

Rapport 2014:6

**Utvärdering  
av handlingsplanen  
PRIO psykisk ohälsa**

Lägesrapport 2014

2014

► **vårdanalys** ◄

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vårdanalys  
Grafisk form: Les Creatives STHLM  
ISBN: 978-91-87213-28-1  
[www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

# **Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa**

Lägesrapport 2014

 **vårdanalys** 



# Beslut

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

Stockholm 2014-09-10  
Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström  
Styrelseordförande

Anders Anell  
Vice ordförande

Eva Fernvall  
Styrelseledamot

Mef Nilbert  
Styrelseledamot

Karin Tengvald  
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson  
Myndighetschef

Carl Lundgren  
Föredragande



# Förord

Nästan alla människor har erfarenhet av psykisk ohälsa, antingen personligen eller genom närstående. Många har också erfarenhet av psykiatrisk vård. Psykisk ohälsa är alltså en verklig folksjukdom. Ändå omges den av brist på uppmärksamhet och till och med stigmatisering av de som drabbas. Situationen för personer med psykisk ohälsa uppfattas av många som djupt otillfredsställande och sämre än vad den hade behövt vara. Vårdanalys patientråd har vid flera tillfällen lyft detta som ett av de mest centrala utvecklingsområdena i svensk vård och omsorg. Regeringen har sedan 2012 bedrivit en satsning som kallas PRIO, vilken syftar till att förbättra livssituationen och vården för dessa personer. Vårdanalys har i uppdrag av regeringen att årligen utvärdera PRIO under 2013–2017. Denna rapport är vår andra årliga utvärdering.

PRIO är den senaste i en rad statliga satsningar inom området psykisk ohälsa under det senaste decenniet. Trots det verkar situationen hittills inte ha förbättrats märkbart för de personer som satsningarna ytterst ska gynna. Mätproblemen är stora, men det finns indikationer på att situationen snarast försämras på vissa områden. Exempelvis kan vi de senaste åren se en ökning av självmorden (efter en längre period med nedgång). Vi kan konstatera att PRIO lyckats uppnå resultat under 2013 som på sikt kan förbättra förutsättningarna för en god vård och omsorg för personer med psykisk sjukdom. Men vi måste även konstatera att de insatser som görs är långt ifrån tillräckliga för att ens på sikt nå satsningens uppsatta mål.

Vi har haft anledning att diskutera Vårdanalys roll i den här satsningen både externt, med olika intressenter i PRIO, och internt. Mycket talar för att satsningens ledning behöver ha tillgång till betydligt större analytiska resurser och stöd med strategisk rådgivning än vad den har nu, och det har funnits en diskussion om huruvida Vårdanalys skulle kunna stå för detta stöd inom ramen för vårt uppdrag. Det är dock oförenligt med det utvärderingsuppdrag som vi har fått av regeringen. En satsning som omfattar 4,3 miljarder kronor behöver *både* analytiska resurser som kan bidra till utformningen och den löpande styrningen av satsningen, och en part som kan svara för en oberoende utvärdering av satsningens effekter ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv.

Rapporten har tagits fram av en projektgrupp bestående av Mimi Westerlund, Ebba Hemmingsson, Håkan Lenhoff, Anna Bryngelsson, Joakim Ramsberg och Carl Lundgren. En central del i arbetet har varit intervjuer med företrädare för bland annat Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), Socialstyresen, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt ett antal kommuner och landsting. Vi vill framföra ett tack till de personer som vi har intervjuat. Vi vill också rikta ett tack till de personer som har bistått med faktagranskning av denna rapport: Ander Printz och Kerstin Evelius vid Socialdepartementet, Ing-Marie Wieselgren och Mikael Malm vid SKL samt Kjell Broström och Mårten Jansson vid NSPH. Vi vill också tacka det expertråd som bistått vår utvärdering: Marianne Björklund, Agneta Schröder, Eva Serlachius, Alain Topor, Anette Åquist Falkenroth, Jimmie Trevett och Lise-Lotte Risö Bergerlind.

Stockholm i september 2014

Fredrik Lennartsson  
Myndighetschef







# Sammanfattning

## **PRIO ÄR REGERINGENS SATSNING INOM OMRÅDET PSYKISK OHÄLSA**

Regeringen fattade 2012 beslut om en fyraårig satsning för att förbättra livssituationen och vården för personer med psykisk ohälsa: *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa* (Regeringen 2012c). Satsningen har tre övergripande mål:

- God vård och omsorg – kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik, i rimlig tid och samordnad (omformulering från 2014 års översyn av PRIO-planen (Regeringen 2014))
- Tillgång till arbete och anpassad sysselsättning
- Möjlighet till delaktighet och inflytande

Utöver målen finns två prioriterade målgrupper och två insatsområden för satsningen:

- Barn och unga med psykisk ohälsa
- Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik
- Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete
- Bemötande, delaktighet och inflytande

Till dessa grupper och områden finns 15 delmål formulerade. Satsningen utgjordes 2013 av 43 insatser. Under perioden 2012–2016 avsätter regeringen årligen 870 miljoner kronor för satsningen och totalt omfattar den 4,3 miljarder kronor.

Vårdanalys har i uppdrag att ur ett medborgar- och patientperspektiv årligen följa upp och utvärdera satsningen i syfte att säkerställa att de insatser som regeringen beslutar om ger avsedda effekter för personer med psykisk ohälsa (Regeringen 2012f). Utvärderingen grundar sig på litteraturstudier, analys av statistik och indikatorer, genomgångar av regeringsbeslut och insatsredovisningar samt ett stort antal intervjuer.

## **FLERA POSITIVA RESULTAT HAR UPPNÅTTS, MEN DET FINNS BETYDANDE BRISTER I UTFORMINGEN AV SATSNINGEN**

Satsningen har bidragit till att synliggöra situationen för personer med psykisk ohälsa och de brister som finns i vården och omsorgen för dessa grupper. Flertalet av de insatser som har bedrivits inom PRIO har också uppvisat goda resultat, i förhållande till insatsernas interna (insatsspecifika) mål. Exempelvis har samtliga landsting och 97 procent av kommunerna upprättat samverkansavtal. Registreringen i psykiatriska kvalitetsregister har ökat markant - alla landsting utom ett har klarat målet att registrera minst hälften av alla ny- och återbesök i något av de åtta psykiatriska kvalitetsregistren. 70 procent av

kommunerna har också gjort en inventering av målgruppens behov och analyserat och planerat för att utveckla sysselsättning och boende.

Vi kan emellertid konstatera att vissa av insatserna inom PRIO har en relativt låg ambitionsnivå. I vissa fall, till exempel vad gäller insatsen för att nå ökad samverkan mellan kommuner och landsting, tilldelas medel för arbete som redan ska bedrivas enligt lag. Vår bedömning är vidare att kopplingen mellan övergripande mål, delmål och insatser är svag och att alltför många och omfattande mål har satts upp för satsningen relativt de avsatta resurserna och tidsramarna. Det gör det svårt att prioritera mellan insatser och fokusera på måluppfyllnad ur ett patientperspektiv. Exempelvis är ett av femton delmål för satsningen att minska förekomsten av självskadande beteende, självmordsförsök och självmord hos barn och unga. Sedan satsningen påbörjades har det trots detta skett en ökning av antalet självmord (efter en längre tids nedgång). De begränsade insatser som har vidtagits på detta område är viktiga, men är sannolikt långt ifrån tillräckliga för att nå målen. Vidare är ambitionen att bygga långsiktiga strukturer i hög grad motiverad, men vi bedömer att det är osäkert i vilken utsträckning arbetet faktiskt ger långsiktiga resultat. Exempelvis används drygt 70 procent av medlen till så kallad prestationsbaserad ersättning, och våra analyser visar att det finns en betydande osäkerhet kring i vilken utsträckning detta leder till långsiktiga förbättringar. Samordningsfunktionerna inom Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har haft stor betydelse för styrningen och utvecklingen av satsningen, trots att de har varit kraftigt underdimensionerade i förhållande till satsningens storlek och komplexitet.

Avslutningsvis kan vi konstatera att samverkan mellan de involverade myndigheterna behöver stärkas och att satsningen bör vara departementsöverskridande. Många av de problem som personer med psykisk ohälsa upplever rör arbete, sysselsättning, skola, boende och privatekonomi. Då krävs gemensamma strategier på nationell nivå för att förbättra den samlade livssituationen.

## **REGERINGEN BÖR UTARBETA EN NY LÅNGSIKTIG STRATEGI FÖR EN FÖRBÄTTRAD PSYKISK HÄLSA**

Vi gör bedömningen att det är fortsatt mycket angeläget att staten stödjer utvecklingen av vården och omsorgen om personer med psykisk ohälsa. Det finns stora kvarstående kvalitets-, jämlikhets- och effektivitetsutmaningar i vården och omsorgen för målgruppen och staten har en unik roll att fylla för att åtgärda problemen. Med PRIO har situationen för personer med psykisk ohälsa synliggjorts och ett antal insatser har lett till goda resultat. Under 2014 har regeringen gjort en revidering av handlingsplanen men i stort sett ligger inriktningen från 2012 fortfarande fast. Vår bedömning är att satsningens inriktning på flera avgörande punkter inte är ändamålsenlig. Det krävs mer genomtänkta, genomgripande och långsiktiga åtaganden från både staten och huvudmännen för att närma sig de fullt rimliga övergripande mål som har satts upp för områdets utveckling. Det finns därför behov av en ny mer långsiktig strategi som sträcker sig bortom en 4-5 årig satsning: det är inte realistiskt att åstadkomma nödvändiga förändringar under en så kort tidshorisont. Strategin bör vidare baseras på en utvecklad analys av vilken roll staten

respektive huvudmännen ska spela i en långsiktig förstärkning av vården och omsorgen om personer med psykisk ohälsa.

Arbetet med en ny strategi bör ledas av Socialdepartementet. Samtidigt är en central utgångspunkt att kommuner och landsting är ansvariga för vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa. En satsning måste vara ett gemensamt åtagande som återspeglas i huvudmännen, patient- och brukarorganisationer och andra berörda prioriteringar om den ska få bestående effekter. Därför måste huvudmännen och andra berörda aktörer vara delaktiga i strategiarbetet. Då det krävs en djupgående analys av behov och prioriteringar är det viktigt att det finns tillräcklig analytisk kapacitet knuten till strategiarbetet. Arbetet bör initieras omgående och pågå parallellt med genomförandet av PRIO under 2015. Målsättningen bör vara att påbörja implementeringen av den nya strategin redan under 2016, det vill säga ett år innan PRIO är tänkt att avslutas i dess nuvarande form. Trots invändningar mot PRIO i dess nuvarande form rekommenderar vi av flera skäl inte att satsningen avslutas redan under 2015; dels skulle det med kort varsel skapa kraftigt ändrade förutsättningar för de verksamheter som idag omfattas av PRIO och dels skulle det riskera att de strukturer som har byggts upp inom ramen för PRIO inte tillvaratas på ett strukturerat sätt.

Vi har identifierat ett antal principer som vi anser bör vara vägledande i strategiarbetet:

- ▶ *Statens insatser bör inriktas i första hand på sådant som bara staten kan göra eller sådant som staten kan göra mer effektivt än andra*
- ▶ *Problemanalys, mål, insatser och resurser måste hänga ihop*
- ▶ *Inriktningen bör vara att stärka grundförutsättningarna för en förbättrad vård och omsorg om personer med psykisk ohälsa*
- ▶ *Förebyggande insatser mot självmord och självsador bör prioriteras*
- ▶ *Ta tillvara kunskap, erfarenheter, processer och strukturer som etablerats inom PRIO*









# Innehåll

<b>1</b>	<b>Introduktion .....</b>	<b>23</b>
1.1.	Den psykiska ohälsan fortsätter att öka .....	23
1.2.	... men psykiatri har inte fått ökad prioritet i samma takt som problemen växer .....	23
1.3.	PRIO är regeringens satsning för att minska psykisk ohälsa .....	24
1.3.1	PRIO har tre övergripande mål och femton delmål .....	25
1.3.2	Vårdanalys har regeringens uppdrag att utvärdera PRIO 2013–2017 .....	28
1.3.3	Genomförande .....	28
<b>2</b>	<b>Vårdanalys samlade bedömning .....</b>	<b>33</b>
2.1.	Samlad bedömning av 2013 års PRIO .....	33
2.1.1	Målgrupperna och insatsområdena representerar relevanta behov och brister .....	33
2.1.2	Målen är svåra att följa upp och ger dåligt underlag för prioritering .....	34
2.1.3	För stor del av resurserna används för prestationsbaserad ersättning .....	35
2.1.4	Vissa resultat har uppnåtts – men ambitionsnivån är för låg .....	36
2.1.5	Det är osäkert i vilken utsträckning arbetet faktiskt ger långsiktiga resultat .....	37
2.1.6	Möjligheterna till delaktighet och inflytande är inte tillräckligt bra .....	37
2.1.7	Samordningsfunktionernas arbete har spelat en viktig roll trots att de är underdimensionerade .....	38
2.1.8	Fler aktörer behöver samverka .....	38
2.2.	Regeringen bör utarbeta en ny långsiktig strategi för en förbättrad psykisk hälsa .....	39
<b>3</b>	<b>Bedömning av måluppfyllelse.....</b>	<b>45</b>
3.1.	Generell bedömning av insatser .....	45
3.1.1	846 miljoner kronor fördelades mellan 43 insatser av varierande karaktär .....	45
3.1.2	Flertalet insatser har genomförts enligt plan .....	46
3.2.	Prestationsbaserad ersättning .....	46
3.2.1	Prestationsbaserad ersättning tilldelas mer än 70 procent av PRIO-medlen .....	47
3.2.2	250 miljoner kronor går till kommunerna och 380 miljoner till landstingen .....	47

3.2.3	Överenskommelsen 2013 innehåller två grundkrav och sju prestationsmål.....	48
3.2.4	Grundkrav och prestationsmål fokuserar på eftersatta områden för personer med psykisk ohälsa .....	51
3.2.5	Samtliga landsting och nästan alla kommuner klarade grundkraven och uppfyllelsen av prestationsmålen var god .....	51
3.2.6	Prestationsbaserad ersättning är ett relativt starkt styrmedel .....	54
3.2.7	Det finns skillnader i hur medlen används i olika kommuner och landsting.....	55
3.3.	Målgrupp 1: Barn och unga .....	57
3.3.1	Målgruppen barn och unga ges störst ekonomiskt stöd inom PRIO ....	57
3.3.2	Fyra av delmålen riktar sig mot barn och unga .....	58
3.4.	Målgrupp 2: Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.....	70
3.4.1	Det är för tidigt att se effekter för personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik .....	71
3.5.	Insatsområde 1: Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete ....	80
3.5.1	Investering i kunskap och kompetens kan ge långsiktiga effekter .....	82
3.6.	Insatsområde 2: Bemötande, delaktighet och inflytande.....	86
3.6.1	En fjärdedel av patienterna i den psykiatriska slutenvården känner sig inte delaktiga i sin egen vård och behandling .....	87
<b>4</b>	<b>PRIO:s målstruktur.....</b>	<b>95</b>
4.1.	Målen är många och det saknas inbördes prioritering mellan dem .....	95
4.1.1	Uppföljningen av delmålen kan förbättras .....	95
4.2.	Målstrukturen är ambitiös, men effekterna av PRIO måste gå att följa upp ....	96
<b>5</b>	<b>Styrning av satsningen.....</b>	<b>101</b>
5.1.	PRIO-planen reviderades under 2014.....	101
5.2.	Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet ansvarar för att styra mot målen .....	101
5.3.	Samordningsfunktionen vid SKL stödjer kommuner och landsting i PRIO-arbetet.....	102
5.4.	Samordningsfunktionerna behöver säkerställa satsningens långsiktiga effekter .....	103
5.5.	Samordningsfunktionerna är underdimensionerade i förhållande till satsningens omfattning .....	103
5.6.	Fler departement kan behöva involveras i arbetet .....	103
5.7.	Det behövs en diskussion om statens roll .....	104

<b>6 Förslag på angelägna teman för fördjupning .....</b>	<b>109</b>
<b>7 Referenser.....</b>	<b>113</b>
<b>Bilagor .....</b>	<b>121</b>
Bilaga 1 Vårdanalys regeringsuppdrag .....	121
Bilaga 2 Utdrag ur regeringens regleringsbrev till Myndigheten för vårdanalys 2014 .....	125
Bilaga 3 Utförlig beskrivning av genomförandet av utvärderingen.....	126
Bilaga 4 Vårdanalys expertråd för PRIO-utvärdering.....	139
Bilaga 5 Intervjuade personer i samband med vårdanalys utvärdering av PRIO...	140







# 1 Introduktion

## 1.1. DEN PSYKISKA OHÄLSAN FORTSÄTTER ATT ÖKA ...

Den psykiska ohälsan i Sverige visar inga tecken på att minska och uppskattningsvis fem till tio procent i befolkningen lider av en så allvarlig psykisk ohälsa att de behöver psykiatrisk behandling (Socialstyrelsen 2013d). Det är svårt att säga exakt hur många som lider av psykisk ohälsa då det finns personer som aldrig söker hjälp, trots att de mår så psykiskt dåligt att de skulle behöva behandling. Likaså finns det personer som kommer i kontakt med vården utan att deras psykiska problem blir upptäckta.

Begreppet psykisk ohälsa är mycket brett och används i dag ofta som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Det omfattar således allt från livslånga psykiatriska diagnoser till mildare tillstånd som exempelvis sömnsvårigheter, ångest och stress.

Personer med psykisk sjukdom 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 (Vårdanalys 2014c, Socialstyrelsen 2010). Män och kvinnor med psykisk sjukdom dör i genomsnitt 15 respektive 20 år tidigare än övriga män och kvinnor (Nordentoft m.fl. 2013). En orsak till detta tros vara att psykiskt sjuka inte får lämplig behandling för sitt tillstånd.

Även inom gruppen barn och unga har den psykiska ohälsan ökat de senaste åren. Tydligt är att psykiska sjukdomar, syndrom och störningar dominerar kraftigt bland unga med aktivitetsersättning och att det ökade antalet personer i ersättningen sedan tidigt 1990-tal nästan uteslutande kan tillskrivas personer med diagnoser inom det psykiska området (Inspektionen för socialförsäkringen 2011, Försäkringskassan 2014). Den ökning av psykisk ohälsa som ses bland ungdomar har medfört att fler är i behov av psykiatrisk vård. Gruppen har också försämrade möjligheter att etablera sig i samhället. På sikt kan en ökande grupp av psykiskt sjuka barn och unga utgöra ett växande folkhälsoproblem (Socialstyrelsen 2013d).

Sedan 1990-talet har antalet självmord följt en svagt nedåtgående trend. Minskningen har dock avstannat och de senaste två åren ökar självmorden igen i de flesta åldersgrupper. Ökningen är störst bland ungdomar i åldern 15–24 år och bland äldre över 65 år (Socialstyrelsen 2014a, 2014b).

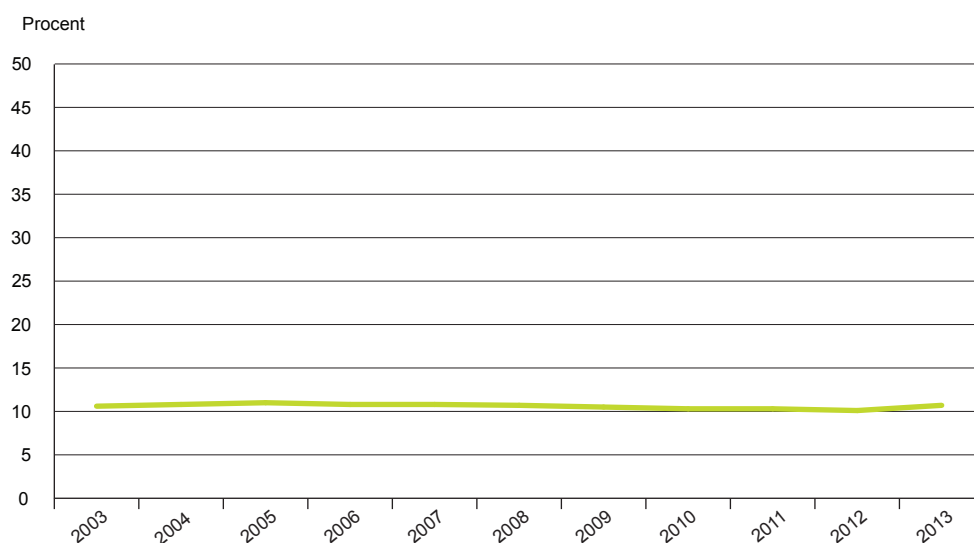
## 1.2. ... MEN PSYKIATRIN HAR INTE FÅTT ÖKAD PRIORITET I SAMMA TAKT SOM PROBLEMEN VÄXER

Psykisk ohälsa innebär stora kostnader för samhället. Enligt en rapport från OECD (2013) uppgår kostnaderna i Sverige till över 70 miljarder kronor årligen, varav mer än hälften är en följd av sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning. Samtidigt som flera stora statliga satsningar inom psykiatrin har genomförts sedan 2000-talet har

landstingens kostnader för den specialiserade psykiatriska vården (i förhållande till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården) legat på en konstant nivå (figur 1).

I dag är psykisk ohälsa den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder i Sverige står utanför arbetsmarknaden. 98 månader i följd, från november 2002 till och med december 2010, blev sjukpenningdagarna i Sverige färre för varje månad. Men sedan januari 2011 har dagarna med sjukpenning blivit fler. Bakom ökningen står i stort sett en enda av de 21 diagnosgrupperna i Försäkringskassans statistik: psykiska sjukdomar, främst stressrelaterade sjukdomar och depressioner. Nästan fyra av tio sjukskrivna lider av psykisk ohälsa och det är framför allt bland kvinnor mitt i livet och bland ungdomar som den psykiska ohälsan ökar kraftigt (Regeringen 2013d). Samtidigt råder det brist på såväl specialistutbildad personal såväl som baspersonal inom psykiatrin. Enligt Socialstyrelsens årliga rapport om tillgången på vårdpersonal, som presenterades i januari tidigare i år, är bristen på specialistutbildade sjuksköterskor som störst inom psykiatrisk vård (Socialstyrelsen 2014c). I samtliga landsting överstiger efterfrågan tillgången på psykiatrisjuksköterskor. Därtill överstiger efterfrågan tillgången på erfarna läkare och specialistläkare i psykiatri.

**Figur 1. Den specialiserade psykiatriska vårdens andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården (exklusive tandvården och läkemedelsförmånen).\***



\*Även när vi en känslighetsanalys adderade primärvårdens kostnader för psykiatrisk vård till kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården var psykiatrins kostnadsandel i förhållande till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården konstanta

Källa: SKL, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2014, Vårdanalys egna beräkningar.

### 1.3. PRIO ÄR REGERINGENS SATSNING FÖR ATT MINSKA PSYKISK OHÄLSA

Mot bakgrund av att den psykiska ohälsan försätter att öka har regeringen upprättat en handlingsplan för hur vården och omsorgen för målgruppen ska förbättras.



Ambitionen är att skapa goda förutsättningar för det förebyggande arbete som bedrivs av huvudmän och andra berörda aktörer. Planen, som har fått namnet *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016* (Regeringen 2012c) upprättades 2012 och syftar till att bygga vidare på och intensifiera de aktiviteter som bedrivits under tidigare år. (I denna rapport benämns den även PRIO-satsningen, PRIO eller bara satsningen.) Satsningen omfattar 870 miljoner kronor årligen under en fyraårsperiod och totalt avsätts 4,3 miljarder kronor för ändamålet. En stor del av arbetet bedrivs inom ramen för de årliga överenskommelser som tecknats mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (Regeringen 2012a, 2013a, 2012e). Som stöd för utvecklingsarbetet på lokal, regional och nationell har även två nationella samordningsfunktioner upprättats, en vid Socialdepartementet och en vid SKL. Under 2014 har regeringen presenterat en reviderad version av PRIO-planen, se vidare kapitel 5 (Regeringen 2014).

### 1.3.1 PRIO har tre övergripande mål och femton delmål

PRIO fokuserar på två prioriterade målgrupper och två prioriterade insatsområden:

- Barn och unga med psykisk ohälsa
- Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik
- Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete
- Bemötande, delaktighet och inflytande

För satsningen har också tre övergripande mål och femton delmål satts upp. Styrningen mot dessa ska präglas av långsiktighet, gemensamt ansvarstagande och arbete i ordinarie strukturer. De övergripande målen är visionära till sin karaktär – det finns inte någon borte tidsgräns för när de kan anses vara uppfyllda. Det innebär att de ska fortsätta även efter 2016, då satsningen avslutas. Målen reviderades något i 2014 års PRIO-plan och är för 2014–2016 följande:

#### De tre övergripande målen för PRIO är:

- *God vård och omsorg – kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik, i rimlig tid och samordnad*
- *Tillgång till arbete och anpassad sysselsättning och stöd i boendet efter behov*
- *Möjlighet till delaktighet och inflytande*

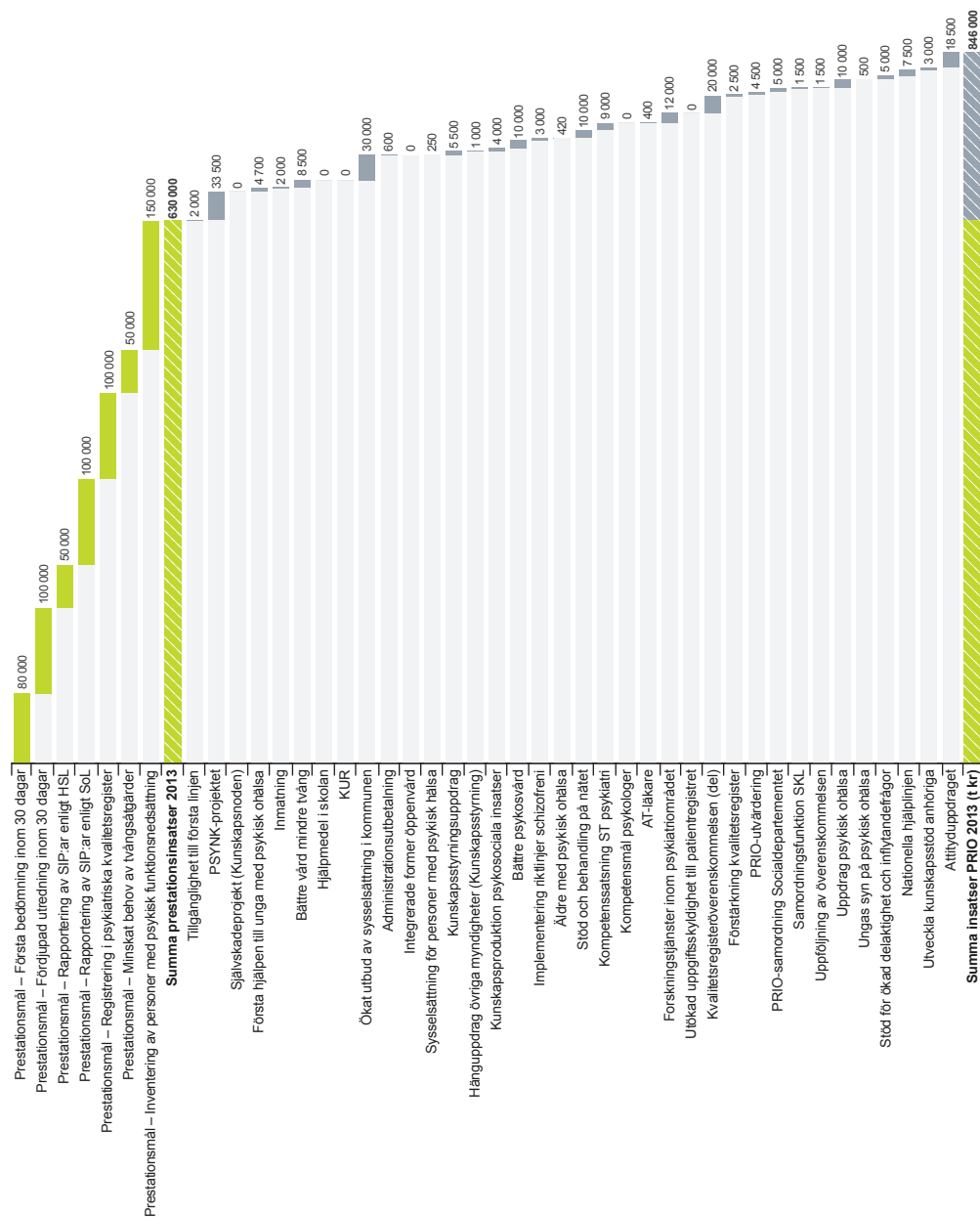
Till dessa har elva indikatorområden föreslagits för att möjliggöra uppföljning över tid (se bilaga 3) (Regeringen 2013b). De femton delmålen som presenteras i tabell 1 är i större utsträckning uppföljningsbara och de kan delas in under de två målgrupperna respektive insatsområdena. Till dessa finns ett antal enskilda insatser kopplade som för 2013 varit 43 stycken (figur 2). Syftet med delmålen är att möjliggöra mätning, uppföljning och utvärdering av satsningen och att bedöma om den gett avsedda effekter för personer med psykisk ohälsa. Som underlag för bedömningen har samordningsfunktionen vid Socialdepartementet tagit fram en uppföljningsplan i samarbete med den så kallade

referens- och strategigruppen som består av representanter från Socialdepartementet, SKL, Socialstyrelsen och NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa) (Regeringen 2013b).

**Tabell 1. PRIO:s femton delmål uppdelade på de prioriterade målgrupperna och insatsområdena. \*Numreringen är gjord enligt dokumentet *Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Styrning mot målen 2013–2014* underlag för Referens- och strategigruppen (Regeringen 2013b).**

<b>MÅLGRUPP 1: Barn och unga med psykisk ohälsa</b>	<b>Delmål nr*</b>
Utveckla och tillgängliggöra verksamheterna i första linjens hälso- och sjukvård och i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin	1
Utveckla kunskap och metoder för att identifiera riskgrupper samt metoder för att rikta särskilda förebyggande insatser till barn och unga	2
Minska förekomsten av självskadande beteende, självmordsförsök och självmord hos barn och unga	3
Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen vid insatser riktade till barn och unga med psykisk ohälsa	4
<b>MÅLGRUPP 2: Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik</b>	
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	5
Minska behovet av tvångsåtgärder och förbättra patientens upplevelse vid tvångsvård inom den psykiatriska heldygnsvården	6
Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen	7
Öka sysselsättningsgraden för personer med psykisk funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga	11
Ett mer varierat utbud av verksamheter med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning	12
<b>INSATSOMRÅDE 1: Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete</b>	
Bidra till att vården och omsorgen i ökad utsträckning bygger på bästa tillgängliga kunskap	8
Förstärka kompetensen bland personal som möter personer med psykisk ohälsa	9
Skapa förutsättningar för att vårdens och omsorgens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt	10
<b>INSATSOMRÅDE 2: Bemötande, delaktighet och inflytande</b>	
Öka patient- och brukarinflytande inom vården och omsorgen	13
Utveckla stödet till anhöriga till personer med psykisk ohälsa	14
Bidra till att minska stigmatiseringen av personer med psykisk ohälsa	15

Figur 2. 2013 års PRIO-insatser och avsatta medel (miljoner kronor).



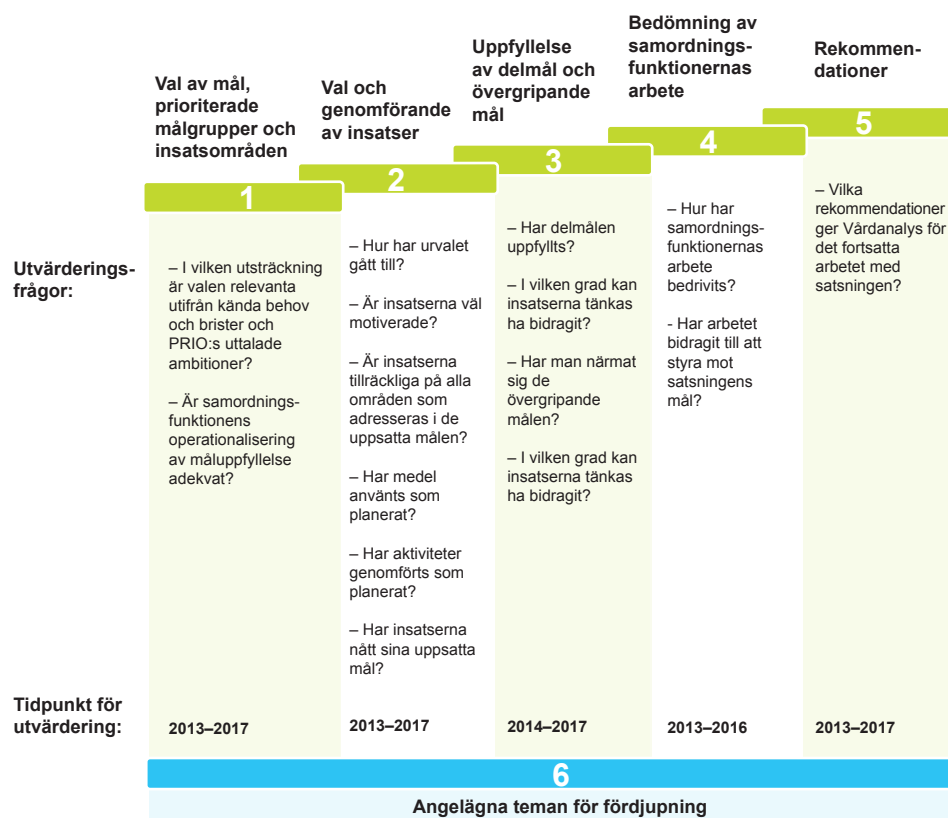
### 1.3.2 Vårdanalys har regeringens uppdrag att utvärdera PRIO 2013–2017

Vi har fått i uppdrag av regeringen att under åren 2012–2017 följa upp och utvärdera PRIO (Regeringen 2012f). Ambitionen är att följa satsningen utifrån ett tydligt patient-, brukar- och medborgarperspektiv och säkerställa att arbetet tar sin utgångspunkt i värden som är viktiga för dessa grupper. Utvärderingen avser både de insatser som ingår i överenskommelsen mellan staten och SKL och de som utgör enskilda uppdrag till myndigheter och organisationer. Arbetet involverar även bedömning av måluppfyllelse i syfte att följa den nationella utvecklingen mot de övergripande målen i handlingsplanen. Årliga lägesrapporter överlämnas senast den 1 oktober till Regeringskansliet. Den aktuella rapporten avser 2013 års arbete och är den andra i ordningen av totalt fyra lägesrapporter och en slutrapport som ska publiceras under åren 2012–2017. Under 2014 görs även en fördjupad utvärdering av patient- och brukarcentring i vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga (Regeringen 2013c) (bilaga 2). De viktigaste resultaten och slutsatserna presenteras i denna rapport. För en fullständig beskrivning av resultaten samt den metod som tagits fram för att följa delaktighet och inflytande över tid, se de två separata publikationerna (Vårdanalys 2014b, 2014a).

### 1.3.3 Genomförande

I arbetet med att utvärdera PRIO har vi utgått från en uppdaterad version av den modell som vi presenterade i föregående års lägesrapport (figur 3). Utvärderingen baseras på litteraturstudier, analys av statistik och indikatorer, regeringsbeslut och insatsredovisningar, samt på intervjuer med företrädare för samordningsfunktionen vid Socialdepartementet respektive SKL, 11 landsting och 33 kommuner, andra myndigheter, vårdgivare, patient- och brukarorganisationer och med personer som själva lever med psykisk ohälsa (se bilaga 5). De intervjuade kommunerna och landstingen har varit av olika slag för att täcka glesbygd, förort och storstad samt har valts ut med avseende på om de uppfyllt prestationsmålen inom överenskommelsen 2013 eller inte. Vi har även deltagit vid PRIO-nätverksträffar och PRIO-dialoger som anordnats av de två samordningsfunktionerna, tagit del av den PRIO-blogg som drivs av regeringens samordnare för statens insatser inom psykisk ohälsa (<http://www.priobloggen.se/> 2014-06) samt fört diskussioner med Vårdanalys särskilda expertråd för utvärderingen av PRIO. För en utförligare beskrivning av hur arbetet med utvärderingen bedrivits, se bilaga 3. Vår utvärdering har omfattat samtliga av satsningens 43 insatser. I den här rapporten fördjupar vi oss i de insatser som vi bedömer som mest centrala för satsningen och/eller som omfattar en stor andel av resurserna.

Figur 3. Vårdanalys modell för utvärdering av PRIO (reviderad version för 2014).











## 2 Vårdanalys samlade bedömning

I detta kapitel ger vi vår samlade bedömning av hur arbetet inom PRIO bedrivits under 2013. Utifrån de centrala slutsatser som vi har kommit fram till presenterar vi rekommendationer till regeringen för det fortsatta arbetet med att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Dessa läggs fram i slutet av kapitlet. Sammantaget är vår bedömning att vissa positiva resultat uppnåtts, men att det finns betydande brister i den nuvarande utformningen av satsningen. Satsningen har bidragit till att stärka förutsättningarna för att på sikt kunna förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Den har även bidragit till att synliggöra situationen för personer med psykisk ohälsa och de brister som finns i vården och omsorgen för dessa grupper. Samtidigt noterar vi att ambitionsnivån i vissa delar är låg i förhållande till målen. Många delmål adresseras inte tillräckligt. De valda insatsernas inriktning bör bättre stämma överens med satsningens delmål och övergripande mål. Eftersom PRIO är en ekonomiskt omfattande satsning som syftar till att förbättra situationen inom ett av de mest angelägna områdena inom svensk vård och omsorg, har patienter och brukare rätt att ställa höga krav på effektivitet vad gäller användningen av resurserna.

### 2.1. SAMLAD BEDÖMNING AV 2013 ÅRS PRIO

Med utgångspunkt i den det resultat som presenteras i kapitel 3 och framåt presenterar vi här en samlad analys och bedömning av mål, målgrupper, vilka insatser som har valts för att nå dessa och vilka effekter insatserna haft. Vår utgångspunkt är att utvärdera insatserna med avseende på deras interna effektmål och också i vilken utsträckning de bidragit till att satsningens mål uppnås. Vi försöker också bedöma om insatserna har haft andra (positiva eller negativa) effekter utöver målen. Vissa insatser syftar till att i första hand ha effekter på lång sikt. Detta kan inte utvärderas ännu och då är vår utgångspunkt att utvärdera i vilken utsträckning insatsen har förutsättningar till att på sikt bidra till att uppfylla målen. Vi analyserar även styrningen av satsningen. Se figur 3 ovan.

#### 2.1.1 Målgrupperna och insatsområdena representerar relevanta behov och brister

PRIO:s prioriterade målgrupper och insatsområden är relevanta och satsningen har fokus på angelägna frågor inom området psykisk ohälsa. De övergripande prioriteringarna har också brett stöd bland patienter, brukare, deras anhöriga, professionerna, huvudmännen och andra intressenter och experter inom området.

Den psykiska ohälsan bland målgruppen *barn och unga* har ökat stadigt under de senaste årtiondena, även om det är svårt att med säkerhet säga hur många som är drabbade eftersom det råder brist på nationell statistik på området. Samtidigt som mer än vart tionde barn i åldrarna 10 till 18 år har upplevt psykiska besvär och nästan var femte upplevt

psykosomatiska besvär, råder bristande tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

Vad gäller behoven för *personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik* är dessa inte uppfyllda och kunskapen om målgruppen är överlag bristfällig, både med avseende på gruppens storlek och dess samlade behov av vård, stöd och rehabilitering. Många inom gruppen saknar anpassat boende, sysselsättning eller möjlighet till arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är också en grupp som utsätts för misstro och ifrågasättande från allmänheten och hos vårdpersonal.

I en utvärdering av svensk psykiatrisk vård konstaterar samarbetsorganet OECD att det krävs större satsningar på personer med *lindriga psykiska besvär*. Ett exempel som lyfts fram är att idag får endast 15 procent av personerna i gruppen specialistvård (OECD 2014).

*Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete* är prioriterade områden inom PRIO. Dessa är centrala för att kunna bedriva god och evidensbaserad vård och omsorg och det är väl motiverat att dessa prioriteras. Samtidigt ser vi att det inom snart sagt varje del av vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa förefaller finnas stora kunskapsluckor och ojämn tillämpning av bästa tillgängliga evidens. Detta gäller allt från förståelsen av vad som orsakar psykisk ohälsa, det förebyggande arbetet, diagnostiken, behandlingsmetoder, fungerande samverkan mellan öppen- och slutenvården, mellan primär- och specialistvården, mellan vården och omsorgen och med närstående. Kunskapsstyrningsuppdraget som har getts till Socialstyrelsen syftar till att samordna den statliga kunskapsstyrningen på området psykisk ohälsa. Det är för tidigt att fastslå vilka resultat som har uppnåtts men vi bedömer att det är en viktig insats för att driva på utvecklingen inom området.

*Bemötande, delaktighet och inflytande* är andra bristområden för patienter och brukare med psykisk ohälsa. Inom denna grupp finns en tydlig efterfrågan på information, dialog, konsultation, inflytande och medbeslutande bland såväl brukare och patienter som anhöriga.

Många av dessa prioriterade problemområden och grupper är kända sedan länge och har varit fokus för en rad statliga satsningar på psykiatri under framför allt det senaste decenniet. Många utmaningar verkar dock kvarstå som närmast oförändrade. Personer med psykisk ohälsa har också sämre fysisk hälsa, ökad sjuklighet och kortare medellivslängd jämfört med befolkningen som helhet och jämfört med grupper med kroppslig sjukdom eller funktionsnedsättning (Socialstyrelsen 2010). Det är också en grupp som ofta har svåra förutsättningar på arbetsmarknaden, i skolan och i det sociala livet.

### **2.1.2 Målen är svåra att följa upp och ger dåligt underlag för prioritering**

Vår bedömning nu – liksom i förra årets rapport – är att de tre övergripande målen för PRIO ringar in relevanta områden att arbeta mot för att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Målen är visionära till sin karaktär och spänner över stora områden. De syftar till att åstadkomma breda förbättringar av vården och omsorgen, ge möjlighet till ökad delaktighet och inflytande och att öka sysselsättningen för målgruppen. Men de är inte uppföljningsbara annat än på lång sikt och det kommer att bli svårt att säkerställa att eventuella förändringar faktiskt beror på PRIO och inte på andra faktorer.

Utöver de tre övergripande målen finns femton delmål som täcker in stora delar av

området psykisk ohälsa. Dessa delmål kan ses som ett sätt för staten att prioritera och lyfta fram enskilda områden som är viktiga att arbeta mot. Det är i större utsträckning möjligt att följa upp många av delmålen, om än inte alla, jämfört med att följa upp de övergripande målen. En komplicerande faktor när det gäller måluppföljningen är att det i flera fall saknas en kartläggning av läget innan PRIO började och det är därför svårt att uttala sig om vilka effekter satsningen har haft. Samordningsfunktionen inom Socialdepartementets arbete med att skapa mätbara mål och ta fram indikatorer är ett viktigt initiativ, men detta arbete är långt ifrån färdigt. Uppföljningsmått måste bli ännu tydligare och fler och bättre datakällor måste utvecklas.

En omfattande och abstrakt målstruktur är inte ovanligt i offentlig förvaltning och vår utvärdering har visat att detta gäller även PRIO. Det saknas bland annat fortfarande en inbördes prioritering mellan målen. Eftersom satsningen, trots att den är relativt omfattande, inte kan räkna för att nå alla mål är prioriteringar nödvändigt. I och med att det finns oklarheter i hur de olika målen relaterar till varandra skjuts prioriteringsfrågor över på förvaltningsorganisationerna, som själva får avgöra hur resurserna ska fördelas mellan olika insatser (Tarschys 2006).

### 2.1.3 För stor del av resurserna används för prestationsbaserad ersättning

I vilken utsträckning PRIO varit framgångsrik avgörs till stor del av vilken effekt den prestationsbaserade ersättningen haft. De specifika prestationsmål som har satts upp inom ramen för överenskommelsen med SKL har i många fall uppnåtts och huvuddelen av de tilldelade medlen har förbrukats. I våra intervjuer med ett mindre antal kommuner och landsting har merparten ställt sig positiva till att staten använder prestationsbaserad ersättning inom angelägna områden. Hos de allra flesta av de intervjuade finns emellertid en insikt om och en frustration över att det mesta av det som prestationsersättningen riktas mot borde varit genomfört för länge sedan. Många, men inte alla, av de kommun- och landstingsrepresentanter som vi har intervjuat uppger att deras organisation har en strategi för att använda stimulansmedlen till att utveckla verksamheten.

Vår övergripande bedömning vad gäller val av insatser är ändå att prestationsbaserad ersättning har fått för stort utrymme. De prestationsbaserade insatserna inom PRIO tilldelas 630 miljoner kronor vilket motsvarar drygt 70 procent av de totala medlen för satsningen. Ersättningsmodellen styr arbetet mot specifika prestationsmål och ger på gott och ont kraftiga effekter ute i kommuner och landsting. I vilken utsträckning detta har lett till att *satsningens* mål har uppnåtts är däremot oklart. Vi har i en tidigare utvärdering identifierat tre risker med prestationsbaserad ersättning som statligt styrmedel inom vård och omsorg (Vårdanalys 2013b): för det första att målen med satsningen inte uppnås på ett effektivt sätt, för det andra att det finns risk för oönskade sidoeffekter och för det tredje att den lokala anpassningsförmågan minskar och ojämlikheten ökar. Detta är relevanta risker även i fallet PRIO. Vad gäller risken för oönskade sidoeffekter av den prestationsbaserade ersättningen kan tillgängligheten till barn- och ungdomsmottagningarna ges som exempel. Här tilldelas landstingen medel för att erbjuda en första bedömning och fördjupad utredning inom 30 dagar. Det positiva med denna satsning är att fler barn och unga får möjlighet till en tidig bedömning. Det negativa, som framkommer i våra intervjuer, är att köerna till stor del i stället har flyttat in i

verksamheterna och att fler, i stället för att köa för bedömning, nu köar för behandling.

När det gäller den prestationsbaserade ersättningens påverkan på den lokala anpassningsförmågan har det i våra intervjuer med kommunerna inkommit enstaka synpunkter om att grundkraven och prestationsmålen på ett negativt sätt "tvingar" verksamheten att prioritera dessa i utvecklingsarbetet framför annan verksamhet som landstinget har ansett vara mer prioriterad.

#### **2.1.4 Vissa resultat har uppnåtts – men ambitionsnivån är för låg**

Vi gör bedömningen att flertalet av insatserna har uppvisat goda resultat, både i förhållande till satsningens delmål och till insatsernas interna mål. Vi måste emellertid även konstatera att de insatser som görs är långt ifrån tillräckliga för att kunna uppnå målen med satsningen. Den viktigaste förklaringen är att resurserna inte alls motsvarar målens höga ambitioner.

Ett positivt resultat är att förutsättningarna för att huvudmännen ska kunna samverka och ta gemensamt ansvar, verkar ha stärkts. Idag har samtliga landsting och 97 procent av kommunerna upprättat samverkansavtal. Samtliga landsting uppfyller kraven på att rapportera antalet Samordnade Individuella Planer (SIP:ar) som upprättats för personer under 18 år. Vi kan dock konstatera att samtidigt som stora resurser avsätts för samverkan i PRIO är kunskapen kring effekterna för patienter och brukare fortfarande begränsad.

En annan förbättring gäller registreringen i psykiatriska kvalitetsregister, som har ökat markant. Alla landsting utom ett har klarat målet att registrera minst hälften av alla ny- och återbesök i något av det åtta psykiatriska kvalitetsregistren. 70 procent av kommunerna har också gjort en inventering av målgruppens behov och analyserat och planerat för att utveckla sysselsättning och boende. Ett omfattande förbättringsarbete inom den psykiatriska tvångsvården har bedrivits vilket har resulterat i en ökning av ambitionsnivån, ansvarstagandet och engagemanget för patienter inom den psykiatriska heldygnsvården (Socialstyrelsen 2013c).

Vi kan emellertid konstatera att vissa av insatserna inom PRIO har en relativt låg ambitionsnivå och att en del insatsspecifika mål har svag koppling till delmålen för satsningen. Vi gör bedömningen att grundkrav och prestationsmål inom överenskommelsen mellan staten och SKL fortfarande är lågt satta, även om de har höjts i förhållande till föregående år. Att kraven är låga innebär att endast en begränsad insats har krävts av kommuner och landsting. I vissa fall, till exempel vad gäller samverkan, tilldelas kommuner och landsting medel för arbete som ändå redan ska bedrivas enligt lag, förarbeten och Socialstyrelsens vägledning. När det gäller just SIP:arna är det värt att notera är att det inte heller är själva samverkan eller ens innehållet i SIP:ar som belönas med prestationsbaserad ersättning. I stället belönas de kommuner som *rapporterar in* antalet planer och *bedömer behovet av* sådana i kommunen. Samma sak gäller samverkansavtalen där det är själva *upprättandet* av avtal som belönas och inte den faktiska samverkan.

De senaste åren har det skett en ökning av antalet självmord (efter en längre tids nedgång). Samordningsfunktionerna har under 2013 gjort en grundlig analys av vilka insatser som bör initieras inom området. Det har resulterat i att Folkhälsomyndigheten i PRIO-arbetet för 2014 har fått i uppdrag av regeringen att lämna ett förslag på en struktur

för en nationell kunskapsstyrning för det självmordsförebyggande arbetet (Regeringen 2014). Vår bedömning är att denna insats är viktig och välgrundad men att det sannolikt krävs fler initiativ för att vända den negativa trenden.

### **2.1.5 Det är osäkert i vilken utsträckning arbetet faktiskt ger långsiktiga resultat**

Vi gör bedömningen att den uttalade ambitionen från regeringen att satsa på långsiktiga strukturer och bestående förändringar är motiverad. Det finns flera exempel på insatser inom PRIO som kan bidra till att bygga långsiktiga strukturer. Exempelvis kan insatser som syftar till att förbättra kunskapsläget kring personer med psykisk ohälsa generera information som finns kvar även när satsningen avslutas. Andra exempel på insatser som kan ge långsiktiga effekter är att utbilda specialistpersonal inom området, vars kompetenser givetvis kvarstår även efter satsningens slut. Registrering i psykiatriska kvalitetsregister är också ett exempel på en långsiktig struktur, som ju bara kan användas för verksamhetsutveckling om de innehåller några data. Ett ytterligare exempel är behovsinventeringar som ger underlag för verksamhetsplanering utifrån brukarnas behov.

Inriktningen mot långsiktighet är att föredra framför alternativet att använda statliga medel för tillfällig resursförstärkning i form av riktade bidrag eller tillfälliga projektmedel. Riskerna med resursförstärkning är att huvudmännen minskar sina egna resurser samtidigt som staten skjuter till medel. Det finns därför en risk för ett nollsummespel där effekterna av en statlig förstärkning till psykiatri uteblir. En annan risk är att effekterna upphör när satsningen upphör eftersom de grundläggande incitamenten återgår till hur det såg ut innan.

Det är dock oklart om alla de åtgärder som beskrivs som långsiktiga inom PRIO i själva verket är det. En del strukturer som byggs upp riskerar att visa sig mindre långsiktiga när staten inte längre betalar ut medel, vilket även tidigare och internationella erfarenheter inom området pekar på. En erfarenhet från satsningar för minskad tvångsvård i Danmark är till exempel att det, efter satsningarnas slut, inte tog lång tid innan tvångsåtgärderna var uppe i motsvarande nivåer som före satsningen (Sveriges Kommuner och Lands-ting 2013). Denna risk påpekar även Socialstyrelsen i en utvärdering av insatsen ”Bättre vård- mindre tvång” (Socialstyrelsen 2013b). Positivt är dock att erfarenheterna från insatsen har samlats och att förslag på lagändringar har lämnats i DS: 2014:28 (Socialdepartementet 2014b). I intervjuer som har genomförts med kommun- och landstings-representanter och experter inom området har det också framkommit att de ser en risk för att exempelvis registreringen i de psykiatriska kvalitetsregistren avtar när staten inte längre betalar ut medel för detta.

### **2.1.6 Möjligheterna till delaktighet och inflytande är inte tillräckligt bra**

I samband med 2014 års utvärdering har vi även gjort en fördjupad bedömning av patient- och brukarcentrering för personer med psykisk ohälsa. Resultaten har visat att möjligheterna till delaktighet och inflytande är otillräckliga och att det finns en tydlig efterfrågan på information, dialog, konsultation, inflytande och medbeslutande bland såväl brukare och patienter som anhöriga (Vårdanalys 2014b). Många upplever också att

deras erfarenheter och kunskaper inte tas till vara i tillräckligt hög grad. Upplevelsen av delaktighet varierar dock mellan individer och är beroende av kön och ålder.

En viktig förutsättning för delaktighet är att människor har tillgång till viss grundläggande information om hur vården och omsorgen fungerar och vilka deras rättigheter är. Det finns indikationer på att många saknar sådan kunskap och att det delvis kan bero på bristande information. Vi ser emellertid att den ökande tillgången på information på internet kan bidra till att förändra situationen på ett positivt sätt. Det är positivt att patient- och brukarorganisationer har involverats i arbetet med PRIO, exempelvis genom NSPH:s uppdrag att stödja arbetet med att få lokala och regionala patient-, brukar- och anhörigorganisationer delaktiga. Samtidigt gör vi bedömningen att de insatser som vidtagits för ökad delaktighet och inflytande inom PRIO är otillräckliga i förhållande till de omfattande behoven hos målgruppen. Kunskapen kring hur patienter och brukare ser på delaktighet är fortfarande bristfällig. Det krävs mer forskning inom området för att kunna identifiera vilka åtgärder som är lämpliga för att stärka delaktigheten inom vården och omsorgen.

### **2.1.7 Samordningsfunktionernas arbete har spelat en viktig roll trots att de är underdimensionerade**

PRIO-arbetet har från det att satsningen startade 2012 styrts av två samordningsfunktioner, en vid Socialdepartementet och en vid SKL. Deras arbete har hjälpt kommuner, landsting och övriga aktörer i genomförandet av de enskilda insatserna och deras arbete har varit viktigt för att styra satsningen. Mot bakgrund av satsningens omfattning och komplexitet är vår bedömning att en tydlig ledning är nödvändig för att säkerställa hög effektivitet i det arbete som bedrivs och för att styra satsningen mot dess övergripande mål. Vi påpekade redan i förra årets lägesrapport att ledningen och styrningen av PRIO enligt vår bedömning är underdimensionerad i förhållande till satsningens storlek; 870 miljoner per år är mycket pengar att fördela. Det krävs mer analys av vad som bör prioriteras och framför allt vad som är effektivt för att få hög måluppfyllelse och skapa så mycket värde som möjligt. Förutsättningarna här är dessutom särskilt svåra eftersom det handlar om att påverka verksamheter som har helt andra huvudmän, nämligen kommuner och landsting. Det finns därför en betydande risk för att en statlig satsning misslyckas med att uppnå varaktiga (eller ens tillfälliga) förbättringar för målgruppen.

### **2.1.8 Fler aktörer behöver samverka**

Många av de problem som personer med psykisk ohälsa upplever rör arbete, sysselsättning, skola, boende, privatekonomi och den samlade livssituationen. Många saknar till exempel boende som är anpassat efter individens egna behov, möjlighet till arbetslivsriktad rehabilitering, fast arbete som ger ekonomisk trygghet eller sysselsättning samt sociala kontakter som gör att individen blir stimulerad och känner sig behövd. Det är problem som sjukvården och omsorgen ensamma har svårt att lösa. Det finns generellt sett kunskapsluckor kring vilka insatser som är effektiva för målgruppen, vilket kan leda till att det ur huvudmännens synvinkel är mer rationellt att använda kommunens eller landstingets begränsade resurser till något annat som med större säkerhet skapar nytta. En viktig faktor för att komma tillrätta med situationen är att staten, landstingen och kommunerna tar ett gemensamt ansvar för en långsiktig kvalitetsutveckling inom

området. Dessutom behöver fler aktörer samverka i arbetet med att hitta gemensamma strategier. Exempel på dessa är Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Skolverket och Ungdomsstyrelsen. Arbetet kräver också departementsöverskridande samverkan mellan till exempel Socialdepartementet, Utbildningsdepartementet och Arbetsmarknadsdepartementet.

## 2.2. REGERINGEN BÖR UTARBETA EN NY LÅNGSIKTIG STRATEGI FÖR EN FÖRBÄTTRAD PSYKISK HÄLSA

Vi gör bedömningen att det är fortsatt mycket angeläget att staten stödjer utvecklingen av vården och omsorgen om personer med psykisk ohälsa. Det finns stora kvarstående kvalitets-, jämlikhets- och effektivitetsutmaningar i vården och omsorgen för målgruppen och staten har en unik roll att fylla för att åtgärda problemen. Med PRIO har situationen för personer med psykisk ohälsa synliggjorts och ett antal insatser har lett till goda resultat. Under 2014 har regeringen gjort en revidering av handlingsplanen men i stort sett ligger inriktningen från 2012 fortfarande fast. Vår bedömning är att satsningens inriktning och utformning på flera avgörande punkter inte är ändamålsenlig. Det krävs mer genomtänkta, genomgripande och långsiktiga åtaganden från både staten och huvudmännen för att närma sig de fullt rimliga övergripande mål som har satts upp för områdets utveckling. Det finns därför behov av en ny mer långsiktig strategi som sträcker sig bortom en 4-5 årig satsning – det är inte realistiskt att åstadkomma nödvändiga förändringar under en så kort tidshorisont. Strategin bör vidare baseras på en utvecklad analys av vilken roll staten respektive huvudmännen ska spela i en långsiktig förstärkning av vården och omsorgen om personer med psykisk ohälsa.

Arbetet med en ny strategi bör ledas av Socialdepartementet. Samtidigt är en central utgångspunkt att kommuner och landsting är ansvariga för vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa. En satsning måste vara ett gemensamt åtagande som återspeglas i huvudmännens prioriteringar om den ska få bestående effekter. Därför måste huvudmännen och andra berörda aktörer vara delaktiga i strategiarbetet. Då det krävs en djupgående analys av behov och prioriteringar är det viktigt att det finns tillräcklig analytisk kapacitet knuten till strategiarbetet. Arbetet bör initieras omgående och pågå parallellt med genomförandet av PRIO under 2015. Målsättningen bör vara att påbörja implementeringen av den nya strategin redan under 2016, det vill säga ett år innan PRIO är tänkt att avslutas i dess nuvarande form. Trots invändningar mot PRIO i dess nuvarande form rekommenderar vi av flera skäl inte att satsningen avslutas redan under 2015; dels skulle det med kort varsel skapa kraftigt ändrade förutsättningar för de verksamheter som idag omfattas av PRIO och dels skulle det riskera att de strukturer som har byggts upp inom ramen för PRIO inte tillvaratas på ett strukturerat sätt.

Vi har identifierat ett antal principer som vi anser bör vara vägledande i strategiarbetet:

- ▶ *Statens insatser bör inriktas i första hand på sådant som bara staten kan göra eller sådant som staten kan göra mer effektivt än andra*

Detta kan till exempel gälla kunskapsstyrning, normering, forskning, högre utbildning,

vissa centrala socialförsäkrings- och arbetsmarknadsfrågor och att överbygga organisatoriska stuprör. Analysen bakom strategin bör inkludera en realistisk bedömning av effektiviteten i de verktyg som finns till hands. Det krävs till exempel att regeringen gör en djupare analys av förutsättningarna för att nå positiva och långsiktiga resultat med hjälp av prestationsbaserad ersättning. Dessutom behöver regeringen överväga insatser som involverar fler aktörer än de inom vården, omsorgen och socialtjänsten. Det gäller exempelvis Utbildningsdepartementet som kan bidra till att utveckla kunskapsproduktionen och kompetensförsörjningen inom specialistyrken och som kan involvera skolan för att förbättra situationen för barn och unga. Likaså kan Arbetsmarknadsdepartementet involveras i frågor gällande arbete och sysselsättning.

► *Problemanalys, mål, insatser och resurser måste hänga ihop*

Styrningen av en satsning som PRIO är central. Övergripande mål och delmål måste kopplas till varandra och målstrukturen bör förenklas väsentligt jämfört med nuvarande satsning. Femton delmål är för många, särskilt när de saknar inbördes prioritering och precisering av vilken aktör som ansvarar för vad samt för när de förväntas vara uppnådda. Överlag måste också mål, insatser och resurser stå i rimlig relation till varandra på ett bättre sätt än idag. För att kunna följa upp satsningens resultat krävs tydliga och mätbara mål. Det är därför prioriterat att relevanta indikatorer och datakällor tas fram för uppföljningen av resultat redan innan satsningen påbörjas. Våra slutsatser från utvärderingen av PRIO visar även att en tydlig ledning- och styrningsfunktion av satsningen är nödvändig för att uppnå effektivitet i det arbete som bedrivs. Även i den nya satsningen är det därför centralt att det finns samordnare med ett tydligt ansvar för att leda och utveckla satsningen.

► *Inriktningen bör vara att stärka grundförutsättningarna för en förbättrad vård och omsorg om personer med psykisk ohälsa*

Vi ser idag väsentliga brister i grundförutsättningarna för en god vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa. Exempel på sådana bristande grundförutsättningar som staten direkt har möjlighet att påverka är kunskapsläget och forskningen, kompetensförsörjningen och förutsättningarna för ett systematiskt kvalitetsarbete. Att ta fram och implementera evidensbaserade metoder för att förebygga psykisk ohälsa och för att ställa diagnos är bara två exempel på områden som förefaller angelägna. Kunskapsutveckling och forskning rörande metoder för koordinering och samverkan är ett annat angeläget utvecklingsområde. Även kunskapen kring patienter och brukares delaktighet och inflytande är bristfällig. Regeringen bör därför stärka forskningen inom detta område. Det krävs bättre kunskap kring hur patienter ser på dessa frågor och med detta som utgångspunkt bör insatser som är effektiva för att stärka delaktighet och inflytande tas fram. Kompetensförsörjningen är ett annat centralt område om vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa ska kunna fortsätta utvecklas. Till exempel bedömer Socialstyrelsen (2013g) att tillgången på specialistutbildade läkare inom psykiatri kommer minska fram till 2025. Gruppen med lindriga psykiska besvär måste även prioriteras ytterligare. OECD:s granskning



av svensk psykiatrisk vård visar att insatserna till denna grupp inte är tillräckliga. De står för en stor del av den samlade psykiska ohälsan och dessutom en mycket stor och ökande samhällsekonomisk kostnad i samband med sjukfrånvaro från arbetet. Tidig behandling av depression bör sannolikt prioriteras högre framöver.

Förutsättningarna och incitamenten för ett systematiskt kvalitetsarbete måste fortsätta stärkas. Kvalitetsregister har i detta avseende potential att bli ett värdefullt verktyg, men utvecklingen måste gå mot en mer positiv upplevd kostnads-nyttokvot för verksamheterna. Den tid det tar att rapportera in och ta ut och analysera data måste stå i rimlig proportion till värdet som skapas för de deltagande enheterna. Tidskrävande inmatning och svårgänglig utdata (som dessutom är av begränsat värde i lokalt förbättringsarbete) är exempel på angelägna frågor att adressera.

► *Förebyggande insatser mot självmord och självsador bör prioriteras*

Regeringsuppdraget till Folkhälsomyndigheten avseende kunskapsstyrning för självmordsprevention är ett viktigt initiativ för att vända den negativa utvecklingen vad gäller självmord. Vi bedömer dock att det krävs fler insatser. Till att börja med bör delmålet om självmord och självskadande beteende hos barn och unga preciseras genom att olika målnivåer formuleras för olika tidpunkter, som till exempel en halvering på tio år. Dessutom bör betydligt fler och kraftfullare insatser göras för att nå målet. Det finns till exempel anledning att överväga insatser främst riktade mot personer som redan är i kontakt med psykiatrin och som har gjort suicidförsök. Detta är sannolikt den grupp där risken för suicid är störst. Med tanke på de stora kunskapsluckorna på området kan det också vara nödvändigt att i ett första steg överväga att ge resurser till klinisk behandlingsforskning för att utvärdera vilka metoder som är mest effektiva.

► *Ta tillvara kunskap, erfarenheter, processer och strukturer som etablerats inom PRIO*

Ett mycket omfattande arbete har inom ramen för den nuvarande satsningen PRIO lagts ned på att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Det är centralt att kunskap, erfarenheter, processer och strukturer som etablerats tas tillvara. Flera insatser som har genomförts inom ramen för PRIO har varit framgångsrika. Det finns således anledning att överväga en fortsättning av vissa insatser inom ramen för en ny strategi. Alternativet är att överföra ansvaret till huvudmännen (eller andra aktörer) för fortsatt drift.







## 3 Bedömning av måluppfyllelse

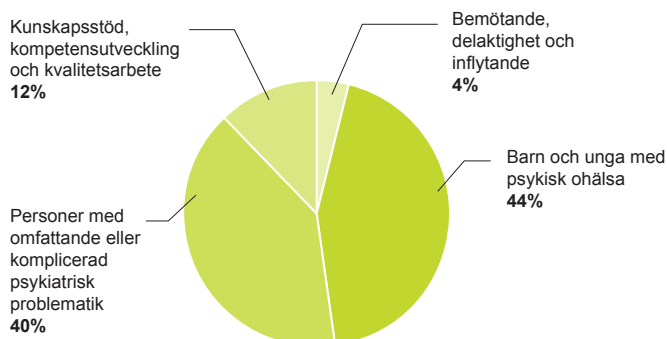
I detta kapitel beskriver vi 2013 års resultat av arbetet inom PRIO utifrån de femton delmålen som satts upp för satsningen. Kapitlet inleds med en generell bedömning av hur insatserna har genomförts. Därefter följer en generell bedömning av prestationsbaserad ersättning samt en mer ingående bedömning av delmålen inom respektive målgrupp och insatsområde. Utvärderingen har gjorts utifrån det förslag på operationalisering, det vill säga indikatorer och målnivåer, som samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har presenterat och som finns beskriven i bilaga 3, samt utifrån de PRIO-insatser som förväntas kunna driva utvecklingen av satsningen mot måluppfyllelse. Endast i vissa fall granskas enskilda insatser mer ingående. Det handlar om insatser som tilldelats en betydande del av PRIO-medlen, insatser som bedrivits framgångsrikt eller insatser där vi av någon annan anledning funnit skäl för en fördjupad bedömning.

### 3.1. GENERELL BEDÖMNING AV INSATSER

#### 3.1.1 846 miljoner kronor fördelades mellan 43 insatser av varierande karaktär

PRIO utgjordes 2013 av 43 enskilda insatser som totalt tilldelades ungefär 846 miljoner kronor av de 870 miljoner som avsätts för satsningen varje år. Insatserna är av varierande omfattning och karaktär. En central del i PRIO är som tidigare nämnts den överenskommelse som slutits mellan regeringen och SKL (Regeringen 2012e). Den omfattade 2013 totalt 687,5 miljoner kronor och utgjordes av både enskilda utvecklingsprojekt och prestationsbaserade insatser inom kommuner och landsting. Utvecklingsprojekten tilldelades 57,5 miljoner och de prestationsbaserade insatserna 630 miljoner kronor medan motsvarande summa för året innan var 106,5 respektive 350 miljoner kronor. Utöver de prestationsbaserade insatserna utgörs PRIO även av enskilda insatser som ligger utanför överenskommelsen med SKL. Dessa är av varierande karaktär och omfattar totalt cirka 150 miljoner kronor. Exempel på aktörer som tilldelas medel är myndigheter, patient- och brukarorganisationer samt universitet. I figur 4 nedan visas fördelningen av medel mellan de prioriterade målgrupperna och insatsområdena.

**Figur 4. Fördelning av medel mellan de prioriterade målgrupperna och insatsområdena inom PRIO (totalt 846 miljoner kronor för 2013).**



### 3.1.2 Flertalet insatser har genomförts enligt plan

Som grund för årets utvärdering har vi bedömt 2013 års insatser samt fyra insatser som pågick under 2012 (se tabell i bilaga 3), men som inte hade redovisats vid tidpunkten då vi publicerade förra årets lägesrapport. Samtidigt som ett antal nya insatser tillkommit för året är merparten fortsättningar från föregående år. De flesta av dem har också tilldelats nya medel, men ett litet antal (exempelvis *Integrerade former öppenvård och Hjälpmedel i skolan*) har fortsatt utan att tilldelas nya medel för året.

Vad gäller själva genomförandet av insatserna gör vi bedömningen att merparten av dem har genomförts enligt plan och att de har nått sina respektive insatsspecifika mål, samt att huvuddelen av de anvisade medlen har förbrukats. Detta är ett tydligt framsteg jämfört med psykiatrisatsningen mellan 2007-2011 då endast 62 procent av medlen användes (Statskontoret 2012). De del- och slutredovisningar som legat till grund för bedömningen har följt en struktur som gjort det lätt att bedöma genomfört arbete och vilka resultat som har uppnåtts, med utgångspunkt i regeringsbesluten. Flera av insatsredovisningarna beskriver tydliga, uppföljningsbara mål för 2013. Men för en del insatser, som löper över flera år, beskrivs enbart de slutliga projektmålen, vilket gör det svårt att utvärdera resultatet utifrån delredovisningarna. I andra insatsredovisningar beskrivs så långsiktiga mål att de inte är uppföljningsbara inom den avsatta tidsramen. Visst utrymme för förbättringar finns också när det kommer till de ekonomiska redovisningarna som i vissa fall varit knapphändiga.

## 3.2. PRESTATIONSBASERAD ERSÄTTNING

Nedan görs en generell bedömning av vilka effekter den prestationsbaserade ersättningen haft inom PRIO och hur den har fungerat som statligt styrmedel. I de kommande avsnitten beskrivs sedan hur de sju enskilda prestationsinsatserna tillsammans med övriga insatser inom PRIO kan ha bidragit till att satsningens delmål uppfylls.

Utvärderingen av den prestationsbaserade ersättningen baseras på dokumentstudier,

intervjuer, vetenskaplig litteratur och egna dataanalyser. Vi har också genomfört intervjuer med företrädare för kommuner, landsting, SKL och Socialstyrelsen. Kommunerna och landstingen är utvalda utifrån geografisk och storleksmässig spridning. Både företrädare från kommuner som klarat grundkrav och prestationsmål 2013 och sådana som inte gjort det har intervjuats. (Se bilaga 5 för en fullständig lista över intervjuade personer).

### **3.2.1 Prestationsbaserad ersättning tilldelas mer än 70 procent av PRIO-medlen**

Prestationsinsatserna utgör den i särklass största delen av PRIO och totalt går över 70 procent av de totala medlen inom satsningen till det. I vilken utsträckning PRIO varit framgångsrikt avgörs alltså till stor del av vilken effekt den prestationsbaserade ersättningen haft. Principen som den prestationsbaserade ersättningen utgår från är relativt enkel, men den är inte utan risker eller svårigheter. Utgångspunkten är att ekonomisk ersättning ges om definierade mål uppnås. Möjligen skulle därför ”målrelaterad ersättning” vara en mer riktig benämning av den form av incitament som används inom PRIO.

### **3.2.2 250 miljoner kronor går till kommunerna och 380 miljoner till landstingen**

Under 2013 fördelades via PRIO-satsningen 250 miljoner kronor till kommunerna och 380 miljoner till landstingen genom prestationsbaserad ersättning. Utformningen är gjord så att beloppen fördelas på de kommuner och landsting som uppfyllt de olika grundkraven i överenskommelsen mellan staten och SKL (grundkraven och prestationsmålen beskrivs i detalj nedan). Detta innebär att de aktörer som uppfyller kraven får större andel av ersättningen om flera av de andra aktörerna inte lyckas uppfylla kraven. För kraven som rör barn och unga fördelas 230 miljoner kronor vilket motsvarar cirka 24 kronor per invånare sett till hela riket. (I beräkningarna inkluderas alla åldersgrupper för att öka jämförbarheten mellan de olika beräkningarna.) För kraven som rör vuxna fördelas 150 miljoner vilket motsvarar 16 kronor per invånare i Sverige. Totalt fördelas cirka 40 kronor per invånare i riket till landstingen. Eftersom inte alla landsting har uppfyllt samtliga krav så varierar den faktiska prestationsersättningen mellan 10 och 49 kronor per invånare. Lägst utdelning får Värmland som uppfyllde två av fem krav. 14 landsting uppfyllde samtliga krav och fick den högsta utdelningen.

Totalt motsvarar fördelningen mellan en och två promille av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvård. Beräknat på de verksamheter som främst kan arbeta för att uppnå kraven för den prestationsbaserade ersättningen, blir andelen dock klart högre. De 230 miljoner som fördelas för målgruppen barn och unga motsvarar från några procent upp till drygt tio procent av BUP:s budget. Notera dock att grunduppgifter för BUP-kostnaderna endast finns i 8 av 21 landsting. Det rör sig således ändå om större andelar som klart kan påverka verksamheternas handlingsutrymme. För målgruppen vuxna motsvarar de 150 miljoner kronor som fördelas runt en procent av psykiatrins kostnader (exklusive BUP). Det finns dock inget krav i den prestationsbaserade ersättningen som säger att ersättningen ska fördelas till dessa verksamheter inom landstingen. I stället rör det sig om generella förstärkningar som får förfogas fritt. Till

kommunerna fördelas motsvarande 27 kronor per invånare sett till hela riket. Eftersom inte samtliga kommuner uppfyllt kraven hamnar den faktiska ersättningen på mellan noll och 30 kronor per invånare. Sett till kommunernas nettokostnader per invånare motsvarar detta som högst knappt en promille och totalt cirka 0,6 promille.

### 3.2.3 Överenskommelsen 2013 innehåller två grundkrav och sju prestationsmål

2013 års överenskommelse innehåller två grundkrav och sju prestationsmål (figur 5). Först ska grundkraven uppnås för att kvalificera landstinget eller kommunen till att, om också överenskomna prestationsmål uppnås, få prestationsbaserad ersättning. Som visas nedan är grundkraven dels överenskommelser om samarbete, dels att ha webbaserad information till barn och unga. Prestationsmålen är sedan uppdelade på de två prioriterade målgrupperna inom PRIO och det finns mål för både kommunerna och landstingen. För två av de prestationsmål som valts, inventeringar och SIP:ar, gäller att de egentligen är krav som följer av lagstiftningen men som preciserats på olika sätt. Grundkravet om överenskommelser omfattas också av ett lagkrav.

#### Grundkrav: Överenskommelse om samverkan

I länet ska det finnas överenskommelser om samverkan kring barn, unga och vuxna med psykisk ohälsa. Av överenskommelserna ska framgå: vilka målgrupper som omfattas, gemensamma mål för landstingens och kommunernas verksamheter, rutiner för samarbete kring enskilda personer med psykisk ohälsa, rutiner för hur individuella planer ska upprättas, ansvarsfördelning på områden där gemensamma insatser krävs, samt former för hur tvister mellan parterna ska lösas. Överenskommelserna ska ha följts upp under året och handlingsplaner upprättats för att utveckla samverkan. Organisationer som företräder patienter, brukare och närstående ska ha getts möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelsen och handlingsplanerna.

#### Grundkrav: Webbaserad information

Landstinget och kommunerna i länet ska tillhandahålla webbaserad information eller motsvarande där det beskrivs vart, i landstinget och kommunerna, barn och unga med psykisk ohälsa och deras familjer kan vända sig för att få vård, stöd och hjälp.



**Prestationsmål: Första bedömning och fördjupad utredning eller behandling**

De landsting som rapporterar till den nationella databasen Väntetider i vården, enligt en nationellt överenskommen metod för kvalitetssäkrad redovisning, med en svarsfrekvens som motsvarar 95 procent inom de båda delområden som anges nedan, får ta del av medlen enligt följande:

- 80 miljoner kronor fördelas under 2013 till de landsting som når målet att minst 90 procent av de barn och unga som har fått beslut om en första bedömning inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har fått en första bedömning inom högst 30 dagar.

- 100 miljoner kronor fördelas under 2013 till de landsting som når målet att minst 80 procent av de barn och unga som har fått beslut om en första bedömning inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, eller annan specialistverksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har påbörjat fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar.

**Prestationsmål: SIP:ar**

- 50 miljoner kronor fördelas till de landsting som rapporterar hur många samordnade individuella planer enligt Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (HSL) som upprättas för personer under 18 år, samt som har gjort en uppskattning av behovet av sådana planer för alla personer under 18 år som har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri i länet.

- 100 miljoner kronor fördelas till de kommuner som rapporterar hur många samordnade individuella planer enligt Socialtjänstlag (2001:453) (SoL) som upprättas för personer under 18 år, samt som har gjort en uppskattning av behovet av sådana planer för personer i kommunen som är under 18 år och som har kontakt med socialtjänsten.

**Prestationsmål: Registrering i psykiatriska kvalitetsregister**

100 miljoner kronor fördelas till de landsting som:

- dels har registrerat minst 50 procent av patienterna (ny- och återbesök) i relevant psykiatriskt kvalitetsregister bland de åtta befintliga sådana registren,
- dels visar att 50 procent av patienterna som har registrerats i PsykosR och Bipolär har fått en uppföljning av sin läkemedelsbehandling av en läkare.

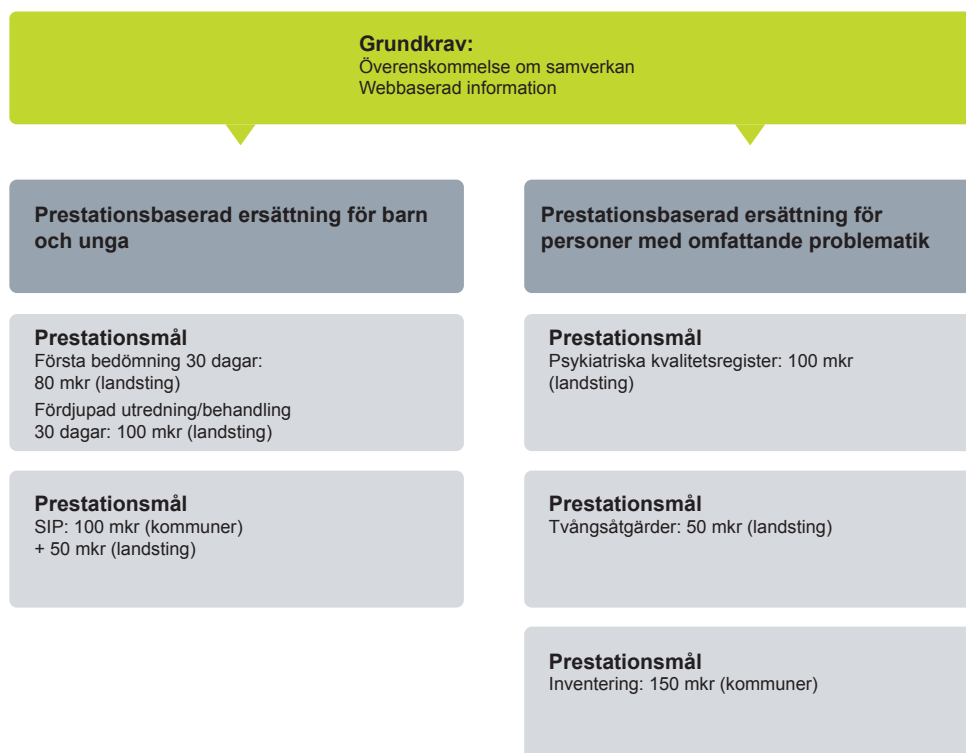
**Prestationsmål: Minskat behov av tvångsåtgärder**

50 miljoner kronor fördelas till de landsting som visar att de har bedrivit ett systematiskt förbättringsarbete för att minska behovet av tvångsåtgärder samt förbättrat sin rapportering av tvångsvårdstillfällen och tvångsåtgärder till Patientregistret (PAR). Ett landsting som deltar i SKL:s projekt för förbättringsarbete inom heldygnsvården ska anses leva upp till kravet i denna del och får del av medlen om man också rapporterar ovanstående vårdtillfällen och åtgärder till Patientregistret.

**Prestationsmål: Inventering**

150 miljoner kronor fördelas till de kommuner som de senaste fyra åren (2010–2013) gjort en inventering av behoven hos personer med psykisk ohälsa i enlighet med Socialstyrelsens verktyg eller motsvarande och registrerat samlade data i inrapporteringsfunktionen på SKL, samt gjort en analys av hur väl individernas behov är tillgodosedda inom på boende och sysselsättning. Med utgångspunkt i detta ska en planering för hur verksamheten ska utvecklas 2013–2014 göras. Analysen ska avse kvinnor och män. Organisationer som företräder patienter, brukare och närstående ska ha erbjudits att lämna synpunkter på planeringen.

**Figur 5. PRIO:s grundkrav och prestationsmål enligt 2013 års överenskommelse. Prestationsmålen delas in under de prioriterade målgrupperna barn och unga respektive personer med omfattande psykiatrisk problematik.**



### 3.2.4 Grundkrav och prestationsmål fokuserar på eftersatta områden för personer med psykisk ohälsa

Enligt vår bedömning fokuserar grundkraven och prestationsmålen på eftersatta områden inom vård och omsorg av personer med psykisk ohälsa. Bedömningen baseras på följande:

- Redan 2010 infördes bestämmelser i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om samarbetet kring personer med psykisk ohälsa. Dessutom ska landsting och kommuner, tillsammans med patient och närstående, upprätta en individuell plan när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. Trots lagstiftningen har bristerna inom dessa områden funnits kvar.
- När det gäller kravet på inventering av behov hos personer med psykisk ohälsa har kommunerna skyldighet att känna till levnadsförhållanden för dessa personer. Psykiatriutredningen (SOU 1992) konstaterade att det är viktigt att kommunerna i samverkan med landstingen kartlägger olika behov hos personer med psykisk ohälsa. I praktiken har endast ett begränsat antal kartläggningar genomförts, trots att det är en grundläggande förutsättning för samarbetet mellan kommun och landsting, samt för att utforma och erbjuda adekvata insatser.
- Tillgängligheten till BUP var redan innan PRIO identifierad som ett bristområde, och den prestationsersättning som funnits för detta ändamål sedan 2009 lyftes in i satsningen.
- Ambitionen att minska behovet av tvångsvård har funnits länge. Ett syfte med den tvångslagstiftning som infördes 1992 var att minska tvångsvården så långt som möjligt.
- Behovet av kvalitetsregister och en hög täckningsgrad – det vill säga en hög grad av registrering – för utvärdering och kunskapsstyrning av vården är delvis omdiskuterat, men stöds också av många aktörer, särskilt på nationell nivå (Vårdanalys 2013a).

Utifrån intervjuer med kommunrepresentanter drar vi slutsatsen att de grundkrav och prestationsmål som satts upp 2013 avser väsentliga områden, som delvis också omfattas av det ansvar som följer av lagstiftningen. Det finns bland kommunrepresentanterna generellt sett en medvetenhet om att verksamheterna inte fullt ut har levt upp till lagstiftningens krav. Någon enstaka synpunkt har också kommit fram om att grundkraven och prestationsmålen på ett negativt sätt "tvingar" verksamheten att prioritera dessa i utvecklingsarbetet. Utifrån verksamhetens behov och förutsättningar skulle andra områden i stället ha behövt prioriteras i utvecklingsarbetet.

### 3.2.5 Samtliga landsting och nästan alla kommuner klarade grundkraven och uppfyllelsen av prestationsmålen var god

Samtliga landsting och nästan alla kommuner har klarat grundkraven i 2013 års överenskommelse (Socialstyrelsen 2013a).

### *Överenskommelser om samverkan*

Det första grundkravet gäller överenskommelser om samverkan. 281 kommuner klarade detta krav och endast 9 gjorde det inte (figur 6). Eftersom landstingen var beroende av att flertalet kommuner upprättade samverkansavtal blev incitamentet starkt för deras del. I flera fall tog därför landstingen initiativ till att stödja och driva på kommunerna i detta arbete. Landstingen riskerade annars att gå miste om de tillgänglighetspengar som de haft sedan 2009. Stockholm och Norrbotten var två av de län som var mest förberedda med ett existerande och aktuellt avtal. Situationen var annorlunda i bland annat Region Skåne, Kalmar och Västmanlands län där det krävdes ett ganska omfattande arbete för att få överenskommelser med alla kommuner. Bara i Region Skåne handlar det till exempel om 33 kommuner. För många kommuner blev det en ganska forcerad process eftersom villkoren och bedömningskriterierna inte blev helt klara förrän april 2013 och de därmed inte hade särskilt lång tid på sig. I och med att landstingen har varit motiverade att få med kommunerna i överenskommelserna så är det dock endast nio kommuner som inte klarat grundkravet om samverkansöverenskommelser.

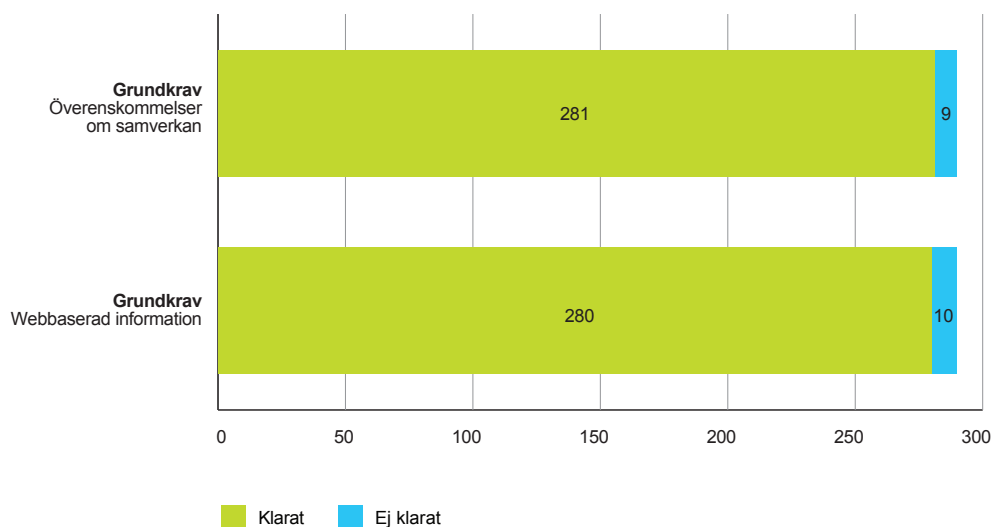
### *Information på internet*

Vad gäller det andra grundkravet, om webbaserad information, klarade 280 kommuner detta medan 10 av dem inte gjorde det (figur 6). Det finns dock en tydlig skillnad på den information som finns på de stora respektive små kommunernas hemsidor. De små kommunerna har mindre resurser till stabsfunktioner som kommunikations- eller informationsexperten för att utveckla välfungerande hemsidor. De flesta kommuner har samverkat med andra kommuner och i vissa fall har det aktuella landstingets samtliga kommuner via regionförbundet samverkat och därmed fått tillgång till adekvat kompetens. Trots samverkan med andra kommuner kring struktur och innehåll på hemsidan har ett fåtal kommuner inte lyckats uppfylla detta grundkrav, även om kravet i sig inte uppfattas som oöverstigligt, inte ens av de intervjuade kommuner som inte lyckats.

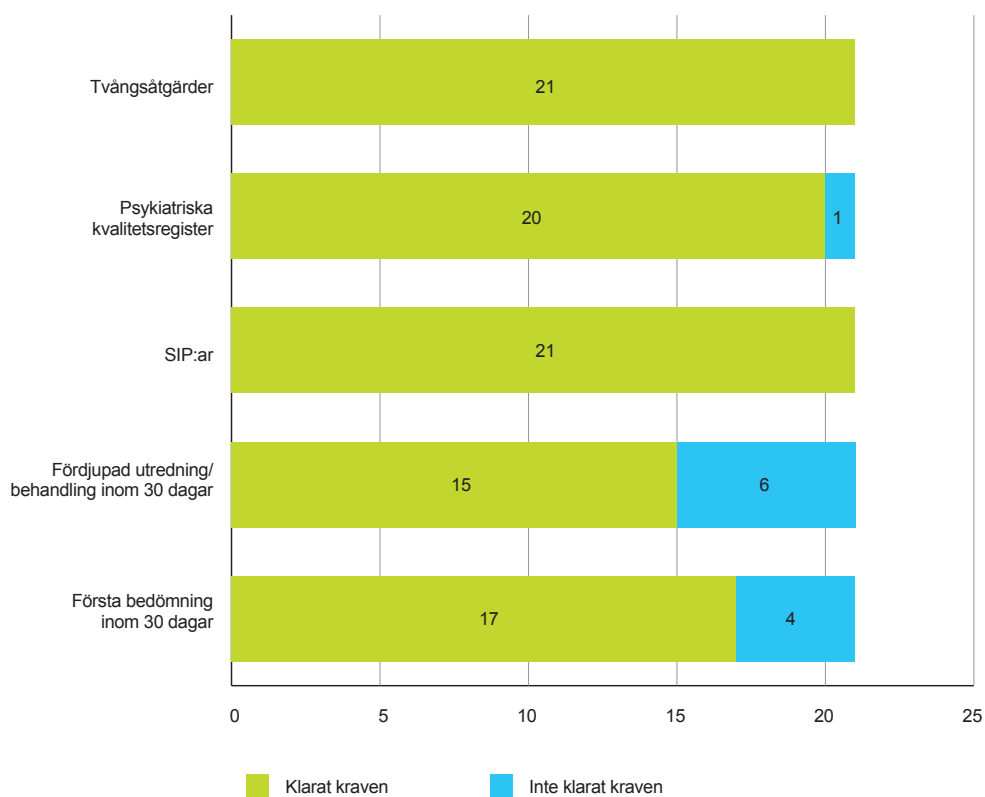
### *Flertalet landsting klarade prestationsmålen*

När det gäller uppfyllelse av de fem prestationsmålen för landstingen klarade i princip alla målen om tvångsvård, SIP:ar och kvalitetsregister. Däremot var det ett antal landsting som inte uppnådde tillgänglighetsmålen och då främst tillgängligheten till fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar (figur 7). En djupare bedömning av de enskilda prestationsinsatserna presenteras i kapitel 3.4 och 3.5.

Figur 6. Drygt 96 % av kommunerna klarade båda grundkraven i överenskommelsen.



Figur 7. Antal landsting som klarat prestationsmålen i överenskommelsen.



### 3.2.6 Prestationsbaserad ersättning är ett relativt starkt styrmedel

En sammantagen bedömning av den prestationsbaserade ersättningen inom PRIO är att styrmedlet är relativt starkt. Detta gäller i bemärkelsen att det som efterfrågas för att kommuner och landsting ska bli kvalificerade till ersättning också ofta levereras. Vi påminner emellertid om att en stark styrmodell inte nödvändigtvis är samma sak som en effektiv. Vår bedömning är att det skulle kunna ha räckt med en lägre ersättning för att nå målen och att det i flera fall sannolikt finns andra, mer effektiva sätt att nå dem. Det är inte heller tydligt om uppfyllelse av prestationsmålen alltid bidrar till önskad sluteffekt. Det är nödvändigt att det finns ett samband mellan de prestationsmål som belönas och verksamhetens effektivitet, men denna koppling är inte uppenbar i alla delar i PRIO. I samband med att prestationsbaserad ersättning används diskuteras ofta om måluppfyllelsen sker på bekostnad av andra mål som inte belönas, så kallade undanträngningseffekter. Vi ser vissa tecken på detta i PRIO. En annan högst relevant fråga är om effekterna av den målbaserade ersättningen kommer att reduceras eller upphöra när ersättningen tas bort. Prestationsbaserad ersättning kan också betraktas som en signal från staten om vad som är viktigt att prioritera. Detta försöker staten i många sammanhang signalera – även om det inte kan uteslutas att det kan leda till principiella konflikter med det kommunala självstyret.

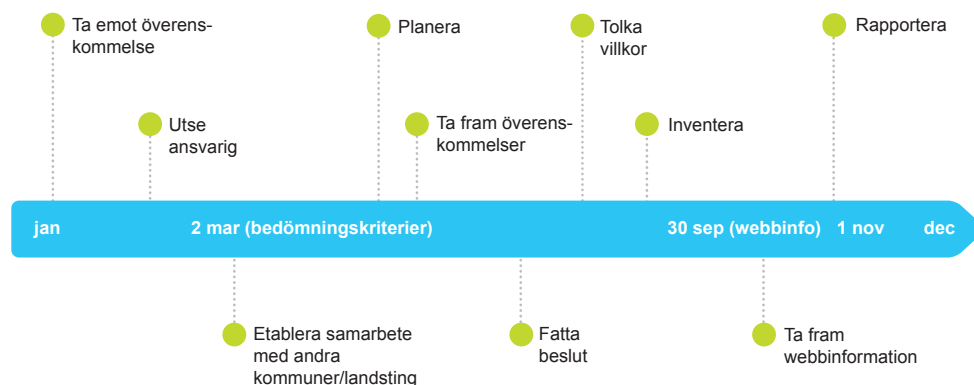
Den prestationsbaserade ersättningen har i det här fallet sannolikt större effekt på landstingen än på kommunerna i och med att det är så många kommuner som ska dela på ersättningen. Ersättningen till en kommun som klarar målen både vad gäller SIP och inventeringar är cirka 30 kronor per invånare och de som bara klarar kravet på SIP får cirka 11 kronor per invånare. Många kommuner har få invånare vilket innebär att summorna som betalas ut i många fall är små. Mediankommunen i Sverige har cirka 15 000 invånare och fick 2013 cirka 395 000 kronor. Samtidigt fick 51 kommuner mindre än 150 000 kronor vardera. Kommuner med fler invånare får förstås större belopp och 62 kommuner fick mer än 1 miljon kronor. Summorna till landstingen är däremot större, i genomsnitt fick de 18 miljoner kronor och medianlandstinget fick 12 miljoner. För att ställa siffrorna i relation till något: barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm fick exempelvis cirka 35 miljoner kronor i prestationsbaserad ersättning i förhållande till årsbudgeten på cirka 600 miljoner kronor. Det innebär att den prestationsbaserade ersättningen utgör omkring sex procent av den totala budgeten, vilket sannolikt innebär en ganska starkt styrande effekt.

Vi kan inte uttala oss om kommuner och landsting i allmänhet, men i våra intervjuer med företrädare från ett mindre antal kommuner och landsting har merparten ställt sig positiva till att staten använder prestationsbaserad ersättning inom angelägna områden. Hos de allra flesta av de intervjuade finns en insikt om och en frustration över att det mesta av det som prestationsersättningen riktas mot borde ha genomförts för länge sedan. Enstaka personer har tyckt att det hade varit bättre med resurstillskott till verksamhetens ordinarie ram än med den prestationsbaserade ersättningen. En principiellt viktig fråga som följer är om det är rimligt att koppla ekonomiska incitament till krav som borde vara uppfyllda enligt lag. Längre överenskommelser eller en väldefinierad måltrappa skulle kunna bidra till ökad stabilitet och kontinuitet.

Samtliga intervjuer med såväl representanter från kommuner och landsting som SKL

och Socialstyrelsen pekar på att arbetet med att uppfylla villkoren och lämna in dokumentation till Socialstyrelsen har präglats av tidspress (figur 8). Den största risken med denna tidspress är att de som är inblandade i arbetet glömmar bort huvudsyftet med prestationsersättningarna. Det skapas en upplevelse av att det som görs enbart görs för att pengarna ska säkras till organisationen.

**Figur 8. Arbete som kommuner och landsting behövde utföra för att klara kraven 2013.**



Upplevelsen av balansen mellan ersättningen och insatsen för att nå ett visst mål kan vara olika beroende på var i organisationen man befinner sig. Mycket tyder på att befattningshavare högre upp i hierarkin ofta upplever värdet av ersättningen som mycket större än insatsen. En person nära den faktiska verksamheten kan å andra sidan göra en annan bedömning, inte minst om denne upplever oönskade sido- eller undanträngningseffekter och inte heller ser något av ersättningen i form av ökad budget.

Då vi i intervjuerna ställde frågan om hur en lämplig fortsättning på prestationsersättningarna skulle kunna se ut, var tre synpunkter dominerande. Den första var att rikta ersättningen mot kvaliteten i SIP:arna, den andra att inte lägga till nya moment och den tredje att göra tvååriga överenskommelser.

Resultaten visar således på att stabilitet i arbetet efterfrågas. De årliga överenskommelserna har skapat en viss ryckighet och krångel. De intervjuade föredrar längre överenskommelser, alternativt att de olika årens eventuella upptrappning av prestationskrav är definierad från början.

### 3.2.7 Det finns skillnader i hur medlen används i olika kommuner och landsting

Det finns en stor frihet för kommuner och landsting när det gäller hur den prestationsbaserade ersättningen kan användas. Det som framför allt lyfts fram som en positiv konsekvens av prestationsbaserad ersättning i intervjuerna med kommun- och landstingsföreträdarna är möjligheten att använda medlen för egna angelägna utvecklingsområden i verksamheten. Uppfattningen kommer från de som representerar huvudmän

där medlen från prestationsersättningen går just till den specifika verksamheten. Så ser det inte ut i alla kommuner och landsting. Av våra intervjuer framgår att det finns exempel på att PRIO-medlen ersätter den lokala finansieringen – alltså att kommunen eller landstinget minskar den egna budgeten.

I PRIO finns inget krav på att medlen uteslutande ska användas i den verksamhet som berörs. I de kommuner och landsting där de går till verksamheten finns det skillnader i hur de används. Några landsting och kommuner låter medlen gå ospecificerat till aktuella verksamhetskostnader medan andra reserverar allt eller delar för utvecklingsaktiviteter. Exempel på sådana utvecklingsinsatser är:

- I Stockholms läns landsting disponerar beställarfunktionen merparten av de prestationsmedel som mottagits. Under 2013 inbjöds verksamheterna att komma med förslag på utvecklingsinsatser. Cirka 60 förslag lämnades. Även medlen för 2013 kommer att användas för angelägna utvecklingsinsatser.
- I Norrbottens läns landsting har medel använts för att finansiera inrättade tjänster för barnhälsopsykologer.
- Kristianstads kommun har bland annat använt medel till att finansiera en processledare och resurser för att, i samarbete med kommunens arbetsmarknads- och sysselsättningsenhet, utveckla möjligheten till arbete eller sysselsättning för personer med psykisk ohälsa.
- Några kommuner har använt prestationsmedel för samordnade individuella planer (SIP) till projektanställningar i syfte att genomföra inventeringen av psykisk ohälsa bland vuxna.
- Köpings kommun har använt 2013 års medel till en ny verksamhet för unga i åldern 16–25 år med sammansatt problematik.
- Stockholms stad avsätter delar av stimulansmedlen för utbildningssatsningar vid boenden, hälsoprojekt hos utförarna och SIP-utbildningar.
- En kommun avsätter medel för utbildning till dem som vill starta sysselsättningsverksamhet för målgruppen vuxna.
- Region Skåne ger utbildningar till privata vårdgivare.
- Övriga användningsområden:
  - Deltidstjänst för hantering av SIP
  - Kompetensutveckling
  - Samordningstjänster
  - Riktade utvecklingsprojekt

Den övervägande delen av de 21 kommuner och 5 landsting som har intervjuats har en strategi för att använda ersättningen för att utveckla verksamheten. Det finns emellertid flera exempel på att pengarna använts till att täcka underskott. I några landsting går pengarna direkt till BUP. Eftersom de medel som är kopplade till tillgänglighet har funnits sedan 2009 har flera verksamheter blivit beroende av att pengarna kommer in. Det finns verksamhetschefer som uttrycker en oro för att tillgänglighetspengarna ska



utebli kommande år med följderna att personal måste sägas upp. Ibland har verksamhetscheferna upplevt att de fått ta del av stimulanspengarna men samtidigt blivit underkastade ett lika stort spararbete.

Enligt förra årets lägesrapport så var den grundläggande tanken bakom utformningen av både grundkrav och prestationsbaserade ersättningar 2012 att trösklarna för att klara kraven skulle vara låga för att frågorna skulle komma upp på bordet. Kraven skulle sedan successivt skärpas i följande års överenskommelser. Resultatet av denna uppföljning visar att grundkraven och prestationsmålen har medfört olika mycket arbete och upplevts som olika svåra att klara. Ett och samma krav kan dessutom vara olika svårt för en liten respektive stor kommun att klara. Stora kommuner har lättare att avdela resurser för arbetet och kan lättare hantera att pengarna kommer först efter det att arbetet är utfört. Å andra sidan kan exempelvis ett inventeringsarbete vara mycket mer komplext att genomföra för en stor kommun än för en liten. Även om trösklarna för att klara kraven är olika höga 2013 så har de höjts något i jämförelse med år 2012. Vi tycker att det är positivt att den prestationsbaserade ersättningen stärks upp och kompletteras med utvecklingsinsatser. Ett exempel på detta är att parallellt med den prestationsbaserade ersättningen för att korta väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri finns PSYNK-insatsen som syftar till att synkronisera insatserna i landet för barn och unga med psykisk ohälsa.

### **3.3. MÅLGRUPP 1: BARN OCH UNGA**

Mot bakgrund av att den psykiska ohälsan bland barn och unga stadigt ökat under de senaste årtiondena har regeringen prioriterat den målgruppen inom PRIO.

#### **3.3.1 Målgruppen barn och unga ges störst ekonomiskt stöd inom PRIO**

Liksom för den övriga befolkningen är det svårt att med säkerhet säga hur många barn och unga som är drabbade, eftersom det råder brist på nationell statistik på området (Socialstyrelsen 2013e). Enligt Statistiska Centralbyråns årliga undersökning av barns levnadsförhållanden Barn-ULF (SCB 2014), har mer än vart tionde barn i åldrarna 10 till 18 år upplevt psykiska besvär och nästan vart femte har upplevt psykosomatiska besvär. Särskilt alarmerande är att så mycket som var tredje flicka mellan 16 och 18 år uppgett att de har haft psykosomatiska besvär (Barnombudsmannen 2014). Under 2000-talet har antalet barn och unga som vårdas inom den psykiatriska slutenvården också ökat (Socialstyrelsen 2012). Flickor och unga kvinnor vårdas i större utsträckning än pojkarna inom psykiatrisk slutenvård, medan förhållandet inom den öppna psykiatriska vården är det omvända. Totalt behandlades under 2012 drygt 40 000 barn, motsvarande 2 procent av alla barn och unga i Sverige, inom den psykiatriska öppenvården och 2000 inom slutenvården (Socialstyrelsen 2014d).

### 3.3.2 Fyra av delmålen riktar sig mot barn och unga

Fyra av PRIO:s delmål handlar om situationen för barn och unga med psykisk ohälsa. Delmålen är:

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

Inom ramen för PRIO har åtta enskilda insatser riktade mot målgruppen finansierats. Totalt avsätter regeringen 371 miljoner kronor till målgruppen vilket motsvarar 44 procent av PRIO-medlen för 2013. Det gör barn och unga till den grupp som ges störst ekonomiskt stöd i satsningen. En lista över delmålen och insatserna finns i tabell 2. (Det bör noteras att flera insatser kan bidra till mer än ett delmål inom PRIO, men att de listas under det delmål till vilket det bidrar i störst utsträckning.)

Redan under 2013 är det möjligt att följa upp tre av de fyra målen för gruppen. Det gäller tillgänglighet, självmord och självskadande beteende samt samverkan och samordning, men däremot inte förebyggande insatser. För att få en mer heltäckande uppföljning av målgruppen skulle ytterligare indikatorer, som berör exempelvis skolan och elevhälsan, behöva tas med i uppföljningsplanen. Det finns ett antal aktiviteter i PSYNK-projektet som riktar sig mot skolan och elevhälsan men inom den prestationsbaserade ersättningen saknas detta perspektiv helt. Detta trots att antalet barn med psykiska problem som vänder sig till elevhälsan, Barnens rätt i samhället (BRIS) och barn- och ungdomspsykiatri har ökat (Barnombudsmannen 2014). Att satsa på elevhälsan skulle kunna vara angeläget om det bidrar till att barn och unga kan fånga upp i ett tidigt skede av sin psykiska ohälsa.

**Tabell 2. PRIO-insatser för målgruppen *barn och unga med psykisk ohälsa*. Insatserna listas under det delmål till vilket de förväntas bidra. I tabellen listas även summan för de avsatta medlen samt vem som står som betalningsmottagare. (För en komplett lista av insatser inklusive underliggande regeringsbeslut, se bilaga 3.)**

<b>Insatser målgrupp 1, barn och unga med psykisk ohälsa</b>		
	<b>Mottagare</b>	<b>Summa (tusen kronor)</b>
Tillgänglighet till första linjen	SKL	2 000
Prestationsmål 1 - Första bedömning inom 30 dagar	SKL/ Landsting	80 000
Prestationsmål 2 - Fördjupad utredning inom 30 dagar	SKL/ Landsting	100 000
PSYNK-projektet	SKL	33 500
Självskadeprojekt (Kunskapsnoden)	SKL	0
Första hjälpen till unga med psykisk ohälsa	KI/NASP	4 700
Prestationsmål 3 - Rapportering av samordnade vårdplaner enligt HSL	SKL/ Landsting	50 000
Prestationsmål 4 - Rapportering av samordnade vårdplaner enligt SoL	SKL/ Kommuner	100 000

### ***Tillgänglighet för barn och unga***

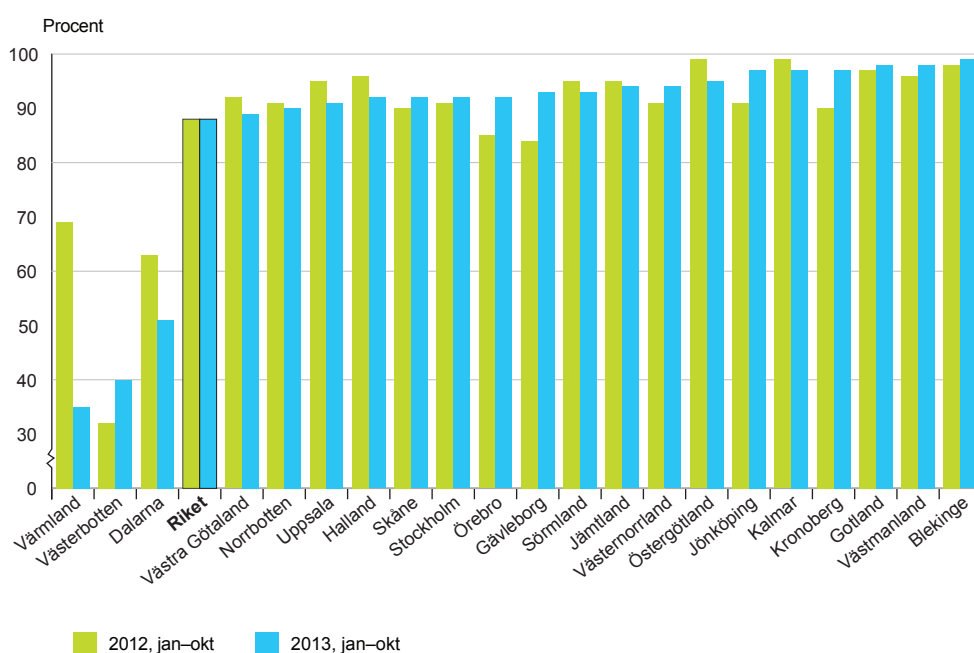
*Delmål: Utveckla och tillgängliggöra verksamheterna i första linjens hälso- och sjukvård och i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.*

För barn och unga med psykisk ohälsa är det viktigt att snabbt kunna få tillgång till adekvata och effektiva insatser eftersom långa väntetider kan få allvarliga konsekvenser för skolarbete, kamratrelationer och familjeförhållanden. God tillgänglighet handlar inte bara om väntetider utan också om vetskap om vart individen kan vända sig för att få hjälp och stöd när problem uppstår. Första linjen är den funktion och de verksamheter inom kommunerna och landstingen som först möter ett barn eller ungdom med ett psykiatriskt problem.

Under 2013 har inte någon avgörande förbättring när det gäller tillgänglighetsmålen inom barn- och ungdomspsykiatrin kunnat ses. Däremot uppfyller samtliga 21 landsting och en stor majoritet av kommunerna överenskommelsens grundkrav om information på internet. Vad gäller den fysiska tillgängligheten och väntetider ser vi inte heller några betydande förändringar. Fyra landsting klarade inte att uppnå att 90 procent av barn och unga får ett första specialistbesök inom 30 dagar. Sex landsting uppnådde inte målet om att 80 procent av barn och unga har påbörjat fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar. 2012 var motsvarande utfall fem respektive sex landsting. Andelen

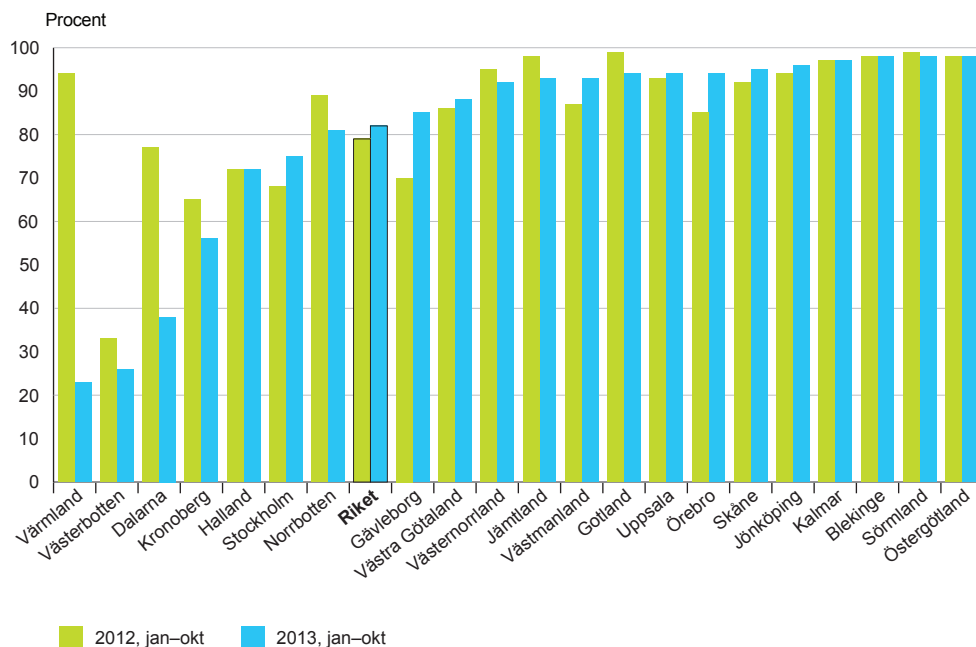
genomförda förstabesök i barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar har inte heller förändrats mellan 2012 och 2013 för riket totalt, men resultaten på landstingsnivå visar på att utvecklingen varit mycket varierande. I Värmland har till exempel andelen som fick vård inom 30 dagar nästan halverats och även i Dalarna uppvisas ett sämre resultat 2013 än 2012, från en redan låg nivå. Även Västerbotten hade en låg måluppfyllelse 2012, men där har situationen förbättrats något. Det finns också flera landsting, som Blekinge, Västmanland och Gotland, som uppvisar en hög måluppfyllelse för de båda redovisade åren (figur 9).

**Figur 9. Andel genomförda förstabesök inom 30 dagar för barn och unga med psykisk ohälsa, januari–oktober år 2012 och 2013.**



Andelen barn och unga för vilka en fördjupad utredning eller behandling kan starta inom 30 dagar har i genomsnitt ökat något i riket, från 79 till 82 procent. Värmland, Västerbotten och Dalarna har sämst måluppfyllelse också för detta mått och uppvisar en försämring mellan åren. De tre största landstingen har alla förbättrat sig, vilket ger en förbättring på riksnivå trots att flera andra landsting står för en tydlig försämring. Också här visar ett antal landsting genomgående bra resultat, exempelvis Östergötland, Sörmland och Blekinge (figur 10).

**Figur 10. Andelen barn och unga med psykisk ohälsa som får inleda fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar, januari–oktober år 2012 och 2013.**



### *Prestationsersättningen för tillgänglighet har skapat ett förändringstryck och gjort problemen synliga*

Sett ur ett längre perspektiv är det också tveksamt om tillgänglighet till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin har förändrats. Vid införandet av tillgänglighetsersättningen 2009 (Regeringen 2009b) förkortades väntetiderna till förstabesök och utredning tydligt, men under de efterföljande åren har många landsting stannat av i utvecklingen och ligger och kretsar kring den 30-dagarsgräns som är uppställd. Våra intervjuer tyder på att varken resurserna eller arbetssättet vid BUP nödvändigtvis påverkats. Om detta stämmer generellt kan det innebära att den prestationsbaserade ersättningen framför allt har inneburit att köerna har flyttat till en ny plats i systemet. Det finns till och med indikationer i intervjuerna på negativa effekter på den vård som ges, även om detta inte går att studera med några mer objektiva kvalitetsmått. Verksamheterna tycks ha ställt in siktet på gränsvärdena för väntetider. Vissa ligger strax under och vissa har av olika skäl svårt att komma ned till 30 dagars väntetid, vilket i sin tur leder till att tillgänglighetspengarna riskerar att bidra till en ökad olikhet mellan landstingen (Forster m.fl. 2014). Samtidigt är det värt att notera att det också finns en viss fördel med att köerna flyttar in och det är att individerna snabbare kommer in i systemet, där de som är i akut behov av hjälp kan fångas upp i ett tidigare skede.

Diskussionerna om undanträngningseffekter inom psykiatrin har varit som mest intensiva inom BUP och framför allt i anslutning till de två tillgänglighetskriterierna. Det är tydligt att betoningen på väntetiderna till förstabesöket och till fördjupad utredning eller

behandling har varit mycket starkt ända ned på verksamhetsnivå. Politikens intresse för tillgänglighetsaspekten förstärker fokuseringen på väntetider i landstingens ledningssystem.

### *Första linjen utvecklas långsamt*

Ett grundantagande som präglat PRIO har varit att tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin måste förbättras och att det hänger intimt samman med utvecklingen av första linjen. I samtal med personer inom landsting och kommuner förekommer olika bilder av vad första linjen är. Landstingsaktörer talar oftast om första linjens vård och syftar då vanligtvis på landstingens resurser inklusive ungdomsmottagningar och skolläkare. Kommunala företrädare ser ofta fler aktörer i den första linjen än endast de vårdande, exempelvis skolorna. Definitionen får betydelse vad gäller hur första linjen ska öka tillgängligheten till specialistvården. Oavsett hur den första linjen definieras och utvecklas det skäl att tro att ökad tillgänglighet till BUP kräver både en utvecklad första linje och förändrade arbetssätt inom BUP.

I intervjuerna framkommer ibland uppfattningen att staten och SKL har valt att via prestationsersättningarna driva på utvecklingen genom att enbart sätta press på BUP:s tillgänglighet. Det bör betonas att ett antal landsting har börjat etablera en vårdande första linje för barn och unga i landstingets regi, antingen som enheter inom BUP eller i primärvården. Det finns även en tydlig inriktning i kommunerna att inkludera skolorna i den identifierande första linjen. Som tidigare nämnts har flera kommuner och landsting valt att inkludera skolorna i samverkansöverenskommelserna på så sätt att även skolorna kan ta initiativ till en SIP.

### **Förebyggande insatser**

*Delmål: Utveckla kunskap och metoder för att identifiera riskgrupper samt metoder för att rikta särskilda förebyggande insatser till barn och unga.*

Enligt samordningsfunktionens uppföljningsplan finns det i dag ingen definition av eller operationalisering kring uppföljningen av delmålet om förebyggande insatser för målgruppen barn och unga. Samtidigt finns det studier som visar att tidiga insatser kan vara samhällsekonomiskt lönsamma, förutom att vara positiva för barnet eller ungdomen (Heckman 2008). Det råder stor brist på kunskap om vad som ligger bakom psykisk ohälsa och vilka metoder som fungerar för att förebygga den. Läkarförbundet föreslår en satsning på kunskapsuppbyggnad om den psykiska ohälsans bestämningsfaktorer samt ett brett programarbete för att utveckla formerna för förebyggande insatser mot psykisk ohälsa (Sveriges läkarförbund 2014).

En insats inom PRIO som åtminstone delvis syftar till att utveckla förebyggande arbete för barn och unga är Psykn-projektet (Regeringen 2011a, SKL 2014b). Syftet med projektet är att synkronisera samhällets insatser för barn och unga som har, eller riskerar att drabbas av, psykisk ohälsa. Det handlar exempelvis om att skola, socialtjänst och sjukvård ska arbeta tillsammans för att ge rätt hjälp på rätt nivå. Arbetet som leds av SKL involverar ett stort antal kommuner och landsting runt om i landet och stöds av ett centralt projektkansli i Stockholm. Projektet har under 2013 bland annat resulterat

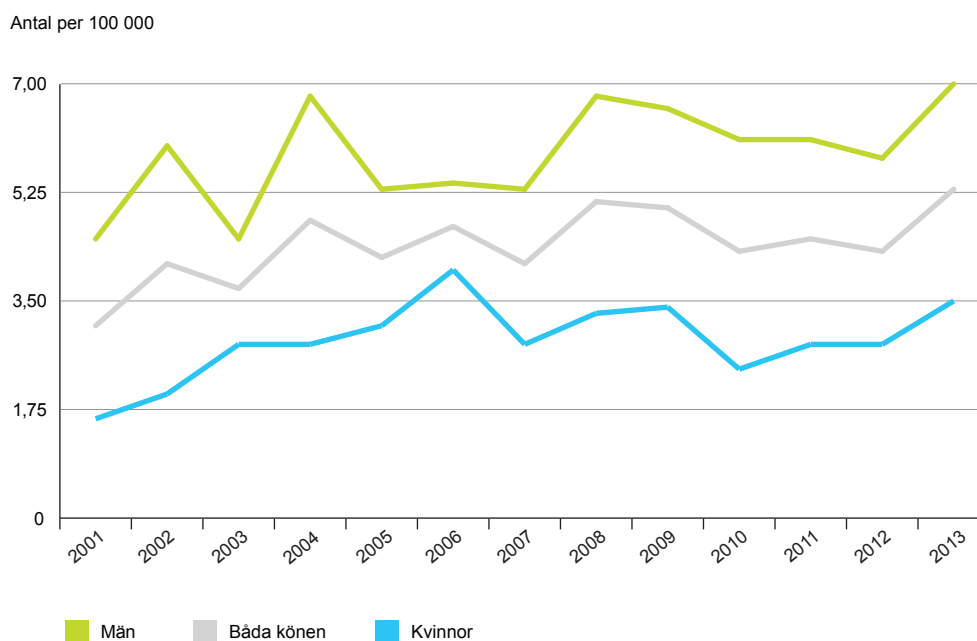
i att ett upplägg för mätning av förstalinjeverksamheter tagits fram, att arbete bedrivits för att förbättra elevhälsans möjligheter att möta självskadande beteende hos barn och unga, och att en rad utbildningar och möten genomförts för att stärka kompetensen hos de som arbetar med barn och unga.

### ***Självmod och självskadande beteende***

*Delmål: Minska förekomsten av självskadande beteende, självmordsförsök och självmord hos barn och unga.*

Självmod är vanligare bland yngre än bland äldre. Antalet självmord har under de senaste 15 åren ökat i åldersgruppen 15–24 år, med en fortsatt tydligt ökning mellan 2012 och 2013. I den aktuella åldersgruppen är det ungefär dubbelt så vanligt med självmord bland pojkar som bland flickor (figur 11). Inom gruppen är självmord vanligare med en ökande ålder. Bland unga män i åldern 20–24 år beräknades antalet självmord till cirka 21 per 100 000 år 2013. Antalet var drygt 10 per 100 000 år 2013 för kvinnor i samma åldersgrupp. Även självmordsförsöken har ökat, främst bland unga flickor. Under 2012 genomfördes cirka 215 självmordsförsök per 100 000 invånare i åldersgruppen 15–24 år, vilket är en tydlig ökning sedan slutet av 90-talet (Guo-Xin Jiang 2012).

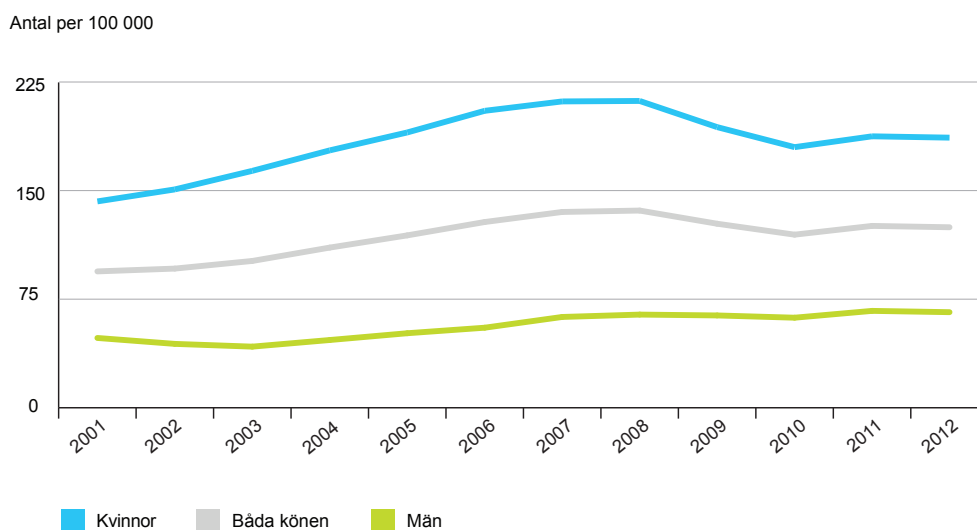
**Figur 11. Antal självmord (Diagnoskoder X60-X84 Avsiktligt självdestruktiv handling) per 100 000 unga (<25 år), 1997–2013.**



Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret 2014.

I takt med att den självrapporterade psykiska ohälsan bland unga upp till 25 år har ökat visar data på att gruppen i allt större utsträckning vårdas inom den psykiatriska slutenvården, framför allt för depressions- och ångestproblematik, självskadande beteende och självmordsförsök. Antalet vårdtillfällen orsakade av avsiktlig självdestruktiv handling har också ökat under den senaste tioårsperioden fram till 2008. För kvinnor ses emellertid en viss minskning efter 2008, vilket dessvärre inte gäller männen (figur 12). Det är vanligare att unga kvinnor än män vårdas i slutenvården för avsiktlig självdestruktiv handling. Detta blir ännu tydligare om inte de allra yngsta inkluderas i statistiken. Nästan fyra gånger så många kvinnor som män i åldern 15–19 vårdades exempelvis under 2012 i slutenvården på grund av avsiktliga självdestruktiva handlingar. Det finns dock viss osäkerhet i statistiken av hur självskadande beteende utvecklats under de senaste åren och resultaten bör tolkas med försiktighet. Osäkerheten ligger i att rapporteringen av självskadande beteende kan ha ökat i takt med att medvetenheten om problematiken blivit mer känd. Dessutom tros överrepresentativiteten av flickor delvis kunna förklaras av ett större mörkertal för rapportering bland pojkar.

**Figur 12. Antal vårdtillfällen per 100 000 unga (<25 år) till följd av avsiktlig självdestruktiv handling, 2001–2012.**



Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret 2013.

Betydligt fler och kraftigare insatser behövs för att nå målet om minskade självskador och självmord bland barn och unga. Inom ramen för PRIO fanns under 2013 endast en insats som direkt syftade till att nå målet om minskade självskador och självmord bland barn och unga och det är utbildningsprogrammet Mental Health First Aid, MHFA som beskrivs närmare nedan.



Samordningsfunktionerna har under 2013 gjort en grundlig analys av vilka insatser som bör initieras inom området. Det har resulterat i att Folkhälsomyndigheten i PRIO-arbetet för 2014 har fått i uppdrag av regeringen att lämna ett förslag på en struktur för en nationell kunskapsstyrning för det självmordsförebyggande arbetet (Regeringen 2014). Vår bedömning är att denna insats är viktig och välgrundad men att det sannolikt krävs fler initiativ för att vända den negativa trenden. Insatsen är viktig men vår bedömning är att ytterligare insatser är motiverade. Till att börja med bör delmålet om självmord och självskadande beteende hos barn och unga preciseras genom att olika målnivåer formuleras för olika tidpunkter, som till exempel en halvering på tio år. Dessutom bör betydligt fler och kraftfullare insatser göras för att nå målet. Det finns till exempel anledning att överväga insatser främst riktade mot de med svårare psykisk sjukdom (som behandlas inom psykiatrin) och särskilt de som tidigare genomfört självmordsförsök (Tidemalm 2008, Kapur 2009). Med tanke på de stora kunskapsluckorna på området kan det också vara nödvändigt att i ett första steg överväga att ge resurser till klinisk behandlingsforskning för att utvärdera vilka metoder som är mest effektiva. (Hawton och van Heeringen 2009, Silverman 2014)

#### **Fördjupad bedömning: Första hjälpen vid psykisk ohälsa – MHFA/YMHFA**

Utbildningsprogrammet Första hjälpen vid psykisk ohälsa – MHFA Utbildningsprogrammet MHFA syftar till att utbilda allmänheten i att kunna hantera olika typer av krissituationer i samband med psykisk hälsa (t.ex. panikattacker, självmordsnärlighet, etc); samt att kunna hänvisa personer som inte befinner sig i ett kristillstånd, men visar tecken på psykisk ohälsa, till rätt vårdinstans; och slutligen att minska stigmat kring psykisk hälsa hos de utbildade, men även hos allmänheten. Den övergripande målsättningen är att minska risken för självmord och att förbättra livskvaliteten hos personer med psykisk ohälsa genom att kontakt med adekvat sjukvård upprättas i ett tidigare, mer behandlingsbart, skede av sjukdomen.

##### *MHFA i Sverige*

I Sverige introducerades utbildningsprogrammet MHFA formellt år 2010 genom ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen att utvärdera programmet. Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention av Psykisk Ohälsa (NASP) har ansvarat för genomförandet av pilotstudier där syftet i förlängningen är att erbjuda utbildningsprogrammet på nationell nivå. Pilotstudier genomfördes i två regioner – Västra Götaland respektive Västerbotten. Målsättningen var att utbilda 1 000 personer i vardera regionen. Totalt har 1647 personer utbildats inom ramen för pilotstudierna (535 i Västra Götaland, 1 115 i Västerbotten). Utöver detta har cirka 40 instruktörer utbildats. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) har ansvarat för utvärderingen av pilotstudierna (CEPI 2013b).

I ytterligare ett regeringsuppdrag 2012 gavs NASP i uppdrag att anpassa ungdomsversionen av utbildningsprogrammet, YMHFA, till svenska förhållanden (Regeringen 2012d). Uppdraget innebar att 2 000 personer skulle utbildas i YMHFA (1 000 vardera i Jönköpings respektive Stockholms län). Pilotstudiens målgrupper är allmänheten, den ideella sektorn och personer som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med barn och unga med psykisk ohälsa och/eller som är självmordsnära. Exempel på sådana personer är lärare, personal i elevhälsan, socialtjänsten, polisen och kriminalvården samt föräldrar och vårdnadshavare inklusive fosterföräldrar. Enligt tillgänglig dokumentation har 796 personer genomgått kursprogrammet i Stockholms län och 466 personer i Jönköpings län. Sammantaget var vid rapporteringstillfällena cirka 300 personer inbokade till kommande kurstillfälle. Samtidigt har sammanlagt cirka 50 instruktörer utbildats.

#### *Vårdanalys sammantagna bedömning*

Det finns en avsaknad av studier som visar att utbildningsprogrammet i praktiken omsätts till positiva mentala hälsoeffekter, däremot finns vetenskapliga studier för liknande interventioner som tyder på att en sådan effekt finns och är relevant. Det finns även vetenskapligt stöd för att utbildningsprogrammet MHFA förbättrar kunskaperna gällande psykisk ohälsa, förändrar attityder till psykisk ohälsa, samt ökar benägenheten att hjälpa personer, som bedöms vara måttligt starkt. Den vetenskapliga litteraturen avseende effekter gäller primärt för andra än svenska förhållanden. Överförbarheten är rimligen hög, eftersom de flesta studier är genomförda inom institutionella ramar som påminner om svensk kontext.

Det finns ingen publicerad vetenskaplig evidens för att utbildningsprogrammen är kostnadseffektiva, varken för svenska eller andra förhållanden. Resultaten från studier som avser insatser som kan liknas vid MHFA/YMHFA och egna modellberäkningar visar att utbildningsprogrammen kan vara kostnadseffektiva under vissa antaganden, särskilt om de riktas till yrkesgrupper eller andra grupper där sannolikheten att möta människor i kris är hög. Vår sammantagna bedömning är att det bör genomföras fler studier avseende MHFA:s effekt för personer med psykisk ohälsa innan beslut kan fattas om programmet ska införas på bred front.

### ***Samverkan och samordning för barn och unga***

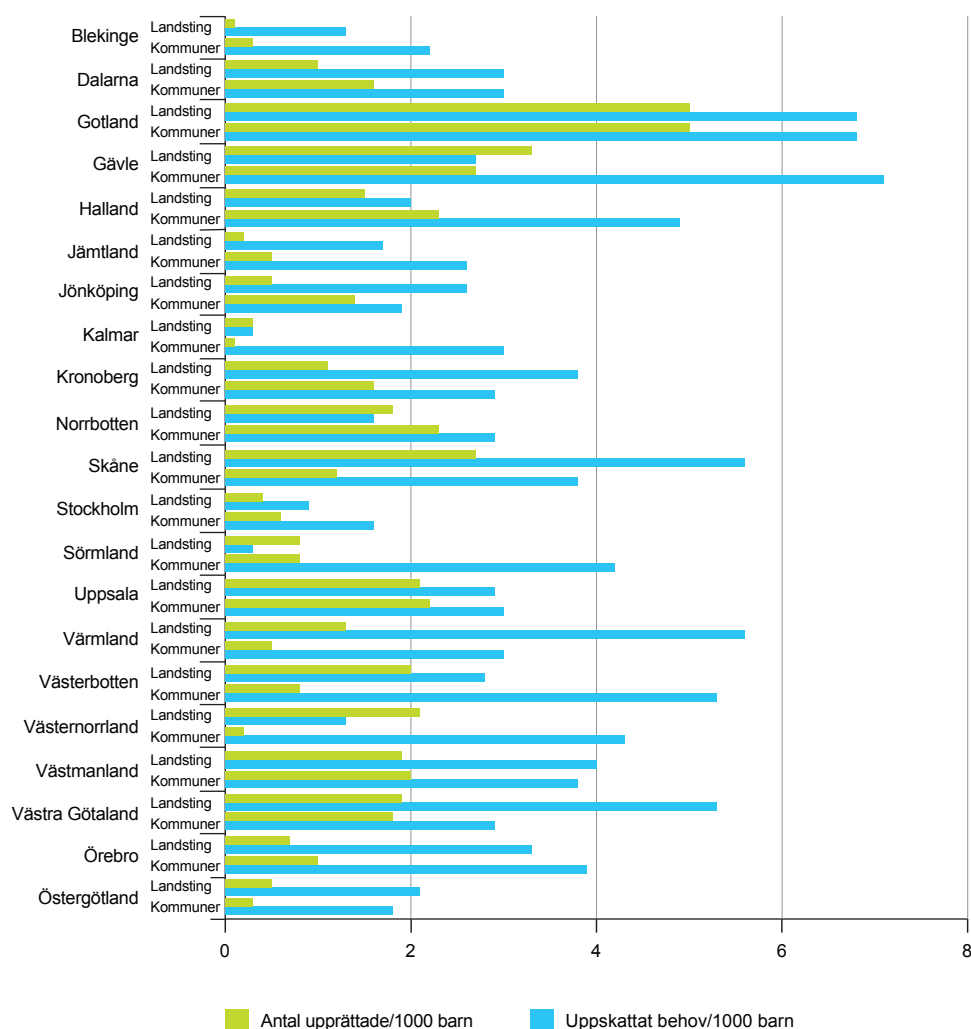
*Delmål: Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen vid insatser riktade till barn och unga med psykisk ohälsa.*

Många huvudmän och aktörer är inblandade i stödet till unga och brist på samordning mellan och inom dessa organisationer bidrar till problem och förvirring hos alla inblandade. Ingen aktör känner sig ansvarig för samordningen av stödet och ingen har en helhetsbild över individens situation. Riksrevisionen (2011) konstaterade för några år sedan i en utvärdering av samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning att samordningsproblemen runt dessa kvarstår trots många satsningar under lång tid.

### Målet om SIP:ar var enkelt att uppfylla och klarades av alla landsting

Två av prestationsmålen inom överenskommelsen mellan staten och SKL handlar om att upprätta och uppskatta behovet av antalet samordnade individuella planer (SIP, se faktaruta nedan) i landsting och kommuner. Dessa mål var förhållandevis enkla att uppfylla. Samtidigt bör det noteras att det inte fanns några specifika krav på hur uppskattningen skulle göras, inte heller krävdes någon dokumentation som visade att planen uppfyllde villkoren för att benämnas som en SIP. Vi gör således bedömningen att det i princip inte fanns någon tröskel alls för målet. Samtidigt är det värt att notera att en stor summa pengar (150 miljoner kronor) avsätts för ändamålet trots att effekterna av arbetet med SIP:ar är otillräckligt kända. Värt att notera är också att prestationsmålet inte heller leder till något som kan mätas direkt för patienten eller brukaren. I figur 13 nedan visas det totala antalet barn och unga som fått SIP:ar upprättade.

**Figur 13. Antal uppskattade och upprättade samordnade individuella planer (SIP:ar) per 1000 unga, för landsting respektive tillhörande kommuner.**



Samtidigt som upprättandet av SIP:ar var förhållandevis enkelt att uppfylla, kan vi konstatera att det inte är den faktiska samverkan som belönas utan upprättandet av planer. Hittills är de studier som gjorts av SIP:arnas effekter få, små och genomgående kvalitativa och därför är det oklart vilka effekterna är för brukarna. Även Socialstyrelsen (2013f) har konstaterat vikten av att bättre följa upp samordningens effekter för barn och unga. Riksrevisionen (2011) har lyft fram individuella samordnare som en mer efterfrågad och möjligen mer effektiv åtgärd än individuella planer.

Tidigare forskning kring samverkan (inte specifikt SIP:ar) har visat att tydliga avtal uppfattas som en framgångsfaktor och att samverkan i projektform har lett till att informell samverkan har formaliserats (Burström m.fl. 2010, Socialstyrelsen 2013f). Vissa forskare drar slutsatsen att detta har bidragit till samverkansstrukturer som kan bestå över tid (Burström m.fl. 2010). Men annan forskning tycks i stället peka på att strukturerna inte blir kvar över tid utan upphör när projekten upphör (Löfström 2010). Forskningen har inte visat att planer och avtal skulle vara *tillräckligt* för att skapa samverkan (Burström m.fl. 2010). Socialstyrelsen (2013f) har betonat vikten av bland annat ledningssystem och rutiner för att få fungerande samverkan kring barn och ungdomar.

En risk som identifierats är att byråkrati och regler kan hamna i fokus i stället för klienten i samverkan om inte de lokala förutsättningarna är rätt (Wihlman 2009, Lindahl 2009). Riksrevisionen (2011) kom till slutsatsen att kommunernas skyldighet att erbjuda en individuell plan (i stället för att vänta in en förfrågan från den enskilde) kunde vara ett steg i rätt riktning, men att det inte per automatik ändrar aktörernas inställning till planen: risken finns att föräldrarna i praktiken får bära ett tungt samordningsansvar kring planen.

Vissa som intervjuats i samband med vår utvärdering uttrycker att de har svårt att se effekterna och nyttan för den enskilde. Men många av de intervjuade är ändå positiva till att patienten eller brukaren är delaktig i framtagandet av planen och att det ger individen bättre möjlighet till inflytande.

I en tidigare rapport (FoU Sjuhärad välfärd 2013), framgår att majoriteten av 26 tillfrågade brukare som haft SIP upplevde att de haft nytta av planen, att de fick komma till tals och att de haft inflytande över vad som bestämdes. Medverkan verkar dock ha varit större än inflytandet. I en annan rapport (Kommunförbundet Stockholms län 2012) som gällde missbruksvård framgår det i intervjuer att personal upplever möjligheten att förhindra dubbelarbete samt att skapa en tydlig ansvarsfördelning är tydliga fördelar med SIP. Personalen anger även att när en individuell plan tas fram tillsammans med den enskilde upplever de att möjligheten för den enskilde att bli sedd och komma till tals ökar. Några av de intervjuade uppger dock att det är svårt att se vinsten och syftet med att skapa ett gemensamt dokument och att man har svårt att se effekten för den enskilde.

De grundläggande incitamenten för och emot samverkan påverkas i stor utsträckning av så kallade stuprörsbudgetar i kommuner och landsting (Riksrevisionen 2011). Även prestationsbaserade ersättningssystem inriktade på produktionsmål riskerar att missgynna samverkan (Riksrevisionen 2011). Tidigare forskning pekar på behovet av ett "helikopterperspektiv" för att få fungerande samverkan (Wihlman 2009). Men det är just det perspektivet som omöjliggörs av budgetstuprören. Detta illustreras av att huvudmännen i många fall har valt att inte följa lagstiftningen om samverkan, men reagerar

när det införs ett ekonomiskt incitament att upprätta avtal. Incitamenten i den prestationsbaserade ersättningen sträcker sig till upprättandet av avtal och planer samt viss uppföljning kopplad till detta. Risken finns därför att "samverkan" i många fall stannar där. Samverkan blir ett mål och inte ett medel. Detta beror inte på illvilja, utan på tvingande ekonomiska och praktiska omständigheter i verksamheterna. Vid hög arbetsbelastning tenderar samverkan att komma i andra hand och prioriteras ned, vilket illustreras av en primärvårdsläkare som intervjuats i en tidigare studie (Burström m.fl. 2010):

*"Det finns en väldigt enkel förklaring till en svårighet och det är att alla har mycket att göra. Det innebär: när ska jag egentligen ringa till någon? När hinner jag ringa? Jag har ingen tid att ringa till någon. Jag har en timmes telefontid om dagen, men då blir ju jag uppringd hela tiden och har egentligen ingen chans att ringa ut. (...) och det är egentligen samma sak med de andra som vi samarbetar med (...) Alla har det väldigt pressat."*

#### **Faktaruta: Samordnad individuell plan, SIP**

När en person har behov av samordnade insatser från både kommuner och landsting ska de två huvudmännen i enlighet med SoL eller HSL, gemensamt och tillsammans med den enskilde, planera de insatser som behövs. Huvudmännen ska göra en behovsbedömning om att en samordnad individuell plan (SIP) behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och den enskilde ska ge sitt samtycke. När detta är klart inventeras vilka personer, aktörer och funktioner som är viktiga för individen att ha med och kort därefter kallas de till ett möte. Vid mötet arbetas innehållet i planen fram. Dessa möten kan, förutom individen själv, bestå av allt ifrån ett fåtal upp till ett trettiotal personer. Såväl anhöriga, grannar, gode män, läkare, socialtjänstpersonal som skolpersonal kan identifieras som viktiga och därmed kallas till mötena. Vem som helst som i sin yrkesutövning inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården uppmärksammat ett behov av samordnade insatser kan ta initiativ till att en SIP upprättas.

Syftet med en SIP är att:

- identifiera individens behov och formulera förändringsbehov
- erbjuda samordnade insatser mellan verksamheter i ett tidigt skede
- försäkra sig om att individen, familjen och närstående samt verksamheter känner till vilka insatser som pågår eller planeras
- lättare kunna följa individens framsteg
- säkerställa att individens, familjens och närståendes behov av stöd blir tillgodosedda

SIP:en avslutas när målen är uppfyllda, med andra ord när individen inte längre har behov av samordnade insatser. Det är viktigt för alla involverade, såväl individen, dennes anhöriga eller vårdnadshavare samt övriga aktörer att veta att planen inte längre gäller. Planen kan också avslutas om individens eller dennes anhörigas samtycke dras tillbaka.

### 3.4. MÅLGRUPP 2: PERSONER MED OMFATTANDE ELLER KOMPLICERAD PSYKIATRISK PROBLEMATIK

PRIO:s andra prioriterade målgrupp är *personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik*. Den omfattar individer som på grund av en långvarig psykisk ohälsa har stora svårigheter inom vissa livsområden som exempelvis arbete, sysselsättning och boende. Orsakerna till det kan vara schizofreni, bipolära syndrom, depressioner, personlighetsstörningar eller neuropsykiatriska problem som autismstörningar, allvarliga fall av ADHD eller Aspergers syndrom. Kunskapen om målgruppen överlag är bristfällig och trots upprepade satsningar är deras behov till stora delar fortfarande inte uppfyllda. Det gäller både målgruppens storlek och deras samlade behov av vård, stöd och rehabilitering.

Fem av PRIO:s delmål handlar om situationen för den aktuella målgruppen. Till målen finns tio enskilda insatser kopplade och totalt avsätts 341 miljoner kronor till målgruppen (tabell 4). De fem delmålen samt de aktuella insatserna för gruppen personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik presenteras nedan:

**Tabell 3. För målgruppen personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik har PRIO satt upp fem delmål.**

Delmål för målgrupp 2, personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik	Delmål nr
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	5
Minska behovet av tvångsåtgärder och förbättra patientens upplevelse vid tvångsvård inom den psykiatriska heldygnsvården	6
Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen	7
Öka sysselsättningsgraden för personer med psykisk funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga	11
Ett mer varierat utbud av verksamheter med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning	12

**Tabell 4. PRIO-insatser för målgruppen personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. I tabellen listas även summan för de avsatta medlen samt vilken organisation som står som betalningsmottagare.**

<b>Insatser för målgrupp 2, personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik</b>		
<b>Insatser</b>	<b>Mottagare</b>	<b>Summa (tusen kronor)</b>
Prestationsmål 1 - Registrering i psykiatriska kvalitetsregister	SKL/Landsting	100 000
Inmatning	SKL	2 000
Prestationsmål 2 - Minskat behov av tvångsåtgärder	SKL/Landsting	50 000
Prestationsmål 3 - Inventering av personer med psykisk funktionsnedsättning	SKL/Kommuner	150 000
Bättre vård mindre tvång	SKL	8 500
Hjälpmedel i skolan	Hjälpmedelsinstitutet	0
KUR	Försäkringskassan	0
Ökat utbud av sysselsättning i kommunen	Socialstyrelsen	30 000
Administrationsutbetalning enligt ovan	Socialstyrelsen	600
Integrerade former öppenvård	SKL	0
Sysselsättning pers. psykisk hälsa	Försäkringskassan	250

### **3.4.1 Det är för tidigt att se effekter för personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik**

#### ***Vård och omsorg för personer med omfattande problematik***

*Delmål: Öka kompetensen och kunskapen om personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik och dess konsekvenser samt om betydelsen av att behandla somatisk sjukdom hos personer tillhörande målgruppen.*

De enda insatser som gjorts för att nå delmålet är dels en prestationsbaserad ersättning som syftar till att öka inrapporteringen till kvalitetsregister och dels en prestationsbaserad ersättning för kommuner som gör en inventering av behov hos personer med psykisk ohälsa. Vi bedömer att de insatserna har små utsikter att göra så att målet nås.

### *Rapporteringen till kvalitetsregistren har ökat*

Möjligheten att följa upp vård och förhållanden för personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik har på senare tid förbättrats genom till exempel registrering i psykiatriska kvalitetsregister, genomförda inventeringar och Socialstyrelsens patientregister. Under de senaste tio åren har antalet registreringar i befintliga psykiatriska kvalitetsregister ökat, inte minst mellan 2012 och 2013 (figur 14). Nyregistreringarna har ökat med nästan 50 procent trots att inte hela 2013 ingår i statistiken. Den största anledningen till den kraftiga ökningen är sannolikt den prestationsbaserade ersättning som getts under 2013. Den har fördelats till de landsting som registrerat minst hälften av det förväntade antalet patienter i något av de åtta aktuella kvalitetsregistren och genomfört läkemedelsuppföljning för minst hälften av patienterna i två av kvalitetsregistren. Det finns samtidigt en stor variation mellan landstingen. Det uppskattade behovet sattes schablonmässigt till 0,5 procent av befolkningen. Värmland, det enda landsting som inte nådde prestationsmålet, hade en registrering på 37 procent av det uppskattade behovet medan Dalarna och Örebro hade nära 160 procent.

Andelen patienter som fick läkemedelsuppföljning i landstingen varierade mellan 55 och 100 procent och i riket fick nästan 80 procent av patienterna som registrerats i de två psykiatriska kvalitetsregistren PsykosR och Bipolär en läkemedelsuppföljning. Samtliga landsting hade en registrering över 50 procent vilket var kriteriet för läkemedelsuppföljningen för att få del av den prestationsbaserade ersättningen. Samtliga landsting utom Värmland uppfyllde också den andra delen om att registrera minst hälften av det uppskattade antalet patienter i psykiatriska kvalitetsregister. Därmed uppfyllde 20 av 21 landsting det samlade prestationsmålet kring kvalitetsregister som finns i överenskommelsen mellan staten och SKL år 2013 (Regeringen 2012a). Detta trots att kraven, på grund av tekniska och administrativa svårigheter att registrera, uppfattats som ganska högt satta av de landsting som intervjuats.

Det mest bekymmersamma är att möjligheterna att få del av uppgifterna i registren för de rapporterade enheterna inte har ökat i samma utsträckning som registreringen. Det är dessutom stor skillnad på att ha information om utfall och kvalitet och att faktiskt använda sig av den på ett produktivt sätt (till exempel för uppföljning och återkoppling (Ivers m.fl. 2012) eller för jämförelser (Sower 2007)). Inget av detta har utvecklats inom PRIO utan fokus har legat enbart på inrapportering.

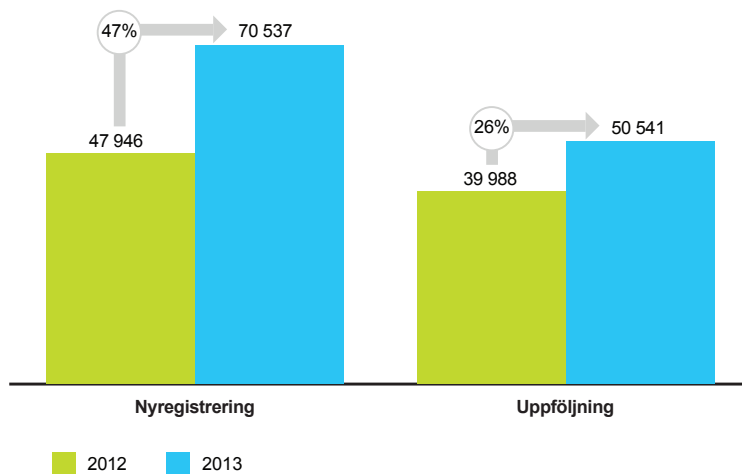
Att rikta tillfälliga prestationsmedel mot att öka inrapportering till kvalitetsregister anser vi är ett tveksamt sätt att bygga långsiktiga strukturer, eftersom verksamheterna kommer behöva rapportera självmant när satsningen är över. Den ökade inrapporteringen kan visserligen leda till att registren uppfattas som mer användbara av verksamheterna, vilket kan säkerställa en långsiktig effekt på inrapportering. Det förutsätter emellertid att det i första hand är täckningsgrad – det vill säga i vilken utsträckning de personer som bör vara registrerade, är det – som avgör om ett register blir användbart för verksamhetsutveckling och forskning. Vi känner sedan tidigare till att täckningsgrad bara är en av flera viktiga faktorer. Den historiskt mycket tröga utvecklingen av kvalitetsregister inom vården av personer med psykisk sjukdom är troligen inte en slump, utan beror på att området saknar många av de förutsättningar som legat bakom de framgångsrika kvalitetsregistren. Områden som har dessa förutsättningar anses vara sådana som behandlas i



specialistvården, har homogena populationer, tydliga vårdprocesser och en enighet i professionen kring utfallsvariabler och hur dessa ska mätas. Register för diagnoser som har relativt tydliga och avgränsbara vårdprocesser och där det finns utfallsvariabler som är relativt oomstridda, som protes- och hjärtregister, är exempel på register som visat god effekt på kvalitetsutvecklingen.

Den administrativa bördan som läggs på sjukvården, exempelvis vad avser dubbelinmatning av data, påtalas av flera intervjuade som en negativ följd av kvalitetsregistren. Även om det inte är troligt att inmatningen i kvalitetsregister är den stora boven i dramat med vårdens administrativa börda är det bekymmersamt i ljuset av att den upplevda nyttan av kvalitetsregistren ofta är låg och ifrågasatt (se till exempel Järhult 2009). Detta talar emot att professionerna kommer fortsätta registrera efter att prestationsmedlen upphört. Men kvalitetsregister kan med stor sannolikhet bidra till en positiv utveckling vad gäller bland annat enighet i professionen kring utfallsvariabler och hur dessa ska mätas, även om förutsättningarna inte är optimala till att börja med. Vår sammantagna bedömning är att kvalitetsregister har en viktig roll att spela i utvecklingen av den psykiatriska vården och omsorgen. Den invändning vi gör här gäller satsningens ensidiga fokus på inrapportering.

**Figur 14. Antal ny- och uppföljningsregistreringar i åtta psykiatriska kvalitetsregister januari till december 2012 och januari till oktober 2013.**



Källa: <http://prio.psykiatrireger.se/> 2014-09-16.

### *Inventering av behov hos personer med psykisk ohälsa*

Enligt prestationsmålet om inventering ska medel tilldelas de kommuner som de senaste fyra åren (2010–2013) har gjort en inventering av behoven hos personer med psykisk ohälsa i enlighet med Socialstyrelsens verktyg eller motsvarande och registrerat och sammanställt data i inrapporteringsfunktionen på SKL. Kommunerna ska även ha gjort en

analys av hur väl individernas behov är tillgodosedda på boendeområdet och sysselsättningsområdet och en handlingsplan kopplad till analysen. Landstingen och kommunerna upplevde överlag att inventeringen innebar ett omfattande arbete. I alla utom en kommun hade någon inventering inte genomförts de fyra senaste åren. Därför har det varit ganska mödosamt att göra kartläggningen där flera olika aktörer varit inkopplade vilket krävt samordning. I stora kommuner var inventeringen resurskrävande, både för enskilda handläggare och för samordnare. I våra intervjuer med vissa kommunföreträdare har det framkommit att landstinget har bättre förutsättningar än kommunen att identifiera personer som inte är kända av kommunen, men att sekretessen utgör ett hinder för att utbyta information mellan huvudmännen. I några intervjuer hävdas att det i stället hade varit mer adekvat att landstingen hade gjort inventeringen, då syftet var att kommunerna och landstingen skulle få ett bättre underlag för sin resurs- och verksamhetsplanering.

Resultaten av Socialstyrelsens bedömning har visat att inventeringar har gjorts i 199 kommuner mellan 2010 och 2013. Ytterligare 29 kommuner hade rapporterat in inventeringar för bedömning, men inte godkänts. Främst underkändes de på grund av avsaknad av analys- eller åtgärdsplan. 161 av kommunerna genomförde inventeringen under 2013, vilket visar att prestationsmålet har haft effekt. Resultatet av inventeringen kan ge förbättrad kunskap om målgruppen, men är inte heltäckande. Dels uppmärksammas inte de individer som kommunerna inte känner till och dels kan uppgifterna vara gamla. Dessutom är det oklart om något förbättras för individerna, både på kort eller på lång sikt. Vi vill slutligen påpeka att en väl utförd och heltäckande inventering utgör ett viktigt instrument för att få ett tillförlitligt underlag för planering av en verksamhet som motsvarar målgruppens behov. Betydelsen av att genomföra inventeringar uppmärksammades redan när psykiatireformen trädde i kraft 1995 (Socialstyrelsen 2012b).

### ***Bättre heldygnsvård – mindre tvång***

*Delmål: Minska behovet av tvångsåtgärder och förbättra patientens upplevelse vid tvångsvård inom den psykiatriska heldygnsvården.*

Rapportering som rör den psykiatriska tvångsvården är fortfarande inte av tillräckligt hög kvalitet. Som en del i detta utgjorde rapportering till Socialstyrelsens patientregister en del av de prestationsbaserade insatserna inom PRIO under 2013. Samtliga landsting deltog i förbättringsarbetet. Det är emellertid inte möjligt att i dag bedöma om behovet av tvångsåtgärder har minskat inom den psykiatriska heldygnsvården. Vid en jämförelse mellan Patientregistret (PAR) och de uppgifter som finns lokalt i landstingen framkom att de överensstämde i endast 4 av 21 landsting, vilket visar på att kvaliteten på uppgifterna behöver förbättras (Socialstyrelsen 2014d). Socialstyrelsen konstaterade i sin utvärdering 2013 att rapporteringen till patientregistret ökat, men att det fortfarande finns stora brister, alltifrån kvalitet i inrapporterad data till framtagande av kvalitetssäkrad och användbar statistik (Socialstyrelsen 2013b). Problemen med registreringen kan bero på till exempel manuell överföring av data eller byte av datasystem. Registreringen inom psykiatri försäras ytterligare av att patienter kan byta vårdform, från frivillig vård till tvångsvård eller omvänt, ibland flera gånger per vårdtillfälle. Men på flera områden är uppgifterna av låg kvalitet, som till exempel för registreringen av tvångsåtgärder i patientregistret.

### *Samtliga landsting klarade målet om tvångsåtgärder*

Prestationsmålet om tvångsåtgärder innebär att medel ges till de landsting som visar att de har bedrivit ett systematiskt förbättringsarbete för att minska behovet av tvångsåtgärder, samt förbättrat sin rapportering av tvångsvårdstillfällena och tvångsåtgärder till Patientregistret (PAR). Ett landsting som deltar i SKL:s projekt för förbättringsarbete inom heldygnsvården anses leva upp till kravet och får del av medlen om man också rapporterar ovanstående vårdtillfällen och åtgärder till patientregistret. Inom de flesta landsting har det funnits genombrottsprojekt av karaktären *Bättre vård mindre tvång* (SKL 2014a) redan före det att 2013 års prestationsersättning inrättades. Därför har den del av kravet som innebär att utvecklingsprojekten ska redovisas utgjort en låg tröskel. Genombrottsprojekten har dessutom rapporterats automatiskt via SKL som samordnar dessa projekt. Intervjuade i samtliga sex landsting som vi har studerat uppger att det varit vissa svårigheter att få registreringen att stämma överens med verkligheten. Det finns också exempel på landsting som rapporterat en ökad mängd tvångsåtgärder trots satsningar på att minska den vårdformen. Förklaringen till ökningen har då varit att verksamheten blivit bättre på att registrera åtgärder än tidigare. Vi kan sammanfattningsvis konstatera att det finns en förhållandevis hög grad av måluppfyllelse vad gäller det insats-specifika målet. Ett omfattande utvecklingsarbete har bedrivits inom tvångsvården, vilket enligt Socialstyrelsens utvärdering har haft en positiv inverkan när det gäller att öka ambitionen, ansvarstagandet och engagemanget för patienter inom den psykiatriska heldygnsvården. Personalen har också fått mer kunskap om hur de kan driva förbättringsarbete lokalt. Socialstyrelsen drog emellertid även slutsatsen att punktsatser med statliga stimulansmedel endast i liten grad bidrar till att långsiktigt lösa de resurs-, kompetens- och strukturproblem som fortfarande finns inom psykiatrin. Vår bedömning är även att kopplingen till PRIO:s delmål och övergripande mål är för svag.

### ***Samverkan och samordning kring personer med omfattande eller komplicerad problematik***

*Delmål: Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen.*

Organisationen kring insatser mot psykisk ohälsa ska utformas på ett sådant sätt att individens behov blir tillgodosedda ur ett helhetsperspektiv. Det innebär att endast en person ska vara ytterst ansvarig för att ta emot patienten eller brukaren och tillsammans med denne göra en gemensam planering och se till att insatserna samordnas. Överenskommelserna mellan regeringen och SKL har både under 2012 och 2013 innehållit grundkrav om att kommuner och landsting ska samverka kring personer med psykisk ohälsa.

Genomgången av de grundkrav som har beskrivits tidigare visade att 281 av 290 kommuner och samtliga landsting har aktuella överenskommelser om samverkan kring personer med psykisk ohälsa. 2010 hade endast 40 procent överenskommelser om samverkan. På det viset har förutsättningarna för samverkan stärkts. Socialstyrelsen har gått igenom samtliga överenskommelser och kontrollerat att dess innehåll överensstämmer med bedömningskriterierna. Socialstyrelsen har också kontrollerat att överenskommelsen är politisk förankrad i respektive landsting och kommun samt att överenskommelser som

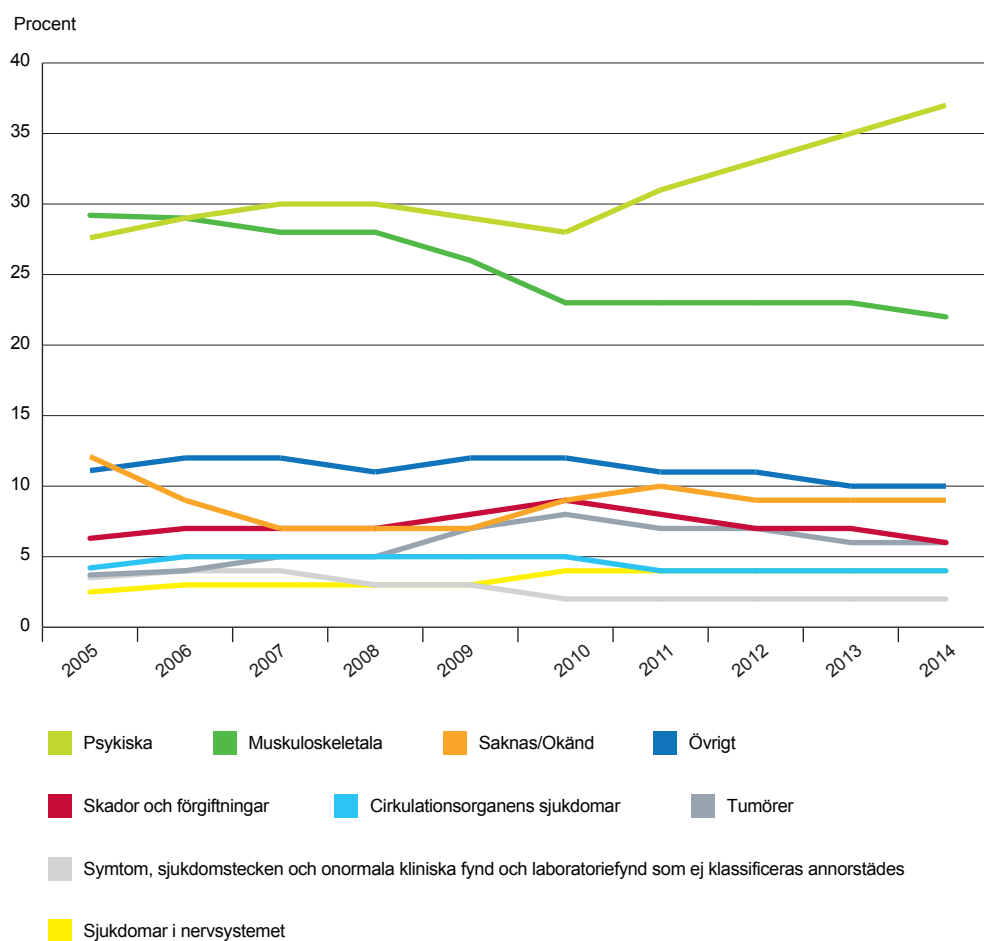
är tagna före 2013 har följts upp och att en handlingsplan är upprättad. Det är dock inte möjligt att avgöra om dessa i realiteten skapar förbättrad samverkan och samordning. Värt att notera är dock att kraven i 2014 års överenskommelse höjs då det även ingår att kommuner och landsting i en handlingsplan ska följa upp, identifiera hinder för samverkan och föreslå åtgärder. SKL bedriver också ett utvecklingsarbete som rör SIP och erbjuder stöd för arbetet med SIP.

### **Förvärvsarbete**

*Delmål: Öka sysselsättningsgraden för personer med psykisk ohälsa som medför nedsatt arbetsförmåga.*

Resultaten från de 199 kommuner som har genomfört inventeringar visade att endast två av fem personer i åldern 18–65 år med psykisk ohälsa har haft arbete eller sysselsättning under minst en månad de senaste 12 månaderna. Den största delen av gruppen som har haft sysselsättning har haft det i kommunala verksamheter och endast en mindre andel har haft det på den öppna arbetsmarknaden. Inventeringarna är genomförda endast en gång i respektive kommun och det är i dag därför inte möjligt att bedöma hur utvecklingen för målgruppens sysselsättning varit sedan satsningens genomförande. Det är dock välkänt sedan tidigare att psykisk ohälsa blivit den största orsaken till långvarig sjukskrivning (Henderson m.fl. 2011) och den vanligaste orsaken till att stå utanför arbetsmarknaden (OECD 2013). Som visas i figur 15 står psykiska sjukdomar för en allt större del av sjukfallen både i absoluta och relativa termer. Detta är allvarligt eftersom situationen på arbetsmarknaden är särskilt viktig för personer med psykisk ohälsa (Burström m.fl. 2010). Personer som söker psykiatrisk hjälp har i mycket lägre grad än genomsnittsbefolkningen regelbunden sysselsättning (Andersson m.fl. 2014). Cirka 20 procent av Sveriges befolkning i yrkesverksam ålder lider av måttlig eller allvarlig psykisk ohälsa. Även om de flesta i gruppen uppger att de vill jobba är det endast 9 procent av de som har allvarlig psykisk sjukdom som har ett betalt arbete (Lexén 2014).

Figur 15. Olika diagnosers andel av pågående sjukfall i december 2013.



Källa: Försäkringskassan 2014.

Arbetslöshet i sig riskerar också att leda till eller förvärra den psykiska ohälsan. Dessutom är arbetslöshet kopplat till socialt utanförskap och fattigdom, vilket är två starkt bidragande orsaker till den kraftigt sänkta livskvaliteten som personer med psykisk ohälsa ofta upplever (Lexén 2014).

Vi noterar att det under 2013 inte finns något krav på samverkan mellan kommuner och Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Öppna jämförelser visar att endast 19 respektive 20 procent av kommunerna har aktuella överenskommelser med dessa myndigheter. Vidare kan vi konstatera att endast 35 procent av alla kommuner och stadsdelar kan erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering (Socialstyrelsen 2014e). Under 2014 har dock Försäkringskassan fått i uppdrag att stärka kunskapsutveckling och samverkan på sysselsättningsområdet kring personer med psykisk ohälsa.

**Fördjupad bedömning: Hjälpmedel i skolan**

Hjälpmiddelsinstitutet har mellan 2011 och 2013 haft i uppdrag av regeringen att samordna försöksverksamheter där stöd ges till elever med kognitiva svårigheter i gymnasieskolan och vuxenutbildning (Regeringen 2011c). Uppdraget syftar till att stimulera framväxandet av samverkans- och utvecklingsprocesser hos de aktörer som ansvarar för att ge stöd till elever med kognitiva funktionsnedsättningar. Det övergripande långsiktiga målet är att öka sysselsättningen för personer med psykisk funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Aktiviteterna som genomförts syftar till att stimulera skolhuvudmännen – det vill säga kommuner, föreningar och bolag – att undersöka hur teknik kan öka elevers tillgång till och val av hjälpmedel. Detta i syfte att underlätta och stödja övergången från skola till arbete. Hjälpmiddelsinstitutet har tilldelats 10 miljoner kronor för att genomföra uppdraget.

Tre försöksverksamheter och ett nationellt utredningsarbete ingick i satsningen. Försöksverksamheterna drevs av utbildnings- och arbetsmarknadsförvaltningen i Halmstads kommun, Kalmarsunds gymnasieförbund och gymnasieförvaltningen i Växjö kommun. Antalet elever som ingick i projektet var 432 stycken varav nästan hälften saknade diagnos. Majoriteten av eleverna var mellan 17 och 18 år och de gick på Särvox, gymnasiesärskola, Komvux eller i den vanliga gymnasieskolan. För att möta elevernas behov har projektet testat metoder och kompetenser som är relativt nya i skolmiljö. Föreläsningar och utbildningsdagar om kognition, kognitiva svårigheter, arbetsterapi samt teknik som kompensation vid kognitiva svårigheter har genomförts i försöksverksamheterna.

De aktiviteter och projektmål som sattes upp i början av projektet har uppfyllts, men samtidigt har två utmaningar identifierats. Det gäller svårigheten att nå ut med kunskap till skolor och i nästa steg att få till fungerande samverkan med aktörer utanför skolorna.

*Små insatser kan öka elevernas motivation*

I slutrapporten för projektet (Hjälpmiddelsinstitutet 2013) framgår att 73 procent av eleverna som deltog i satsningen upplevde att deras studieresultat förbättrats tack vare användandet av teknisktöd och 77 procent uppgav att de blivit bättre på att hantera besvärliga situationer i skolan. Någon objektiv mätning av studieresultat som bekräftar detta har dock inte genomförts. Det går inte att bedöma om satsningen på längre sikt kan leda till att öka sysselsättningen och minska risken för utanförskap i gruppen. Därmed går det inte heller att avgöra om satsningen är samhällsekonomiskt lönsam. Fortsatt uppföljning av gruppen och jämförelser med en kontrollgrupp är nödvändigt innan sådana slutsatser kan dras.

Resultaten av projektet pekar emellertid på att relativt små insatser kan öka elevers motivation och måluppfyllelse i skolan och även bidra till att minska frånvaron. Förhoppningen är att resultaten från projektet bidrar till att öka medvetenheten om omfattningen av elevers kognitiva svårigheter och att kommunerna ska avsätta tillräckliga resurser för att kunna möta behoven hos eleverna. I slutrapporten från Hjälpmiddelsinstitutet (2013) framhålls att nästan hälften av eleverna som ingick i projektet saknade diagnos. Elever utan diagnos är ofta inte aktuella för hälso- och sjukvård, där hjälpmedelsutprovning brukar ske, vilket belyser vikten att kunna ge relevant stöd via skolan.

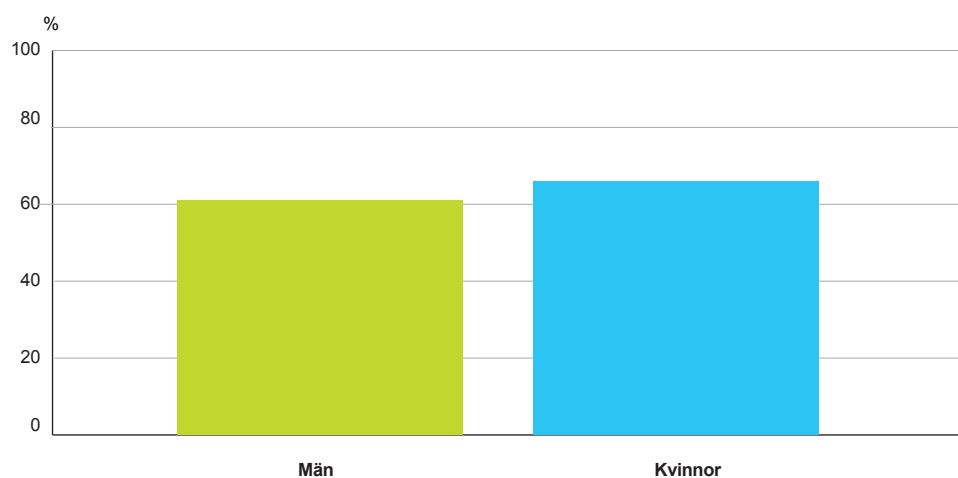
### **Meningsfull sysselsättning**

*Delmål: Ett mer varierat utbud av verksamheter med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk ohälsa.*

Att ha något meningsfullt att göra kan höja självkänslan och vara viktigt för att kunna få ett förvärvsarbete. Det är också viktigt för den som inte kan förvärvsarbeta att få finnas i ett sammanhang och utvecklas tillsammans med andra. Den enskilde individen bör därför erbjudas ett varierat utbud av sysselsättning och det är viktigt att målet följs upp utifrån den enskildes uppfattning om sin livssituation. Meningsfull sysselsättning kan även leda till en större delaktighet i samhället och ett bättre hälsotillstånd varför det är angeläget att personer med psykisk ohälsa erbjuds detta.

Öppna jämförelser för år 2013 visar att av 321 kommuner och stadsdelar i Sverige, erbjöd 85 procent strukturerad sysselsättning, 33 procent socialt kooperativ och 76 procent öppna verksamheter (Socialstyrelsen 2013h). Det framgår däremot inte från Öppna jämförelser hur stor andel av de med psykisk ohälsa som använder dessa tjänster. I till exempel Psykosregistret framgår att endast en mindre del av de registrerade patienterna har någon typ av sysselsättning (figur 16).

**Figur 16. Andel patienter i Psykosregistret som är arbetslösa/saknar sysselsättning vid nyregistrering.**



Källa: Psykos R:s årsrapport 2013.

Vårdanalys belyste i förra årets lägesrapport att insatser för arbete och sysselsättning saknades. För 2013 har Socialstyrelsen tilldelats 30 miljoner för insatsen *Ökat utbud av sysselsättning i kommunerna*. Målet med satsningen är att erbjuda ett varierat utbud av meningsfull sysselsättning som ska stärka möjligheten till ett självständigt liv och ge bättre möjligheter för individen att kunna återgå till den reguljära arbetsmarknaden. Samtidigt visar data att det i 70 procent av kommunerna och stadsdelarna inte fanns en enda person som gått från sysselsättningsinsats till reguljärt arbete (Socialstyrelsen 2014e). Det finns alltså ett tydligt problem som behöver lösas, men nivån på satsningen måste anses som låg. Det bör även påpekas att det finns grupper med psykisk problematik som varken kan eller vill återgå i arbete.

### 3.5. INSATSONOMRÅDE 1: KUNSKAPSTÖD, KOMPETENSUTVECKLING OCH KVALITETSARBETE

Kunskapsläget om förekomsten av psykisk ohälsa är bristfälligt och det är delvis okänt hur utvecklingen har sett ut över tid och vilka faktorer som inverkar. Mot bakgrund av detta finns det anledning att rikta fokus mot hur kunskaps- och analysunderlaget på området kan förbättras. Tre av PRIO:s delmål syftar till att förbättra kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete.

Delmål för insatsområde 1, kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete	Delmål nr
Bidra till att vården och omsorgen i ökad utsträckning bygger på bästa tillgängliga kunskap	8
Förstärka kompetensen bland personal som möter personer med psykisk ohälsa	9
Skapa förutsättningar för att vårdens och omsorgens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt	10

Det är i dagsläget endast möjligt att följa upp ett av delmålen med hjälp av samordningsfunktionens uppföljningsplan. Det är målet som handlar om just uppföljning. Uppföljningen av de två andra delmålen skulle behöva definieras och operationaliseras under de kommande åren.

Till området finns 19 enskilda insatser kopplade och totalt avsätter regeringen 101 miljoner kronor till området vilket motsvarar 12 procent av de totala PRIO-medlen (tabell 5).



**Tabell 5. PRIO-insatser för insatsområdet kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete. I tabellen listas även summan för de avsatta medlen samt vilken organisation som står som betalningsmottagare.**

<b>Insatser för insatsområde 1, kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete</b>		
	<b>Mottagare</b>	<b>Summa (tusen kronor)</b>
Kunskapsstyrningsuppdrag	Socialstyrelsen	5 500
Hänguppdrag övriga myndigheter (Kunskapsstyrning)	Flera	1 000
Kunskapsproduktion psykosociala insatser	CEPI/LU	4 000
Bättre psykosvård	Akademiska sjukhuset	10 000
Implementering riktlinjer schizofreni	Socialstyrelsen	3 000
Äldre med psykisk ohälsa	Haninge kommun	420
Stöd och behandling på nätet	SKL	10 000
Kompetenssatsning ST psykiatri	Socialstyrelsen/ SKL	9 000
Kompetensmål psykologer	Socialstyrelsen	0
AT-läkare	Socialstyrelsen	400
Forskningstjänster inom psykiatriområdet	Vetenskapsrådet	12 000
Utökad uppgiftsskyldighet till patientregistret (PAR)	Socialstyrelsen	0
Kvalitetsregisteröverenskommelsen (del)	SKL	20 000
Förstärkning kvalitetsregister	SKL	2 500
PRIO-utvärdering	Vårdanalys	4 500
PRIO-samordning Socialdepartementet	Social- departementet	5 000
Samordningsfunktion SKL	SKL	1 500
Uppföljning av överenskommelsen	Socialstyrelsen	1 500
Uppdrag psykisk ohälsa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uppdrag att utveckla grunddata och indikatorer</li> <li>• Uppdrag att fortsätta arbetet med kunskapsutveckling och stöd till implementering</li> <li>• Uppföljning av verksamheten med personliga ombud</li> <li>• Följa tillgänglighetssatsning BoU samt följa upp</li> <li>• Uppdrag att göra en bedömning mot uppställda krav</li> </ul>	Socialstyrelsen	10 000

### 3.5.1 Investering i kunskap och kompetens kan ge långsiktiga effekter

#### ***Kunskapsstöd***

*Delmål: Bidra till att vården och omsorgen i ökad utsträckning bygger på bästa tillgängliga kunskap.*

Det är viktigt att ta fram ny och bättre kunskap om bland annat diagnos- och behandlingsmetoder inom psykiatrin, men det är i dagsläget sannolikt lika viktigt att börja vårda efter den kunskap som faktiskt redan finns. Om alla personer med psykisk sjukdom skulle behandlas enligt bästa tillgängliga kunskap skulle vården kunna förbättras påtagligt för dessa individer. Samtidigt visar forskning att tillämpningen av ny kunskap är långsam och ofullständig i vården (Grol och Grimshaw 1999). Också Socialstyrelsens (2013c) uppföljning av nationella riktlinjer för depression, ångest och schizofreni visar på dålig följsamhet i många fall. 40 procent av patienterna i vården (sannolikt mer inom psykiatrin) behandlas inte enligt bästa tillgängliga kunskap och upp mot 20 procent får en behandling som är bevisat skadlig eller onödig (SBU 2012). Ett exempel från psykiatrin är vården av personer med bipolär sjukdom. Socialstyrelsens riktlinjer lyfter fram dels behandling med litium och dels patientutbildning som de två högst prioriterade insatserna. Bipolärregistrets årsrapport från 2012 (den senast tillgängliga) visar att andelen patienter som behandlas med litium verkar *sjunka* efter att Socialstyrelsens riktlinjer publicerats och att endast en tredjedel av patienterna utbildas.

Det finns viss kunskap om metoder för att förbättra tillämpningen i både primär- och specialistvården, men mer forskning är nödvändigt (Torres-Gonzalez m.fl. 2014, SBU 2012).

Ett lättillgängligt och användarvänligt kunskapsstöd kan vara en viktig pusselbit för att vården och omsorgen ska kunna ge rätt insatser med bästa möjliga resultat. I samordningsfunktionens uppföljningsplan finns ingen operationalisering gjord av delmålet som rör kunskapsstöd. Vi har därför valt att göra en fördjupad granskning av en av de insatser som kan bidra till att målet uppnås. Insatsen är *Kunskapsstyrningsuppdraget* och beskrivs nedan:

**Fördjupad bedömning: Kunskapsstyrningsuppdraget***Kunskapsstyrningsuppdraget främjar samverkan mellan myndigheter*

Regeringen har formulerat ett uppdrag för att säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning på området psykisk ohälsa (Regeringen 2013e). Uppdraget har lagts på Socialstyrelsen, tillsammans med Läkemiddelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Folkhälsomyndigheten (tidigare Statens folkhälsoinstitut, FHI) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Syftet är dels att anpassa det statliga kunskapsstödet till de verksamheter som arbetar med psykisk ohälsa och deras behov, dels förbättra samverkan mellan berörda myndigheter. I uppdraget ingår även att utveckla, förstärka och anpassa de insatser som bedrivs inom ramen för den struktur för uppföljning och utvärdering inom området psykisk ohälsa som Socialstyrelsen presenterade 2012 (Regeringen 2012g).

Kunskapsstyrningsuppdraget är ambitiöst och brett formulerat och arbetssättet har potential att bli en förebild även på andra områden inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Uppdraget består av flera delar som bland annat innefattar att myndigheterna gör en översiktlig bedömning av vilka kunskapsunderlag och eventuella stöd för genomförande, så kallade implementeringsstöd, som behövs inom området psykisk ohälsa. Utifrån denna bedömning ska myndigheterna, gemensamt och i nära samråd med företrädare för kommuner och landsting, prioritera mellan de olika kunskapsstödande insatser som myndigheterna förfogar över och göra en planering för åren 2014–2016. De kunskapsunderlagen som tas fram ska samlas på webbplatsen Kunskapsguiden (Kunskapsunderlagen 2014). Tillsammans med SKL ska myndigheterna också utveckla och pröva former för ett nära samråd mellan de statliga myndigheterna och huvudmännen om prioriteringar och planering av den statliga kunskapsstyrningen på området psykisk ohälsa.

Under 2013 har fokus varit att hitta former och strukturer för samverkan mellan myndigheterna vilket är en utmaning med tanke på skillnaderna i de olika myndigheternas uppdrag. Myndigheterna har också haft dialog med verksamheter inom kommuner och landsting, samt med brukare och närstående, för att identifiera de områden där behoven av kunskapsstyrning och eventuella stöd för genomförande är som störst. För att även ta reda på vad patienter och brukare själva ser för behov av kunskapsstödande insatser har en workshop genomförts tillsammans med NSPH. Samtliga myndigheter har varit representerade vid varje forum för erfarenhetsutbyte, något som i uppdraget har framhållits som ytterst viktigt för projektet. Den samverkan som därmed har etablerats har gett positiva effekter och utgör en grund för det fortsatta arbetet. Som exempel kan nämnas att myndigheternas generaldirektörer träffats vid ett par tillfällen för att diskutera uppdraget och hur myndigheternas samverkan kan utvecklas generellt inom området psykisk ohälsa.

Arbetet inom Kunskapsstyrningsuppdraget har 2013 resulterat i en plan för kunskapsstödande insatser under 2014. Eftersom området psykisk ohälsa är omfattande planeras en avgränsning som innebär att fokus läggs på insatser för barn och unga som riskerar att drabbas av allvarlig psykisk ohälsa, samt vuxna med komplexa behov och långvarig psykiatrisk problematik. Dessa grupper överensstämmer väl med PRIO:s två prioriterade målgrupper. Planen ska bland annat ge samordnat stöd till personer med ADHD, SIP:ar, samsjuklighet och självskadande beteende.

De behovsdialoger som genomförts inom insatsen ska leda till ett samordnat framtagande av de kunskapsunderlag och eventuella stöd för genomförande man funnit behov för. En viktig slutsats av de genomförda dialogerna är att det inte främst är nya kunskapsunderlag som behövs, utan praktiskt stöd så att de kommer till användning i verksamheterna. Några öronmärkta medel för stöd för genomförande inom satsningen finns inte utan kostnaderna för detta ska rymmas i de 5,5 miljonerna man tilldelats för uppdraget. Samtidigt kommer Socialstyrelsen att tilldelas en mindre summa, 4 miljoner kronor, för uppdraget 2014.

Genomförandet av uppdraget påverkas av det planerade *fjärde steget* i regeringens stegvisa reformering av myndighetsstrukturen inom hälso-, sjukvårds- och socialtjänstområdet (Socialdepartementet 2014). Framför allt ingår inte längre i uppdraget att skapa strukturer för dialog och samråd med huvudmännen, eftersom det behovet tillgodoses genom förslagen i det fjärde steget. Dessutom avslutas arbetet med att utveckla långsiktigt hållbara former för myndighetssamverkan. Detta läggs i stället på det tilltänkta Kunskapsstyrningsrådet vars uppgift föreslås bli att se till att den statliga kunskapsstyrningen blir samordnad, effektiv och anpassad till behoven hos patienter, brukare, personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt hos huvudmännen (Socialdepartementet 2014). Dock ska myndigheterna som medverkar i Kunskapsstyrningsuppdraget fortsätta förstärka den samverkansgrupp som redan finns inom området psykisk ohälsa, med avsikten att denna grupp ska kunna kopplas till Kunskapsstyrningsrådet. Därutöver kommer uppdraget inte längre att omfatta arbete med kunskapsluckor, skapande av metoder eller arbetsätt för att snabbt sammanställa kunskap inom området psykisk ohälsa. Detta eftersom SBU, som redan arbetar med dessa frågeställningar inom hälso- och sjukvårdens område, föreslås få ett utvidgat uppdrag som även innefattar socialtjänsten.

## **Kompetens**

*Delmål: Förstärka kompetensen bland personal som möter personer med psykisk ohälsa.*

Engagerad och kompetent personal är avgörande för att vården och omsorgen ska kunna ge rätt insatser med bästa möjliga resultat. Enligt samordningsfunktionens uppföljningsplan föreslås att delmålet om kompetens uppnås genom ”en bedömning av lämpligheten i och möjligheten att förstärka innehållet i relevanta grund-, specialist- och fortbildningar för att tillgodose kompetensbehoven hos specialistpsykiatri och i socialtjänstens verksamheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar”. En sådan bedömning har inte genomförts under 2013. Formuleringen kan dessutom ifrågasättas eftersom en bedömning av läget vad gäller fortbildning i sig inte kan antas leda till förstärkt kompetens. Det mesta som kan uppnås är en inventering av nuläget och en startpunkt för insatser som kan hjälpa till att förstärka kompetensen. Ska detta göras inom ramen för satsningen är det angeläget att så snart som möjligt genomföra den inledande bedömningen.

### *Insatser för ökad kompetens omfattar endast läkare och psykologer*

Inom delmålet om kompetens bedrivs flera enskilda insatser som rör psykiatri. Det handlar om att öka antalet AT-läkare som väljer att genomföra sin tjänstgöring inom psykiatrin (insats *AT-läkare*), att arbeta med innehåll och utförande av specialistkurser i psykiatri för läkare (insats *Kompetenssatsning ST-utbildning psykiatri*) samt att utvärdera om kompetensmål för fort- och vidareutbildning för psykologer kan förstärka kompetensen och underlätta kompetensförsörjning (insats *Kompetensmål psykologer*). Att satsa på kompetenshöjning är angeläget eftersom det i flera landsting råder brist på psykologer och läkare men även sjuksköterskor med specialistutbildning. Kompetenshöjande insatser kan ha långsiktiga effekter som kvarstår även när PRIO-satsningen avslutas och kan också bidra till att höja den psykiatriska vårdens status och konkurrenskraft.

Vårdanalys konstaterade i förra årets lägesrapport att samtliga kompetensinsatser riktades mot specialistkompetenser som läkare och psykologer, medan insatser mot annan personal saknades. Vi gör fortsatt bedömningen att insatser för stärkt kompetens hos psykologer och specialistläkare inom psykiatri i hög grad är befogat, men att de även bör omfatta sjuksköterskor och anställda inom socialtjänsten. Detta med anledning av att dessa personalkategorier är i stort behov av fortbildning.

### *Kunskap från klinisk forskning bör i större utsträckning användas inom vården och omsorgen*

Forskning är centralt för att vården av personer med psykisk sjukdom på sikt ska kunna utvecklas mot större precision i diagnostiken och bättre fungerande behandlingar. Psykiatrin ligger i vissa avseenden långt efter forskningen om somatiska sjukdomar med liknande påverkan på hälsa och livskvalitet, som cancer och hjärt- och kärlsjukdom (Whiteford 2013). Beräkningar visar exempelvis att forskningsframsteg inom hjärt- och kärlmedicin direkt inneburit att över 1,1 miljon dödsfall per år undviks (National Heart, Lung and Blood Institute 2011). Vad gäller till exempel barnleukemi har dödligheten sjunkit från över 90 procent till 10 procent som en följd av förbättrade behandlingsmetoder (Hunger 2012). Inom psykiatrin har däremot inte mortaliteten eller prevalensen sjunkit för någon diagnos (Cuthbert och Insel 2013). Det finns inga kliniska test för att ställa diagnos, och det saknas välutvecklade preventiva metoder (Cuthbert och Insel 2013).

I arbetet med att ta fram och införa ny kunskap spelar myndigheter, universitet och andra lärosäten en viktig roll. Idag tilldelas Vetenskapsrådet PRIO-medel till forskartjänster inom psykiatriområdet, men vi gör bedömningen att det saknas insatser som på ett ändamålsenligt och effektivt sätt kan bidra till att sprida den kunskap genererats genom forskningen till vården och omsorgen. Genom att överbrygga gapet mellan klinisk forskning och vård kan insatserna i nästa steg komma patienter och brukare till nytta. Det är alltså viktigt både att forska mer och att införa och tillämpa den kunskap som finns (enligt diskussionen i avsnittet om kunskapsstyrning ovan). Detta är centrala uppgifter för staten som enligt vår bedömning borde ha en betydligt större plats inom PRIO.

## Uppföljning

*Delmål: Skapa förutsättningar för att vårdens och omsorgens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt.*

Kvalitetsregister och instrument för lokal och regional uppföljning kan användas för att kontinuerligt följa upp verksamheternas resultat. Psykiatrin har varit i särskilt fokus från Socialstyrelsens sida när det gäller möjligheterna till uppföljning och utvärdering, och förslag finns också om att utvidga uppgiftsskyldigheten för att fånga större delar av den psykiatriska vården. Det finns också arbete som bedrivs inom PRIO för att utveckla rapporteringen till register. Resultatet av detta diskuteras under kapitel 3.5.1. Arbetet görs i syfte att ge stöd till förbättringsarbete och stimulera till kvalitetsutveckling inom verksamheten. Uppföljning av resultaten av vårdens och omsorgens insatser på nationell nivå är också viktigt för att bedöma om verksamheterna arbetar på ett ändamålsenligt sätt. Utöver detta utgör uppföljningarna ett underlag för enskilda individers val av verksamhet.

Som tidigare nämnts är delmålet om uppföljning det enda som går att följa upp inom insatsområdet *kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete*. Resultaten för målet har visat att antalet registreringar i olika psykiatriska kvalitetsregister har ökat kraftigt de senaste tio åren, särskilt sedan 2012 då PRIO-satsningen startade. Under perioden 2012–2013 ökade rapporteringen till de psykiatriska kvalitetsregistren med 75 procent. Men samtidigt som tillgången på data har ökat är det viktigt att uppgifterna kommer till användning i det förbättringsarbete som bedrivs lokalt och regionalt.

### 3.6. INSATSOMRÅDE 2: BEMÖTANDE, DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE

Möjligheten till att vara delaktig och ha inflytande i sin egen vård och omsorg är en kärnfråga för många patienter och brukare. Samtidigt är dessa individers förutsättningar att kunna vara delaktiga och ta till sig information mycket olika. Totalt tilldelades insatsområdet *bemötande, delaktighet och inflytande* 34,5 miljoner kronor under 2013 vilka fördelas på fem enskilda insatser under tre delmål (tabell 6).

De tre delmålen för insatsområdet bemötande, delaktighet och inflytande är:

Delmål för insatsområde 2, bemötande, delaktighet och inflytande	Delmål nr
Öka patient- och brukarinflytande inom vården och omsorgen	13
Utveckla stödet till anhöriga till personer med psykisk ohälsa	14
Bidra till att minska stigmatiseringen av personer med psykisk ohälsa	15

**Tabell 6. PRIO-insatser för insatsområdet bemötande, delaktighet och inflytande. I tabellen listas även summan för de avsatta medlen samt vilken organisation som står som betalningsmottagare.**

Insatser för insatsområde 2, bemötande, delaktighet och inflytande		
	Mottagare	Summa (tusen kronor)
Ungas syn på psykisk ohälsa	Ungdomsstyrelsen	500
Stöd för ökad delaktighet och inflytandefrågor	NSPH	5 000
Nationella hjälplinjen	SKL	7 500
Utveckla kunskapsstöd anhöriga	NKA	3 000
Attityduppdraget	Handisam	18 500

### 3.6.1 En fjärdedel av patienterna i den psykiatriska slutenvården känner sig inte delaktiga i sin egen vård och behandling

Under 2014 har Vårdanalys fått i uppdrag av regeringen att göra en fördjupad utvärdering inom patient- och brukarcentrering (Regeringen 2013c) (se bilaga 2). Uppdraget syftar till att utvärdera hur möjligheterna till delaktighet och inflytande ser ut för personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga. Vi har utöver en nulägesanalys också tagit fram ett förslag till metod för att mäta hur situationen förändras över tid på nationell nivå. Uppdraget presenteras i korthet i denna aktuella lägesrapport medan en mer utförlig beskrivning av arbetet finns att läsa i två separata publikationer (Vårdanalys 2014a, 2014b).

#### ***Patient- och brukarinflytande***

*Delmål: Öka patient- och brukarinflytande inom vården och omsorgen*

Delaktighet och inflytande är viktigt för den enskilde individens integritet och denne ska ha rätt att så långt det är möjligt själv få fatta beslut. Inflytande kan också ha betydelse för att minska utanförskap. Vår nulägesanalys av hur situationen ser ut för patienter och brukare med psykisk ohälsa har visat på en tydlig efterfrågan på mer information, dialog, konsultation, inflytande och ibland också av medbeslutande. Det gäller såväl för brukare och patienter som för deras anhöriga (Vårdanalys 2014b). Många upplever till exempel att de får otillräcklig information om sin egen vårdsituation och vad de bör vara uppmärksamma på när det gäller till exempel biverkningar. Många upplever också att deras erfarenheter och kunskaper inte tas tillvara i tillräckligt hög grad. När det kommer till upplevelser av delaktighet finns dock indikationer på att dessa kan variera mellan olika individer beroende på kön och ålder, mellan olika verksamheter, men också mellan olika vårdgivare. En jämförelse mellan till exempel psykiatrisk öppenvård och slutenvård visar på att det framför allt är patienter inom den senare vårdformen som upplever brist på delaktighet i beslut.

I kommunerna finns olika former av inflytande från brukarrepresentanter. 90 procent av kommunerna och stadsdelarna hade 2013 ett råd för funktionshinderfrågor, men endast 12 respektive 8 procent hade brukarrevisioner och brukarinflytandesamordnare (Socialstyrelsen 2014e).

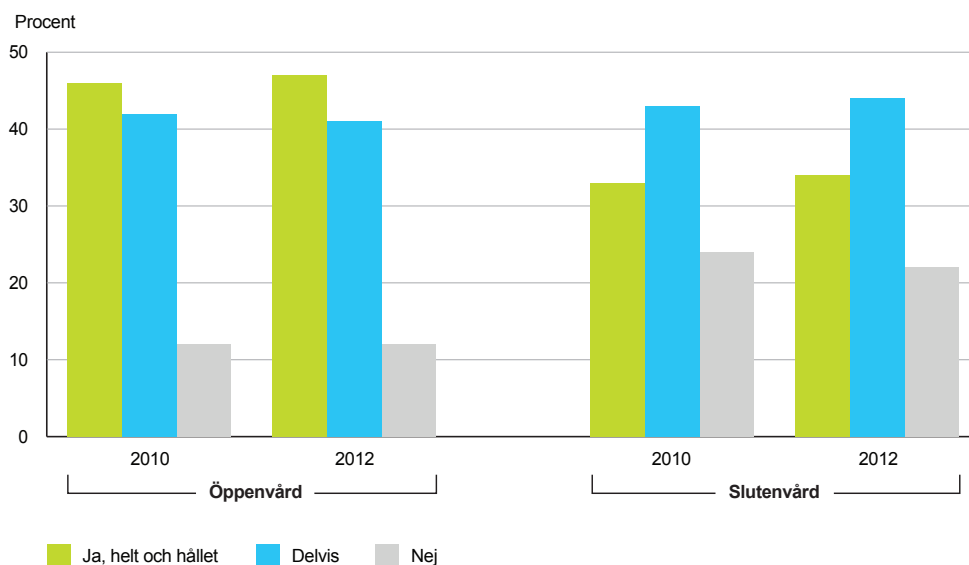
En viktig förutsättning för delaktighet är att människor har tillgång till viss grundläggande information om hur vården och omsorgen fungerar och vilka deras rättigheter är. Det finns dock tecken på att många saknar sådan kunskap och att det delvis kan bero på bristande information. Genom att hitta mer effektiva och ändamålsenliga arbetsätt och lösningar i hälso- och sjukvården och omsorgen kan möjligheten till delaktighet och inflytande för patienter, brukare och anhöriga förbättras. Välinformerade patienter som ställer krav ökar också kvaliteten och driver på verksamheternas utveckling. Som ett led i att förbättra situationen finns i statens överenskommelse med SKL för 2014 ett grundkrav på att landsting och kommuner ska ta fram strategier för hur delaktigheten kan förstärkas för den enskilda individen och för organisationer som företräder målgruppen (Regeringen 2013a).

En genomgång av resultaten i som presenteras i Nationell Patientenkät har också visat att så mycket som en fjärdedel av patienterna i den psykiatriska slutenvården inte känner sig delaktiga sin i vård och behandling. I öppenvården gäller detta för ungefär var åttonde patient. Jämförelse mellan vårdformerna bör göras varsamt, på grund av till exempel olika patientgrupper och den olika utformningen av vården. Mer relevant är att jämföra skillnader mellan åren inom varje vårdform. Mellan 2010 och 2012 visas inga signifikanta skillnader i delaktigheten, varken i den öppna eller slutna psykiatriska vården.

Låg svarsfrekvens för enkäter som går till personer med psykisk ohälsa är vanligt. Svarsfrekvensen i Nationell Patientenkät är också låg både inom psykiatris öppenvård och slutenvård. Det är således inte troligt att svaren är representativa för samtliga patienter i de delar av psykiatrin som undersöks. Förutom att resultaten bör tolkas försiktigt visar det också på behovet av att utveckla andra metoder för att mäta målgruppens uppfattning om hälso- och sjukvården (figur 17).



**Figur 17. Andel svar för olika svarsalternativ i Nationell Patientenkät för frågan "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Psykiatrisk öppen- och slutenvård, 2010 och 2012.**



Källa: SKL, Nationell Patientenkät. 2010, 2012.

### *Insatserna för delaktighet och inflytande är fortfarande otillräckliga*

Inom ramen för PRIO finns det flera insatser som vi bedömer kan bidra till att öka delaktigheten och inflytandet i vården omsorg för personer med psykisk ohälsa. Förutom de insatser som redovisas i tabell 6 ovan, finns det flera andra som vi bedömer som särskilt viktiga. Ett exempel är Bättre vård – mindre tvång som ökat ambitionen, ansvarstagandet och engagemanget för patienter inom den psykiatriska heldygnsvården. Ett annat exempel är Psynk-projektet som syftar till att utveckla och genomföra effektiva gemensamma strategier för hälsofrämjande insatser och för vård- och stödinsatser för barn som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa. Att patient- och brukarorganisationer har en viktig roll i satsningen är positivt och bidrar till att stärka patienters och brukares ställning. NSPH:s uppdrag att stödja arbetet med att få lokala och regionala patient-, brukar- och anhörigorganisationer delaktiga är ett bra exempel på detta.

Även om viktiga initiativ har tagits för att stärka patienter- och brukares ställning är vår sammantagna bedömning att de insatser som vidtagits inom PRIO är otillräckliga i förhållande till de omfattande behoven som finns hos målgruppen. Vår genomgång ovan visar att möjligheterna till delaktighet och inflytande inom psykiatrin och omsorgen är otillräckliga och att det finns en tydlig efterfrågan på information, dialog, konsultation, inflytande och medbeslutande bland såväl brukare och patienter som anhöriga. Många upplever också att deras egna och deras anhörigas erfarenheter och kunskaper inte tas till vara i tillräckligt hög grad. Ett annat bristområde är utskrivningen från den psykiatriska vården. I en studie av patienters upplevelser av vårdens kvalitet på en psykiatrisk

intensivvårdsavdelning och en observationsavdelning (Schröder 2011) konstaterades att utskrivningen var ett av de områden som man upplevde fungerade sämst. För att förbättra utskrivningen anser vi att det bör finnas tydligare processer som är utformade efter patientens behov och önskemål.

Kunskapen kring hur patienter och brukare ser på delaktighet är fortfarande bristfällig och det finns ett behov av att utveckla metoder för att mäta målgruppens uppfattning om hälso- och sjukvården och omsorgen. Vår bedömning är att det krävs mer forskning för att kunna fastslå vilka insatser som är lämpliga för att skapa en mer patient- och brukarcentrerad vård och omsorg.

### **Stöd till anhöriga**

#### *Delmål: Utveckla stödet till anhöriga till personer med psykisk ohälsa*

Anhöriga har många gånger viktiga kunskaper och erfarenheter som kan utnyttjas för att förbättra vården och omsorgen. Med rätt stöd kan de hjälpa personer med psykisk ohälsa att bättre klara av sin vardag och återhämta sig från sin sjukdom eller annan ohälsa. De flesta patienter upplever att deras anhöriga skulle kunna bli mer involverade i vården och omsorgen, vilket är en åsikt som också delas av de anhöriga själva (Vårdanalys 2014b). Det är dock tydligt att åsikterna skiljer sig åt då många patienter också uppger att de inte vill att deras anhöriga ska vara delaktiga. Även bland anhöriga kan önskemål om hur mycket de vill involveras skilja sig åt.

Att få en samlad bild av anhörigas syn på hälso- och sjukvården är av stort intresse, det gäller inte minst alla de barn som är anhöriga till personer med psykisk ohälsa. I dag är möjligheten att följa upp detta mycket begränsad. En datakälla är resultaten från Nationell Patientenkät, men där undersöks endast patienternas syn på de anhörigas roll och inte hur de anhöriga uppfattar situationen. Resultaten från enkäten visar att det inte finns några säkerställda skillnader mellan 2010 och 2012 när det kommer till de anhörigas delaktighet i vården, om personalen tagit tillräcklig hänsyn till närståendes kunskap och hur mycket information de närstående fått. Baserat på den begränsade möjligheten att följa de anhörigas åsikter finns det således ett visst förbättringsutrymme när det gäller hur deras kunskap och erfarenheter tas tillvara.

### **Minskad stigmatisering**

#### *Delmål: Bidra till att minska stigmatiseringen av personer med psykisk ohälsa*

Personer med psykisk ohälsa bemöts ibland med misstro och ifrågasättande från allmänheten och hos vårdpersonal finns fortfarande negativa attityder när det gäller till exempel tilltron till vad en individ med psykisk ohälsa kan klara av. Negativa föreställningar och diskriminerande attityder skapar hinder för återhämtning och fungerande livsstrategier. Så mycket som var tredje person säger sig inte kunna tänka sig att jobba tillsammans med en person som har psykiska problem. I Sverige, där tre av fyra har erfarenheter av psykisk ohälsa, antingen egen eller som närstående, innebär detta att många redan gör det (Hjärnkoll 2013). I en rapport om kampanjen

Hjärnkoll presenteras vissa mer positiva attityder till personer med psykisk ohälsa i dag jämfört med tidigare (CEPI 2012). Rapporten pekar vidare på en större förbättring av attityderna i de län där riktade kampanjer gjorts för att förbättra attityder, än i riket som helhet. Det finns dock ingen analys av om skillnaden är statistiskt signifikant. Nedan presenteras en fördjupad bedömning av insatsen.

#### **Fördjupad bedömning: Attityduppdraget – (Hjärnkoll)**

Negativa föreställningar, diskriminerande attityder och beteenden skapar hinder för återhämtning och fungerande livsstrategier. Skam- och skuld känslor hämmar både den med psykisk ohälsa och människorna runt omkring. Många blundar inför problemen och väntar med att söka hjälp. Andra förlorar sina jobb, vänner och familj. På så sätt blir vi sjukare i Sverige, helt i onödan. Mot bakgrund av detta gav regeringen vid årsskiftet 2011–2012 Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam), numera Myndigheten för delaktighet, i uppdrag att, i nära samarbete med NSPH, genomföra ett riksomfattande program under åren 2012–2014 i syfte att öka allmänhetens kunskap och minska negativa attityder och diskriminerande beteenden gentemot personer med erfarenhet av psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning (Regeringen 2011b). Uppdraget är en fortsättning på och vidareutveckling av de insatser som påbörjades under hösten 2009 och som bedrivits av Handisam under namnet Hjärnkoll. I uppdraget betonar regeringen vikten av att insatserna integreras i ordinarie strukturer och att samverkan utvecklas med andra aktörer på nationell, regional och lokal nivå. Kostnaden för attityduppdraget uppgick under 2013 till 18,5 miljoner kronor.

Den bärande delen av Hjärnkoll-kampanjen, som nu pågått i närmare fem år, är nätverket av 340 ambassadörer som administreras av NSPH. Ambassadörerna är öppna med sina erfarenheter av psykisk ohälsa i medier, på seminarier, genom föreläsningar ute på arbetsplatser, inom vården och på skolor runt om i landet och bidrar därigenom till att nyansera föreställningar om psykisk ohälsa. Allt fler av ambassadörerna håller även fortbildningar för chefer och skyddsombud utifrån Hjärnkolls handledningsmaterial *Så gör du som chef (Hjärnkoll)* och *Så gör du som kollega (Hjärnkoll)*. Det finns också ett antal ambassadörer som föreläser utifrån att vara anhöriga och närstående. Hjärnkoll arbetar i elva kampanjlän varav åtta är de ursprungliga och har en regional samordning. Kampanjen har i dag flera etablerade samverkanspartners, bland annat NSPH:s 13 olika förbund, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Utbildningsradion, Statens Folkhälsoinstitut, Kulturrådet, Hjälpmedelsinstitutet och Statens Institutionsstyrelse.

#### *Kampanjen kan ha bidragit till attitydförändringar*

CEPI har på uppdrag av Hjärnkoll utfört befolkningsundersökningar under åren 2009–2013 som visar att attityder, kunskaper och beteende har förändrats i kampanjlänen mellan 2009 och 2013 (CEPI 2013a). Det finns signifikant positiva förändringar i 13 av de 21 attityder som undersökts. För 11 av dessa attityder var förändringen större än 5 procent i positiv riktning. Det finns också en positiv förändring som handlar om social distans vad avser förväntade beteenden, där man är mer positiv till kontakt med grannar med psykiska problem och att fortsätta vänrelationer med personer som får psykiska problem. Däremot har kunskaper om psykisk sjukdom endast marginellt förändrats under perioden 2009–2013.

Allmänhetens attityder utanför kampanjlänen har också förändrats i positiv riktning mellan 2009 och 2013. För 9 av de 20 studerade attityderna finns det signifikant positiva förändringar. Förändringarna ligger i storleksordningen 3–7 procent i positiv riktning. Det finns endast enstaka positiva förändringar i beteende och kunskaper. I kampanjlänen uppger sig respondenterna vara mer positiva till att arbeta tillsammans med och bo nära en person som har psykiska problem och fortsätta relationen med en person som får psykiska problem, än i riket som helhet. Det framgår inte av utvärderingen om skillnaderna mellan kampanjlänen och riket är statistiskt signifikanta.

CEPI genomförde 2011 även en utvärdering av tre olika utbildningsinsatser i samband med Hjärnkoll. Syftet med utvärderingen var att undersöka om utbildningsinsatserna medför förändringar i deltagarnas attityder, kunskap eller förväntade beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom. I rapporten dras slutsatsen att utbildning kombinerat med ambassadörer sannolikt skapar bäst förutsättningar för förändring (CEPI 2011).

Av Handisams delrapport från november 2013 framgår att minst 45 000 personer engagerats genom olika aktiviteter som arrangerats av Hjärnkolls ambassadörer (Handisam Myndigheten för handikappolitisk samordning 2013). Hjärnkoll genomför varje månad under kampanjen även analyser om mediernas rapportering av psykisk ohälsa. Analyserna som presenteras i lägesrapporten 2013 visar att Hjärnkoll påverkar mediebilderna och att andelen personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa som berättar om sina erfarenheter ökar.

#### *Arbetet som ambassadör stärker den enskildes självbild och kan leda till mer permanent sysselsättning*

Utöver de positiva resultat som kampanjen uppvisar framgår det vid intervju med kampanjens projektledare att man även ser många positiva effekter för den enskilde individen. Att vara ambassadör innebär ofta att den enskilde stärker sin självbild, får ökat självförtroende och en känsla av mening. I flera fall har arbetet som ambassadör även lett till mer permanent sysselsättning, till exempel har några startat eget företag där de föreläser om sina erfarenheter, medan några andra har fått anställning inom vården.

#### *(H)järnkoll utgör en viktig stödstruktur*

Uppdraget för Myndigheten för delaktighet löper ut sista december 2014 och det finns en stor utmaning i att behålla ambassadörernas engagemang och säkra fortsatt arbete efter det. Vi har i arbetet med denna rapport själva tagit hjälp av sex Hjärnkollsambassadörer i syfte att diskutera frågor om delaktighet och inflytande för personer med psykisk ohälsa, och gör bedömningen att Hjärnkoll spelar en viktig roll i utmaningen att minska negativa attityder och diskriminerande beteenden gentemot personer med erfarenhet av psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. En förutsättning för att ambassadörsnätverket ska ges möjligheter att fortsätta och upprätthålla kvaliteten i sitt arbete är att det finns en stödstruktur.





## 4 PRIO:s målstruktur

### 4.1. MÅLEN ÄR MÅNGA OCH DET SAKNAS INBÖRDES PRIORITERING MELLAN DEM

PRIO:s övergripande mål som presenterades i kapitel 1 är breda och omfattande i den meningen att de fångar nästan hela hälso- och sjukvården respektive omsorgen. PRIO kan därmed förväntas ha effekter på så gott som alla delar av området psykisk ohälsa. Samtidigt är satsningen naturligt begränsad i omfattning.

För en framgångsrik målstyrning betonas ofta att målen ska vara tydliga. Vi kan konstatera att PRIO:s övergripande mål förvisso är angelägna, men de kan inte anses vara tydliga. I den meningen kan de övergripande målen snarare ses som visioner för satsningen eller till och med för hela området psykisk ohälsa. En ytterligare central del för att målstyrningen ska fungera är att information finns för att kunna följa upp och utvärdera satsningen mot de uppsatta målen. Det finns i dag ingen uppföljning formulerad för de övergripande målen så att utvecklingen av dessa kan mätas och följas. Det är alltså inte möjligt att bedöma om de uppfylls eller inte, varken på kort eller på lång sikt.

PRIO:s delmål är i viss utsträckning ett sätt att prioritera och lyfta fram enskilda områden. Men vi konstaterar att de är många till antalet och att de täcker in stora delar av området psykisk ohälsa. De saknar också inbördes prioritering, är av varierande karaktär och bara delvis möjliga att mäta. Vissa enskilda delmål inkluderas också i flera sakområden. Delmålen blir därför ett sätt att täcka stora delar av området psykisk ohälsa, vilket gör att inte heller de fullt ut skapar tydlighet i PRIO:s riktning. Ett annat vägval – både för målstrukturen och satsningen i sig – hade varit att prioritera ett mindre antal områden inom vården och omsorgen där satsningen med säkerhet kan ge effekter. På så sätt hade PRIO blivit tydligare och mer specifik i sin omfattning. Urvalsgrund för prioriterade områden bör då vara att det finns evidens för insatser, att möjligheten till uppföljning är god och att staten har ansvaret för (eller större möjligheter än landstingen) att genomföra insatser på området. Ett förtydligande av, eller en inbördes prioritering mellan, de befintliga delmålen kan ge en större tydlighet för satsningens riktning och bättre möjligheter att påvisa effekter.

#### 4.1.1 Uppföljningen av delmålen kan förbättras

Det arbete som hittills gjorts för att effekterna av PRIO ska kunna mätas har framför allt utgått ifrån de femton delmålen. I samordningsfunktionen vid Socialdepartementets uppföljningsplan finns en så kallad operationalisering för delmålen (se bilaga 3) och det är därför, åtminstone till viss del, möjligt att följa utvecklingen av dem. Även om den operationalisering som gjorts av delmålen är positiv så finns det utrymme för utveckling när det gäller hur de ska följas upp och när de kan anses vara uppfyllda. Fyra av femton delmål är i dag inte alls operationaliserade. För övriga elva delmål är uppföljningsmöjligheterna också begränsade, generellt sett är tillgången till kvalitetsregister och data sämre

inom socialtjänsten än inom hälso- och sjukvården. För flera av delmålen är mätningar möjliga först en bit in i satsningen, från år 2014 eller senare. Delmålen och uppföljningen svarar inte heller fullt ut mot de tre övergripande målen. Det vill säga att även om delmålens resultat skulle uppfyllas fullt ut är det inte säkert att det går att bedöma om de tre övergripande målen uppfyllts.

En vanligt förekommande utmaning vid uppföljning av nationella satsningar är att särskilja satsningens effekter från andra effekter som påverkar utvecklingen det valda området. Denna utmaning gäller också för uppföljningen av PRIO. Vi ser också ett problem i att det är svårt att identifiera en logisk kedja från problemanalys till målformulering och till val av insatser, samt att de indikatorer som används för mätning i vissa fall är för smala.

#### **4.2. MÅLSTRUKTUREN ÄR AMBITIÖS, MEN EFFEKTERNA AV PRIO MÅSTE GÅ ATT FÖLJA UPP**

Vi gör bedömningen att PRIO präglas av en något oklar målstruktur och till viss del en avsaknad av möjligheten att mäta effekter och uppsatta mål. Varken de femton delmålen eller de elva indikatorsområdena som föreslagits (Regeringen 2013b) motsvarar fullt ut de övergripande målen. Samtidigt är delmål och indikatorsområden delvis överlappande men inte helt överensstämmande. De övergripande målen är förvisso angelägna, men under den begränsade satsningen mycket utmanande att närma sig. Att en satsnings målstruktur är oklar och oprioriterad är inte ovanligt i offentlig verksamhet (Tarschys 2006). En effekt av detta är att berörda aktörer själva måste styra inriktningen inom sin verksamhet. Men för att staten ska ha en tydligare styrning på områden som nationellt ses som särskilt angelägna och områden där satsningen kan ha bevisad effekt, bör en prioritering av de många områdena övervägas. En förenkling av målstrukturen skulle kunna hjälpa berörda aktörer att sätta sig in och se sin del i arbetet.

De elva indikatorsområdena (Regeringen 2013b) blev ett ytterligare komplement i målstrukturen under 2013 och Socialstyrelsen fick i uppdrag att vara behjälplig med uppföljningen av dessa. Detta kan vara en god inledning på arbetet med att förbättra satsningens uppföljning. Men vi ser att en hel del arbete fortfarande återstår för att öka mätbarheten, att sätta upp målnivåer, tidpunkter för måluppfyllelse med mera. En utmaning för måluppföljningen är också att det ofta saknas en kartläggning av läget innan PRIO började, till exempel baslinjemätningar, det vill säga en kartläggning av läget innan PRIO började. Utan en sådan kartläggning är det svårt att uttala sig om vilka effekter satsningen har haft. Den vidareutveckling av uppföljningen som nu sker i PRIO är viktig, men en tydligare uppföljningsplan redan innan PRIO sjösattes hade stärkt möjligheterna att följa upp och utvärdera satsningen.

Därutöver är den data och statistik som finns tillgänglig i dag inte heltäckande och helt tillförlitlig. Det finns därför anledning att inte bara utgå från vad som nu går att mäta. Utgångspunkten behöver i stället vara vad som bör mätas. Om satsningens



effekter verkligen ska kunna följas kan uppföljningen därför inte enbart utgå från befintlig data. Samtidigt bör vetskapen om att inte alla effekter av en satsning går att mäta också beaktas. Exempelvis lyfts det signalvärde som satsningen har fram i flera av de genomförda intervjuerna. Flera aktörer har poängterat att PRIO har bidragit till en kraftsamling kring psykisk ohälsa. Eventuella effekter av detta kan då kanske ses på lång sikt, men storleken av dessa måste, oavsett om de är mätbara eller inte, övervägas i förhållande till satsningens omfattning.







## 5 Styrning av satsningen

### 5.1. PRIO-PLANEN REVIDERADES UNDER 2014

Under 2014 har regering presenterat en reviderad version av PRIO-planen (Regeringen 2014). I planen beskrivs erfarenheterna från arbetet inom PRIO 2012–2014 samt de slutsatser som Vårdanalys presenterade i förra årets lägesrapport. Revideringen av handlingsplanen sammanfattas nedan:

- Regeringens bedömning är att PRIO har bidragit till en kraftsamling inom området psykisk ohälsa och finner därför skäl att fortsätta på den valda inriktningen fram till 2016.
- En överenskommelse bör ingås med SKL även 2015 i syfte att vidmakthålla uppnådda resultat och fortsätta utvecklingen.
- Socialdepartementet och SKL bör ha fortsatt gemensamt ansvar för samordningen av insatserna i planen under 2015. (Detta förutsätter att Riksdagen avsätter medel för ändamålet).
- De valda målgrupperna och insatsområdena kvarstår.
- De övergripande målen uppdateras från och med 2014 till att omfatta alla delar i Socialstyrelsens God vård och omsorg.

### 5.2. SAMORDNINGSFUNKTIONEN VID SOCIALDEPARTEMENTET ANSVARAR FÖR ATT STYRA MOT MÅLEN

Samordningsfunktionen vid Socialdepartementets uppdrag är 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
- stimulera till dialog, kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan berörda professioner och verksamhetsansvariga samt föra dialog mellan politiker och andra beslutsfattare på statlig, regional och lokal nivå.

En ämnessakkunnig nationell samordnare har tillsatts för att leda arbetet. Till sin hjälp har denne en heltidsanställd medarbetare. Tidigare positiva erfarenheter av nationella samordnare bidrog till att regeringen utsåg en samordnare (Statskontoret 2014). Samordnaren påbörjade sitt arbete i augusti 2012. Samordningsfunktionens viktigaste uppgift är att genom en omfattande dialog med kommuner, landsting, brukarorganisationer och professionella bedöma vilka insatser som är mest relevanta för måluppfyllelsen. I uppgiften ingår även att styra mot en ökad statlig samordning och en mer behovsanpassad kunskapsstyrning. Vår bedömning är att samordningsfunktionen och den nationella samordnarens arbete har haft betydelse för styrningen och utvecklingen av satsningen.

### **5.3. SAMORDNINGSFUNKTIONEN VID SKL STÖDJER KOMMUNER OCH LANDSTING I PRIO-ARBETET**

Även samordningsfunktionen vid SKL har arbetat med att styra PRIO sedan 2012. Dess huvudsakliga uppgift har varit att koordinera arbetet ute i kommuner och landsting, vilket bland annat har innefattat:

- löpande uppföljning av insatser
- löpande stöd till kommuner och landsting i arbetet med grundkrav och prestationsmål
- dialoger med landsting, kommuner, politiker och organisationer
- möten med referens- och strategigruppen
- PRIO-nätverksträffar med kommun- och landstingsrepresentanter
- kommunikation via sociala medier
- framtagande och distribution av stöddokument som exempelvis Använd SIP – ett verktyg vid samverkan (SKL 2014c)
- utvecklingsarbete inom överenskommelsen för att stödja en snabbare utveckling av de områden inom psykisk ohälsa som berörs av PRIO.

Vår bedömning är att även denna samordningsfunktion har haft betydelse för att förankra PRIO-arbetet i kommuner och landsting. Arbetet har under 2013 utvecklats till att bli mer övergripande och strategiskt i förhållande till 2012 då en stor del av det stödjande arbetet var operativt och på detaljnivå. Samordningsfunktionen har under 2013 även förbättrat processerna för informationsspridning och stöd till kommuner och landsting vid bedömning av de prestationsbaserade insatserna. Det senare har framkommit vid flertalet intervjuer som vi genomfört med kommun- och landstingsrepresentanter som arbetat med PRIO.

#### **5.4. SAMORDNINGSFUNKTIONERNA BEHÖVER SÄKERSTÄLLA SATSNINGENS LÅNGSIKTIGA EFFEKTER**

Redan när PRIO beslutades i maj 2012 fattade regeringen beslut om att samordningsfunktionen vid Socialdepartementet skulle inrättas (Regeringen 2012b). Samma år tillkom även den vid SKL. Samarbetet mellan dessa har under 2012 och 2013 bidragit till en samsyn kring uppdraget. I syfte att utveckla PRIO och styra mot de övergripande målen fram till 2016 ser vi fortsatt samordning som en förutsättning för att PRIO ska kunna ge hållbara resultat. Förutom att ha ett nära samarbete sig emellan är samråd med myndigheter som Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Vårdanalys med flera av stor vikt. Samråd bör även fortsättningsvis ske med patient-, brukar- och anhörigorganisationer som NSPH.

#### **5.5. SAMORDNINGSFUNKTIONERNA ÄR UNDERDIMENSIONERADE I FÖRHÅLLANDE TILL SATSNINGENS OMFATTNING**

Vi påpekade redan i förra årets delrapport att ledningen och styrningen av PRIO enligt vår bedömning är kraftigt underdimensionerad i förhållande till satsningens storlek. 870 miljoner per år är mycket pengar att fördela. Förutsättningarna här är dessutom extraordinärt svåra eftersom det handlar om att påverka verksamheter som har helt andra huvudmän: kommuner och landsting. Vi anser att samordningsfunktionerna behöver förstärkas med mer resurser för analys av vad som bör prioriteras och framför allt vad som är effektivt för att få hög måluppfyllelse och skapa så mycket värde som möjligt. Det finns annars en betydande risk att satsningen misslyckas med att uppnå varaktiga (eller ens tillfälliga) förbättringar för målgruppen.

#### **5.6. FLER DEPARTEMENT KAN BEHÖVA INVOLVERAS I ARBETET**

Den psykiska ohälsan berör långt fler aktörer än bara de inom vård och omsorg. Inte minst när det kommer till målgruppen barn och unga spelar skolan en mycket viktig roll för det psykiska välbefinnandet. PRIO:s målsättning är ambitiös och för att denna långsiktigt ska kunna uppnås krävs det, enligt många av de kommun- och landstingsrepresentanter som vi intervjuat, en bredare, departementsöverskridande samsyn i frågorna samt insatser som sträcker sig utanför PRIO:s nuvarande ramar. För att möjliggöra en förbättrad situation för barn och unga kan till exempel Utbildningsdepartementet inkluderas i utvecklingen av insatser för målgruppen.

Likasa är departementsöverskridande samverkan kring forskning och övrig kunskapsproduktion, samt för frågor som rör arbete och sysselsättning för personer med psykisk ohälsa, angelägen. För att bidra till och utveckla kunskapsproduktionen inom området psykisk ohälsa kan Utbildningsdepartementet även involveras för att säkerställa framtida kompetensförsörjning inom specialistyrken. Även Arbetsmarknadsdepartementet kan involveras i frågor gällande arbete och sysselsättning.

## 5.7. DET BEHÖVS EN DISKUSSION OM STATENS ROLL

Samordningsfunktionens uttalade ambition är att PRIO ska vara långsiktig, samtidigt som satsningen avslutas 2016. Detta förutsätter att PRIO lyckas ändra huvudmännens prioriteringar och arbetssättet i vården och omsorgen. Det har flera gånger konstaterats att det är svårframkomligt att med överenskommelser och tillfälliga satsningar påverka huvudmännen (SOU 2007, Vårdanalys 2013b). Också Socialstyrelsen drog i sin utvärdering av insatserna inom tvångsvården slutsatsen att punktinsatser med statliga stimulansmedel endast i liten grad bidrar till att långsiktigt lösa de resurs-, kompetens- och strukturproblem som fortfarande finns inom psykiatrin (Socialstyrelsen 2013b). Vi bedömer likväl att PRIO till stor del är uppbyggt kring punktinsatser med statliga stimulansmedel.

Vad är då statens roll i en långsiktig förstärkning av vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa? Staten har flera viktiga uppgifter, även om det i slutändan är kommuner och landsting som har ansvaret (SOU 2007). Till statens centrala uppgifter hör normering (vilket inkluderar lagstiftning), tillsyn, forskning samt utbildning på universitets- och högskolenivå. Att ta fram och sprida kunskap blir ofta ineffektivt och eftersatt om alla aktörer förväntas göra det parallellt och därför är också detta en central roll för den statliga nivån (SOU 2007). Dessutom är staten ibland den enda aktör som klarar av att överbrygga organisatoriska stuprör. Detta kan ske på olika sätt, ibland kan det räcka med att ta fram och sprida kunskap om nya arbetssätt, men ofta behövs sannolikt ekonomiska incitament som bygger ”hängrännor” mellan stuprören (Ramsberg och Ekelund 2011) eller nya organisatoriska gränsdragningar (som till exempel förstatligandet av polisen eller kommunaliseringen av skolan).

Vidare har staten ansvaret för viktiga delar av arbetsmarknadspolitiken, Arbetsförmedlingen samt Försäkringskassan vilka alla är helt centrala inom området psykisk ohälsa. Samverkan mellan bland annat kommuner och Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen hindras i många fall av sekretesslagstiftningen. Om lagstiftningen på detta eller andra områden inte är ändamålsenlig är det endast staten som kan åtgärda problemet.

En tidigare satsning på Individual Placement and Support (IPS) (som visserligen inte ingår i PRIO) illustrerar problemet att åstadkomma bestående förändringar med hjälp av tillfälliga stimulansåtgärder. IPS har i utvärderingar visats vara effektivt: med traditionell rehabilitering för personer med psykisk ohälsa kommer 11 procent ut i arbetslivet i Sverige (i övriga Europa 18 procent). Samma siffra med IPS-metoden är 46 procent i Sverige, enligt en nyligen genomförd studie (Lexén 2014). Ändå uppgav bara drygt 40 procent av kommunerna att de kommer att fortsätta arbeta enligt IPS-modellen efter försöksverksamhetens slut. Ytterligare cirka 50 procent av kommunerna ville fortsätta, men sökte finansieringslösningar. Dessutom visar de senaste öppna jämförelserna att det nu endast är 35 procent av kommunerna som faktiskt erbjuder IPS (Socialstyrelsen 2014e).

Även de andra nordiska länderna har erfarenhet av att försöka stärka psykiatrin och försöka lösa problemen med fragmentiserad och ojämlig vård (Lindkvist m.fl. 2011). Särskilt Norge gjorde en kraftfull satsning då man mellan åren 1998–2008 satsade sammanlagt cirka 36 miljarder SEK på att förstärka psykiatrin (Norge har bara cirka hälften



så många invånare som Sverige) (Agerberg 2007). Satsningen i Norge arbetade efter ett antal kvantitativa mål vad gäller till exempel vårdplatser och tjänster. Bland annat skapades 3 400 nya boenden i kommuner och antalet anställda ökade med 10 000. Det centrala målet i reformen var att förstärka infrastrukturen på den kommunala nivån och den innehöll också en plan som pekade ut hur arbetsfördelningen mellan olika nivåer skulle se ut. Förebyggande insatser betonades. (Lindkvist m.fl. 2011). Reformarbetet stöddes av betydligt mer omfattande analytiska resurser än vad som varit fallet inom PRIO. Öronmärkning av de ekonomiska resurserna har varit ett viktigt medel för att säkra utbyggnaden och det ska bli intressant att följa vad som händer nu när satsningen är avslutad.

Situationen med PRIO är inte unik. Samma problem observeras med andra satsningar och överenskommelser (Vårdanalys 2013b). Vi anser att ett ökat fokus från statens sida på till exempel normering, kunskapsstyrning och samverkan mellan statliga aktörer är värt att diskutera.







## 6 Förslag på angelägna teman för fördjupning

I samband med årets lägesrapport har vi på uppdrag av regeringen gjort en fördjupad utvärdering kring delaktighet och inflytande (Regeringen 2013c). Detta med anledning av att vi ska uppmärksamma iakttagelser och förhållanden som är lämpliga för att spegla effekterna av PRIO. Det kan även finnas motiv att utvärdera enskilda insatser inom PRIO. För att identifiera områden med högt granskningsvärde för satsningen tillämpas följande principer:

- Området ska vara otillräckligt belyst.
- Analysen eller granskningen ska vara genomförbar.
- Området ska ha tydlig förbättringspotential och det ska finnas en hög sannolikhet att en analys eller granskning kan bidra till en förändring.
- Vårdanalys ska genom sin oberoende ställning ha goda förutsättningar att genomföra en granskning på objektiva grunder.
- Granskningen ska kunna resultera i rekommendationer till regeringen.

Till nästa års utvärdering har vi identifierat tre områden som vi finner lämpliga för en djupare utvärdering. Områdena beskrivs nedan:

### *Evidensbaserad praktik för personer med psykisk ohälsa*

- Hur ser arbetet med att utveckla evidensbaserade insatser inom vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa ut idag? Baseras de på bästa tillgängliga kunskap, de professionellas expertis och de berörda personernas situation, erfarenhet och önskemål? Vilken möjlighet har patienter och brukare med psykisk ohälsa att ta del av evidensbaserad praktik?

### *Anhörigas roll för personer med psykisk ohälsa*

- Hur ser situationen ut för anhöriga till personer med psykisk ohälsa och vilket stöd finns för att involvera dem? Vilka anhöriga omfattas och hur når vi dem? Hur kan deras uppfattningar mätas och följas över tid?

### *Arbete och sysselsättning för personer med psykisk ohälsa*

- Hur ser möjligheten ut för personer med psykisk ohälsa att kunna få ett meningsfullt arbete och sysselsättning? Hur kan insatserna inom PRIO bidra till att förbättra situationen? Vilka insatser krävs och vilka aktörer bör vara involverade?









## 7 Referenser

- Andersson, U., Rönnbäck, C., Rosenqvist, U., Holm, H. (2014). Journalgranskning för mångbesökare inom psykiatrin. *Svensk Psykiatri*, 1 s. 35–37.
- Barnombudsmannen (2014). *Bryt tystnaden – barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa*. Årsrapport 2014. Stockholm: Fritzes.
- Burström, B. Schultz, A., Ahrne, M., Fritzell, S., Irestig, R., Marttila, A.. (2010). *Behovet av lokal samverkan kring individer med sammansatta sociala och medicinska besvär*. 2010:24 Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- CEPI – Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (2011). *Utvärdering av utbildningsinsatser i samband med kampanjen Hjärnkoll*. Lunds universitet.
- CEPI – Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (2012). *Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende. En jämförande befolkningsundersökning 2009–2012*. Lunds universitet.
- CEPI – Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (2013a). *Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende. Slutrapport från befolkningsundersökningar genomförda under perioden 2009–2013*. Lunds universitet.
- CEPI – Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (2013b). *Utbildning i första hjälpen vid psykisk ohälsa. En effektstudie i två län*. Lunds universitet.
- Cuthbert, B.N., Insel, T.R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11:126.
- Esbjörnson, S., Hagqvist, A. (2013). *Individuell plan enligt Sol och HSL – Till nytta för brukarna?* Rapport nr 29. Borås: FoU Sjuhärad välfärd.
- Forster, M. Ekroth, E., Mahdi, S. (2014). *Ingen hjälp utan utredning – och utredningen kommer för sent*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Försäkringskassan (2014) *Antal nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar per diagnoskapitel enligt ICD-10-SE*. Tillgänglig på: <https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/statistik/sjuk/sjukersattningaktivitetsersattning/sjukochaktivitetsersattning>
- Grol, R., Grimshaw, J. (1999). Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 25:10 s. 503–513.
- Guo-Xin Jiang (2012). *Självordsförsök i Sverige*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Handisam – Myndigheten för handikappolitisk samordning (2013). *Hjärnkoll – läget 2013. Delrapport 1 november 2012 – 31 oktober 2013*.
- Handisam – Myndigheten för handikappolitisk samordning (2013). *Hjärnkoll. Så gör du som chef – handledning vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen*.
- Handisam – Myndigheten för handikappolitisk samordning (2013). *Hjärnkoll. Så här gör du som kollega – handledning vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen*.
- Hawton, K., van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373 s. 1372–1381.
- Heckman, J. J. (2008). Schools, skills and synapses. *Economic Inquiry*, 46 s. 289–324.
- Henderson, M., Harvey, S.B., Øverland, S., Mykletun, A., Hotopf, M. (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2011:104. Nr 5 s. 198–207.
- Hjälpmedelinstitutet (2013). *Teknikstöd i skolan*. Slutrapport. Stockholm: Hjälpmedelinstitutet.
- Hjärnkoll (2013). [www.hjarnkoll.se](http://www.hjarnkoll.se) (2014-09-18).
- Inspektionen för socialförsäkringen (2011). *Unga med aktivitetsersättning. Den senaste utvecklingen och hypoteser om orsakerna till utvecklingen*. Rapport 2011:10. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J.M., Odgaard-Jensen, J., French, S.D., O'Brien, M.A., Johansen, M., Grimshaw, J., Oxman, A.D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
- Järhult, B. (2009). Registerentusiaster måste träda fram och ta sitt ansvar. *Läkartidningen*, 106:7, s. 446–447.
- Kapur, N. (2009). Suicide in the mentally ill. *Psychiatry*, 8 s.157–260.
- Kitchener, B. A., Jorm, A.F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2, s. 10.
- Kitchener, B. A., Jorm, A.F. (2008). Mental health first aid: an international programme for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*, 2:1, s. 55–61.
- Kommunförbundet Stockholms län (2012). *Uppföljning av individuella planer inom missbruks- och beroendevården i Stockholms län*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Kunskapsguiden (2014). [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se) (2014-09-18).
- Lancet (2014). Doing more to prevent suicide. *Lancet*, 384 s. 638.
- Lexén, A. (2014). *Work and psychiatric disabilities: A person, environment, and occupation perspective on Individual Placement and Support*. Diss. Institutionen för hälsovetenskaper. Lunds universitet.
- Lindahl, L. (2009). *Mellan människor och dokument – att skapa en långsiktig samverkan mellan kommuner och psykiatri*. FoU i Väst/GR.
- Löfström, M. (2010). *Samverkan och gränser. Studier av samverkansprojekt i offentlig sektor*. Diss. Handelshögskolan. Göteborgs universitet.
- National Heart, Lung and Blood Institute (2011). *NHLBI Fact Book*. Bethesda, Maryland: NHLBI.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M., Laursen, T.M. (2013). 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*, 8:1, s. e55176.
- OECD (2013). *Mental Health in OECD countries*. Paris: OECD. Tillgänglig på: <http://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health-systems.htm>
- OECD (2014). *Mental Health in OECD countries*. Paris: OECD. Tillgänglig på: <http://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health-systems.htm>
- Priobloggen (2014) [www.priobloggen.se](http://www.priobloggen.se) (2014-09-18).
- Ramsberg, J., Ekelund, M. (2011). Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga. *Ekonomisk Debatt*, 39:5, s. 41–53.
- Regeringen (2009a). *En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning*. Skr. 2008/09:185.
- Regeringen (2009b). *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa*.
- Regeringen (2011a). *Godkännande av en överenskommelse om intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa*.
- Regeringen (2011b). *Uppdrag att genomföra ett program för att öka kunskapen om och förändra attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning samt uppdrag att betala ut medel*. (S2011/11250/FS).
- Regeringen (2011c). *Uppdrag att samordna satsningen Fritt val av hjälpmedel i gymnasieskolan och vuxenutbildningen för att underlätta övergången från skola till arbetsliv samt utbetalning av medel*. (S2011/8505/FS).
- Regeringen (2012a). *Godkännande av en överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013*. (S2012/8769/FS).
- Regeringen (2012b). *Inrättande av nationell samordningsfunktion för insatser inom området psykisk ohälsa*. (S2012/3945/FS).
- Regeringen (2012c). *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*. (S2012:006).

- Regeringen (2012d). *Regleringsbrev för budgetåret 2013 avseende anslag 1:8*. (S2012/8855/SAM).
- Regeringen (2012e). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting*.
- Regeringen (2012f). *Uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016*. (S2012/4529/FS).
- Regeringen (2012g). *Uppdrag om insatser inom området psykisk ohälsa*. (S2012/3905/FS).
- Regeringen (2013a). *Godkännande av en överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014*. (S2013/8791/FS).
- Regeringen (2013b). *Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Styrning mot målen 2013–2014 underlag för Referens- och strategigruppen*.
- Regeringen (2013c). *Regleringsbrev för budgetåret 2014 avseende Myndigheten för vårdanalys*. (S2013/9047/SAM).
- Regeringen (2013d). *Statistik, antal tusen diagnoser per månad för olika typer av sjukdomar*.
- Regeringen (2013e). *Uppdrag att säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa*. (S2013/1667/FS).
- Regeringen (2014). *Reviderad handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014–2016*.
- Riksrevisionen (2011). *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – ett (o)lösligt problem?* Stockholm: Riksrevisionen.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2012). *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården*. Stockholm: SBU.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2014). *Undersökningarna av barns levnadsförhållanden*. Tillgänglig på: <http://scb.se/barnulf/>.
- Schröder A. (2011). *Psychometric properties of the Quality in Psychiatric Care – Outpatient (QPC-OP) instrument*, Psychiatric Research Centre and Centre for Rehabilitation Research, Örebro Läns Landsting.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Bättre vård mindre tvång – Bilaga 2. Rapport riktade insatser inom psykisk ohälsa*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014a). *Bättre vård mindre tvång – Bilaga 2. Rapport riktade insatser inom psykisk ohälsa 2013*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014b). *PSYNK - Bilaga 5 Rapport stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2013*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014c). *Använd SIP - ett verktyg vid samverkan*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014d). *Slutrapport av överenskommelsen till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013*. Stockholm: SKL.
- Socialdepartementet (2014a). *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst (DS 2014:9)*.
- Socialdepartementet (2014b) *Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (Ds 2014:28)*.
- Socialstyrelsen (2010). *Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen*. Stockholm: Socialdepartementet (2014b). *Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, Ds 2014:28*
- Socialstyrelsen (2012). *Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa – en rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013a). *Bedömning av grundkrav och prestationsmål i överenskommelsen mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa 2013 (Dnr. 5.3-6553/2013)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Bättre vård – mindre tvång? Utvärdering av överenskommelsen om att förbättra den psykiatriska heldygnsvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2013c). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2013d). *Psykisk ohälsa bland unga – Underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013e). *Regeringsuppdrag inom området psykisk ohälsa – delredovisning av genomförda aktiviteter september 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013f). *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013g). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013h). *Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning 2013 – Resultat och metod*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a). *Dödsorsaker 2013 – Causes of Death 2013*.
- Socialstyrelsen (2014b). *Dödsorsaksregistret*.
- Socialstyrelsen (2014c). *Nationella planeringsstödet 2014 – Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014d). *Patientregistret*.
- Socialstyrelsen (2014e). *Öppna jämförelser 2014 – Stöd till personer med funktionsnedsättning. Nationella resultat, metod och indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU – Statens offentliga utredningar (1992:73). *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm: Fritzes.
- SOU – Statens offentliga utredningar (2007:10). *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Ansvarskommitténs slutbetänkande*. Stockholm: Fritzes.
- Sower, V. E. (2007). Benchmarking In Hospitals: More Than a Scorecard. *Quality Progress*, 40:8, s. 58–60.
- Statskontoret (2014). *Nationella samordnare. Statlig styrning i otiditionella former? Om offentlig sektor 20*. Stockholm: Statskontoret.
- Sveriges läkarförbund (2014). *Det ska vara lätt att göra rätt! Läkarförbundets politik för att främja hälsa och förebygga ohälsa*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- Tarschys, D. (2006). *Mål utan mening? Om ordstyrning i landet där allt är prioriterat*. Statskontorets småskrifter 2006:1. Stockholm: Statskontoret.
- Tidemalm, D., Lanstrom, N., Lichtenstein, P., Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 337:a2205.
- Torres-Gonzalez, F., Ibanez-Casas, I., Saldivia, S., Ballester, D., Grandon, P., Moreno-Kustner, B., Xavier, M., Gomez-Beneyto, M. (2014). Unmet needs in the management of schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10 s. 97–110.
- Wihlman, U. (2009). *Development of Interorganisational Integration – A Vocational Rehabilitation Project*. Diss. Nordic School of Public Health. Göteborg.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013a). *Satsningen på Nationella Kvalitetsregister – Tidiga iakttagelser av läget i satsningen 2013*. PM 2013:1. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013b). *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*. Rapport 2013:8. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014a). *Att mäta delaktighet och inflytande i vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa – Förslag till ny metod*. Underlagsrapport. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014b). *Delaktighet för personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga – En nulägesanalys*. Underlagsrapport. Stockholm: Vårdanalys.

- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014c). *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2. Stockholm: Vårdanalys.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J., Vis, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 382(9904) s. 1575–1586.









# Bilagor

## BILAGA 1 – VÅRDANALYS REGERINGSUPPDRAG



<b>Regeringsbeslut</b>	<b>I:5</b>
2012-06-20	S2012/4529/FS (delvis)

**Socialdepartementet**

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.

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

## BILAGA 2 – UTDRAG UR REGERINGENS REGLERINGSBREV TILL MYNDIGHETEN FÖR VÅRDANALYS 2014

### 3 Uppdrag

#### *Nya och ändrade uppdrag*

##### *1. Uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012-2016*

Inom ramen för sitt uppdrag (regeringsbeslut I:5 från den 20 juni 2012, dnr S2012/4529/FS) att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012-2016 ska Myndigheten för vårdanalys göra en fördjupad utvärdering av patient- och brukarcentrering i vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa. Utvärderingen som ska genomföras i samråd med Nationell Samverkan för psykisk hälsa (NSPH) ska omfatta följande frågeställningar:

- I vilken utsträckning bidrar de insatser som vidtagits inom ramen för PRIO till en mera patient- och brukarfokuserad vård och omsorg? Bidrar en mera patient- och brukarfokuserad vård till bättre psykisk hälsa hos patienter och brukare? Mot bakgrund av ovanstående finns det behov av att förändra insatserna inom ramen för PRIO?
- Hur uppfattar personer med psykisk ohälsa själva begreppet delaktighet och vilka krav och förväntningar har man på delaktighet?
- Vilka indikatorer och datakällor kan användas för att följa patienters, brukares och anhörigas uppfattningar om vårdens och omsorgens innehåll och resultat och om möjligheterna att vara delaktiga och utöva inflytande? I denna del ska Vårdanalys utgå från PRIO:s delmål och samråda med Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Om Vårdanalys ger förslag på nya datakällor ska de kartlägga och redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av förslagen.

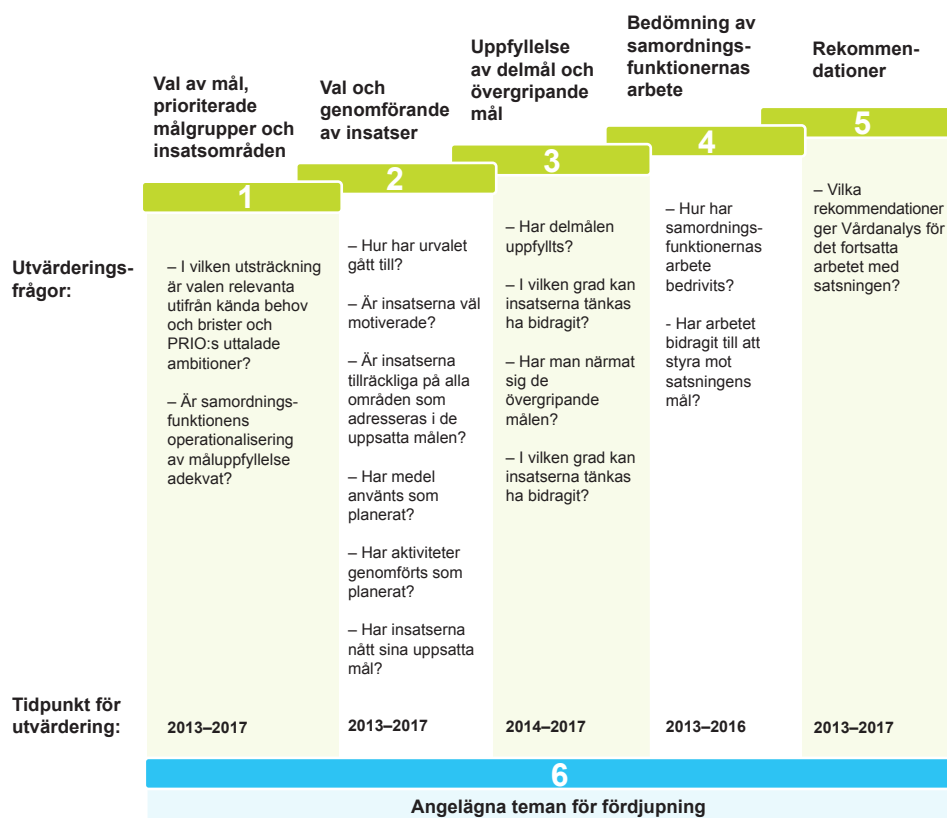
Fördjupningsdelen ska redovisas i myndighetens rapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) den 1 oktober 2014. Myndigheten för vårdanalys får för uppföljningen och utvärderingen av PRIO inklusive fördjupningsdelen använda 4 500 000 kronor under 2014 i enlighet med regeringsbeslut I:5 från den 20 juni 2012 (dnr S2012/4529/FS). Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Rekvisitionen ska lämnas senast den 1 december 2014. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagposten 3 Till Kammarkollegiets disposition. Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2015. Vid samma tidpunkt ska en ekonomisk redovisning lämnas till Kammarkollegiet. Rekvisitionen och redovisningarna ska hänvisa till regleringsbrevet för budgetåret 2014 för Myndigheten för vårdanalys och det diarienummer som detta beslut har.

## BILAGA 3 – UTFÖRLIG BESKRIVNING AV GENOMFÖRANDET AV UTVÄRDERINGEN

### Vårdanalys utvärdering av PRIO 2013

I arbetet med att följa upp och utvärdera PRIO 2013 har vi utgått från en utökad version av den utvärderingsmodell som presenterades i lägesrapporten 2013 (se figur 3.1). Den består av sex steg med specifika frågor samt tidpunkter för när de olika delarna ska utvärderas. Nytt för årets lägesrapport är att även steg 3 utvärderas. Dessutom görs en fördjupad utvärdering av patient- och brukarcentrering för personer med psykisk ohälsa i steg 6 (Vårdanalys 2014a och Vårdanalys 2014b).

Figur 3.1. Vårdanalys modell för utvärdering av PRIO (reviderad version för 2014).



Underlaget för utvärderingen har bestått av intervjuer med samordningsfunktionen vid Socialdepartementet respektive SKL, företrädare för 11 landsting och 33 kommuner, andra myndigheter, patient- och brukarorganisationer samt patientnära verksamheter såsom BUP-enheter, psykiatriska öppenvårdsmottagningar med mera. (Se bilaga 5 för en komplett lista över genomförda intervjuer.) Intervjuerna med kommun- och

landstingsrepresentanter har i första hand rört prestationsbaserad ersättning och hur arbetet inom PRIO bedrivits under 2013. De kontaktade kommunerna och landstingen har varit stora och små sett till befolkningmängd och geografiskt belägna från norr till söder i Sverige. Urvalet har täckt både kommuner som uppfyllt och kommuner som inte uppfyllt ett eller flera av prestationsmålen och därtill hörande grundkrav, samt kommuner som inte ansökt om medel. Uppgifter om kontaktpersoner har förmedlats till oss via samordningsfunktionerna vid SKL och Socialdepartementet. Syftet med intervjuerna har i första hand varit att spegla hur arbetet inom PRIO genomförts lokalt, men eftersom ett urval avkommuner och landsting gjorts kan resultaten inte ses som heltäckande för landet. Vi rapporterar generella slutsatser på området med vissa belysande exempel. Bara i de fall vi har funnit särskilda skäl kommenteras enskilda insatser mer ingående. Det bör nämnas att flera av de redovisade insatserna löper vidare eller utvecklas 2014–2016.

Vi har även genomfört litteraturstudier samt tagit del av regeringsbeslut och insatsredovisningar som har förmedlats till oss via samordningsfunktionen vid Socialdepartementet, via kontaktpersoner vid SKL, Socialstyrelsen och andra berörda aktörer eller funnits tillgängliga via internet. Information har även inhämtats från muntliga presentationer som genomförts av medverkande i enskilda insatser, från PRIO-nätverks-träffar och PRIO-dialoger samt från PRIO-bloggen som drivs av regeringens samordnare för statens insatser inom psykisk ohälsa (<http://www.priobloggen.se/> 2014-06). Diskussioner har också genomförts med Vårdanalys expertråd för PRIO samt med patient- och brukarrepresentanter i form av ambassadörer från kampanjen Hjärnkoll.

### **Val av målgrupper och insatsområden**

I förra årets lägesrapport presenterades en bedömning av valet av övergripande mål, delmål, prioriterade målgrupper och insatsområden. Som grund för bedömningen gjordes litteraturstudier, intervjuer med patient- och brukarrepresentanter, studiebesök vid psykiatrisk mottagning samt diskussioner med Vårdanalys expertråd för PRIO. Utvärderingen baserades då på en bedömning av i vilken utsträckning de valda målen är relevanta i förhållande till kända behov och brister och PRIO:s uttalade ambitioner. Eftersom målen, de prioriterade målgrupperna och insatsområdena inte har ändrats till 2013 gör vi inte någon ytterligare bedömning av valet av dessa i år. Detta kan i stället komma att bli aktuellt om någon av dessa förutsättningar ändras under de kommande åren fram till 2016.

### **Val av insatser**

När PRIO startade 2012 ansvarade en arbetsgrupp inom Socialdepartementet för att välja ut de enskilda insatser som skulle ingå. Insatserna valdes då i första hand utifrån de målsättningar som fanns i skrivelsen En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (Regeringen 2009a). Efter en översiktlig genomgång av insatserna samt intervjuer med berörda aktörer bedömde vi i vår tidigare lägesrapport att samtliga insatser i sig har motiverade syften. Ansvaret för att välja insatser har även

2013 legat på samordningsfunktionen vid Socialdepartementet, som gjort urvalet i samråd med SKL, företrädare på olika nivå inom kommuner och landsting, hälso- och sjukvårdsdirektörer, chefer inom socialpsykiatri, företrädare för primärvården, tjänstemän på ledningsnivå samt brukare och företrädare för patient- och brukarorganisationer. Samordningsfunktionen har delvis utgått från de insatser som ingick i satsningen 2012 och resultatet är att majoriteten av de insatser som tilldelades medel under 2012 har fortsatt som en del av PRIO även under 2013. Av dessa insatser har det stora flertalet tilldelats ytterligare medel för 2013.

Under 2013 utgjordes PRIO av 43 insatser som tilldelades totalt cirka 846 miljoner kronor av de 870 miljoner som avsätts för satsningen per år. Insatserna är i likhet med 2012 av både varierande omfattning och karaktär. Som underlag för utvärderingen av insatserna har samordningsfunktionen vid Socialdepartementet försett oss med ett internt dokument över de insatser som har ingått i satsningen. Dokumentet listar insatserna och deras koppling till de prioriterade grupperna, insatsområdena och delmålen, vilket varit till stor nytta i arbetet. I tabell 3.1 presenteras en sammanställning av 2013 års insatser, hur mycket medel de tilldelas och referenser till underliggande regeringsbeslut samt del- eller slutredovisning. Av tabellen framgår även om insatserna har del- eller slutredovisats vid tidpunkten för vår granskning under våren 2014.

Av de totalt 43 insatserna har redovisningar inkommit för 40 av dem och de har därmed inkluderats i årets utvärdering. Insatser vars redovisningar inkom senare än juni 2014 kommer i stället att ingå i den utvärdering vi gör av 2014 års insatser. Vidare har vi i årets lägesrapport genomfört en bedömning av fyra insatser som pågick under 2012, men som inte tidigare har bedömts (se tabell 3.2 nedan). Flertalet av dessa har fortsatt eller utvecklats under 2013 och en del av dem är planerade att fortsätta även nästkommande år. Tidpunkten för vår utvärdering av PRIO kommer i vissa fall långt efter det att insatsredovisningarna lämnats in. Det gör att dessa bedömningar kan komma att uppfattas som delvis inaktuella. Detta begränsar också möjligheterna för samordningsfunktionen vid Socialdepartementet och övriga aktörer att beakta våra synpunkter i arbetet med att utveckla och förbättra PRIO till nästa år.



Insatser 2013	Mottagare	Summa 2013 tusen kronor	Redovisad vid tid- punkten för Vårdanalys- bedömning	Regerings- beslut
<b>Målgrupp 1: Barn och unga med psykisk ohälsa</b>				
Tillgänglighet till första linjen	SKL	2 000	Ja (delredovisad)	S2012/8769/ FS
Prestationsmål 1 - Första bedömning inom 30 dagar	SKL/ Landsting	80 000	Ja (slutredovisad)	S2012/8769/ FS
Prestationsmål 2 - Fördjupad utredning inom 30 dagar	SKL/ Landsting	100 000	Ja (slutredovisad)	S2012/8769/ FS
PSYNK-projektet	SKL	33 500	Ja (slutredovisad)	S2012/8769/ FS
Självskadeprojekt (Kunskapsnoden)	SKL	0	Nej (slutredovisas oktober 2014)	S2012/8769/ FS
Första hjälpen till unga med psykisk ohälsa	KI/NASP	4 700	Ja (delredovisad)	S2011/8469/ FS
Prestationsmål 3 - Rapportering av samordnade vårdplaner enligt HSL	SKL/ Landsting	50 000	Ja (slutredovisad)	S2012/8769/ FS
Prestationsmål 4 - Rapportering av samordnade vårdplaner enligt SoL	SKL/ Kommuner	100 000	Ja (slutredovisad)	S2012/8769/ FS
<b>Målgrupp 2: Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik</b>				
Prestationsmål 1 - Registrering i psykiatriska kvalitetsregister	SKL/ Landsting	100 000	Ja (slutredovisad)	S2012/8769/ FS
Inmatning	SKL	2 000	Ja (slutredovisad)	S2012/8769/ FS
Prestationsmål 2 - Minskat behov av tvångsåtgärder	SKL/ Landsting	50 000	Ja (slutredovisad)	S2012/8769/ FS
Prestationsmål 3 - Inventering av personer med psykisk funktionsnedsättning	SKL/ Kommuner	150 000	Ja (slutredovisad)	S2012/8769/ FS
Bättre vård mindre tvång	SKL	8 500	Ja (delredovisad)	S2012/8769/ FS
Hjälpmedel i skolan	Hjälpmedelsinstitutet	0	Ja (slutredovisad)	S2011/8505/ FS
KUR	Försäkringskassan	0	Ja (slutredovisad)	S2007/9493/ HS
Ökat utbud av sysselsättning i kommunen	Socialstyrelsen	30 000	Ja (delredovisad)	Förordning 2009:955

Insatser 2013	Mottagare	Summa 2013 tusen kronor	Redovisad vid tidpunkten för Vårdanalys bedömning	Regeringsbeslut
Administrationsutbetalning enligt ovan	Socialstyrelsen	600	Ja (delredovisad)	Förordning 2009:955
Integrerade former öppenvård	SKL	0	Ja (slutredovisad)	S2012/8769/FS och S2012/3906/FS
Sysselsättning pers. psykisk hälsa	Försäkringskassan	250	Ja (delredovisad)	S2013/7759/FS
<b>Område 1: Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete</b>				
Kunskapsstyrningsuppdrag	Socialstyrelsen	5 500	Ja (delredovisad)	S2013/1667/FS
Hänguppdrag övriga myndigheter (Kunskapsstyrning)	Flera	1 000	Ja (delredovisad)	S2013/1667/FS
Kunskapsproduktion psykosociala insatser	CEPI/LU	4 000	Ja (slutredovisad)	S2011/11334/FS
Bättre psykosvård	Akademiska sjukhuset	10 000	Ja (slutredovisad)	S2011/9370/FS
Implementering riktlinjer schizofreni	Socialstyrelsen	3 000	Ja (delredovisad)	S2011/8804/FS
Äldre med psykisk ohälsa	Haninge kommun	420	Ja (delredovisad)	S2013/4483/FST
Stöd och behandling på nätet	SKL	10 000	Ja (slutredovisad)	S2012/8769/FS
Kompetenssatsning ST psykiatri	Socialstyrelsen/SKL	9 000	Ja (slutredovisad)	S2013/4213/FS och S2013/4214/FS
Kompetensmål psykologer	Socialstyrelsen	0	Nej (slutredovisas december 2014)	S2013/7197/FS
AT-läkare	Socialstyrelsen	400	Ja (delredovisad)	S2008/4638/FS
Forskningstjänster inom psykiatriområdet	Vetenskapsrådet	12 000	Ja (delredovisad)	S2009/9394/FS
Utökad uppgiftsskyldighet till patientregistret (PAR)	Socialstyrelsen	0	Ja (slutredovisad)	2013/6129/FS
Kvalitetsregisteröverenskommelsen (del)	SKL	20 000	Ja (delredovisad)	S2011/8471/FS

Insatser 2013	Mottagare	Summa 2013 tusen kronor	Redovisad vid tidpunkten för Vårdanalys bedömning	Regeringsbeslut
Förstärkning kvalitetsregister	SKL	2 500	Ja (slutredovisad)	S2013/7022/FS
PRIO-utvärdering	Vårdanalys	4 500	Nej (ingår inte i Vårdanalys bedömning)	S2012/4529/FS
PRIO-samordning Socialdepartementet	Socialdepartementet	5 000	Nej (men bedöms i rapporten)	S2012/3907/FS
Samordningsfunktion SKL	SKL	1 500	Nej (men bedöms i rapporten)	S2012/3907/FS
Uppföljning av överenskommelsen	Socialstyrelsen	1 500	Ja (delredovisad)	S2012/8769/FS
Uppdrag psykisk ohälsa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uppdrag att utveckla grunddata och indikatorer</li> <li>• Uppdrag att fortsätta arbetet med kunskapsutveckling och stöd till implementering</li> <li>• Uppföljning av verksamheten med personliga ombud</li> <li>• Följa tillgänglighetsstrategin BoU samt följa upp</li> <li>• Uppdrag att göra en bedömning mot uppställda krav</li> </ul>	Socialstyrelsen	10 000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja (delredovisad)</li> <li>• Ja (delredovisad)</li> <li>• Ja (slutredovisad)</li> <li>• Ja (slutredovisad)</li> <li>• Ja (slutredovisad)</li> </ul>	S2012/3905/FS
<b>Område 2: Bemötande, delaktighet och inflytande</b>				
Ungas syn på psykisk ohälsa	Ungdomsstyrelsen	500	Nej (slutredovisas mars 2015)	S2013/6261/FS
Stöd för ökad delaktighet och inflytandefrågor	NSPH	5 000	Ja (delredovisad)	S2013/608/FS
Nationella hjälplinjen	SKL	7 500	Ja (delredovisad)	S2010/4444/FS
Utveckla kunskapsstöd anhöriga	NKA	3 000	Ja (lägesrapport)	S2012/3632/FS
Attityduppdraget	Handisam	18 500	Ja (lägesrapport)	S2011/11250/FS
<b>Summa PRIO 2013 (tusen kronor)</b>		<b>846,370</b>		

Tabell 3.2. Insatser från 2012 som utvärderas i den aktuella lägesrapporten.

Insatser 2012	Mottagare	Summa	Redovisad vid tidpunkten för Vårdanalys bedömning	Regeringsbeslut
Utveckling och förstärkning av specialistkompetenser i psykiatri	IPULS	6 000	Ja (slutredovisad)	S2009/2844/HS S2010/643/HS
Förstärkt tillsyn hälso- och sjukvården	Socialstyrelsen	50 000	Ja (slutredovisad)	S2012/3357/FS
Aktivitetsersättning unga vuxna	Försäkringskassan	2 000	Ja (slutredovisad)	S2012/3357/FS
Förstärkt tillgänglighet BUP (Kömiljarden)	BUP	214 000	Ja (slutredovisad)	S2006/9394/FS S2011/10432/FS
<b>Summa</b>		<b>272 000</b>		

### Genomförande av insatser

För utvärderingen av genomförandet av 2013 års insatser har vi tagit del av ett omfattande underlagsmaterial bestående av del- eller slutredovisningar för uppdragen. Merparten av redovisningarna har följt en struktur som gjort det lätt för oss att med utgångspunkt i regeringsbesluten följa arbetet med insatserna, ta del av de aktiviteter som genomförts och i viss mån även utläsa vilka resultat och mål som uppnåtts. Vad gäller de ekonomiska redovisningarna, som i vissa fall varit knapphändiga, finns emellertid utrymme för förbättringar. Värt att framhålla är att SKL:s slutrapport av överenskommelsen 2013 (SKL 2014d) presenterar resultat med utgångspunkt i PRIO:s delmål och övergripande mål, något vi bedömer som värdefullt då det sätter måluppfyllelse i fokus och bidrar till att skapa en röd tråd i uppföljningen av satsningen.

Vad gäller de målbeskrivningar som vi har utvärderat har underlag hämtats från tillgängliga källor som beslut och insatsredovisningar. För flertalet insatser beskrivs enbart de slutliga projektmålen vilket har gjort det svårt att utvärdera resultatet av insatser som löper över flera år. Några insatser beskriver så långsiktiga mål att de inte är uppföljningsbara inom den avsatta tidsramen. Vi noterar emellertid att fler insatser har tydliga, konkreta och uppföljningsbara mål 2013 än 2012, vilket vi ser som en positiv utveckling. Det är emellertid fortfarande vanligt att målbeskrivningarna fokuserar på olika process- och strukturmått, utan att koppla dem till om eller hur de kan förbättra situationen för målgruppen.

Redovisningarna för de insatser som ligger utanför överenskommelsen med SKL är fortfarande varierande till omfattning och upplägg och följer inte någon enhetlig mall för rapportering. Vi framhåller detta som ett förbättringsområde till kommande års arbete. En gemensam mall där insatsernas resultat och möjliga bidrag till uppfyllelse av PRIO:s delmål och övergripande mål tydligt presenteras, skulle vara till nytta för att kunna göra en bedömning på lika grunder. En gemensam mall skulle även kunna leda till färre insatser med otillräckliga eller uteblivna ekonomiska redovisningar.

### *Utvärderingsfrågor för val av och genomförande av insatser:*

- Hur har urvalet gått till?
- Är insatserna väl motiverade?
- Är insatserna tillräckliga på alla områden i de uppsatta målen?
- Kan valet av insatser bidra till långsiktiga förändringar?
- Har avsatta medel för insatserna använts som planerat?
- Har aktiviteter inom insatserna genomförts som planerat?
- Har insatserna nått sina uppsatta mål?
- Kan insatsen bidra till uppfyllelse av PRIO:s delmål och/eller övergripande mål?

### **Utvärdering av måluppfyllelse**

För bedömning av delmålsuppfyllelse har vi utgått från den operationalisering som tagits fram av samordningsfunktionen vid Socialdepartementet. För varje delmål finns ett antal indikatorer uppsatta som tillsammans med de enskilda insatserna inom PRIO ska bidra till att respektive delmål uppfylls. Med hjälp av planen har det, åtminstone till viss del, varit möjligt att följa utvecklingen av målen från och med 2013. Detta har både gjorts med hjälp av befintliga datakällor som exempelvis Socialstyrelsens patient- och dödsorsaksregister, och med prestationsinsatserna inom överenskommelsen mellan staten och SKL. Nedan listas delmålen tillsammans med samordningsfunktionen vid Socialdepartementets förslag på uppföljning:

#### **1. Tillgänglighet för barn och unga**

*Delmål: Utveckla och tillgängliggöra verksamheterna i första linjens hälso- och sjukvård och i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) Barn, unga och deras närstående kan hitta information om var stöd och hjälp finns att få i enlighet med fattade beslut om verksamheternas respektive uppdrag och ansvar.
- 2) Barn och unga med psykisk ohälsa erbjuds ett första specialistbesök inom 30 dagar, behandling eller fördjupad utredning inom 30 dagar. Enklare råd och stöd erbjuds i första linjen inom en vecka.
- 3) Barn och unga med mer omfattande problematik har fått en vårdplan upprättad senast efter det fjärde besöket och en uppföljning av insatser har gjorts inom sex månader.

## **2. Förebyggande insatser**

*Delmål: Utveckla kunskap och metoder för att identifiera riskgrupper samt metoder för att rikta särskilda förebyggande insatser till barn och unga.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) Målet bidrar till helheten och mäts inte.

## **3. Självmord och självskadande beteende**

*Delmål: Minska förekomsten av självskadande beteende, självmordsförsök och självmord hos barn och unga.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) Självskadande beteende som kräver specialistvård minskar mellan 2014 och 2016.
- 2) Självmordsförsök och självmord bland barn och unga minskar mellan 2014 och 2016.

## **4. Samverkan och samordning kring barn och unga**

*Delmål: Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen vid insatser riktade till barn och unga med psykisk ohälsa.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) Kommuner och landsting har en tydlig ansvarsfördelning när det gäller insatser till barn och unga med psykisk ohälsa av olika allvarlighetsgrad.
- 2) Alla barn och unga med behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården har en samordnad individuell vårdplan om det behövs för att han eller hon ska få sina behov tillgodosedda.
- 3) Barn, unga och professionella i verksamheterna upplever att hinder för samverkan har minskat.

## **5. Vård och omsorg till personer med omfattande problematik**

*Delmål: Öka kompetensen och kunskapen om personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik och dess konsekvenser, samt om betydelsen av att behandla somatisk sjukdom hos personer tillhörande målgruppen.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) 80 procent av patienterna med diagnosen schizofreni, bipolär sjukdom och ADHD får en årlig uppföljning av sin psykiatriska och somatiska hälsa av en läkare.

- 2) 80 procent av patienterna och brukarna anser att deras behov av stöd och service utgår från deras behov och är till hjälp för den individuella utvecklingen.
- 3) Andelen patienter och brukare som får rekommenderade insatser i Nationella riktlinjer och motsvarande styrdokument ökar mellan 2013/2014 och 2016.

## **6. Bättre heldygnsvård – mindre tvång**

*Delmål: Minska behovet av tvångsåtgärder och förbättra patientens upplevelse vid tvångsvård inom den psykiatriska heldygnsvården.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) Förekomsten av bältesläggning, avskiljning och tvångsmedicinering minskar mellan 2014 och 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 beslutsfattande och upplevelser i samband med tvångsåtgärder, ökar.

## **7. Samverkan och samordning kring personer med omfattande eller komplicerad problematik**

*Delmål: Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) Kommuner och landsting har en tydlig ansvarsfördelning när det gäller insatser till personer med omfattande eller komplicerad problematik, samt överenskommelser om samverkan som tillämpas av verksamheterna och följs upp regelbundet.
- 2) Patienter och brukare upplever sig, genom att ha fått relevanta insatser eller stöd i att komma rätt, ha tagits emot och känt sig välkomna där de först sökt hjälp.

## **8. Kunskapsstöd**

*Delmål: Bidra till att vården och omsorgen i ökad utsträckning bygger på bästa tillgängliga kunskap.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) Målet bidrar till helheten och mäts inte

## **9. Kompetens**

*Delmål: Förstärka kompetensen bland personal som möter personer med psykisk ohälsa.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) 2013 gjordes en bedömning av lämpligheten i och möjligheten att förstärka innehållet i relevanta grund- och specialistutbildningar samt fortbildningar för att tillgodose kompetensbehoven hos specialistpsykiatrin och i socialtjänstens verksamheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Därefter får ett slutgiltigt mål sättas.

## **10. Uppföljning**

*Delmål: Skapa förutsättningar för att vårdens och omsorgens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) Psykiatrins kvalitetsregister, behovsinventeringar eller andra uppföljningsmått används och resultaten presenteras och analyseras årligen som en del i verksamheternas ständiga förbättringsarbete.
- 2) Socialstyrelsens struktur för uppföljning och utvärdering inom området ger löpande en bild av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser nationellt till personer med psykisk ohälsa, särskilt inom de områden som omfattas av PRIO-planen.

## **11. Förvärvsarbete**

*Delmål: Öka sysselsättningsgraden för personer med psykisk funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) Antalet personer med omfattande och komplicerad problematik som helt eller delvis har egen försörjning genom arbete har ökat mellan 2014 och 2016.

## **12. Meningsfull sysselsättning**

*Delmål: Ett mer varierat utbud av verksamheter med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:



- 1) 80 procent av alla kommuner kan erbjuda personer med psykisk funktionsnedsättning minst tre olika sysselsättningsverksamheter att välja mellan.
- 2) Minst 80 procent av ett statistiskt urval av personer med psykisk funktionsnedsättning uppfattar själva att de har en meningsfull sysselsättning.

### **13. Patient- och brukarinflytande**

*Delmål: Öka patient- och brukarinflytande inom vården och omsorgen.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) Patienters och brukares upplevelser till exempel av att vara tillräckligt informerade, delaktiga i insatsernas planering, utformning och ha möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ, ökar mellan 2014 och 2016.
- 2) Företrädare för patient-, brukar- och anhörigorganisationer upplever att deras organisationers inflytande på verksamheternas utveckling har ökat mellan 2014 och 2016.

### **14. Stöd till anhöriga**

*Delmål: Utveckla stödet till anhöriga personer med psykisk ohälsa.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) 80 procent av ett statistiskt urval av personer som arbetar i eller leder verksamheter som vänder sig till personer med psykisk ohälsa, upplever sig ha tillgång till kunskap om strategier och arbetssätt som ger anhöriga adekvat stöd och stärker deras roll i insatserna till patienter och brukare.
- 2) 80 procent av landstingen erbjuder anhörigutbildningar för personer med schizofreni och bipolär sjukdom.
- 3) Samtliga landsting beaktar barns behov av särskilt stöd när en förälder har en psykisk sjukdom.

### **15. Minskad stigmatisering**

*Delmål: Bidra till att minska stigmatiseringen av personer med psykisk ohälsa.*

Samordningsfunktionens förslag till måluppfyllelse:

- 1) Attityder mot personer med psykisk ohälsa förbättras mellan 2014 och 2016.

För de övergripande målen finns ingen operationalisering definierad och eftersom de är mycket långsiktiga och sträcker sig bortom 2016 då satsningen avslutas, är det i dagsläget för tidigt att göra en bedömning av huruvida de är uppfyllda eller ej. I stället har ett förslag på elva möjliga indikatorsområden tagits fram som ska bidra till att långsiktigt styra mot de övergripande målen. Indikatorsområdena presenteras i *Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Styrning mot målen 2013–2014 underlag för Referens- och strategigruppen* (Regeringen 2013b) och ser ut på följande vis:

- 1) Levnadsförhållanden för personer med psykisk ohälsa förbättras.
- 2) Patienters och brukares egna uppfattningar om delaktighet, inflytande och effekten av de insatser som ges, utvecklas i positiv riktning.
- 3) Attityder till psykisk ohälsa i befolkningen förbättras.
- 4) Väntetider till vård och behandling minskar.
- 5) Förekomsten av psykisk ohälsa i befolkningen minskar.
- 6) Förekomsten av självmord minskar.
- 7) Överdödlighet hos personer med psykisk ohälsa minskar.
- 8) Förekomst av lönearbete hos personer med allvarlig psykisk ohälsa ökar.
- 9) Förekomsten av tvångsåtgärder i den psykiatriska vården minskar.
- 10) Skolresultat för barn och ungdomar som haft kontakt med psykiatri eller socialtjänst förbättras.
- 11) Utbudet av vissa insatser i socialtjänst och hälso- och sjukvård, som rekommenderas i Nationella riktlinjer och liknande styrdokument, ökar.

**BILAGA 4 – VÅRDANALYS EXPERTRÅD FÖR PRIO-UTVÄRDERING**

<b>Namn</b>	<b>Titel</b>
Lise-Lotte Risö Bergerlind	Överläkare psykiatri, f.d. ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen
Marianne Björklund	F.d. utredare Socialstyrelsen
Agneta Schröder	Med.dr., forskare Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro läns landsting och institutionen för Hälsa och Medicin, Örebro universitet, Örebro
Eva Serlachius	Docent i barn- och ungdomspsykiatri, koordinator programområde BUP, Centrum för Psykiatrforskning Karolinska Institutet, Stockholms läns sjukvårdsområde
Jimmie Trevett	Ordförande RSMH
Alain Topor	Docent, Institutionen för Socialt arbete vid Stockholms universitet
Anette Åquist Falkenroth	Konsult, f.d. förvaltningschef vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevården Region Halland

## BILAGA 5 – INTERVJUADE PERSONER I SAMBAND MED VÅRDANALYS UTVÄRDERING AV PRIO

<b>Nationella samordnare</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Anders Printz	Socialdepartementet
Ing-Marie Wieselgren	Sveriges Kommuner och Landsting
<b>Socialdepartementet</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Kerstin Evelius	Socialdepartementet
<b>Myndighetsföreträdare</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Jenny Telander	Folkhälsomyndigheten
Johanna Ahnquist	Folkhälsomyndigheten
Anita Janninen	Socialstyrelsen
Carina Gustafsson	Socialstyrelsen
Catrine Berglie	Socialstyrelsen
Eija Airaksinen	Socialstyrelsen
Ingrid Ström	Socialstyrelsen
Louise Yngve	Socialstyrelsen
Mattias Fredricson	Socialstyrelsen
Peter Salmi	Socialstyrelsen
Pär Alexandersson	Socialstyrelsen
Mats Ulfendahl	Vetenskapsrådet
<b>Representanter för patient- och brukarorganisationer</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Anki Sandberg	Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)
Kjell Broström	NSPH
Marie-Louise Armand	NSPH
Mårten Jansson	NSPH
<b>Kontaktpersoner för PRIO i kommuner och landsting</b>	
<b>Landsting</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Anna-Carin Forsmark	Landstinget i Östergötland
Annika Hull Laine	Landstinget Kronoberg
Bengt Stenström	Landstinget i Värmland
BrittInger Högborg	Västerbottens läns landsting
Christina Möller	Västra Götalandsregionen
Signe Axelsson	Landstinget i Jönköpings län

<b>Kommuner</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Anna Derwinger	Hallberg Region Gotland
Annica Eriksson	Göteborg stad
Carina Lindkvist och Jan Lanzow Nilsson	Malmö stad
Caroline Johansson	Nybro kommun
Helena Forslund	Södertälje kommun
Helene Joelsson	Östhammar kommun
Jessica Eriksson, Maria Nilsson och Ola Bäckström	Örnsköldsviks kommun
Lars Olsson	Katrineholms kommun
Maria Collin Riis	Mora kommun
Mikael Olofsson	Älvsbyn kommun
Per Söderberg	Hammarö kommun
Sofia Persson och Susanne Bergström	Örebro kommun
<b>Kommun- och landstingsföreträdare/-representanter som intervjuats om prestationsbaserad ersättning</b>	
<b>Landsting</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Conny Gabrielsson	Stockholms läns landsting
Gunnar Andersson och Eva Kembler	Landstinget Västmanland
Harald Segerstedt	Norrbottnens läns landsting
Johan Larsson och Katarina Viebke	Region Skåne
Stina Karlsson och Bo Lundin	Landstinget i Kalmar län
<b>Kommuner</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Ann-Sofie Holmertz	Vaxholms stad
Arja Martinviita, Kirsti Jussila och Marie Segerlund-Mukka	Haparanda stad
Boel Nyberg Ekbom	Svalövs kommun
Eila Medin	Emmaboda kommun
Ethel Lingfors och Anna Lindskog	Stockholms stad
Eva Blomberg	Fagersta kommun
Anna Norén, Gerd Bergman och Ingela Lagerskog	Luleå kommun

Gunilla Sivander, Gunilla Stenzelius och Maria Strandell	Danderyds kommun
Gunilla Öhrling	Västerviks kommun
Hanna Nilsson och Jennie Salmén	Kristianstads kommun
Jörgen Aronsson	Karlskrona kommun
Karin Eklöf, Mari-Louise Brunstedt och Sven Svensson	Haninge kommun
Lars Pihlgren	Norbergs kommun
Maarit Verga	Köpings kommun
Maria Collin Riis	Mora kommun
Per-Ola Hedberg	Töreboda kommun
Pia Nilsson	Olofströms kommun
Stefan Strindholm	Vilhelmina kommun
Susanne Windisch	Valdemarsviks kommun
Yvonne Pettersson och Karin Bodlund	Västerås stad
Ywonne Holm	Ödeshögs kommun
<b>Verksamhetsföreträdare och vårdgivare som intervjuats om PRIO</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Anita Blomberg	Öppenvård psykiatri, Gagnef
Daniel Jansson-Hammargren	Affektivmottagningen, Örebro läns landsting
Gunilla Hagberg Tegenrot	BUP, Malmö
Inga-Lena Lindberg	Stadsledningsstaben, Avdelningen för individ- och familjeomsorg och funktionshinder, Göteborgs stad
Kerstin Eliasson	Psykiatriska kliniken, NUS, Umeå
Urban Pettersson Bargo	WeMind
Thomas Tegenmark	WeMind
BUP-företrädare i tre landsting (anonyma)	
<b>Personer som intervjuats om delaktighet och inflytande</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Agneta Schröder	Örebro läns landsting och institutionen för Hälsa och Medicin, Örebro universitet
David Ershammar	Division Psykiatri, Region Skåne
Ingela Wahlgren	Ipsos Observer
Josefine Gustafsson	Myndigheten för delaktighet
Katarina Viebke	Division Psykiatri, Region Skåne
Klas Sundström	Psykiatri Södra Stockholm
Lars Hansson	Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder (CEPI), Lunds universitet
Lena Langlet	Sveriges Kommuner och Landsting
Majlis Nilsson	Länsstyrelsen i Stockholms län

Marit Grönberg Eskel	Sveriges Kommuner och Landsting
Rickard Bracken	Kampanjen Hjärnkoll, Myndigheten för delaktighet
Sofia Tullberg	Sveriges Kommuner och Landsting
Tiina Ekman	Ungdomsstyrelsen
Ulla Forsbeck-Olsson	BUP, Stockholm
<b>Personer som intervjuats om MHFA/YMHFA</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Ing-Marie Wiselgren	Sveriges Kommuner och Landsting
Daniel Brattgård	Sahlgrenska sjukhuset
Filippa Ahlberg Gagnér	Suicidprevention Väst
Gergö Hadlaczky	Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention av Psykisk Ohälsa
Jenny Telander	Folkhälsomyndigheten
Karin Lindh	Akademiska sjukhuset, Uppsala
Louvisa Bengtsson	Suicidprevention Väst
Margit Ferm	NSPH
Sonny Wählstedt	Suicidprevention Väst
Susanne Rolfner Suvanto	NSPH
<b>Externt arbete</b>	
<b>Namn</b>	<b>Arbetsplats</b>
Anders Hellqvist	EY
Gunnar Uhlin	EY
Kristian Bolin	Mapsec
Emma Sterky	Ramböll
Malin Forssell	Ramböll
Åsa Karlsson	Ramböll







# Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa Lägesrapport 2014

Handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa utgör grunden för regeringens arbete mot psykisk ohälsa under perioden 2012-2016. Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera satsningen under åren 2013-2017. I denna andra lägesrapport redovisar vi vår utvärdering av 2013 års insatser. Utvärderingen visar att vissa positiva resultat har uppnåtts men att det finns betydande brister i satsningens nuvarande utformning. Bland annat bör de valda insatsernas inriktning bättre stämma överens med satsningens delmål och övergripande mål. Vi rekommenderar att regeringen tar fram en ny långsiktig strategi mot psykisk ohälsa.

---

**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.

