

Rapport 2013:7

Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa

Lägesrapport 2013

2013

► vårdanalys
◄

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vårdanalys
Grafisk form: Les Creatives Sthlm
Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2013
ISBN: 978-91-87213-16-8
www.vardanalys.se

Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa

Lägesrapport 2013

 **vårdanalys** 

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Utredaren Johanna Lind har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har utredaren Carl Lundgren och analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2013-09-16

Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström
Styrelseordförande

Anders Anell
Vice ordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Mårten Schultz
Styrelseledamot

Karin Tengvald
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Johanna Lind
Föredragande

Förord

Handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa utgör grunden för regeringens arbete mot psykisk ohälsa under perioden 2012-2016. Årligen avsätts 870 miljoner kronor.

Den nationella satsningen på psykisk ohälsa är motiverad. Psykisk ohälsa kan innebära ett stort lidande för individen och personer med psykiska sjukdomar har ofta en sämre fysisk hälsa, ökad sjuklighet och kortare medellivslängd jämfört med den övriga befolkningen. Den psykiska ohälsan innebär samtidigt stora kostnader för samhället; enligt en aktuell rapport från OECD uppgår kostnaderna till över 70 miljarder kronor årligen. Flera rapporter visar att den psykiska ohälsan har ökat sedan början av 1990-talet och psykisk ohälsa är idag den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder i Sverige står utanför arbetsmarknaden. Förhoppningsvis kan satsningen bidra till att fler personer får en bättre psykisk hälsa och upplever sin tillvaro som meningsfull och att de kan vara delaktiga i samhället.

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera PRIO under åren 2013-2017. I denna första lägesrapport föreslår Vårdanalys en plan för det fortsatta uppföljnings- och utvärderingsarbetet 2013-2017. Vi har också gjort en uppföljning av 2012 års insatser samt en bedömning av hur arbetet med handlingsplanen har organiserats och påbörjats. Vi kan konstatera att satsningen utifrån sina målsättningar adresserar relevanta behov och brister. Vi kan också se att samordningsfunktionerna vid Socialdepartementet och SKL fyller viktiga roller i det pågående arbetet. Samtidigt har ett antal utvecklingsområden identifierats: bland annat rekommenderar vi att det fastställs indikatorer och mått som gör det möjligt att följa utvecklingen och utvärdera måluppfyllelse, samt att kraven på insatserna avseende projektplanering, målbeskrivningar och återrapportering skärps och tydliggörs. Vi kommer i fortsatta utvärderingar också att rikta fokus mot vilka effekter som uppnås genom systemet med prestationsbaserade ersättningar.

Rapporten har tagits fram av utredarna Carl Lundgren (projektledare) och Johanna Lind. En central del i arbetet har varit intervjuer med företrädare för bland annat Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), Socialdepartementet, SKL, Socialstyrelsen samt ett antal kommuner och landsting. Vi vill framföra ett tack till de personer som vi har intervjuat. Vi vill också tacka de personer som har bistått med faktagranskning av denna rapport: Marie-Louise Armand, Kjell Broström, Mårten Jansson och Anki Sanberg vid NSPH, Anders Printz och Kerstin Evelius vid Socialdepartementet,

Ing-Marie Wieselgren vid SKL och Tord Forsner vid Socialstyrelsen. Som stöd i utvärderingen har Vårdanalys utsett ett expertråd och vi vill rikta ett särskilt tack till expertrådets medlemmar Marianne Björklund, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Agneta Schröder, Eva Serlachius, Alain Topor, Anette Åquist Falkenroth och Jimmie Trevett, för viktiga synpunkter och bidrag till arbetet. Med denna lägesrapport hoppas vi kunna bidra till en fortsatt utveckling av satsningen så att den når goda resultat för dem den är till för – personer med psykisk ohälsa.

Stockholm i september 2013

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har fått i uppdrag av regeringen (S2012/4529/FS) att utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa (PRIO) (S2012:006). PRIO är regeringens strategiska satsning mot psykisk ohälsa under perioden 2012-2016.

BAKGRUND

Under de senaste två decennierna har det genomförts flera nationella satsningar inom området psykisk ohälsa men fortfarande återstår stora utmaningar. Det har också kommit rapporter som pekar på att den psykiska ohälsan ökar, framför allt hos unga. Mot denna bakgrund fattade regeringen i maj 2012 beslut om handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa. Totalt avsätts 4,3 miljarder kronor för satsningen under åren 2012-2016. En tongivande del i PRIO är en överenskommelse mellan staten och SKL. Överenskommelsen omfattar stimulansmedel utifrån en prestationsbaserad modell samt medel för genomförandet av ett antal utvecklingsprojekt.

Illustrationen nedan sammanfattar handlingsplanens struktur och inriktning:



För att stödja utvecklingsarbetet inom ramen för PRIO på lokal, regional och nationell nivå har nationella samordningsfunktioner inrättats vid Socialdepartementet och SKL. Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har som huvuduppdrag att samordna statens insatser, att kontinuerligt följa upp satsningens resultat och att utifrån det vidta åtgärder för att förbättringar ska uppnås på de områden som handlingsplanen omfattar. Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet rapporterar till en referens- och strategigrupp, bestående av socialministerns och barn- och äldreministerns statssekreterare samt representanter för Socialdepartementet, SKL, Socialstyrelsen och patient-, brukar- och anhörig-

organisationen NSPH. Huvuduppdraget för samordningsfunktionen vid SKL är att stödja genomförandet av de insatser som sker i kommuner och landsting samt stimulera erfarenhetsutbyte mellan kommuner och landsting.

VÅRDANALYS REGERINGSUPPDRAG

Vårdanalys övergripande uppdrag är att följa upp och utvärdera om PRIO ger avsedda effekter för personer med psykisk ohälsa. Det innebär att handlingsplanen ska följas upp och utvärderas både på insats- och målnivå. Vårdanalys ska även uppmärksamma övriga iakttagelser och förhållanden som på lämpliga sätt speglar effekterna av satsningen. Inom ramen för 2013 års lägesrapport, som också är den första, ska Vårdanalys redovisa:

- Ett förslag på en plan för det fortsatta uppföljnings- och utvärderingsarbetet 2013–2017
- En uppföljning av de insatser som ingår i satsningen
- En bedömning av hur arbetet med handlingsplanen och dess insatser har organiserats och påbörjats

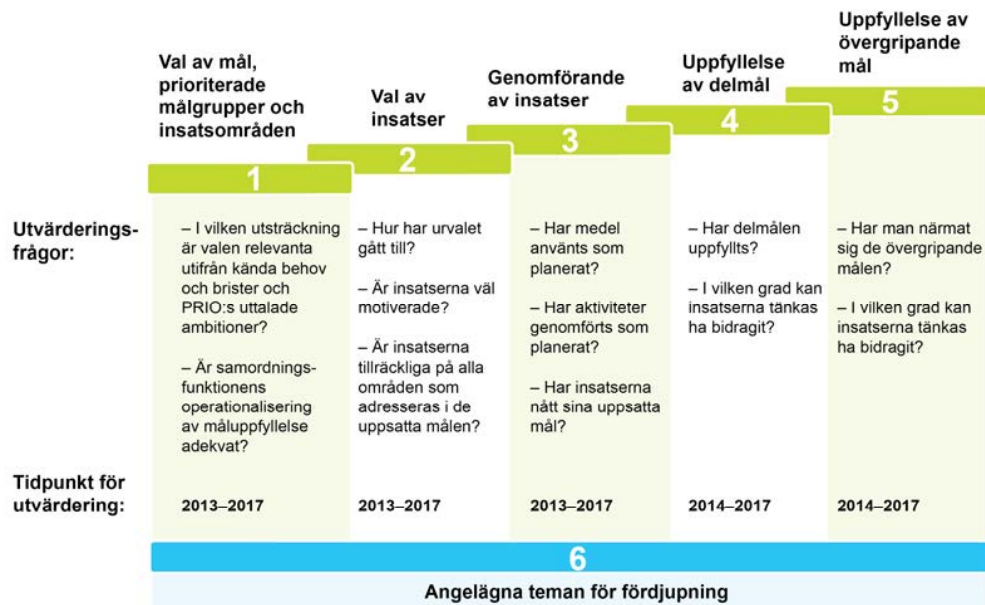
METOD

I arbetet med den aktuella rapporten har Vårdanalys intervjuat representanter för patient- och brukarorganisationer, Socialdepartementet, andra myndigheter, kommuner och landsting samt forskare. Vi har även genomfört litteratur- och dokumentstudier. Vårt förslag på utvärderingsmodell har validerats av det expertråd som myndigheten har upprättat för utvärderingen av PRIO. Expertrådet har också lämnat synpunkter på föreliggande rapport. En faktagranskning av denna rapport har genomförts av samordningsfunktionerna inom Socialdepartementet och SKL, samt av företrädare för NSPH och Socialstyrelsen.

FÖRSLAG PÅ PLAN FÖR DEN FORTSATTA UTVÄRDERINGEN

Vårdanalys föreslår att utvärderingen av PRIO sker i sex steg, enligt den modell som presenteras nedan. Av utvärderingsmodellen framgår våra huvudfrågeställningar samt tidpunkter när utvärderingen kommer att ske.

För att besvara utvärderingsfrågorna kommer vi att använda en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder. Generellt kan sägas att intervjuer samt litteratur- och dokumentstudier kommer utgöra huvudsakligt underlag för analysen i steg 1 och 2. Steg 3 kommer i huvudsak att baseras på en analys av insatsernas egen återrapportering via Socialdepartementets och SKL:s samordningsfunktioner. Steg 4 och 5 kommer i första hand att baseras på en analys av de indikatorer och mått som samordningsfunktionen för Socialdepartementet utarbetar för att operationalisera delmålen och de övergripande målen. Inom steg 6 kommer vi att genomföra fördjupningsstudier som kan avse både enskilda insatser och/eller specifika frågor eller områden som vi finner lämpliga för att spegla effekterna av satsningen.



Vårdanalys föreslår att 4 miljoner kronor per år avsätts under 2014-2016 för utvärderingen, samt att 2 miljoner kronor avsätts år 2017. Resultatet från utvärderingarna kommer att publiceras i årliga lägesrapporter senast den 1 oktober 2014-2016 och i en samlad slutrapport senast den 15 maj 2017. Resultaten från fördjupningsstudierna kan komma att publiceras i separata delrapporter eller som en del i den årliga lägesrapporten.

2013 ÅRS UTVÄRDERING: RESULTAT OCH SLUTSATSER

Nedan sammanfattas huvudsakliga resultat och slutsatser från den första utvärderingen som omfattar en uppföljning av 2012 års insatser samt en bedömning av hur arbetet med handlingsplanen har organiserats och påbörjats. Vi gör också en första bedömning av i vilken utsträckning satsningens formulerade mål är relevanta. Först i 2014 års lägesrapport kommer Vårdanalys att påbörja mätningar av måluppfyllelse, då utvärderingen är beroende av att samordningsfunktionen vid Socialdepartementet fastställer vilka indikatorer och mått som ska användas för att följa och styra satsningen. Ett sådant arbete har inletts under 2012-2013 och Vårdanalys har framfört synpunkter i dialogen kring detta.

Det bör påpekas att satsningens första år präglades av särskilda omständigheter; PRIO och överenskommelsen mellan SKL och Socialdepartementet beslutades först i maj och samordningsfunktionerna tillsattes i augusti. Med andra ord omfattade 2012 års arbete inte ett helt kalenderår och samordningsfunktionerna hade begränsade möjligheter att påverka genomförandet. Dessa begränsningar har noterats.

► *Målen med satsningen och de prioriterade målgrupperna och insatsområdena adresserar relevanta behov och brister*

Vårdanalys generella bedömning är att valen av såväl de övergripande målen, delmålen, samt de prioriterade målgrupperna och insatsområdena ringar in relevanta behov och brister. Flera av målformuleringarna kan dock utvecklas och förtydligas. Exempelvis skulle det mycket breda delmålet "Öka kunskapen och kompetensen om personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik och dess konsekvenser samt om betydelsen att behandla somatisk sjukdom hos personer tillhörande målgruppen" kunna definieras tydligare och eventuellt delas upp i flera delmål. Vårdanalys föreslår också att den bristande boendesituationen adresseras på målnivå. Utöver detta bör det redovisas hur de olika målen relaterar till varandra, och även till vilka mål de valda insatserna förväntas bidra.

► *Det fortsatta arbetet med att utarbeta mätbara mål och målnivåer är angeläget*

I handlingsplanen formuleras inga mätbara mål. De övergripande målen är visionära till sin karaktär, exempelvis "En jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet", medan delmålen går att likna vid inriktningsmål, exempelvis "Utveckla stödet till anhöriga till personer med psykisk ohälsa" eller "Skapa förutsättningar för att vårdens och omsorgens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt". Utan tidssatta och mätbara mål är det svårt att avgöra i vilken utsträckning satsningen har varit en framgång eller inte. Som nämndes ovan har samordningsfunktionen vid Socialdepartementet inlett ett arbete med att operationalisera målen i handlingsplanen så att utvecklingen går att följa, vilket är positivt. Enligt samordningsfunktionen kommer dokumentationen av detta arbete – "Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa" – i första hand utgöra ett underlag för styrningen av satsningen. Dokumentet kommer med andra ord inte att beslutas formellt (men däremot vara tillgängligt och kommuniceras externt). Vårdanalys finner avsaknaden av beslut problematiskt då ett fastställande av indikatorer och målnivåer skulle tydliggöra ansvaret för och inriktningen på satsningen. Det är också en förutsättning för att satsningen ska gå att utvärdera.

► *På vissa områden bedöms insatserna vara otillräckliga*

Även om samtliga insatser går att motivera var och en för sig är det otydligt hur urvalsprocessen har gått till och till vilka av PRIO:s mål de olika insatserna förväntas bidra. På några områden är insatserna hittills få eller saknas helt. Exempelvis saknas insatser på temat somatisk sjukdom – trots att det enligt handlingsplanen är ett delmål att "öka kompetensen och kunskapen om personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik och dess konsekvenser samt om betydelsen att behandla somatisk sjukdom hos personer tillhörande målgruppen". Vidare bedömer Vårdanalys att en majoritet av 2012 års insatser i första hand rör psykiatrisk vård; färre insatser riktas mot kommunal omsorg och målgruppernas samlade livssituation. Det saknas stöd för denna prioritering i handlingsplanen – där betonas livssituationens betydelse och framför allt

sysselsättning och arbete vid upprepade tillfällen. Flertalet av de brukarrepresentanter som Vårdanalys har intervjuat framför också att en större andel av insatserna borde vara inriktade mot att förbättra målgruppens vardag och samlade livssituation. Det gäller exempelvis insatser för att förbättra bostadssituationen och tillgången till arbete och sysselsättning.

► *Insatsernas målbeskrivningar och ekonomiska redovisningar är bristfälliga*

Redovisningar av PRIO:s olika insatser utgör ett viktigt underlag både för att kunna utvärdera resultaten och för att avgöra hur medlen har använts. Efter att ha granskat tillgängligt material (i första hand redovisningar av och beslut om insatserna) finner Vårdanalys att de krav som ställs på redovisningarna varierar och är otydliga, och att det inte finns någon angiven mall för hur de ska se ut. Detta har sannolikt bidragit till att 2012 års insatsredovisningar innehåller bristfälliga målbeskrivningar och otydliga ekonomiska redovisningar. Rapporterna är mycket olika till format och omfång. Innehållet och informationen som ges är av varierande kvalitet. I flera fall fokuseras i första hand på kommande arbete under 2013, snarare än på vad som uppnåddes under 2012. Endast ett fåtal aktörer har fastställt tydliga och uppföljningsbara mål för insatserna eller beskrivit hur de uppfyllt dem. För flera insatser är målen endast formulerade som att 'insatsen ska ha genomfört x och y'. Några insatser beskriver så långsiktiga mål att det är tveksamt i vilken utsträckning det går att utvärdera effekterna inom den avsatta tidsramen. Det är också vanligt att målbeskrivningarna alltför ensidigt fokuserar på olika process- och strukturmått, utan att det närmare beskrivs hur uppnådda mål kan förbättra situationen för målgruppen. Eftersom Vårdanalys bedömningsunderlag huvudsakligen består av de ansvariga aktörernas egna redovisningar begränsar brister av detta slag våra möjligheter att göra en rättvisande uppföljning.

► *Insatserna redovisar varierade resultat*

Givet de begränsande förutsättningar som framgår ovan (de särskilda omständigheter som präglade satsningens första år, oklara kopplingar mellan insatser och delmål samt bristfälligt bedömningsunderlag) har det varit svårt att på ett uttömmande sätt utvärdera i vilken grad de olika insatserna har varit lyckade. Utifrån tillgängligt underlag förefaller dock flertalet insatser ha löpt som planerat och huvuddelen av avsatta medel ha förbrukats. Av underlaget framgår också att slutredovisade insatser har uppnått sina mål i varierad utsträckning. I rapporten lyfts ett antal (bättre och sämre) exempel fram varav några kommenteras mer ingående. Bland annat uppmärksammas brister i några av de insatser som ingår i överenskommelsen med SKL, avseende insatsernas måluppfyllelse, projektplanering och återredovisning.

► *Modellen med prestationsbaserad ersättning behöver utvärderas*

De enskilt största insatserna inom PRIO utgörs av prestationsbaserade ersättningar till kommuner och landsting. Knappt 40 procent (350 miljoner kronor) av 2012 års medel har varit knutna till fyra mål för prestationsbaserad ersättning inom ramen för överenskommelsen med SKL. Den bärande teorin är att ersättningsmodellen skapar starka

incitament för att uppnå målen, vilket kan bidra till en samlad förändringskraft inom kommuner och landsting. Detta antagande får stöd av de kommun- och landstingsrepresentanter som Vårdanalys varit i kontakt med; en majoritet uppfattar modellen som en god ambition och beskriver den som effektiv i den meningen att kraven har lett till ökad aktivitet på de aktuella områdena. Det är dock för tidigt att avgöra vilka effekter som kan uppnås på sikt och i vilken utsträckning detta kan komma att varaktigt förbättra situationen för målgruppen. Under hösten 2013 kommer Vårdanalys att redovisa en analys av möjligheterna och utmaningarna med prestationsbaserade ersättningar som statligt styrmedel inom vården och omsorgen. Behovet av fortsatta utvärderingar på området bedöms som stort.

► *Genomförandet av prestationsbaserade insatser under 2012 har varit bristfälligt*

Även om det är för tidigt för att uttala sig generellt om lämpligheten i att använda prestationsbaserad ersättning som ett styrverktyg inom ramen för PRIO, kan vi se att 2012 års genomförande av de prestationsbaserade insatserna i flera avseenden var bristfälligt.

Grundkraven och de olika målen i 2012 års överenskommelse om prestationsbaserade insatser arbetades fram gemensamt av SKL och en arbetsgrupp inom Socialdepartementet (ej att sammanblanda med samordningsfunktionen). I intervjuer har det framkommit att SKL och Socialdepartementet medvetet valde att besluta om relativt lågt ställda prestationskriterier. Tanken var att prestationsmålen så som de utformades i första hand skulle bidra till att "frågorna kom upp på borden" och att "arbetet kom igång", och att kraven succesivt ska skärpas i följande års överenskommelser. Det är ännu för tidigt att utvärdera hur framgångsrik denna strategi är. Vårdanalys finner däremot skäl att ifrågasätta om 2012 års kriterier för att tilldelas prestationsbaserade ersättningar i tillräcklig utsträckning korrelerar med målbeskrivningarna. Som exempel kan nämnas prestationsmål 2, som innebar att kommuner och landsting skulle delta i en förstudie av hur tillgängligheten till första linjens vård av barn och unga med psykisk ohälsa kan mätas. Enligt överenskommelsens målbeskrivning skulle "kommuner och landsting delta aktivt i utvecklingsarbetet, pröva skapande funktioner och lämna synpunkter på de modeller som tagits fram". För att bli godkänd enligt bedömningskriterierna räckte det att kommuner och landsting hade inrapporterat namnet på en referensperson samt besvarat en enkätfråga om huruvida de har en metod för att mäta väntetid till första linjen. Det bör i sammanhanget nämnas att kriterierna för 2013 års prestationsbaserade insatser har skärpts.

Det kan vidare konstateras att många kommuner och landsting inte lyckades uppfylla 2012 års prestationskriterier, trots att de generellt har beskrivits som relativt låga. Exempelvis var det bara nio landsting som uppfyllde kriterierna för prestationsmål 3 (Registrering i Nationella kvalitetsregister) och drygt hälften av kommunerna som uppfyllde prestationsmål 4 (Inventering av insatser riktade till personer med psykisk funktionsnedsättning). Tidsbrist var sannolikt en bidragande orsak till att inte fler uppnådde målen. Informationen till kommuner och landsting gick ut relativt sent under året och en majoritet av de kommun- och landstingsrepresentanter som Vårdanalys tillfrågat

uppger att administrationen av prestationerna har varit tids- och resurskrävande. I flera fall har ny personal fått anställas för att det ska vara möjligt att hantera inrapporteringen inom den givna tidsramen. Vårdanalys uppfattar också att beslutsprocessen angående tilldelning av prestationsmedel komplicerades av att samordningsfunktionerna (av vilka den vid SKL ansvarar för att informera kommunerna och landstingen om villkoren) och Socialstyrelsen (som skulle bedöma måluppfyllelse) inte var överens om bedömningskriterierna.

► *Samordningsfunktionerna fyller viktiga roller i satsningen*

Vårdanalys övergripande bedömning är att samordningsfunktionerna inom Socialdepartementet och SKL har centrala roller i satsningen. Mot bakgrund av PRIO:s komplexitet och omfattning bedöms det som nödvändigt att dessa aktörer har ett långsiktigt ansvar för att styra och utveckla satsningen.

Vårdanalys bedömer att samordningsfunktionernas arbete sker i enlighet med deras respektive uppdrag. Positiva initiativ som Vårdanalys vill lyfta fram är samordningsfunktionernas kommunikationsinsatser kring PRIO och samordningsfunktionen vid Socialdepartementets arbete med att operationalisera satsningens mål. Det finns också ett antal förbättringsområden. Ett exempel är insatsredovisningen som samordningsfunktionen inom Socialdepartementet ansvarar för. Vårdanalys har identifierat brister i insatsernas målformuleringar samt i återrapporteringen av resultat och ekonomiska redovisningar. Det är angeläget att samordningsfunktionen inom Socialdepartementet tar ett helhetsgrepp kring denna fråga och utvecklar processen inför kommande år. Detta skulle väsentligt underlätta både samordningsfunktionens löpande uppföljning och styrning av satsningen samt Vårdanalys fortsatta utvärdering.

Vårdanalys har också uppmärksammat vissa brister avseende SKL:s information till kommunerna och landstingen om villkoren för prestationsinsatserna, samt samordningsfunktionen inom Socialdepartementets former för samråd med Socialstyrelsen. Inom dessa områden bedömer dock Vårdanalys att det har skett en positiv utveckling under 2013.

REKOMMENDATIONER FÖR DEN FORTSATTA UTVECKLINGEN AV PRIO

Eftersom samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har det övergripande ansvaret för att styra och utforma satsningen vidare riktas våra rekommendationer i denna lägesrapport i första hand till dem. I viss mån omfattas även samordningsfunktionen vid SKL (sista punkten).

► *Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet bör överväga att utveckla och förtydliga den nuvarande målstrukturen i samband med den översyn av handlingsplanen som planeras 2014.*

Det gäller dels hur målen formuleras, men också hur de i vissa fall kan kompletteras. Vidare bör det redovisas hur övergripande mål, delmål och insatser relaterar till varandra.

- ▶ *Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet bör fastställa indikatorer och mått som gör det möjligt att följa utvecklingen och utvärdera måluppfyllelse.*

Beslut om indikatorer, datakällor och målnivåer hindrar inte en dynamisk styrning av satsningen – dessa kan revideras efter hand om sådana skäl föreligger. Om beslut utblir riskerar ansvaret för satsningen att bli otydligt. Arbetet med att identifiera lämpliga indikatorer och mått samt genomföra datainsamling är tids- och resurskrävande och för detta arbete anser Vårdanalys att en resursförstärkning av samordningsfunktionen bör övervägas. I planen för styrningen av satsningen bör också insatserna som ingår i PRIO redovisas, samt till vilka av PRIO:s mål de olika insatserna förväntas bidra.

- ▶ *Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet bör vid beslut om insatser tydliggöra vilka krav och villkor som ska gälla.*

Sådana krav kan avse framtagande av målbeskrivningar och projektplaner och vad som gäller vid del- och slutredovisningar. Det underlättar för samtliga inblandade aktörer om kraven är tydliga och transparenta i hela kedjan från beslut om finansiering till slutredovisning. Ett förslag är att redovisningar sker enligt en fastslagen mall som tydliggör vad som har genomförts och uppnåtts i förhållande till projektplan och målbeskrivning. Det bör också framgå hur insatsen förväntas bidra till ett eller flera av PRIO:s mål samt när och hur insatsen förväntas generera märkbara och bestående effekter för personer med psykisk ohälsa. Det är också viktigt att det utvecklas rutiner för hantering av bristfälliga eller uteblivna redovisningar eller resultat.

- ▶ *Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet bör fortsätta arbetet med att utveckla formerna för samråd med berörda aktörer angående val, utformning och bedömning av prestationsbaserade insatser.*

Givet insatsernas omfattning samt det stora antalet berörda aktörer på kommun- och landstingsnivå är det av stor vikt att de nationella aktörerna har en tydlig ansvarsfördelning, fattar väl förankrade beslut och förmedlar samstämmig information.

- ▶ *Regeringen bör besluta om att samordningsfunktionernas uppdrag förlängs till 2016 då satsningen avslutas.*

Genom att följa och stödja utvecklingsarbetet på lokal, regional och nationell nivå kan samordningsfunktionerna på ett värdefullt sätt bidra till en långsiktig styrning och utveckling av satsningen.

Innehåll

1 Inledning	23
1.1 Vad är prio psykisk ohälsa?	23
1.2 Vårdanalys regeringsuppdrag	23
1.3 Övergripande metod	24
1.4 Avgränsningar	24
1.5 Rapportens disposition	24
2 Bakgrund	27
2.1 Psykisk ohälsa i sverige	27
2.2 Prio-planens struktur och innehåll	28
2.2.1 Övergripande mål	29
2.2.2 Prioriterade målgrupper och insatsområden	29
2.2.3 Delmål	29
2.2.4 Insatser	30
2.2.5 Satsningen koordineras av samordningsfunktioner inom Socialdepartementet och SKL	31
2.2.6 Samordningsfunktionen vid Socialdepartementets styrning mot de övergripande målen och delmålen	32
2.3 Tidigare statliga satsningar inom området psykisk ohälsa under de senaste två decennierna	34
2.4 Andra pågående nationella aktiviteter med koppling till psykisk ohälsa	37
3 Vårdanalys plan för uppföljnings- och utvärderingsarbetet 2013-2017	41
3.1 Vårdanalys övergripande ansats för utvärderingen av prio	41
3.1.1 Patient- och brukarperspektivet samt effektivitetsperspektivet är centrala	41
3.2 Vårdanalys utvärderingsmodell	42
3.2.1 Steg 1. Ansats för utvärdering av val av övergripande mål, delmål, prioriterade målgrupper och insatsområden	42
3.2.2 Steg 2. Ansats för utvärdering av val av insatser	43
3.2.3 Steg 3. Ansats för utvärdering av genomförande av insatser	44
3.2.4 Steg 4. Ansats för utvärdering av uppfyllelse av delmål	44
3.2.5 Steg 5. Ansats för utvärdering av uppfyllelse av övergripande mål	45
3.2.6 Steg 6. Angelägna teman för fördjupning	45
3.3 Vårdanalys roll i förhållande till samordnings-funktionen vid socialdepartementet	45

4	2013 års utvärdering av PRIO	49
4.1	Steg 1. Bedömning av val av övergripande mål, delmål, prioriterade målgrupper och insatsområden	49
4.1.1	Underlag och metod	49
4.1.2	Bedömning av val av övergripande mål	49
4.1.3	Bedömning av val av målgrupper, prioriterade insatsområden och därtill kopplade delmål	52
4.2	Steg 2. Bedömning av val av insatser	71
4.2.1	Underlag och metod	71
4.2.2	Vårdanalys sammanställning av 2012 års PRIO-insatser	72
4.2.3	Generell bedömning	75
4.2.4	Bedömning av SKL:s prestationsbaserade insatser	77
4.3	Steg 3. Bedömning av genomförande av insatser	78
4.3.1	Underlag och metod	78
4.3.2	Generell bedömning	80
4.3.3	Utvecklad bedömning av enskilda insatser	83
4.3.4	Bedömning av SKL:s prestationsbaserade insatser	86
4.4	Steg 6. Angelägna teman för fördjupning	87
4.4.1	Fördjupad utvärdering av patient- och brukarcentrering i vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa	87
5	Bedömning av hur arbetet med handlingsplanen har påbörjats och organiserats	93
5.1	Underlag och metod för bedömning	93
5.2	Samordningsfunktionen vid socialdepartementet	94
5.3	Samordningsfunktionen vid SKL	96
5.4	Rekommendationer för den fortsatta utvecklingen av PRIO	97
6	Förslag till fortsatt utvärdering av PRIO	101
7	Referenser	105
8	Bilaga	110
8.1	Bilaga 1 Vårdanalys regeringsuppdrag	110
8.2	Bilaga 2 vårdanalys expertråd	114
8.3	Bilaga 3 intervjuade personer i samband med utformningen av Vårdanalys utvärdering	115
8.4	Bilaga 4 intervjuade personer i samband med Vårdanalys insatsutvärdering	116

Förkortningar

ACT	Assertive Community Treatment (Samhällsbaserade team)
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AT	Allmäntjänstgöring för läkare
Bipolär	Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
BUSA	Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD
CEPI	Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser
HSL	Hälsa- och sjukvårdslag (1982:763)
IPULS	Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
NASP	Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet
Nka	Nationellt kompetenscentrum anhöriga
NSPH	Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa
PsykosR	Nationellt kvalitetsregister för psykosvård
RIKSÄT	Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling
RSMH	Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)



1 Inledning

1.1 VAD ÄR PRIO PSYKISK OHÄLSA?

PRIO psykisk ohälsa - plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016 (43) (härefter benämnd PRIO alternativt PRIO-planen eller handlingsplanen) utgör grunden för regeringens arbete mot psykisk ohälsa under perioden 2012-2016. I planen lyfts ett antal prioriterade insatsområden fram som riktar sig till grupper med särskilt stor risk att drabbas av psykisk ohälsa, samt insatser för att förbättra situationen och bidra till återhämtning för personer med psykisk ohälsa. Med handlingsplanen vill regeringen skapa förutsättningar för ett långsiktigt förändringsarbete inom vård och omsorg som ska ge varaktiga vinster för den aktuella målgruppen. Planen beslutades i maj 2012 och en översyn av planen är planerad till 2014. Mellan 2012 och 2016 avsätter regeringen årligen 870 miljoner kronor för satsningen. Totalt omfattar PRIO således drygt 4,3 miljarder. En tongivande del i PRIO är en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Överenskommelsen innehåller stimulansmedel i syfte att stödja en förbättrad och tillgänglig psykiatrisk vård och omsorg.

1.2 VÅRDANALYS REGERINGSUPPDRAG

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen (46) att följa upp och utvärdera PRIO. Satsningen ska följas upp och utvärderas både på insats- och målnivå. Vårdanalys ska utvärdera de insatser som finns i överenskommelsen med SKL samt i enskilda uppdrag till myndigheter och organisationer. Utvärderingen på målnivå syftar dels till att möjliggöra en förbättrad styrning mot resultat på regional och lokal nivå, dels till att följa den nationella utvecklingen mot de övergripande målen samt delmålen som ingår i handlingsplanen. Utöver detta ska Vårdanalys uppmärksamma övriga iakttagelser och förhållanden som myndigheten finner lämpliga för att spegla effekterna av satsningen. Vårdanalys ska senast den 1 oktober varje år, med start 2013, lämna årliga lägesrapporter till Regeringskansliet. Slutredovisningen av uppdraget ska ske senast den 15 maj 2017. Den här första lägesrapporten ska innehålla:

- Ett förslag på en plan för uppföljnings- och utvärderingsarbetet 2013–2017. Planen ska bland annat beskriva hur Vårdanalys avser att följa upp insatserna i PRIO och målen med satsningen, samt innehålla ett förslag på budget.
- En uppföljning av de insatser som ingår i satsningen.
- En bedömning av hur arbetet med handlingsplanen och dess insatser har organiserats och påbörjats.

Uppdraget ska ske i samråd med Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, SKL, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), samt andra berörda myndig-

heter och organisationer. Vårdanalys ska även ha en nära dialog med samordningsfunktionen om de olika delarna av uppdraget (se bilaga 1 för en fullständig beskrivning av regeringsuppdraget).

1.3 ÖVERGRIPANDE METOD

I arbetet med att ta fram den här rapporten har Vårdanalys intervjuat patient- och brukarorganisationer, andra myndigheter, representanter för Socialdepartementet, landsting, kommuner och forskare (se bilaga 2 och 3). Vårdanalys har även genomfört litteratur- och dokumentstudier. För en mer utvecklad metodbeskrivning, se kapitel 3 och 4. Den föreslagna planen för Vårdanalys uppföljnings- och utvärderingsarbete har validerats av det expertråd som myndigheten har upprättat för utvärderingen av PRIO (se bilaga 2). Expertrådet har också lämnat synpunkter på föreliggande rapport. En faktagranskning har genomförts av samordningsfunktionerna inom Socialdepartementet och SKL, samt av företrädare för NSPH och Socialstyrelsen.

1.4 AVGRÄNSNINGAR

I den här rapporten redovisas utvärderingen av 2012 års insatser. 2013-2016 års insatser utvärderas i kommande års rapporter. Utvärderingen av delmål och övergripande mål redovisas från och med 2014 års rapport och en slutlig bedömning av måluppfyllelsen redovisas i slutrapporten 2017.

1.5 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel två, rapportens bakgrundskapitel, ges en beskrivning av PRIO:s struktur och innehåll samt en genomgång av tidigare statliga satsningar och andra pågående nationella initiativ med koppling till psykisk ohälsa. I kapitel tre presenteras Vårdanalys plan för utvärderingen av PRIO:s insatser och mål under perioden 2013-2017. I kapitel fyra redovisas Vårdanalys utvärdering av val av mål, val av insatser, genomförande av insatser samt ett förslag på fördjupningstema. Kapitel fem innehåller en bedömning av hur arbetet med PRIO har påbörjats samt rekommendationer för den fortsatta utvecklingen av PRIO. Kapitel sex innehåller ett förslag på budget och tidplan för den fortsatta utvärderingen. I de utvärderande kapitlen (fyra och fem) sammanfattas Vårdanalys bedömningar i grå boxar.



2 Bakgrund

2.1 PSYKISK OHÄLSA I SVERIGE

Flera rapporter visar att den psykiska ohälsan har ökat sedan början av 1990-talet. De tillstånd som har ökat mest är oro och ångest och den största ökningen ses bland kvinnor yngre än 35 år (se bland annat 19, 30, 62). Ökningen av depression, ångest och oro återspeglas i en ökning av förskrivningen av antidepressiva läkemedel samt sömnmedel och lugnande medel. Denna ökning är mest markant i åldersgruppen 15-19 år (82). De allvarligare psykiska sjukdomarna, som schizofreni, ligger dock på en relativt konstant nivå över tid (62).

Personer med psykiska sjukdomar har ofta en sämre fysisk hälsa, ökad sjuklighet och kortare medellivslängd jämfört med befolkningen som helhet och även jämfört med grupper med kroppslig sjukdom eller funktionsnedsättning (se bland annat 68). Kvinnor och män med psykisk sjukdom dör i genomsnitt 20 respektive 15 år tidigare än övriga män och kvinnor. Orsaker till detta är dels att psykiskt sjuka inte får adekvat behandling för sina sjukdomstillstånd, dels att det finns en ökad frekvens av självmord bland patienter med bipolär sjukdom, depression och schizofreni (27). Generellt ses dock en minskning av antal självmord sedan 1970-talet. Bidragande förklaringar till denna utveckling anses vara den ökade förskrivningen av antidepressiv medicin samt bättre preventiva åtgärder. Den nedåtgående trenden gäller både kvinnor och män och återfinns i alla åldersgrupper förutom i den yngsta, 15-24 år. (72)

Den psykiska ohälsan innebär stora kostnader för samhället. Enligt en aktuell rapport från OECD (28) uppgår kostnaderna till över 70 miljarder kronor årligen, varav mer än hälften är en följd av sjukskrivning och förtidspensionering. Psykisk ohälsa är idag den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder i Sverige står utanför arbetsmarknaden.

Ansvaret för psykiatrisk vård och omsorg delas mellan staten, landstingen och kommunerna. Staten ansvarar för forskning och kunskapsutveckling, landstingen för hälso- och sjukvården och kommunerna för boende och sysselsättning (se vidare box 1, nedan). Under de senaste två decennierna har det genomförts flera nationella satsningar inom området psykisk ohälsa men fortfarande återstår stora utmaningar. Mot denna bakgrund beslutade regeringen att ta fram handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa.

Box 1. Statens, landstingens och kommunernas ansvar för psykisk ohälsa**Statens ansvar för forskning och kunskapsutveckling**

Genom lagstiftning, tillsyn och uppföljning definierar staten grundförutsättningarna för landstingens och kommunernas verksamhet inom den psykiatriska vården och omsorgen. Staten har även huvudansvaret för forskning, kunskapsutveckling, kunskaps-spridning och ska säkerställa att tillgången till högskoleutbildad personal är god. En annan central roll är att driva på utvecklingen och förbättringsarbetet inom vården och omsorgen genom att initiera reformer och satsningar. PRIO är ett exempel på detta.

Landstingen ansvarar för hälso- och sjukvården

Landstingen ska erbjuda hälso- och sjukvård till människor med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Vården ges inom primärvården och den psykiatriska specialistvården och landstingen ska även erbjuda rehabilitering och habilitering. Landstingen har möjlighet att tillämpa psykiatrisk tvångsvård och ska se till att personer som får psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård får rådgivning och stöd.

Kommunerna ansvarar för boende och sysselsättning

Kommunernas socialtjänst har huvudansvaret för boende, sysselsättning och försörjningsstöd till dem som inte själv kan tillgodose sina behov. Kommunerna ska samverka och planera sina insatser tillsammans med berörda myndigheter och organisationer. I kommunernas ansvar ingår att också skaffa sig kunskap om situationen för personer med psykisk ohälsa och informera om socialtjänstens verksamheter. I vissa fall har kommunen möjlighet att utöva tvångsvård.

2.2 PRIO-PLANENS STRUKTUR OCH INNEHÅLL

Syftet med handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa är att tydliggöra regeringens målinriktning och insatsområden för psykisk ohälsa. I handlingsplanen omsätts detta i en struktur av övergripande mål, prioriterade målgrupper och insatsområden, delmål samt insatser (se figur 1).

Figur 1. PRIO-planens struktur



2.2.1 Övergripande mål

Det finns tre övergripande mål som ska uppnås med satsningen:

1. En jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet
2. Tillgång till arbete och anpassad sysselsättning
3. Möjlighet till delaktighet och inflytande

De övergripande målen ska enligt handlingsplanen spegla samhällets grundvärderingar om människors lika värde – alla ska ges möjlighet att vara delaktiga och leva ett värdigt liv. Dessa värderingar ska även reflekteras i de målsättningar som finns på hälso- och sjukvårdsområdet. De övergripande målen ses som ständigt aktuella och det finns därmed ingen borte tidsgräns när de ska vara uppnådda. Det innebär att de ska gälla även efter 2017 när PRIO-satsningen är avslutad och har utvärderats.

2.2.2 Prioriterade målgrupper och insatsområden

Inom handlingsplanen har regeringen sett det särskilt motiverat att fokusera på grupperna barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Vidare lyfts kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete samt bemötande, delaktighet och inflytande som särskilt viktiga insatsområden – riktade till alla personer med psykisk ohälsa.

2.2.3 Delmål

Kopplat till de prioriterade målgrupperna och insatsområdena som beskrivs ovan finns totalt femton delmål. Syftet med delmålen är att ytterligare förtydliga vad handlingsplanen ska bidra med eller åstadkomma inom ett visst område. I PRIO-planen finns ingen tydlig koppling mellan delmålen och de övergripande målen, utan delmålen kopplas endast till de prioriterade målgrupperna och insatsområdena (se tabell 1 nedan).

Tabell 1. Delmål relaterade till målgrupper och insatsområden

MÅLGRUPP 1 Barn och unga med psykisk ohälsa	
1	Utveckla och tillgängliggöra verksamheterna i första linjen och i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri
2	Utveckla kunskap och metoder för att identifiera riskgrupper samt metoder för att rikta särskilda förebyggande insatser till barn och unga
3	Minska förekomsten av självskadande beteende, självmordsförsök och självmord hos barn och unga
4	Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen vid insatser riktade till barn och unga med psykisk ohälsa
MÅLGRUPP 2 Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik	
1	Öka kompetensen och kunskapen om personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik och dess konsekvenser samt om betydelsen att behandla somatisk sjukdom hos personer tillhörande målgruppen
2	Minska behovet av tvångsåtgärder och förbättra patientens upplevelse vid tvångsvård inom den psykiatriska heldygnsvården
3	Öka sysselsättningsgraden för personer med psykisk funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga
4	Ett mer varierat utbud av verksamheter med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning
5	Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen vid insatser riktade till personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik
INSATSOMRÅDE 1 Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete	
1	Bidra till att vården och omsorgen i ökad utsträckning bygger på bästa tillgängliga kunskap
2	Förstärka kompetensen bland personal som möter personer med psykisk ohälsa
3	Skapa förutsättningar för att vårdens och omsorgens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt
INSATSOMRÅDE 2 Bemötande, delaktighet och inflytande	
1	Öka patient- och brukarinflytande inom vården och omsorgen
2	Utveckla stödet till anhöriga till personer med psykisk ohälsa
3	Bidra till att minska stigmatiseringen av personer med psykisk ohälsa

2.2.4 Insatser

Under 2012 omfattade PRIO ett 40-tal insatser (se figur 2 och tabell 2). Totalt avsattes cirka 904 miljoner kronor under 2012. I PRIO-planen anges att 870 miljoner kronor avsätts årligen och avvikelsen beror på att det gjordes ett anslagssparande mellan 2011 och 2012, vilket innebar att det vid ingången av 2012 fanns mer medel att disponera.

En central del i PRIO är en överenskommelse mellan staten och SKL. Överenskommelsen omfattar stimulansmedel utifrån en prestationsbaserad modell samt medel för genomförandet av ett antal utvecklingsprojekt. Av de 904 miljonerna som avsattes 2012 är cirka hälften knutna till överenskommelsen med SKL. En annan omfattande (och prestations-

baserad) insats är den förstärkta vårdgarantin för barn- och unga inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri; under 2012 avsattes 214 miljoner i detta syfte. Resterande insatser är av varierande karaktär och omfattning. Myndigheter, patient- och brukarorganisationer och universitet är exempel på aktörer som tilldelats medel. Fram till 2016 gör Socialdepartementet årliga översyner av insatserna - vissa insatser avslutas medan andra ges nya medel. En mer utförlig redogörelse och analys av insatserna ges i kapitel 4.

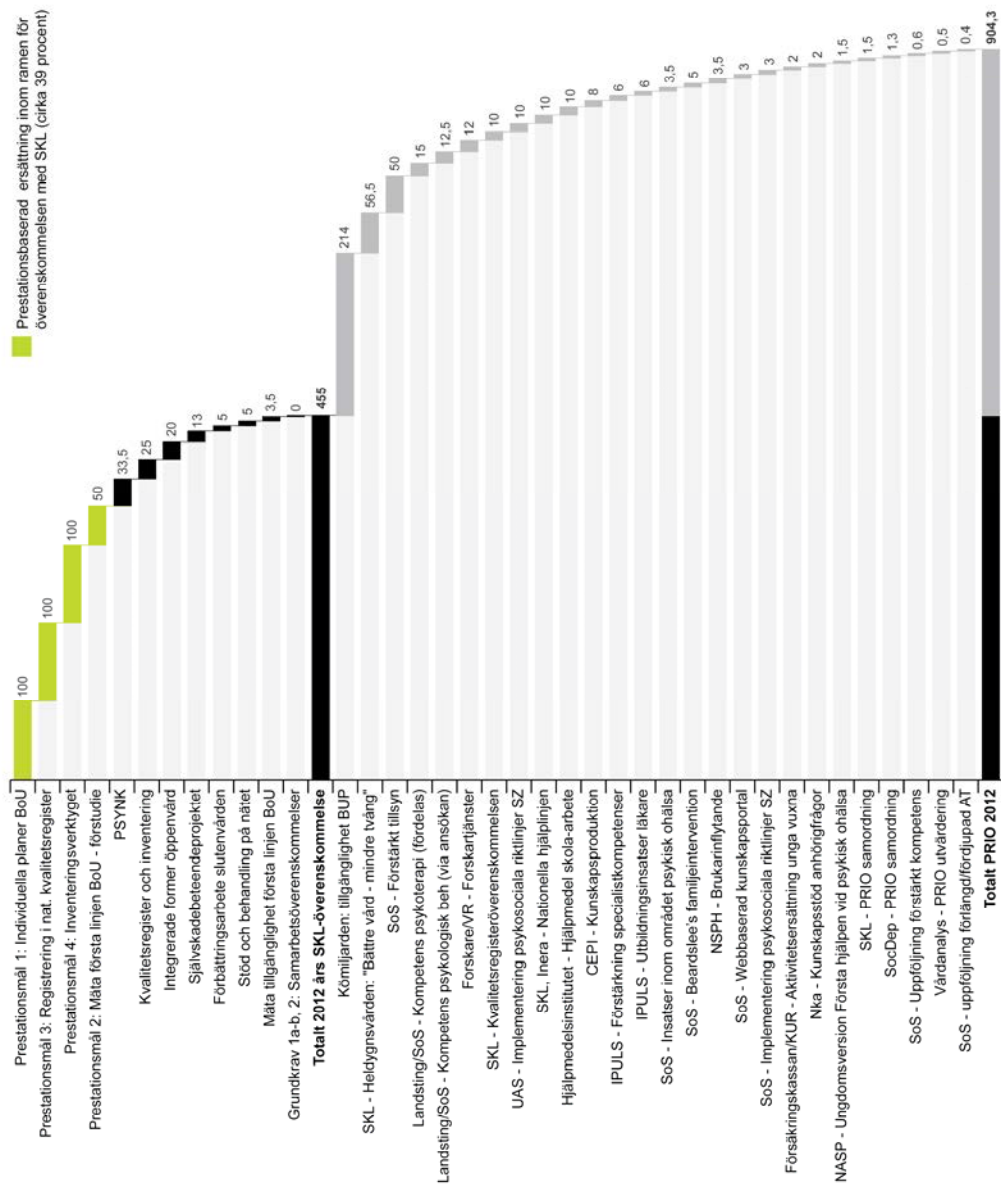
Det finns ingen offentlig sammanställning över 2012 års insatser och hur de kan kopplas till olika målgrupper eller prioriterade insatsområden; i PRIO-planen anges enbart exempel på insatser i anslutning till respektive målgrupp/insatsområde. Följaktligen redovisas inte heller någon tydlig koppling mellan insatserna och delmålen. Förklaringen som angetts är att flera insatser redan pågick då handlingsplanen beslutades – dessa insatser valdes i första hand utifrån de målsättningar som finns i skrivelsen ”En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning” (37) och kan därmed inte sägas vara ett direkt resultat av PRIO.

2.2.5 Satsningen koordineras av samordningsfunktioner inom Socialdepartementet och SKL

För att stödja utvecklingsarbetet inom ramen för PRIO på lokal, regional och nationell nivå har nationella samordningsfunktioner inrättats vid Socialdepartementet och SKL. Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har som huvuduppdrag att samordna statens insatser, att kontinuerligt följa upp satsningens resultat och att utifrån det vidta åtgärder för att förbättringar ska uppnås på de områden som handlingsplanen omfattar. Som stöd i detta arbete finns en så kallad referens- och strategigrupp knuten till samordningsfunktionen. Gruppen leds av socialministerns statssekreterare och består av representanter för Socialdepartementet, SKL, Socialstyrelsen och patient-, brukar- och anhörigorganisationen NSPH. Även barn- och äldreministerns statssekreterare ingår som ledamot. Samordningsfunktionens uppdrag löper fram till 15 augusti 2014. (42)

Också inom SKL finns en samordningsfunktion vars syfte är att bidra till genomförandet av de insatser som sker i kommuner och landsting och till erfarenhetsutbyte mellan kommuner och landsting (57).

Figur 2. 2012 års insatser och avsatta medel (miljoner kronor)



2.2.6 Samordningsfunktionen vid Socialdepartementets styrning mot de övergripande målen och delmålen

Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har tagit fram en plan som beskriver styrningen mot PRIO:s mål under 2013-2014: "Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Styrning mot målen 2013-2014 – underlag för Referens- och strategigruppen". Denna plan kommer inte att beslutas, däremot är inriktningen att dokumentet ska vara offentligt och att planen ska kommuniceras externt av samordningsfunktionen. I planen görs

en operationalisering av de övergripande målen och delmålen som innebär att målnivåer, indikatorer och datakällor definieras. I och med operationaliseringen skapas en delvis utvecklad målstruktur för PRIO (se figur 3).

Figur 3. Utvecklad målstruktur för PRIO (Vårdanalys tolkning)



För de övergripande målen har samordningsfunktionen valt ut ett antal indikatorer som ska spegla utvecklingen av psykisk ohälsa på områden där detta är särskilt viktigt. Exempel på indikatorer är förekomsten av tvångsåtgärder, självmord och patienters och brukares egna uppfattningar om delaktighet. Uppföljningen av indikatorerna avseende de övergripande målen är långsiktig och ska även fortsätta efter 2017 då utvärderingen av PRIO är avslutad.

För delmålen har samordningsfunktionen valt ut indikatorer och datakällor samt även lämnat förslag på när delmålen ska anses vara uppfyllda. I box 2 nedan ges ett exempel på operationaliseringen av ett av delmålen i satsningen som rör minskat tvång. Det bör noteras att samordningsfunktionens plan för styrningen av satsningen fortfarande är under utveckling, bland annat genom att synpunkter inhämtas från myndigheter, huvudmän och patient- och brukarorganisationer. Det innebär att exemplet som redovisas nedan kan komma att revideras i samband med att planen utvecklas.

Box 2. Exempel på samordningsfunktionens operationalisering av delmålen**Delmål: Minska behovet av tvångsåtgärder och förbättra patientens upplevelse vid tvångsvård inom den psykiatriska heldygnsvården.**Förslag att delmålet anses vara uppfyllt när:

1. Förekomsten av bältesläggning, avskiljning och tvångsmedicinering minskar mellan 2013–2016.
2. Andelen tvångsvårdade patienter som ger positiva svar på frågor som bland annat omfattar tillgången till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och sina rättigheter, känslan av delaktighet i beslutsfattandet och upplevelser i samband med tvångsåtgärder, ökar.

Detta kan följas upp genom uppgifter i Patientregistret och genom en nationell patient- och brukarundersökning 2014 och 2016 som omfattar särskilda frågor till tvångsvårdade patienter. Det senare finns inte i dag utan måste utvecklas och prövas om målet ska kunna följas upp utifrån det perspektivet. Forum inom ramen för projektet Bättre vård – mindre tvång och de PRIO-dialoger som genomförs i länen, blir viktiga arenor både för att diskutera hur målet kan följas och för att få underlag till bedömningen av utvecklingen inom området. och planera sina insatser tillsammans med berörda myndigheter och organisationer. I kommunernas ansvar ingår att också skaffa sig kunskap om situationen för personer med psykisk ohälsa och informera om socialtjänstens verksamheter. I vissa fall har kommunen möjlighet att utöva tvångsvård.

2.3 TIDIGARE STATLIGA SATSNINGAR INOM OMRÅDET PSYKISK OHÄLSA UNDER DE SENASTE TVÅ DECENNIERNA

Blandade effekter av statens satsningar på vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa

Sedan början av 1990-talet har flera stora statliga satsningar genomförts på vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa. En sammanfattande bedömning utifrån utvärderingar av reformerna är att effekterna har varit blandade. Flera framsteg har noterats bland annat vad gäller utvecklingen av vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa, bättre boendestöd i kommunerna, samt förbättrade förutsättningar för kunskapsbaserad vård. Uppmärksammade svagheter har bland annat varit otillräckliga satsningar på äldre med psykisk ohälsa, bristande samverkan mellan berörda aktörer i förbättringsarbetet och en för långsam utveckling på området delaktighet och inflytande. En generell kritik som riktats mot satsningarna är att de har varit otydligt formulerade, över- eller underdimensionerade ekonomiskt och svåra att följa upp. I flera fall har det varit oklart i vilken mån det har funnits en reell koppling mellan de statliga satsningarna och de förändringar som skett inom den psykiatriska vården och omsorgen.

1995 års psykiatrireform

I slutet av 80-talet gav regeringen ett utredningsuppdrag om att se över samverkansformerna mellan psykiatrin och socialtjänsten. Särskild tonvikt skulle läggas vid stöd och sociala insatser för personer med långvarig psykisk sjukdom. Utredningen lämnade flera olika förslag som i delar resulterade i en proposition från regeringen (31). Det övergripande syftet med reformen var att förbättra samordningen av stödet till den enskilde genom att stärka samverkan mellan olika berörda aktörer och att främja vård i öppnare former. I propositionen föreslog regeringen bland annat att kommunernas ansvar för insatser till personer med psykiskt funktionshinder skulle förtydligas genom en justering av Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). Ytterligare ett centralt inslag var införandet av ett kommunalt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter. Totalt tillförde regeringen drygt en miljard kronor under tre år i form av tillfälliga stimulansbidrag för att stödja genomförandet av reformen. Flera utvärderingar har gjorts av satsningarna. En bedömning var att reformen lett till flera positiva effekter, men att viktiga delar i förbättringsarbetet hade stannat av i samband med att de statliga stimulansmedlen upphörde (34). Se även Socialstyrelsens slututvärdering av reformen (59).

Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården 2001-2004, 2005-2007

Psykiatrireformens satsningar åtföljdes i början av 2000-talet av en nationell och mer övergripande satsning på hälso- och sjukvårdsområdet. I propositionen Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (33) pekade regeringen ut flera strukturella brister och utmaningar bland annat inom psykiatrin. Bedömningen var att särskilda grupper med psykisk ohälsa skulle prioriteras: barn och ungdomar, psykiskt funktionshindrade med både somatiska och psykiska vårdbehov, samt äldre med psykiatriska vårdbehov. Totalt tillförde regeringen ett resurstillskott på nio miljarder kronor för fördelning mellan landsting och kommuner under åren 2001-2004. Inriktningen för medlens användning styrdes genom ett avtal om utvecklingsinsatser med dåvarande Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Genom avtalet förband sig landstingen och kommunerna att utveckla förebyggande stöd för barn och unga med tecken på psykiska problem och att samordna insatserna mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin. De skulle även utveckla samverkan mellan landstingens primärvård, psykiatrin och socialtjänsten i syfte att stärka insatserna för psykiskt funktionshindrade. Äldre personer med psykiatriska vårdbehov skulle identifieras och erbjudas adekvat vård.

Socialstyrelsen fick i uppdrag att utvärdera den nationella handlingsplanen. Utvärderingens sammanfattande bedömning var att handlingsplanen hade haft begränsad inverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling. På psykiatrins område hade landstingen påbörjat aktiviteter för att förbättra vård och förebyggande insatser gentemot barn och unga. Insatser för psykiskt funktionshindrade och äldre med psykisk ohälsa bedömdes däremot som otillräckliga. Socialstyrelsen konstaterade också att landstingen inte hade lyckats omfördela resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvård och psykiatrin (60). Kort efter Socialstyrelsens utvärdering enades staten, Landstingsförbundet och

Kommunförbundet om att fortsätta det utvecklingsarbete som påbörjats med den nationella handlingsplanen. Nya överenskommelser tecknades, bland annat för psykiatrin. Den ursprungliga inriktningen i handlingsplanen låg fast, men det beslutades att en kraftsamling skulle göras på de områden där Socialstyrelsens uppföljning visat på svaga resultat. I princip innebar det att landstingen skulle fortsätta att prioritera de områden inom psykiatrin som identifierats som angelägna i 2004 års handlingsplan. Satsningen innebar inte några särskilda stimulansmedel, utan bestod av ett permanent statsbidrag till kommuner och landsting, varav 500 miljoner kronor avsåg psykiatrin. År 2008 kom Socialstyrelsen med en utvärdering av effekterna av det fortsatta utvecklingsarbetet inom ramen för handlingsplanen. Den sammanfattande bedömningen kring satsningarna var att landstingen till delar arbetade för att nå målsättningarna i överenskommelsen, men att äldre med psykisk ohälsa kommit på undantag. Bedömningen var också att det var oklart om förbättringsarbetet inom psykiatrin hade kommit till stånd som ett resultat av överenskommelserna eller av andra satsningar. Dessa slutsatser förstärktes av Riksrevisionens granskning på området som menade att satsningarnas effekter var svåra att spåra till följd av landstingens otillräckliga redovisning av hur medlen använts (51). Man menade också att satsningarna i praktiken inte hade medfört några större resurstillskott till psykiatrin.

”Miltonutredningen” 2003-2006 och regeringens psykiatrisatsning 2007-2011

Parallellt med de pågående satsningarna inom ramen för nationell handlingsplan tillsatte regeringen den så kallade Miltonutredningen (34). Utredningen, som formellt hade namnet Nationell psykiatrisamordning, fick 2003 i uppdrag av regeringen att ta ett helhetsgrepp kring utmaningarna inom psykiatrin genom att se över frågor rörande arbetsformer, samordning, resurser, personal och kompetens. Särskild uppmärksamhet skulle ägnas åt personer med allvarliga psykiska sjukdomar eller funktionshinder. De strategier som användes för att genomföra psykiatrireformen från 1995 och deras effekter låg till grund för de förslag och bedömningar som lämnades. Utredningen lade flera förslag om bland annat bättre boendestöd, sysselsättningsåtgärder och rehabilitering för personer med psykiska funktionshinder. Ytterligare centrala inslag var förslag om stärkt brukarinflytande och samordning av statens insatser på området. Åren 2005–2006 genomförde regeringen också en ekonomisk satsning på psykiatri och socialtjänst. Satsningen omfattade dels 500 miljoner i projektmedel till landsting och kommuner, dels 200 miljoner för ett antal nationella utvecklingsprojekt. Projekten som genomfördes inom ramen för den här satsningen kallas ibland för ”Miltonprojekt”.

Med avstamp i Miltonutredningens analyser och bedömningar formulerade regeringen en strategi för fortsatta statliga insatser på området: ”En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning” (37). Fokusområden för satsningen var vården, vardagen och valfriheten. I uppdraget betonades att barn, vuxna och äldre med psykisk sjukdom skulle ha tillgång till kunskapsbaserad vård och rehabilitering och att utbudet av arbete, sysselsättning och boendeformer skulle vara varierat och behovsanpassat. Det betonades också att personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning skulle erbjudas inflytande över vem som utför vård- och rehabiliteringsinsatser och innehållet i vården. Satsningen pågick mellan 2007 och 2011 och uppgick till 3,7 miljarder kronor.

Statskontoret ansvarade för utvärderingen och lämnade slutrapport i augusti 2012 (87). I rapporten konstaterades att flera av målen med satsningen nåddes: förutsättningarna för en god och kunskapsbaserad vård förbättrades, den specialpsykiatriska vården för barn och unga blev mer tillgänglig, utbudet av sysselsättningsaktiviteter ökade. Ett område där utvecklingen inte bedömdes vara tillfredställande var delaktighet och inflytande. Några generella slutsatser var att målen var ottydligt formulerade, att bristen på data utgjorde ett hinder för utvärderingen, att satsningen var ekonomiskt överdimensionerad och att kontrollen över de medel som användes var bristfällig.

2.4 ANDRA PÅGÅENDE NATIONELLA AKTIVITETER MED KOPPLING TILL PSYKISK OHÄLSA

Utöver PRIO finns ett antal centrala nationella aktiviteter inom området psykisk ohälsa. Nedan ges en kortfattad beskrivning av några av dessa.

Kömiljarden

Kömiljarden är en överenskommelse mellan regeringen och SKL som innebär att landstingen tilldelas ett prestationsbaserat resurstillskott på en miljard kronor (att dela på) per år som ett incitament för att korta väntetiderna i vården (49). Överenskommelsen lanserades i september 2008 och förlängdes 2011 till och med 2014. Kriterierna för kömiljarden omförhandlas varje år och kraven för att få ta del av den har stegvis höjts. 2012 års överenskommelse omfattade, utöver kömiljarden, 214 miljoner kronor extra för att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Denna satsning ingår som en del av PRIO.

En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken

Regeringen presenterade den 16 juni 2011 en strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken i Sverige 2011-2016. Syftet med strategin är att presentera politikens inriktning, med konkreta mål för samhällets insatser samt hur resultaten ska följas upp under de kommande fem åren. Relaterat till området psykisk ohälsa finns insatser som rör påverkan av kunskaper om och attityderna till psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. (39)

Förstärkt elevhälsa

Skolverket har fått i uppdrag av regeringen att genomföra insatser för en förstärkt elevhälsa under perioden 2012-2015. Satsningen omfattar 641 miljoner kronor som till största delen (625 miljoner) ska utgöra bidrag till personalförstärkningar. I uppdraget ingår att sprida information om möjligheten för skolhuvudmän att ansöka om statsbidrag till personalförstärkningar, att erbjuda utbildningsinsatser kring elevhälsa och psykisk ohälsa hos barn samt att utarbeta material om regelverk och evidensbaserad praktik. Skolverket ska

även föreslå en modell för att följa upp kvaliteten på och tillgången till elevhälsa, för att den ska utvecklas i enlighet med lagens intentioner. (40)

Rehabiliteringsgarantin

Det primära målet med rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserade medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland män och kvinnor i arbetsför ålder. (89)

Evidensbaserad praktik

Under 2008 kom utredningen "Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten - till nytta för brukaren" (36) fram till att kunskapsbasen för insatserna inom socialtjänsten är outvecklad och att det fanns behov av insatser på området. Mot bakgrund av detta har staten och SKL ingått årliga överenskommelser för att skapa en plattform av insatser. Bland annat ges stöd till utveckling av e-tjänster inom socialtjänsten som ska ge ökade möjligheter till samordning med andra aktörer och under 2013 kommer man specifikt ge stöd till regionala utvecklingsarbeten inom verksamhetsområdet stöd till personer med funktionsnedsättning. (47)

Nationella kvalitetsregister

Inom ramen för en nationell satsning under åren 2012-2016 fördelas cirka 350 miljoner kronor per år till stat, kommuner och landsting för att utveckla och finansiera Nationella kvalitetsregister inom vård och omsorg. Bland dessa återfinns flera med inriktning mot det psykiatriska området, till exempel Bipolär, Psykos, RIKSÄT och BUSA (41).

Psykiatrilagsutredningen

Psykiatrilagsutredningen har haft i uppdrag att göra en översyn av Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) samt lämna förslag till en ny lagstiftning på området. Utredningen lämnade sitt betänkande (44) i april 2012. I utredningen förslås bland annat att LPT och LRV ska upphävas och att en ny lag som omfattar all psykiatrisk tvångsvård ska inrättas. I förslaget definieras även när och i vilka former tvångsvård ska få användas. Vidare förslås att rättspsykiatrisk vård ska avskaffas som möjlig påföljd i domstol. Förslaget bereds för närvarande inom Socialdepartementet.

En mer jämlik vård

I arbetet mot att komma till rätta med omotiverade skillnader i vården presenterade regeringen 2012 en strategi för ökad jämlikhet (45). I skrivelsen redovisas regeringens värdegrund samt prioriterade fokusområden för arbetet – där ingår bland annat vård vid psykisk ohälsa.



3 Vårdanalys plan för uppföljnings- och utvärderingsarbetet 2013-2017

I kapitlet beskrivs hur Vårdanalys avser att följa upp och utvärdera PRIO-satsningens mål och insatser mellan 2013 och 2017. Kapitlet inleds med en redogörelse för Vårdanalys övergripande ansats för utvärderingen. Sist i kapitlet beskrivs hur Vårdanalys ser på rollfördelningen mellan myndigheten och samordningsfunktionen vid Socialdepartementet.

3.1 VÅRDANALYS ÖVERGRIPANDE ANSATS FÖR UTVÄRDERINGEN AV PRIO

3.1.1 Patient- och brukarperspektivet samt effektivitetsperspektivet är centrala

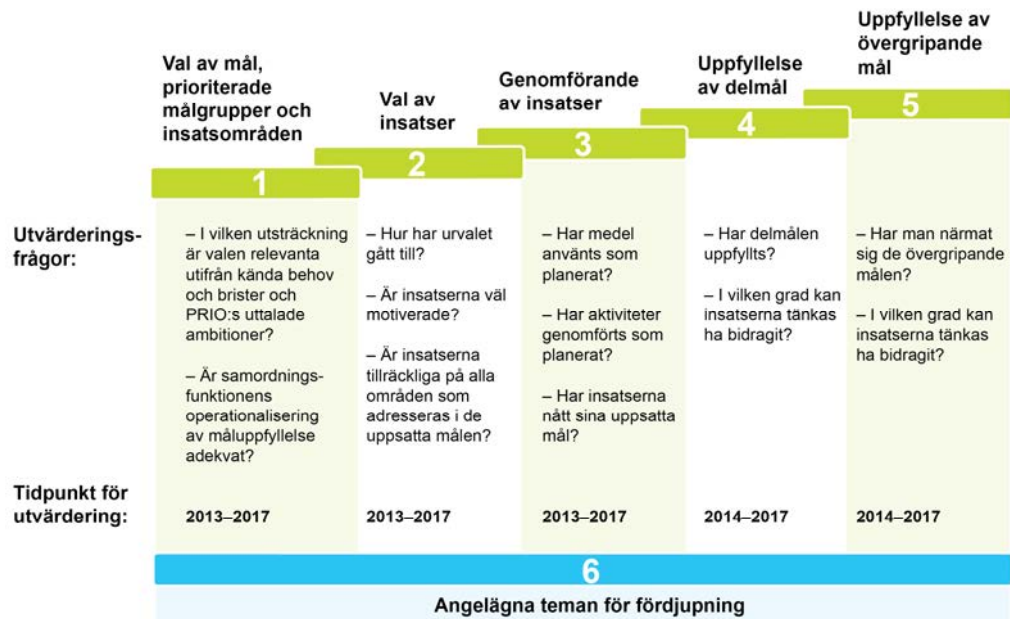
Vårdanalys övergripande uppdrag är att följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården samt gränssnittet mellan vård och omsorg ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv (38). I Vårdanalys definition av patient- och brukarperspektivet inkluderas även närstående. Detta innebär att Vårdanalys analyser tar sin huvudsakliga utgångspunkt i värden som är viktiga för patienter, brukare och medborgare. Vår ambition är därför att följa satsningen utifrån indikatorer och datakällor som speglar patienternas och brukarnas situation och initiera fördjupningsstudier med ett tydligt patient- och brukarfokus. Därmed är det också viktigt att ha en nära dialog med patienter och brukare i utvärderingen av PRIO. Under våren 2013 har Vårdanalys haft ett flertal kontakter och samrått med NSPH, ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. NSPH avser att själva följa PRIO på nära håll och det är Vårdanalys förhoppning att vi ska kunna dra nytta av detta i vår fortsatta utvärdering, till exempel genom att det upprättas patient- och brukarpaneler som kan följa och kommentera PRIO:s utveckling. Vårdanalys patientråd fungerar också som ett viktigt bollplank i utvärderingen.

Enligt Vårdanalys instruktion ska myndigheten även genomföra effektivitetsgranskningar av statliga satsningar. Därför är också effektivitetsperspektivet centralt i utvärderingen – ytterst handlar det om att så långt det är möjligt säkerställa att PRIO:s resurser används på ett effektivt sätt och att satsningen skapar mesta möjliga nytta för personer med psykisk ohälsa. I det aktuella sammanhanget kan detta ske på olika sätt, exempelvis genom att analysera fördelningen av medel mellan olika insatsområden, granskning av ekonomiska redovisningar samt utvärderingsfrågor om hur beviljade medel har använts och vilka resultat som har uppnåtts.

3.2 VÅRDANALYS UTVÄRDERINGSMODELL

Utvärderingen av PRIO planeras att ske i sex steg, enligt en modell som illustreras nedan (figur 4). Av utvärderingsmodellen framgår våra huvudfrågeställningar samt tidpunkter när utvärderingen kommer att ske. I följande stycken beskrivs de olika stegen närmare.

Figur 4. Vårdanalys utvärderingsmodell för PRIO



3.2.1 Steg 1. Ansats för utvärdering av val av övergripande mål, delmål, prioriterade målgrupper och insatsområden

Valen av övergripande mål, delmål, prioriterade målgrupper och insatsområden i PRIO är avgörande för vad satsningen kommer att kunna uppnå på området psykisk ohälsa. Exempelvis medför valet att fokusera på vissa målgrupper med nödvändighet att andra målgrupper inte prioriteras lika högt. Trots att det inte definieras inom ramen för vårt uppdrag (se bilaga 1) kommer Vårdanalys därför, som ett första steg i vår utvärdering, att utvärdera valen av mål och prioriterade grupper/insatsområden.

En fullständig utvärdering av huruvida PRIO ringat in ”rätt” grupper, områden och mål skulle kräva en omfattande behovsanalys för hela målgruppen (alla med psykisk ohälsa). Ett sådant underlag saknas och Vårdanalys har heller inte möjlighet att ta fram ett sådant inom ramen för det aktuella uppdraget. I vår utvärdering kommer vi därför i första hand att analysera om valen av prioriterade målgrupper och insatsområden är motiverade och i vilken utsträckning de formulerade målen adresserar relevanta behov och brister. Med andra ord analyseras möjliga grupper/områden inte i förhållande till varandra. Detta hindrar dock inte att Vårdanalys samtidigt noterar om det finns andra grupper/områden/behov som kunde ha lyfts fram tydligare i PRIO.

Det bör i sammanhanget påpekas att de övergripande målen närmast kan beskrivas som visioner; målen är ständigt aktuella och har ingen borte tidsgräns, vilket också poängteras i handlingsplanen. Vårdanalys tolkar att målen i första hand syftar till att beskriva hur situationen för personer med psykisk ohälsa skulle se ut i ett bästa tänkbara scenario, samt för att uttrycka politisk vilja. Detta i sig komplicerar bedömningen av hur ”korrekta” dessa mål är i förhållande till andra tänkbara mål.

Som underlag för den samlade utvärderingen av val av övergripande mål, delmål, prioriterade målgrupper och insatsområden kommer Vårdanalys att utgå från litteraturgenomgångar, analys av offentlig statistik, intervjuer med bland andra brukarrepresentanter samt synpunkter från Vårdanalys expertråd för PRIO. Vår första bedömning redovisas i den aktuella lägesrapporten. Ytterligare utvärderingar av val av mål kan bli aktuella om det sker revideringar av målen och hur de formuleras.

Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har ambitionen att operationalisera uppföljningen av samtliga mål genom att välja ut lämpliga mått och indikatorer. Sådana mått är nödvändiga både för att kunna följa den långsiktiga utvecklingen på området och som underlag för den fortsatta styrningen och utvecklingen av PRIO. Arbetet med en operationalisering av målen beskrivs närmare i avsnitt 2.2.6. När Vårdanalys (från och med 2014) utvärderar måluppfyllelse kommer vi i första hand att utgå från samordningsfunktionens föreslagna indikatorer och (i de fall sådana anges) definierade målnivåer, samtidigt som vi inom ramen för Steg 1 gör en bedömning av hur adekvata dessa är. Vårdanalys avser att ha en löpande dialog med samordningsfunktionen kring valet av indikatorer (se vidare avsnitt 3.9).

Utvärderingsfrågor:

- *I vilken utsträckning speglar valet av övergripande mål relevanta behov och brister?*
- *Är det motiverat att rikta särskilt fokus mot de utvalda målgrupperna och insatsområdena, och i vilken utsträckning bedöms de därtill kopplade delmålen som relevanta?*
- *Finns det uttalade ambitioner i handlingsplanen som inte adresseras i tillräcklig utsträckning genom valda mål?*
- *Är samordningsfunktionens operationalisering av måluppfyllelsen adekvat vad gäller val av indikatorer, datakällor och definierade målnivåer?*

3.2.2 Steg 2. Ansats för utvärdering av val av insatser

Det andra steget i Vårdanalys utvärdering är att bedöma i vilken grad insatserna är rätt valda för att nå de formulerade målen. Som underlag för utvärderingen kommer Vårdanalys i första hand att granska tillgängliga dokument som på olika sätt berör insatserna, till exempel regeringsbeslut och inkomna insatsredovisningar, samt genomföra intervjuer och möten med olika experter och berörda aktörer. En utvärdering av valet av insatser kommer att redovisas i samtliga rapporter fram till 2017.

Utvärderingsfrågor:

- *Hur har urvalet gått till?*
- *Är insatserna väl motiverade?*
- *Är insatserna tillräckliga på alla områden som adresseras i de uppsatta målen?*

3.2.3 Steg 3. Ansats för utvärdering av genomförande av insatser

Det tredje steget handlar om att bedöma i vilken grad insatserna har varit lyckade. Utvärderingen kommer framför allt att baseras på insatsernas egen återrapportering via Socialdepartementets och SKL:s samordningsfunktioner samt, om det bedöms nödvändigt, med kompletterande datainsamling. För insatser som bedöms vara av särskilt intresse kan det bli aktuellt med djupare utvärdering (se vidare steg 6). En utvärdering av hur insatserna genomförts kommer att redovisas i samtliga rapporter fram till 2017.

Utvärderingsfrågor:

- *Har medel använts som planerat?*
- *Har aktiviteter genomförts som planerat?*
- *Har insatserna nått sina uppsatta mål?*

3.2.4 Steg 4. Ansats för utvärdering av uppfyllelse av delmål

I det fjärde steget utvärderas i vilken utsträckning delmålen har uppfyllts. Samordningsfunktionens operationalisering av hur målen kan mätas kommer att utgöra Vårdanalys utgångspunkt för bedömning, men vi kommer samtidigt att förhålla oss kritiska och vid behov använda alternativa indikatorer och datakällor. Bedömningen kommer att göras med stöd av Vårdanalys expertråd för PRIO. Vårdanalys utvärdering av måluppfyllelse avseende delmålen redovisas från och med 2014 års lägesrapport.

Som framgår av utvärderingsfrågorna nedan är det Vårdanalys ambition att bedöma i vilken utsträckning insatserna har påverkat utfallet på de indikatorer och mått som ska operationalisera delmålen. Det ska dock tilläggas att det sannolikt i flera fall kommer att vara mycket svårt att belägga en sådan koppling på nationell nivå. Detta gäller både för de övergripande målen och delmålen. Av detta följer att utvärderingens tonvikt ligger på insatsnivå snarare än på målnivå.

Utvärderingsfrågor:

- *I vilken uträkning har delmålen uppnåtts?*
- *I vilken utsträckning kan PRIO tänkas ha bidragit?*
 - *Hur tydlig är den teoretiska kopplingen mellan insatser och mål; kan insatserna påverka utfallet?*
 - *Är det sannolikt att de faktiska effekterna av insatserna har varit tillräckligt stora för att också påverka utfallet på delmålnivå?*

- *Ses ett trendbrott i den historiska utvecklingen för målet, eller fortsätter tidigare observerad trend?*
- *Finns det andra förhållanden (till exempel andra satsningar och ekonomiska förändringar) som kan ha påverkat graden av måluppfyllelse?*

3.2.5 Steg 5. Ansats för utvärdering av uppfyllelse av övergripande mål

I det femte steget utvärderas i vilken utsträckning de övergripande målen har uppfyllts. Även i detta fall kommer Vårdanalys att utgå från samordningsfunktionens föreslagna indikatorer, men vi kommer i likhet med utvärderingen av delmålen att ha ett kritiskt förhållningssätt och vid behov utgå från kompletterande mått. Bedömningen kommer att göras med stöd av Vårdanalys expertråd för PRIO. Vårdanalys utvärdering av måluppfyllelse avseende de övergripande målen redovisas från och med 2014 års lägesrapport. En slutgiltig bedömning lämnas i 2017 års slutrapport. Liksom ovan (avsnitt 3.2.4) bör det också här tilläggas att det sannolikt i flera fall kommer att vara svårt att bedöma om och i vilken utsträckning PRIO:s insatser har påverkat utfallet på de indikatorer och mått som ska användas för att mäta måluppfyllelse, även om detta är vår ambition.

Utvärderingsfrågor:

- *Hur ser utvecklingen ut på de områden som målen adresserar; ses ett trendbrott eller är situationen oförändrad?*
- *I vilken utsträckning kan PRIO tänkas ha bidragit till uppfyllelse av målen?*
 - *Hur tydlig är den teoretiska kopplingen mellan insatser och mål; kan insatserna påverka utfallet?*
 - *Är det sannolikt att de faktiska effekterna av insatserna har varit tillräckligt stora för att bidra till måluppfyllelse?*
 - *Finns det andra förhållanden (till exempel andra satsningar och ekonomiska förändringar) som kan ha påverkat graden av måluppfyllelse?*

3.2.6 Steg 6. Angelägna teman för fördjupning

Enligt regeringsuppdraget ska Vårdanalys uppmärksamma övriga iakttagelser och förhållanden som myndigheten finner lämpliga för att spegla effekterna av satsningen. Vi kommer därför att initiera fördjupningsstudier som kan avse både enskilda insatser och/eller specifika frågor eller områden. I avsnitt 4.4 redovisas Vårdanalys förslag på en inledande fördjupningsstudie.

3.3 VÅRDANALYS ROLL I FÖRHÅLLANDE TILL SAMORDNINGSFUNKTIONEN VID SOCIALDEPARTEMENTET

Av Vårdanalys regeringsuppdrag framgår, som beskrivs ovan, att handlingsplanen ska följas upp och utvärderas på insats- och målnivå. Även samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har en uppföljande roll i satsningen. Enligt regeringsbeslut (42) ska samord-

ningsfunktionen ”följa upp hur handlingsplanens mål uppfylls”. För att minska risken för överlapp och dubbelarbete har Vårdanalys haft en dialog med samordningsfunktionen kring denna fråga och rollerna har tydliggjorts.

Samordningsfunktionen ansvarar för att hålla en löpande kontakt med de aktörer som genomför insatserna och för insamling av insatsredovisningar, samt förser Vårdanalys med relevant underlag för insatsutvärderingen. Samordningsfunktionen väljer också, genom referens- och strategigruppen, ut indikatorer och mått som ska användas för att följa i vilken utsträckning målen med satsningen uppnås (se även avsnitt 2.2.6 samt 5.1).

Vårdanalys roll är av utvärderande karaktär. Det innebär att Vårdanalys analyserar om insatserna leder till att delmålen och i slutändan de övergripande målen med satsningen uppnås. I arbetet med den här rapporten har Vårdanalys gjort en omfattande genomgång av indikatorer och datakällor som kan sägas spegla satsningens mål. Vårdanalys har dock valt att inte presentera egna indikatorer för utvärderingen utan kommer i första hand att utgå från de indikatorer och datakällor som finns i samordningsfunktionens plan. Det främsta skälet till detta är att Vårdanalys anser att de som är ansvariga för den fortsatta styrningen av PRIO själva bör definiera hur målen ska följas upp. Det är också angeläget att det inte utarbetas parallella, delvis överlappande, indikatorramverk för uppföljning på nationell nivå; det ökar risken för dubbelarbete, skapar otydlighet gentemot berörda intressenter samt riskerar att öka uppföljningsbördan hos bland annat kommuner och lands-ting. Samtidigt var det en av rekommendationerna i Statskontorets utvärdering av Statens psykiatrisatsning 2007–2011 (87) att Vårdanalys i sin uppföljning av PRIO borde integreras i arbetet med att formulera indikatorer för måluppfyllelse. Under våren 2013 har Vårdanalys därför haft en dialog med samordningsfunktionen kring lämpliga indikatorer och mått och ser positivt en fortsatt dialog kring detta. Om Vårdanalys, trots löpande samråd, uppfattar att samordningsfunktionens indikatorer är bristfälliga så kommer vi i vår utvärdering att utgå från alternativa mått. Vårdanalys kommer också att göra en självständig bedömning av måluppfyllelse med stöd av myndighetens expertråd.



4 2013 års utvärdering av PRIO

4.1 STEG 1. BEDÖMNING AV VAL AV ÖVERGRIPANDE MÅL, DELMÅL, PRIORITERADE MÅLGRUPPER OCH INSATSOMRÅDEN

4.1.1 Underlag och metod

Som huvudsakligt underlag för den aktuella utvärderingen har Vårdanalys genomfört litteraturstudier vilka huvudsakligen redovisas som en del av avsnitt 4.1.3 (notera att genomgången inte omfattar referenser som publicerats senare än juni 2013). I tillägg har Vårdanalys intervjuat patient- och brukarrepresentanter och olika experter, samt genomfört studiebesök vid en mottagning för första linjens barn- och ungdomspsykiatri ("Hamnen", en del av Gustavsbergs vårdcentral) och Lidingö Socialpsykiatri. Vårdanalys har också diskuterat de olika områdena med Vårdanalys expertråd för PRIO.

Det är viktigt att poängtera, vilket också kommenteras i avsnitt 3.3, att det saknas en fullständig behovsanalys för den samlade målgruppen. Vårdanalys utvärdering baseras därför i första hand på en bedömning av i vilken utsträckning de valda målen är relevanta i förhållande till kända behov och brister och PRIO:s uttalade ambitioner. Det ska också upprepas att samordningsfunktionens operationalisering av målen fortfarande är under utveckling varför denna fråga inte bedöms inom ramen för den aktuella rapporten.

Avsnittet är uppdelat i två huvudstycken: *4.1.2 Bedömning av val av övergripande mål* samt *4.1.3 Bedömning av val av målgrupper, prioriterade insatsområden och därtill kopplade delmål*. Vårdanalys sammanfattande bedömningar redovisas i grå boxar.

Utvärderingsfrågor:

- *I vilken utsträckning speglar valet av övergripande mål relevanta behov och brister?*
- *Är det motiverat att rikta särskilt fokus mot de utvalda målgrupperna och insatsområdena, och i vilken utsträckning bedöms de därtill kopplade delmålen som relevanta?*
- *Finns det uttalade ambitioner i handlingsplanen som inte adresseras i tillräcklig utsträckning genom valda mål?*

4.1.2 Bedömning av val av övergripande mål

PRIO:s övergripande mål är:

1. En jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet
2. Tillgång till arbete och anpassad sysselsättning
3. Möjlighet till delaktighet och inflytande

Övergripande mål: Sammanfattande bedömning

- Vårdanalys generella bedömning är att samtliga övergripande mål adresserar relevanta behov för den samlade målgruppen. Det noteras dock att den bristande boendesituationen inte berörs i något av de formulerade målen.
- Vissa av målformuleringarna skulle kunna utvecklas för att bli mer tydliga:
 - Det första övergripande målet som rör vården och omsorgen skulle kunna utvecklas med utgångspunkt i Socialstyrelsens etablerade ramverk för "God vård" och "God omsorg". Därmed skulle även relevanta aspekter som effektivitet, helhet och samordning samt delaktighet och inflytande ingå i målet.
 - Det är oklart om den tredje målsättningen som rör delaktighet och inflytande omfattar såväl vård och omsorg som samhället i stort. Vårdanalys anser att båda dessa aspekter bör adresseras.

Samtliga mål bedöms som relevanta – men fokus på boendesituationen saknas

Vårdanalys sammantagna bedömning är att de övergripande målen fokuserar på relevanta behov för personer med psykisk ohälsa - inget av målen bedöms vara överflödigt eller irrelevant.

Vi noterar dock att den bristande boendesituationen inte adresseras i PRIO. Ett eget hem är avgörande för den totala livssituationen, men för delar av målgruppen är detta inte alltid en självklarhet (se vidare under 4.1.3). Behovet har också betonats upprepade gånger av Vårdanalys expertråd samt av de patient- och brukarorganisationer som Vårdanalys varit i kontakt med. Eftersom frågan dessutom berörs i flera insatser är vår bedömning att en förbättrad boendesituation bör ingå bland de övergripande målsättningarna, alternativt formuleras som ett delmål under målgrupp 2 (personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik). Målet bör omfatta såväl tillgång till boende som tillgång till stöd i boendet.

Det kan tilläggas att Vårdanalys ser fler problemområden som inte berörs i satsningen, exempelvis målgruppens privatekonomiska situation – något som också NSPH lyfter fram. Med begränsade resurser är det dock nödvändigt att prioritera och om målstrukturen ska utvecklas bedömer Vårdanalys att PRIO har större möjligheter att göra mer direkt skillnad på boende-området.

Målet som rör delaktighet och inflytande är otydligt

Det tredje övergripande målet, "Möjlighet till delaktighet och inflytande", kan rymma flera aspekter (se vidare under 4.1.3). Inom vården och omsorgen kan delaktighet och inflytande exempelvis innebära en möjlighet att påverka sin behandling. I samhället i stort kan målet

innebära att minska stigmatisering och diskriminering av personer med psykisk ohälsa. Eftersom det är olika insatser som kan förväntas öka möjligheten till delaktighet och inflytande i (1) vården och omsorgen och i (2) samhället i stort bör målsättningen förtydligas. Samtidigt är det Vårdanalys rekommendation att båda dessa aspekter adresseras.

Målet som rör vård och omsorg kan utvecklas

Samlingsbegreppen ”god vård” och ”god omsorg” kan beskrivas enligt två etablerade ramverk, framtagna av Socialstyrelsen (61, 66). Ramverken sammanfattas i box 3 nedan. Det första övergripande målet i PRIO, ”En jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet”, är mycket brett. Det rymmer åtminstone fyra av sex kvalitetsdimensioner i Socialstyrelsens ramverk för god vård: ”kunskapsbaserad och ändamålsenlig” finns med, liksom ”säker”, ”jämlik” och ”i rimlig tid” (benämns tillgänglig). Tillägget ”... av god kvalitet” gör att också övriga kvalitetsdimensioner i ramverken för god vård och omsorg kan hävdas ingå i målet, om än implicit.

Vårdanalys anser att formuleringen av det första övergripande målet skulle kunna utvecklas genom att i (ännu) högre utsträckning utgå från Socialstyrelsens ramverk. Det skulle bland annat innebära att de viktiga aspekterna ”effektivitet” och ”helhetssyn och samordning” lyfts fram tydligare. Vidare skulle även delaktighet och inflytande i vården och omsorgen (idag del av det tredje övergripande målet, enligt Vårdanalys tolkning) omfattas av detta mål, eftersom denna aspekt i allt väsentligt motsvaras av begreppen ”patientfokuserad hälso- och sjukvård” och ”självbestämmande och integritet” i Socialstyrelsens ramverk. Detta, i sin tur, skulle göra det möjligt att renodla det tredje övergripande målet (”Möjlighet till delaktighet och inflytande”) till att i första hand avse delaktighet och inflytande i samhället. Här ska dock betonas att betydelsen av delaktighet och inflytande i vården och omsorgen inte bör betraktas som mindre för att det lyfts in som en del av ett större övergripande mål.

Box 3. Definitioner på god vård och omsorg (Socialstyrelsen)

God vård:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlik hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid

God vård och omsorg i Socialtjänsten:

- Kunskapsbaserad verksamhet
- Trygghet och säkerhet
- Självbestämmande och integritet (delaktighet och inflytande)
- Effektivitet
- Helhetssyn och samordning
- Tillgänglighet

En utvecklad målstruktur

I ett försök att sammanfatta hur de övergripande målen kan kompletteras och förtydligas har Vårdanalys tagit fram ett förslag på hur en utvecklad struktur av de övergripande målen skulle kunna se ut. Enligt förslaget formuleras de övergripande målen under två rubriker: "God vård och omsorg", respektive "Delaktighet och inflytande i samhället" (se figur 5, nedan). Det ska dock påpekas att det är fullt möjligt att utveckla målen enligt de förslag som ges i styckena ovan också inom ramen för den ursprungliga målstrukturen.

Figur 5. Vårdanalys illustration av hur de övergripande målen skulle kunna kompletteras och förtydligas genom en utvecklad målstruktur



4.1.3 Bedömning av val av målgrupper, prioriterade insatsområden och därtill kopplade delmål

Målgrupperna och insatsområdena behandlas i olika delavsnitt nedan. Varje delavsnitt innehåller en litteraturöversikt som samtidigt utgör huvudsakligt underlag för Vårdanalys utvärdering. Våra litteratursökningar har i första hand utgått från handlingsplanens prioriteringar och mål, snarare än utifrån en ambition att göra en fullständig kartläggning av de olika målgrupperna och insatsområdena. Som stöd i vår bedömning har vi intervjuat olika patient- och brukarrepresentanter samt inhämtat synpunkter från Vårdanalys expertråd för PRIO. Bedömningarna sammanfattas i grå boxar för respektive målgrupp/insatsområde.

Bedömning av Målgrupp 1. Barn och unga

PRIO:s delmål:

1. Utveckla och tillgängliggöra verksamheten i första linjen och i den specialiserade barn och ungdomspsykiatri
2. Utveckla kunskap och metoder för att identifiera riskgrupper samt metoder för att rikta särskilda förebyggande insatser till barn och unga
3. Minska förekomsten av självskadande beteende, självmordsförsök och självmord hos barn och unga
4. Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen vid insatser riktade till barn och unga med psykisk ohälsa

Prioriterad målgrupp 1: Sammanfattande bedömning

- Vårdanalys bedömer att särskilt fokus på barn och unga är motiverat och att samtliga delmål adresserar viktiga behov.
- En central iakttagelse är att kunskapsläget fortfarande är bristfälligt vad gäller förekomst av psykisk ohälsa hos målgruppen, framför allt hos barn yngre än 12 år, samt hur utvecklingen har sett ut över tid och vilka faktorer som har bidragit. Ur ett längre perspektiv finns det anledning att rikta fokus mot hur kunskaps- och analysunderlaget på området kan förbättras.

Förekomst av psykisk ohälsa

Sedan början av 1990-talet har det presenterats många rapporter om ökad psykisk ohälsa bland unga. Flertalet rör självrapporterade psykiska problem och visar en ökning framför allt hos flickor och unga kvinnor. Det har också rapporterats att allt fler barn och unga på grund av psykiska problem vänder sig till elevhälsan (tidigare skolhälsovården), BRIS och barn- och ungdomspsykiatri. Samma trend har noterats i andra utvecklade länder. Detta har skapat en offentlig bild av en kraftigt ökande psykisk ohälsa hos svenska barn och ungdomar. Det bör dock betonas att en övervägande majoritet av Sveriges barn och unga uppger att de mår bra – det är framför allt ökningen som kan ses som alarmerande, inte nivåerna i sig. Samtidigt har det empiriska underlagets tillförlitlighet ifrågasatts och behovet av ett bättre epidemiologiskt kunskapsunderlag på området har påtalats vid upprepade tillfällen (32, 34, 35).

Mot denna bakgrund lät Hälsoutskottet vid Kungliga Vetenskapsakademien (KVA) genomföra en systematisk kartläggning och granskning av kunskapsläget gällande trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige (30). Där konstateras att kunskapsunderlaget generellt är så pass bristfälligt att det inte är möjligt att ge en bestämd och entydig bild av utvecklingen. Framför allt gäller detta barn yngre än 10 år för vilka det helt saknas till-

förlitliga data. Med denna reservation visade resultaten från KVA:s litteratursammanställning på en ökning av internaliserade/inåtvända problem (ängslan, oro, nedstämdhet, kroppsliga besvär) hos äldre tonårsflickor sedan 1980-talet fram till mitten av 2000-talet. Vid en uppföljande State of the Science-konferens som KVA anordnade (24) uttalade en oberoende panel sin samlade bedömning att det har skett en ökning av vissa typer av psykisk ohälsa hos ungdomar, till exempel oro och nedstämdhet. Man konstaterade också att andelen flickor med egenrapporterade problem i vissa fall har dubblats eller tredubblats och att pojkarna följer flickornas uppåtgående trend, även om pojkarna fortfarande är betydligt färre än flickorna.

Vårdutnyttjande

KVA:s litteraturöversikt inkluderade inte data från Socialstyrelsens olika register, till exempel patientregistret eller läkemedelsregistret. Huruvida just patientregister bör användas i analyser av prevalens och trender i psykisk ohälsa är omtvistat, bland annat på grund av att det saknas statistik från primärvården och privata vårdgivare. Det bör också noteras att cirka 75 procent av besöken i den psykiatriska öppenvården sker hos andra personalkategorier än läkare, till exempel hos psykologer och sjuksköterskor, men det är endast läkarbesöken som registreras. De data som rapporterats in till Socialstyrelsen stödjer dock den enkätbaserade rapporteringen om en ökad psykisk ohälsa bland unga. Uppgifter om antalet läkarbesök i den specialiserade öppenvården och antalet patienter i slutenvården visar på ett ökat behov av psykiatrisk vård i åldersgruppen 18-24 år under 2000-talet. En viss ökning ses även i åldersgruppen 0-17 år. Störst ökning ses bland unga kvinnor och flickor och i båda åldersgrupperna är också kvinnorna/flickorna i majoritet.

År 2010 vårdades 0,2 procent av alla flickor och unga kvinnor och 0,1 procent av alla pojkar och unga män i åldrarna 0-19 år inom barn- och ungdomspsykiatrisk eller allmänpsykiatrisk slutenvård. I en kartläggning som SKL har gjort av den psykiatriska heldygnsvården framgår att detta handlar om svårt sjuka barn och ungdomar som vårdas på ett relativt litet antal slutenvårdsplatser och att resurserna är ojämnt fördelade över landet (54). Som jämförelse kan nämnas att det är cirka 5 procent av barnen som besöker barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) under ett år.

Självskadande beteende

Av Socialstyrelsens statistik framgår också att det årliga antalet vårdade till följd av "avsiktligt självdestruktiv handling" har ökat sedan 1990-talet, framför allt i åldersgruppen 15-24 år och i synnerhet bland unga kvinnor. En liknande tendens ses även bland yngre tonåringar, 13-17 år. Utvecklingen har fått stor uppmärksamhet, inte minst i media. Sedan slutet av 2000-talet ser det dock ut som att trenden har vänt och att självskadebeteendet minskar något i dessa åldersgrupper. Nyligen publicerades en enkätstudie (7) där 1000 elever i årskurserna 7 och 8 tillfrågats om olika typer av självskadebeteende, såsom att skära eller rispa sig eller skada huden på annat sätt. Att slå sig själv eller dunka huvudet i väggen ingick också. 45 procent av flickorna och 38 procent av pojkarna svarade att de hade skadat sig själva vid minst ett tillfälle. 21 procent av flickorna och 16 procent av pojkarna hade skadat sig minst fem gånger. Endast 2 procent av flickorna och 1 procent av

pojkar rapporterade om ett omfattande självskadebeteende. I en kommentar till resultaten framhåller Jonas Bjärehed, en av forskarna bakom studien, att alla självskadebeteenden hos unga inte alltid ska tolkas som allvarliga psykiska problem och att beteendet för de flesta tycks vara lindrigt och gå över (13). Enligt Bjärehed är det nödvändigt att den vuxna omgivningen utvecklar en förståelse för vad självskador står för, och inte alltid utgår från att det är förenat med en betydande psykisk ohälsa. Han tycker också att det är olyckligt att beteendet ofta beskrivs som ett "flickproblem" eftersom det även drabbar pojkar och vuxna.

Missbruk

Utvecklingen av den psykiska ohälsan bland ungdomar och konsumtionen av alkohol och narkotika tycks följa varandra. Under 1980-talet sågs relativt små förändringar, men från mitten av 1990-talet har både de psykiska problemen och antalet missbruksrelaterade diagnoser ökat. Ökningen är störst bland unga kvinnor men männen är fortfarande fler. En kunskapsöversikt gjord av Statens Folkhälsoinstitut bekräftar att det finns ett samband mellan att må psykiskt dåligt och dricka mycket alkohol hos ungdomar (86). Hög alkoholkonsumtion ökar risken för depression, självskadebeteende och utagerande psykiska problem. Särskilt starkt är sambandet för pojkar. Sammanställningen visade även det omvända sambandet: depressiva besvär ökar risken för hög alkoholkonsumtion.

Själv mord

Själv mordsstatistik från dödsorsaksregistret visar att det totala antalet rapporterade självmord minskat med över 30 procent sedan 1970-talet. Den nedåtgående trenden ses i alla åldersgrupper förutom i den yngsta, 15-24 år. I denna åldersgrupp avstannade minskningen i mitten av 1980-talet och antalet har sedan dess legat på en relativt stabil nivå. Det bör dock nämnas att antalet självmord i åldersgruppen 15-24 år är lägre än bland samtliga äldre åldersgrupper, även om skillnaderna har minskat över tid.

Läkemedel

Den rapporterade ökningen av depression, ångest och oro återspeglas även i läkemedelsstatistiken. Mellan 2006-2012 har antalet individer (per 1000 invånare) som hämtat ut ett antidepressivt läkemedel ökat med drygt 20 procent i åldersgruppen 15-34 år. Det gäller både kvinnor och män och störst är ökningen i åldersgruppen 15-19 år. Liknande mönster ses för lugnande medel och sömnmedel. Även antalet pojkar som behandlas med ADHD-läkemedel har ökat kraftigt. Det bedöms dock inte som sannolikt att antalet personer med ADHD har ökat i samma utsträckning. Snarare tros den ökade läkemedelsförskrivningen bero på en ökad kunskap och medvetenhet om ADHD – inom såväl hälso- och sjukvården och skolan som hos allmänheten – vilket i sin tur har lett till en kraftig ökning av antalet neuropsykiatriska utredningar och dito diagnoser.

Tidiga och förebyggande insatser

Det är angeläget att psykiatriska problem identifieras tidigt och att verksamma, förebyggande metoder sätts in i tid. Forskning har till exempel visat att barn som tidigt visar externaliserad/utåtvänd problematik (dålig självkontroll, trots, impulsivitet, aggressivitet,

normbrytande beteende) har en större risk att utveckla allvarlig och långvarig, funktionsnedsättande psykisk ohälsa senare i livet (88). Socialstyrelsen har låtit genomföra en inventering (64) av vilka metoder som används för tidig upptäckt av barn och unga som riskerar att utveckla psykisk ohälsa, samt vilka förebyggande metoder som används. Resultaten visade att endast en mindre del av de rapporterade metoderna har utvärderats vetenskapligt på ett sätt som gör det möjligt att uttala sig om deras kvalitet. Liknande resultat har rapporterats av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): i rapporten Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn (52) framgår att inget av det hundratalet program som används i Sverige för att förebygga psykisk ohälsa bland barn har utvärderats i randomiserade studier med minst ett halvårs uppföljningstid. Många program har över huvud taget inte utvärderats i kontrollerade studier och vissa kan till och med ha negativ effekt.

Tillgänglighet, kompetens och samverkan

För att tidiga insatser ska kunna möta målgruppens samlade behov krävs att de olika verksamheterna som erbjuder sådana har en god tillgänglighet och kompetent personal. Det är också viktigt att barn och unga med behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården möts med ett helhetsperspektiv. Detta förutsätter god samordning mellan verksamheter och mellan landsting och kommun. Sedan 2010 finns bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL), och SoL som reglerar hur denna samverkan bör se ut. Dessvärre tyder flera uppföljningar på att bestämmelserna inte efterlevs i tillräcklig utsträckning.

Vad gäller tillgänglighet pågår sedan 2009 en särskild satsning på förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykiskt ohälsa. Väntetidsuppgifter från september-oktober 2011 visade att 91 procent av barn och unga som sökte specialiserad psykiatrisk vård fick träffa en läkare inom 30 dagar och 82 procent hade påbörjat en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. Detta är en klar förbättring jämfört med tidigare år. Variationen mellan landstingen var dock stor och mätningar under 2012 visar att trenden avstannat; färre landsting klarar målet att barn och unga ska få ett första besök inom 30 dagar (84). Det ska dock tilläggas att väntetid kan mätas på olika sätt och att befintliga data bara kan ge en begränsad överblick över hur många barn och unga som väntar på ett första besök eller utredning/behandling; landstingen skiljer sig åt både vad gäller hur verksamheten för målgruppen är organiserad och vilka verksamheter som rapporterar in väntetider.

I 2012 års tillsynsrapport (75) rapporterade Socialstyrelsen att få landsting kunde redovisa en övergripande strategi eller handlingsprogram för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Flertalet landsting uppgav också att man hade problem att rekrytera barnpsykiatriker, psykologer och specialistsjuksköterskor. Det gällde både glesbygdslän och storstadslän. I tillägg har det framkommit att det i flertalet landsting saknas en tydlig ansvarsfördelning mellan en så kallad första linjens hälso- och sjukvård och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Socialstyrelsens slutsatser - både vad gäller bristerna med första linjens utformning och organisering samt behovet av att bättre kunna mäta de och utvärdera de insatser som ges - har också bekräftats i andra sammanhang (55). Mot denna bakgrund driver SKL sedan 2011 ett särskilt projekt i syfte att synkronisera samhällets alla insatser till barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa. Projektet går under namnet PSYNK och utgör en central del av den aktuella PRIO-satsningen.

Bedömning av Målgrupp 2. Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik

PRIO:s delmål:

1. Öka kompetensen och kunskapen om personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik och dess konsekvenser samt om betydelsen att behandla somatisk sjukdom hos personer tillhörande målgruppen
2. Minska behovet av tvångsåtgärder och förbättra patientens upplevelse vid tvångsvård inom den psykiatriska heldygnsvården
3. Öka sysselsättningsgraden för personer med psykisk funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga
4. Ett mer varierat utbud av verksamheter med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning
5. Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen vid insatser riktade till personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik

Prioriterad målgrupp 2: Sammanfattande bedömning

- Valet av målgrupp bedöms som motiverat; trots upprepade satsningar är gruppens behov till stora delar fortfarande inte uppfyllda. Flera av dessa behov adresseras genom valda delmål, varav samtliga bedöms som relevanta.
- En övergripande slutsats är att kunskapen om målgruppen överlag är bristfällig; det gäller både målgruppens storlek och deras samlade behov av vård, stöd och rehabilitering. Mot denna bakgrund uppfattas det första delmålet, avseende ökad kompetens och kunskap samt betydelsen av att behandla somatisk sjukdom, som särskilt relevant. Givet dess omfattning skulle delmålet kunna definieras tydligare och eventuellt delas upp i flera delmål. I litteraturoversikten nedan framgår exempel på kunskapsområden som är av särskild betydelse eller där forskningen hittills varit bristfällig. Det gäller bland annat den växande gruppen nysvenskar och personer som lider av psykisk ohälsa i kombination med missbruk. Ett annat område där kunskapen behöver öka är följsamhet till behandling och rehabiliteringsförmåga hos de svårast sjuka och hur detta påverkas av olika faktorer, både inom vården och omsorgen och i den sammantagna livssituationen. I samtliga nämnda sammanhang spelar kommunerna och deras inventerande, uppsökande och informerande verksamhet en viktig roll - vilka i sig är kunskapsområden som behöver utvecklas.
- Vårdanalys noterar också att flera kända behov hos målgruppen inte omfattas av de valda delmålen. Några av dessa beskrivs nedan, exempelvis boendesituationen samt vård vid dubbeldiagnos, det vill säga psykisk ohälsa i kombination med missbruk – även om det sistnämnda till vissa delar skulle kunna rymmas inom delmål 1.

Beskrivning av målgruppen

I PRIO-planen definieras målgrupp 2 som personer som till följd av en allvarlig psykiatrisk sjukdom eller en långvarig psykisk funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter inom vissa livsområden som till exempel boende, arbete, sysselsättning, ekonomi, sociala relationer och fritid. Det kan innebära personer med schizofreni eller liknande tillstånd som har kvarstående symptom eller funktionsnedsättning, svåra bipolära syndrom eller långvariga depressioner, svåra personlighetsstörningar med kraftig påverkan på beteende och funktionsförmåga, svåra neuropsykiatriska tillstånd som autismspektrumstörningar, allvarliga fall med ADHD eller Aspergers syndrom, eller allvarliga funktionsnedsättningar på grund av komplicerade tillstånd med samsjuklighet (till exempel psykisk sjukdom och beroendeproblematik).

Det bör tilläggas att beskrivningen ovan inte ska betraktas som komplett; gruppen är svårdefinierad och kan omfatta fler diagnoser/problemområden.

Stora behov kvarstår trots upprepade satsningar och reformer

Historiskt sett har de flesta patienter med svår psykiatrisk problematik vårdats vid mentalsjukhus. Numera har den institutionsbaserade vården till stor del ersatts med samhällsbaserad vård och omsorg i form av öppenvård och kommunens socialtjänst. Förändringsarbetet har till stora delar varit positivt för målgruppen, men också inneburit många svårigheter. Fortfarande återstår ett glapp mellan den reducerade slutenvården (heldygnsvård med sängplats) och det samhällsbaserade systemet. Detta har i sin tur lett till ökade krav på integrering och samordning – annars riskerar vård- och omsorgsbehövande personer att hamna i en gråzon mellan olika ansvars- och kompetensområden och en ”rundgång” när de söker hjälp. Flera satsningar har genomförts för att förbättra förutsättningarna men ett stort antal rapporter vittnar om att situationen för målgruppen fortfarande kan och behöver förbättras. Utvecklingen går långsamt och variationerna är stora både över landet och inom länen. Nedan beskrivs ett antal områden som fått särskild uppmärksamhet och/eller som lyfts fram särskilt i PRIO. (Det innebär bland annat att slutenvården ägnas större uppmärksamhet än öppenvården, trots att den mesta specialistpsykiatriska vården ges inom ramen för öppenvården – det gäller även i den aktuella målgruppen.)

Psykiatrisk slutenvård

Sedan början av 2000-talet har antalet patienter som vårdats inom slutenvården ökat något. Den största ökningen ses bland unga kvinnor i åldersgruppen 18-24 år. En viss ökning ses även bland unga män. De tillstånd som ökar mest – och som också är vanligare bland kvinnor – är depression och ångest och i viss utsträckning även personlighetsstörningar. Psykossjukdomarna, som schizofreni, ligger relativt konstant över tid och är ungefär lika vanliga bland män och kvinnor. Statistiken visar också att allt fler slutenvårdas för olika neuropsykiatriska tillstånd, främst ADHD och autismspektrumstörningar. (72, 84)

Under 2009 och 2010 genomförde SKL på uppdrag av regeringen en ambitiös kartläggning av den psykiatriska slutenvården (54). Kartläggningen visade att det finns stora variationer i landet mellan antalet vårdplatser och typer av subspecialisering, exempelvis vad gäller missbruksvård. Skillnaden mellan hur vårdplatserna används på olika avdelningar är

dock ännu större. Det gäller till exempel vilka insatser som erbjuds samt olika förutsättningar i form av lokaler och personal, liksom i vilken utsträckning vårdavdelningarna samarbetar med psykiatrisk öppenvård. Det framkom att ett nära samarbete med den psykiatriska öppenvården och kommunens socialtjänst minskar behovet av slutenvård, samt att en välfungerande slutenvård också förutsätter samverkan med den specialiserade somatiska vården och primärvården.

SKL:s kartläggning är en av flera rapporter som under senare år har pekat på behovet av utveckling av den psykiatriska slutenvården (för fler exempel se 34 och 65). Exempel på områden som har lyfts fram är bristen på tillförlitliga data som kan användas för verksamhetsutveckling och jämförelser, vikten av samverkan mellan kommun och landsting samt mellan landstingens olika verksamheter, tillgång till kompetent personal, kompetensutveckling samt behovet av ökad kunskap genom klinisk forskning. Flera rapporter riktar särskilt fokus på tvång och tvångsåtgärder.

Tvångsvård

Patienter kan vara inskrivna för öppen eller sluten psykiatrisk tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) (LPT) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129) (LRV). Tvångsvården omfattar cirka hälften av alla vård dagar inom psykiatrin och cirka en femtedel av alla vårdade (förhållandet förklaras av att den stora andelen, cirka 80 procent, som vårdas frivilligt har kortare vårdtider). De flesta tvångsvårdade patienter har en psykosjukdom och den vanligaste förekommande diagnosen är schizofreni. Totalt sett vårdas ungefär lika många män som kvinnor för vård enligt LPT. Kvinnorna är i majoritet i alla åldersgrupper utom i den mellan 25 till 34 år, som också är den största. Bland dem som vårdas enligt LRV dominerar däremot männen kraftigt i antal (72).

Uppgifter om tvångsvård började registreras i Socialstyrelsens patientregister först 2009. Detta har lett till ökad kunskap och medvetenhet om hur svensk tvångsvård bedrivs. Bland annat har det framkommit att det unika antalet individer som tvångsvårdas varierar mycket mellan olika landsting/regioner, utan att detta i tillräckligt hög utsträckning kan förklaras av motsvarande skillnader i vårdbehov (21, 54). Även vårdtiderna för olika diagnosgrupper kan variera stort (72). En observation som fått stor uppmärksamhet, också i media, är att unga kvinnor utsätts för tvångsåtgärder i form av bältesläggning i betydligt högre utsträckning än andra grupper (15, 21, 90). En majoritet av dessa kvinnor vårdas för personlighetsstörning.

Antalet vårdade inom psykiatrisk slutenvård till följd av diagnosen personlighetsstörning (som är ett samlingsnamn för ett tiotal olika psykiatriska tillstånd) har enligt uppgifter i nationella patientregistret ökat markant bland unga kvinnor sedan 1990-talet och det är idag sex gånger vanligare att kvinnor mellan 18-34 år sjukhusvårdats för personlighetsstörning jämfört med män. Motsvarande mönster gäller för tvångsvård. Bland dessa kvinnor är så kallad emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS) vanligast. EIPS karaktäriseras bland annat av självskadehandlingar och risken att dö i självmord är upp till 50 gånger högre för personer med denna diagnos jämfört med övriga befolkningen. Mot denna bakgrund uppmärksammas i en artikel i Läkartidningen (95) den parallella ökningen av självskadebeteende hos flickor och unga kvinnor och antalet vårdtillfällen för EIPS, samt det

faktum att en allt större andel kvinnor (cirka 20 procent) i åldersgruppen 18-24 år som avlidit till följd av självmord under de senaste fem åren har vårdats för personlighetsstörning. Motsvarande siffra för män i samma åldersgrupp är endast 2-3 procent. Enligt rapportförfattarna är dessa data en tydlig signal om att kunskapen om och vården av unga kvinnor med självska debeteende och EIPS behöver utvecklas.

Olika studier visar att patienters upplevelse av tvångsvård varierar. Vid tvångsvård fräntas patienten sin autonomi och många upplever det som skrämmande och kränkande, men tvångsvård kan också innebära en känsla av att få skydd. I en svensk studie undersöktes patienters uppfattningar av omhändertagandet vid tvångsvård under ett psykoskov (6). Studien visade bland annat att omhändertagandet kan uppfattas som gott om patienterna upplever att de får det stöd de behöver och vårdas med respekt. Det kan till exempel innebära ett gott bemötande och god omsorg, konkret information och hjälp att förstå vad som händer, samt en inbjudan att vara delaktig i sin vård. Författarna till studien föreslår att patienter som tvångsvårdats erbjuds att vara med och upprätta individuella handlingsplaner inför eventuella framtida vårdtillfällen. På så sätt skulle patientens möjlighet till delaktighet öka, också i situationer då de vårdas under tvång och kanske saknar sjukdomsinsikt.

Betydelsen av tidig och kontinuerlig vård och omsorg

Det finns stora vinster med att personer med psykisk sjukdom får behandling så fort som möjligt. Fördröjd behandling kan leda till ett allvarigare sjukdomsförlopp och begränsa möjligheterna till återhämtning. Samtidigt har personer med allvarlig psykisk sjukdom ofta svårigheter att själva söka den hjälp de behöver och många avbryter på eget initiativ pågående stöd- och vårdinsatser. För att även dessa personer ska nås av samhällets utbud av insatser finns det numera angivet i SoL (5 kap. 8 §) att socialtjänsten har en allmän skyldighet att bedriva uppsökande och informerande verksamhet. Ändå saknas i många kommuner insatser på området (74). För hälso- och sjukvården finns inte motsvarande skyldighet, däremot anges att vården ska vara lätt tillgänglig för dem som behöver den.

Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) har tagit fram en kunskaps-sammanställning på området: ”Uppsökande, informerande och förebyggande insatser för personer med allvarlig psykisk sjukdom eller med risk att utveckla allvarlig psykisk sjukdom” (9). Sammanställningen grundas dels på internationell forskning, dels på tillgängliga studier i Skandinavien. En del av sammanställningen rör insatser som avser att tidigt identifiera personer i behov av vård och/eller stöd. Det kan handla om att via olika nyckelgrupper i samhället – skola, polis, primärvård, etc. – identifiera och informera dessa personer. En annan metod är att genomföra informationskampanjer till den breda allmänheten, bland annat via massmedia. Det kan också handla om att på olika sätt öka tillgängligheten till vård- och stödsystemet. Den andra delen av CEPI:s sammanställning rör insatser som fokuserar på att hålla kvar och adekvat möta personer som riskerar att avbryta vård- och stödkontakter eller av annat skäl falla ur systemet. Det kan handla om påminnelser av olika slag eller psykoterapeutiska insatser. I detta sammanhang redovisas även studier som pekar på betydelsen av goda relationer mellan behandlare och brukare för följsamhet till behandling och förmåga till rehabilitering. På organisatorisk nivå framhålls den mycket väl-

dokumenterade insatsen ACT, Assertive Community Treatment – enligt vedertagen svensk översättning ”aktiv uppsökande integrerad samhällsbaserad behandling och rehabilitering”. En slutsats i CEPI:s kunskapssammanställning är att det finns en rad dokumenterade metoder för att informera om, förmedla kontakt med och bibehålla personer i meningsfulla vårdprogram. Samtidigt konstateras att en lång rad av de insatser som används inte har varit föremål för en vetenskaplig prövning och därmed går det inte att dra några slutsatser om hur verksamma de faktiskt är.

Under åren 2007-2009 bedrev Socialstyrelsen, på uppdrag av Nationell psykiatrisamordning, ett nationellt projekt i syfte att stödja kommunernas inventerande, uppsökande och informerande verksamheter för personer med psykiska funktionshinder. I sin avrapportering av projektet (71) konstaterar Socialstyrelsen att kommunernas arbete på dessa områden behöver intensifieras och utvecklas och betonar samtidigt vikten av att psykiatrin och socialtjänsten samverkar så att en samlad hjälp kan ges i ett så tidigt skede som möjligt. Vidare konstateras att det finns ett stort behov av kunskapsutveckling och kunskapsstöd. Här görs också en koppling till PRIO: Socialstyrelsen föreslår att huvudmännens behov av kunskapsstöd i det uppsökande och informerande arbetet ska ingå i de delar av satsningen som rör kunskapsstöd och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

Nysvenskar

Ytterligare en utmaning inom den psykiatriska vården och omsorgon – som inte uppmärksammas så ofta – är de förändrade krav som uppstår till följd av invandring. En antologi från Malmö högskola (96) visar att människor med utländsk bakgrund i invandrartäta områden utnyttjar den psykiatriska vården i avsevärt mindre omfattning än vad som motiveras utifrån en skattning av deras vårdbehov. I en sammanfattande analys konstateras att vårdens organisation och bemanning behöver utformas på ett annat sätt när den riktar sig till denna målgrupp. I ovan refererade kunskapsöversikt från CEPI – ”Uppsökande, informerande och förebyggande insatser för personer med allvarlig psykisk sjukdom eller med risk att utveckla allvarlig psykisk sjukdom” (9) – konstateras också att risken för avbrott i pågående vård- och stödkontakter är större hos vissa grupper, bland annat personer som tillhör en etnisk minoritet. I en rapport från Socialstyrelsen (79) beskrivs stora skillnader mellan utrikesfödda och personer födda i Sverige som vårdats för schizofreni, både när det gäller vård och levnadsförhållanden efter insjuknandet. Socialstyrelsen bedömer att insatserna för personer med schizofreni som är födda utanför Sverige behöver ses över och att påpekar att dessa grupper kan ha särskilda behov som bör beaktas.

Missbruk

Personer med psykiatrisk problematik är generellt mer sårbara för missbruk och överkonsumtion. Dels vad gäller risken att utveckla sådana problem, dels för att konsekvenserna kan bli mycket svårare när missbruk och psykiatriska problem och funktionshinder samspelar. Enligt Socialstyrelsens siffror har nära hälften av männen inom slutenvården en missbruksdiagnos. Av alla patienter som söker hjälp inom psykiatrin har cirka 25 procent någon form av aktuell missbruksproblematik och betydligt fler riskerar att utveckla sådana

problem under sin livstid. Bland personer som lider av bipolär sjukdom eller schizofreni löper hälften risk att utveckla ett missbruk. Det omvända gäller också: bland personer som missbrukar eller är beroende har mer än dubbelt så många jämfört med befolkningen i övrigt någon gång under livet haft en psykiatrisk diagnos. Bland de med narkotikamissbruk är siffran nästan 60 procent. Kombinationen av allvarliga psykiatriska sjukdomstillstånd och missbruk ökar dessutom risken för vålds- och självmordshandlingar. (4, 72)

Ökad sjuklighet och överdödlighet

Ett stort antal studier och rapporter har visat att personer med psykiatrisk problematik har sämre fysisk hälsa, ökad sjuklighet och kortare medellivslängd jämfört med befolkningen som helhet och även jämfört med grupper med kroppslig sjukdom eller funktionsnedsättning (se exempelvis 68). Under 2011 publicerade Socialstyrelsen en serie rapporter om somatisk vård för patienter med psykisk ohälsa. Rapporterna behandlade bland annat sju olika cancerformer, diabetes, stroke och hjärtinfarkt. Av studierna framgår att samtidig psykisk sjukdom vid somatisk vård ökar risken för senare och sämre vård, sämre hälsoutfall och tidigare död jämfört med övriga befolkningen. Enligt ett gemensamt nordiskt forskningsprojekt har psykiskt sjuka en överdödlighet för i stort sett samtliga sjukdomskategorier (92). I genomsnitt dör män och kvinnor med psykisk sjukdom 20 respektive 15 år tidigare än övriga män och kvinnor. Enligt forskarna beror detta på att psykiskt sjuka inte får korrekt behandling vid somatisk sjukdom. Det finns också en överfrekvens av självmord bland patienter med psykiatriska diagnoser.

Sysselsättning och arbete

Kommunerna är skyldiga att erbjuda sysselsättning om en person med psykiska eller fysiska funktionshinder beviljats sådan enligt SoL eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) (LSS). Enligt Socialstyrelsens tillsyn under 2009 (67) kunde samtliga 47 granskade kommuner/stadsdelar erbjuda någon form av sysselsättning. Verksamheterna bestod oftast av en blandning av träffpunkt och mer organiserad sysselsättning som exempelvis hantverksgrupper eller olika typer av studiecirkel. Det var dock inte alla kommuner som kunde erbjuda sysselsättning som var anpassad efter den enskildes behov och förutsättningar. Det saknades också variationer av sysselsättning ur ett rehabiliteringsperspektiv.

I Socialstyrelsens lägesrapport från 2008 (63) konstateras att personer med funktionsnedsättningar har arbete i lägre grad än den övriga befolkningen och dessutom en betydligt lägre lönenivå. En uppdelning på diagnosnivå visar att situationen är allra sämst för personer med psykisk funktionsnedsättning – dessa har lägst sysselsättningsgrad och också sämst ekonomisk situation. Samtidigt finns en omfattande vetenskaplig litteratur som lyfter fram arbetets och sysselsättningens betydelse för individers sociala liv och psykiska hälsa, inklusive rehabilitering, återhämtning och social normalisering. Närvaron av personer med psykisk sjukdom i arbetslivet torde dessutom minska fördomar och stigmatisering kring dessa människor, förutsatt att de erbjuds stöd och rehabiliteringsinsatser.

I sin utredning av statens psykiatrisatsning 2007-2010 (87) påpekar Statskontoret att ”redan 1992 års psykiatriutredning slog fast att rehabilitering och återgång till arbete är avgö-

rande för att förhållandena för psykiskt funktionsnedsatta ska kunna normaliseras”. Vidare fastslås att de tidigare problemen på området i hög grad fortfarande kvarstår: personer med psykisk funktionsnedsättning har en svag förankring på arbetsmarknaden; samhällsstödet för arbetslinjen vid psykisk funktionsnedsättning är svagt och splittrat; det saknas samordning mellan aktörer och insatser; den sysselsättning som erbjuds upplevs inte som meningsfull av brukarna; regelverk i socialförsäkringssystemet kan låsa in personer i bidragssystem eftersom regelverken inte är tillräckligt anpassade till psykiska sjukdomars förlopp.

Det bör i sammanhanget noteras att behovet av samordning och samverkan för att öka tillgången till arbete sträcker sig längre än mellan kommun och landsting; det omfattar flera olika departement, ministerområden och myndigheter såsom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, med flera, vilket gör detta till ett ytterst komplext insatsområde.

Ett eget hem

Alla med psykiska funktionshinder klarar inte att sköta ett ordinärt boende, men ska ändå ha rätt till ett eget hem. Kommunerna är enligt SoL och HSL skyldiga att erbjuda olika boendeinsatser för psykiskt funktionsnedsatta med stöd och service som är anpassade efter deras behov. Inom samlingsbegreppet boendeinsatser ryms bland annat särskilda boenden, stöd i eget boende och hemtjänst. Flera rapporter har dock konstaterat att kommunernas boendeinsatser inte är tillräckliga, och inte heller anpassade till de psykiskt funktionsnedsattas behov. I exempelvis Socialstyrelsens nationella tillsynsrapport 2012, gällande insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning (77), fastslås att boendesituationen är ett område där det funnits brister i myndigheternas granskningar alltsedan år 2002 och att dessa brister fortfarande kvarstår i vissa kommuner. I en debattartikel i Dagens Nyheter (14) beskriver Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm och enhetschef Birgitta Hagström hur det kan se ut, och uttrycker samtidigt en oro för att utvecklingen åter går mot en ökad institutionalisering på området:

”Mitt hem är min borg enligt talesättet. Men om du har en psykisk funktionsnedsättning så kan ditt hem i decennier vara ett rum på tio kvadratmeter utan egen toalett och möjligheter att laga mat. Ditt hem kan ligga i en annan del av landet, långt från familj, vänner och sociala nätverk. Du kan få bo tätt inpå tjugo personer som också har stora behov av stöd och hjälp för oro och ångest. Om det är oroligt på boendet kan ansvariga av rädsla för exempelvis översvämning stänga av vattnet på natten, eller förse gemensamma utrymmen och kylskåp med lås så att du måste påkalla hjälp om du blir hungrig eller törstig.”

Rapporten som nämns ovan fokuserade framför allt på tillgången till bostad med särskild service. Förbättringarna på boendeområdet behöver även inkludera stödet i det egna boendet. Av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser för personer med schizofreni framgår vikten av att den enskilde själv ska ha möjlighet att välja mellan stöd i eget boende och en bostad med särskild service. Det saknas idag vetenskapligt stöd för att någon av dessa boendeformer skulle vara bättre än den andra. Vidare handlar frågorna

kring förbättringar i boendet inte bara om tillgången till stöd utan även om dess innehåll, miljö, och så vidare.

En funktion som uppmärksammats i sammanhanget är så kallade boendestödjare (se exempelvis 73). Enligt Stockholm stads riktlinjer (85) definieras boendestöd som ”en praktisk och social insats för personer med psykiska funktionshinder som syftar till att underlätta för den enskilde att hantera sin vardag. Insatsen är dock inte begränsad till hemmet utan kan även omfatta aktiviteter utanför boendet och en central del är att dessa aktiviteter bör göras tillsammans med brukaren.” I Socialstyrelsens ovan nämnda tillsynsrapport (77) framhålls att insatsen boendestöd behöver utvecklas och bli mer behovsanpassad och att detta framför allt gäller vissa nya och/eller växande grupper, till exempel unga med neuropsykiatriska diagnoser och unga kvinnor med självskadebeteende.

Samverkan

Som framgår av ovanstående är psykisk ohälsa ett komplext problem som kräver insatser från många olika huvudmän och myndigheter. Enligt nya bestämmelser 2010 i SoL och HSL är kommuner och landsting skyldiga att ingå överenskommelser om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk ohälsa. Det finns även bestämmelser som anger att kommuner och landsting gemensamt ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när en person behöver insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Planen skall upprättas tillsammans med den enskilde och det ska av planen framgå 1) vilka insatser som behövs; 2) vilka insatser respektive huvudman ska svara för; 3) vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och 4) vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Även om situationen förbättrats visar olika uppföljningar att bestämmelserna gällande samverkansöverenskommelser och SIP:ar ännu inte har fått tillräckligt genomslag (se exempelvis 78).

Bedömning av Prioriterat insatsområde 1. Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete

PRIO:s delmål:

1. Bidra till att vården och omsorgen i ökad utsträckning bygger på bästa tillgängliga kunskap
2. Förstärka kompetensen bland personal som möter personer med psykisk ohälsa
3. Skapa förutsättningar för att vårdens och omsorgens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt

Prioriterat insatsområde 1: Sammanfattande bedömning

- Vårdanalys bedömer att valet av prioriterat insatsområde är väl motiverat. Vidare bedöms samtliga delmål som relevanta, även om de i viss mån skulle kunna utvecklas/förtydligas:
 - Delmål 1, angående kunskapsbaserad vård och omsorg, skulle utöver den direkta vården och omsorgen även kunna omfatta kunskap om hur olika livsomständigheter påverkar människors hälsa och förmåga till rehabilitering. I vilken mån dessa aspekter inkluderas i målet är dock oklart.
 - Delmål 2 om kompetens är viktigt och det bör säkerställas att de därtill kopplade insatserna utformas så att den förstärkta kompetensen också bibehålls och får spridning. Tidigare utvärderingar har pekat på risken med att kompetenshöjande satsningar i projektform endast blir kortvariga punktinsatser.
 - Angående delmål 3 skulle det kunna poängteras tydligare att det inte enbart handlar om att skapa förutsättningar för uppföljning – det ska också leda till att jämförelser genomförs på ett sätt som kan återkopplas till ledning/verksamhet/personal så att verksamhetsförbättring faktiskt sker.

Tillgång till kompetent personal

Tillgång till personal med rätt kompetens är avgörande för att kunna bedriva god vård och omsorg. Flera rapporter har pekat på stora regionala skillnader över landet och en majoritet av Sveriges landsting har haft svårigheter att rekrytera tillräckligt många specialister i psykiatri såsom psykiatriker, specialistsjuksköterskor och psykologer. I Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande (34) beskrivs hur underbemanning kan skapa negativa spiraler vid de drabbade klinikerna: saknas specialistläkare blir också handledningen av läkare under utbildning bristfällig, vilket ytterligare försvårar rekryteringen och ökar arbetsbördan för de specialister som finns att tillgå. Det kan också leda till försenad implementering av evidensbaserade metoder som kräver läkarmedverkan. Vakanser driver dessutom ofta fram kortsiktiga vikarielösningar vilket medför höga kostnader samt brist på kontinuitet och långa väntetider för patienterna. Bilden försämras ytterligare av Socialstyrelsens prognoser som spår fortsatt brist inom flera personalgrupper den närmaste 10-årsperioden på grund av stora pensionsavgångar (81, 83). Samtidigt visar Socialstyrelsens statistik att intresset för att bli specialist i psykiatri har ökat kraftigt under den senaste tioårsperioden, vilket är värt att lyfta fram – även om det inte går att säga att det ökande antalet kommer att räcka till.

Flera nationella satsningar har pågått de senaste åren i syfte att utveckla kompetensen hos den befintliga personalen inom vården och omsorgen. Bland annat har kommuner och landsting kunnat söka statsbidrag för utbildningsinsatser i syfte att höja baspersonalens kompetens inom psykiatrin och socialtjänsten (80). Målgrupp för satsningen har i första hand varit yrkeskategorierna skötare, vårdare, undersköterskor, boendestödjare, rehabili-

teringspersonal, sysselsättningspersonal och behandlingsassistenter. Även om insatsen i flera avseenden har bedömts som lyckad så har den också använts som ett exempel på hur kunskapshöjande kompetenssatsningar i projektform riskerar att endast blir kortvariga punktinsatser som bedrivs på bekostnad av mer långsiktigt förbättringsarbete (83, 87).

En kunskapsbaserad vård

Det har vid upprepade tillfällen och i olika sammanhang framhållits att forskningen inom både specialistpsykiatri och inom området sociala insatser vid psykisk ohälsa behöver öka. En inventering som gjordes av Socialstyrelsen i slutet av 1990-talet visade att av de totala forskningsmedlen som fördelades av de vetenskapliga forskningsråden var det bara fem procent som rörde psykiatrisk eller socialpsykiatrisk forskning (58). I Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande (34) listas en lång rad områden där behovet av forskning och utvärdering bedöms som särskilt stort. Där ingår bland annat tvångsvården, barn och ungdomars psykiska hälsa, psykisk sjukdom och samtidigt missbruk, underhållsbehandling med läkemedel, psykoterapi, boende och vardagsstöd, arbete och sysselsättning samt hjälpmedel vid psykiska funktionshinder, för att nämna några. År 2012 presenterade SBU en sammanställning av befintliga kunskapsöversikter på områden inom psykiatrisk vård och behandling. Rapporten vittnar om stora kunskapsluckor; på de flesta studerade områdena behövs mer och bättre forskning om olika diagnostiska instrument, behandlingsmetoder och om långsiktiga effekter av läkemedel. I rapporten framhålls också att det råder stor brist på studier kring effekterna av olika organisatoriska lösningar för vården av de inkluderade patientgrupperna.

För att uppnå en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård krävs regelbundna utvärderingar av nya och existerande metoder och modeller, liksom implementering och utfasning. För att detta ska ske på ett likvärdigt sätt över hela landet behövs både nationellt och regionalt stöd. Inom den psykiatriska vården och omsorgen råder idag stora variationer över landet i vilka metoder som tillämpas. Detta har uppmärksammats av regeringen som nyligen gett Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med Läkemedelsverket, SBU, Statens folkhälsoinstitut, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, NSPH och SKL säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa (48). Uppdraget finansieras inom ramen för PRIO.

Uppföljning och utvärdering

En viktig del av kunskapsstyrningens infrastruktur utgörs av de Nationella kvalitetsregistren. Tanken med kvalitetsregistren är att de ska kunna användas som ett jämförande underlag i lokalt och regionalt förbättringsarbete, och även bidra till klinisk forskning. Hittills har dock täckningsgraden i de (idag) nio psykiatriska kvalitetsregistren varit låg, trots upprepade satsningar på området.

Sedan 2006 har nationella registerdata årligen presenterats i rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet. I en utvärdering (93) av rapporten har Vårdanalys konstaterat att även om öppna jämförelser av registerdata har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården, så är jämförelserna fortfarande otillräckliga för att användas i det löpande verksamhetsnära förbättringsarbetet.

Målet bör vara att jämförelser genomförs på ett sådant sätt att resultaten kan återkopplas till den enskilda verksamheten för att stimulera till positiv förändring.

Evidensbaserad praktik

Slutligen är det värt att påpeka att en strävan efter en mer kunskapsbaserad vård inte är detsamma som att söka entydiga svar på vilka metoder som är bäst. Även om en insats har visat sig fungera väl på många kanske den inte passar alla. Mot denna bakgrund har det vidare begreppet evidensbaserad vård fått ökad spridning. Att praktisera evidensbaserad vård innebär att kombinera bästa tillgängliga vetenskapliga bevis med kliniskt kunnande och patientens unika situation och önskemål (2, 91). Med andra ord är det viktigt att vården och omsorgen är flexibla nog att lämna utrymme för individuella bedömningar och lösningar.

Bedömning av Prioriterat insatsområde 2. Bemötande, delaktighet och inflytande

PRIO:s delmål:

1. Öka patient- och brukarinflytandet inom vården och omsorgen
2. Utveckla stödet till anhöriga till personer med psykisk ohälsa
3. Bidra till att minska stigmatiseringen av personer med psykisk ohälsa

Prioriterat insatsområde 2: Sammanfattande bedömning

- Möjlighet till delaktighet och inflytande är en nyckelfråga ur ett patient- och brukarperspektiv. I tillägg ses ett stort behov av insatser på området, varav delmålen ringar in flera viktiga förbättringsområden. Sammantaget bedöms således valet av insatsområde och därtill kopplade delmål som relevanta.
- Vad gäller delmål 1 saknas heltäckande och fördjupade lägesbeskrivningar av tillståndet i vården och omsorgen när det gäller möjlighet till delaktighet och inflytande för personer med psykisk ohälsa. Det behövs också mer forskning om vilka insatser och metoder som är mest effektiva för att förbättra situationen.
- Brist på kunskap och forskning präglar även delmål 3; kunskapen behöver öka om vilka mekanismer i samhället som tillåter och/eller möjliggör stigmatisering och diskriminering av människor som drabbats av psykisk ohälsa, samt hur man bäst motverkar detta.
- Mot denna bakgrund vill Vårdanalys framhålla att valet av insatser på området bör präglas av en medvetenhet om att kunskapsluckorna fortfarande är stora.

Patient-/brukarinflytande inom vården och omsorgen

Det går att definiera olika nivåer av patient-/brukarmedverkan och inflytande. För individen kan det innebära en möjlighet att påverka den vård och det sociala stöd han eller hon får. Det kan exempelvis gälla val av vårdgivare, medicinering, eller rättigheter i ett boende. Medverkan eller inflytande kan också ske på kollektiv nivå; det kan innebära möjlighet att påverka politiska beslut och riktlinjer över hur vården ska styras och organiseras, exempelvis i form av medverkan vid framtagandet av vårdprogram eller medicinska riktlinjer. Patient- och brukarinflytande kan även vara ett inslag i uppföljningen av individuella vård- och omsorgsinsatser eller av verksamhetsförändringar och politiska reformer. Det finns ingen skarp gräns mellan de olika inflytandenivåerna (individ-, verksamhets- och systemnivå). Det är snarare så att de åtgärder som exempelvis genomförs på individ- eller systemnivå påverkar det som sker på verksamhetsnivå.

Patientens/brukarens möjlighet till delaktighet och inflytande har stöd både i HSL och SoL. I SoL (3 kap. 5 §) anges exempelvis att insatserna ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. I HSL anges att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och att vården och behandlingen, så långt det är möjligt, ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Vidare definieras patient-/brukarmedverkan och inflytande, jämte forskning och den professionella expertisen, som ett av den evidensbaserade praktikens tre bärande ben (2, 3). Sammantaget finns en bred konsensus kring att möjligheten till delaktighet och inflytande bör genomsyra all vård och omsorg. Som stöd för detta finns en växande mängd vetenskapliga undersökningar som pekar på positiva effekter av ökat patient- och brukarinflytande, till exempel har en internationell litteraturgenomgång visat att det kan öka följsamhet till läkemedelsbehandling och minska under- och överanvändning av vård (5). Inflytande över beslut som rör det egna livet kan också öka självförtroendet och förbättra självbilden, vilket i förlängningen även påverkar professionernas syn på brukaren (16).

Samtidigt är heltäckande och fördjupade studier av hur möjligheterna till inflytande och delaktighet ser ut för personer med psykisk ohälsa begränsade. Flera undersökningar pekar dock på att det finns en brist på överensstämmelse mellan lagens intentioner och de förhållanden som råder inom den psykiatriska vården och omsorgen. I exempelvis Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande (34) görs bedömningen att förutsättningarna för att kunna utöva inflytande visserligen har stärkts, men att mycket fortfarande återstår att göra. I de nationella patientenkätundersökningarna framkommer att patienter inom psykiatri ger låga omdömen på flera viktiga områden inom delaktighet och inflytande, såsom möjligheten till delaktighet i vårdplanering, information om vart man kan vända sig med klagomål och vilka stöd- och patientföreningar som finns tillgängliga. I en utvärdering av graden av patientcentrering inom svensk hälso- och sjukvård som Vårdanalys har gjort gjordes en samlad bedömning av resultaten i nationell patientenkät (94). Studien visade att det var färre patienter i den psykiatriska vården än i den somatiska vården som upplevde att de kände sig delaktiga i sin egen vård. Det var också större skillnader mellan landstingen. Det bör dock framhållas att svarsfrekvenserna inom psykiatri generellt sett var låg och att resultaten därmed bör tolkas med en viss försiktighet.

Det bör också noteras att förutsättningarna för ökat patient- och brukarinflytande kan vara särskilt svåra inom den psykiatriska vården och omsorgen. Den psykiska ohälsan i sig kan leda till att individen drar sig tillbaka från social samvaro och interaktion med vård- och omsorgspersonal. Akuta sjukdomssymtom kan också göra det svårt för individen att på ett rationellt sätt bedöma vad som är en lämplig vårdåtgärd. I de fall patienten behandlas med stöd av tvångsvårdslagstiftningen kan det vara särskilt svårt att skapa en relation mellan patient och personal där maktbalansen är någorlunda jämn. En kartläggning gjord av Socialstyrelsen (76) har visat att det finns flera olika metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri men också att dessa har utvärderats i mycket låg grad och sällan används på ett systematiskt sätt. En slutsats från kartläggningen var att kunskapen om förutsättningar och former för brukarmedverkan och inflytande behöver öka. Ett exempel på en framgångsrik metod som brukar lyftas fram är personliga ombud (PO) för personer med psykiska funktionshinder. Tanken är att PO ska fungera som en fristående och advokatliknande funktion som företräder individen och främjar kontakter med viktiga myndighetsfunktioner, såsom Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och socialtjänst. På senare år har det dock kommit signaler om en nedmontering av PO-verksamheten på flera håll vilket har väckt kritik hos bland andra RSMH och Schizofreniförbundet (50).

Att vara anhörig till någon med psykisk ohälsa

Närståendes kunskaper och erfarenheter kan ofta komplettera bilden av patient/brukaren. Det har också framkommit i vetenskapliga studier att familj och nära vänner spelar en stor roll för patientens upplevelse av sin sjukdom (20). Studier har också pekat på att det finns ett samband mellan familjers medverkan och ett minskat antal återfall i sjukdom och återinläggningar (25, 29). För familjemedlemmarna har medverkan i patientens vård visat sig bidra till förbättrade familjerelationer och en minskad psykologisk belastning (12). Samtidigt kan rollen som anhörigvårdare innebära både fysiska, psykiska och ekonomiska belastningar. Personer med psykisk ohälsa får ofta besvär som varar i långa perioder eller livet ut och risken för att anhörigvårdare ska drabbas av ohälsa ökar i relation till omfattningen av den omsorg som ges. Socialstyrelsen har i en rapport från 2010 (70) funnit att närmare 100 000 anhöriga har behövt minska sin arbetstid eller slutat arbeta på grund av omsorgsgivande. Hur stor andel av dessa som går att koppla till personer med psykisk ohälsa är dock oklart.

Sedan 2009 finns en bestämmelse i SoL (5 kap. 10 §) som anger att "socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder". Av en utvärdering av lagstiftningen som Socialstyrelsen gjort framgår att kommunernas stöd till anhörigvården fått en allt tydligare struktur och att allt fler kommuner utvecklar planer och strategier för området (69). Samtidigt konstateras att anhörigas behov av stöd inte uppmärksammas systematiskt inom hela socialtjänsten och att kännedomen om lagstiftningen bland dem som ger omsorg överlag är låg.

Av Socialstyrelsens undersökning framkom också att samarbetet mellan kommunerna och hälso- och sjukvården går trögt på detta område, även om vissa framsteg har noterats.

En bidragande orsak skulle kunna vara att hälso- och sjukvården saknar motsvarande lagstöd för anhörigvårdare. Undersökningar som SKL genomfört av hur patienter inom psykiatrin upplever att familj och anhöriga involveras i vården har visat på relativt låga värden i patientupplevd kvalitet och stora skillnader mellan landstingen (56). En avhandling om hur anhöriga till psykiatripatienter upplevde hälso- och sjukvården har visat att ett bemötande som kännetecknas av öppenhet, bekräftelse och samverkan upplevs som mycket betydelsefullt (18). Samtidigt framkom att de tillfrågades förväntningar på ett sådant bemötande inte alltid överensstämde med deras erfarenheter.

Stigmatisering

Stigmatisering och diskriminering är ett allvarligt problem som ofta kommer i skymundan när förbättrad vård och stöd till personer med psykisk ohälsa diskuteras. Detta trots att det finns god dokumentation som visar att stigma är ett hinder för att ta kontakt och söka hjälp, och att andra människor undviker att leva, umgås, arbeta med eller anställa personer som har psykiska funktionshinder. Stigmatiseringen drabbar även anhöriga och anställda inom psykiatrin. Det finns flera exempel på hur detta i förlängningen kan skapa mer strukturell diskriminering, till exempel inom somatisk vård eller att en oproportionerligt liten andel av fördelade forskningsmedel rör psykiatrisk eller socialpsykiatrisk forskning (se ovanstående litteraturgenomgångar).

I en svensk undersökning av Ineland med flera (23) undersöktes hur invånarna i en svensk kommun och deras attityder gentemot psykisk sjukdom hade förändrats mellan åren 1976 och 2003. Resultaten visade på en försämring, i den meningen att närmare 90 procent av deltagarna i 2003 års undersökning instämde i påståendet att psykisk sjukdom skadar anseendet mer än fysisk sjukdom, jämfört med 50 procent år 1976. Vidare instämde 51 procent av deltagarna i 2003 års undersökning i påståendet att personer med psykisk sjukdom oftare begår våldshandlingar, jämfört med 24 procent år 1976. Inom ramen för en avhandling av Lundberg (26) studerades personer med psykisk sjukdom och deras uppfattning om allmänhetens attityder till personer med psykisk ohälsa. Av de olika delstudierna framkom bland annat att de flesta med psykisk sjukdom upplever att de tillhör en grupp som är nedvärderade och diskriminerade i samhället. Det var också en vanlig uppfattning bland deltagarna att andra människor ser ner på personer med psykisk sjukdom och upplever dem som mindre kompetenta, trovärdiga och intelligenta. Många trodde sig också veta att de har små chanser att få arbete om deras psykiatriska bakgrundshistoria skulle bli känd för arbetsgivaren. Resultaten ska dock tolkas med viss försiktighet på grund av begränsat representativitet i urvalet. I en avslutande kommentar betonar författaren att kunskapen om psykiskt sjukas personliga erfarenheter och reaktioner på nedvärdering och diskriminering fortfarande är begränsad och att det är angeläget att få ökad kunskap om de mekanismer i samhället som tillåter och/eller möjliggör diskriminering och utslutning av människor som drabbats av psykisk ohälsa. Det framhålls också att arbete har ett stort egenvärde och ökar känslan av delaktighet i samhället.

Sammantaget visar flera studier att personer med psykisk ohälsa upplever och utsätts för nedvärderande och diskriminerande attityder. Vilka insatser som är mest effektiva för att minska stigmatiseringen behöver dock studeras närmare; det vetenskapliga underlaget

är begränsat och inte helt samstämmigt. Till exempel har utvärderingar av antistigmakampanjer som genomförts i Storbritannien visat på positiva och negativa trender under samma undersökningsperiod (11). Projektet Hjärnkoll (1) är en svensk kampanj som arbetar för ökad öppenhet kring psykisk ohälsa. I en studie av CEPI (10) har befolkningens attityder i län där Hjärnkoll genomfört antistigmainsatser jämförts med län där kampanjen inte har verkat. Resultaten visade att det fanns vissa skillnader, i storleksordningen 4-5 procent, mellan länen som kunde styrka att kampanjen fått effekt. Det gällde framför allt på området social distans, i form av förväntade beteenden som omfattar kontakter med grannar, benägenhet att arbeta tillsammans eller fortsätta vänskapsrelationer med personer som drabbas av psykisk ohälsa. Däremot hade allmänhetens kunskaper om psykisk sjukdom bara förändrats marginellt.

En övergripande slutsats är att kunskapen om hur man kan motverka diskrimineringen av personer med psykisk sjukdom behöver öka. Även om vissa antistigmainsatser har visat exempel på att negativa attityder bland allmänheten kan förändras är det fortfarande oklart i vilken utsträckning förbättrade attityder också förändrar vårt faktiska beteende gentemot personer som drabbats av psykisk sjukdom.

4.2 STEG 2. BEDÖMNING AV VAL AV INSATSER

4.2.1 Underlag och metod

Inledningsvis är det värt att upprepa att den aktuella utvärderingen avser 2012 års insatser och i vilken utsträckning dessa kan förväntas bidra till de uppsatta målen. I samband med att sammansättningen av insatser förändras och kompletteras under satsningens gång kan vår analys komma att se annorlunda ut.

Som underlag för utvärderingen har Vårdanalys granskat PRIO-planen och interna dokument från Socialdepartementets samordningsfunktion, samt beslutsunderlag, inkomna redovisningar och (i de fall sådana genomförts) externa utvärderingar av de olika insatserna. Materialet har förmedlats till Vårdanalys via Socialdepartementets samordningsfunktion. Vårdanalys har även genomfört möten och intervjuer med samordningsfunktionerna vid SKL och Socialdepartementet, representanter för Socialstyrelsen, NSPH, RSMH, samt 9 kommuner och 3 landsting/regioner (se bilaga 4). Valet av insatser och deras utformning har också diskuterats med Vårdanalys expertråd. Nedan återges Vårdanalys samlade slutsatser på området.

Utvärderingsfrågor:

- *Hur har urvalet gått till?*
- *Är insatserna väl motiverade?*
- *Är insatserna tillräckliga på alla områden som adresseras i de uppsatta målen?*

Sammanfattande bedömning

Generell bedömning:

- Även om samtliga insatser går att motivera var och en för sig är det oklart hur urvalsprocessen har gått till och till vilka delmål de olika insatserna förväntas bidra.
- Vårdanalys bedömer att 2012 års insatser varit otillräckliga på vissa områden i förhållande till kända behov och brister och PRIO:s uttalade ambitioner, det gäller bland annat arbete och sysselsättning och behandling av somatisk sjukdom.
- Insatserna är många och kan ibland vara svåra att särskilja från varandra.

Bedömning av SKL:s prestationsbaserade insatser:

- Prestationskriterierna bedöms som lågt ställda i förhållande till hur målen formuleras i överenskommelsen.
- Berörda nationella aktörer samrådde inte i tillräcklig utsträckning vid utformningen av grundkrav och prestationsmål.
- Modellen med prestationsbaserade ersättningar som styrmedel behöver utvärderas.

4.2.2 Vårdanalys sammanställning av 2012 års PRIO-insatser

Som redan har konstaterats (avsnitt 2.2.4) saknas en offentlig sammanställning över 2012 års insatser och hur de kan kopplas till de olika delmålen. Trots en nära dialog med Socialdepartementets samordningsfunktion och tillgång till interna dokument har det varit svårt för Vårdanalys få en överblick vilket har försvårat 2012 års utvärdering. De insatser som granskats är de som redovisas i vår egen sammanställning nedan (se tabell 2). För 2013 års insatser har samordningsfunktionen vid Socialdepartementet tagit fram ett internt dokument som på ett relativt utförligt sätt visar hur insatser, delmål, de prioriterade grupperna och insatsområdena är kopplade till varandra. Dokumentet behöver dock kompletteras. Vårdanalys vill framhålla betydelsen av att det fortsättningsvis tydligt redovisas vilka insatser som tilldelats medel och till vilka delmål insatserna förväntas bidra.

Som ett stöd i utvärderingsarbetet har vi gjort en egen tolkning av hur de olika insatserna kan sorteras in under målgrupperna och de prioriterade insatsområdena (se tabell 2). Eftersom överenskommelsen med SKL specifikt inriktar sig på de två målgrupperna har dessa insatser placerats under målgrupperna trots att vissa av dem, sett till innehållet, kan sorteras under fler områden. Insatser som ingår i överenskommelsen med SKL markeras i tabellen med en asterisk (*). I tabellen framgår också avsatta medel för de olika insatserna, samt vem som är mottagare av medel/ansvarig för att insatsen genomförs. Det anges också om insatsen har redovisats vid tidpunkten för Vårdanalys granskning under våren 2013.

Tabell 2. 2012 års insatser relaterade till målgrupper och insatsområden (Vårdanalys sammanställning)

	Utförare/ mottagare	Medel (tkr)	Redovisad vid tidpunkten för Vård- analys bedömning
MÅLGRUPP 1 Barn och unga med psykisk ohälsa			
Överenskommelser kring samverkan och ansvar (grundkrav)*	SKL	0	Ja (slutredovisad)
Individuella planer (prestationsmål 1)*	SKL	100 000	Ja (slutredovisad)
Tillgänglighet första linjen - Förstudie (prestationsmål 2)*	SKL	50 000	Ja (slutredovisad)
PSYNK*	SKL	33 500	Ja (delredovisad)
Självskaðebeteendeprojektet*	SKL	13 000	Ja (delredovisad)
Tillgänglighet första linjen*	SKL	3 500	Ja (delredovisad)
Förstärkt tillgänglighet BUP (kömiljarden)	BUP	214 000	Nej (slutredovisning sep 2013)
Ungdomsversion av "Första hjälpen vid psykisk ohälsa"	NASP, Karolinska Institutet	1 500	Nej (delredovisning okt 2013)
<i>Delsumma målgrupp 1</i>		415 500	
MÅLGRUPP 2 Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik			
Överenskommelser kring samverkan och ansvar (grundkrav)*	SKL	0	Ja (slutredovisad)
Registrering i Nationella kvalitetsregister (prestationsmål 3)*	SKL	100 000	Ja (slutredovisad)
Inventeringsverktyget (prestationsmål 4)*	SKL	100 000	Ja (slutredovisad)
Utveckling och användning av kvalitetsregister och inventering*	SKL	25 000	Ja (slutredovisad)
Stöd till integrerade former i öppenvård*	SKL	20 000	Ja (slutredovisad)
Fortsatt stöd till förbättringsarbete inom slutenvården* (del av projektet Bättre vård – mindre tvång)	SKL	5 000	Ja (slutredovisad)
Stöd och behandling på nätet*	SKL	5 000	Ja (slutredovisad)
Förbättringar inom den psykiatriska heldygnsvården (del av projektet Bättre vård – mindre tvång)	SKL	56 500	Ja (slutredovisad)
Aktivitetsersättning unga vuxna	Försäkringskassan	2 000	Nej (slutredovisning juni 2013)
<i>Delsumma målgrupp 2</i>		313 500	

	Utförare/ mottagare	Medel (tkr)	Redovisad vid tidpunkten för Vård- analys bedömning
INSATSOMRÅDE 1 Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete			
Nationella kvalitetsregisteröverenskommen	SKL	10 000	Nej (redovisas ej som en del av PRIO)
Webbaserad kunskapsportal	Socialstyrelsen	3 000	Ja (delredovisad)
Uppföljning förlängd/fördjupad AT-tjänstgöring	Socialstyrelsen	400	Nej (delredovisning juni 2013)
Utveckling och förstärkning av specialistkompetenser	IPULS	6 000	Nej (slutredovisning maj 2013)
Utbildningsinsatser läkare	IPULS	5 500	Ja (slutredovisad)
Ökad kompetens inom evidensbaserad psykologisk behandling	Socialstyrelsen/ Landstingen	12 500	Ja (slutredovisad)
Ökad kompetens inom psykoterapi bland hälso- och sjukvårdspersonal	Socialstyrelsen/ Landstingen	15 000	Ja (slutredovisad)
Forskartjänster för kliniskt verksamma inom den psykiatriska hälso- och sjukvården	Vetenskapsrådet/ Forskare	12 000	Nej (oklart hur redovisning sker)
Uppföljning av kompetenssatsning	Socialstyrelsen	600	Ja (slutredovisad)
Implementering av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid SZ	Socialstyrelsen	3 000	Nej (delredovisad maj 2013)
Implementering av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid SZ	Akademiska Sjukhuset	10 000	Ja (delredovisad)
Utbildning i Beardslee's familjeintervention	Socialstyrelsen	5 000	Ja (slutredovisad)
Kunskapsproduktion psykosociala insatser	CEPI	8 000	Ja (slutredovisad)
<i>Delsumma insatsområde 1</i>		91 000	
INSATSOMRÅDE 2 Bemötande, delaktighet och inflytande			
Stöd och utveckling av brukarinflytande	NSPH	3 500	Ja (slutredovisad)
Kunskapsstöd anhörigfrågor	Nka	2 000	Ja (delredovisad)
Nationella hjälplinjen	SKL (Inera)	10 000	Ja (slutredovisad)
Hjälpmedel övergång skola till arbetsliv - samordning och utbetalning	Hjälpmedelsinstitutet	10 000	Ja (delredovisad)
<i>Delsumma insatsområde 2</i>		25 500	

	Utförare/ mottagare	Medel (tkr)	Redovisad vid tidpunkten för Vård- analys bedömning
ÖVRIGA INSATSER			
Förstärkt tillsyn psykiatriska hälso- och sjukvården	Socialstyrelsen	50 000	Nej (slutredovisning maj 2013)
Insatser inom området psykisk ohälsa	Socialstyrelsen	5 500	Enligt nedan:
- Uppdrag att utveckla grunddata och indikatorer			Nej (delredovisning sep 2013)
- Uppdrag att fortsätta arbetet med kunskapsutveckling och stöd till implementering			Nej (delredovisning sep 2013)
- Uppföljning av verksamheten med personligt ombud			Nej (slutredovisning april 2014)
- Följa tillgänglighetsattsning BoU samt följa upp			Nej (slutredovisning sep 2013)
- Uppdrag att göra en bedömning mot uppställda krav			Ja (slutredovisad)
Samordningsfunktion PRIO	Socialdepartementet	1 330	Nej (men bedöms i kapitel 5)
Samordningsfunktion PRIO	SKL	1 500	Nej (men bedöms i kapitel 5)
Utvärdering PRIO	Vårdanalys	500	Nej (ingår ej i Vårdanalys bedömning)
<i>Delsumma övriga insatser</i>		58 830	
Totalsumma		904 330	

4.2.3 Generell bedömning

Otydligt hur urvalsprocessen har gått till

Den arbetsgrupp inom Socialdepartementet som tog fram PRIO-planen (ej att sammanblanda med samordningsfunktionen som tillsattes senare) ansvarade även för att välja ut de insatser som ingick i satsningen från start. Enligt uppgift valdes insatserna i första hand utifrån de målsättningar som fanns i skrivelsen ”En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning” (37) men det är oklart för Vårdanalys hur prioriteringen såg ut mellan olika insatser. Vårdanalys bedömer dock att samtliga insatser i sig har motiverade syften.

Otillräckliga insatser på vissa områden

På några områden är insatserna hittills otillräckliga eller saknas helt. Det gäller bland annat tillgång till arbete och sysselsättning vilket är anmärkningsvärt då detta också ingår bland de övergripande målen. De insatser som Vårdanalys uppfattar kan kopplas till arbete

och sysselsättning (i någon mening) är insatsen Hjälpmedel vid övergång skola-arbetsliv, Försäkringskassans studie om unga med aktivitetsersättning, kommunernas inventeringsuppdrag, insatser som rör nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni samt, till vissa delar, PSYNK (om det leder till att fler barn klarar skolan). Vårdanalys ser en risk att dessa insatser är alltför indirekta för att i tillräcklig utsträckning kunna bidra till de formulerade målen att öka tillgången till arbete och anpassad sysselsättning.

Ett annat exempel är somatisk sjukdom. Enligt handlingsplanen är det ett delmål att ”öka kompetensen och kunskapen om personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik och dess konsekvenser samt om betydelsen att behandla somatisk sjukdom hos personer tillhörande målgruppen”. Vårdanalys konstaterar dock att konkreta insatser på temat somatisk sjukdom saknas. Forskningsområdet ”samsjuklighet” ingår visserligen i CEPI:s kunskapsuppdrag men är där avgränsat till missbruk, tandhälsa och metabolt syndrom.

Vidare bedömer Vårdanalys att en majoritet av insatserna i första hand rör psykiatrisk vård; färre insatser riktas mot kommunal omsorg och målgruppernas samlade livssituation. Vårdanalys finner inte stöd för denna prioritering i handlingsplanen – tvärtom betonas livssituationens betydelse och framför allt sysselsättning och arbete vid upprepade tillfällen. Flerparten av de brukarrepresentanter som Vårdanalys har intervjuat framför också att en större andel av insatserna borde vara inriktade mot att förbättra målgruppens vardag och samlade livssituation. Det gäller framför allt boende, sysselsättning, arbete och ekonomi, vilket även nämnts ovan. Man framhåller i detta sammanhang livssituationens betydelse för återhämtning och rehabilitering, och efterlyser ökad kunskap och medvetenhet om sådana samband.

Vårdanalys noterar också att samtliga kompetensinsatser riktas mot specialistkompetenser (läkare och psykologer) inom vården medan inga insatser riktas mot baspersonal och/eller omsorgspersonal. Satsningen på specialistkompetenser är utan tvekan både motiverad och nödvändig (se avsnitt 4.1.3), men i PRIO-planen beskrivs baspersonal som den personalkategori som har allra störst behov av vidare- och fortbildning. Baspersonal har visserligen utgjort målgrupp för en nyligen avslutad kompetenssatsning (80), men det innebär inte att behoven på området är uppfyllda. I en utvärdering av Socialstyrelsen konstateras att satsningen varit lyckad, men samtidigt framhålls att det fortfarande återstår viktiga åtgärder för en långsiktigt hållbar utveckling på området. De brukarrepresentanter som Vårdanalys varit i kontakt med poängterar också att den största (och första) kontakten med vård och omsorg vanligen sker genom baspersonal, och att deras kompetens och bemötande betyder mycket för den generella upplevelsen. Mot denna bakgrund anser Vårdanalys att satsningen på baspersonal bör följas upp och utvecklas vidare.

Överlappande insatser

2012 års insatser är relativt många. Samtidigt har flera insatser så pass närliggande syften och/eller innehåll att de i själva verket kan beskrivas som delar av samma insats. Det gäller framför allt insatserna som rör Nationella kvalitetsregister, läkarutbildning och psykoterapiutbildning samt insatserna som syftar till att minska tvångsinslag i heldygnsvården. För att de uppnådda resultaten ska gå att härleda till specifika insatser och därtill kopplade medel bör det tydligt framgå om och hur de olika insatserna förväntas komplettera varandra.

4.2.4 Bedömning av SKL:s prestationsbaserade insatser

Bristande samråd vid utformningen av grundkrav och prestationsmål

Grundkraven och de olika målen i 2012 års överenskommelse om prestationsbaserade insatser arbetades fram gemensamt av SKL och ovan nämnda arbetsgrupp inom Socialdepartementet (återigen, ej att sammanblanda med samordningsfunktionen). Av oklara skäl medverkade inte Socialstyrelsen, som senare fick i uppdrag att bedöma om kommuner och landsting uppfyllt kriterierna för ersättning. I Vårdanalys kontakter med Socialstyrelsen har det uttryckts kritik mot hur grundkraven och flera av målen utformades. Framför allt anser man att prestationskriterierna genomgående var alltför lågt ställda. Man anser också att vissa mål, exempelvis prestationsmål 4 (Kommuninventering av insatser riktade till personer med psykisk funktionsnedsättning), i högre utsträckning borde ha utformats i linje med redan pågående utvecklingsarbete på Socialstyrelsen.

Vårdanalys konstaterar att bristen på inledande samråd mellan de olika aktörerna sannolikt bäddade för de meningsskiljaktigheter som uppstod vid bedömningen av om kommuner och landsting uppnått kriterierna för att tilldelas prestationsbaserade ersättningar (se vidare avsnitt 4.3.4).

Lågt ställda prestationskriterier i förhållande till hur målen formuleras i överenskommelsen

I intervjuer med representanter för berörda aktörer (SKL, Socialdepartementet och Socialstyrelsen) har det framkommit att relativt lågt ställda prestationskriterier utgör en medveten strategi från Socialdepartementets och SKL:s sida. Tanken har varit att prestationsmålen så som de utformades 2012 i första hand skulle bidra till att ”frågorna kommer upp på borden” och att ”arbetet kommer igång”, och att kraven succesivt ska skärpas i följande års överenskommelser. Det är ännu för tidigt att utvärdera hur framgångsrik denna strategi är. Däremot finner Vårdanalys skäl att ifrågasätta om 2012 års kriterier för att tilldelas prestationsbaserade ersättningar i tillräcklig utsträckning korrelerar med målbeskrivningarna. Som exempel kan nämnas Prestationsmål 2 som gick ut på att kommuner och landsting skulle delta i en förstudie av hur tillgängligheten till första linjens vård av barn och unga med psykisk ohälsa ska kunna mätas. Enligt överenskommelsens målbeskrivning skulle ”kommuner och landsting delta aktivt i utvecklingsarbetet, pröva skapande funktioner och lämna synpunkter på de modeller som tagits fram”. För att bli godkänd enligt bedömningskriterierna räckte det att kommuner och landsting hade inrapporterat namnet på en referensperson samt besvarat en enkätfråga om huruvida de har en metod för att mäta väntetid till första linjen. Ett annat exempel är Prestationsmål 3, som enligt överenskommelsen syftade till att öka registreringen i Nationella kvalitetsregister. För att uppfylla målet räckte det att 75 procent av enheterna inom landstingen har gjort en enda registrering i ett av fyra utvalda kvalitetsregister under 2012.

Modellen med prestationsbaserade ersättningar behöver utvärderas

Vårdanalys kan i dagsläget inte bedöma om prestationsbaserade ersättningar, så som de är utformade i den aktuella satsningen, är en lämplig styrstrategi. Den bärande teorin är att ersättningsmodellen skapar starka incitament för att uppnå målen, vilket samtidigt kan bidra till en ökad förändringskraft inom kommuner och landsting. Detta antagande får stöd av de kommun- och landstingrepresentanter som Vårdanalys varit i kontakt med; en majoritet tror på modellen och beskriver den som effektiv i den meningen att kraven har lett till ökad aktivitet på de aktuella områdena och flertalet tror, eller åtminstone hoppas, att arbetet på sikt kan generera gynnsamma effekter både på system- och individnivå. Även de brukarrepresentanter som Vårdanalys varit i kontakt med är positiva till prestationsbaserade ersättningar som idé betraktat.

För att satsningen ska betraktas som lyckad krävs dock att arbetet också genererar märkbara och bestående effekter för målgruppen. Om detta går det ännu inte att uttala sig. Under hösten 2013 kommer Vårdanalys att redovisa en analys av prestationsbaserade ersättningar som styrmedel inom hälso- och sjukvården, vilken även inkluderar psykiatrin. Behovet av fortsatta utvärderingar på området bedöms som stort.

4.3 STEG 3. BEDÖMNING AV GENOMFÖRANDE AV INSATSER

4.3.1 Underlag och metod

Enligt Vårdanalys sammanställning omfattade PRIO 39 insatser 2012 (se tabell 2, ovan). Till insatserna räknar Vårdanalys också de två grundkraven som är kopplade till de prestationsbaserade ersättningarna. Notera att Socialstyrelsens samlade uppdrag Insatser inom området psykisk ohälsa i sammanställningen räknas som en enda insats trots att den rymmer flera delar som redovisas var för sig.

Som underlag för bedömning av har Vårdanalys granskat beslut om insatser, inkomna redovisningar och externa utvärderingar av de olika insatserna (i de fall sådana har genomförts). Materialet har huvudsakligen förmedlats till Vårdanalys via Socialdepartementets samordningsfunktion. Vårdanalys har även genomfört möten och intervjuer med samordningsfunktionerna vid Socialdepartementet och SKL, representanter för Socialstyrelsen, samt 9 kommuner och 3 landsting/regioner (se bilaga 4).

Intervjuerna med kommun- och landstingrepresentanter har i första hand rört prestationsmålen som ingår i statens överenskommelse med SKL. De kontaktade kommunerna och landstingen är av olika slag (till exempel glesbygdskommun, storstad, förortskommun, etc.) och storlek, och har valts ut så att de representerar både dem som uppfyllt respektive inte uppfyllt prestationsmålen. Uppgifter om kontaktpersoner har förmedlats till Vårdanalys via Socialstyrelsen. Syftet med intervjuerna har i första hand varit att undersöka hur de prestationsbaserade ersättningarna har uppfattats och hanterats på några olika platser i landet. De insamlade synpunkterna betraktas därmed av Vårdanalys inte som ett komplett bedömningsunderlag, utan ses snarare som ett antal exempel. Utifrån dessa exempel går det dock att dra vissa tentativa slutsatser.

Samtliga 39 insatser har granskats utifrån tillgängligt underlag. Det har dock varken varit möjligt eller ansetts befogat att genomföra och redovisa uttömmande bedömningar av varje insats inom ramen för denna lägesrapport. Istället rapporteras i första hand Vårdanalys generella slutsatser på området med vissa belysande exempel. Bara i de fall Vårdanalys finner särskilda skäl kommenteras enskilda insatser mer ingående.

Vid tidpunkten för Vårdanalys bedömning i maj 2013 hade del- eller slutredovisningar inkommit för 26 insatser, inklusive de 2 grundkraven; 19 insatser (eller delar av insatser, se Socialstyrelsens samlade uppdrag) hade slutredovisats. De insatser som ännu inte redovisats vid tidpunkten för bedömning har inte kunnat ingå i utvärderingen. Nationella kvalitetsregisteröverenskommelsen delfinansieras med PRIO-medel men definieras enligt Socialdepartementets samordningsfunktion inte som en PRIO-insats och utvärderas därför inte. Socialstyrelsens uppföljning av en tidigare kompetenssatsning utvärderas inte eftersom den i första hand utgör en uppföljning av en tidigare insats (som inte är en del av PRIO). De insatser som syftar till att förbättra heldygnsvården har ingått i och slutredovisats som en del av SKL:s fleråriga projekt Bättre vård – mindre tvång (2010-2012). Satsningen är omfattande och eftersom Socialstyrelsen redan har uppdraget att utvärdera arbetet (rapporteras i november 2013) finner Vårdanalys inte skäl att göra en djupare utvärdering av dessa insatser. Vårdanalys uppdrag att följa upp och utvärdera PRIO utgör en egen insats men ingår av naturliga skäl inte i bedömningen. Även samordningsfunktionerna vid Socialdepartementet och SKL ingår som insatser men utvärderas på annat ställe i rapporten (se kapitel 5).

Insatser som fortfarande pågår eller som inte hade slutredovisats vid tidpunkten för Vårdanalys utvärdering har granskats utifrån inkomna delredovisningar. I dessa fall har Vårdanalys i första hand bedömt om insatsen har fortlöpt som planerat och om avsatta medel har förbrukats. Effekterna av arbetet kommenteras endast om Vårdanalys finner särskilda skäl för detta. Slutredovisade insatser har utvärderats utifrån tillgängliga målbeskrivningar och Vårdanalys utvärderingsmodell. Det bör nämnas att flera av de slutredovisade insatserna löper vidare eller utvecklas under 2013. Det gäller till exempel flera av prestationsmålen. Detta noteras av Vårdanalys men utvärderas inte inom ramen för denna rapport.

Utvärderingsfrågor:

- *Har medel använts som planerat?*
- *Har aktiviteter genomförts som planerat?*
- *Har insatserna nått sina uppsatta mål?*

Sammanfattande bedömning

Generell bedömning:

- 2012 års insatsredovisningar innehåller bristfälliga målbeskrivningar och otydliga ekonomiska redovisningar. Det saknas även uppföljningsbara projektplaner.
- Utifrån redovisat underlag framgår att huvuddelen av avsatta medel har förbrukats och att flertalet insatser har löpt som planerat, samt att slutredovisade insatser har nått sina mål i varierad utsträckning.
- Flera av de insatser som ingår i överenskommelsen med SKL kommenteras mer ingående. Bland annat uppmärksammas brister avseende projektplanering, målformuleringar och återrapportering.

Bedömning av SKL:s prestationsbaserade insatser:

- Många kommuner och landsting lyckades inte uppfylla 2012 års prestations-kriterier, trots att de generellt har beskrivits som relativt låga. Vårdanalys uppfattar att tidsbrist varit en starkt bidragande orsak.
- Samordningsfunktionerna och Socialstyrelsen var inte överens om bedömningskriterierna vilket komplicerade beslutsprocessen angående tilldelning av prestationsbaserade ersättningar.

4.3.2 Generell bedömning

Det har varit en begränsande faktor för Vårdanalys utvärdering att inte alla insatser som tilldelades medel under 2012 redovisats vid tidpunkten för bedömning. En utvärdering av dessa insatser kommer därmed att dröja till nästa års lägesrapport. Detta är problematiskt på flera sätt. Dels hinner redovisningar bli inaktuella, dels begränsar det möjligheterna för samordningsfunktionerna och övriga aktörer att beakta Vårdanalys synpunkter. På liknande sätt kan Vårdanalys bedömningar uppfattas som inaktuella när det gäller insatser som redovisats i början av året, många månader innan utvärderingen presenteras. Tyvärr har Vårdanalys begränsade möjligheter att beakta sådana tidsförskjutningar och ser ingen självklar lösning på problemet.

Insatsredovisningarna är av varierande format, omfång och innehåll

Insatsredovisningarna följer ingen angiven mall utan är av varierande format och omfång. De kortaste är knappt tre sidor långa medan andra närmar sig 40 sidor. Rapporterna benämns på olika sätt; de kallas allt från lägesrapport, statusrapport, årsrapport, delrapport,

plan, verksamhetsberättelse, projektbeskrivning, PM, slutrapport, till kort och gott rapport eller saknar helt benämning. Redovisningar som enligt beslutsunderlag utgör slutredovisningar benämns i vissa fall delrapport eller motsvarande. Vårdanalys har i sin definition av vad som är del- respektive slutredovisning utgått från regeringsbeslut avseende insatserna.

Innehållet och informationen som ges är av varierande kvalitet. I flera fall (se till exempel Tillgänglighet första linjen) fokuseras i första hand på kommande arbete under 2013, snarare än på vad som uppnåtts under 2012. I ett annat (Kvalitetsregister och inventering) beskrivs det genomförda arbetet relativt utförligt, men de stora kostnadsposterna utelämnas och framgår enbart ur den ekonomiska redovisningen. I flera fall redovisas en större, mer omfattande och/eller mångårig satsning till vilken de avsatta PRIO-medlen har bidragit utan att det går att urskilja specifikt hur de har använts. Det gäller till exempel insatsen Fortsatt stöd till slutenvården (den del som ingår i överenskommelsen med SKL) och Web-baserad kunskapsportal.

Externa utvärderingar har, i de fall sådana finns att tillgå, underlättat bedömningen. Vårdanalys har inte i något fall funnit skäl att ifrågasätta dessa. I övriga fall har det ibland varit nödvändigt att ”läsa mellan raderna” eller komplettera redovisningarna med andra källor för att förstå om insatsen har fungerat så som varit avsett.

Bristfälliga målbeskrivningar

För att ett mål ska gå att följa upp måste det förväntade resultatet vara konkret, mätbart och tidsbundet. Syftet, till skillnad från målet, ska beskriva nyttan och motivet för insatsen och är inte alltid mätbart. I de aktuella redovisningarna beskrivs i flera fall syftet som om detta också utgör målet med insatsen vilket har försvårat bedömningen.

Målbeskrivningarna som Vårdanalys har utgått ifrån har hämtats från tillgängliga källor, i första hand beslut och insatsredovisningar. För flertalet insatser beskrivs enbart de slutliga projektmålen vilket gör det svårt att bedöma insatser som löper över flera år. För andra insatser är målen endast formulerade som att ”insatsen ska ha genomfört x och y”. Några insatser beskriver så långsiktiga mål att de inte är uppföljningsbara inom den avsatta tidsramen. Endast ett fåtal insatser beskriver tydliga, konkreta och uppföljningsbara mål. Det är också vanligt att målbeskrivningarna alltför ensidigt fokuserar på olika process- och strukturmått, utan att det närmare beskrivs hur uppnådda mål kan förbättra situationen för målgruppen.

Bristfälliga ekonomiska redovisningar

Villkoren för ekonomiska redovisningar varierar – det är inte alla (fleråriga) insatser som behöver lämna årliga redovisningar. I minst två fall (Kunskapsproduktion psykosociala insatser samt PSYNK) saknar Vårdanalys ekonomiska redovisningar. I fallet PSYNK noterar Vårdanalys att kraven på ekonomisk redovisning skiljer sig åt mellan olika beslut, vilket har skapat oenighet om vad som gäller.

Vårdanalys bedömer att de ekonomiska redovisningarna i flera fall är alltför otydliga eller knapphändiga. Det gäller bland andra flertalet av de insatser som ingår i överenskommelsen med SKL. I ett fall (Självskadebeteendeprojektet) framgår det av rapporten, men

inte i den ekonomiska redovisningen, att medel inte har förbrukats enligt plan. Hur mycket som egentligen förbrukats och till vad framgår inte alls. Liknande oklarheter gäller för Stöd till integrerade former i öppenvård.

Insatsredovisningar bör ske enligt en fastslagen process

Vårdanalys konstaterar att utvärderingen skulle underlättas och sannolikt bli mer rättvisande om redovisningarna, så långt det är möjligt, rapporteras enligt en gemensam mall och följer fastslagna rutiner. Till varje redovisningsrapport bör biläggas en projektplan och refereras till regeringsbeslut om insatsen. Vidare bör stycken ingå som beskriver bakgrund, syfte, mål (inklusive hur insatsen förväntas bidra till ett eller flera av PRIO-målen), vilka aktiviteter som har genomförts och återstår att genomföra i förhållande till projektplan och uppsatta mål, möjliga brister eller svagheter, samt en tydlig ekonomisk redovisning. I de fall medel inte har förbrukats så bör detta, samt skälen till detta, tydligt framgå i rapporten. Syfte och målbeskrivning bör inkludera ett patient- och brukarperspektiv; det bör framgå när och hur insatsen förväntas generera positiva effekter för personer med psykisk ohälsa och även i vilken utsträckning utformandet av insatsen har skett i samverkan med patient- och brukarorganisationer. Insatserna bör också, i den mån det är möjligt, redovisas tidigt under året och fleråriga insatser delrapporteras årligen. Det är avgörande att villkoren framgår tydligt redan vid beslut om insatsen och att det också utvecklas rutiner för hantering av bristfälliga eller uteblivna redovisningar eller resultat.

Huvuddelen av avsatta medel har förbrukats

Bland de 21 rapporter som inkommit vid tidpunkten för bedömning har Vårdanalys fått tillgång till ekonomiska redovisningar i 14 fall (bland dessa ingår både del- och slutredovisningar). Utifrån dessa kan konstateras att huvuddelen av avsatta medel har förbrukats. Några uttalade undantag är insatserna Nationella hjälplinjen (drygt en av tio miljoner kronor återbetalas), Självskadebeteendeprojektet (oklart hur mycket medel som har förbrukats), Utbildningsinsatser läkare (drygt två miljoner kronor återbetalas av avsatta medel om totalt 8,5 miljoner kronor under perioden 2011-2012).

Insatserna redovisar varierade resultat

Utifrån inkomna delredovisningar förefaller flertalet pågående insatser ha löpt som planerat under 2012. Ett undantag är Självskadebeteendeprojektet; i rapporten framgår att insatsen inte har kommit igång som förväntat och heller inte förbrukat avsatta medel. SKL och regeringen har kommit överens om att insatsen ska fortsätta under 2013 men utan att tilldelas nya medel. Vårdanalys anser att detta är ett korrekt beslut men vill samtidigt poängtera att insatsen saknar konkreta, uppföljningsbara projektmål, vilket är problematiskt.

Vad gäller avslutade, eller slutredovisade insatser, har utvärderingen, utöver bristande målbeskrivningar och projektplaner, i några fall påverkats av att insatserna uppenbarligen kommer att fortsätta efter 2012 – i vissa fall utan att Vårdanalys fått kännedom om eventuella beslut som reglerar detta. Det är möjligt att sådana slutredovisade, men ändå fortlö-

pande, insatser som inte har lyckats leva upp till sina mål under 2012 kommer att kunna göra det längre fram, men detta har Vårdanalys inte haft möjlighet att analysera närmare. Det gäller till exempel insatsen Stöd till integrerade former i öppenvård genom förbättringsarbete (se vidare avsnitt 4.3.3).

Bland slutredovisade insatser finns flera som redovisar uppnådda mål, exempelvis framstår Stöd och utveckling av brukarinflytande, Utbildningsinsatser för läkare samt CEPI:s kunskapsuppdrag på området psykosociala insatser som goda exempel. Vårdanalys uppskattar också CEPI:s uttalade fokus på brukarinflytande och brukarmedverkan. Insatsen Stöd och behandling på nätet bedöms utifrån redovisningen ha uppfyllt sina mål, men Vårdanalys noterar samtidigt att projektets snäva tidsram sannolikt har begränsat resultaten. Det är också oklart i vilken utsträckning de framtagna förslagen på fortsatta satsningar kommer att kunna genomföras och generera konkreta effekter för målgruppen.

4.3.3 Utvecklad bedömning av enskilda insatser

Nedan beskrivs ett antal enskilda insatser som Vårdanalys av olika anledningar funnit skäl att kommentera mer ingående.

PSYNK (delredovisad insats)

PSYNK-projektet kommer att pågå mellan 2011-2014 och tilldelas under denna period 33,5 miljoner kronor årligen. Detta gör PSYNK till en av de mest omfattande och resurskrävande insatserna i PRIO. Det övergripande, långsiktiga målet är att synkronisera samhällets alla insatser för barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa. Detta ska uppnås genom att man, inom ramen för projektet, tar fram praktiskt fungerande metoder för arbete och synkronisering som är spridningsbara nationellt, inklusive långsiktiga mätmetoder för att kunna följa utvecklingsarbetet. Bakgrunden till satsningen är att tidigare undersökningar konstaterat att tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri är bristfällig och att det råder stora regionala skillnader. Projektarbetet sker i fem olika teman: 1) Gemensam ledning och styrning; 2) Första linjen; 3) Sociala investeringar, tidiga insatser; 4) Skolresultat och psykisk hälsa; 5) Barn med behov av sammansatt stöd. PSYNK utgör en central del av SKL:s övergripande överenskommelse med staten och bildar samtidigt ett slags nav för övriga insatser riktade till barn och unga, inklusive de mål och grundkrav på området som ryms inom ramen för prestationsbaserade ersättningar.

Eftersom PSYNK är så tongivande i PRIO finner Vårdanalys skäl att kommentera insatsen mer ingående. En central iakttagelse är att projektet har höga ambitioner – möjligen alltför höga i förhållande till tidsramen. På flera ställen i rapporten beskrivs svårigheter med att strukturera arbetet och att uppstarten har tagit längre tid än väntat. Man anger också flera kvarstående utmaningar och behov. Vårdanalys noterar att de konkreta resultaten av prestationsmålen har varit relativt svaga (se avsnitt 4.2.4 och 4.3.4 om prestationsbaserade ersättningar), vilket även torde ha påverkat PSYNK-projektet negativt genom deras nära koppling.

Delredovisningen är relativt omfattande och beskriver en rad genomförda aktiviteter. Huvudsakligen rör det sig om uppstartsarbete i form av olika möten, upprättande av nätverk, rekrytering av temaansvariga, framtagande av överenskommelser, olika kartlägg-

ningar, etc. Det råder ingen tvekan om att det bedrivs ett intensivt arbete inom PSYNK, men Vårdanalys finner det svårt att utifrån rapporten bedöma hur effektivt det pågående arbetet är och vilka konkreta resultat som har uppnåtts (eller kommer att kunna uppnås). Projektet har i olika sammanhang beskrivits som en "testbädd" eller "experimentverkstad" där olika idéer testas som på sikt, förhoppningsvis, kan generera fungerande metoder och nationell utveckling på området.

Vårdanalys anser att syftet med projektet är lovvärt och väl motiverat. Samtidigt är det osäkert i vilken utsträckning den omfattande målsättningen kommer att kunna uppnås inom den givna tidsramen; även om projektet närmar sig målet så kommer mycket återstå att göra 2014. Med tanke på att stora medel investeras i insatsen, och för att den insamlade kunskapen inte ska gå förlorad, vill Vårdanalys betona vikten av att det redan nu utarbetas en plan för hur det fortsatta utvecklingsarbetet kan bedrivas.

Utveckling och användning av kvalitetsregister och inventering (slutredovisad insats)

Insatsen rymmer två avgränsade delar: registrering i Nationella kvalitetsregister och inventering i kommunerna. Syftet med den del av projektet som rör kvalitetsregister har varit att stödja användningen av kvalitetsregister i det lokala förbättringsarbetet samt att fördela utvecklingsmedel till de aktuella registren. Parallellt med detta har ett av 2012 års prestationsmål varit att öka täckningsgraden i fyra av de psykiatriska kvalitetsregistren (prestationsmål 3). Under året har projektet riktat insatser mot olika målgrupper inom den psykiatriska vården, bland annat verksamhetsutvecklare, chefer, behandlare, registerhållare med flera. Det har bildats nätverk, anordnats internat, seminarier och liknande aktiviteter i syfte att sprida information och diskutera den potentiella nyttan med kvalitetsregister. I slutrapporten sammanfattas erfarenheterna från årets arbete. Där konstateras bland annat att projektet lyckats förflytta det nationella intresset för psykiatriska kvalitetsregister från täckningsgrad till patientnytta, men också att de tekniska delarna av kvalitetsregistren måste lösas om det ska vara möjligt att uppnå de mål som satts upp för 2013. Som bilaga ingår en projektbeskrivning för 2013 års arbete men ingen för 2012. Under 2012 avsatte PRIO 25 miljoner till projektet.

Vårdanalys finner flera skäl att kritisera insatsen. Till att börja med finns inga uppföljningsbara mål formulerade för 2012 års arbete vilket försvårat utvärderingen. Vårdanalys gör ändå bedömningen att insatsen inte har lyckats leva upp till ambitionen att öka täckningsgraden i registren i tillräcklig utsträckning. En starkt bidragande orsak är att många landsting fortfarande saknade tillräckliga tekniska förutsättningar för att det skulle vara möjligt att registrera användbara data vid tiden för insatsen, vilket Vårdanalys också konstaterar i sin utvärdering av de prestationsbaserade insatserna. Detta har undergrävt satsningen. Insatsen borde ha föregåtts av ett mer grundligt förarbete och analys av rådande förutsättningar och utformats därefter. Av rapporteringen framgår också att arbetet fortsätter under 2013. Detta borde ha kommenterats mer utförligt i rapporten då den enligt beslut utgör en slutredovisning.

Projektets andra del, inventering i kommunerna och nationell sammanställning, innebär att SKL under 2012 åtog sig att genomföra ett pilotprojekt som skulle pröva möjlighet-

en att utveckla ett system för nationell sammanställning av inventeringsdata från kommunerna. Systemet skulle även innehålla verktyg för återrapportering till kommunerna och stöd till lokalt förbättringsarbete. I tillägg skulle en databas skapas som kan ta emot aggregerade, avidentifierade resultat från kommunernas inventeringar. Insatsen motiveras av att det i dagsläget visserligen finns data hos de olika kommunerna över vilka insatser som kommunen kan erbjuda till personer med psykisk ohälsa, men fortfarande saknas ett system för nationell sammanställning som kan utgöra underlag för jämförelser och förbättringsarbete.

Eftersom det vid tidpunkten för insatsen redan pågick ett pilotprojekt på Socialstyrelsen i syfte att ta fram ett inventeringsverktyg beslutades att SKL:s uppdrag skulle genomföras i relation till detta. Fördelen med Socialstyrelsen är att deras databaser kan innehålla individdata medan SKL endast kan samla in data på aggregerad nivå. SKL satsade på att ta fram en excel-fil som underlättar kommunernas arbete att aggregera och sammanställa sina inventeringar. Det skickades även ut en webbenkät till kommunerna i syfte att få fram lokala inventeringsresultat, som i förlängningen skulle kunna användas till att göra nationella jämförelser. Vidare kopplades prestationsmål 4 i 2012 års överenskommelse med SKL till projektet: 100 miljoner fördelades till de kommuner som aktivt testat en sammanställningsfunktion av inventeringsdata som baserades på Socialstyrelsens framtagna verktyg.

Redovisningen av insatsen är mycket knapphändig och det beskrivs inga konkreta effekter av arbetet. Det uppges att SKL haft ett kontinuerligt samarbete med Socialstyrelsen under 2012 men av Vårdanalys kontakter med båda parter framgår att detta inte har fungerat tillfredsställande. Det råder skilda uppfattningar om hur insatsen och det därtill kopplade prestationsmålet borde ha utformats och senare genomfördes. Flera av de kommunrepresentanter som Vårdanalys varit i kontakt med har också uppfattat att förväntningarna från SKL och Socialstyrelsen har skiljt sig åt vilket har skapat förvirring och frustration och på flera håll dubbelarbete. Utöver dessa problem fullföljde inte Socialstyrelsens sitt arbete med att ta fram ett inventeringsverktyg vilket har påverkat SKL:s fortsatta arbete på området. Vem som bär huvudansvaret för att projektet inte har fungerat som förväntat kan inte Vårdanalys bedöma. Däremot vill vi åter betona vikten av en genomarbetad och förankrad projektplan, och konstaterar att en sådan saknats i detta fall.

Stöd till integrerade former i öppenvård genom förbättringsarbete (slutredovisad insats)

Syftet med projektet har varit att stödja kommuner och landsting att utveckla integrerade insatser som kan stödja personer med komplicerad problematik och möta deras hela behov. Exempel på sådana insatser är samhällsbaserade team ("ACT"), personlig vård- och stödsamordnare ("case managers"), personliga ombud och integrerade team för personer med både missbruksproblematik och psykisk ohälsa. Det finns en stabil grund av internationell forskning som visar på värdet av integrerade insatser. En komplikation är dock att få metoder på ett enkelt sätt kan överföras från det ena landet och systemet till ett annat. Därför krävs tydliga strukturer för uppföljning och utvärdering. Mot denna bakgrund finner

Vårdanalys att insatsen som sådan är väl motiverad. Däremot finns skäl att diskutera resultaten.

I uppdraget till SKL har ingått att under 2012 samverka med berörda aktörer för att skapa strukturer som stödjer utvecklingen av integrerade verksamheter i Sverige. Det har också ingått att kartlägga och analysera hur stödet till olika insatser kan förbättras, samt att kartlägga kvalitetsindikatorer och utveckla verktyg för att mäta resultat av integrerade team med hjälp av befintliga register.

Av slutredovisningen framgår att arbetet under 2012 i första hand har gått ut på att samla in underlag för ett fortsatt arbete 2013. Bland annat har överenskommelser tecknats med fyra regioner och kommuner, samt med CEPI, för olika typer av utvecklingsarbete. Vårdanalys uppfattar att det fortsatta arbetet kommer att finansieras med 2012 års medel (totalt 20 miljoner) men har inte sett något beslut som reglerar detta, eller uppgifter om när arbetet ska redovisas. Inget av detta kommenteras i rapporten. I redovisningen saknas både en målbeskrivning och uppföljning av mål. Vårdanalys bedömer att projektet ännu inte har genererat några konkreta effekter och efterlyser en tidsbestämd projektplan med tydliga och uppföljningsbara mål.

4.3.4 Bedömning av SKL:s prestationsbaserade insatser

Låg måluppfyllelse kan delvis förklaras av tidsbrist

Som framgår i Socialstyrelsens bedömningsrapport var det många kommuner och landsting som inte lyckades uppfylla 2012 års grundkrav och/eller prestationsmål. Exempelvis var det bara nio landsting som uppfyllde kriterierna för prestationsmål 3 (Registrering i Nationella kvalitetsregister) och drygt hälften av kommunerna som uppfyllde prestationsmål 4 (Inventering av insatser riktade till personer med psykisk funktionsnedsättning). Enligt Vårdanalys uppfattning (se avsnitt 4.2.4) var prestationskriterierna (medvetet) relativt lågt satta, och målen beskrivs också som rimliga eller låga av de kommun- och landstingsrepresentanter som Vårdanalys tillfrågat (med något enstaka undantag). Av detta drar Vårdanalys slutsatsen att otillräckliga prestationer inte i någon större utsträckning kan förklaras av alltför högt ställda mål. Däremot kan bristande förutsättningar ha påverkat utfallet på vissa områden, till exempel har tekniska svårigheter i flera landsting påverkat möjligheten att registrera data i de psykiatriska kvalitetsregistren (prestationsmål 3), vilket också konstateras ovan. Den starkast bidragande orsaken tycks vara tidsbrist. En majoritet av de tillfrågade kommun- och landstingsrepresentanterna uppger att administrationen av prestationerna har varit tids- och resurskrävande; i flera fall har ny personal fått anställas för att det ska vara möjligt att hantera inrapporteringen inom den givna tidsramen. Samtliga tillfrågade framhåller också att informationen från SKL kom sent i förhållande till när prestationerna skulle inrapporteras vilket bidrog till den upplevda stressen.

Samordningsfunktionerna och Socialstyrelsen var inte överens om bedömningskriterierna

Som redan nämnts fick Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en oberoende bedömning av om kommuner och landsting hade uppfyllt 2012 års grundkrav och prestationsmål. När

Socialstyrelsen i slutet av året återkopplade sin preliminära bedömning till kommuner och landsting blev det uppenbart att Socialstyrelsens bedömningskriterier inte stämde överens med samordningsfunktionernas ”mjukare linje” och de anvisningar som förmedlats till länen via SKL. Många kommuner och landsting som inte bedömdes uppfylla kriterierna kände sig lurade då de upplevde att de fått motstridiga besked. Framför allt uppstod diskussioner om det första grundkravet rörande samarbetsöverenskommelser mellan kommun och landsting, vilket kan tyckas anmärkningsvärt då dessa har stöd i lagen.

De kommuner och landsting som enligt den preliminära bedömningen inte uppfyllde kriterierna hade en knapp vecka på sig att komplettera tidigare inskickat material. Detta skapade stor stress, inte minst hos Socialstyrelsen som på kort tid fick ta emot och hantera en stor mängd osorterade dokument. Socialstyrelsen uppger att inrapporteringen av sammanställda prestationer överlag fungerat dåligt. Materialet har genomgående varit av bristfällig kvalitet, framför allt vad gäller grundkraven och man fann det därför nödvändigt att göra en totalrevision av allt inskickat material som gällde dessa. Detta var en tidskrävande process för Socialstyrelsen som redan från början hade kort tid till sitt förfogande.

När beslut fattades om tilldelning av prestationsmedel godkändes flera av de kommuner och landsting som enligt den tidigare, preliminära bedömningen inte uppfyllde kriterierna (det gällde framför allt grundkraven). Vårdanalys intryck är att detta i större utsträckning kan förklaras av sänkta bedömningskriterier, snarare än av förbättrade prestationer.

Vårdanalys samlade slutsats är att berörda nationella aktörer inte samrådde med varandra i tillräcklig utsträckning varken vid själva utformandet av grundkrav och prestationsmål (se avsnitt 4.2.3) eller vid den senare bedömningen av huruvida kommuner och landsting uppfyllt målkriterierna. Vårdanalys uppfattar samtidigt att formerna för samråd har förbättrats avsevärt under 2013.

4.4 STEG 6. ANGELÄGNA TEMAN FÖR FÖRDJUPNING

4.4.1 Fördjupad utvärdering av patient- och brukarcentrering i vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa

Vårdanalys föreslår att en fördjupad utvärdering av patient- och brukarcentrering i vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa påbörjas under hösten 2013.

Bakgrund

En patient- eller brukarcentrerad vård- och omsorg är en vård och omsorg som utformas och genomförs tillsammans med den enskilde. Det är en vård som tar sin utgångspunkt i individens egna erfarenheter och resurser och som ser hela människan - inte bara sjukdomen. Studier har visat att patientcentrerad vård kan ha positiva effekter på vårdens resultat såsom ökad följsamhet till läkemedelsbehandling och minskad under- och överanvänd-

ning av vård (5). Frånvaron av ett patientcentrerat förhållningssätt har visat sig leda till osäkerhet i samspelet mellan patient och vårdpersonal och missnöje med vården (17, 22).

Vården och omsorgen har ett särskilt stort ansvar för att öka graden av delaktighet och inflytande för personer med psykisk ohälsa. I Nationell psykiatrisamordnings slutrapport (34) pekade man på att det förekommer att personer med psykisk ohälsa fortfarande blir bemötta utifrån diagnos snarare än som unika individer. Man menade vidare att personer med psykisk sjukdom ibland ses som oförmögna att fatta beslut och att de på ett negativt sätt riskerar att bemötas därefter. Både internationell och svensk litteratur har också pekat på att professionellas attityder inte skiljer sig nämnvärt från allmänhetens attityder när det gäller stigmatiserande attityder gentemot personer med psykisk sjukdom (8, 53).

Vårdanalys genomförde 2012 en omfattande utvärdering av patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård (94). Utvärderingen, som genomfördes av internationella experter, konstaterade att svensk hälso- och sjukvård har en betydande utvecklingspotential. I synnerhet vården av personer med psykisk ohälsa framstod som bristfällig i detta avseende. Studien tydliggjorde bland annat att patienter med psykisk ohälsa många gånger har en sämre erfarenhet av vården än patienter med somatiska sjukdomar. Exempelvis var det färre patienter i den psykiatriska vården som upplevde att de kände sig delaktiga i sin egen vård. De hade också sämre upplevelser när det gällde vårdens förmåga att informera och ta hjälp av familj och vänners kunskaper om sjukdomen. En mindre studie från Lunds universitet undersökte hur patienter inom den slutna psykiatriska vården upplevde vårdpersonalens bemötande. Resultaten visade att drygt hälften av patienterna instämde i påståendet att de överlag blev väl bemötta av personalen. Upplevelsen av att vara delaktig i sin egen vård var det påstående som flest patienter inte instämde i.

Samtidigt kan förutsättningarna för partnerskap mellan patient och vårdpersonal vara särskilt svåra inom psykiatrin, i synnerhet när vård ges utifrån tvångslagstiftningen. Om patienten har en begränsad autonomi i sjukdomens akuta skede och vård måste ges utan samtycke kan avvägningen mellan patientsäkerheten och individens egen vilja vara en svår balansgång. Psykisk ohälsa kan också i sig leda till att individen vill dra sig tillbaka från social kontakt, vilket kan försvåra möjligheten till delaktighet och en aktiv interaktion med vårdpersonalen.

Mot ovanstående bakgrund anser Vårdanalys anser att det är angeläget att göra en fördjupad utvärdering av brukarcentrering i vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa.

Syfte

Syftet är att identifiera hur staten på ett bättre sätt än idag, inom ramen för PRIO, kan stödja huvudmännen att skapa en patient- och brukarcentrerad vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa.

Frågeställningar

- Huvudfrågeställning 1: I vilken utsträckning är vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa patient- och brukarcentrerad? Vilka är de stora utvecklingsområdena?

I ett första steg föreslår vi att en fördjupad analys av nuläget genomförs. Exempel på frågor som ska besvaras av nulägesanalysen:

- I vilken utsträckning får personer med psykisk ohälsa, i den mån de kan och vill, vara medaktörer i sin egen vård och omsorg?
- I vilken utsträckning visar vården och omsorgen respekt för patienternas/brukarnas individuella behov, preferenser och värderingar?
- I vilken utsträckning är vården, omsorgen och övriga insatser från samhället koordinerade för personer med psykisk ohälsa?
- I vilken utsträckning har vården och omsorgen en helhetssyn på personer med psykisk ohälsa som människor med både medicinska och icke medicinska (exempelvis sociala, emotionella och andliga) behov? I vilken utsträckning tar vården och omsorgen hänsyn till den samlade livssituationens betydelse för återhämtning och rehabilitering?
- I vilken utsträckning involveras familj och närstående i vården och omsorgen enligt patienternas/brukarnas önskemål? I vilken utsträckning får närstående stöd och avlastning från vården och omsorgen för att klara sin livssituation?
- Huvudfrågeställning 2: I vilken utsträckning svarar de insatser som pågår inom ramen för PRIO mot de behov som har identifierats i delstudie 1? Hur kan staten på ett bättre sätt än idag, inom ramen för PRIO och i övrigt, stödja huvudmännen att skapa en patient- och brukarcentrerad vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa?

I ett andra steg föreslår vi att de insatser som pågår inom ramen för PRIO ställs mot de behov som identifieras i huvudfrågeställning 1. Utifrån en sådan analys är förhoppningen att kunna ge faktabaserade rekommendationer om hur satsningen i högre grad ska kunna bidra till att skapa en patient/brukarcentrerad vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa.



5 Bedömning av hur arbetet med handlingsplanen har påbörjats och organiserats

I det här kapitlet redovisas Vårdanalys bedömning av hur arbetet med handlingsplanen har påbörjats och organiserats.

5.1 UNDERLAG OCH METOD FÖR BEDÖMNING

Vårdanalys redovisar här en första översiktlig bedömning av hur samordningsfunktionerna har genomfört sitt arbete. Det är viktigt att poängtera att PRIO:s struktur och det initiala urvalet av insatser redan var fastställt när samordnarna påbörjade sitt arbete. Samordningsfunktionerna har dock haft en central roll i den fortsatta utvecklingen av satsningen och deras arbete kommer även att följas upp i kommande rapporter. Som underlag för bedömningen har Vårdanalys intervjuat samordnarna och gjort en genomgång av genomförda aktiviteter. Intervjuer med patient- och brukarorganisationer, kommuner och landsting samt Socialstyrelsen har utgjort ett kompletterande underlag.

Sammanfattande bedömning

- Vårdanalys övergripande bedömning är att samordningsfunktionerna spelar en central roll i den fortsatta koordineringen och utvecklingen av satsningen. Samordningsfunktionernas arbete bedöms ske i enlighet med deras respektive uppdrag.
- Exempel på betydelsefulla aktiviteter är samordningsfunktionernas kommunikationsinsatser kring PRIO samt samordningsfunktionen vid Socialdepartementets arbete med att operationalisera satsningens mål.
- Ett förbättringsområde för samordningsfunktionen vid Socialdepartementet är processtyrningen av insatsredovisningar.
- Vårdanalys uppfattar även att det funnits brister i formerna för samråd avseende de prestationsbaserade insatserna samt vad gäller förmedlingen av information om desamma till kommuner och landsting. Samtidigt noteras att flera initiativ har tagits under 2013 för att uppnå förbättringar på dessa områden.

5.2 SAMORDNINGSFUNKTIONEN VID SOCIALDEPARTEMENTET

Organisation och uppdrag

I samband med att PRIO lanserades i maj 2012 beslutade regeringen att en samordningsfunktion för satsningen skulle inrättas inom Socialdepartementet. Enligt regeringsbeslutet (42) är samordningsfunktionens uppdrag att ansvara för samordning och utveckling av de insatser som omfattas av handlingsplanen. I uppdraget ingår att:

- Informera berörda huvudmän och andra aktörer om handlingsplanens mål och innehåll
- Följa upp hur handlingsplanens mål uppfylls
- Analysera förutsättningarna för handlingsplanens genomförande i syfte att identifiera eventuella strukturella hinder
- Lämna förslag till åtgärder som bidrar till ökad måluppfyllelse, resurseffektivitet och kvalitet i de insatser som omfattas av handlingsplanen

I uppdraget ingår även att stimulera dialog samt kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan berörda professioner och verksamhetsansvariga samt erbjuda fora för dialog mellan politiker och andra beslutsfattare på statlig, regional och lokal nivå. Samordningsfunktionens uppdrag löper till 15 augusti 2014. Arbetet leds av Anders Printz som påbörjade sitt arbete i augusti 2012. Inom samordningsfunktionen arbetar ytterligare en heltidsanställd medarbetare.

Samordningsfunktionens arbete bedöms ske i enlighet med uppdraget

Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har hittills genomfört en rad olika aktiviteter, exempelvis:

- Dialog med landsting, kommuner, politiker och organisationer
- Kommunikation via sociala medier
- Beslut om och beredning av nya insatser
- Löpande uppföljning av insatserna
- Möten med referens- och strategigruppen
- Operationalisering av satsningens mål

Vårdanalys bedömer att arbetet sker i enlighet med de mål som har satts upp. Samordningsfunktionen har exempelvis gjort en viktig insats när det gäller informationsspridning och kommunikation kring satsningen genom dialoger och även via sociala medier. Vårdanalys vill betona att det är angeläget att dessa aktiviteter fortsätter och att samordningsfunktionen följer upp att information om satsningen når ut till de avsedda målgrupperna.

Det fortsatta arbetet med att utarbeta mätbara mål och målnivåer är angeläget

I handlingsplanen saknas genomgående mätbara mål. De övergripande målen är visionära till sin karaktär, exempelvis ”En jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet”, medan delmålen går att likna vid inriktningsmål, exempelvis ”Utveckla stödet till anhöriga till personer med psykisk ohälsa” eller ”Skapa förutsättningar för att vårdens och omsorgens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt”. Utan tidsatta och mätbara mål är det svårt att avgöra i vilken utsträckning satsningen har varit en framgång eller inte. Som nämnts tidigare har samordningsfunktionen vid Socialdepartementet inlett ett arbete med att operationalisera målen i handlingsplanen så att utvecklingen går att följa, vilket är positivt. Enligt samordningsfunktionen kommer dokumentationen av detta arbete – ”Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa” – att i första hand utgöra ett underlag för styrningen av satsningen. Dokumentet kommer med andra ord inte att beslutas formellt (men däremot vara tillgängligt och kommuniceras externt). Vårdanalys finner detta problematiskt då ett fastslående av indikatorer och målnivåer skulle tydliggöra ansvaret för och inriktningen på satsningen. Det är också en förutsättning för att satsningen ska gå att utvärdera.

Processen för redovisning av insatser har inte varit tillfredställande

Vårdanalys har uppmärksammat flera brister vid redovisningen av de olika insatserna, exempelvis avseende målformuleringar samt i återrapporteringen av resultat och ekonomiska redovisningar (se avsnitt 4.3.2). Då stora belopp betalas ut till insatserna anser Vårdanalys att kraven på insatsernas planering och återrapportering måste skärpas. Samordningsfunktionen bör ta ett helhetsgrepp kring denna fråga och utveckla processen. Detta skulle sannolikt underlätta utvärderingen och även ge en mer rättvisande bild av insatserna.

Samordningsfunktionens fokus på utveckling genom befintliga strukturer behöver utvärderas vidare

Enligt samordningsfunktionens plan ska insatserna inriktas på att långsiktigt förstärka och utveckla ordinarie strukturer, regionalt och lokalt, hellre än bedrivs som tillfälliga projekt. Det innebär som tidigare nämnts att många insatser avser inventering och registrering, utveckling av mätmetoder, kunskaps- och kartläggningsinsatser, med flera. Huruvida denna strategi är lyckad, i den meningen att insatserna också leder till konkreta förbättringar för målgruppen, är det för tidigt att bedöma och frågan kommer att följas upp i den fortsatta utvärderingen av PRIO.

Bristande samråd avseende grundkrav och prestationsmål

Som framgår av Vårdanalys utvärdering av de prestationsbaserade insatserna har samrådet mellan de berörda aktörerna inte fungerat tillfredsställande under 2012 (se avsnitt 4.2.4 och 4.3.4). Samtidigt noterar Vårdanalys att formerna för samråd har utvecklats under 2013 vilket kommer att följas upp närmare i nästa års utvärdering.

5.3 SAMORDNINGSFUNKTIONEN VID SKL

Organisation och uppdrag

Samordningsfunktionen vid SKL har i uppdrag att bidra till samordning av genomförandet av de insatser som sker i kommuner och landsting samt att skapa möjligheter för erfarenhetsutbyte mellan kommuner och landsting. Samordningsfunktionen ska även ge stöd till kommuner och landsting avseende de prestationsbaserade insatserna bland annat genom särskilda informationsinsatser.

Ing-Marie Wieselgren har samordningsansvaret inom SKL. Knutet till samordnaren finns ett kansli som arbetar med satsningen och psykisk ohälsa.

Samordningsfunktionens arbete bedöms ske i enlighet med uppdraget

Flera av de utvecklingsinsatser som SKL ansvarar för påbörjades redan innan handlingsplanen lanserades och SKL:s samordnare Ing-Marie Wieselgren har sedan många år tillbaka ansvarat för att samordna frågor som rör psykisk ohälsa inom SKL. Startsträckan för samordningsfunktionen vid SKL för att påbörja arbetet kan därför anses kort. En stor del av samordningsfunktionens arbete fokuseras på att samordna och stödja de olika utvecklingsinsatser inom PRIO som SKL ansvarar för, till exempel PSYNK-projektet och förbättringsarbete inom slutenvården. Bedömningen av ett urval av dessa redovisas i avsnitt 4.3. Andra exempel på aktiviteter inom samordningsfunktionen är:

- Stöd till kommuner och landsting rörande uppfyllelse av grundkrav och prestationsbaserade mål
- Informationsinsatser och dialoger kring satsningen
- Kommunikation via sociala medier

Vårdanalys sammantagna slutsats är att arbetet sker i enlighet med uppdraget. Samordningsfunktionen har en viktig roll att fylla när det gäller informationen kring satsningen till kommuner och landsting. Exempelvis har samordningsfunktionen utvecklat en informativ webbsida som bland annat innehåller material kring satsningen, sändningar av webb-tv och samordnarens blogg. Ett annat viktigt fokusområde är att ge anvisningar och stöd till kommuner och landsting rörande de prestationsbaserade insatserna. Av Vårdanalys utvärdering av det genomförda prestationsarbetet framgår att detta är ett utvecklingsområde för samordningsfunktionen (se avsnitt 4.3); bland annat har flera kommunrepresentanter fört fram att information om prestationskriterier kom sent och det tycks ha uppstått oklarheter om det var SKL eller Socialstyrelsen som var avsändare. Vårdanalys uppfattar att samordningsfunktionen har tagit initiativ för att förbättra processen under 2013, vilket kommer att följas upp närmare i nästa års lägesrapport.

5.4 REKOMMENDATIONER FÖR DEN FORTSATTA UTVECKLINGEN AV PRIO

Eftersom samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har det övergripande ansvaret för att styra och utforma satsningen vidare riktas våra rekommendationer i denna lägesrapport i första hand till dem. I viss mån omfattas även samordningsfunktionen vid SKL (sista punkten).

- ▶ *Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet bör överväga att utveckla och förtydliga den nuvarande målstrukturen i samband med den översyn av handlingsplanen som planeras 2014.*

Det gäller dels hur målen formuleras, men också hur de i vissa fall kan kompletteras. Vidare bör det redovisas hur övergripande mål, delmål och insatser relaterar till varandra.

- ▶ *Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet bör fastställa indikatorer och mått som gör det möjligt att följa utvecklingen och utvärdera målpuppfyllelse.*

Beslut om indikatorer, datakällor och målnivåer hindrar inte en dynamisk styrning av satsningen – dessa kan revideras efter hand om sådana skäl föreligger. Om beslut utblir riskerar ansvaret för satsningen att bli otydligt. Arbetet med att identifiera lämpliga indikatorer och mått samt genomföra datainsamling är tids- och resurskrävande och för detta arbete anser Vårdanalys att en resursförstärkning av samordningsfunktionen bör övervägas. I planen för styrningen av satsningen bör också insatserna som ingår i PRIO redovisas, samt till vilka av PRIO:s mål de olika insatserna förväntas bidra.

- ▶ *Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet bör vid beslut om insatser tydliggöra vilka krav och villkor som ska gälla.*

Sådana krav kan avse framtagande av målbeskrivningar och projektplaner och vad som gäller vid del- och slutredovisningar. Det underlättar för samtliga inblandade aktörer om kraven är tydliga och transparenta i hela kedjan från beslut om finansiering till slutredovisning. Ett förslag är att redovisningar sker enligt en fastslagen mall som tydliggör vad som har genomförts och uppnåtts i förhållande till projektplan och målbeskrivning. Det bör också framgå hur insatsen förväntas bidra till ett eller flera av PRIO:s mål samt när och hur insatsen förväntas generera märkbara och bestående effekter för personer med psykisk ohälsa. Det är också viktigt att det utvecklas rutiner för hantering av bristfälliga eller uteblivna redovisningar eller resultat.

- ▶ *Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet bör fortsätta arbetet med att utveckla formerna för samråd med berörda aktörer angående val, utformning och bedömning av prestationsbaserade insatser.*

Givet insatsernas omfattning samt det stora antalet berörda aktörer på kommun- och landstingsnivå är det av stor vikt att de nationella aktörerna har en tydlig ansvarsfördelning, fattar väl förankrade beslut och förmedlar samstämmig information.

- ▶ *Regeringen bör besluta om att samordningsfunktionernas uppdrag förlängs till 2016 då satsningen avslutas.*

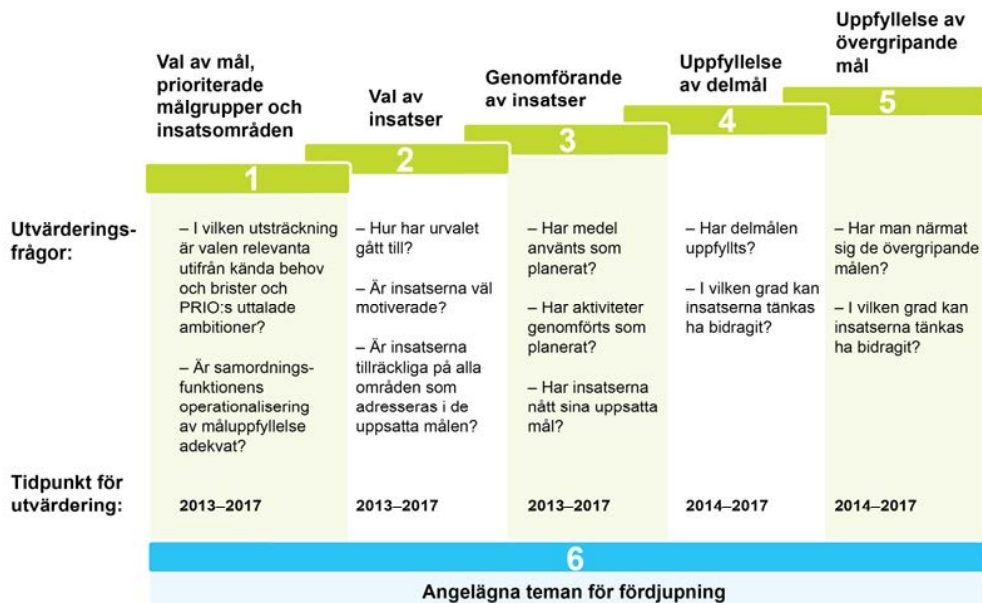
Genom att följa och stödja utvecklingsarbetet på lokal, regional och nationell nivå kan samordningsfunktionerna på ett värdefullt sätt bidra till en långsiktig styrning och utveckling av satsningen.



6 Förslag till fortsatt utvärdering av PRIO

Nedan redogörs för Vårdanalys förslag på fortsatt utvärdering av PRIO, inklusive budget och tidsplan. Förslaget innebär att Vårdanalys genomför en årlig uppföljning och utvärdering av val av och resursfördelning mellan insatser, genomförande av insatser samt måluppfyllelse. Utgångspunkten för utvärderingen kommer att vara steg 1-6 i nedanstående utvärderingsmodell (figur 6; en utförlig redogörelse för modellen finns i kapitel 3).

Figur 6. Vårdanalys utvärderingsmodell



Förslaget förutsätter att Vårdanalys i hög grad kan utgå från befintliga datakällor för att värdera måluppfyllelse. Det innebär också att den årliga uppföljningen av insatser sker på en mer övergripande nivå (samma nivå som i denna lägesrapport), och att de nationella samordnarnas insatsuppföljning utgör ett centralt underlag för bedömning. Det är med denna omfattning inte möjligt att i någon större utsträckning göra djupare utvärderingar av enskilda insatser, exempelvis genomföra vetenskapliga utvärderingar.

I regeringsuppdraget ingår att Vårdanalys ska rapportera om ”övriga iakttagelser och förhållanden som myndigheten finner lämpliga”. Vårdanalys föreslår att så görs, dels inom ramen för steg 1-5 ovan, men också genom fördjupade utvärderingar av särskilt angelägna

teman. Dessa sker inom steg 6 och kan avse både enskilda insatser och/eller specifika frågor eller områden som vi finner lämpliga för att spegla effekterna av satsningen. I den aktuella rapporten presenteras ett förslag om fördjupad utvärdering av patient/brukarcentrering i vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa (se avsnitt 4.4).

Vårdanalys föreslår att 4 miljoner kronor per år avsätts under 2014-2016 för utvärderingen, samt att 2 miljoner kronor avsätts år 2017. Resultatet från dessa utvärderingar kommer att publiceras i årliga lägesrapporter senast den 1 oktober 2014-2016 och i en samlad slutrapport senast den 15 maj 2017. Resultatet från fördjupningsstudierna kan komma att publiceras i separata delrapporter eller som en del i den årliga lägesrapporten.



7 Referenser

1. <http://www.hjarnkoll.se>. 2013.
2. <http://www.kunskapsguiden.se>. 2013.
3. <http://www.sbu.se/sv/evidensbaserad-varld/>. 2013.
4. <http://www.vgregion.se/sv/ovriga-sidor/alkohol-och-andra-droger-kunskapsstod/psykiatrisk-samsjuklighet/>. 2013.
5. Agency for Healthcare Research and Quality. 2010 National Healthcare Quality Report. Publication 11-004, Rockville, 2011.
6. Andreasson E, Skärsäter I. Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;19:15-22.
7. Bjärehed J, Wångby-Lundh M, Lundh L-G. Nonsuicidal Self-Injury in a Community Sample of Adolescents: Subgroups, Stability, and Associations With Psychological Difficulties. *J Res Adolesc*. 2012;22:678-93.
8. Björkman T, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci*. 2008;22:170-7.
9. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser. Uppsökande, informera och förebyggande insatser för personer med allvarlig psykisk sjukdom eller med risk att utveckla allvarlig psykisk sjukdom. En kunskapssammanställning. 2011.
10. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser. Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende. En jämförande befolkningsundersökning 2009-2012. 2012.
11. Crisp A, Cowan L, Hart D. The college's anti-stigma campaign 1998-2003. A shortened version of the concluding report, *Psychiatr Bull*. 2004;28:133-6.
12. Cuijpers P. The effects of family intervention on relatives' burden: A meta-analysis. *Journal of Mental Health*. 1999;8:275-85.
13. Dagens Nyheter. Att skada sig själv. Unga som skadar sig tolkas fel. 2012-11-14.
14. Dagens Nyheter. Kommunerna sviker de psykiskt funktionsnedsatta. Debattartikel. 2012-04-27.
15. Dagens Nyheter. Kvinnor mest utsatta i psykvården. 2011-08-04.
16. Dahlberg M, Vedung E. Demokrati och brukarutvärdering. Lund Studentlitteratur. 2001.
17. Eldh A-C, Ehnfors M. Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations*. 2008;11:263-71.

18. Ewertzon M. Familjemedlem till person med psykossjukdom. Bemötande och utanförskap i psykiatrisk vård. Örebro Universitet. 2012.
19. Försäkringskassan. Uppföljning av sjukförsäkringens utveckling. Delredovisning 1 av regeringsuppdrag. 2013.
20. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL. *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. Jossey-Bass Health Series. 1993.
21. Holm H, Björkdahl A, Björkenstam E. Tvångsvård med frågetecken. *Läkartidningen*. 2011;34.
22. Hörnsten Å, Lundman B, Kihl Selstam E, Sandström H. Patient satisfaction with diabetes care. *J Adv Nurs*. 2005;51:609-17.
23. Ineland L, Jacobsson L, Renberg ES, Sjölander P. Attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment - changes over time in a Swedish population. *Nord J Psychiatry*. 2008;62:192-7.
24. Kungliga Vetenskapsakademien. Trender i barns och ungdomars psykiska ohälsa i Sverige. State-of-the-Science. Konferensuttalande. 2010.
25. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res*. 2007;96:232-45.
26. Lundberg B. Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom Lunds Universitet. 2010.
27. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE*. 2013;8:e55176.
28. OECD. *Mental Health and Work: Sweden*. 2013.
29. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2002:CD002831.
30. Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, et al. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid. Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet. 2010.
31. Regeringen. *Psykiskt stördas villkor*. Prop. 1993/94:218. 1994.
32. Regeringen. *Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet*. SOU 1998:31. 1998.
33. Regeringen. *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*. Prop. 1999/2000:149. 2000.
34. Regeringen. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. SOU 2006:100. 2006.

35. Regeringen. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. SOU 2006:77. 2006.
36. Regeringen. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren. SOU 2008:18. 2008.
37. Regeringen. En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, Skr. 2008/09:185. 2009.
38. Regeringen. Svensk författningssamling; Förordning med instruktion för Myndigheten för vårdanalys. SFS 2010:1385. 2010.
39. Regeringen. En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011-2016. S2012.028. 2011.
40. Regeringen. Uppdrag att genomföra insatser för en förstärkt elevhälsa. U2011/5947/S. 2011.
41. Regeringen. Överenskommelse om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012-2016. S2011/8471/FS. 2011.
42. Regeringen. Inrättande av nationell samordningsfunktion för insatser inom området psykisk ohälsa. S2012/3945/FS. 2012.
43. Regeringen. PRIO psykisk ohälsa - plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016. S2012:006. 2012.
44. Regeringen. Psykiatrin och lagen - tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. SOU 2012:17 del 1-2. 2012.
45. Regeringen. Strategi för en god och mer jämlik vård 2012-2016. S2012.013. 2012.
46. Regeringen. Uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012-2016. S2012/4529/FS. 2012.
47. Regeringen. Godkännande av en överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten 2013. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/206845>. 2013.
48. Regeringen. Uppdrag att säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. S2013/1667/FS. 2013.
49. Regeringen. Överenskommelse om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/124550>. 2013.
50. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa. Kongressuttalande angående nedskärningar av Personligt ombud. 2011.
51. Riksrevisionen. Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet. 2009.
52. SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt. 2010.
53. Schultze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19:137-55.
54. SKL. Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. 2010.
55. SKL. Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga. Slutredovisning. 2012.

56. SKL. Nationell patientenkät, psykiatrisk öppen- och slutenvård. 2012.
57. SKL. Psykisk hälsa. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/overenskommelsen-psykisk-ohalsa/psykiatrisamordnarnas-uppdrag. 2013.
58. Socialstyrelsen. Svensk psykiatrisk forskning. 1997.
59. Socialstyrelsen. Vårld och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. 1999.
60. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport. 2005.
61. Socialstyrelsen. God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. 2006.
62. Socialstyrelsen. Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatrin. En rapport baserad på hälsodataregistren vid Socialstyrelsen. 2008.
63. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. 2008.
64. Socialstyrelsen. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn (huvudrapport) – en nationell inventering i kommuner och landsting. 2008.
65. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport. 2009.
66. Socialstyrelsen. God vård och omsorg i socialtjänsten. 2010.
67. Socialstyrelsen. Social tillsyn. Länsstyrelsernas iakttagelser under 2008 och 2009. 2010.
68. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. 2010.
69. Socialstyrelsen. Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående. Lägesbeskrivning 2011. 2011.
70. Socialstyrelsen. Anhöriga som ger omsorg till närstående – omfattning och konsekvenser. 2012.
71. Socialstyrelsen. Att nå personer med psykisk ohälsa - uppsökande och informerande verksamhet. 2012.
72. Socialstyrelsen. Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa. En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. 2012.
73. Socialstyrelsen. Det är mitt hem. Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. 2012.
74. Socialstyrelsen. Enkät till landets samtliga kommuner om deras insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. 2012.
75. Socialstyrelsen. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa - Uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011. 2012.
76. Socialstyrelsen. Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri – en kartläggning av forskning och praktik. 2012.

77. Socialstyrelsen. Nationell tillsyn av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning 2009-2011. Slutrapport. 2012.
78. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012. 2012.
79. Socialstyrelsen. Att ha schizofreni och vara utrikesfödd – insjuknande, vård och levnadsförhållanden hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige. 2013.
80. Socialstyrelsen. Kompetenssatsning 2009-2012. Personal som kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. 2013.
81. Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2013 – tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. 2013.
82. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för läkemedel. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel>. 2013.
83. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. 2013.
84. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013. 2013.
85. Socialtjänstförvaltningen. Riktlinjer. Stadens insatser för psykiskt funktionshindrade. 2002.
86. Statens folkhälsoinstitut. Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till förebyggande insatser. 2008.
87. Statskontoret. Statens psykiatrisatsning 2007-2011 – slutrapport. 2012.
88. Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:404-12.
89. Svenska Dagbladet. Vi satsar två miljarder på rehabilitering. Debattartikel. 2012-12-13.
90. Sveriges Television. Agenda. 2012-03-03.
91. Topor A, Denhov A. Att arbeta evidensbaserat - en introduktion. Om erfarenhet, praktik och vetenskap. FoU-enheten, Psykiatri Södra Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde. 2008.
92. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011;199:453-8.
93. Vårdanalys. Grönt ljus för Öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården. 2012.
94. Vårdanalys. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. 2012.
95. Åkerman S, Björkenstam C, Björkenstam E, Holm H, Ekselius L. Ökad dödlighet hos unga kvinnor med personlighetsstörning. *Läkartidningen*. 2013;110:CADZ.

8 Bilaga

8.1 BILAGA 1 VÅRDANALYS REGERINGSUPPDRAG



REGERINGEN

Socialdepartementet

Regeringsbeslut

I:5

2012-06-20

S2012/4529/FS (delvis)

Myndigheten för vårdanalys
Box 6070
102 31 Stockholm

Uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016

Regeringens beslut

Regeringen ger Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) i uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016. Handlingsplanen ska följas upp och utvärderas både på insats- och målnivå. Utöver detta ska Vårdanalys uppmärksamma övriga iakttagelser och förhållanden som myndigheten finner lämpliga för att spegla effekterna av satsningen.

Genomförandet av uppdraget ska ske i nära samråd med Socialdepartementet. Vårdanalys ska även samråda med Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Sveriges Kommuner och Landsting, Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) samt andra berörda myndigheter och organisationer. Berörda myndigheter ska vara behjälpliga igenomförandet av uppdraget, t.ex. genom att förse Vårdanalys med information och underlag.

Vårdanalys ska senast den 1 oktober varje år, med start 2013, lämna årliga lägesrapporter till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Rapporten som ska inlämnas senast den 1 oktober 2013 ska innehålla en uppföljning av de insatser som ingår i satsningen, en bedömning av hur arbetet med handlingsplanen och dess insatser har organiserats och påbörjats samt förslag på en plan för det fortsatta uppföljnings- och utvärderingsarbetet 2013–2017. Planen ska bl.a. beskriva hur Vårdanalys avser att följa upp insatserna i handlingsplanen och målen med satsningen. Planen ska dessutom innehålla ett förslag på budget för uppföljnings- och utvärderingsarbetet 2013–2017. Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 maj 2017. Rapporter och redovisning ska hänvisa till det diarie-nummer som detta beslut har.

Postadress
103 33 Stockholm

Telefonväxel
08-405 10 00

E-post: registrator@social.ministry.se

Besöksadress
Fredsgatan 8

Telefax
08-723 11 91

2

Vårdanalys tilldelas 500 000 kronor för genomförandet av detta uppdrag. Finansiering sker inom ramen för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition. Medlen utbetalas av Kammarkollegiet under 2012 till Vårdanalys engångsvis efter rekvisition. Rekvisitionen ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har och ska ske senast den 15 september 2012. Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2013.

Bakgrund

Den 24 maj 2012 beslutade regeringen om PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016. Handlingsplanen ska genom att lyfta fram ett antal strategiska prioriterade områden och därtill kopplade insatser utgöra en grund för regeringens arbete på området under de kommande åren. Planen består av ett antal åtgärder som riktar sig till grupper som särskilt riskerar att drabbas av psykisk ohälsa samt insatser för att förbättra situationen och bidra till återhämtning för personer med psykisk ohälsa. Regeringen kommer, under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet, avsätta ca 870 000 000 kronor per år i syfte att förebygga psykisk ohälsa och att förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa.

Satsningen ska utgå från tre övergripande mål:

- En jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet
- Tillgång till arbete och anpassad sysselsättning
- Möjlighet till delaktighet och inflytande

Förutom de övergripande målen består handlingsplanen även av ett antal delmål. Under perioden 2012–2016 har regeringen sett behov av att särskilt prioritera två målgrupper: barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad problematik. Utöver detta kommer insatser riktade till alla personer med psykisk ohälsa att prioriteras inom följande områden: kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete samt bemötande, delaktighet och inflytande.

En av de centrala beståndsdelarna i satsningen är en bred överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som syftar till att skapa förutsättningar för ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i kommuner och landsting. Utöver överenskommelsen har särskilda regeringsbeslut om uppdrag till olika myndigheter och organisationer fattats eller kommer att fattas i särskild ordning.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) har dessutom beslutat att, under två års tid, inrätta en nationell samordningsfunktion inom området psykisk ohälsa. Det övergripande syftet med nationell samordning är att utifrån ett gemensamt ansvarstagande från statens och SKL:s sida skapa bästa möjliga förutsättningar för resursutnyttjande, implementering och fortsatt kvalitetsutveckling inom området. I uppdraget ingår bl.a. att följa hur handlingsplanens mål uppfylls.

Närmare om uppdraget

I handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016 aviserade regeringen sin avsikt att följa upp och utvärdera handlingsplanen för att se om de åtgärder som regeringen beslutar om ger avsedda effekter för personer med psykisk ohälsa. Handlingsplanen ska följas upp och utvärderas både på insats- och målnivå. Uppföljningen och utvärderingen på insatsnivå syftar till att säkerställa att insatserna leder till en utveckling inom handlingsplanens mål och bidrar till måluppfyllelse. Vårdanalys ska därför ansvara för att följa upp och utvärdera de insatser som ingår i satsningen, om inget annat anges i enskilda regeringsbeslut. Det gäller både överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting och enskilda uppdrag till myndigheter och organisationer. Uppföljningen på målnivå syftar dels till att möjliggöra en förbättrad styrning mot resultat på regional och lokal nivå, dels till att följa den nationella utvecklingen mot de övergripande målen samt delmålen som ingår i handlingsplanen. Utöver att följa upp satsningen utifrån mål och delmål i handlingsplanen ska Vårdanalys uppmärksamma övriga iakttagelser och förhållanden som myndigheten finner lämpliga för att spegla effekterna av satsningen.

Den nationella samordningsfunktionen har en viktig roll i uppföljningen av satsningen och det är därför av central betydelse att Vårdanalys har en nära dialog med funktionen om de olika delarna i uppdraget. De lägesrapporter som Vårdanalys ska lämna årligen ska regeringen kunna använda för att vidareutveckla satsningen.

För 2013 avser regeringen att avsätta 4 000 000 kronor. Regeringen avser även att avsätta medel för åren 2014, 2015, 2016 och 2017. Medel för 2013–2017 utbetalas i den mån riksdagen beviljar medel för detta ändamål.

På regeringens vägnar

Göran Hägglund

Sara Johansson

4

Kopia till

Finansdepartementet/Ba
Regeringskansliets förvaltningsavdelning/Ek
Regeringskansliets internrevision
Socialutskottet
Kammarkollegiet
Socialstyrelsen
Statens folkhälsoinstitut
Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
Sveriges Kommuner och Landsting

8.2 BILAGA 2 VÅRDANALYS EXPERTRÅD

Lise-Lotte Risö Bergerlind	Överläkare psykiatri, f.d. ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen
Eva Serlachius	Specialist i barn- och ungdomspsykiatri, koordinator programområde BUP, Centrum för Psykiatrforskning Karolinska Institutet, Stockholms läns sjukvårdsområde
Marianne Björklund	F.d. utredare Socialstyrelsen
Jimmie Trevett	Ordförande RSMH
Alain Topor	Docent, Institutionen för Socialt arbete vid Stockholms Universitet
Agneta Schröder	Med. Dr., forskare, Örebro läns landsting
Anette Åquist Falkenroth	Konsult, f.d. Förvaltningschef vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevården Region Halland

8.3 BILAGA 3 INTERVJUADE PERSONER I SAMBAND MED UTFORMNING- EN AV VÅRDANALYS UTVÄRDERING

Nationella samordnare

Anders Printz	Psykiatrisamordnare, Socialdepartementet
Roger Molin	Vårdvalssamordnare, Socialdepartementet
Ing-Marie Wieselgren	Psykiatrisamordnare, Sveriges Kommuner och Landsting
Eva Nilsson Bågenholm	Äldresamordnare, Socialdepartementet

Socialdepartementet

Sara Johansson

Myndigheter

Michael Kramers	Statskontoret
Karin Rudberg	F.d. Riksrevisionen
Tord Forsner	Socialstyrelsen
Birgitta Lindelius	Socialstyrelsen
Eija Airaksinen	Socialstyrelsen

Patient/brukarintressenter

Mårten Jansson	NSPH
Kjell Broström	NSPH
Marie-Louise Armand	NSPH
Anki Sandberg	NSPH
Jan-Olof Forsén	RSMH
Jimmie Trevett	RSMH
Staffan Blom	Patientnämnden Stockholms läns landsting

Övriga intressenter

Hanna Sjöberg	Karolinska Institutet
Tabita Björk	Örebro läns landsting
Lars Grönvall	F.d. ordförande i Socialberedningen

Internationella representanter

Rebecca Cotton	National Health Service, Storbritannien
Alexander Rushton	National Health Service, Storbritannien
Emma Stanton	Nuffield Trust, Storbritannien

8.4 BILAGA 4 INTERVJUADE PERSONER I SAMBAND MED VÅRDANALYS INSATSUTVÄRDERING

Kommun- och landstingsföreträdare/representanter

Susanne Lundmark	Burlövs kommun
Marika Rissanen	Gällivare kommun
Ingela Möller	Kalmar kommun
Ingela Lagerskog	Luleå kommun
Ingrid Larsson	Uppsala kommun
Gunilla Öhrling	Västerviks kommun
Päivi Suomivirta	Värmdö kommun
Erik Nilsson	Överkalix kommun
Harald Segerstedt	Norrbottnens läns landsting
Emelie Sundén	Region Skåne
Christina Möller	Västra Götalandsregionen

Myndigheter och organisationer

Tord Forsner	Socialstyrelsen
Linda Almqvist	Socialstyrelsen
Nina Frohm	Socialstyrelsen
Linda Jönsson	Socialstyrelsen
Ing-Marie Wieselgren	Sveriges Kommuner och Landsting
Tomas Bokström	Sveriges Kommuner och Landsting
Carola Teirfolk	Sveriges Kommuner och Landsting

Patient/brukarintressenter

Mårten Jansson	NSPH
Kjell Broström	NSPH
Marie-Louise Armand	NSPH
Jan-Olof Forsén	RSMH
Jimmie Trevett	RSMH

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa

Lägesrapport 2013

Handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa utgör grunden för regeringens arbete mot psykisk ohälsa under perioden 2012–2016. Årligen avsätts 870 miljoner kronor. Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera satsningen under åren 2013–2017. I denna första lägesrapport föreslår Vårdanalys en plan för det fortsatta uppföljnings- och utvärderingsarbetet. Vi har också gjort en uppföljning av 2012 års insatser samt en bedömning av hur arbetet med handlingsplanen har organiserats och påbörjats. I tillägg görs en bedömning av i vilken utsträckning satsningens formulerade mål är relevanta. Vårdanalys förhoppning är att denna och följande rapporter ska kunna bidra till en fortsatt utveckling av satsningen så att den ger avsedda effekter för dem den är till för – personer med psykisk ohälsa.

