andra teman såsom hedersrelaterat våld eller hbtq-perspektivet
- Ospecificerad kompetensutveckling.

Information, råd och stöd

Drygt 20 procent av de redovisade stimulansmedlen har använts till att ge information, råd och stöd till målgruppen nyanlända och asylsökande. Till största delen omfattas här insatser kopplade till utåtriktat arbete mot asylsökande och nyanlända såsom informationsspridning, hälsoorientering på skolor, genomförande av hälsostödsgrupper samt barn- och föräldragrupper. Resterande del utgörs av insatser som fokuserar på att erbjuda individuellt stöd till nyanlända vuxna samt till vuxna med minderåriga barn, exempelvis i form av enstaka stödsamtal i primärvården.

Ersättning till vårdgivare med många patienter som är asylsökande eller nyanlända

Av de totala redovisade stimulansmedlen för denna särskilda satsning har nästan 20 procent använts till extra ersättning till primärvårdsmottagningar med många patienter som är asylsökande eller nyanlända. Beskrivningar omfattar exempelvis högre kostnader förknippade med att möta med asylsökande och nyanlända ofta tar längre tid än med andra patienter, att tolk ofta måste användas samt att målgruppen i högre utsträckning än andra inte kommer på inbokade besök.

Vård och behandling

Drygt 15 procent av de stimulansmedel som regionerna har redovisat har använts för att bedriva eller utveckla vården med inriktning på den specifika målgruppen. Beskrivningarna omfattar tre typer av aktiviteter:

- Bemanning, till exempel anställning av barnmorska och sjuksköterska i primärvård
- Behandlande insatser, exempelvis utifrån specifika behandlingsmetoder såsom KBT-baserad samtalsbehandling för kvinnor från andra länder och Teaching Recovery Techniques-grupper (TRT-grupper)
- Vårdutveckling.

Uppstart av verksamhet

Medel har också använts till att starta upp en distriktssköterskemottagning på ett asylboende. För detta ändamål användes 1,3 miljoner kronor, vilket motsvarar 5 procent av de redovisade stimulansmedlen.

Övrigt

Totalt har 6,5 procent av de redovisade stimulansmedlen inom denna satsning grupperats som övriga kostnader. Aktiviteterna som beskrivs i denna grupp omfattar samverkan, samordning och administrativa kostnader.

Ospecificerade kostnader

Här räknas kostnader som i sina beskrivningar är för ospecifika för att kunna gruppera. Kostnaderna uppgår till 2,5 procent av de redovisade medlen.

Diskussion

Inom ramen för delrapporterna som Socialstyrelsen publicerade i maj 2017 respektive 2018 samt i denna slutrapport har Socialstyrelsen undersökt:

- hur överenskommelserna mellan staten och SKL om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018 tagits emot i kommuner och regioner
- hur huvudmän tagit sig an arbetet med dessa
- vilka utvecklingsarbeten som bedrivits i kommuner och regioner inom ramen för överenskommelserna
- vilka eventuella förändringar dessa utvecklingsarbeten medfört
- vilken betydelse som överenskommelserna och stimulansmedlen haft för genomförandet av utvecklingsarbetet.

I detta kapitel diskuteras resultatet av Socialstyrelsens uppföljningsarbete.

Kommuner och regioner positiva till förändringar i överenskommelsernas inriktning

Resultatet från de tre intervjuerier som Socialstyrelsen genomförde med representanter från kommuner och regioner på olika befattningsnivåer visar samstämmigt att kommuner och regioner överlag är positiva till överenskommelsernas fokusbreddning från psykisk ohälsa till psykisk hälsa. Detta presenteras både i denna rapport liksom i delrapporten publicerad i maj 2018 [13].

Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020 introducerade en helhetssyn på psykisk hälsa, vars implementering påbörjades i och med 2016 års överenskommelse. Helhetssynen gjorde gällande att psykisk hälsa inte enbart är en fråga för psykiatri och socialtjänsten – utan samspekar med en individs alla livsområden. Därmed berörs hela samhället på olika sätt, både som målgrupp för satsningar och som aktör som ska involveras i arbetet med att förebygga och minska psykisk ohälsa. Denna helhetssyn välkomnas av kommuner och regioner och ses som en positiv förändring i regeringens strategi på området. Breddningen av överenskommelserna, i kombination med tillitsstyrningen som också introducerades i och med 2016 års överenskommelse, gav kommuner och regioner relativt fria händer att själva avgöra hur de skulle ta sig an arbetet med psykisk hälsa. De kunde själva definiera vad som var viktigast att arbeta med inom området psykisk hälsa samt utarbeta strategier för hur de på bästa sätt ska möta de utvecklingsbehov som de identifierat inom området.

Av de genomförda intervjuerna framgår att detta handlingsutrymme för kommuner och regioner medförde större medvetenhet om problematiken

kring psykisk hälsa och ohälsa, samt ökade möjligheterna att själva prioritera de utvecklingsbehov som de bedömde var viktigast. Intervjuerna visar vidare att detta handlingsutrymme samtidigt ökade arbetsglädjen.

Kritiska röster uttryckte dock att de breddade överenskommelserna inneburit att kommuner och regioner samtidigt ska arbeta med alla, i strategin utpekade områden – vilket ekonomin inte möjliggör. Detta innebär ibland i sin tur svårigheter och konflikter i prioriteringar mellan olika perspektiv och målgrupper.

Otydlighet i överenskommelsernas rammar och grundläggande mål

Trots den överlag positiva inställningen till såväl breddningen av överenskommelserna inom området psykisk hälsa som tillsynsstyrningen visade intervjuerna att den nya strategin inneburit en snabb vändning i arbetet inom området psykisk hälsa för kommuner och regioner. Den snabba vändningen medförde otydligheter i den avsedda inriktningen för det fortsatta arbetet, vilket framgår av intervjuer publicerade i såväl delrapporten 2018 [13] som i denna rapport. I sin tur medförde detta att det tog lång tid för kommuner och regioner att förstå regeringens och SKL:s mål för de aktuella överenskommelserna liksom förväntningar för hur arbetet med dessa ska bedrivas. Intervjudeltagarna upplevde att det inte heller var tydligt för regeringen och SKL hur de aktuella överenskommelserna skulle operationaliseras i praktiken. Processen för arbetet med överenskommelserna lokalt och regionalt försvårades ytterligare av att SKL under arbetets gång ofta ändrade instruktioner och krav exempelvis gällande innehåll i handlingsplaner och obligatoriska redovisningar. Detta innebar i sin tur att kommuner och regioner vid upprepade tillfällen behövde korrigera riktningen för sitt arbete inom området. Många upplevde dock att de – efter en relativt lång startsträcka – ändå hittade former för arbetet med överenskommelserna som de kände sig nöjda med.

Socialstyrelsens bedömning är att den statliga styrningens inriktning skulle kunna tydliggöras genom att regeringen och SKL presenterar vilka konkreta förändringar som de ämnar uppnå med de aktuella överenskommelserna. Myndigheten menar att detta inte behöver stå i motsättning till tillsynsstyrning, utan att tydliggörandet snarare skulle ange ramarna inom vilka kommuner och regioner fortfarande har frihet att bedriva utvecklingsarbetet utifrån lokala och regionala behov.

Vanligast med satsningar på kompetensutveckling, tillgänglighet och verksamhetsutveckling

Sammanställningen och beskrivningarna av de utvecklingsarbeten som kommuner och regioner har genomfört inom ramen för de aktuella

överenskommelserna visar att kommunerna till största del genomfört satsningar i syfte att:

- öka personalens kompetens kring psykisk hälsa, specifika behandlings- och arbetsmetoder samt förhållningssätt
- införa nya behandlingsmetoder och arbetssätt
- öka samverkan inom ramen för såväl strategiskt som brukarfokuserat arbete både inom och mellan huvudmän samt mellan huvudmän och andra aktörer
- öka tillgänglighet till vård och omsorg genom information, tidiga insatser, bemanning liksom genom uppstart av nya eller utveckling av redan befintliga funktioner och verksamheter.

Regionernas genomförda satsningar liknar till stor del de som genomförts i kommunerna med skillnaden att satsningar på vidareutveckling av verksamheter är mer framträdande. Dessutom har en något mindre andel av utvecklingsarbeten i regionerna involverat kompetenshöjande insatser för personal jämfört i kommunerna, utifrån den information som kommuner och regioner valt att inkludera i såväl Socialstyrelsens uppföljningsenkät som i handlingsplaner.

Sammanställningar för de särskilda satsningarna på primärvård, barn och unga samt på ungdomsmottagningar visar att regionerna inom ramen för dessa satsningar huvudsakligen har fokuserat på att öka tillgängligheten till stöd, vård och behandling för barn, unga och vuxna med fokus på psykisk hälsa. Tillvägagångssätten för att öka tillgängligheten inkluderar att öka kompetens hos befintlig personal vad gäller att möta, bedöma, identifiera och erbjuda insatser till patienter med psykisk ohälsa, att anställa ny personal med specifik kompetens att bedöma och behandla dessa patienter, att implementera nya behandlings- och arbetsmetoder samt att förbättra, utveckla och effektivisera arbetssätt, vårdflöden och verksamheter.

Utvecklingsarbeten som kommuner och regioner bedrivit inom ramen för de aktuella överenskommelserna har många gånger utgått från nationella riktlinjer och rekommendationer. Metoder som kommuner och regioner har satsat på domineras av sådana som i vetenskapliga studier visat på goda resultat [13].

Samstämmiga beskrivningar av förändringar som satsningarna medfört

Förändringar som kommuner och regioner i enkäten beskriver att deras satsningar har medfört för operativa verksamheter handlar sammantaget om ökad kunskap eller kompetens hos personalen, förändrat arbetssätt, ökad eller förbättrad samverkan, ökad tillgänglighet till stöd, vård och omsorg, förbättrat förhållningssätt till brukare och patienter, bättre kvalitet i arbetet med brukare och patienter samt ökat engagemang eller uppmärksamhet bland personalen gällande psykisk hälsa.

Även beskrivningar av förändringar som utvecklingsarbeten har medfört för patienter och brukare återspeglar att patienter och brukare i dag kan möta

en bättre och mer tillgänglig vård och omsorg. I sammanhanget är det dock viktigt att poängtera att dessa beskrivningar huvudsakligen bygger på kommunernas och regionernas uppfattningar om förändringar och förbättringar för patienter och brukare. Utifrån satsningens utformning har Socialstyrelsen dock inte haft möjlighet att tillfråga de patienter och brukare som berörts, berörs eller kan komma att beröras huruvida de upplever skillnader i vård, omsorg eller samhället i stort till följd av utvecklingsarbetet inom ramen för överenskommelserna. Endast i enstaka fall framgår att kommuner och regioner inom ramen för beskrivningarna av förändringar för brukare och patienter inhämtat erfarenheter och upplevelser från dessa grupper.

Brukardelaktighet och brukarrepresentation

Generellt har Socialstyrelsen, utifrån de datakällor som har använts för uppföljningsarbetet inte kunnat analysera eller beskriva brukarmedverkan. Brukardelaktighet förutsätter att genomförda aktiviteter som involverat patienter, brukare, anhöriga eller representanter för dessa känns meningsfulla och bidrar till faktiskt nytta för såväl brukare som verksamheter. Det nationellt sett mest förekommande formen för brukarinvolvering, ”brukarrepresentation eller brukarråd”, kan i praktiken se olika ut. Det har inte varit möjligt att inom ramen för Socialstyrelsens uppföljningsarbete undersöka graden av reell brukardelaktighet, liksom faktisk nytta för brukare, i de beskrivna aktiviteter som involverat brukare eller representanter för dessa.

En observation från uppföljningen av den särskilda satsningen på brukarmedverkan är dessutom att få beskrivna aktiviteter med inslag av brukarinvolvering involverar de utsatta grupper som lyfts fram i regeringens strategi inom området psykisk hälsa. Grupper som lyfts fram i regeringens strategi, förekommer sällan eller inte alls i de beskrivna aktiviteterna. Personer med någon form av missbruksrelaterad sjukdom, personer med funktionsnedsättning, personer tillhörande någon nationell minoritet och hbtq-personer förekommer endast i något eller några få fall representerade i aktiviteter som berör brukarmedverkan. Övriga utsatta grupper som lyfts fram i regeringens strategi, såsom nyanlända, personer som vårdas inom kriminalvård eller rättspsykiatri samt särskilt utsatta barn, verkar i stort sett vara orepresenterade.

Arbetet inom ramen för de aktuella överenskommelserna är svårt att följa upp och utvärdera

Utformningen av regeringens strategi inom området psykisk hälsa liksom av den statliga satsningen som resulterade i de tre årliga överenskommelserna under perioden 2016–2018 har inneburit betydande svårigheter att följa upp och utvärdera det genomförda arbetet.

Både regeringens strategi och de aktuella överenskommelserna saknar konkreta målformuleringar för vad regeringen och SKL önskar åstadkomma

under perioden 2016–2018 samt specifika planer för hur detta ska operationaliseras. Detta – gör det svårt att följa upp och utvärdera utvecklingsarbeten i förhållande till regeringens målsättningar.

Den breda ansatsen i överenskommelserna innebär att ”allt” – på ett eller annat sätt – kan motiveras ha betydelse för befolkningens psykiska hälsa. Den breda ansatsen, implementerad i en kontext med avsaknad av nationella mål men med krav på lokala mål, har resulterat i följande:

- stora lokala och regionala variationer gällande fokus, prioriteringar och strategier för arbetet inom ramen för de aktuella överenskommelserna
- hundratals lokala och regionala mål (specificerade i lokala, regionala och läns gemensamma handlingsplaner) med stor variation i hur och på vilken nivå dessa har formulerats
- stora variationer i uppföljningen av handlingsplaner och i redovisningarna av uppnådda resultat.

Mångfalden medför svårigheter att avgränsa och följa upp det som konkret har gjorts inom ramen för den specifika statliga satsningen som står i fokus för denna rapport. Dessutom medför avsaknaden av möjligheten att på ett kontrollerat sätt följa stimulansmedel ytterligare svårigheter att identifiera de förändringar och resultat som har direkt koppling till de stimulansmedel som fördelats via dessa överenskommelser.

Kommunernas och regionernas redovisningar av genomfört utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa – liksom förändringar som dessa har medfört – har många gånger varit vaga, otydliga och ospecifika både i handlingsplanerna, i Socialstyrelsens uppföljningsenkät och i kommunernas och regionernas ekonomiska redovisningar.

Socialstyrelsens bedömning är ändå att de samstämmiga resultaten från analysen av de tre datakällorna tillsammans ger en relativt tydlig bild av aktiviteter som kommuner och regioner antingen genomfört som direkt följd av överenskommelserna eller som, åtminstone till viss del, kan knytas till desamma.

Socialstyrelsens bedömning är dock att de tre datakällorna inte ger en tydlig bild vad gäller de resultat, förändringar eller effekter som uppnåtts till följd av genomförda aktiviteter. Beskrivna förändringar är många gånger ospecifika eller resonerande. För att minimera risken att missa faktiska förändringar som satsningarna har medfört, har myndigheten i oklara fall valt att inkludera även sådana beskrivningar som har varit svåra att bedöma huruvida de utgjort faktiska resultat – eller resonemang om viktiga, rimliga eller förväntade resultat. Resultatet gällande de förändringar som pågående eller genomfört arbete har medfört, som presenteras i denna rapport, bör därför tolkas med försiktighet.

De ovan beskrivna svårigheterna gör att det inte går att diskutera resultaten från denna uppföljning i förhållande till konkreta nationella mål. Det är inte heller möjligt eller meningsfullt att, utifrån ett nationellt perspektiv, diskutera resultaten i förhållande till de varierande lokala och regionala mål som specificerats i handlingsplanerna.

Socialstyrelsen kommer därför i följande avsnitt diskutera de resultat som presenterats i denna rapport, liksom i delrapporter som myndigheten

publicerade i maj 2017 respektive 2018, i förhållande till det övergripande respektive specifika syftet med den statliga satsningen samt i förhållande till det övergripande målet som presenterades i 2016 års överenskommelse. Detta eftersom denna överenskommelse utgjorde starten för den nya inriktningen för den statliga satsningen inom området psykisk hälsa. Myndigheten kommer även att diskutera resultatet utifrån Socialstyrelsens kvalitetskriterier för god vård och omsorg.

Förutsättningar att nå det övergripande syftet med överenskommelserna har förbättrats

Det övergripande syftet med 2016 års överenskommelse var att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet och att förebygga och motverka psykisk ohälsa.

De aktiviteter som kommuner och regioner beskriver att de har påbörjat eller genomfört inom området psykisk hälsa under perioden 2016–2018, liksom de förändringar huvudmännen beskriver att dessa utvecklingsarbeten har medfört, indikerar att relativt många satsningar genomförts för att öka tillgänglighet till vård och omsorg. Kommunerna och regionerna beskriver även att tillgängligheten, åtminstone i viss mån, har förbättrats.

Utvecklingsarbetena syftar till att på olika sätt och utifrån olika aspekter förbättra vård och omsorg. Förändringarna som kommuner och regioner beskriver antyder likaså att det har skett en förbättring både lokalt och regionalt. De utvecklingsarbeten som de aktuella överenskommelserna har möjliggjort skapar utifrån flera aspekter bättre förutsättningar för god vård och omsorg utifrån flera av Socialstyrelsens kvalitetskriterier. Enligt Socialstyrelsens kvalitetskriterier är god vård och omsorg:

- **Kunskapsbaserad** – baserad på bästa tillgängliga kunskap och bygger på både vetenskap och beprövad erfarenhet
- **Säker** – riskförebyggande verksamhet förhindrar skador och verksamheten präglas av rättssäkerhet.
- **Individanpassad** – ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet samt att individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- **Effektiv** – utnyttjar tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.
- **Jämlik** – tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.
- **Tillgänglig** – är tillgänglig och ges i rimlig tid, ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hon eller han har behov av.

Utifrån beskrivningarna av förändringar i kommuner och regioner till följd av genomförda utvecklingsarbeten bedömer Socialstyrelsen att förutsättningarna för vård och omsorg av god kvalitet har stärkts. Vidare har, utifrån huvudmännens perspektiv, kvaliteten på vård och omsorg i viss mån och på vissa håll förbättrats.

Lokala och regionala utvecklingsarbeten med fokus på kompetenshöjande insatser för befintlig personal, anställning av personal med specifik kompetens eller för särskilda arbetsuppgifter samt införande av nya arbetsmetoder och arbetssätt torde stärka kommuners och regioners förutsättningar att erbjuda kunskapsbaserad vård och omsorg.

Lokala och regionala satsningar på samverkan torde likaså stärka kommuners och regioners förutsättningar att erbjuda säker och effektiv vård och omsorg. Dessa satsningar inkluderar utvecklingsarbeten såväl på strategisk som patient- eller brukarnivå, exempelvis tecknande av lokala överenskommelser vad gäller ansvarsfördelning och skyldigheter för respektive huvudman, utveckling av vård- och stödsamordning, kompetensutveckling bland personal, ökad bemanning, framtagande av rutiner och riktlinjer, förbättrade och effektiviserade arbetssätt och vårdflöden samt förkortade köer till utredning och behandling.

Förutsättningar för säker vård och omsorg torde stärkas av framtagande av checklistor och lokala handlingsplaner, medan förutsättningar för effektiv vård och omsorg torde stärkas av nya och utvidgade eller vidareutvecklade verksamheter, integrerade verksamheter eller team, mobila team, samt digitala lösningar för bedömning och behandling.

Utvecklingsarbeten med fokus på att tidigt identifiera individer med psykisk ohälsa och erbjuda tidiga insatser, inklusive satsningar på första linjen för psykisk ohälsa, representerar också möjligheter att stärka lokala och regionala förutsättningar för effektiv vård.

Utvecklingsarbeten med inriktning mot metoder och arbetssätt som syftar till att utgå från brukares eller patienters individuella behov och att göra brukare och patienter mer delaktiga i planering och genomförande av den egna vården och omsorgen torde stärka förutsättningar för en individanpassad vård och omsorg.

Framtagna behovsanalyser samt genomförda brukarenkäter, brukarintervjuer, kartläggningar och brukarrevisioner utgör således exempel på utvecklingsarbeten som torde gynna utvecklingen av en mer individanpassad vård och omsorg. Detsamma gäller andra former av brukarinvolvering på strategisk respektive operativ nivå.

Huvuddelen av ovan beskrivna utvecklingsarbeten stärker förutsättningar att skapa en vård och omsorg med god tillgänglighet. Många pågående eller genomförda satsningar fokuserar specifikt på tillgänglighet. Särskilt det arbete som genomförts inom ramen för de särskilda satsningarna på primärvård, barn och unga, ungdomsmottagningar och asylsökande har syftat till att öka tillgängligheten till vård och omsorg såväl generellt som för vissa specifika målgrupper. Huruvida och i vilken utsträckning beskrivna förändringar också är i linje med brukares och patienters erfarenheter, samt huruvida och i vilken utsträckning beskrivna förändringar de facto stärker lokal och regional tillgänglighet till vård och omsorg av god kvalitet, har Socialstyrelsen inte kunnat fastställa via denna uppföljning.

Förutsättningar att nå det specifika syftet med överenskommelserna har delvis förbättrats

Det specifika syftet med 2016 års överenskommelse var att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete på området psykisk hälsa med ett gemensamt ansvarstagande från berörda aktörer. Varken regeringens strategi inom området psykisk hälsa eller de aktuella överenskommelserna beskriver dock vilka förutsättningar som behöver skapas för att bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete där olika aktörer tar ett gemensamt ansvar.

Socialstyrelsens intervjuer med representanter för huvudmän på olika befattningsnivåer identifierar tre viktiga byggstenar vad gäller förutsättningar för ett långsiktigt arbete inom området psykisk hälsa: samverkan, långsiktighet och tid.

Stärkt samverkan mellan kommuner och regioner – ett resultat av överenskommelserna

Faktorer som enligt de genomförda intervjuerna underlättar samverkan inkluderar tydlighet i överenskommelsernas ramar och villkor liksom nationell samordning av alla satsningar som berör psykisk hälsa. I intervjuer med representanter för huvudmän framkommer dock att överenskommelsernas mål och ramar inte är tydliga och att olika satsningar som på olika sätt berör psykisk hälsa inte är samordnade från nationellt håll. Detta innebär att satsningar inom ramen för mångfalden av nationella överenskommelser inte alltid kan samordnas på lokal och regional nivå. Parallella satsningar leder dessutom till onödiga administrativa kostnader.

Ytterligare viktiga förutsättningar som intervjudeltagarna identifierade är tydliga strukturer som stödjer samverkansprocesser samt länsövergripande mottagarorganisationer för de aktuella överenskommelserna. Dessutom är förankringsarbete nödvändigt för att såväl initiera som underhålla samverkansprocesser och gemensamma riktningar i länens arbete inom området psykisk hälsa. Sammantaget är dessa förutsättningar enligt intervjudeltagarna ofta bristande. Samtidigt saknas många gånger tid att förankra samverkansprocesser.

Trots att flera viktiga förutsättningar för samverkan inte kunnat skapas visar inlämnade handlingsplaner, Socialstyrelsens uppföljningsenkät och genomförda intervjuer att samverkan i många län har stärkts och varit en viktig del i utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa. Många intervjudeltagare menar att den stärkta samverkan är ett direkt resultat av överenskommelsernas inriktning på det länsgemensamma utvecklingsarbetet.

Flera mindre kommuner lyfter i intervjuerna att samarbetet med större kommuner eller regionen har varit värdefull draghjälp i arbetet inom området psykisk hälsa, vilket har möjliggjort satsningar som de inte hade kunnat genomföra på egen hand.

På flera håll har nya samverkansstrukturer byggts upp och redan existerande strukturer utvecklats eller breddats för att inkludera nya aktörer. Detta gäller både samverkan på övergripande strategisk nivå (såsom styrgrupper, ledningsgrupper och arbetsgrupper) och samverkan inom ramen för vård, stöd och behandling för enskilda patienter eller brukare (såsom integrerade mottagningar eller team och övrig vård- och stödsamordning).

Kortsiktiga statliga satsningar hinder för långsiktigt utvecklingsarbete

Utifrån intervjuer med representanter för huvudmän identifierade Socialstyrelsen att faktorer som bidrar till långsiktighet i utvecklingsarbetet i mångt och mycket handlar om kontinuitet, exempelvis vad gäller överenskommelsernas inriktning samt villkor och tidsramar för finansiering. Intervjudeltagarna betonade enhetligt att långsiktighet är en absolut nödvändig förutsättning för ett hållbart och effektivt utvecklingsarbete.

En aspekt i detta är att inriktningen i överenskommelser och villkor som specificeras behöver vara så likartade som möjligt från år till år. Enligt de intervjuer som Socialstyrelsen har genomfört behöver besked om eventuella förändringar i omfattning och villkor för nästkommande års överenskommelser komma i god tid innan budgetar i kommuner och regioner beslutas. Att få besked strax innan årsskiftet påverkar:

- vilken typ av satsningar som genomförs,
- i vilken utsträckning arbetet som ska bedrivas inom ramen för överenskommelserna kan integreras i den övergripande strategiska planeringen i kommuner och regioner, samt
- i vilken utsträckning personal kan rekryteras och anställas för att bedriva samordningsarbetet.

Många nya redovisningskrav hinder för långsiktigt utvecklingsarbete

I 2016 års överenskommelse uttryckte regeringen och SKL att målsättningen var att 2016 års överenskommelse skulle följas av överenskommelser 2017 och 2018 med likartade inriktningar. I 2017 års överenskommelse justerades dock inriktningen på ett sätt som krävde en uppdelning av behovsanalys och handlingsplan mellan barn och unga respektive vuxna. Dessutom ställdes krav i 2017 års överenskommelse att analysen för barn och unga skulle utgå ifrån 58 nyckelindikatorer, vilka introducerades med kort varsel.

Trots likartad övergripande inriktning i 2017 års överenskommelse, jämfört med 2016, innebär justeringarna att mycket tid gick åt för att göra nya och revidera redan framtagna behovsanalys och handlingsplaner för att uppfylla redovisningskraven. Många intervjudeltagare upplevde att detta lämnade lite eller ingen tid att omsätta redan framtagna handlingsplaner i praktisk handling och uttryckte en förhoppning att nästkommande överenskommelse inte skulle innebära några förändrade inriktningar eller nya redovisningskrav.

I 2018 års överenskommelse fortsatte spåret med det sedan 2016 initierade, relativt fria, utvecklingsarbetet utifrån länens handlingsplaner. Parallellt med detta spår introducerade satsningen 2018 dock fyra nya särskilda satsningar (primärvård, barn och unga, brukarmedverkan samt asylsökande och nyanlända) vilka krävde nya, omfattande och detaljerade analyser och redovisningar.

Socialstyrelsen har inte undersökt närmare hur mycket tid detta arbete har tagit i anspråk samt i vilken utsträckning det har påverkat omsättandet av redan befintliga handlingsplaner i operativt arbete. Myndigheten ser dock att många regioner inte alls eller i varierande omfattning har inkommit med de efterfrågade särskilda redovisningarna.

Förutsättningarna att hantera de från nationellt håll korta tidsramarna i samband med introduktionen av nya villkor skiljer sig åt mellan olika kommuner och olika regioner. Detta är en anledning till att det föreligger stora skillnader i hur långt implementeringen av handlingsplaner har kommit, vilket också illustreras tydligt i de fördjupande intervjuer som genomfördes i tre kommuner med olika förutsättningar. Denna omständighet i sig väcker också tvivel huruvida överenskommelserna bidrar till jämlika insatser mellan geografiska områden.

Det är därför viktigt att från nationellt håll anpassa styrningen till det långsiktiga perspektivet – så att tidsramar, resurser och utrymme långsiktigt ges för att möjliggöra ett hållbart strategiskt arbete på området, som också kan omsättas i praktiken.

Det övergripande målet med överenskommelserna har inte uppfyllts

Överenskommelsen som regeringen 2016 ingick med SKL byggde på ett gemensamt mål: att befolkningen ska erbjudas behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, vad gäller såväl förebyggande och främjande insatser som medicinsk behandling och sociala insatser. Dessa insatser ska vara jämlika, jämställda och tillgängliga. Socialstyrelsens bedömning är att detta mål inte har uppfyllts under tidsperioden 2016–2018.

Väntetider som presenteras i denna rapport visar att många regioner inte når de nationella målsättningarna gällande tillgänglighet till första linjen respektive specialiserad vård för barn och unga. Dessutom framkommer i resultatet att tillgänglighet till vård och behandling varierar mellan olika regioner, vilket medför att tillgängligheten inte kan bedömas vara jämlik över landet. Regionerna beskriver i sina handlingsplaner och sammanställningar att de regionala och lokala behoven av vård för psykisk ohälsa ständigt ökar. Trots vissa förbättringar, kan de ofta inte möta befolkningens behov inom området.

Det är inte överraskande att det övergripande målet för överenskommelsen 2016 inte har uppfyllts under de tre år som satsningen har pågått. Socialstyrelsen ser inte det övergripande målet som rimligt att uppnå inom en så snäv tidsram. Det övergripande målet utgör snarare en vision som kommuner, regioner och staten alltid ska sträva efter. Detta

belyser vikten av att kommande satsningar skapas med ett långsiktigt perspektiv och med realistiska målsättningar och tidsramar – för hållbar operationalisering och måluppfyllelse.

Genus- och jämlikhetsperspektiv inom ramen för kommuners och regioners utvecklingsarbete

Huruvida kommuner och regioner avser att arbeta aktivt med jämställdhet i relation till psykisk hälsa framgår inte i någon större utsträckning. Vissa handlingsplaner har under perioden 2016 – 2018 presenterat ett genusperspektiv, men när ett sådant förekommer är det främst i behovsanalyser. Besöksstatistik för barn och unga visar också att flickor oftare besöker olika mottagningar för psykisk ohälsa, vilket kan tolkas antingen som att flickor i högre omfattning har psykisk ohälsa och/eller som att pojkar inte söker vård för sin psykiska ohälsa i samma omfattning. Med några undantag, lyser dock jämställdhetsaspekten med sin frånvaro när det gäller planerade, pågående eller genomförda utvecklingsarbeten.

Överenskommelsernas utformning kan öka risken för ojämlik vård och omsorg

Socialstyrelsens övergripande bedömning är att överenskommelserna inte bidrar till ökad jämlikhet i vård och omsorg och att överenskommelsernas utformning dessutom potentiellt ökar risken för ökade ojämlikheter i vård och omsorg mellan kommuner och mellan regioner. Denna bedömning har sin grund i flera omständigheter, vilka beskrivs och diskuteras i kommande avsnitt.

Lokala kontexter avgör inriktningen för arbetet inom området psykisk hälsa

Enligt Riksrevisionen används vid behov överenskommelser av staten som ett icke-tvingande medel för att styra hälso- och sjukvården och omsorgen i en önskad riktning [8]. Regeringens nuvarande strategi inom området psykisk hälsa innebär att staten inte utnyttjar möjligheten att styra mot särskilt prioriterade områden.

Resultatet av Socialstyrelsens uppföljningsarbete visar att den breda ansatsen – tillsammans med otydliga mål och förväntningar från nationellt håll och hög grad av frihet att utforma det lokala arbetet – sammantaget skapade ett stort utrymme för varierande prioriteringar och initiativ.

I intervjuer med representanter för kommuner och regioner framgår att det finns en variation i tillämpningen huruvida kommuner och regioner väljer en bredare eller snävare tillämpning av överenskommelserna. Dessutom tillämpar huvudmännen olika strategier i de lokala och regionala implementeringarna. Det genomförda arbetet har en stark lokal prägel. På nationell nivå innebär detta tydliga skillnader i vilka målgrupper som prioriteras på lokal nivå samt i vilken utsträckning utvecklingsarbeten integreras i ordinarie verksamheter.

Skillnader i lokala och regionala val grundar sig inte nödvändigtvis på skillnader i behov, utan bestäms även av skillnader i faktorer såsom enskilda

engagerade aktörer, lokal kompetens och erfarenhet av implementeringsarbete, tidigare inriktning på arbete inom området, interna ekonomiska förutsättningar och tillgång till externa ekonomiska medel samt befintliga lokala samverkansstrukturer. Socialstyrelsen ser en risk att redan existerande skillnader mellan kommuner och regioner förstärks.

Bilden kompliceras dock av att den ökade friheten på lokal nivå enligt intervjudeltagarna har bidragit till ökat ansvar, lärande, arbetsglädje och samverkan samt att ledningen på lokal och regional nivå har lagt mycket arbete på att genomföra den tämligen komplexa omställningen från ett fokus på psykisk ohälsa, med grund i huvudsakligen psykiatri och socialtjänst, till psykisk hälsa – med grund i hela samhället.

Ersättningsmodellen tar inte hänsyn till skilda förutsättningar i kommuner och regioner

I flera intervjuer lyftes frågan om fördelning av stimulansmedel inom ramen för de aktuella överenskommelserna utifrån befolkningsunderlaget. Trots att överenskommelserna lyfter fram att behov och svårigheter liksom förutsättningar att bedriva utvecklingsarbete skiljer sig mellan olika kommuner och mellan olika regioner, beaktas inte dessa skillnader vid fördelning av stimulansmedel. Skillnader mellan kommuner och mellan regioner kan exempelvis röra befolkningens demografiska sammansättning, andel mottagna asylsökande och nyanlända, omfattning av psykisk ohälsa eller utsatthet i befolkningen, ekonomiska förutsättningar och möjligheter till skatteintäkter, geografiska avstånd, tillgänglighet till vård och omsorg och möjlighet att rekrytera personal. Vidare finns vissa grundkostnader för kommuner och regioner – oavsett hur litet eller stort antalet invånare är. Flera intervjudeltagare beskriver den nuvarande fördelningsprocessen utifrån enbart befolkningsunderlag som orättvis, med påtaglig risk att ytterligare öka ojämlikheterna mellan kommuner och mellan regioner. Vikten av att, vid fördelningen av stimulansmedel, ta hänsyn till kommunala och regionala skillnader i förutsättningar lyfte Socialstyrelsen även fram i utvärderingen av stimulansmedel för kömiljarden [14].

Samfinansierade satsningar bedöms som mer troliga att fortsätta oberoende av nya stimulansmedel

De fördjupningsintervjuer som Socialstyrelsen har genomfört i tre kommuner med personer som varit involverade i de kommunala implementeringsprocesserna visar att strategierna för att ta sig an arbetet med överenskommelserna varierar. En strategi är att integrera arbetet med överenskommelserna i redan befintliga verksamheter. En annan strategi är att skapa temporära projektanställningar inom de egna organisationerna men vid sidan av de ordinarie verksamheterna. En tredje strategi är att använda stimulansmedel till att prioritera redan initierade projekt och på så sätt låta dem leva vidare.

Resultatet av Socialstyrelsen uppföljningsenkät visar att formen för finansiering av utvecklingsarbeten varierar och att formen för finansiering kan vara viktig för arbetets långsiktiga fortsättning. De som fyllde i enkäterna bedömde i högre utsträckning det som mer troligt att utvecklingsarbeten som finansierades av stimulansmedel från

överenskommelserna tillsammans med medel från kommunernas och regionernas egen budget skulle komma att fortsätta, oberoende av inriktningen på eventuella nya överenskommelser eller stimulansmedel, jämfört med utvecklingsarbeten som finansierades enbart via stimulansmedel.

Det torde dock förekomma lokala eller regionala skillnader i förutsättningar att använda medel från den kommunala eller regionala budgeten i kombination med stimulansmedel. Utifrån resultatet att utvecklingsarbeten som samfinansieras med egna medel är mer troliga att fortsätta att bedrivas, oberoende av framtida stimulansmedel, ser Socialstyrelsen en risk att resursstarka kommuner och regioner kan stärka och utveckla sitt arbete inom området psykisk hälsa på ett mer långsiktigt sätt jämfört med kommuner och regioner med ekonomiska utmaningar.

Samtidigt som detta kan innebära en potentiell risk för att klyftorna mellan kommuner och mellan regioner ökar poängterar både intervjudeltagarna och de som har besvarat Socialstyrelsens uppföljningsenkät att stimulansmedel är viktiga och på vissa håll till och med nödvändiga för arbetet på området psykisk hälsa.

Inför fortsatt uppföljning av statliga satsningar inom området psykisk hälsa

Resultat från uppföljningen av de aktuella överenskommelserna inom området psykisk hälsa visar att de statliga stimulansmedlen har möjliggjort utvecklingsarbete som annars inte alls, eller inte i samma omfattning, hade genomförts i kommuner och regioner under samma tidsperiod. I uppföljningsunderlaget betonas dock att fortsatta stimulansmedel är viktiga – och på vissa håll avgörande – för att utvecklingsarbetet inom området ska fortsätta.

Om ambitionen är att de statliga satsningarna på psykisk hälsa ska fortsätta ser Socialstyrelsen flera förutsättningar som viktiga för en ändamålsenlig uppföljning och utvärdering av dessa. Förutsättningarna beskrivs och diskuteras i följande avsnitt.

Fortsatt uppföljning av statliga satsningar kräver mer precisa och realistiska nationella målformuleringar

En viktig förutsättning för en ändamålsenlig uppföljning eller utvärdering av en statlig satsning inom området psykisk hälsa är tydligt formulerade, konkreta och realistiska mål för vad det är regeringen vill åstadkomma med en given satsning och under vilken tidsperiod. Detta behöver inte stå i motsättning till tillsynsstyrning utan skulle snarare ange tydliga ramar för kommuner och regioner inom vilka de fortfarande skulle kunna ha frihet att prioritera och bedriva utvecklingsarbete utifrån egna behov samt hitta lösningar som är förenliga med lokala och regionala förutsättningar.

Ett sådant tydliggörande av nationella mål tillsammans med en konkret plan för hur detta ska operationaliseras i praktiken skulle innebära skarpare fokus i de statliga satsningarna inom området psykisk hälsa, ökad förståelse

för förväntningar från nationellt håll, gällande både inriktning för arbetet och resultat av detta samt ökade möjligheter att följa upp och utvärdera satsningarna i förhållande till vad de är ämnade att åstadkomma.

Nationell analys som underlag för att identifiera regionala utvecklingsområden

Trots att kommuner och regioner tre år i rad har lämnat in lokala, regionala och länsövergripande behovsanalyser saknas en tydlig övergripande nationell analys som beskriver nationella ojämlikheter vad gäller psykisk hälsa och ohälsa, befolkningens behov samt huvudmännens utmaningar i att hantera ojämlikheter och möta behov inom området.

En sammantagen nationell analys som på ett tydligt sätt identifierar lokala och regionala skillnader, utifrån regeringens mål och relevanta parametrar, skulle tydligare ringa in lokala och regionala utvecklingsbehov som – om de uppfylldes inom ramen för kommande satsningar – skulle kunna leda till ökad jämlikhet inom området psykisk hälsa.

En sådan nationell analys skulle dessutom kunna utgöra utgångspunkt för tydligare kommande statliga satsningar.

Handlingsplaner bör inte vara ett verktyg för nationell uppföljning av den statliga satsningen

De kommunala, regionala och länsgemensamma handlingsplanerna har utifrån formuleringen i överenskommelserna 2016–2018 varit obligatoriska att redovisa till SKL som ett villkor för att kunna behålla de stimulansmedel som har fördelats via överenskommelserna. Utöver en rad specificerade redovisningskrav ska handlingsplaner, enligt överenskommelserna, även redovisa uppnådda resultat i förhållande till mål specificerade i tidigare inlämnade handlingsplaner. Syftet med arbetet och utformningen av handlingsplanerna har därför blivit tudelat. Dels ska handlingsplanerna användas lokalt för utvecklingsarbetet i den egna kommunen, regionen och länet, dels ska de användas för det nationella uppföljningsarbetet. Socialstyrelsens bedömning är att dessa två delsyften inte är förenliga med varandra och att det dessutom finns risk att de två delsyftena i viss mån tar ut varandra. Myndigheten ser en risk att de inlämnade handlingsplanerna inte blir det bästa verktyget för det lokala och regionala utvecklingsarbetet om dessa ska göras med utgångspunkt att de ska användas för den nationella uppföljningen. Dessutom ser myndigheten en risk att de inlämnade handlingsplanerna inte blir det bästa verktyget för den nationella uppföljningen om dessa görs med utgångspunkt i det kommunala och regionala utvecklingsarbetet.

Om ambitionen kvarstår att den statliga satsningen även framöver ska följas upp och utvärderas kräver det ett uppföljningssystem, frikopplat från handlingsplanerna, som på ett konkret och specifikt sätt fokuserar på att enhetligt följa upp, sammanställa och beskriva arbetet som har genomförts i kommuner och regioner inom ramen för den statliga satsningen samt dess effekter. Det är dock en stor utmaning att skapa ett uppföljningssystem som på ett enhetligt sätt ska kunna följa upp utvecklingsarbetet i olika kommuner

och regioner, men som samtidigt tar hänsyn till kommunala och regionala skillnader gällande behov, utmaningar, förutsättningar och möjligheter. Det är också en stor utmaning att skapa ett sådant uppföljningssystem som ger utrymme för den lokala drivkraften, kreativiteten, tolkningen och arbetet inom området.

Enhetliga begreppsdefinitioner och sätt att mäta viktiga för fortsatt uppföljning

En aspekt som ofta förekommit i Socialstyrelsens intervjuer med representanter för kommuner och regioner är generella svårigheter att fånga och mäta effekter av utvecklingsarbete. Avsaknaden av enhetliga begreppsdefinitioner leder till oklarheter vad gäller enhetliga och lämpliga sätt att mäta och följa förändringar, vilket ytterligare försvårar uppföljningsarbetet lokalt, regionalt och nationellt och gör det svårt att göra jämförelser mellan olika regioner.

I de sammanställningar som redovisas i denna rapport, framförallt vad gäller de särskilda satsningarna, är det stor variation gällande exempelvis primärvårdens, första linjens och ungdomsmottagningarnas organisation och uppdrag att arbeta med psykisk hälsa. Variationen i organisatoriska lösningar, åldersgränser för och definitioner av insatser för psykisk hälsa eller ohälsa leder till en motsvarande variation i det som lokalt och regionalt används som uppföljningsmått, exempelvis vad gäller antal besök i primärvården för psykisk ohälsa eller väntetider till första linjen. Detta försvårar eller omöjliggör jämförelser mellan kommuner och mellan regioner. Likaså kan inte en korrekt sammantagen bild av det nationella läget presenteras.

I sammanställningarna gällande den särskilda satsningen på brukarmedverkan förekommer liknande variation. En rad olika begrepp används i kommunala och regionala dokument både vad gäller beskrivningar av syften för planerade, pågående eller genomförda aktiviteter och beskrivningar av de förändringar som dessa aktiviteter medfört. Exempel på begrepp och termer som används utan närmare definitioner är brukarsamverkan, brukarmedverkan, brukardelaktighet och brukarinflytande. Graden av faktisk brukarinvolvering inom ramen för dessa begrepp och termer specificeras inte heller i sammanställningarna. Detta försvårar jämförelser mellan kommuners och regioners redogörelser och komplicerar eller omöjliggör en sammanställning på nationell nivå.

Framtida uppföljningar av statliga satsningar inom området psykisk hälsa skulle underlättas av fördefinierade uppföljningsmått som är väl förankrade i syfte, målsättningar och förväntade resultat med aktuella satsningar. Det är därför av stor vikt att redan vid utformningen av framtida satsningar inkludera ett utvärderingsperspektiv.

Slutsatser

Utifrån uppföljningen av överenskommelserna mellan staten och SKL om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018 drar Socialstyrelsen följande slutsatser:

- Kommuner och regioner beskriver överlag fokusbreddningen i och med 2016 års överenskommelse, från psykisk ohälsa till psykisk hälsa, liksom övergången till tillitsstyrning, som positiva förändringar. Detta har introducerat en mer övergripande helhetssyn inom området och även gett utrymme för kommuner och regioner att lokalt och regionalt definiera fokus, målgrupper och strategier för det egna arbetet inom området.
- Den lokala kontexten har avgjort hur kommuner och regioner tagit sig an den egna implementeringen av överenskommelserna, vilket inneburit att arbetet inom området psykisk hälsa, sammantaget på nationell nivå, fokuserat på en mångfald av målgrupper, perspektiv och aspekter av psykisk hälsa samt strategier i utvecklingsarbetet. Detta försvårar eller omöjliggör en nationell jämförelse av resultat av överenskommelserna.
- Otydliga ramar, avsaknad av konkreta målsättningar i överenskommelserna liksom föränderliga instruktioner kring redovisningar under arbetets gång har inneburit att det tagit lång tid för kommuner och regioner att finna och skapa sin plats i den nya situationen, förstå förväntningar från nationellt håll och hitta strategier för det fortsatta arbetet.
- Många intervjuade representanter för kommuner och regioner beskriver att arbetet inom ramen för de aktuella överenskommelserna varit lärorikt och värdefullt samt resulterat i behovsanalyser och handlingsplaner som de ser som viktiga verktyg i det fortsatta arbetet inom området psykisk hälsa.
- Utvecklingsarbetet som har bedrivits inom ramen för de aktuella överenskommelserna har huvudsakligen syftat till att öka personalens kompetens, implementera behandlings- eller arbetsmetoder och arbetssätt, öka samverkan, utveckla de operativa verksamheterna och att öka tillgänglighet till vård och omsorg. Det är Socialstyrelsens bedömning att de utvecklingsarbeten som genomförts med hjälp av de aktuella stimulansmedlen stärker förutsättningarna för bättre vård och omsorg utifrån myndighetens kvalitetskriterier.
- Utifrån stora lokala och regionala variationer gällande fokus och inriktning för utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa, med stort utrymme för enskilda aktörer att påverka utvecklingsarbetet, bedömer Socialstyrelsen att den statliga satsningens utformning inte bidrar till ökad jämlikhet i vård och omsorg i Sverige vad gäller psykisk hälsa. Myndigheten ser en viss risk för att satsningens utformning i stället kan öka ojämlikheter i vård och omsorg inom området psykisk hälsa.
- Med få undantag saknas jämställdhetsaspekten i kommunernas och regionernas prioriterade, planerade, pågående och genomförda aktiviteter såsom de beskrivs i de datakällor som Socialstyrelsen har använt som underlag för uppföljningsarbetet.
- Kommuner och regioner beskriver att det utvecklingsarbete som har genomförts, i viss mån och på vissa håll, medfört att vården och omsorgen har blivit bättre och mer tillgänglig. Socialstyrelsen har dock inte kunnat utvärdera betydelsen dessa förändringar har haft för vården och omsorgen på övergripande lokal, regional och nationell nivå.

Avslutande kommentarer

Socialstyrelsens uppföljningsarbete visar att den treåriga statliga satsningen inom området psykisk hälsa har resulterat i många utvecklingsarbeten i kommuner och regioner vilka sammantaget stärker förutsättningarna för en mer kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och tillgänglig vård och omsorg. Huruvida och i vilken utsträckning detta utvecklingsarbete också har medfört lokalt och regionalt förbättrad tillgänglighet till vård och omsorg av högre kvalitet än tidigare, har Socialstyrelsen inte kunnat fastställa via denna uppföljning. Samtidigt gör myndigheten bedömningen att utformningen av den statliga satsningen inte stärker förutsättningarna för en mer jämlik vård och omsorg mellan kommuner och mellan regioner, och att det dessutom föreligger viss risk att existerande skillnader förstärks.

Socialstyrelsens slutsatser utifrån det treåriga uppföljningsarbetet är att behoven av utveckling inom området psykisk hälsa är stora och att fortsatta långsiktiga satsningar inom området är nödvändiga.

Referenser

1. Bremberg, S. and C. Dalman, *En kunskapsöversikt - Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga*. 2015, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Stockholm.
2. Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till barn och ungas hälsa, vård och omsorg*. 2013, Socialstyrelsen: Stockholm.
3. Centers for Disease Control and Prevention. *Mental Health Basics*. [cited 2017 March, 22]; Available from: <http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics.htm>.
4. World Health Organisation. *What is mental health?* [cited 2017 March, 22]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
5. 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.
6. Regeringskansliet, *PRIO - psykisk ohälsa - plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016*. 2012.
7. Regeringen, *Uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016-2018*. 2016.
8. Riksrevisionen, *Staten och SKL - en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*. 2017.
9. Regeringskansliet och SKL, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 - överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. 2016.
10. Regeringskansliet och SKL, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017 - överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. 2017.
11. Regeringskansliet och SKL, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2018 - överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. 2018.
12. Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa - Uppföljning av 2016 års överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. 2017, Socialstyrelsen: Stockholm.
13. Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa - Uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. 2018, Socialstyrelsen: Stockholm.
14. Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard - Uppföljning 2013*. 2014, Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-5-5>.

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

Bilaga 4. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2018

Bilaga 5. Socialstyrelsens uppföljningsenkät för kommuner.

Bilaga 6. Kvalitetsdeklaration för Socialstyrelsens uppföljningsenkät för kommuner.

Bilaga 7. Socialstyrelsens uppföljningsenkät för landsting och regioner.

Bilaga 8. Kvalitetsdeklaration för Socialstyrelsens uppföljningsenkät för landsting och regioner.