



2012:4

# Statens psykiatrisatsning 2007–2011

– delrapport





MISSIV

DATUM  
2012-01-20  
ERT DATUM  
2011-06-16

DIARIENR  
2011/175-5  
ER BETECKNING  
S2006/9394/FS (delvis)  
S2011/5881/FS (delvis)

Regeringen  
Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

## Uppdrag att följa upp och utvärdera regeringens politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning

Regeringen gav i juni 2011 Statskontoret i uppdrag att följa upp och analysera hur vården och det sociala stödet till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning utvecklats över tid. Utgångspunkten är regeringens psykiatrisatsning 2007–2011. Statskontoret ska följa upp satsningens effekter utifrån den inriktning och de uppföljningsmått som nämns i regeringens skrivelse En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (skr. 2008/09:185).

Uppdraget ska redovisas i en delrapport den 31 januari 2012 och slutredovisas i en rapport den 15 september 2012.

Statskontoret överlämnar härmed rapporten *Statens psykiatrisatsning 2007–2011 – delrapport (2012:4)*.

Generaldirektör Yvonne Gustafsson har beslutat i detta ärende. Utredningschef Anna Pauloff och utredare Michael Kramers, föredragande, var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Yvonne Gustafsson

Michael Kramers

## Innehåll

	<b>Sammanfattning</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Uppdraget</b>	<b>11</b>
1.1	Mål som ska utvärderas	11
1.2	Bakgrunden till uppdraget	12
1.3	Statens psykiatrisatsning	12
1.4	Metod	12
1.5	Avgränsningar	13
1.6	Projektgrupp	14
1.7	Delrapportens upplägg	14
<b>2</b>	<b>Psykiatrisatsningens olika delar</b>	<b>17</b>
2.1	Insatser	17
2.2	Pengar	20
2.3	Målgruppen enligt Statskontoret	23
2.4	Effekter	31
<b>3</b>	<b>Vården</b>	<b>35</b>
3.1	Problem som skulle åtgärdas	35
3.2	Insatser inom vårdområdet	36
3.3	Resultat av insatser riktade till barn och ungdomar	38
3.4	Resultat av satsningar på kompetens och evidens	44
3.5	Resultat av stöd till kvalitet och utveckling	57
3.6	Sammanfattande iakttagelser	65
<b>4</b>	<b>Vardagen</b>	<b>69</b>
4.1	Problem som skulle åtgärdas	69
4.2	Insatser inom vardagsområdet	70
4.3	Resultat av sysselsättningsinsatser	71
4.4	Resultat av satsningar på kompetens och evidens	74
4.5	Resultat av stöd till kvalitet och utveckling	77
4.6	Sammanfattande iakttagelser	83
<b>5</b>	<b>Valfrihet</b>	<b>87</b>
5.1	Problem som skulle åtgärdas	87
5.2	Insatser inom valfrihetsområdet	87
5.3	Resultat av sysselsättningsinsatser	88
5.4	Sammanfattande iakttagelser	90

<b>6</b>	<b>Statskontorets fortsatta utvärdering</b>	<b>91</b>
6.1	Utvärderingens frågor	91
6.2	Indikatorer på måluppfyllelse	92
6.3	Några perspektiv på satsningens effekter	94
6.4	Tillvägagångssätt och urval av projekt	96

## **Bilagor**

1	Regeringsuppdraget	99
2	Förändringar i livsvillkor för psykiskt funktionsnedsatta	103

## Sammanfattning

Statskontoret har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera den psykiatrisatsning som regeringen initierat för åren 2007–2011. Uppdraget ska delredovisas den 31 januari 2012 och slutredovisas den 15 september 2012. Denna rapport utgör delrapporten.

Från 2007 till och med 2011 har regeringen avsatt ca 3,6 miljarder kronor till olika insatser för att förbättra vården, vardagen och valfriheten för personer med psykisk funktionsnedsättning. Totalt rör det sig om närmare 50 insatser som har satts igång<sup>1</sup>.

Statskontorets arbete har lagts upp så att vi i denna delrapport ger en redovisning av psykiatrisatsningens innehåll och ekonomi. I delrapporten beskriver vi också översiktligt de resultat som respektive projekt uppnått fram till nu. Statskontorets slutliga bedömning av psykiatrisatsningens effekter lämnas dock i slutrapporten den 15 september 2012. Redan nu vill Statskontoret uppmärksamma regeringen på vissa iakttagelser som gjorts i arbetet med delrapporten och som kan ha betydelse för psykiatrisatsningens framtida inriktning. Dessa iakttagelser kommer tillsammans med kompletterande data att analyseras ytterligare under våren 2012 för att kunna ge en så fördjupad bild av satsningens effekter som möjligt.

## Satsningens inriktning och ekonomi

Den närmare inriktningen av psykiatrisatsningen framgår av en skrivelse<sup>2</sup> som regeringen lämnade till riksdagen 2009. Regeringens mål med satsningen är:

- att personer med psykisk funktionsnedsättning ska ha tillgång till en god och kunskapsbaserad vård när och där de behöver den (**vården**),
- att utbudet av arbete, sysselsättning och boendeformer ska vara anpassat till de behov som personer med psykisk funktionsnedsättning har (**vardagen**) och
- att personer med psykisk funktionsnedsättning ska ges möjlighet att välja och ha inflytande över utformningen av de vård-, rehabiliterings-, och stödinsatser som de tar del av (**valfriheten**).

Inom ramen för satsningen mål prioriteras fyra områden: barn och unga, sysselsättning, kompetens och evidens samt långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete. Exempel på insatser som genomförts är utbildning av

---

<sup>1</sup> En del av insatserna påbörjades under hösten 2011 och är därför inte föremål för Statskontorets utvärdering. Se avsnitt 1.5 för avgränsningar.

<sup>2</sup> Skr 2008/09:185.

personal, sysselsättningsplatser för personer med psykisk funktionsnedsättning, utveckling av hjälpmedel och informationskampanjer.

### **Satsningens målgrupp är svår att avgränsa**

Enligt regeringen riktas psykiatrisatsningens projekt till personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Hur dessa två grupper ska avgränsas och vilka som ingår framgår inte på ett tydligt sätt av regeringens skrivelse om psykiatrisatsningen. I Statskontorets utvärdering används begreppet psykisk funktionsnedsättning genomgående för att beskriva målgruppen för statens psykiatrisatsning. I begreppet ingår både personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning samt de som även har ett psykiskt funktionshinder. Utifrån inriktningen på psykiatrisatsningens olika insatser bedömer Statskontoret att den målgrupp som huvudsakligen berörs av statens insatser är personer med psykisk funktionsnedsättning som har behov av landstingens specialiserade psykiatri eller av både den specialiserade psykiatrin och kommunernas omsorg. Socialstyrelsen visar att drygt 200 000 personer uppsökte den specialiserade psykiatriska öppenvården under 2008. År 2010 slutenvårdades ca 60 000 personer för psykiska sjukdomar. En försiktig bedömning skulle, enligt Statskontoret, kunna vara att storleken på målgruppen för psykiatrisatsningen ligger någonstans mellan 60 000 och drygt 200 000 personer.

I några fall är psykiatrisatsningens målgrupp bredare – det gäller t.ex. vissa förebyggande projekt riktade till barn och unga. Hur målgruppen avgränsas har betydelse för bedömningen av ändamålsenligheten i statens psykiatrisatsning.

### **Pengarna går främst till förbättringar i vården**

Drygt två tredjedelar av psykiatrisatsningens medel har anvisats till förbättringar i vården, framförallt till barn och unga. Sysselsättning får, trots att det är ett prioriterat område, relativt sett lite av psykiatrisatsningens medel – ungefär 10 procent.

### **Pengarna används inte fullt ut**

De pengar som regeringen har satsat på olika projekt under 2007–2011 har ännu inte förbrukats. Med ledning av tillgängliga uppgifter beräknar vi att ungefär 1,6 miljarder av anvisade 3,6 miljarder kronor har förbrukats hittills, dvs. mindre än 50 procent. Hänsyn ska dock tas till att vi för drygt tio projekt inte har kunnat få en redovisning som täcker hela perioden fram till slutet av 2011. Bland de projekt vi saknar uppgifter om finns några större projekt, bl.a. satsningen på att korta köerna till barn- och ungdomspsykiatrin. Resursförbrukningen kommer således att justeras uppåt i takt med att uppgifter från 2011 blir tillgängliga. Även om förbrukningen kommer att justeras uppåt är vår prognos att alla anvisade medel inte kommer att gå åt. Resursförbrukningen under 2007–2010 har varit på en sådan nivå att det inte är sannolikt att resterande medel förbrukas under 2011.

## Projektens resultat

I arbetet med delrapporten har vi analyserat projektens resultat främst utifrån de åiterrapporteringar som företrädare för psykiatrisatsningens olika projekt har lämnat. Dessa åiterrapporteringar innehåller i huvudsak redogörelser för genomförda aktiviteter, t.ex. genomförda utbildningar, framtagna handlingsplaner och publicerade rapporter. Intrycket från åiterrapporteringarna är att de aktiviteter som redovisas ligger inom ramen för de övergripande mål som regeringen har satt upp för psykiatrisatsningen. Informationen är dock inte av sådan karaktär att det i nuläget går att bedöma om insatserna har haft effekter i förhållande till målen för psykiatrisatsningen, dvs. om aktiviteterna faktiskt lett till t.ex. en bättre vård, anpassad sysselsättning och större valfrihet för personer med psykisk funktionsnedsättning. I Statskontorets fortsatta utvärdering av psykiatrisatsningen ska informationen analyseras ytterligare och kompletteras med andra data för att så långt möjligt ge en bild av satsningens effekter i förhållande till målen.

## Både problem och möjligheter med satsningens utformning

Vi har identifierat ett antal problem som har att göra med hur psykiatrisatsningen utformats och genomförts, men vi har också sett att många projekt ger möjligheter att förändra de psykiskt funktionsnedsatta livsvillkor till det bättre.

Problemen handlar bl.a. om konkurrens mellan olika insatser och att kommuner och landsting i vissa fall har haft otillräcklig kapacitet för att anpassa sin verksamhet till statens insatser (t.ex. när det gäller utbildning). Möjligheterna handlar om att projekt kan ha en direkt påverkan på de psykiskt funktionsnedsatta livsvillkor. Det gäller t.ex. sysselsättningsprojektet. Statens satsning på att korta köerna till barn- och ungdomspsykiatri har inneburit att kötiderna kortats. Andra projekt kan ha en mer indirekt påverkan på livsvillkoren för psykiskt funktionsnedsatta, t.ex. utbildning av personal som möter psykiskt funktionsnedsatta, men som ändå visar sig vara betydelsefulla på längre sikt.

## Svårt att uppnå avsedda volymer i projekten

Flera utbildningsprojekt har haft problem med att fylla sina utbildningsplatser. En orsak har varit svårigheter för kommuner och landsting att frigöra personal från ordinarie arbetsuppgifter då detta ofta förutsätter möjligheter att ta in vikarier. Det har också varit svårt för landstingen att finansiera ytterligare kostnader i samband med utbildningarna såsom resor och övernattningar. Detta problem syns tydligast inom hälso- och sjukvården. Det är således svårt att genomföra vissa projekt på grund av resursbrist på regional och lokal nivå. Bristen på yngre disputerade kliniskt verksamma medarbetare inom psykiatri har lett till svårigheter att rekrytera yngre forskare. Den

förlängda AT-tjänstgöringen skulle öka intresset för ämnesområdet men rekryteringen har inte lyckats i önskad utsträckning.

### **Konkurrens mellan olika projekt**

Flera projekt rapporterar om svårigheter att rekrytera deltagare på grund av konkurrens från andra projekt. Detta har skapat en projektträngsel, främst bland utbildningsprojekt som riktar sig till landstings- och kommunanställda. Bara inom kommun- och landstingsgemensamma kompetensprojektet fanns 97 olika utbildningssatsningar 2010. Det finns också fler projekt som erbjuder samma typ av utbildning. Exempelvis har så kallad case manager-utbildning<sup>3</sup> erbjudits via tre olika projekt. Försäkringskassan har haft svårt att få personal i kommuner och landsting att delta i deras utbildning eftersom de redan deltar i andra utbildningar som organiserats inom ramen för psykiatrisatsningen. Konkurrensen mellan olika projekt har tillsammans med brist på personal och ekonomiska resurser försvårat genomförandet av flera av insatserna.

### **Flera projekt inom områden med begränsat utbud**

I vissa fall är utbudet inom den sektor som regeringen vill utveckla för litet. Så är fallet med exempelvis Arbetsförmedlingens upphandling av rehabiliteringstjänster. Antalet platser som företag och organisationer kan erbjuda är begränsat. Dessutom finns ytterligare tre projekt inom psykiatrisatsningen, bl.a. inom området valfrihet, som också har som mål att öka sysselsättningen för psykiskt funktionsnedsatta. Även inom dessa projekt har det varit svårt komma igång. Även om det funnits problem med att komma igång med sysselsättningsprojekten så redovisas vissa resultat. Projekten har lett till att personer med psykisk funktionsnedsättning som tidigare inte haft sysselsättning har fått sysselsättning. Ytterligare utredning krävs dock för att ta reda på om dessa sysselsättningseffekter är varaktiga.

---

<sup>3</sup> En case manager är en särskilt utsedd person har huvudansvaret för att en person får adekvat vård och stöd.

# 1 Uppdraget

För åren 2007–2011 har regeringen avsatt ca 3 600 miljoner kronor till närmare 50 insatser inom psykiatriområdet. Statskontoret har fått i uppdrag av regeringen att följa upp och analysera hur vården och det sociala stödet till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning har utvecklats över tid. Statskontorets uppföljning ska även innehålla en analys av psykiatrisatsningens effekter. Utvärderingen ska utgå från den inriktning och de uppföljningsmått som nämns i regeringens skrivelse En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.<sup>4</sup> Statskontoret har enligt uppdraget möjlighet att revidera måtten på måluppfyllelse och ta fram nya mått om Statskontoret finner det lämpligt. Statskontoret ska också uppmärksamma övriga iakttagelser och förhållanden som myndigheten finner lämpliga för att spegla effekterna av politiken.

Uppdraget ska genomföras i nära samråd med Socialdepartementet. Statskontoret ska även samråda med Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Sveriges Kommuner och Landsting samt andra berörda myndigheter och organisationer.

En delredovisning av uppdraget ska lämnas till Socialdepartementet senast den 31 januari 2012. Uppdraget ska slutredovisas till Socialdepartementet senast den 15 september 2012. Föreliggande rapport är uppdragets delredovisning.

## 1.1 Mål som ska utvärderas

I skrivelsen anges mål för regeringens satsningar inom tre områden – vården, vardagen och valfriheten. Statskontorets uppföljning ska utgå från dessa mål. På övergripande nivå är områdenas mål:

- **Vården:** barn, vuxna och äldre med psykisk funktionsnedsättning ska ha tillgång till en kunskapsbaserad och god vård, samt rehabilitering när och där de behöver den.
- **Vardagen:** utbudet av arbete, sysselsättning, boendeformer och hjälpmedel ska vara varierat och anpassat för att möta de behov som personer med psykisk funktionsnedsättning har.
- **Valfriheten:** Personer med psykisk funktionsnedsättning ska ges möjlighet att välja och ha inflytande över vem som ska utföra vård-, rehabiliterings-, och stödinsatser liksom utformningen av dessa insatser.

---

<sup>4</sup> Skr. 2008/09:185

Inom varje område finns ytterligare delmål som också kan utgöra mått på måluppfyllelse (indikatorer).

## **1.2 Bakgrunden till uppdraget**

Psykiatrin är ett av regeringens mest prioriterade områden. Regeringen avser att satsa ytterligare 2 700 miljoner kronor på psykiatri under åren 2012–2014. Statskontorets uppdrag utgör ett underlag för regeringens fortsatta satsning.

## **1.3 Statens psykiatrisatsning**

De insatser som Statskontoret har utvärderat är de som genomförts inom ramen för statens psykiatrisatsning 2007–2011 och som redovisas i regeringens skrivelse 2008/09:185, En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. De insatser som ska utvärderas har ytterligare förtydligats i en promemoria från Socialdepartementet som sänts till Statskontoret.<sup>5</sup> Totalt rör det sig om 40 insatser (varav fyra lagstiftningsändringar, alltså totalt 36 insatser som har fått medel anvisade från psykiatrisatsningens anslag) som sammantaget ska bidra till att målen för psykiatrisatsningen nås.

## **1.4 Metod**

I denna rapport använder vi begreppet psykisk funktionsnedsättning genomgående när vi talar om målgruppen för statens psykiatrisatsning. I begreppet ingår både personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning samt de som även har ett psykiskt funktionshinder. Distinktionen mellan de olika begreppen behandlas i avsnitt 2.3.

Projektarbetet har genomförts med utgångspunkt i en första sammanställning och analys av återrapporteringarna som har genomförts av konsulten Swedeval AB. Utifrån konsultrapporten har Statskontoret kompletterat informationen om insatsernas resultat och ekonomi genom kontakter med företrädare för de olika insatserna för att få en så uppdaterad lägesbeskrivning som möjligt. Uppgifterna har sedan bearbetats och analyserats av oss. Vi har haft kontinuerliga avstämningar med Socialdepartementet, bland annat angående psykiatrisatsningens ekonomi.

En sammanfattande bild av psykiatrisatsningen utifrån aktiviteter och prestationer ges i kapitel 3 (vården), kapitel 4 (vardagen) och kapitel 5 (valfriheten). Innan redogörelsen för psykiatrisatsningens utfall ger vi en övergripande bild av psykiatrisatsningens ekonomi och inriktning.

---

<sup>5</sup> Promemoria. (2011-06-22). Satsningar inom de fyra prioriterade områdena.

I november 2011 fick Statskontoret ett tilläggsuppdrag av Socialdepartementet<sup>6</sup>. Uppdraget var att uppdatera vissa uppgifter om psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor som redovisats i betänkandet SOU 2010:100. Arbetet med uppdateringen har Statskontoret genomfört med hjälp av en konsult från Kontigo AB. Uppdateringen redovisas i bilaga 2.

## 1.5 Avgränsningar

Efter det att Statskontoret påbörjat sin utvärdering har regeringen under sommaren och hösten 2011 beslutat om ytterligare nio projekt inom ramen för psykiatrisatsningen 2007–2011. Dessa ingår inte i vår utvärdering eftersom vi har bedömt att tiden från beslut till nuläge inte varit tillräcklig för att kunna mäta eventuellt utfall av projekten. Avgränsningen innebär att det således är 40 projekt som ingår i Statskontorets utvärdering. Projekt som inte ingår i utvärderingen är:

- överenskommelse om samverkansarbete för barn och unga med psykisk ohälsa,
- förstärkning av Socialstyrelsens arbete med barn och unga med psykisk ohälsa,
- fritt val av hjälpmedel i gymnasieskolan och vuxenutbildningen,
- handlingsprogram för att utveckla kunskap och vård vad gäller unga med självskadebeteende,
- utvecklingsstrategier för psykiatrin med hjälp av kvalitetsregister,
- unga som har aktivitetsersättning,
- stöd för att införa nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd,
- medel till IPULS<sup>7</sup> för utveckling av utbildningsinsatser och
- medel till Akademiska sjukhuset i Uppsala för att stödja implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknade tillstånd

Statliga insatser som riktas till psykiskt funktionsnedsatta ges även från andra anslag än psykiatrisatsningen. Det finns ett antal arbetsmarknadsåtgärder som exempelvis lönebidrag och offentligt skyddat arbete (OSA) där en andel av de som är föremål för insatserna är personer med psykiska funktionsnedsättningar. I de fall personer med psykisk funktionsnedsättning bedömts ha nedsatt arbetsförmåga betalas bl.a. sjuk- och aktivitetsersättning från Försäkringskassan. Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans insatser ingår inte i Statskontorets utvärdering, annat än om de specifikt berörs

---

<sup>6</sup> Mail från Socialdepartementet 2011-11-03.

<sup>7</sup> Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige.

av insatser inom ramen för psykiatrisatsningen. Insatser som genomförs inom rättspsykiatri samt vissa självmordsförebyggande insatser såsom statsbidrag till frivilligcentraler<sup>8</sup> och olika frivilligorganisationer som arbetar förebyggande ingår inte heller i psykiatrisatsningen och därmed inte heller i vår utvärdering.

En annan avgränsning är att vi i begränsad omfattning utvärderar de fyra lagändringar som genomförts inom ramen för psykiatrisatsningen. Vi följer dock upp utfallet av lagändringarna i den mån uppföljningar gjorts av andra. Det gäller bland annat lagstiftningen om samverkansöverenskommelser och individuella handlingsplaner.

## 1.6 Projektgrupp

Rapporten har utarbetats av utredarna Michael Kramers (projektledare) och Ulrika Strid.

## 1.7 Delrapportens upplägg

Eftersom Statskontoret lämnar två rapporter inom ramen för utvärderingen av psykiatrisatsningen har utredningsarbetet delats in i två större block. Den första delen av arbetet har bestått i att systematisera och analysera den kunskap som fram till december 2011 fanns om insatsernas utfall. I delrapporten redogör vi för:

- insatsernas målgrupp
- utvecklingen av psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor från 2006 till 2011 (se främst bilaga 2),<sup>9</sup>
- satsningens omfattning och inriktning på övergripande nivå,
- de enskilda projektens ekonomi, innehåll och resultat från startdatum fram till december 2011,<sup>10</sup>
- förslag till fortsatt analys av satsningens effekter.

I utvärderingens andra del kommer vi att fördjupa analysen kring satsningens effekter. Denna del avrapporteras i Statskontorets slutrapport. Med effekter avser vi i detta fall en analys och bedömning av i vilken mån projekten inom ramen för psykiatrisatsningen bidragit till att uppfylla de övergripande målen för satsningen, dvs. målen för vården, vardagen och valfri-

---

<sup>8</sup> Frivilligcentraler fungerar som informationskontor för frivilliga uppgifter, en kontaktpunkt mellan människor som önskar göra frivilliga insatser och de som har behov av hjälp av frivilliga.

<sup>9</sup> Vi har uppdaterat uppgifterna i psykiatrisamordnarens betänkande 2006:100.

<sup>10</sup> Startdatum varierar mellan 2007 och 2010.

heten när det gäller psykiskt funktionsnedsatta (se avsnitt 2.4 och 6.3 för en diskussion om effekter). Ytterst handlar måluppfyllelsen om att varaktigt förbättra de psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor.



## 2 Psykiatrisatsningens olika delar

Med utgångspunkt i uppdraget och i dialog med uppdragsgivaren har vi tolkat och strukturerat psykiatrisatsningen för att ytterligare tydliggöra vad satsningen omfattar, hur mycket medel som fördelats till de olika projekten och vilka målgrupper projekten riktar sig till.

### 2.1 Insatser

I skrivelsen anger regeringen fyra prioriterade områden utifrån bedömningar och förslag i Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande<sup>11</sup> samt utifrån regeringens egna bedömningar. Barn och unga, arbete och sysselsättning, kompetens och evidens samt långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete. Kompetens och evidens innefattar enligt skrivelsen insatser för att utbilda befintlig personal inom vården samt insatser för att avhjälpa personalbristen. Långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete inriktar sig i större grad mot att skapa kunskap om vården och ta fram former för uppföljning för att på längre sikt utveckla vården. Inom vart och ett av de prioriterade områdena räknar regeringen upp ett antal insatser – t.ex. pengar till landstingen för att korta köer för barn och unga samt bidrag till ideella organisationers projekt. Vår utvärdering ska dock främst utgå från målen som satts upp för områdena vården, vardagen och valfriheten.

---

<sup>11</sup> Ambition och ansvar SOU 2006:100

Figur 1. Prioriterade områden för vården, vardagen och valfriheten.

	Barn och Unga	Sysselsättning	Kompetens/Evidens	Kvalitet /utveckling
Vården	<p>Exempel på insatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korta köer</li> <li>- Nationellt utvecklings-centrum (UPP)</li> <li>- Första linjens vård och omsorg</li> </ul>		<p>Exempel på insatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nationella riktlinjer</li> <li>- Förstärka kompetens hos personal som möter psykiskt sjuka</li> <li>- Pengar till landstingen för upphandling av evidensbaserad psykologisk behandling</li> <li>- Kartläggning av psykiatrikurser</li> <li>- Högscoleutbildning psykiskt hälsa</li> <li>- Case managers</li> </ul>	<p>Exempel på insatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Förstärkt tillsyn</li> <li>- Grunddata och kvalitetsindikatorer</li> <li>- Portal för kvalitetsregister</li> <li>- Kartläggning av psykiatrisk heldygnsvård</li> <li>- Höj kvaliteten i heldygnsvården</li> <li>- Nationella hjälplinjen</li> <li>- Lagstiftning individuella handlingsplaner</li> </ul>
Vardagen		<p>Exempel på insatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartläggning av arbetsmarknaden för psykiskt funktionshindrade</li> <li>- Bidrag till AF för att upphandla rehabiliteringstjänster</li> </ul>	<p>Exempel på insatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ökad kompetens om rehab. hos personal som möter psykiskt funktionsnedsatta</li> <li>- Kunskapsspridning psykosociala insatser</li> </ul>	<p>Exempel på insatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Förstärkt tillsyn</li> <li>- Ökad kunskap om personer med psykisk sjukdom (Handisam)</li> <li>- Utveckla hjälpmedel</li> <li>- Bidrag till NSPH</li> </ul>
Valfrihet		<p>Exempel på insatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bidrag till kommuner som erbjuder sysselsättning via valfrihet</li> <li>- Bidrag till ideella organisationer/sociala företag som tillhandahåller sysselsättning</li> </ul>		

I matrisen har vi gjort en tolkning av hur regeringens insatser inom de prioriterade områdena går in i de tre områden (vården, vardagen och valfriheten) som vi ska följa upp. Inom t.ex. delområdena vardagen och valfriheten finns inga insatser som är riktade mot barn och unga. På samma sätt finns inga sysselsättningsinsatser inom vården.

Statens psykiatrisatsning kan också beskrivas utifrån de övergripande målen och delmålen som statsmakterna satt upp för psykiatrisatsningen.

Nedanstående figur ger en översiktlig bild av det som Statskontoret kommer att utvärdera.

**Figur 2. Målen i satsningen.**

Huvudområde/mål	Regeringens indikatorer	Insatser
<b>Vården</b> Barn, vuxna och äldre ska ha tillgång till kunskapsbaserad och god vård samt rehabilitering efter behov.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kortare väntetid för barn och ungdomar till vård.</li> <li>• Minskning av självmord.</li> <li>• Mer kunskapsbaserad vård och uppföljning.</li> <li>• Fler kvalitetsregister som täcker majoritet av patientgrupper.</li> <li>• Ökat formaliserat samarbete mellan kommuner och landsting.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Korta köer/förstärkt vårdgaranti</li> <li>-Nationellt utvecklingscentrum</li> <li>- Beardslees familjeintervention</li> <li>-Skyldighet för personal att ge info till barn till psykiskt funktionshindrade</li> <li>- Nationella riktlinjer för missbruksvården</li> <li>-Nationella riktlinjer för vård och sociala insatser schizofreni</li> <li>- Forskningstjänster för kliniskt verksamma,</li> <li>-SBU kunskapsöversikter</li> <li>-Kunskapsportal hos Socialstyrelsen</li> <li>-Förstärka kompetens hos personal som möter psykiskt funktionsnedsatta</li> <li>-Bidrag till IPULS för specialistkurser</li> <li>- Upphandling kompetens för evidensbaserad psykologisk behandling</li> <li>-Förlängd AT-tjänstgöring</li> <li>-Kartläggning psykiatrikurser</li> <li>-Högskoleutbildning psykisk hälsa</li> <li>-Case managers</li> <li>- Förstärkt tillsyn</li> <li>-Grunddata och kvalitetsindikatorer</li> <li>-Portal för kvalitetsregister</li> <li>-Fler legitimerade psykoterapeuter</li> <li>- Individuella handlingsplaner och samverkansöverenskommelser</li> <li>-Utred kompetensutveckling för baspersonal inom primärvården</li> <li>-Kartläggning av psykiatrisk heldygnsvård</li> <li>-Höj kvaliteten i heldygnsvården</li> <li>-Nationella hjälplinjen</li> <li>-Fler psykologstudenter</li> <li>-Modellkommuner /första linjens vård och omsorg</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>27 insatser</b></p>
<b>Vardagen</b> Utbudet av arbete, sysselsättning, boendeformer m.m. ska vara varierat och behovsanpassat för den enskilde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anpassade boenden efter behov.</li> <li>• Ökning av sysselsättning, rehabilitering och arbete efter behov.</li> <li>• Stärkt kompetens om rehabilitering.</li> <li>• Förbättrad kunskap om hjälpmedel samt stimulera utvecklandet av nya hjälpmedel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartläggning av arbetsmarknaden för psykiskt funktionshindrade</li> <li>- Bidrag till AF för att upphandla rehatjänster</li> <li>- Uppdrag till FK om att utveckla personalens kunskap om rehab.</li> <li>- Kunskapspridning psykosociala insatser</li> <li>- Förstärkt tillsyn</li> <li>- Attityder till psykisk funktionsnedsättning (Handisam)</li> <li>- Utveckla hjälpmedel</li> <li>-Stärk kommunernas sociala insatser i samband med ny vårdform</li> <li>-Bidrag till NSPH</li> <li>-Utökad högriskskydd</li> <li>-Stöd till anhörigvårdare i SoL</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>11 insatser</b></p>
<b>Valfriheten</b> Den enskilde ska i ökad utsträckning få välja och ha inflytande över vem som ska utföra insatser och deras utformning.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ökning av sociala företag och ideella organisationer.</li> <li>• Fler införda frittvals-system för sysselsättning i kommuner.</li> <li>• Ökad delaktighet och förbättrad information och bemötande.</li> <li>• Samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bidrag till kommuner som erbjuder sysselsättning via valfrihet</li> <li>- Bidrag till ideella organisationer/sociala företag som tillhandahåller sysselsättning</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>2 insatser</b></p>
		<b>Totalt 40 insatser</b>

Som framgår av figuren finns drygt tio indikatorer och tre övergripande mål för regeringens psykiatrisatsning samt 40 projekt som genomförs eller har genomförts. I vår utvärdering kommer vi att uttala oss om satsningens resultat i termer av hur insatserna har bidragit till att uppfylla de övergripande målen för vården, vardagen och valfriheten. Projektens måluppfyllelse kan delvis mätas med de uppföljningsmått som regeringen har satt upp. Statskontoret ska också pröva om andra mått kan fungera som komplement till regeringens mått.

## 2.2 Pengar

För perioden 2007–2011 har riksdagen beviljat ungefär 3,7 (3,671) miljarder kronor för psykiatrisatsningen. Vid slutet av år 2011 återstår på psykiatrisatslaget 72 miljoner kronor att fördela. Det som har fördelats under perioden 2007–2011 är således nästan 3,6 miljarder. Denna siffra har verifierats av Socialdepartementet.

Statskontoret har i denna utvärdering följt de medel som har anvisats för perioden 2007–2011. Det finns dock några undantag. De medel som har anvisats under sommaren och hösten 2011 till nya projekt (de nio projekt som nämns i avsnitt 1.5 Avgränsningar) exkluderas. Projekten har nyligen påbörjats och är därmed inte meningsfulla att följa upp i en utvärdering där vi ska titta på utfall. Vi har även exkluderat medel till pågående projekt som anvisats under 2011 men för förbrukning fr.o.m. 2012, exempelvis förbättringar i heldygnsvården. Totalt rör det sig om medel motsvarande ca 185 miljoner kronor som inte inkluderas i utvärderingen. Därmed rör Statskontorets utvärdering de 3,4 miljarder kronor som har anvisats under perioden 2007–2011 inom 36 av de insatser som nämns i skrivelsen. Även om några projekt avgränsats bort från vår utvärdering bedömer vi att underlaget både vad gäller projekt och anvisade medel är fullt tillräckligt för att kunna uttala sig om psykiatrisatsningen i dess helhet 2007–2011.

Av nedanstående tabell framgår hur medlen har fördelats på regeringens fyra områden. Barn och unga samt kvalitet och utveckling är de områden som fått mest pengar i psykiatrisatsningen. Sysselsättningsprojekt har fått minst. Av tabellen framgår även hur mycket som förbrukats av anvisade medel inom respektive område. Det bör understrykas att Statskontoret enbart räknat förbrukade medel utifrån de uppgifter som projekten har kunnat redovisa fram till november 2011. I flera fall finns ännu inga tillgängliga siffror för 2011. För drygt tio insatser har vi inte en redovisning som sträcker sig till slutet av 2011. Oftast är det ett år som saknas men i enstaka fall finns en eftersläpning på två år från anvisning av medel till redovisning av förbrukade. Bland de insatser vi saknar uppgifter för finns några större projekt bl.a. satsningen på att korta köerna till barn och ungdomspsykiatri.

**Tabell 1. Anvisade och förbrukade medel 2007–2011.**

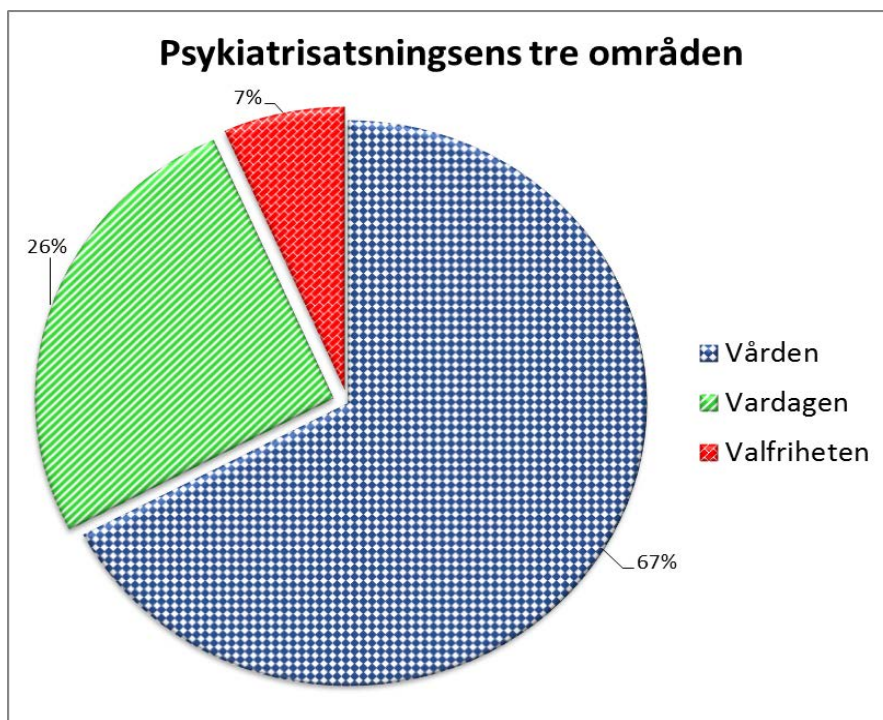
<b>Prioriterat område</b>	<b>Anvisat (Mkr)</b>	<b>Förbrukat (Mkr)</b>	<b>Andel förbrukat</b>
Barn och unga	1295,5	664,7	51%
Sysselsättning	375	94	25%
Kompetens och evidens	755,6	336,4	45%
Kvalitet och utveckling	987,6	502,2	51%
<b>Totalt</b>	<b>3413,7</b>	<b>1597,3</b>	<b>47%</b>

Som framgår av tabellen och diagrammen nedan har staten lagt merparten av psykiatrisatsningens pengar på vården. Valfriheten, där några av statens sysselsättningsprojekt ingår har fått minst pengar. Om man fördelar psykiatrisatsningens medel över de fyra prioriterade områdena blir fördelningen något jämnare.

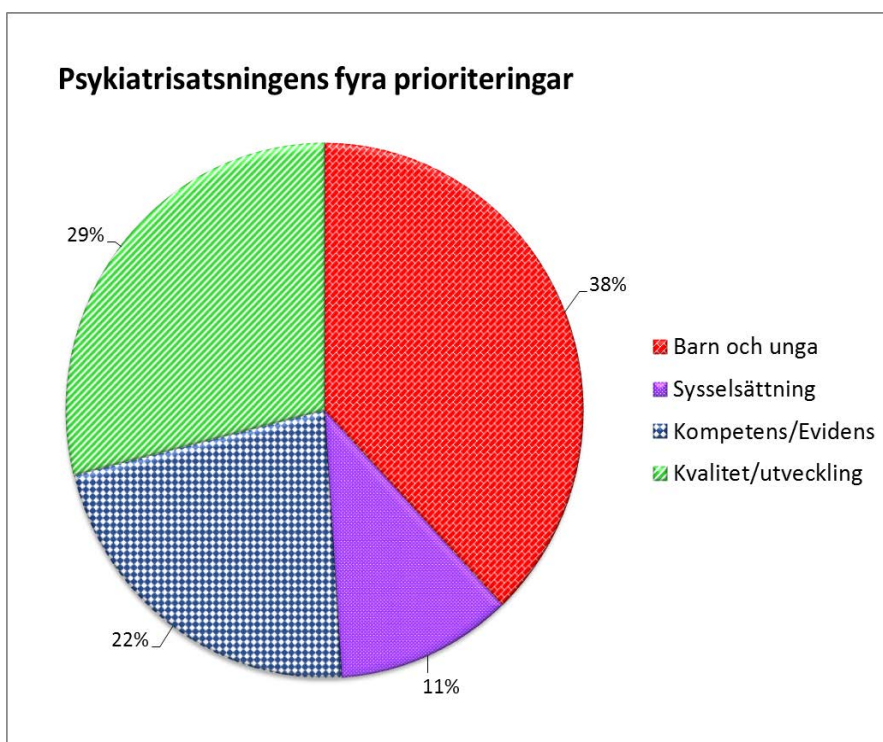
**Tabell 2. Anvisade och förbrukade medel inom de tre huvudområdena vården, vardagen och valfriheten.**

<b>Huvudområde</b>	<b>Anvisat (Mkr)</b>	<b>Förbrukat (Mkr)</b>	<b>Andel förbrukat</b>
Vård	2297,7	1153,5	50%
Vardag	891	389,8	44%
Valfrihet	225	54	24%
<b>Totalt</b>	<b>3413,7</b>	<b>1597,3</b>	<b>47%</b>

Figur 3. Fördelning av medel inom psykiatrisatsningens tre målområden.



Figur 4. Fördelning av medel inom psykiatrisatsningens fyra prioriterade områden.



Barn och unga är det mest prioriterade området och sysselsättning det minst prioriterade området räknat i pengar.

Sammanfattningsvis kan sägas att regeringens psykiatrisatsning primärt är inriktad på olika projekt inom vården och att projekt som rör kompetens, evidens, kvalitet och utveckling dominerar. Resursförbrukningen har varit låg i förhållande till anvisade medel. Hänsyn ska dock tas till att vi i många fall inte kunnat få uppgifter för resursförbrukningen år 2011. I takt med att uppgifter från 2011 blir tillgängliga kommer resursförbrukningen för perioden 2007–2011 att justeras uppåt. Även om resursförbrukningen kommer att justeras uppåt kommer inte alla medel som regeringen anvisat för 2007–2011 att gå åt. Resursförbrukningen för åren 2007–2010 har varit på en sådan nivå att det inte är troligt att resterande medel förbrukas år 2011. Orsaker till den låga resursförbrukningen beskrivs närmare i delrapportens kapitel 3, 4 och 5.

## 2.3 Målgruppen enligt Statskontoret

Psykiatrisatsningen riktar sig, enligt regeringens skrivelse, till personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Hur dessa två grupper ska avgränsas och vilka personer som ingår framgår inte på ett tydligt sätt i regeringens skrivelse. Det är inte självklart och entydigt hur grupperna med psykisk funktionsnedsättning eller psykisk sjukdom ska definieras. Definitionerna varierar och därmed också vilka grupper av personer som ska ingå i begreppen psykisk funktionsnedsättning och psykisk sjukdom. Psykisk ohälsa används ofta som en övergripande term som täcker psykisk ohälsa i allmänhet, men också psykisk funktionsnedsättning och psykisk sjukdom. I Socialstyrelsens kunskapsbank listas under rubriken ”Psykisk ohälsa” en mängd olika sjukdomstillstånd från depression, fobi, ångest till schizofreni och bipolär sjukdom.<sup>12</sup> Definitioner av psykisk ohälsa, psykisk funktionsnedsättning och psykisk sjukdom får konsekvenser för synen på hur stora problemen med psykisk ohälsa är i samhället och i slutändan om samhällets insatser är tillräckliga för att lösa problemen.

Psykiatrisatsningens målgrupper varierar beroende på insats i psykiatrisatsningen. Vissa insatser som riktas till barn och unga är tydligare kopplade till primärvården och till de som, relativt sett, har en lindrigare psykisk funktionsnedsättning med inga eller små funktionshinder. Andra insatser är mer inriktade mot de med svårare psykiska sjukdomstillstånd där funktionshinder finns i normalfallet. Ett exempel på en sådan insats är att höja kvaliteten i sjukvårdens heldygnsvård.

---

<sup>12</sup> Kunskapsguiden.

<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/halsoproblem/Sidor/default.aspx>

Hur målgruppen för statens psykiatrisatsning definieras och därmed avgränsas har betydelse för bedömningen av insatsernas resultat. Gäller psykiatrisatsningen en stor eller en mindre mer avgränsad grupp? Är resurser och insatser anpassade till målgruppen?

### 2.3.1 Storleken på målgruppen svårdefinierad

Eftersom det är svårt att avgränsa grupperna är det inte heller möjligt att ge en preciserad redovisning av hur många personer som lider av psykisk ohälsa, psykisk funktionsnedsättning, psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Svårigheten hänger bl.a. samman med att en person kan förflytta sig mellan olika grupper allteftersom behandling, arbetsträning, sjukdomsskov, osv. utvecklar sig. Gränserna mellan de olika kategorierna t.ex. vad som är psykisk ohälsa och vad som är psykisk funktionsnedsättning är som redan har konstaterats inte heller helt tydliga. De olika gruppernas storlek avgörs också exempelvis av hur enkätfrågor formuleras och hur olika tillstånd diagnostiseras och relaterar till varandra. Vi gör ändå ett försök att uppskatta antalet personer, eftersom vi bedömer det som viktigt att i någon mån ytterligare precisera psykiatrisatsningens målgrupp.

### 2.3.2 Definitionen av psykisk ohälsa är vid

I den nationella folkhälsoenkäten rapporterar 17 procent av befolkningen 16–84 år att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande, vilket skulle motsvara ungefär 1,3 miljoner personer.<sup>13</sup> I andra enkätundersökningar uppskattas mellan 20 och 40 procent av befolkningen lida av någon form av psykisk ohälsa.<sup>14</sup> I en undersökning som Handisam beställt inom ramen för sitt projekt (H)järnkoll uppgav 26 procent av befolkningen att de någon gång sökt professionell hjälp för psykiska problem.<sup>15</sup> Folkhälsoundersökningar som bygger på självrapporterade uppgifter om psykisk ohälsa visar på betydligt fler personer som har psykiska problem än om de psykiska problemen är diagnostiserade.

Antalet personer som slutenvårdats för psykiska sjukdomar och beteendestörningar har ökat något de senaste fyra åren – från nästan 57 000 personer 2007 till strax under 60 000 personer år 2010. Detta visas i figuren nedan. Några andra vanliga diagnoser har tagits med i figuren för jämförelsens skull. Tillsammans täcker de fyra diagnoserna drygt 40 procent av alla slutenvårdade patienter. I förhållande till det totala antalet slutenvårdade personer utgör gruppen med psykiska sjukdomar ungefär 7 procent.

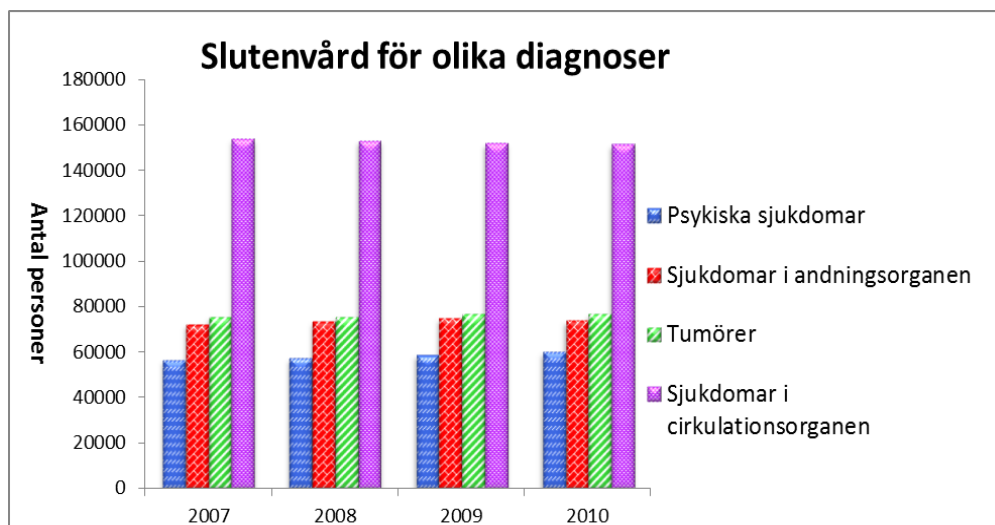
---

<sup>13</sup> FHI. <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Psykisk-halsa/Sjukdomar-och-besvar/>

<sup>14</sup> Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*.

<sup>15</sup> Allmänheten om psykisk hälsa, Novus (2010-09-29). Undersökningen baseras på intervjuer med ett urval av 1000 personer som representerar den svenska allmänheten .

Figur 5. Slutenvård för olika diagnoser.



Källa: Egen bearbetning av data i rapporten "Sjukdomar i slutenvård 1987–2010, Socialstyrelsen 2010.

Den specialiserade psykiatriska öppenvården tog emot 225 000 patienter 2008.<sup>16</sup>

Med hjälp uppgifter från enkäter och register av olika slag kan man alltså se att gruppen som uppvisar psykisk ohälsa har en stor spännvidd från ca 60 000 till drygt en miljon människor, beroende på hur man väljer att avgränsa begreppet.

### 2.3.3 Förekomsten av psykiska funktionsnedsättningar oklar

Enligt Socialstyrelsen är en psykisk funktionsnedsättning en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Nedsättningen kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.<sup>17</sup>

Statskontoret har inte lyckats finna statistik över hur många personer som anses ha en psykisk funktionsnedsättning.

<sup>16</sup> Socialstyrelsen (2008): Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatri. En rapport baserad på hälsodataregistrerna vid Socialstyrelsen.

<sup>17</sup> Socialstyrelsens termbank.

### 2.3.4 Antalet personer med psykiskt funktionshinder troligen underskattat

Psykiatrisamordnarens betänkande,<sup>18</sup> som föregick regeringens skrivelse, använder även begreppet psykiskt funktionshinder. Ett funktionshinder kan bero på funktionsnedsättningar hos individen, men kan också bero på omgivningens utformning eller reaktioner. Enligt samordnaren finns ett funktionshinder om personen har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på livsviktiga områden och att dessa begränsningar funnits under längre tid eller kunna antas bestå under längre tid. Exempel på livsviktiga områden är boende, studier, arbete, sysselsättning, social gemenskap och fritid.

Enligt en inventering som Socialstyrelsen<sup>19</sup> gjort skulle ungefär 0,6 procent av den vuxna befolkningen ha någon form av psykiskt funktionshinder. Överfört till 2010 års befolkning 16–84 år skulle det innebära att ca 44 000 personer hade ett psykiskt funktionshinder. Av dessa är ca hälften sådana personer som har kontakt med både socialtjänsten och psykiatrin. Det visar ett antal inventeringar som landstingen och kommunerna genomfört.<sup>20</sup> Definitionen av psykiskt funktionshinder som föreslagits av psykiatrisamordnaren fanns inte vid den tidpunkt som Socialstyrelsen lämnade sin rapport. Psykiatrisamordnaren bedömde att uppgifterna från Socialstyrelsens inventering sannolikt var en underskattning av det verkliga antalet personer med psykisk funktionsnedsättning.

### 2.3.5 Psykisk sjukdom och psykisk störning

Enligt SKL (Sveriges kommuner och landsting) definieras psykisk sjukdom som när ett symptom eller en funktionsnedsättning är av den typ eller grad att det kvalificerar till en diagnos.<sup>21</sup> Enligt Socialstyrelsen är en psykisk sjukdom en från normaliteten allvarlig psykisk avvikelse som kännetecknas av störd verklighetsuppfattning, där debuttidpunkten är fastställbar, som förorsakar allvarligt lidande hos den drabbade eller omgivningen och där tillståndet känns igen och accepteras inom den medicinska professionen.<sup>22</sup> I många sammanhang (t.ex. Socialstyrelsen och Försäkringskassan) används det internationellt vedertagna ICD systemet för att definiera psykisk sjukdom. I den finns ett stort antal psykiatriska diagnoser uppräknade. Patientregistrets statistik över slutenvårdade bygger på registreringar utifrån de koder som används i ICD systemet.

---

<sup>18</sup> SOU 2006:100

<sup>19</sup> Socialstyrelsen. (1999). *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform.*

<sup>20</sup> Socialstyrelsen. (2011). *Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet, delrapport 2011.*

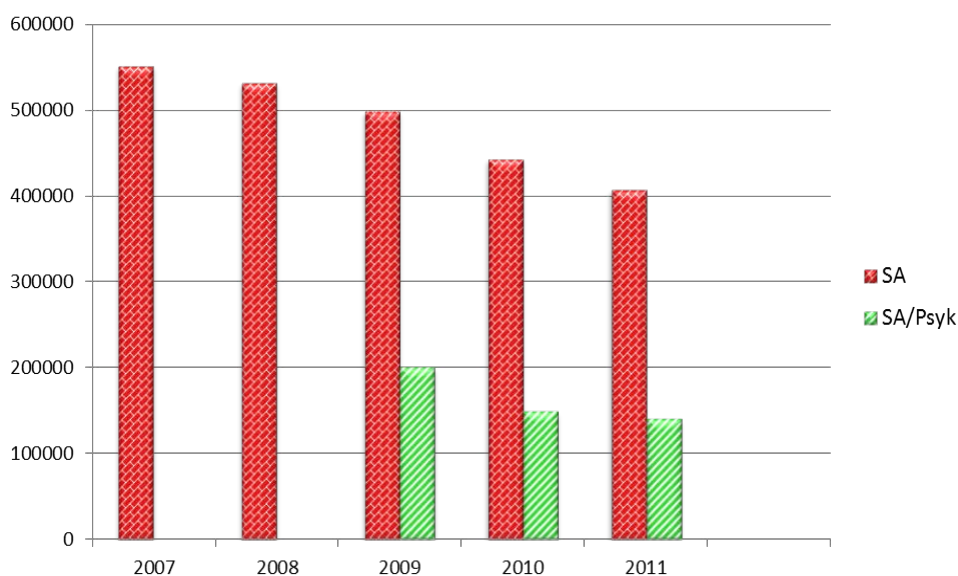
<sup>21</sup> SKL. [http://www.skl.se/psynk/faktaochstatistik\\_modellomraden/om\\_projektet\\_5](http://www.skl.se/psynk/faktaochstatistik_modellomraden/om_projektet_5)

<sup>22</sup> Landstinget i Uppsala (2002) *Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Program för landstinget i Uppsala län.*

Enligt Försäkringskassan<sup>23</sup> hade drygt 200 000 personer med psykisk diagnos/sjukdom sjuk- och aktivitetsersättning år 2009. De allra flesta uppbar hel sjuk- och aktivitetsersättning. År 2009 betalade Försäkringskassan ut ca 19 miljarder kronor i sjuk- och aktivitetsersättning till personer med psykisk sjukdom.

Aktuella uppgifter från Försäkringskassan visar att antalet personer med psykisk sjukdom som har sjuk- och aktivitetsersättning stadigt minskar, från ca 200 000 år 2009 till ca 140 000 personer år 2011 (den gröna stapeln i figuren nedan).

**Figur 6. Antalet personer med psykiatrisk diagnos som uppbar sjuk- och aktivitetsersättning (S/A). Källa: Försäkringskassans databas, analysenheten.**



Sjukersättning betalas till personer som är 30 och 64 år och som Försäkringskassan, med stöd i läkarutlåtande, bedömt ha stadigvarande nedsatt arbetsförmåga. Aktivitetsersättning ges till personer som är mellan 19 och 29 år gamla.<sup>24</sup> <sup>25</sup> Antalet personer med psykiatrisk diagnos som har sjuk- och aktivitetsersättning till följd av nedsatt arbetsförmåga är således betydligt fler än de Socialstyrelsen bedömt ha ett psykiskt funktionshinder.

<sup>23</sup> Försäkringskassan. (2011). *Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen?* Socialförsäkringsrapport 2011:4.

<sup>24</sup> Försäkringskassan. (2011 11 07). *Faktablad om sjukersättning.*

<sup>25</sup> Aktivitetsersättning beviljas för högst tre år i taget för personer som bedömts ha nedsatt arbetsförmåga. Även här fattar Försäkringskassan beslut med stöd i läkarutlåtande.

Psykiatrisamordnaren använder begreppet psykisk störning. Detta begrepp är vidare än begreppet psykisk sjukdom då de bland annat inte förutsätter en fastställbar debuttid.<sup>26</sup> Psykiatrisamordnaren menar att psykiskt funktionshinder ska vara en konsekvens av en psykisk störning. Den psykiska störningen ska ha diagnostiserats. Erfarenhetsmässigt domineras gruppen psykisk störning av personer med någon psykossjukdom, personlighetsstörning eller allvarligare affektivt symtom. Men också de med Aspergers syndrom eller andra autismstörningar. Långvariga och genomgripande psykiska stresstillstånd som utmattningsdepression ingår även i den gruppen psykiska störningar.

De som inte inkluderas i begreppet psykisk störning är:

- Missbruk utan psykiatrisk samsjuklighet.
- Psykisk utvecklingsstörning.
- Psykiatriska tillstånd som genom sin diagnostiska definition är kortvariga och övergående t.ex. akut stressyndrom/anpassningsstörning.
- Demenssjukdomar utan någon annan samtidig psykisk störning.<sup>27</sup>

Statskontorets bedömning är att psykiatrisatsningens insatser inte riktas till de grupper som exkluderas från psykiatrisamordnarens definition av psykisk störning. Bedömningen av psykiatrisatsningens måluppfyllelse görs därför inte i relation till just dessa målgrupper.

### **2.3.6 Målgruppen i relation till olika huvudmäns ansvar**

Landsting och kommuner är de två huvudmän som främst har ett formellt ansvar för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Kommunen genom främst socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och genom lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. Hälso- och sjukvårdens ansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

SoL anger att kommunen genom socialnämnden har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver. Socialnämnden ska verka för att människor som av psykiska skäl möter betydande svårigheter i sitt dagliga liv får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter dennes behov av särskilt stöd. I ansvaret ingår också att kommunen ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med psykiska funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens

---

<sup>26</sup> Landstinget i Uppsala (2002) *Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Program för landstinget i Uppsala län.*

<sup>27</sup> SOU 2006:100, sid. 325–330.

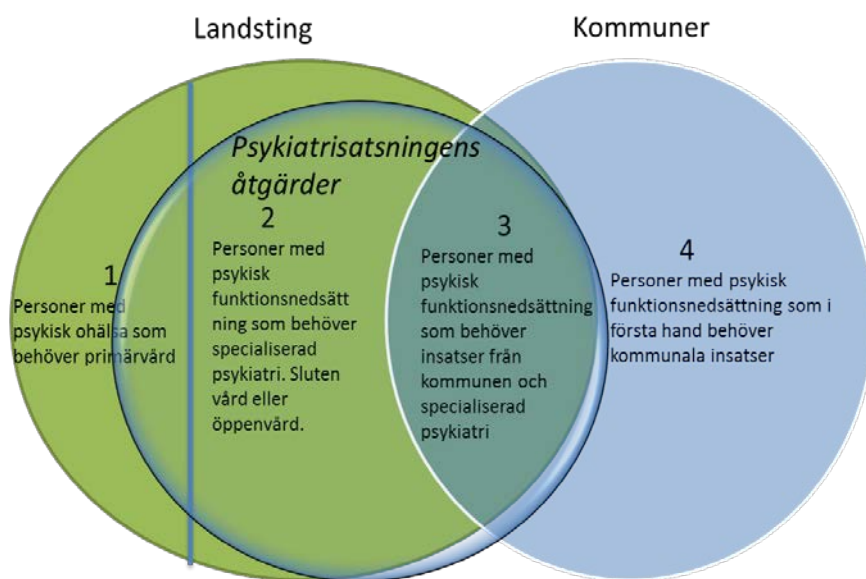
verksamhet på dessa områden.<sup>28</sup> LSS räknar upp tio insatser som personer med psykiskt funktionshinder har rätt till om deras funktionshinder är stora, varaktiga, ger betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och det därmed finns ett omfattande behov av stöd och service. De olika insatserna rör bland annat rådgivning, personlig assistans, korttidsvistelser utanför det egna hemmet och daglig verksamhet.<sup>29</sup>

HSL är en ramlag utan rättighetskaraktär som anger att hälso- och sjukvården ska förebygga, utreda och behandla sjukdomar. Kommunen svarar dock för hemsjukvård till de som bor i särskilda boenden enligt SoL eller LSS, men inte för läkarinsatser. Det är den medicinska bedömningen som ligger till grund för vilka behandlingsinsatser som bör erbjudas enligt HSL.<sup>30</sup>

Avgränsningar av olika grupper går att göra i förhållande till landstingens och kommunernas olika åtaganden vad gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

**Figur 7. Psykiatrisatsningens målgrupper.<sup>31</sup>**

Målgruppen/grupperna



<sup>28</sup> SOU 2006:100

<sup>29</sup> Socialstyrelsen. (2007) *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade – LSS*. 2007-114-49

<sup>30</sup> SOU 2006:100

<sup>31</sup> Idén till figuren är hämtad från Riksrevisionens granskning "Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet", RiR 2009:10. Vi har dock anpassat och vidareutvecklat figuren i syfte att illustrera den målgrupp som psykiatrisatsningen 2007–2011 vänder sig till.

Figuren ovan visar fyra grupper. En person kan givetvis förflytta sig från en grupp till en annan beroende på exempelvis personens tillstånd och den behandling som ges.

1. De som söker till primärvården för lättare psykiska problem och som inte slussas vidare till den specialiserade psykiatriska vården.
2. De som får en diagnos och blir föremål för specialiserad vård antingen öppen- eller heldygnsvård – men som inte bedöms ha en sådan funktionsnedsättning som kräver särskilda kommunala insatser.
3. De som har en funktionsnedsättning som kräver både landstingsvård och kommunala insatser.
4. De som har en funktionsnedsättning men som inte behöver den specialiserade psykiatriska vården, men väl kommunens insatser, t.ex. personer med utvecklingsstörning.

Statskontorets tolkning, utifrån regeringsuppdraget att utvärdera psykiatrisatsningen och regeringens skrivelse om psykiatrisatsningen, är att regeringens satsning främst riktar sig till personer som återfinns inom grupperna 2 och 3 – alltså personer med psykisk funktionsnedsättning som har behov av landstingens specialiserade psykiatri eller av både den specialiserade psykiatrin och kommunernas omsorg. I vissa särskilda fall utsträcks målgruppen för regeringens psykiatrisatsning även till personer som finns i grupp 1, t.ex. barn och unga som ännu inte blivit föremål för den specialiserade psykiatrin men som riskerar att bli föremål för vården eller omsorgen om inget görs. Ett exempel på en sådan satsning är insatsen att förbättra första linjens vård – alltså samarbetet mellan skola, kommun, primärvård när det gäller barn och unga med problem. I arbetet med delrapporten har vi inte kunnat identifiera någon insats inom psykiatrisatsningen som är specifikt inriktad på grupp 4. I figuren ovan motsvaras psykiatrisatsningens målgrupp grafiskt av den överliggande genomskinliga cirkeln.

### **2.3.7 Sammanfattning**

Begreppet psykisk funktionsnedsättning används i utvärderingen som ett samlat begrepp och inkluderar därför även psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder. Statskontorets har valt den breda definitionen mot bakgrund av den oklarhet som finns kring hur de enskilda grupperna relaterar till varandra samt att målgruppen inte avgränsas närmare i skrivelsen.

Enligt Statskontorets tolkning berör psykiatrisatsningen i huvudsak personer med psykisk funktionsnedsättning som har behov av den specialiserade psykiatrin och i en del fall även av den kommunala omsorgen. Hur många som berörs av psykiatrisatsningen är svårt att bedöma då det finns problem

med att definiera de målgrupper<sup>32</sup> som inkluderas i Statskontorets definition av psykisk funktionsnedsättning och hur de relaterar till varandra. En försiktig uppskattning utifrån tillgängliga data skulle kunna vara att antalet som berörs är mellan 60 000 (slutenvårdade under 2010) upp till ca 225 000 personer (patienter som besökt den psykiatriska öppenvården). Psykiskt funktionsnedsatta som har behov av kommunal omsorg och den specialiserade psykiatrin har av Socialstyrelsen uppskattas till drygt 20 000 personer.

För vissa insatser, t.ex. inom området barn och unga, är målgruppen en annan. Inom området barn och ungdomar är insatserna mer av förebyggande karaktär med målet att förhindra utvecklingen av allvarliga psykiska funktionsnedsättningar. När så är fallet tar vi hänsyn till det i analysen av psykiatrisatsningens utfall.

## 2.4 Effekter

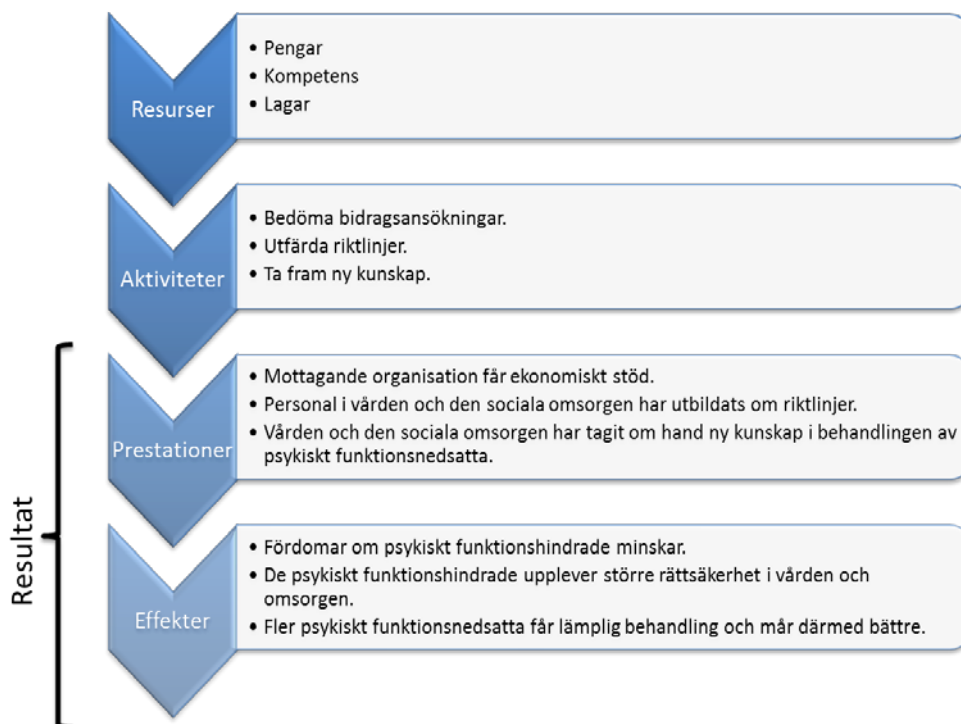
I vårt uppdrag ingår att analysera psykiatrisatsningens effekter. Vad som är en effekt och hur Statskontoret kommer att använda begreppet i denna utvärdering kan behöva klargöras. En vanlig utgångspunkt är att sätta begreppet effekt i relation till en kedja av händelser: resurser ges för en viss aktivitet som i sin tur ger upphov till en prestation och därefter någon typ av effekt. Nedanstående figur visar hur kedjan hänger ihop och ger exempel på vad som kan vara aktiviteter, resurser, osv.

En verksamhets resultat är beroende av bl.a. de resurser verksamheten fått och vilka aktiviteter verksamheten genomfört för att nå ett visst resultat.

---

<sup>32</sup> Personer med psykisk funktionsnedsättning, psykisk sjukdom och/eller med psykiskt funktionshinder.

Figur 8. Effektkedjan.



Med resurser avses allt som används för att producera verksamhet. Det handlar bl.a. om hur mycket pengar som finns till förfogande, kompetensen hos de som ska genomföra en viss verksamhet och förvaltningsrättsliga förutsättningar som finns i form av lagstiftning. Aktiviteter är den verksamhet som bedrivs av den organisation som tagit emot resurser. Ibland används istället begreppet processer. Det kan handla bl.a. om att bereda bidragsärenden, ta fram strategier och riktlinjer och göra utredningar.

Ibland sätts aktiviteter och prestationer samman i en samlad kategori, men när det gäller mått på produktivitet är det viktigt att särskilja dem. Enligt den internationella standarden för mått på offentliga sektorns produktion bör man sträva efter att mäta de prestationer som faktiskt möter brukarna. I psykiatrisatsningens fall skulle det kunna handla om att Socialstyrelsens beredning av ett bidrag ledde till att en mottagare, t.ex. Nationell samling för psykisk hälsa (NSPH) fick ekonomiskt stöd för att upprätthålla och driva sin verksamhet.

Effekter är det slutliga utfallet av den offentliga sektorns verksamhet, i det här fallet de effekter som psykiatrisatsningen lett till. Effekterna kan delas in efter tidshorisont eller efter vilket perspektiv som anläggs, ett strikt myndighetsperspektiv eller ett större samhällsperspektiv, där alla upptänkliga effekter bör vägas in. Effekter av psykiatrisatsningen skulle exempelvis kunna vara att bidragen till NSPH lett till att fördomarna kring gruppen

psykiskt funktionsnedsatta minskat. Prestationer och effekter kan också relateras till begreppet resultat. Inom staten avser begreppet resultat främst de prestationer som myndigheterna åstadkommer och de effekter prestationerna leder till.<sup>33</sup>

Statskontoret menar att psykiatrisatsningens resultat ska ses i perspektivet att mottagarna av statens resurser åstadkommer olika prestationer som vården, den sociala omsorgen och organisationer tar emot (pengar, kunskap, osv.) och som dessa mottagare i sin tur använder för att tillhandahålla tjänster som de psykiskt funktionsnedsatta kan ha nytta av och de effekter detta kan tänkas leda till. Alltså handlar effekterna av statens psykiatrisatsning ytterst om att målen för psykiatrisatsningen ska nås. Ett exempel är att tillgången till anpassad sysselsättning, rehabilitering eller arbete för de psykiskt funktionsnedsatta ska öka.

### **Prestationer och effekter inte hugget i sten**

Statskontoret vill understryka att effektkedjan inte ska ses som något som en gång för alla definierar vad som är prestation, aktivitet, osv. Effektkedjan ska inte heller ses som något deterministiskt där just en aktivitet behöver hänga samman med just en viss prestation och just en viss effekt. Effektkedjan ska snarare ses som en analysmodell utifrån vilken de olika projekten kan bedömas från fall till fall. Vad som kan bedömas vara en prestation i det ena fallet kan bedömas vara en effekt i det andra fallet, etc. Myndigheternas och organisationernas verksamhet och utfall kan ”sorteras in” i effektkedjans olika komponenter så att olika samband blir enklare att analysera. I delrapportens avslutande kapitel vidareutvecklar vi analysmodellen med avseende bl.a. på hur psykiatrisatsningens effekter skulle kunna analyseras.

---

<sup>33</sup> Se bl.a.Handledning resultatredovisning (ESV 2009:29), Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning, SOU 2007:75 och den förvaltningspolitiska propositionen 2009/10:175 för mer ingående beskrivningar av effekter, resultat och prestationer.



### 3 Vården

Det övergripande målet för den nationella psykiatrisatsningen inom vården utgår från den lagstiftning som finns på området. Hälso- och sjukvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt den nationella vårdgarantin<sup>34</sup> erbjuda de som har en psykisk funktionsnedsättning en kunskapsbaserad och god vård samt rehabilitering där och när de behöver den.

#### 3.1 Problem som skulle åtgärdas

Psykiatrisamordnaren och regeringens skrivelse ger en bild av vården och omsorgen när det gäller psykiskt funktionsnedsatta. Bland annat konstateras att vuxna med allvarlig psykisk funktionsnedsättning många gånger har haft kontakt med vården eller socialtjänsten under tonåren. Att problemen har utvecklats till en allvarlig psykisk funktionsnedsättning visar att svårigheterna inte har uppmärksamats i tid. Barn- och ungdomspsykiatrin, som egentligen är en specialistverksamhet, får i många fall fungera som första linjens vård vilket har lett till långa väntetider.<sup>35</sup> Undersökningar har visat att det finns stora olikheter i hur insatserna till barn och ungdomar med psykisk ohälsa är utformade runt om i landet.<sup>36</sup>

Hälften av de som begår självmord i Sverige har haft en pågående vårdkontakt före självmordet, de flesta inom psykiatrin. Om den kunskap som finns hade använts hade troligen en betydande del av självmorden kunnat förhindras enligt gjorda analyser.<sup>37</sup>

Utvecklingen av den psykiatriska vården är beroende av tillförlitlig produktions- och resultatdata. Kunskapen om vad som erbjuds människor med psykisk funktionsnedsättning och vilka effekter insatserna har är viktig. Sådana uppgifter saknas dock i hög grad, på både lokal, regional och nationell nivå. Detta påverkar förutsättningarna att bedriva utvecklingsarbete inom området, eftersom de åtgärder som vidtas inte kan följas upp på ett tillfredsställande sätt. Behoven av framsteg vad gäller kvalitetsregister<sup>38</sup> bedöms i skrivelsen vara särskilt stora och bör därför prioriteras.

---

<sup>34</sup> Den nationella vårdgarantin innebär att vårdsökaren ska få kontakt med vården samma dag den söks, besöka husläkare inom 5 dagar, besöka specialist inom 30 dagar från remiss samt få behandling inom 90 dagar från beslut om behandling. Om detta inte kan uppfyllas av nuvarande vårdgivare har den vårdsökande rätt att söka sig till annan vårdgivare.

<sup>35</sup> Skr 2008/09:185

<sup>36</sup> SKL. (2009). *Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa*. Dnr. 07/1803.

<sup>37</sup> Skr 2008/09:185

<sup>38</sup> Kvalitetsverktyg där uppgifter i samband med vårdkontakter registreras såsom personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling, och resultat. Dessa uppgifter kan sedan användas för verksamhetsuppföljning och jämförelser.

Det finns kunskap och evidens<sup>39</sup> idag inom det psykiatriska området men det saknas kunskap och rutiner för att implementera dessa i arbetet. Det finns ett omfattande vidare- och fortbildningsbehov hos personal inom vården som möter personer med psykisk funktionsnedsättning, inte minst inom primärvården där det upplevs att allt fler söker vård på grund av psykisk ohälsa. Det råder också brist på flera specialister såsom psykiatriker och psykologer med klinisk inriktning. Psykiatrisamordnaren konstaterade att drygt 500 studenter påbörjar sin psykologutbildning årligen medan det årliga rekryteringsbehovet är ca 800 psykologer. Forskningen behöver också stärkas då majoriteten av dagens psykiatriforskare går i pension inom några år.

Flera uppföljningar har påvisat betydande svårigheter för kommuner och landsting att samarbeta kring den enskilde patienten/brukaren. Ofta uppstår meningsskiljaktigheter kring vilka behov som är sociala och vilka som är psykiatriska. Psykiatrisamordnaren konstaterade i sitt slutbetänkande att de gemensamma styr- och samverkansdokument som kan få verklig betydelse för ett gemensamt ansvarstagande är för få och att utvecklingen går för långsamt i detta avseende. En frivillig möjlighet att ingå samverkansavtal har inte varit tillräcklig för att täcka de gråzoner som uppstår mellan huvudmännens lagstadgade ansvarsområden.

### **3.2 Insatser inom vårdområdet**

Inom psykiatrisatsningens vårdområde har regeringen påbörjat 27 projekt med olika inriktningar. Till dessa insatser har regeringen anvisat 2 297,7 miljoner kronor, vilket är drygt två tredjedelar av samtliga medel för hela psykiatrisatsningen. Av dessa dryga två miljarder har hälften förbrukats hittills.

---

<sup>39</sup> Evidens är bevis om – eller vetenskapligt stöd för – insatsers effekter. Socialstyrelsen

**Tabell 3. Regeringens insatser inom vårdområdet.**

Mål värden	Delområden	Antal insatser	Anvisade medel (Mkr)	Förbrukade medel (Mkr)
Barn, vuxna och äldre med psykisk funktionsnedsättning ska, enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt den nationella vårdgarantin, ha tillgång till en kunskapsbaserad och god vård, samt rehabilitering när och där de behöver den.	Barn och unga	5	1295,5	664,7
	Sysselsättning	-	-	-
	Kompetens och evidens	13 (Inkl. två lagändringar och ett beslut om ökning av psykologstuderanter som ej har projektpengar)	705,6	315
	Kvalitet och utveckling	9	296,6	173,8
<b>Totalt</b>		<b>27</b>	<b>2297,7</b>	<b>1153,5 (50%)</b>

Det finns ett antal aspekter att ta hänsyn till när anvisade och förbrukade medel jämförs. Uppgifterna sträcker sig i flera fall till och med 2010 då 2011 års förbrukning inte rapporteras förrän 2012. I de projekt där medlen har vidarefördelats till kommuner och landsting finns dessutom ofta en eftersläpning i förbrukningen då fördelningen till kommunerna och landstingen sker senare i förhållande till när de anvisats i regeringsbesluten. Detta gäller bland annat projektet om förstärkt vårdgaranti där man har anvisat totalt 1 079 miljoner kronor för perioden 2007–2011. De medel som anvisades av regeringen för 2010 delades ut till landstingen i slutet av året för användning under 2011, vilket således inte återrapporteras till Socialstyrelsen förrän 2012. I tre projekt har vi i anvisade medel inkluderat nya medel som anvisats under slutet av 2011 för en förlängning av dessa projekt, då medlen har kunnat användas under 2011. Dessutom finns det osäkerheter kring förbrukningen i några pengatunga projekt där medel fördelats till kommuner och landsting. Den utbetalande organisationen eller myndigheten har angett hur mycket som har fördelats och inte hur mycket som har förbrukats på lokal nivå. Man har således ansett fördelade pengar som förbrukade inom projektet. I dessa fall kan de medel som verkligen förbrukats vara mindre än de som rapporterats av projekten.

### 3.3 Resultat av insatser riktade till barn och ungdomar

Tabell 4. Anvisade och förbrukade medel inom området Barn och ungdomar.

Område	Insatser	Anvisat (Mkr)	Förbrukat (Mkr)
Barn och ungdomar	Förstärkt vårdgaranti	1079	460
	Första linjens vård	91,5	80,8
	Nationellt utvecklingscentrum	120	120
	Utbildning i Beardslees familjeinterventionsmetod	5	3,9
	Ny lagstiftning: Barn till föräldrar med en psykisk funktionsnedsättning ges rättigheter avseende information, råd och stöd i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.	-	-
<b>Totalt</b>		<b>1295,5</b>	<b>664,7 (51%)</b>

#### 3.3.1 Förstärkt vårdgaranti

##### Syfte

Stödja landstingen i arbetet med att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Målet är att alla landsting under 2011 kan erbjuda alla barn och ungdomar tillgång till specialistpsykiatrisk vård inom högst 30 dagar för nybesök/tid för bedömning och behandling/fördjupad utredning inom ytterligare högst 30 dagar. Detta regleras genom en överenskommelse mellan regeringen och SKL.

### **Projektid och resurser**

Juni 2007 – juli 2012.<sup>40</sup> Projektet har anvisats 215 miljoner kronor per år, varav 214 miljoner kronor har fördelats till landstingen för att stödja huvudmännen i arbetet. Av 2007–2009 års bidrag på 640 miljoner kronor var 460 miljoner kronor förbrukade under våren 2011. Resultat för 2010 års fördelade medel fanns inte vid tiden för datainsamlingen.

### **Resultat**

2010 klarade 20 av 21 landsting att enligt villkoren för bidraget ge 90 procent av barn och unga ett första besök inom 30 dagar och 18 av 21 klarade av att ge barnen fördjupad behandling eller utredning inom 60 dagar. Den inledande satsningen hade en bredare inriktning på även vårdkvalitet, kompetens och inrapportering till olika register. Detta har dock förändrats sedan 2009 och satsningen har sedan dess ett större fokus på att korta väntetider. Mellan 25 och 30 procent av bidraget 2010 användes i landstingen till att stärka första linjens vård, våren 2011 kunde dock Socialstyrelsen konstatera att samlad kunskap om första linjens vård för barn och ungdomar med psykisk ohälsa med några undantag saknas i landstingen.<sup>41</sup>

### **Nuläge**

Mätning i väntetidsdatabasen<sup>42</sup> i mars 2011 visade på en påtaglig ökning av antalet väntande på ett första besök till barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Fler landsting hade ett sämre resultat än i oktober 2010. Resultaten är dock inte helt jämförbara då inrapporteringskraven har förändrats mellan åren. Slutrapporteras av Socialstyrelsen i juli 2012.

## **3.3.2 Första linjens vård**

### **Syfte**

Skapa effektiva insatser inom första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar. Första linjens vård utgörs av olika aktörer såsom skolhälsovård, mödra- och barnhälsovård, socialtjänst, förskola och primärvård.

### **Projektid och resurser**

September 2008 – december 2011. Totalt har 91,5 miljoner kronor anvisats till SKL för projektet. Projektet har förbrukat 80,8 miljoner kronor. Av dessa har dock 56 miljoner kronor fördelats till modellområdena utan uppgifter om förbrukning av medlen.

---

<sup>40</sup> När det gäller projektid redovisas denna genomgående i rapporten enligt följande principer: första datum är tidpunkt för regeringens beslut om åtgärd och sista datum är projektets avslut, i regel när slutrapport ska redovisas.

<sup>41</sup> Socialstyrelsen. 2011. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning av 2010 års statsbidrag för en förstärkt vårdgaranti*. 2011-7-1.

<sup>42</sup> En nationell databas där samtliga län och regioner registrerar väntetider i vården. Uppgifterna publiceras på [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se)

## Resultat

SKL har sedan 2009 drivit Modellområdesprojektet som har gått ut på att i 14 modellområden utveckla modeller/handlingsplaner för att stärka samverkan mellan olika aktörer och huvudmän inom första linjens vård. Tanken var att dessa handlingsplaner sedan skulle kunna appliceras på andra liknande områden. Kommunerna i modellområdena har kommit olika långt i sitt arbete med handlingsplanerna. Det finns inga möjligheter att jämföra modellområdena med övriga Sverige då det inte finns tillräcklig data. Det går inte heller att undersöka eventuella effekter på målgruppen då den statistik som finns i kommunerna är för övergripande för att kunna relateras till projektets verksamhet.<sup>43</sup> Flera kringaktiviteter har genomförts av SKL:s styrgrupp såsom konferenser, informationsbroschyrer, erfarenhetsutbyten m.m. Inom projektet bedrivs två forskningsprojekt, ett som undersöker om förbättrad samverkan påverkar resultatet av samhällets insatser för barn som har eller riskerar psykisk ohälsa och ett som tittar på samhällsekonomiska aspekter av vård av barn och unga med psykisk ohälsa.

## Nuläge

21,5 miljoner kronor delades ut oktober–december 2011.<sup>44</sup> Modellområdena fick förlängd tid att göra av med medlen första halvåret 2012 mot att de skickade in en beskrivning på hur medlen skulle användas.<sup>45</sup> SKL har ett nytt uppdrag från 1 januari 2012, ”Utvecklingsprojektet – Psykisk hälsa barn och unga” som är en vidareutveckling av modellområdesprojektet. I detta uppdrag har alla kommuner chans att vara med, förutsatt att de uppfyller vissa kriterier.

### 3.3.3 Nationellt utvecklingscentrum (UPP)

#### Syfte

Samla, koordinera och föra ut kunskap och vetenskap för att identifiera, förebygga, ge tidigt stöd och behandla barn och unga som riskerar att utveckla svårare psykisk ohälsa. Utvecklingscentret ska i samverkan med universitet och högskolor skapa tvärprofessionella uppdragsutbildningar och främja samverkan mellan berörda organisationer.

#### Projektid och resurser

Mars 2007 – årsskiftet 2011/2012 för att sedan inordnas i Socialstyrelsens ordinarie verksamhet. För projektet har sammanlagt 120 miljoner kronor anvisats till Socialstyrelsen. Allt har förbrukats.<sup>46</sup>

---

<sup>43</sup> Intervju Ing-Marie Wieselgren, SKL. 11/11 2011.

<sup>44</sup> Mejl Helena Orrevad, SKL, 1/11 2011.

<sup>45</sup> Mejl Helena Orrevad, SKL, 16/11 2011.

<sup>46</sup> Mejl Pär Alexandersson, Socialstyrelsen. 10/11 2011

## **Resultat**

Fram till våren 2010 har 19 olika forskningsprojekt fått stöd från UPP, varav två avbrutna. Man har jobbat med att inventera de metoder och arbetssätt som används idag inom olika verksamheter och med att identifiera kunskapsbehovet, skapa ett metod- och implementeringsstöd och göra kunskapssammanfattningar. UPP har genomfört åtta konferenser med sammanlagt 1 800 deltagare och gett stöd till en tvärprofessionell uppdragsutbildning som genomförts av ca 500 deltagare under 2009–2010. UPP har även initierat samverkan mellan olika aktörer och huvudmän, bland annat samarbetar man med modellområdesprojektet för att utveckla första linjens vård på SKL.

## **Nuläge**

Socialstyrelsen avser att rapportera ett mer fullständigt resultat i början av 2012. Avdelningen för kunskapsstyrning på Socialstyrelsen har fått i uppdrag att föreslå hur UPP-verksamheten ska integreras i den ordinarie verksamheten som en del av myndighetens satsning på utsatta barn och unga.

### **3.3.4 Utbildning i Beardslees familjeinterventionsmetod**

#### **Syfte**

Utbilda psykiatrins och primärvårdens personal i Beardslees familjeinterventionsmetod för att uppmärksamma målgruppen barn till föräldrar med psykisk funktionsnedsättning. Metoden syftar till att öka kommunikationen och stärka föräldraskapet i familjer där någon av föräldrarna har en depression. Socialstyrelsen fick uppdraget att hitta en lämplig utförare av projektet. Psykiatriska kliniken i Skellefteå, Västerbottens landsting, fick uppdraget. Samtliga landsting ska erbjudas utbildning. Bidragsmottagaren ska själv ange hur många personer som avses utbildas. De uppföljningsmål som har satts upp för projektet rör snarare villkoren för projektet än effekten på målgruppen.

#### **Projektid och resurser**

Juni 2008– januari 2010, förlängt till juni 2012. Till projektet har 5 miljoner kronor anvisats. I slutet av 2010 hade 3,9 miljoner kronor använts av de anvisade medlen.

#### **Resultat**

Utbildningen har tagits fram i samverkan med Örebro universitet. Alla landsting har erbjudits utbildning. I januari 2011 hade 114 personer fördelat över 16 landsting genomgått utbildningen. I fyra av landstingen har högst två personer utbildats. De flesta utbildade jobbar inom vuxenpsykiatri och den vanligaste yrkesgruppen är socionomer. Lärarutbildning har genomförts med 8 deltagare inom 4 landsting under 2010, en omgång planeras även för 2011. När förlängningen av uppdraget är klar räknar projektet med att 140 personer kommer att ha genomgått utbildningen. Nätverk har startats och målet är att detta ska bli självgående utan nationellt stöd. Det har varit svårt

att rekrytera från primärvården och svårt generellt att attrahera deltagare på grund av konkurrerande utbildningsprojekt. Det är svårt för landstingen att prioritera arbetet med metoden och de som är utbildade får inte alltid fortsätta med det arbetet efter utbildningen. De interventioner som är kopplade till utbildningen har kommit igång trögt. Socialstyrelsen graderar i sin metodguide metoden som en insats med okänd effektivitet.<sup>47</sup> UPP utvärderar dock för närvarande metoden genom en randomiserad effektstudie.

### **Nuläge**

Projektet ska slutredovisas till Socialdepartementet i augusti 2012. Socialstyrelsen väntar på en försenad delrapport som skulle ha levererats i juni 2011, som rör effekter av interventionen, avseende familjens upplevelse, familjeklimat samt barnens problembild före och efter interventionen. Nytt datum för avlämning av delrapporten, som också blir slutrapport, är januari 2012.<sup>48</sup> Psykiatriska kliniken i Skellefteå har föreslagit långsiktiga satsningar på fem år.<sup>49</sup>

## **3.3.5 Lagändring: Information råd och stöd**

### **Syfte**

Att uppmärksamma behovet av information, råd och stöd till barn vars föräldrar har missbruk, psykisk funktionsnedsättning eller som är allvarligt sjuka.

### **Projekttid**

Den 1 januari 2010 infördes bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).

### **Resultat**

Socialstyrelsen har vid sin tillsyn 2010 noterat att varken socialtjänsten eller hälso- och sjukvården i sin dokumentation anger på vilket sätt huvudmännen har beaktat barnets eventuella stödbehov i samband med att insatser beviljas till en förälder/föräldrar med psykisk funktionsnedsättning.<sup>50</sup> I Socialstyrelsens och Folkhälsoinstitutets (FHI) genomförandeplan för nationellt utvecklingsarbete för stöd till barn i familjer med missbruk konstateras att verksamheter och regioner inom hälso- och sjukvården har kommit olika långt i implementeringen av lagstiftningen. Generellt sett tycks implemen-

---

<sup>47</sup> Socialstyrelsen. (2011-11-30) *Beardslees familjeintervention*.

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnochfamilj/beardsleesfamiljeintervention>

<sup>48</sup> Mejll Karin Nordin Jareno, Socialstyrelsen. 16/12 2011.

<sup>49</sup> Brev till Socialdepartementet från Carl-Gustaf Olofsson, projektledare, Psykiatriska kliniken Skellefteå lasarett. 2010-03-19. Socialdepartementets dnr. S2008/5210/HS

<sup>50</sup> Socialstyrelsen. (2011) *Förstärkt tillsyn av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning – Delrapport 2011*.

teringen enligt rapporten ha kommit längst inom psykiatrin. Här finns t.ex. ofta barnombud och utbildning, t.ex. i Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal. Det finns ett professionellt nätverk och en hemsida med inriktning på barn till psykiskt sjuka föräldrar, som togs fram inom Socialstyrelsens och Allmänna Barnhusets gemensamma regeringsuppdrag om stöd till denna målgrupp.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> FHI & Socialstyrelsen. 2011. *Stöd för barn i familjer med missbruk m.m. Genomförandeplan för nationellt utvecklingsarbete 2011–2014 Regeringsuppdrag utifrån ANDT-strategin.*

### 3.4 Resultat av satsningar på kompetens och evidens

Tabell 5. Anvisade och förbrukade medel inom området Kompetens och evidens.

Område	Insatser	Anvisat (Mkr)	Förbrukat (Mkr)
Kompetens och evidens	Stöd till implementering av riktlinjer för missbruks- och beroendevården	45	30
	Forskningstjänster för kliniskt verksamma	36	24
	Kunskapsöversikter	15	15
	Webbaserad kunskapsportal	18	11
	Förstärka kompetensen bland personal i kommuner och landsting	430	140,5
	Specialistkompetenskurser i psykiatri	29,7	29,5
	Utbildning evidensbaserad psykologisk behandling	39,2	8
	Förlängd allmäntjänstgöring i psykiatri	55,1	23,8
	Kartläggning psykiatrikurser på läkar- och sjuksköterskeutbildningarna	1,5	0,85
	Högskoleutbildning särskild komplicerad problematik	15,6	13,6
	Case managers	20	18,3
	Utredning kring baspersonalens kompetensutveckling	0,5	0,5
	Ökning av antalet studenter på psykologprogrammet	-	-
	<b>Totalt</b>		<b>705,6</b>

### 3.4.1 Stöd till implementering av riktlinjer för missbruks- och beroendevården

#### Syfte

Genom SKL:s projekt *Kunskap till praktik* stödjade implementering av nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Den vård som erbjuds av kommuner och landsting ska vara utformad i enlighet med befintlig kunskap om effektiva metoder och arbetssätt som presenteras i riktlinjerna. Att utveckla samverkan mellan kommun och landsting är en del av arbetet.

#### Projektid och resurser

2008–2010. Sedan den 27 januari 2011 är projektet en del av en överenskommelse mellan regeringen och SKL, som handlar om att bygga upp ett nationellt stöd för att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Projektet har anvisats 30 miljoner kronor inom ramen för psykiatrianslaget 1:6, för perioden 2008–2010, samt 15 miljoner kronor för 2011 genom den nya överenskommelsen. Av de medel som anvisades för perioden 2008–2010 har samtliga medel förbrukats av SKL. Uppgifter finns inte än för medlen som anvisats för 2011. Totalt har projektet anvisats 85,3 miljoner kronor under perioden 2008–2010. Av samtliga medel har 70 procent fördelats till regional och lokal nivå. Det är inte klart hur mycket som har förbrukats av dessa medel och därmed är det också oklart hur mycket av de 30 miljoner kronor som psykiatrisatsningen bidragit med som faktiskt har förbrukats.

#### Resultat

Genom projektet *Kunskap till praktik* har 14 av 21 län per september 2011 skriftliga överenskommelser på regional nivå kring samverkan och ansvar. Styrdokumentet har brutits ner i drygt 100 kommuner. Projektgruppen konstaterar att mycket har förbättrats men att det till exempel fortfarande finns problem med att få rutiner att fungera. En expertgrupp har utarbetat en baskurs om missbruk, riskbruk och beroende som 13 000 personer har deltagit i. Nu erbjuds även fortsättningskurser. Flera län har kommit igång med fördjupningsutbildningar. Projektet har utbildat 180 utbildare i olika metoder som i sin tur har utbildat 8 000 personer. Det finns brukarråd i 14 län. En undersökning bland 24 regionala processledare i september 2011 visar att en tredjedel anser att samverkan har förbättrats mycket eller ganska mycket och ytterligare knappt en tredjedel att det har förbättrats lite. Över hälften svarar att uppdraget kommer att fortsätta ingå i någons befattning efter att processledartiden är avslutad medan en tredjedel inte visste vad som kommer att hända eller angav att ingen kommer att ta över.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> SKL. 2011. *Har Kunskap till praktik gjort någon skillnad?*  
[http://kunskaptillpraktik.skl.se/aktuellt\\_kunskap\\_til\\_praktik\\_1/har-kunskap-till-praktik-gjort-nagon-skillnad](http://kunskaptillpraktik.skl.se/aktuellt_kunskap_til_praktik_1/har-kunskap-till-praktik-gjort-nagon-skillnad)

## **Nuläge**

IMS (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, Socialstyrelsen) har fått i uppdrag att utvärdera projektet. Utvärderingen utförs av Lunds universitet och ska vara klar 31 december 2011. Arbetet med de olika länen håller på att fasas ut, under 2012 ska de sista åtta områdena bli klara med satsningen. 2012–2013 ska implementering av modeller för uppföljning vara klart och sedan startar nya uppdrag. Målet för 2013 är att alla län ska ha en struktur för arbetet med riktlinjerna i missbruksvården.

### **3.4.2 Forskningstjänster för kliniskt verksamma**

#### **Syfte**

Höja kompetensnivån inom psykiatri och utforma goda forskningsmiljöer för forskare och doktorander. Vetenskapsrådet har fått i uppdrag att inrätta ca 30 deltidstjänster för forskning och ansvara för utlysning och beredning av ansökningarna.

#### **Projektid och resurser**

April 2009–2018. 36 miljoner kronor har anvisats för perioden 2009–2011. Av detta har ca 24 miljoner kronor använts.

#### **Resultat**

Forskningsansökningar har behandlats och beviljats, rekryteringar har genomförts. Åtta forskartjänster på deltid är igång. Det har varit ett tidskrävande arbete. Det är relativt lätt att hitta seniora forskare, men det är svårare att nå en ny generation med forskare vilket man inte har lyckats med. Kvaliteten på ansökningarna har varierat vilket gör att ansökningar har avslagits trots existerande medel och relativt många sökande. Dock har planeringen förbättrats och man har lyckats fylla tjänster som inte blev tillsatta de första två åren. Uppskattningsvis kommer max 20–25 deltidstjänster att startas, jämfört med de 30 som var målet.<sup>53</sup>

## **Nuläge**

Projektgruppen planerar att hålla ett seminarium med forskningsdeltagare och forskningsprojekt för att se vad uppdraget har gett och hur man ska lägga upp arbetet i framtiden.

### **3.4.3 Kunskapsöversikter inom området psykiatrisk vård**

#### **Syfte**

Dels att klarlägga det aktuella kunskapsläget, dels att ge huvudmännen vägledning i utformningen av det psykiatriska arbetet, vad gäller innehåll och struktur inom både slut- och öppenvård. Ambitionen är att åstadkomma en mer kunskapsbaserad psykiatri och att belysa inom vilka områden som kunskap saknas eller är bristfällig. SBU (Statens beredning för medicinsk

---

<sup>53</sup> Intervju Teresa Ottinger, Mats Ulfvendahl, Vetenskapsrådet. 18/10 2011.

utvärdering) har fått uppdraget att ta fram tre kunskapsöversikter och tre forskningsöversikter. Kunskapsöversikterna ska även omfatta kommunernas verksamhet. Önskade områden var metoder för diagnostik och uppföljning, heldygnsvård, barn- och ungdomspsykiatri, neuropsykiatri m.m.

#### **Projektid och resurser**

Februari 2009 – 31 december 2011. Anvisade medel till projektet är 15 miljoner kronor, allt har förbrukats.<sup>54</sup>

#### **Resultat**

Den 31 december 2011 skulle uppdraget slutrapporteras enligt regeringsbeslutet. Regeringen har dock begärt in slutrapporten till den 11 januari 2012 istället vilket kommer vara en sammanfattande rapport av kunskapsöversikterna. Rapporterna publiceras under våren 2012.<sup>55</sup> Kunskapsöversikterna har temana Diagnostik och uppföljning av förstämningssjukdomar, Diagnostik och behandling av ADHD och autismspektrumsjukdomar samt Läke-medelsbehandling av psykos/schizofreni. Forskningsöversikterna har temana organisation, patientens delaktighet (båda gäller neuropsykiatri och psykos/schizofreni) och implementering inom psykiatrin (riktlinjer inom primärvården).<sup>56</sup>

### **3.4.4 Webbaserad kunskapsportal**

#### **Syfte**

Genom en webbaserad portal strukturera redan befintlig och genom psykiatrisatsningen tillkommande relevant kunskap inom psykiatriområdet. Portalen ska fungera som ett pedagogiskt verktyg för att stödja arbetsgivarnas implementering av denna kunskap. Målgruppen för projektet är personal på alla nivåer som kommer i kontakt med personer med psykisk funktionsnedsättning.

#### **Projektid och resurser**

November 2009 – 30 januari 2011 (portal i drift). Förlängd tid till maj 2011. Socialstyrelsen har anvisats 18 miljoner kronor för uppdraget varav 11 miljoner kronor är förbrukade.

#### **Resultat**

*Kunskapsguiden* lanserades den 31 maj 2011 och finns nu som hemsida. Projektet har också presenterat förslag till fortsatt drift.

---

<sup>54</sup> Mejl Susanna Axelsson, SBU. 15/12 2011.

<sup>55</sup> Mejl Måns Rosén, SBU. 13/12 2011.

<sup>56</sup> SBU. (2010-03-31) *Delredovisning – Kunskapsöversikter inom området psykiatrisk vård, behandling och rehabilitering.*

## **Nuläge**

Socialstyrelsen hade till och med 2011 ansvaret för att driva och förvalta portalen. 2014 ska Socialstyrelsen göra en utvärdering av *Kunskapsguiden* avseende i vilken utsträckning kommuner, landsting och andra använder kunskapsportalen samt hur innehållet uppfattas. I regleringsbrevet för 2012 fick Socialstyrelsen medel för fortsatt utveckling och förvaltning av portalen.

### **3.4.5 Uppdrag att utbetala bidrag till kommuner och landsting för att förstärka kompetensen bland personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk funktionsnedsättning**

#### **Syfte**

Öka personalens kompetens om personer med psykisk funktionsnedsättning och bidra till en evidensbaserad praktik som integrerar bästa vetenskapliga kunskap med brukares och anhörigas erfarenheter och de professionellas yrkeskunnande. Kompetenssatsningen har tre strategiska områden: vård och behandling, boende och vardagsstöd samt meningsfull sysselsättning och rehabilitering till arbete. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att efter ansökningar fördela medlen till landsting och kommuner.

#### **Projektid och resurser**

Februari 2009 – 1 juli 2013. Projektet har anvisats 430 miljoner kronor för perioden. Information om förbrukade medel finns för åren 2008 och 2009. Av dessa 229,5 miljoner kronor har 140,5 miljoner kronor förbrukats. De medel som har beviljats under 2010 kan användas till och med 2012, tillsammans med de medel som beviljas 2011 för verksamhet 2012.

#### **Resultat**

Socialstyrelsen har efter inkomna ansökningar fördelat medel till kommun- och landstingsgemensamma satsningar i samtliga län. Ett krav har varit att ansökningarna tas fram i samarbete med brukar- patient- och anhörigorganisationer. Kurser och medelförbrukning har försenats då kommuner och landsting behövt längre tid än förutsett för planering och genomförande av kompetenssatsningen. Det har därför funnits möjlighet att använda pengarna över årsskiftena. Antalet använda utbildningsplatser till och med 2010 var 56 000, fördelat på 97 projekt. Merparten av dessa utbildningsplatser, ca 47 000 st., avser kortare kurser på mindre än 5 dagar, de flesta av dem en dag eller mindre (30 000 st.), men det finns också högskolekurser vars längd är två terminer. Av deltagarna i de olika utbildningarna har 27 procent varit från landsting, 63 procent från kommuner och övriga 10 procent från verksamheter i annan regi. Snedfördelningen uppges bero delvis på att det finns fler inom kommunverksamhet som arbetar med personer med psykisk funktionsnedsättning, men även att det är svårare för landstingspersonal att delta i utbildning på arbetstid. Mer än hälften av deltagarna saknade högskoleexa-

men. Socialstyrelsen bedömer att tydliga resultat och effekter inte kommer att kunna utskiljas förrän mot slutet av 2012. Deltagarna bedömer med några undantag att innehållet i utbildningarna har varit relevant och användbart i vardagsarbetet.<sup>57</sup>

### **Nuläge**

Satsningen fortsätter och ska återrapporteras den 1 juli 2013.

## **3.4.6 Specialistkompetenskurser i psykiatri**

### **Syfte**

Att öka nivån och kvaliteten på det teoretiska innehållet i specialisttjänstgöringen i psykiatri och att öka intresset hos nyutbildade läkare att bli psykiater. Uppdraget gavs till Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) som ansvarar för verksamheten med specialistkompetenskurser (SK-kurser) inom läkares vidareutbildning.

### **Projektid och resurser**

Juni 2007 – maj 2013. Till och med 2011 har 29,7 miljoner kronor anvisats för detta. Förbrukade medel var i juli 2011 22,8 miljoner kronor, men förväntningen var att 29,5 miljoner kronor skulle vara förbrukade vid årsskiftet 2011/2012.<sup>58</sup>

### **Resultat**

IPULS har förstärkt, utvecklat och hållit i SK-kurser. T.ex. har det under 2010 genomförts 18 SK-kurser av 19 planerade enligt det nya s.k. METIS-konceptet som innebär att kurserna ges i strukturerade teoretiska block och i en given ordning. Detta kan jämföras med 2009 då åtta METIS-kurser hölls (samt fem kurser enligt en äldre modell). Utöver detta har 8 nya kurser tagits fram, bland annat i suicidologi. IPULS har även arbetat med att utveckla kompetensmål för ST-läkare i psykiatri. Socialstyrelsen gör bedömningen att verksamheten uppfyller den pedagogiska och teoretiska målsättningen för utvecklingen av kurserna i enlighet med syftet.<sup>59</sup>

### **Nuläge**

Ett år kvar av projektet. Redovisning av 2011 års verksamhet kommer senast 31 mars 2012. Enligt 2010 års uppföljning var planen att under 2011 hålla 29 SK-kurser enligt det nya konceptet.

---

<sup>57</sup> Socialstyrelsen. (2011-06-28). *Kompetenssatsning. Personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Delrapport 2.*

<sup>58</sup> Mejil Frida Nobel, Socialstyrelsen. 24/10 2011.

<sup>59</sup> Socialstyrelsen. (2011-03). *METIS-projektet. Uppföljning av SK-kurser i psykiatri år 2010.*

### 3.4.7 Utbildning inom området evidensbaserad psykologisk behandling

#### Syfte

Öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling såsom kognitiv beteendeterapi och på så vis möta det växande behovet hos framför allt äldre när det gäller dessa typer av behandlingar. Socialstyrelsen fick uppdraget att fördela pengar till landstingen.

#### Projektid och resurser

Juni 2008 – mars 2011. Projektet anvisades 21 miljoner kronor 2008–2010. En grov uppskattning är att ca 8 miljoner kronor av de anvisade medlen hade förbrukats vid årsskiftet 2010/2011.<sup>60</sup> Projektet har anvisats ytterligare 18,2 miljoner kronor för 2011 som medräknats i anvisade medel.

#### Resultat

Samtliga landsting utom ett har ansökt om medel för kompetenssatsningar. 264 personer i 17 landsting har påbörjat grundläggande psykoterapiutbildning med KBT-inriktning. 119 personer i sju landsting har gått en kompletterande KBT-utbildning. Den grundläggande utbildningen består av 60 högskolepoäng. Drygt hälften av de kompletterande utbildningarna har omfattat 10–17 dagar. Resterande har omfattat en termins högskolestudier. Ett fåtal landsting har använt medlen till andra utbildningar såsom IPT, familjeterapi och datorbaserad KBT. Utbildningsplatserna har varit jämnt fördelade mellan primärvård och psykiatri. Andra året ändrade Socialstyrelsen villkoren för medlen för att inte krocka med en annan satsning med inriktning på att utbilda psykoterapeuter (se avsnitt 3.5.4) Socialstyrelsen bedömer att det är svårt att avgöra hur mycket de utbetalade medlen har påverkat kompetensutvecklingen i förhållande till övriga satsningar inom landstingen. Bidragen utgör en mycket liten del av de kostnader som landstingen har för dessa satsningar och flera landsting hade i mars 2011 inte använt de utbetalade medlen för 2010 än. Landstingen har av Socialstyrelsen fått förlängd tid till och med 2012 för användning av dessa medel.<sup>61</sup>

#### Nuläge

I september 2011 fick projektet nya medel, 18,2 miljoner kronor för verksamhet 2011 och det anvisades även 12,5 miljoner kronor för 2012.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> Egen beräkning baserad på information i mejl från Anna Ericsson, Socialstyrelsen. 11/10 2011.

<sup>61</sup> Socialstyrelsen. (2011-03-15). *Utvecklingen av kompetens inom evidensbaserad psykologisk behandling. Redovisning av utbetalda medel till landstingen.*

<sup>62</sup> S2011/7705/FS (delvis)

### 3.4.8 Förlängd allmäntjänstgöring i psykiatri

#### Syfte

Projektets syfte är att öka antalet AT-läkare som väljer att genomföra sin tjänstgöring inom psykiatri. Målsättningen är dels att underlätta rekrytering av ST-läkare till psykiatri, dels att förbättra psykiatriutbildningen för samtliga AT-läkare vilket bör gagna den fortsatta tjänstgöringen. Förhoppningen under den första uppföljningsperioden juli 2008–december 2009 var att hälften av totalt 285 AT-läkare i Norra sjukvårdsregionen (Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens läns landsting) och Sydöstra sjukvårdsregionen (Östergötlands, Jönköpings och Kalmar läns landsting) skulle tacka ja till förlängd tjänstgöring, i 5 eller 6 månader istället för 3 månader. Socialstyrelsen fick i uppdrag att fördela medlen.

#### Projektid och resurser

Juni 2008 – december 2011. För hela projektperiodens arbete anvisades 55,1 miljoner kronor, varav 26,2 miljoner kronor har fördelats till Sydöstra sjukvårdsregionen och 28,5 miljoner kronor till Norra sjukvårdsregionen. Sjukvårdsregionerna har förbrukat 31,6 procent<sup>63</sup> respektive 54 procent<sup>64</sup> av fördelade medel.<sup>65</sup>

#### Resultat

Under första uppföljningsperioden hade totalt 28 av 285 AT-läkare tackat ja till förlängd allmäntjänstgöring inom psykiatri. I augusti 2011 hade 54 av 324 tackat ja till förlängd tjänstgöring inom psykiatri i Norra sjukvårdsregionen (16,7 %). I sydöstra sjukvårdsregionen hade 29 av 382 personer tackat ja till förlängd tjänstgöring (7,6 %). 66 av totalt 83 personer som valt att förlänga tjänstgöringen i de båda regionerna valde 6-månaderstjänstgöringen, vilket gav en månadslön i sex månader motsvarande en specialisttjänstgöring (35 000 kr) samt ytterligare 5 000 kronor i bonus.<sup>66</sup> Antalet som har tackat ja har successivt ökat under projektperioden. Projektet har inneburit mycket grundjobb såsom utveckling av kurser, ordna handledare, handledarutbildning, konferenser m.m. Psykiatriutbildningen för samtliga AT-läkare anses av Socialstyrelsen ha förbättrats då båda regionerna har jobbat med att utveckla det pedagogiska innehållet i utbildningarna. Socialstyrelsen bedömer att det arbete som gjorts är i linje med projektets syfte.<sup>67</sup> En registerstudie är planerad som bland annat ska undersöka hur många av de som accepterat erbjudandet om en förlängning som senare går vidare och

---

<sup>63</sup> Per den 30 juni 2011.

<sup>64</sup> Per den 31 augusti 2011.

<sup>65</sup> Mejl Anders Hedberg, Socialstyrelsen. 6/12 2011.

<sup>66</sup> Mejl Anders Hedberg, Socialstyrelsen. 6/12 2011.

<sup>67</sup> Socialstyrelsen. (2010-07-01). *Fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare. Redovisning av ett försök inom två sjukvårdsregioner med låg tillgång på specialister i psykiatri. Delrapport 2.*

satsar på en karriär som specialist inom någon psykiatrisk specialitet jämfört med dem som valt ordinarie AT.<sup>68</sup>

### **Nuläge**

Nytt beslut i november 2011 om förlängning av uppdraget till och med december 2014, med kvarvarande medel från tidigare år. Socialstyrelsen får ytterligare 400 000 kronor per år för att följa upp satsningen.<sup>69</sup>

### **3.4.9 Kartläggning av psykiaturkurser på läkar- och sjuksköterskeutbildningarna**

#### **Syfte**

Socialstyrelsen fick i uppdrag att se över läkar- och sjuksköterskeutbildningarnas psykiaturkurser utifrån vårdens behov av allmän psykiatrisk kompetens och högskoleförordningens målangivelser.

#### **Projektid och resurser**

Juni 2008 – juli 2009. Till kartläggningen anvisades 1,5 miljoner kronor. Av medlen förbrukades 850 000 kronor.<sup>70</sup>

#### **Resultat**

Kartläggningen rapporterades inom utsatt tid. Resultaten visade bland annat att psykiaturkursernas innehåll varierade mellan lärosätena beroende på lärarnas intresse och engagemang. På flera lärosäten hade omfattningen minskat trots den nationella psykiatrisatsning som föreligger. Det fanns problem att hitta praktikplatser. Sammanfattningsvis ansågs inte innehållet i utbildningarna motsvara vårdens behov och Socialstyrelsen uppmanade regeringen att tydligt styra utbildningarna så att de motsvarar vårdens behov.<sup>71</sup>

#### **Nuläge**

Regeringen har inte vidtagit några åtgärder utifrån kartläggningen över psykiaturkurser på läkar- och sjuksköterskeutbildningarna, det är upp till universiteten att forma sina utbildningar så att de motsvarar de krav som finns i högskoleförordningen. Regeringens begränsade möjligheter att påverka innehållet i utbildningarna.<sup>72</sup> Projektet förlängd AT-tjänstgöring (se avsnitt 3.4.8) har som en del av projektet sedan 2008 jobbat med att stärka kvaliteten i psykiatriutbildningen för samtliga läkare i de två deltagande sjukvårdsregionerna. Kvalitetsutvecklingsarbetets start sammanföll tidsmässigt med kartläggningsuppdraget.

---

<sup>68</sup> Mejl Anders Hedberg, Socialstyrelsen 11/10 2011.

<sup>69</sup> S2008/4141/FS (delvis), S2008/4638/FS (delvis)

<sup>70</sup> Mejl Katrin Ekström, Socialstyrelsen. 14/10 2011.

<sup>71</sup> Socialstyrelsen. (2009-06). *Utbildning i psykiatri – en explorativ studie av läkar- och sjuksköterskeutbildningarna*.

<sup>72</sup> Telefonsamtal Anna Humble, Utbildningsdepartementet. 19/12 2011.

### 3.4.10 Högskoleutbildning inom området psykisk hälsa med inriktning mot särskilt komplicerad problematik

#### Syfte

Stärka kompetensen, skapa en gemensam kunskapsbas och säkerställa kommande års rekryteringar till verksamheter som kommer i kontakt med personer med psykisk funktionsnedsättning. Utbildningen har tagits fram och drivits gemensamt av Malmö högskola, Mittuniversitetet, Högskolan i Väst och Högskolecentrum i Vänersborg.

#### Projektid och resurser

Oktober 2007 – februari 2010. Projektet anvisades 15,6 miljoner kronor varav 13,6 är förbrukade.

#### Resultat

Högskoleutbildningar på distans har anordnats, 88 personer antogs till grundutbildningen och 175 personer antogs till en fort- och vidareutbildning där grundläggande högskolebehörighet inte var ett krav. 49 procent av grundutbildningsstudenterna genomgick utbildningen med godkänt resultat. Bland de sex kurser som gavs som fort- och vidareutbildning varierade andelen godkända mellan 21 och 65 procent. Det har funnits problem med samverkan mellan lärosätena, bland annat vad gäller tekniken i distansutbildningarna. En expertgrupp som utvärderade utbildningen bedömde att studenterna skulle behöva kompletterande utbildning för att vara användbara.<sup>73</sup> Både arbetsgivare och studenter har visat ett stort intresse för utbildningarna även om det finns vissa svårigheter att hitta passande tjänster. En uppföljning av grundutbildningsstudenterna visar att 51 av 65 personer hade arbete sex månader efter avslutat program. 41 personer av dessa arbetar inom utbildningens område varav 30 har nya anställningar. 14 personer av dessa 30 trodde att de fått den nya anställningen på grund av utbildningen.<sup>74</sup> Expertgruppen har lämnat förslag på hur kvaliteten i framtida utbildningar på området kan stärkas.

#### Nuläge

Lärosätena har idag skapat egna utbildningar med reviderade programformer som dock kräver högskolebehörighet.

### 3.4.11 Case managers

#### Syfte

Utbilda s.k. case managers i ACT-modellen (Assertive Community Treatment), en metod för att koordinera och ge sammansatt vård, socialt

---

<sup>73</sup>Högskolecentrum Vänersborg. (2010). *Utvärdering av Högskoleutbildningen: Psykisk hälsa med inriktning mot särskild problematik. Expertgruppens rapport 31 oktober 2010.*

<sup>74</sup> Högskolecentrum Vänersborg. (Årsskiftet 2010/2011). *Vad studenterna gör sex månader efter avslutat högskoleprogram.*

stöd och rehabilitering till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Målet är att undersöka om den fungerar och är genomförbar i svenska förhållanden. Uppdraget gavs till Socialstyrelsen som anlidade Karlstads universitet för att genomföra utbildningsinsatsningen.

### **Projektid och resurser**

Juni 2006 – september 2011. Projektet anvisades 20 miljoner kronor varav 3,2 miljoner kronor skulle användas till ett forskningsprojekt kring effekter för brukarna. Allt är förbrukat förutom 1,7 miljoner kronor som återbetalades från CEPI (Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder) för en utebliven utvärdering.

### **Resultat**

Fem utbildningsdagar har hållits där 10 till 16 läkare har deltagit vid varje tillfälle. En introduktionskurs för både baspersonal och arbetsledare där syftet har varit att skapa en gemensam kunskapsbas har haft 162 deltagare. En huvudkurs på 30 högskolepoäng har genomförts av 80 personer anställda inom psykiatrin eller kommunens verksamhet för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Elva kommuner och fem psykiatriska kliniker har deltagit. Socialstyrelsen konstaterar att satsningen har lett till att samordningen av brukarnas insatser har förstärkts. Uppskattningsvis har 300–400 brukare eller patienter fått stöd från en case manager varav hälften uppskattas ha tillgång till en fungerande resursgrupp. ”Ett stort antal brukare” har fått en individuell planering. Avtrycket och implementeringen i kommunernas verksamhet ser dock olika ut. Man kan inte se att de deltagande huvudmännen har omformat sina organisationer enligt det nya arbetssättet. De resursgrupper som finns är inte de reella integrerade vård- och stödteam som avses i den evidensbaserade metoden utan snarare löst sammansatta nätverk. Utvärderaren CEPI konstaterar att utbildningsinnehållet inte är i linje med den kunskap som finns om ACT-modellen i de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Denna riktlinje publicerades dock i början av 2011. CEPI skulle ha utvärderat effekterna av satsningen på klientnivå men ansåg att detta inte kunde göras på grund av metodens heterogenitet och varierande implementering. Socialstyrelsen konstaterar att målet att införa och öka kunskapen om en viss modell inte har uppnåtts.<sup>75</sup>

### **Nuläge**

Projektet ska lämna en slutrapport den 31 december 2011 som bland annat ska innehålla en manual riktad till huvudmännen som beskriver hur case-management verksamheten ska bedrivas. Socialstyrelsen letar efter ny effektutvärderare.

---

<sup>75</sup> Socialstyrelsen. (2011). *Utbildningsinsatsning för case managers*. sid. 17

### **3.4.12 Utredning kring baspersonalens kompetensutveckling inom landstingens och kommunernas verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning**

#### **Syfte**

Socialstyrelsen fick i uppgift att utreda frågor avseende en satsning på ökad kompetens hos baspersonal. För denna uppgift anlätades Högskolecentrum Vänersborg. Utredningen skulle bland annat innehålla förslag på vilka områden som bör innefattas av satsningen, utformning, målformulering, uppföljning och utvärdering och medelsfördelning. Motivet var att kunna utveckla en kompetensutvecklingsatsning som bygger på en gemensam aktuell kunskapsbas med bred helhetssyn.

#### **Projektid och resurser**

Juni 2007 – november 2007. För utredningen anvisades 500 000 kronor varav 484 000 kronor förbrukades.<sup>76</sup>

#### **Resultat**

Utredningen presenterade förslag enligt ovan. Har legat till grund för kompetensatsningen som redovisas under avsnitt 3.4.5.

### **3.4.13 Ökning av antalet studenter på psykologprogrammet**

#### **Syfte**

Regeringen har genomfört en satsning för att öka antagningen av helårsstudenter på Karolinska institutets (KI) psykologprogram med profilering mot hälso- och sjukvård.<sup>77</sup>

#### **Resultat**

Psykologprogrammet KI startade höstterminen 2007 med 40 platser, med intag en gång om året. I regleringsbrevet för 2009 fick KI ovanstående uppdrag att öka antagningen på psykologprogrammet så att antalet helårsstudenter motsvarar 150 st. 2015, utöver den volym som antagningen om 40 studenter per hösttermin motsvarar.<sup>78</sup> KI tilldelades ytterligare 15 nybörjarplatser 2009 samt i regleringsbrevet för 2010 ytterligare 15 nybörjarplatser.<sup>79</sup> Höstterminerna 2010 och 2011 fanns 70 platser på programmet.

---

<sup>76</sup> Socialstyrelsen. (2008). *Årsredovisning 2007*.

<sup>77</sup> Regeringens beslut den 18 december 2008 nr. II:34, dnr. U2008/8481/SAM/UH m.fl.

<sup>78</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2009 avseende universitet och högskolor m.m. Bilaga 7, Karolinska Institutet

<sup>79</sup> Karolinska institutet. (2011). *Årsredovisning 2010*.

Utöver den särskilda satsningen från regeringens håll har fler utbildningar startats sedan 2007. Linnéuniversitetet startade ett psykologprogram höstterminen 2011 på 30 platser med intag en gång om året. Mittuniversitet startade sin psykologutbildning höstterminen 2008 på ca 30 platser och även här sker intag en gång om året.<sup>80</sup> Det är dock oklart om detta har någon koppling till psykiatrisatsningen.

### **Nuläge**

Enligt SACO:s prognos av arbetsmarknaden 2016 kommer det att finnas en brist på psykologer om fem år trots ökat antal utbildningsplatser. Detta på grund av ett högt antal pensionsavgångar. Det finns stora skillnader mellan olika delar av landet. Idag är det nästintill balans mellan tillgång och efterfrågan i storstadsregionerna medan det råder stor brist i andra regioner. Bristen förväntas fortsätta även i framtiden och gäller både nyutexaminerade och erfarna psykologer. Prognosen uppskattas ha en låg osäkerhet.<sup>81</sup> Samtidigt visar Högskoleverkets siffror för höstterminen att psykologprogrammet är den utbildning som har flest antal sökande per plats. Det var 8,6 sökanden per plats till psykologprogrammet jämfört med t.ex. läkarprogrammet där det var 5,8 sökande per plats.<sup>82</sup>

---

<sup>80</sup> VHS antagningsstatistik. <http://www.vhs.se/sv/Statistik1/Host--och-vararterminer/Tidigare-terminer/> 2011-12-19

<sup>81</sup> SACO. (2011). *Framtidsutsikter. Arbetsmarknaden för akademikerkyrken år 2016.*

<sup>82</sup> Sveriges psykologförbund. (2011-11-21). *Psykolog blir ett bristyrke.* <http://www.psykologforbundet.se/forbundettycker/Sidor/nyheter.aspx?newsitem=968> 2011-12-19

### 3.5 Resultat av stöd till kvalitet och utveckling

Tabell 6. Anvisade och förbrukade medel inom området Kvalitet och utveckling.

Område	Insatser	Anvisat (Mkr)	Förbrukat (Mkr)
Kvalitet och utveckling	Riktlinjer psykosociala insatser schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	4,6	4,6
	Förstärkt tillsyn	58,8	33,8
	Grunddata, kvalitetsindikatorer och förbättrad verksamhetsuppföljning	24	16,9
	Stöd till utvecklingen av legitimerade psykoterapeuter och handledare inom psykoterapi	45	4,8
	Kartläggning psykiatriska heldygnsvården	3	2,5
	Förbättringar i heldygnsvården	100	50
	Portal för samtliga kvalitetsregister inom psykiatri	36,2	36,2
	Nationella hjälplinjen	25	25
	Ny lagstiftning: Krav på samverkansöverenskommelser och individuella planer	-	-
<b>Totalt</b>		<b>296,6</b>	<b>173,8 (59%)</b>

### **3.5.1 Riktlinjer för psykosociala insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd**

#### **Syfte**

Socialstyrelsen gavs uppdraget att ta fram nationella riktlinjer för att stimulera användningen av psykosociala insatser<sup>83</sup> med god evidens, stimulera samverkan och skapa förutsättningar för en gemensam kunskapsbas.

#### **Projektid och resurser**

Mars 2008 – 31 december 2009, förlängt till februari 2011. Projektet anvisades 4,6 miljoner kronor varav samtliga medel förbrukades.

#### **Resultat**

Riktlinjerna publicerades i februari 2011.

#### **Nuläge**

Nytt regeringsuppdrag till Socialstyrelsen (oktober 2011 – februari 2015) att stödja kommuner och landsting i arbetet med att föra ut myndighetens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Regeringen har anvisat medel till och med 2014 för detta arbete.<sup>84</sup> Även Akademiska sjukhuset i Uppsala har blivit anvisade medel för stimulans och stöd för att implementera riktlinjerna.<sup>85</sup>

### **3.5.2 Förstärkt tillsyn**

#### **Syfte**

Socialstyrelsen ska åstadkomma en aktiv myndighetstillsyn som i förebyggande syfte kontrollerar verksamheten och stödjer huvudmännen i kvalitets- och säkerhetsarbetet. Tillsynen ska vidare säkerställa att sjukvården tillgodoser rättssäkerheten och samhällsskyddet. Tillsynen ska granska på ett sätt som stödjer och utvecklar verksamheten.

#### **Projektid och resurser**

Maj 2007 – utgången av 2009, avrapporterad september 2010. Sammanlagt 33,9 miljoner kronor anvisades. Av de medel som anvisades har 33,8 miljoner kronor förbrukats.

---

<sup>83</sup> Med psykosociala insatser menas i detta sammanhang åtgärder genom verbal eller icke verbal kommunikation med syften att minska symptom och ge ökad livskvalitet. Det kan till exempel vara stöd i föräldraskap för personer med schizofreni, kognitiv träning för att förbättra funktionsnedsättningar eller åtgärder för att förbättra sociala färdigheter.

<sup>84</sup> S2006/6960/FS, S2011/8804/FS

<sup>85</sup> S2011/9370/FS

## Resultat

Socialstyrelsen har genom den aktuella satsningen handlagt ett väsentligt större antal enskilda anmälningar än vanligt vilket har resulterat i tillsynsaktiviteter mot både vårdgivare och enskild hälso- och sjukvårdspersonal. Myndigheten har även haft större möjligheter att samverka med länsstyrelserna, 24 gemensamma inspektioner har genomförts. Fler inspektörer med psykiatrisk kompetens har rekryterats. Handläggningstider och kvaliteten på handläggningen av lex Maria-anmälningar av självmord har kunnat upprätthållas i samband med en ökning av antalet ärenden. Brister har genom granskningar uppmärksammats bland annat vad gäller handläggningen av lex Maria-självmord, ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, vårdkvaliteten inom BUP, första linjens verksamhet för barn och ungdomar samt användningen av tvångsåtgärder inom den psykiatriska tvångsvården.<sup>86</sup>

## Nuläge

Ytterligare 25 miljoner kronor har anvisats under juni 2011 för en fortsatt satsning på förstärkt tillsyn.<sup>87</sup>

### 3.5.3 Grunddata, kvalitetsindikatorer och förbättrad verksamhetsuppföljning

#### Syfte

Socialstyrelsen ska påskynda utvecklingen av mått för hälso- och sjukvård och socialtjänst inom psykiatriområdet, följa upp och utvärdera utvecklingen inom området samt sprida resultaten till ansvariga huvudmän. Vidare ska Socialstyrelsen skapa en samlad nationell bild av situationen inom psykiatriområdet.

#### Projektid och resurser

April 2009 – juli 2012. Projektet har anvisats 24 miljoner kronor. Till och med 2011 har 16,9 miljoner kronor förbrukats.

#### Resultat

Utveckling av indikatorer inom psykiatriområdet pågår enligt återrapporteringen. Socialstyrelsen har i senaste delrapporten presenterat ramarna för en modell för verksamhetsuppföljning vad gäller målgruppen och avgränsningar av verksamheter, uppföljningsområden och de indikatorer som ska belysa uppföljningsområdena. Utöver detta har tre epidemiologiska studier genomförts inom ramen för uppdraget. Socialstyrelsen konstaterar att det saknas nationella datakällor på många områden där indikatorer behövs.<sup>88</sup>

---

<sup>86</sup> Socialstyrelsen. *Redovisning av uppdrag avseende förstärkt tillsyn över den psykiatriska hälso- och sjukvården*. SoS dnr 00-4559/2007

<sup>87</sup> RB 22 juni 2011.

<sup>88</sup> Socialstyrelsen. (2011-07-02). *Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet. Delrapport 2011*.

Socialstyrelsen bedömer dock att tillgången på grunddata har ökat inom psykiatri, bland annat när det gäller tvångsvård.

## **Nuläge**

Slutrapport 1 juli 2012.

### **3.5.4 Stöd till utvecklingen av legitimerade psykoterapeuter och handledare inom psykoterapi**

#### **Syfte**

Komma till rätta med bristen på personal med lämplig utbildning för psykologisk behandling, främst kognitiv beteendeterapi. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att fördela medel till landstingen.

#### **Projekttid och resurser**

April 2009 – mars 2013. Projektet har anvisats 45 miljoner kronor till och med 2011. Totalt hade i februari 2011 4,8 miljoner kronor förbrukats.

#### **Resultat**

Totalt 300 anställda inom landstingen beräknas ta en psykoterapeutexamen eller få handledarkompetens inom psykoterapi genom projektet. Landstingen har kommit olika långt i satsningen och sju landsting hade i slutet av februari 2011 inte påbörjat någon utbildning än. I oktober 2010 hade totalt 133 anställda påbörjat eller avlagt examen i någon av de två utbildningarna. Flera landsting uppger att det begränsade utbudet av utbildningssamordnare har lett till att utbildning har upphandlats på annan ort vilket medfört kostnader i form av resor och övernattningar. Det fördelade statsbidraget täcker enbart utbildningskostnad och inte andra utgifter för landstingen såsom vikarier, litteratur, övernattningar, boende och resor vilket medfört att landstingens egna kostnader överstiger statsbidraget. Det tar ca tre år att utbilda sig vilket gör att Socialstyrelsen bedömer att det är för tidigt att uttala sig om effekterna.<sup>89</sup> Utbildningsplatserna anges vara fördelade mellan både den vuxenpsykiatriska vården och barn- och ungdomspsykiatri. I förhållande till de förbrukade medlen hade tre landsting inte fakturerats av utbildningssamordnarna ännu, varav ett var Stockholms läns landsting.

## **Nuläge**

Slutrapport den 1 mars 2013.

---

<sup>89</sup> Socialstyrelsen. (2011). *Lägesrapport – uppdrag att stödja utvecklingen av legitimerade psykoterapeuter och handledare*.

### 3.5.5 Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården

#### Syfte

SKL fick i uppdrag att skapa en bild av hur tillgången på heldygnsplatser inom psykiatri varierar över landet, möjliga orsaker till variationerna samt vilka implikationer detta har för framtiden.

#### Projektid och resurser

December 2008 – mars 2010. För kartläggningen anvisades 3 miljoner kronor varav 2,5 miljoner kronor förbrukades.

#### Resultat

Kartläggningen har lämnats och ligger till grund för SKL-projektet *Bättre vård – Mindre tvång* (se avsnitt 3.5.6). Kvarstående medel har förbrukats under projektet som följde.

### 3.5.6 Förbättringar i heldygnsvården

#### Syfte

SKL har fått i uppdrag att leda ett projekt för att öka kvaliteten i den psykiatriska heldygnsvården genom metodutveckling, minska belastningen inom slutenvården och minska antalet tvångshandlingar i heldygnsvården.

#### Projektid och resurser

December 2009 – december 2012. Sammanlagt 100 miljoner kronor har anvisats för 2010–2011, ytterligare 50 miljoner kronor för 2012. De ca 500 000 kronor som blev över från kartläggningen av heldygnsvården (se avsnitt 3.5.5) har använts till projektet. Första omgången medel (42,5 miljoner kronor) nådde inte slutmottagarna (landstingen) förrän i december 2010, vilket innebär att andra omgången (43 miljoner kronor) delades ut först i november 2011. Förbrukningen av de fördelade medlen till landstingen följs inte upp, det finns inga krav på återbetalning. Det gör att det inte finns uppgifter på hur mycket av de ca 43 miljoner kronor per år som fördelas ut som förbrukas. Den uppföljning som görs är att landstingen skriver om vad som har genomförts i de kompetensplaner som ska lämnas in.<sup>90</sup>

#### Resultat

SKL bedriver projektet *Bättre vård – mindre tvång*. Projektet har bestått av tre delar. Förbättra återrapporteringen om tvångsvård och tvångsåtgärder, öka kunskap och kompetens samt förbättra det praktiska arbetet genom s.k. genombrottsprogram. Samtliga landsting har registrerat tvångsvård i patientregistret (PAR), sänt in kompetensplan och anmält minst en verksamhet till ett genombrottsprogram vilket var villkoren för att ta del av medlen. Genom de fem genombrottsprogram som hittills har startat har totalt 86 team deltagit. SKL har samarbetat med Socialstyrelsen för att förbättra inrapporte-

---

<sup>90</sup> Telefonsamtal Susanne Rolfner Suvanto 20/10 2011.

ringen av tvångsvårdsdata och tillsammans med Svensk psykiatrisk förening (SPF) utarbetat förslag kring vilka vårdåtgärder som alltid ska rapporteras in till PAR. Bedömningen i november 2011 är att landstingen och regionerna registrerar huruvida tvångsvård har getts. Nästa steg är att förbättra inrapporteringen av vilka tvångsåtgärder som har getts. Ett problem är att somatiska kliniker som bedriver tvångsvård inte rapporterar in, ibland p.g.a. brister i datasystemen. När det gäller kunskap och kompetens har landstingen skickat in kompetensplaner och erbjudits bokbord, bokpaket, inspirationsdagar och vandringsutställning. Kompetensarbetet har också pågått inom genombrottsprogrammen. SKL bedömer att kompetensarbetet har skett med ökad tydlighet och samordning. Kritiska punkter inför det fortsatta arbetet 2012 är att satsningen på regional och lokal nivå måste motsvaras av resurser från nationell nivå, vikten av stöd från verksamhetsledningar och fortsatta mätningar av tvångsåtgärder följt av återföring till landstingen.<sup>91</sup> Enligt uppgift från projektgruppen har antalet tvångsåtgärder minskat i landstingen. Det är svårt att följa effekter på användningen av tvångsåtgärder i statistiken eftersom det samtidigt har skett ett arbete med att öka inrapporteringen.

### **Nuläge**

Det är ett år kvar av projekttiden. Medel för 2012 kommer, om tidigare principer följs, att fördelas under slutet av 2012. Därför kommer dessa medel troligen inte förbrukas under den ordinarie projekttiden.

## **3.5.7 Portal för samtliga kvalitetsregister inom psykiatrin**

### **Syfte**

Förbättra och utveckla uppbyggnaden samt den tekniska lösningen för kvalitetsregistren inom psykiatris område. I projektet ingick även att ta fram förslag på fyra nya kvalitetsregister varav tre ska gälla barn- och ungdomspsykiatrin och minst ett där flera huvudmän kan registrera primäruppgifter. Uppdraget gavs till SKL.

### **Projektid och resurser**

April 2008 – december 2010, förlängt till mars 2011. Projektet anvisades 36,2 miljoner kronor, samtliga medel förbrukades.

### **Resultat**

Inom SKL:s projekt Nationellt kvalitetsregister för psykiatrin (NKP) har en teknisk lösning för samtliga kvalitetsregister utvecklats vid namn ReQua. Ett nytt kompetenscentra, Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister (KCP) har driftsatts av Örebro landsting i samarbete med Uppsala landsting för att förvalta den tekniska lösningen. Tre av fyra pro-

---

<sup>91</sup> SKL. (2011). *Bättre vård – Mindre tvång. Förbättringar av den psykiatriska heldygnsvården. Delrapport 2.*

jekt mål anses vara uppfyllda.<sup>92</sup> Projekt målet att andra vårdgivare än landstingsdriven hälso- och sjukvård ska få tillgång till och kunna använda kvalitetsregistren kunde dock inte uppfyllas på grund av att definitionen av vårdgivare i den nya patientdatalagen (2008:355), som trädde i kraft efter att uppdraget skrevs, inte innefattar socialtjänsten. Förslag på fyra nya kvalitetsregister har presenterats enligt projekt målet; Internetbehandlingsregistret, SIS registret, Unga med sexuellt utagerande beteende (USUB) och Kvalitetsregister fysiskt misshandlade barn (KMB).

### **Nuläge**

Övergången till ReQua har försenats ytterligare men startades i september 2011. Övergången sker i tre steg. I början av december låg 224 olika enheter i övergångsfasen och tre till fyra enheter hade börjat registrera. Totalt handlar det om ca 450 enheter som ska genomföra en övergång från befintliga register, samt 100 nya enheter som registrerar för första gången. I flera av de större regionerna (Stockholm, Skåne, Västra Götaland) har arbetet kört fast på grund av oförutsedda problem med att matcha befintliga system i landstingen med ReQuas tekniska lösning.<sup>93</sup>

## **3.5.8 Nationella hjälplinjen**

### **Syfte**

Nationella hjälplinjen arbetar sedan 2001 med att anonymt på jourtelefon ge stödsamtal och rådgivning till människor i akut psykisk kris eller andra svåra livssituationer och till deras närstående. I avtalet med Socialstyrelsen finns mål och villkor för verksamheten som hjälplinjen måste följa för att få ta del av medlen.

### **Projektid och resurser**

2007 – mars 2012. Nationella hjälplinjen har genom avtal med Socialstyrelsen anvisats fem miljoner kronor varje år för verksamhet 2007–2011. Nationella hjälplinjen har förbrukat alla medel.

### **Resultat**

Enligt en rapport från februari 2011 har de mål och villkor som ställts i avtalet uppnåtts, vilka främst gäller formerna för verksamheten, förutom målet att besvara minst 10 000 samtal varje år. 2007 besvarades 6 665 samtal av 57 386 påringningar, vilket innebär att 10 procent av inkommande samtal besvarades. 2010 tog hjälplinjen emot 9420 samtal vilket var 27 procent av dem som ringde in. Socialstyrelsen bedömer att samtalsmålen som satts borde kunna uppnås inom ramen för tilldelat anslag. Nationella hjälplinjen har utvecklat sin verksamhet under åren och enligt Socialstyrelsen utgör hjälplinjen ett värdefullt komplement till det som samhället i övrigt

---

<sup>92</sup> SKL. (2011-03-31). *Slutrapport. Projektet Nationellt kvalitetsregister för psykiatri "NKP". Nationell portal för kvalitetsregister inom psykiatri.*

<sup>93</sup> Telefonsamtal Camilla Boström, KCP. 7/12 2011.

har att erbjuda människor i akut psykisk kris. Enligt Socialstyrelsen visar dock den höga andelen icke besvarade samtal att behovet inte kan tillgodoses i den nuvarande organisationen.<sup>94, 95</sup>

### **Nuläge**

Rapport för 2011 års verksamhet ska rapporteras den 1 mars 2012. Enligt avtalet för 2011 ska Nationella hjälplinjen förbereda ett samgående med Inera AB som ska fullgöras under 2012.

### **3.5.9 Lagändringar: Krav på samverkansöverenskommelser och individuella planer**

#### **Syfte**

Att den enskilde får sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. Öka det gemensamma ansvarstagandet och förbättra samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samverkansöverenskommelser ska finnas och en individuell plan ska upprättas av kommunen och landstinget tillsammans om någon av huvudmännen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

#### **Projektid och resurser**

Nya lagbestämmelser infördes i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, 2010.

#### **Resultat**

2010 granskade Socialstyrelsen åtta landsting och åtta kommuner. I fem av åtta granskade kommuner och landsting finns samverkansöverenskommelser varav merparten har upprättats innan den nya bestämmelsen trädde i kraft. Flera viktiga samverkansområden är dock oreglerade. Individuella planer, enligt den nya lagstiftningen från 2010, upprättas ytterst sällan. Bland 76 granskade personakter påträffades endast individuella planer i två av fallen. Andra mindre omfattande planer fanns såsom individuell plan enligt LSS, vårdplaner vid utskrivning från slutenvård och i något fall en individuell plan som upprättats enbart inom hälso- och sjukvården.<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> Socialstyrelsen. (2011-02-22). *Lägesrapport avseende uppdrag att fördela medel till Nationella hjälplinjen (2009-12-17, S2008/508/HS)*.

<sup>95</sup> Socialstyrelsen. (2008-03-18). *Rapport angående Föreningen Nationella Hjälpplinen*.

<sup>96</sup> Socialstyrelsen. (2011). *Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

## 3.6 Sammanfattande iakttagelser

### Utbildning den vanligaste insatsen men mest medel till verksamhetsutveckling

Av de 27 projekt som riktar sig mot vården är nio utbildningsprojekt, varav fyra har varit inriktade mot att rekrytera ny kompetens. Av de 2,3 miljarder kronor som fram till november 2011 har anvisats till olika vårdinsatser har sammanlagt 640 miljoner kronor anvisats till utbildningsprojekten. Av de 27 projekten har sju projekt arbetat med verksamhetsutveckling såsom att utveckla första linjens vård, förstärka tillsynen och förbättra heldygnsvården. Till detta har 1 570 miljoner kronor anvisats, varav majoriteten till den förstärkta vårdgarantin för barn och ungdomar. Sex projekt av 27 har varit inriktade på att samla kunskap såsom kartläggningar, kunskapsöversikter och att utveckla grunddata. Övriga insatser har varit nya lagbestämmelser, forskningstjänster, riktlinjer för sociala insatser vid schizofreni samt stöd till Nationella hjälplinjen.

Av totalt 27 projekt är åtta pågående på ordinarie projekttid varav ett (SK-kurser) redan nu har fått en s.k. spinoff.<sup>97</sup> Tre av de åtta pågående projekten avslutas under 2012. Elva av 27 projekt är helt avslutade, varav tre har fått en spinoff (Kvalitetsregister, Riktlinjer Schizofreni, Modellområden). Sex av 27 projekt har fått en fortsättning i det ordinarie projektet, i vissa fall då mer tid behövs för att slutföra sådant som skulle ha genomförts på ordinarie projekttid. (Ett av dessa projekt avslutas under 2012). Två av de 27 projekten är lagändringar.

### Alla projekt har nått resultat i form av aktiviteter och prestationer

Statskontoret konstaterar att insatserna på vårdområdet ligger inom ramen för de övergripande mål som regeringen har satt upp. Projekten når också ut i olika delar av landet. Samtliga kan redovisa resultat i form av aktiviteter och prestationer, men det är oklart i vilket mån resultaten kommer att lämna ett permanent avtryck i verksamheterna. Till exempel har det i modellområdesprojektet tagits fram handlingsplaner för samverkan, men i vilken utsträckning dessa kommer att användas i modellområdena, eller spridas till andra områden framstår som oklart. Detta projekt får en ny inriktning från och med 2012.

Antalet lärosäten som erbjuder psykologprogrammet har ökat men utbildningsplatserna är fortfarande inte tillräckliga enligt arbetsmarknadsundersökningar. Sjukvårdspersonal har utbildats i ACT-modellen men modellen tillämpas olika. Vid denna tidpunkt är det för tidigt att säga om projekten sammantaget har lett till en bättre vård för psykiskt funktionsnedsatta. Till exempel är några av utbildningarna som ingår i satsningen mellan 1,5–3 år

---

<sup>97</sup> Med spinoff menas ett nytt projekt som har utformats med utgångspunkt ifrån temat i ett av psykiatrisatsningens projekt.

långa. Totalt har 78 620 utbildningsplatser inom sju projekt<sup>98</sup> tillsatts av befintlig personal inom kommuner och landsting.

### **Hälften av medlen är förbrukade**

Hälften av de medel som har anvisats under perioden 2007–2011 är förbrukade. Åtminstone 15 projekt bedömer Statkontoret har förbrukat de medel som har anvisats till och med 2011, i några enstaka projekt efter förlängning av projektiden. Att medlen inte är förbrukade behöver dock inte alltid vara ett dåligt betyg för verksamheten. Omständigheter runt projektet kan ha fördröjt starten för verksamheten och därmed även medelsförbrukningen. Vi kan se att regeringen har haft högre ambitioner när det gäller medelsanvändning än vad som varit praktiskt möjligt att genomföra.

Organisationer som vidarefördelar medel till exempelvis kommuner och landsting har visat sig anse att medlen är förbrukade då de har fördelats till regional och lokal nivå. Detta medför att det i vissa fall inte går att få någon tydlig bild av hur mycket pengar som faktiskt har förbrukats i slutledet.

### **Projektverksamheten har dragit ut på tiden**

Många av projekten är försenade. I många fall handlar det om att det har tagit lång tid att planera och förbereda dem. I vissa fall kan Statskontoret se indikationer på orealistiska förväntningar vad gäller uppsatta mål eller på kommuner och landstings möjligheter att planera och samordna insatser. Exempelvis var det inledande målet i projektet kring förlängd AT-tjänstgöring att hälften av samtliga läkarstudenter som söker AT-tjänstgöring skulle tacka ja till erbjudandet. Resultatet blev 9,8 procent. Ytterligare projekt har försenats då det har funnits svårigheter att rekrytera personal, främst till utbildningsprojekt.

### **Bristande kapacitet när det gäller genomförande**

Flera utbildningsprojekt har haft problem med att fylla sina utbildningsplatser. En orsak har varit svårigheter för kommuner och landsting att frigöra personal från sina ordinarie arbetsuppgifter då detta ofta förutsätter möjligheter att ta in vikarier. Det har också varit svårt för landstingen att finansiera ytterligare kostnader i samband med utbildningarna såsom resor och övernattningar. Detta problem syns tydligast inom hälso- och sjukvården. Det är således svårt att genomföra vissa projekt på grund av resursbrist på regional och lokal nivå. Brister i statistik och grunddata har förhindrat nödvändiga uppföljningar av projekten och bristen på personal har bidragit till svårigheter att fylla utbildningsplatser. Bristen på yngre disputerade kliniskt verk-

---

<sup>98</sup> UPP-centrum, Beardslees familjeinterventionsmetod, Stöd till implementering av nationella riktlinjer inom missbruks- och beroendevården, Kommun- och landstingsgemensamma kompetenssatsningen, Evidensbaserad psykologisk behandling, Case managers, Stöd till utbildning av legitimerade psykoterapeuter och handledare inom psykoterapi. Det finns fler projekt som ägnat sig åt kompetenshöjning på olika sätt, dock utan att Statskontoret kunnat urskilja enskilda utbildningsplatser.

samma medarbetare inom psykiatrin har lett till svårigheter att rekrytera yngre forskare. Den förlängda AT-tjänstgöringen skulle öka intresset för ämnesområdet men rekryteringen har inte lyckats i önskad utsträckning.

### **Konkurrens mellan projekt**

Flera projekt rapporterar om svårigheter att rekrytera deltagare på grund av konkurrens från andra satsningar. Detta har skapat en projektträngsel, främst bland utbildningsprojekt som riktar sig till landstings- och kommunanställda. Bara inom det kommun- och landstingsgemensamma kompetensprojektet (se avsnitt 3.4.5) fanns 97 olika utbildningssatsningar 2010. Det finns också fler projekt som erbjuder samma typ av utbildning. Exempelvis har Case manager utbildning erbjudits via tre olika projekt (se avsnitten 3.4.11, 3.4.5 och 4.5.1). Konkurrensen mellan olika projekt tillsammans med brist på personal och ekonomiska resurser har försvårat genomförandet av flera av satsningarna.



## 4 Vardagen

### 4.1 Problem som skulle åtgärdas

Psykiatrisamordnaren<sup>99</sup> bedömde att frågor om de psykiskt funktionsnedsattas vardag varit förbisedda. Boende och sysselsättning är nödvändiga villkor för att de psykiskt funktionsnedsattas vardag ska fungera. Psykiatrisamordnaren menade att det i vissa kommuner saknas gruppboende med tillräcklig personaltäthet t.ex. på nätterna, medan andra kommuner bara kan erbjuda heldygnsomhändertagande. Enligt psykiatrisamordnaren handlar boende inte bara om att tillhandahålla ett rum eller en lägenhet utan är lika mycket ett stöd till de psykiskt funktionsnedsatta i boendet – t.ex. hemtjänst, hjälp med sysselsättning, sociala kontakter, osv. Samordnaren ansåg att antalet bostäder med särskild service bör öka. Samordnaren talade också om särskilda korttidsboenden som ett alternativ till att läggas in för slutenvård för de psykiskt funktionsnedsatta som går igenom en tillfällig försämring. Enligt regeringens skrivelse<sup>100</sup> fanns ett utbud av boenden men det var inte tillräckligt för att alla psykiskt funktionsnedsatta ska få det stöd de har rätt till.

Personer med psykisk funktionsnedsättning är den grupp bland funktionshindrade som har lägst sysselsättningsgrad. Enligt regeringens skrivelse var drygt en tredjedel av de med psykisk funktionshinder sysselsatta, medan andelen sysselsatta som hade ett rörelsehinder var 53 procent.

Regeringen menar i sin skrivelse att det finns en betydande okunskap om rehabilitering av psykiskt funktionsnedsatta. Många statliga och landstingskommunala verksamheter har bristfällig kunskap om målgruppen, om effektiviteten och syftet med de rehabiliterande insatser som har genomförts. I skrivelsen konstateras också att endast en mindre del av de personer som har psykiska funktionsnedsättningar har fått del av olika hjälpmedel för att underlätta vardagen.

Av regeringens skrivelse framgår också att ett uppdrag ges till Handisam för att påverka allmänhetens attityder till psykisk funktionsnedsättning. Det är också viktigt att ta tillvara brukarnas erfarenheter när det utvecklingen av vården och stödet till psykiskt funktionsnedsatta.<sup>101</sup>

---

<sup>99</sup> SOU 2006:100

<sup>100</sup> Skr. 2008/09:185

<sup>101</sup> Regeringens beslut den 19 februari 2009 nr I:9, dnr. 2006/9394/HS

## 4.2 Insatser inom vardagsområdet

Ungefär en fjärdedel (892 mkr av ca 3,4 mdr) av regeringens anvisade medel för psykiatrisatsningen 2007–2011 har fördelats till området. Av figuren nedan framgår hur medlen har fördelats inom de fyra prioriterade områdena.

**Tabell 7. Regeringens insatser inom området Vardag.**

Mål vardagen	Delområden	Antal insatser	Anvisade medel (Mkr)	Förbrukade medel (Mkr)
Utbudet av arbete, sysselsättning, boendeformer m.m. ska vara varierat och behovsanpassat för den enskilde.	Barn och unga	-	-	-
	Sysselsättning	2	150	40
	Kompetens och evidens	2	50	21,4
	Kvalitet och utveckling	5	691	328,4
	Övriga insatser	2	-	-
<b>Totalt</b>		<b>11</b>	<b>891</b>	<b>389,8 (44%)</b>

Insatser för att förbättra vardagen för de psykiskt funktionsnedsatta finns i huvudsak inom det prioriterade området kvalitet och utveckling och där främst genom projektet att stärka kommunernas sociala insatser i samband med reformen om en öppen tvångsvård (4.5.1). Tabellraden övriga insatser avser två lagändringar: utökat högriskskydd samt ett förtydligande när det gäller socialtjänstens ansvar för att stödja närstående som vårdar en anhörig som är långvarigt sjuk. Utökat högriskskydd innebär att arbetsgivaren inte behöver betala sjuklön för den anställda som har fått aktivitetsersättning i samband med anställningen.

Fram till slutet av oktober 2011 hade 44 procent förbrukats av de medel som anvisats 2007–2011.

## 4.3 Resultat av sysselsättningsinsatser

Tabell 8. Anvisade och förbrukade medel inom området Sysselsättningsinsatser.

Område	Insatser	Anvisat (Mkr)	Förbrukat (Mkr)
Sysselsättning	Bidrag till Arbetsförmedlingen för att upphandla rehabiliteringstjänster	150	40
	Kartläggning av psykiskt funktionsnedsattas tillgång till arbetsmarknadspolitiska åtgärder	- <i>(finansierades inom ramen för Arbetsförmedlingens anslag)</i>	-
<b>Totalt</b>		<b>150</b>	<b>40 (27 %)</b>

### 4.3.1 Bidrag till Arbetsförmedlingen för att upphandla rehabiliteringstjänster

#### Syfte

Psykiskt funktionsnedsatta ska kunna erbjudas arbete, sysselsättning och rehabilitering. Insatsen riktar sig till de som bl.a. har sjuk- och aktivitetsersättning (SA) eller har varit långtidssjukskrivna. Arbetsgivare får ett bidrag på sammantaget 60 000 kronor per erbjuden plats, utöver att den anställdas lön finansieras via stöd från exempelvis Försäkringskassan (t.ex. SA), Arbetsförmedlingen (t.ex. lönebidrag) eller kommunen (försörjningsstöd). Regeringen ser gärna att det är s.k. sociala företag som tillhandahåller rehabiliteringstjänsterna. Sociala företag drivs och bemannas ofta av personer som på grund av långtidsarbetslöshet, sjukskrivning m.m. inte kunnat etablera sig på arbetsmarknaden. Företagen återinvesterar vinsterna i huvudsak i det egna företaget. I dagsläget finns ca 150 sociala företag i Sverige.<sup>102</sup> Företagen erbjuder tjänster bl.a. inom service och administration.

#### Projektid och resurser

December 2008– februari 2015. 40 miljoner kronor av anvisade 140 miljoner kronor har förbrukats. Projektiden är förlängd i förhållande till tidigare slutdatum 2011.

<sup>102</sup> <http://www.arbetsformedlingen.se/Om-oss/Var-verksamhet/Samarbete/Rehabilitering-till-arbete/Socialt-foretagande.html>

## **Resultat**

Arbetsförmedlingen har tecknat avtal med ett 20-tal utförare som sammantaget tillhandahållit ungefär 500 platser. Utförarna tillhandahåller arbete bl.a. inom trädgård, restaurang och administration. Fram till december 2011 hade totalt ca 13,5 procent av de 887 personer som startat i programmet fått arbete (94 personer) eller gått vidare till studier (25 personer). Om de som nu startat i programmet men ännu inte slutfört det räknas bort är det, enligt Arbetsförmedlingen, 602 personer som "avslutat" programmet antingen genom att fullfölja det eller genom att avbryta i förtid. Om 602 personer används som bas för att beräkna insatsens utfall är det ca 20 procent som fått arbete eller gått vidare till studier. De som fått arbete erbjöds ofta anställning på det företag där de påbörjat programmet och nästan alla av de som fått anställning hade fortsatt någon typ av lönesubvention som lönebidrag eller trygghetsanställning.<sup>103</sup> Enligt företrädare för Arbetsförmedlingen ska detta ses som ett bra resultat med tanke på att målgruppen till hälften bestod av personer som hade full ersättning från Försäkringskassan – hel sjuk- eller aktivitetsersättning eller tidsbegränsad sjukersättning. Företrädare för Arbetsförmedlingen menar att många av de personer som fått arbete via programmet inte kunnat anvisas andra åtgärder från Arbetsförmedlingen. Detta eftersom personerna bedömts ha en arbetsförmåga på mindre än 10 timmar per vecka, vilket har varit kravet för att få delta i andra åtgärder.<sup>104</sup>

## **Nuläge**

En begränsning i insatsen har varit att platserna är få och i vissa fall långt ifrån den tänkte deltagarens hem. Arbetsförmedlingen ska därför upphandla ytterligare rehabiliteringsplatser. Ambitionen är att vända sig till en bredare krets av arbetsgivare än enbart sociala företag. Upphandlingen görs i mars 2012.

### **4.3.2 Kartläggning av psykiskt funktionsnedsattas tillgång till arbetsmarknadspolitiska åtgärder**

#### **Syfte**

Arbetsförmedlingen har undersökt hur vanligt det är att psykiskt funktionsnedsatta får lönesubventionerade anställningar via Arbetsförmedlingens åtgärder offentligt skyddat arbete, lönebidrag och trygghets- och utvecklingsanställningar. Bakgrunden är att psykiatrisamordnaren bedömt att det är svårt för personer med psykisk funktionsnedsättning att få del av Arbetsförmedlingens insatser.

#### **Projektid och resurser**

Mars 2009 – september 2009. Projektet finansierades inom ramen för Arbetsförmedlingens anslag.

---

<sup>103</sup> Mejl Ingmarie Ottoson, projektledare Arbetsförmedlingen. 19/12 2011.

<sup>104</sup> Intervju med Ingmarie Ottoson, projektledare Arbetsförmedlingen.

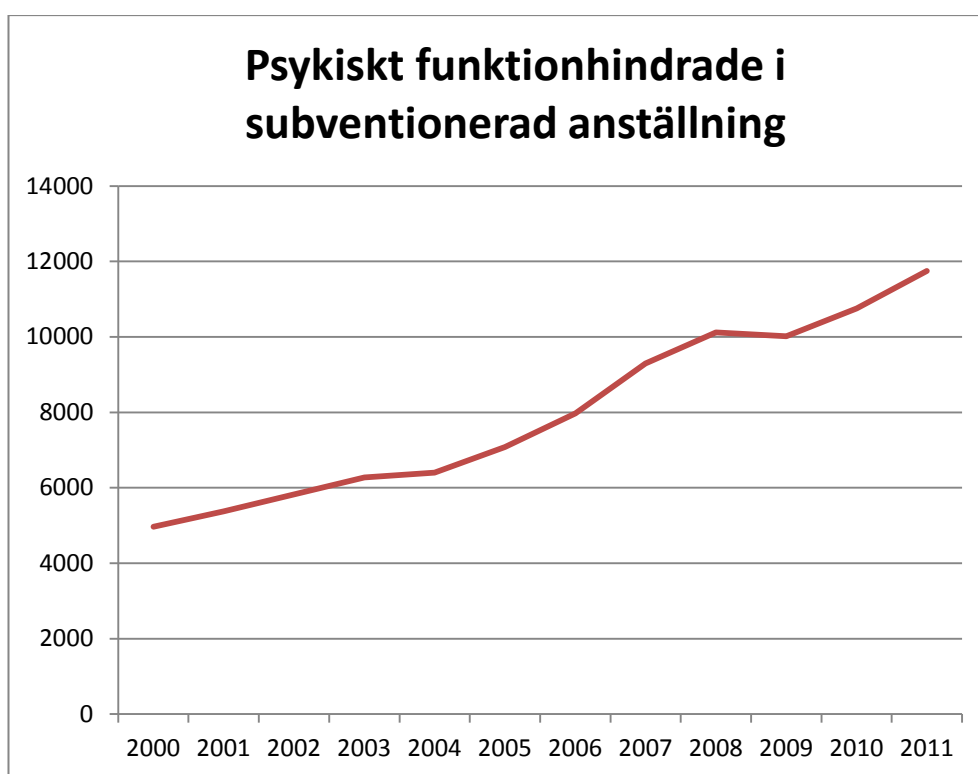
## Resultat

Rapporten lämnades 2009.<sup>105</sup> Psykiskt funktionsnedsatta har tillgång till arbetsmarknadspolitiska åtgärder i samma utsträckning som personer med andra funktionsnedsättningar. Psykiskt funktionsnedsattas tillgång till dessa åtgärder motsvaras av den andel personer med psykisk funktionsnedsättning som är inskriven på arbetsförmedlingen.

Sysselsättningsgraden för psykiskt funktionshindrade har ökat mellan 2006 och 2008 i jämförelse med andra funktionsnedsatta grupper.

Statskontoret har även tagit in mer aktuell statistik från Arbetsförmedlingen.

**Figur 9. Personer med psykiskt funktionshinder som har subventionerade anställningar.<sup>106</sup>**



Källa: Arbetsförmedlingen.

<sup>105</sup> Arbetsförmedlingen. (2009). Återrapportering om arbetssökande med psykisk funktionsnedsättning. Dnr Af 1.2-2009/54393.

<sup>106</sup> Det förekommer att personer registreras med flera funktionshinder. Det är dock enbart det första funktionshindret som räknas i statistiken. Det kan innebära att det kan finnas fler personer med psykiska funktionshinder men som har ett annat funktionshinder som första funktionshinder.

Statistiken visar att antalet psykiskt funktionsnedsatta i olika subventionerade anställningar fortsätter att öka även efter 2008. Under den senaste tioårsperioden har antalet nära nog tredubblats. Även andelen psykiskt funktionsnedsatta i subventionerad anställning i förhållande till övriga funktionsnedsatta i subventionerad anställning har ökat från 9 till 17 procent under den senaste tioårsperioden.<sup>107</sup>

## 4.4 Resultat av satsningar på kompetens och evidens

**Tabell 9. Anvisade och förbrukade medel inom området Kompetens och evidens.**

Område	Insatser	Anvisat (Mkr)	Förbrukat (Mkr)
Kompetens och evidens	Utveckla kompetens om rehabilitering av psykiskt funktionsnedsatta	30	4,8
	Sprida kunskap om psykosociala insatser	20	16,6
<b>Totalt</b>		<b>50</b>	<b>21,4 (43 %)</b>

### 4.4.1 Utveckla kompetens om rehabilitering av psykiskt funktionsnedsatta

#### Syfte

De som arbetar med rehabilitering av psykiskt funktionsnedsatta ska ha en gemensam kunskapsbas när det gäller psykisk funktionsnedsättning. Försäkringskassan ger bidrag till kompetenshöjande insatser som genomförs i samverkan mellan Försäkringskassans lokalkontor, socialtjänst, Arbetsförmedlingen och vården. Bakgrunden till satsningen är att psykiatrisamordnaren ansåg att kunskapen om och rehabiliteringen av psykiskt funktionsnedsatta var bristfällig hos personalen i statliga och landstingskommunala verksamheter som ansvarar för rehabilitering.

#### Projektid och resurser

Mars 2009 – juni 2013. 4,8 miljoner kronor av anvisade 30 miljoner kronor har förbrukats. Projektet har förlängts i förhållande till tidigare slutdatum

<sup>107</sup> Statskontorets bearbetning av Arbetsförmedlingens statistik.

2011. Försäkringskassan har lämnat en rapport för 2009 och 2010.<sup>108</sup> Den har vi kompletterat med ytterligare data insamling och en intervju.

### **Resultat**

En projektorganisation har bildats och 16 ansökningar har beviljats. 300 000 kronor kan maximalt ges till varje projekt. Det innebär att bara en mindre del av anvisade anslag har förbrukats. Projektet kommer inte att göra av med alla anvisade medel – i bästa fall 17,7 miljoner kronor av 30 miljoner kronor, eftersom Försäkringskassan totalt har 59 lokala kontor och varje kontor kan ansöka om pengar för enbart ett projekt.

Det har varit svårt att få ihop alla fyra parter för gemensam utbildning. Personalen inom socialtjänsten och vården har i en del fall redan deltagit i en liknande utbildning som genomförs inom ramen för ett annat projekt i psykiatrisatsningen, nämligen Socialstyrelsens bidrag för att höja kompetensen hos den personal inom landsting och kommuner som kommer i kontakt med psykiskt funktionsnedsatta.

De lokala kontor som har fått bidrag inom projektet anordnar utbildningar som är ganska snarlika varandra. Föredragshållare bjuds in och föreläsningarna kombineras med olika uppgifter som deltagarna löser tillsammans. Föreläsningsteman handlar bl.a. om bemötande, psykiska sjukdomar och rehabilitering. En första utvärdering av en nyligen avslutad utbildning förväntas inom kort. En enkät skickades ut i början av december. Än så länge är svarsfrekvensen för låg för att kunna dra några slutsatser. Enligt företrädare för Försäkringskassan är förhoppningen att utbildningarna leder till bättre samverkan och att de som ansvarar för rehabilitering bättre tar tillvara potentialen hos psykiskt funktionsnedsatta.

### **Nuläge**

En slutrapport över projektet ska lämnas till regeringen i juni 2013.

## **4.4.2 Sprida kunskap om psykosociala insatser**

### **Syfte**

Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder (CEPI) har fått bidrag. Psykiatrisamordnaren bedömde att det behövdes ett femårigt projekt för att producera, sprida och implementera kunskap om psykosociala insatser. Regeringen delade denna bedömning, men underströk också att ett sådant projekt skulle komplettera och inte överlappa det arbete som genomförs av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen.<sup>109</sup> Socialstyrelsen ansvarar för för-

<sup>108</sup> Lägesrapport för uppdrag att stimulera gemensam kunskapsutveckling om rehabilitering för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning, 2011-02-21, dnr 028252-2009-FPSP.

<sup>109</sup> Regeringsbeslut 2006-09-14 (S2006/6893/HS) och (S2006/6959/HS)

delning av medel till CEPI och för uppföljning av medlen. Socialstyrelsen har lämnat två uppföljningsrapporter.<sup>110</sup>

### **Projektid och resurser**

September 2006 – 2011. Projektet har i stort sett förbrukat sina medel, 16.6 miljoner kronor av anvisade 20 miljoner kronor.

### **Resultat**

CEPI har forskat och publicerat rapporter. Den del av forskningen som gått ut på att studera effekter av olika insatser har varit värdefull enligt Socialstyrelsen. De exempel på sådan forskning som Statskontoret tagit del av visar på positiva effekter av psykosociala insatser. Det har bl.a. handlat om livsstilsrådgivning, Case managers<sup>111</sup> och IT-baserad behandling. CEPI har dock, enligt Socialstyrelsens senaste uppföljningsrapport, inte bidragit till att kunskap har nått ut till landsting och kommuner. Socialstyrelsen bedömer att det behövs fortsatt nationell finansiering efter 2011. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utlysa medel för en sådan satsning.<sup>112</sup>

### **Nuläge**

Brukarnätverket Nationell Samling för Psykisk Hälsa (NSPH) har i februari 2011 lämnat in en skrivelse till Socialdepartementet där de begär att CEPI ska få fortsatt statligt stöd efter 2011.<sup>113</sup> Socialstyrelsen menar att fortsatt ekonomiskt stöd från psykiatrisatsningen bör villkoras hårdare så att CEPI gör fler effektstudier av sociala insatser och når ut mer med kunskap till kommuner och landsting.<sup>114</sup> Regeringen beslutade den 22 december 2011 att avsätta 8 miljoner kronor till CEPI för 2012.<sup>115</sup>

---

<sup>110</sup> Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder (CEPI). Socialstyrelsens lägesrapport 2007–2008 samt Nationellt kunskapsprojekt om psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder (2011).

<sup>111</sup> En case manager är en insats där en särskilt utsedd person har huvudansvaret för att en person får adekvat vård och stöd. Se avsnitt 3.4.11.

<sup>112</sup> Nationellt kunskapsprojekt om psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder, Socialstyrelsen.

<sup>113</sup> Mail till registrator på Socialdepartementet den 24 februari 2011.

<sup>114</sup> Nationellt kunskapsprojekt om psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder (2011).

<sup>115</sup> Regeringsbeslut 2011-12-22, dnr S2011/11334/FS.

## 4.5 Resultat av stöd till kvalitet och utveckling

Tabell 10. Anvisade och förbrukade medel inom området Kvalitet och utveckling.

Område	Insatser	Anvisat (Mkr)	Förbrukat (Mkr)
Kvalitet och utveckling	Sociala insatser i samband med införande av ny vårdform	520	245
	Förstärkt tillsyn	85	21,4
	Förändra attityder till psykisk funktionsnedsättning	25	20
	Hjälpmedel	45	29,5
	Bidrag till NSPH	16	12,5
<b>Totalt</b>		<b>691</b>	<b>328,4 (48 %)</b>

### 4.5.1 Sociala insatser i samband med införande av ny vårdform

#### Syfte

Kommunerna får bidrag för att genomföra insatser som underlättar för psykiskt funktionsnedsatta i samband med att vårdformen ”öppen tvångsvård” införs. Målen för statsbidraget är:

- Det ska finnas strukturer för samarbete mellan kommun och landsting när det gäller personer som varit föremål för den psykiatriska tvångsvården.
- Det ska finnas kunskap om psykiskt funktionsnedsattas behov.
- Det ska finnas ett flexibelt utbud av bl.a. boende och sysselsättning för målgruppen.
- Personalen ska tillgång till vägledning, handledning och fortbildning.
- Återinskrivningar i den slutna vården ska inte bero på att kommuner har otillräckliga stödinsatser.<sup>116</sup>

#### Projektid och resurser

Maj 2008 – juli 2011. Medlen får användas till juni 2012. Projektet har förbrukat 245 miljoner kronor av anvisade 520 miljoner kronor.

<sup>116</sup> Regeringsbeslut 2008-05-15 (S2007/5551/HS)

## Resultat

Socialstyrelsen har utvärderat reformen.<sup>117</sup> Flertalet kommuner har avtal om samverkan med psykiatrin när det gäller stödet till psykiskt funktionsnedsatta. Någon bedömning av om dessa avtal leder till förbättringar för målgruppen har dock inte gjorts. Flertalet kommuner har inventerat hur många personer med psykisk funktionsnedsättning som skulle kunna vara föremål för kommunernas insatser på ett eller annat sätt. Det finns en variation i vad kommunerna har inventerat – från alla personer med psykisk funktionsnedsättning till de som varit föremål för psykiatrisk tvångsvård. Inventeringarna har underskattat hur många som faktiskt har överförts från slutenvård till öppenvård, vilket visar att kommunerna inte känner till alla som förs över till kommunerna. Orsaken till att kommunerna inte känner till alla personer som skrivits ut från slutenvård är att en del av personerna vårdas i den öppna psykiatriska tvångsvården och därför inte har någon kontakt med socialtjänsten.

114 kommuner har använt eller planerar att använda bidraget för att utveckla olika boendeformer. Mellan 2008 och 2010 har kommunerna ökat utbudet av boenden från 23 600 personer till 28 900 personer. Merparten av boendestödet är olika stödformer för personer som bor i egen bostad. Även utbudet av särskilda boenden har ökat mellan 2008 och 2010.

180 kommuner har uppgivit att de använt en del av statsbidraget för att utveckla sysselsättning. Antalet personer som deltar i kommunernas sysselsättningsverksamheter har ökat med 11 procent mellan 2008 och 2010, från 12 609 personer till 14 258 personer.

Tre fjärdedelar av kommunerna har i stor utsträckning kompetensutvecklat sin personal med hjälp av statsbidraget. Oftast är det personal som arbetar nära brukarna som fått ta del av utbildningarna. I många av fallen har utbildningarna genomförts tillsammans med personal från landstinget. Det finns, som nämnts tidigare, också andra insatser i psykiatrisatsningen som inriktas på att utbilda personal i kommuner och landsting.

I sin utvärdering konstaterar Socialstyrelsen att det inte går att avgöra om återintagningar till slutenvård är en följd av kommunernas bristande sociala insatser. Utöver kommunen påverkar den psykiatriska öppenvården, slutenvården samt i tillämpliga fall även beroendemottagningar huruvida en person blir återintagen till slutenvård.

I sin utvärdering säger Socialstyrelsen också att det i det närmaste är omöjligt att avgränsa och följa upp stimulansbidragen eftersom Socialstyrelsen under 2009–2010 har haft fler uppdrag som riktar sig mot kommunerna.

---

<sup>117</sup> Socialstyrelsen. (2011). *Insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar – kommunernas användning av stimulansbidragen 2007–2010*.

Bland annat har bidrag fördelats till kommunerna för att stärka kompetensen hos personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten som kommer i kontakt med personer med psykisk funktionsnedsättning, samt ytterligare ett uppdrag där bidrag har fördelats till kommuner som upphandlar sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Uppdragen går in i varandra.

### **Nuläge**

Mer än hälften av bidragen återstår att använda. Kommunerna har rätt att söka bidrag fram till den 30 juni 2012. De som tänker fortsätta att använda sina oförbrukade medel har lämnat förslag på hur de ska användas. Drygt ett 20-tal kommuner har inte återrapporterat användningen av bidragen.

## **4.5.2 Förstärkt tillsyn**

### **Syfte**

Mer resurser till tillsynen för att se till att vård- och stödinsatser samordnas mellan kommuner och landsting. Tillsynen ska också följa upp att människor får det individuellt anpassade stödet och vården de behöver och har rätt till.<sup>118</sup>

### **Projektid och resurser**

Juni 2008 – maj 2012. Knappt en fjärdedel av 85 miljoner kronor i anvisade medel har använts.

### **Resultat**

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp och rapportera om den förstärkta tillsynen. En delrapport har lämnats i maj 2011<sup>119</sup> och en slutrapport ska lämnas i maj 2012.

I sin delrapport konstaterar Socialstyrelsen att det har varit svårt att komma igång med den omfattning av tillsyn som statsbidraget medger eftersom tillsynen omorganiserades 2010. Länsstyrelsernas sociala tillsyn gick då över till Socialstyrelsen. 31 kommuner fick förstärkt tillsyn 2010. Socialstyrelsen planerar att 100 kommuner ska få förstärkt tillsyn 2011. Tillsynen visar på en rad brister, t.ex. att det i många fall saknas individuella handlingsplaner.

---

<sup>118</sup> Regeringsbeslut 2009-02-19 (S2006/9394/HS och S2008/5524/HS)

<sup>119</sup> Socialstyrelsen. (2011). *Förstärkt tillsyn av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning, delrapport 2011*.

### 4.5.3 Förändra attityder till psykisk funktionsnedsättning

#### Syfte

Handisam (Myndigheten för handikappolitisk samordning) har i uppdrag att öka kunskapen om och förändra attityder till personer med psykisk funktionsnedsättning. Syftet med insatsen är att motverka fördomar, diskriminering och stigmatisering och därmed främja respekten för människor med psykisk funktionsnedsättning.<sup>120</sup>

#### Projektid och resurser

Februari 2009 – juni 2012. Projektet har förbrukat 20 av de 25 miljoner kronor som anvisats.

#### Resultat

Handisam har genomfört en rad aktiviteter inom ramen för projektet (H)järnkoll. En mediekampanj har genomförts, personer med egen erfarenhet av psykisk funktionsnedsättning har utbildats. Dessa ambassadörer fungerar som kontaktpersoner och kan bokas för t.ex. föredrag. (H)järnkoll har också arbetat med att påverka attityder genom att delta i och ordna konferenser, utställningar och utbildningar. Mediekampanjen har utvärderats. 40 procent av målgruppen (befolkningen 25–45 år) har uppmärksammat kampanjen och en tredjedel har börjat fundera på ämnet eller anser att deras inställning till personer med psykiska funktionsnedsättningar blivit mer positiv.<sup>121</sup>

Särskilda satsningar har gjorts i tre län – s.k. kampanjlän. Handisam har mätt förändringar i människors attityder gentemot personer med psykisk sjukdom. Jämförelser har gjorts mellan 2009 och 2010 i de tre län där Handisam särskilt bedrivit attitydkampanjer. Attityder till personer med psykisk sjukdom hade förbättrats i vissa fall. Det gäller bl.a. inställningen till att bo grannar med psykiskt sjuka. Undersökningen visar också att de som uppmärksammat Handisams kampanj i många fall hade en mer öppen attityd till psykisk sjukdom än de som inte hade uppmärksammat kampanjen. Detta gäller i såväl kampanjlänen som i övriga län. Sammantaget finns dock få skillnader mellan 2009 och 2010 i kampanjlänen.<sup>122</sup> Handisam bedömer förändringarna som relativt blygsamma och anser att det krävs fortsatt arbete för att uppnå bestående effekter.<sup>123</sup>

---

<sup>120</sup> Regeringsbeslut 2009-02-19 (S2006/9394/HS)

<sup>121</sup> Handisam. (2010-05-29). *Delrapport för kampanjen Hjärnkoll*.

<sup>122</sup> Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser (CEPI), 2011. *Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende. En jämförande befolkningsundersökning 2009–2010*. Lars Hansson. Utförd på uppdrag av Handisam.

<sup>123</sup> Hjärnkoll (2011-04-07). *Fortsättning eller avslut?*

## Nuläge

I september 2011 beslutade regeringen att ge Handisam i uppdrag att ta fram en strategi för en fortsatt satsning inom området fram till 2014. Handisam har fått en miljon kronor för uppdraget och ska ha rapporterat till regeringen den 1 december 2011.

### 4.5.4 Hjälpmedel

#### Syfte

Hjälpmedelsinstitutet ska sprida kunskap om hjälpmedel för psykiskt funktionsnedsatta och ge bidrag för att utveckla nya hjälpmedel. Hjälpmedel behöver utvecklas och göras mer kända för att öka de psykiskt funktionsnedsattas delaktighet i samhället.<sup>124</sup>

#### Projektid och resurser

Februari 2009 – maj 2012. Projektet har förbrukat knappt 30 av 45 miljoner kronor som anvisats.

#### Resultat

I sina åiterrapporteringar<sup>125</sup> till regeringen anger Hjälpmedelsinstitutet att bl.a. följande aktiviteter genomförts – framtagande av informationsfolder, informationsturnéer, presentation av hjälpmedel på mässor, utbildningar och en studie av kostnader och nytta. Beskrivningar av effekter för målgruppen finns i form av exempel i artiklar och intervjuer på hur hjälpmedel har hjälpt personer med psykisk funktionsnedsättning. Det handlar bl.a. om Kom ihåg klockor och Filofaxer. Inga systematiska analyser av effekter har gjorts. En kostnadsnyttobedömning av hjälpmedel är genomförd. Den visar att det är lönsamt att satsa på hjälpmedel.<sup>126</sup>

Hjälpmedelsinstitutet har som mål för projektet att personer med psykisk funktionsnedsättning genom ökad förskrivning får tillgång till de hjälpmedel de har behov av.<sup>127</sup>

Hjälpmedelsinstitutet har fått in 140 bidragsansökningar och 53 av dem har beviljats bidrag för att utveckla eller främja olika hjälpmedel. Ungefär 1 500 personer inom landsting och kommun (främst arbetsterapeuter) har utbildats när det gäller hjälpmedel.

---

<sup>124</sup> Regeringsbeslut 2009-02-19, (S2006/9394/HS, delvis).

<sup>125</sup> Se bl.a. Hjälpmedel i fokus – för personer med psykisk funktionsnedsättning, delrapport från verksamheten 2009 och delrapportering med samma titel för 2010 samt Hjälpmedel i fokus – för personer med psykisk funktionsnedsättning. Om ett regeringsuppdrag 2009–2011, Hjälpmedelsinstitutet, 2009.

<sup>126</sup> Åke Dahlberg. (2010). *Kostnadsnyttobedömning av hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning*. På uppdrag av Hjälpmedelsinstitutet.

<sup>127</sup> Hjälpmedelsinstitutet. (2010-03-09) *Hjälpmedel i Fokus- för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Delrapport.

Hjälpmiddelsinstitutet har mätt om kunskapen om hjälpmedel har ökat. Ingen förändring i kunskaper kunde ses mellan 2010 och våren 2011 när det gäller politikernas och beslutsfattares kunskaper om hjälpmedel. 40 procent av de tillfrågade kan inte ge exempel på kognitiva hjälpmedel. Sju av tio tycker att tillgången ska öka.<sup>128</sup>

I delrapporten för 2010 konstaterar Hjälpmiddelsinstitutet att det finns en känsla av att frågan om kognitiva hjälpmedel rör på sig. Förfrågningar ökar och det finns ett intresse från medierna. Antalet konsultationer som berör målgruppen ökar.<sup>129</sup> Det finns dock inga mätningar av om målet ökad förskrivning nåtts.

### **Nuläge**

En slutrapport av projektet ska lämnas i maj 2012. Rapporten ska bl.a. försöka belysa vilka effekter Hjälpmiddelsinstitutets satsning haft på förskrivningen av kognitiva hjälpmedel. Företrädare för Hjälpmiddelsinstitutet har önskemål om att fortsätta projektet.

I september 2011 fick institutet i uppdrag att underlätta användningen av kognitiva hjälpmedel i gymnasieskolan och vuxenutbildningen. 10 miljoner kronor är avsatta för detta uppdrag under 2011. I projektet ska man också pröva möjligheten att låta elever ta med sig hjälpmedlen in i arbetslivet eller i vidare studier.<sup>130</sup> Resurserna till projektet är dock inte en del av de medel som har avsatts till regeringens psykiatrisatsning.

## **4.5.5 Bidrag till Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)**

### **Syfte**

NSPH ska utveckla brukarinflytandet för patienter och brukare i den psykiatriska hälso- och sjukvården samt i kommunernas verksamheter. Nätverket ska även skapa forum för dialog mellan brukare och professionella i kommuner, landsting och på nationell nivå samt, utifrån brukares erfarenheter, utforma innehåll i utbildningar. Socialstyrelsen ger bidrag till nätverket.<sup>131</sup>

---

<sup>128</sup> Hjälpmiddelsinstitutet.

<http://www.hi.se/Global/Dokument/Hj%c3%a4lpmedel%20i%20fokus/hi%20novus%202011.pdf>

<sup>129</sup> Hjälpmiddelsinstitutet.

[http://www.hi.se/Global/Dokument/Hj%c3%a4lpmedel%20i%20fokus/Hj%c3%a4lpmedel%20i%20fokus%20Delrapport%202010\\_11329.pdf](http://www.hi.se/Global/Dokument/Hj%c3%a4lpmedel%20i%20fokus/Hj%c3%a4lpmedel%20i%20fokus%20Delrapport%202010_11329.pdf)

<sup>130</sup> Regeringsbeslut 2011-09-29, S2011/8505/FS

<sup>131</sup> Regeringsbeslut (S2007/2698/HS, delvis) och (2010/644/HS, delvis)

## **Projektid och resurser**

Mars 2007 – februari 2013.<sup>132</sup> Projektmedlen är i stort sett förbrukade. 3,5 av 16 miljoner kronor som anvisades återstår.

## **Resultat**

Aktiviteter som genomförts med hjälp av bidragen är bl.a. kartläggning av patient-, brukar- och anhöriginflytande, mediebearbetning, opinionsbildning, informations- och utbildningskampanjer, konferenser och bildande av lokala nätverksgrupper.<sup>133</sup>

Redovisning av resultat i form av effekter förekommer mer sparsamt. Socialstyrelsen bedömer att NSPH gör ett värdefullt arbete när det gäller att säkra brukarperspektivet i bl.a. utbildningar och beslutsprocesser på nationell nivå. NSPH har lyckats etablera sig som samlande kraft och opinionsbildare för brukarperspektivet. De bidrag som fördelas till nätverket ska, enligt Socialstyrelsen, främst syfta till metodutveckling och inte betraktas som ett bidrag till en viss form av organisering<sup>134</sup>

Enligt NSPH:s verksamhetsberättelse inser allt fler att de organisationer som ingår i nätverket är en stor resurs när det gäller att utveckla kvaliteten i psykiatri.<sup>135</sup>

## **Nuläge**

Socialstyrelsen ska lämna en lägesrapport senast den 31 mars 2012. Uppdraget ska slutredovisas i Socialstyrelsens årsredovisning för 2012.

## **4.6 Sammanfattande iakttagelser**

### **Projekten genomför aktiviteter**

De insatser som har genomförts ligger i linje med de övergripande mål som regeringen har satt upp för området vardag. Projekten redovisar resultat, främst i form av aktiviteter och prestationer som genomförts för att förbättra bl.a. sysselsättning och boende för personer med psykisk funktionsnedsättning.

### **Projekten når inte upp till avsedd volym**

En generell iakttagelse är att flertalet projekt inte förbrukat de medel som regeringen avsatt. De nio projekt som fått medel för sin verksamhet hade vid utgången av 2011 förbrukat mindre än hälften av sina medel. Även om hänsyn tas till att vi för några av projekten inte har siffror över 2011 års förbrukning är tendensen klar. Förbrukningstakten under föregående år och

---

<sup>132</sup> Februari 2013 avser Socialstyrelsens slutredovisning av projektet. Den görs i Socialstyrelsens årsredovisning för 2012.

<sup>133</sup> NSPH:s verksamhetsberättelser för 2008 och 2010.

<sup>134</sup> Lägesrapport angående NSPH, 2011-03-29, dnr 4048/2010, Socialstyrelsen.

<sup>135</sup> NSPH:s verksamhetsberättelse för 2010.

projektens egna prognoser visar att anvisade medel inte kommer att förbrukas. Flertalet projekt är i avslutningsfasen, antingen avslutas de under 2011 eller 2012. Arbetsförmedlingens projekt har fått förlängt till 2014 och Handisam har i uppdrag att föreslå en förlängning av sitt (H)järnkollsprojekt till 2014.

### **Flera projekt inom områden med begränsat utbud**

Ett skäl till att projekten inte når upp till avsedd volym kan att utbudet inom den sektor som regeringen vill utveckla är för litet. Så är fallet med exempelvis Arbetsförmedlingens upphandling av rehabiliteringstjänster. Antalet platser som företag och organisationer kan erbjuda är begränsat. Dessutom finns ytterligare tre projekt inom psykiatrisatsningen, bl.a. inom området valfrihet, som också har som mål att öka sysselsättningen för psykiskt funktionsnedsatta. Även i dessa projekt har det varit svårt komma igång. Statskontorets fortsatta utvärdering får utvisa om en bidragande orsak till att sysselsättningsprojekten gått trögt kan handla om att de som erbjuder sysselsättning inom ramen för de olika projekten i vissa fall tillhandahåller sysselsättning från samma utförare.

### **Allt fler får subventionerade anställningar**

En trend är att psykiskt funktionsnedsatta i allt större utsträckning får sysselsättning via subventionerade anställningar. Andelen med psykiskt funktionshinder i subventionerad anställning ökar också i förhållande övriga funktionsnedsatta i subventionerad anställning.

### **Begränsad efterfrågan inom utbildningsområdet**

Inom psykiatrisatsningen pågår flera parallella utbildningsprojekt som i delar riktar sig till samma typ av personal. Försäkringskassan har haft svårt att få personal i kommuner och landsting att delta i deras utbildning eftersom de redan deltar i andra utbildningar som organiserats med hjälp av bidrag från Socialstyrelsen.

### **Blandade resultat när det gäller kunskapsspridning**

CEPI har bedrivit forskning, men inte kunnat fullgöra sitt uppdrag att sprida kunskapen om forskningsresultaten till kommuner och landsting. Handisam har försökt förändra attityder hos medborgare när det gäller psykisk funktionsnedsättning. Effekter av kampanjer har kunnat visas när det gäller vissa enstaka frågor, men överlag har effekterna varit små. Hjälpmedelsinstitutet har bedrivit en omfattande utbildning kring hjälpmedel för psykiskt funktionsnedsatta och beviljat en stor mängd projektbidrag för att utveckla nya och befintliga hjälpmedel. Samtidigt är det oklart om Hjälpmedelsinstitutet uppfyllt det mål de själva har satt upp för projektet, nämligen att öka kunskapen om hjälpmedel och därmed öka forskrivningen av hjälpmedel.

### **Stora bidrag till olika ändamål svåra att följa upp**

Det enskilt största bidraget inom området vardag, bidraget för sociala insatser i samband med införande av öppen tvångsvård, står för knappt 60 pro-

cent av de samlade bidragen inom området. Bidraget används till olika typer av insatser – boende, sysselsättning, utbildning m.m. Det är dock oklart hur mycket av bidraget som används för de olika ändamålen. Det är också oklart hur mycket pengar som har förbrukats totalt sett. Vissa kommuner har inte återredovisat användningen av bidragen. Socialstyrelsen administrerar andra bidrag inom ramen för psykiatrisatsningen som är snarlika och som också riktar sig till kommuner. Därför går det inte att avgöra effekterna av bidraget.



## 5 Valfrihet

### 5.1 Problem som skulle åtgärdas

Regeringen liksom psykiatrisamordnaren konstaterade att sysselsättningsgraden var låg bland psykiskt funktionsnedsatta. Psykiatrisamordnaren visade att verksamhetsformen sociala kooperativ (sociala företag) erbjuder rehabiliterande inslag, bl.a. därför att de bygger på frivilligt medlemskap, gemensamt ansvar och social gemenskap. I sin skrivelse lämnar regeringen förslag som ska underlätta etableringen av fler sociala företag och skapa större valfrihet när det gäller sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning.

### 5.2 Insatser inom valfrihetsområdet

Tabell 11. Regeringens insatser inom området valfrihet.

Mål valfriheten	Delområden	Antal insatser	Anvisade medel (Mkr)	Förbrukade medel (Mkr)
Den enskilde ska i ökad utsträckning få välja och ha inflytande över vem som ska utföra insatser och hur insatserna utformas.	Barn och unga	-	-	-
	Sysselsättning	2	225	54
	Kompetens och evidens	-	-	-
	Kvalitet och utveckling	-	-	-
<b>Totalt</b>		<b>2</b>	<b>225</b>	<b>54 (24%)</b>

Valfrihet är det område som relativt sett fått minst andel medel i regeringens psykiatrisatsning, endast 6 procent av de sammantagna medlen har gått till området. Valfrihet är också det område där minst pengar förbrukats i relation till anvisade medel. Fram till slutet av oktober 2011 hade 24 procent av de anvisade medlen 2007–2011 förbrukats. Av regeringens psykiatriskrivelse framgår att området består av två sysselsättningsinsatser samt bidrag till NSPH och nya bestämmelser i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Bestämmelserna innebär bl.a. att hälso- och sjukvården särskilt ska beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning. Lagändringen redovisas i kapitel 3 och resultatet av bidragsgivningen till NSPH skildras i kapitel 4.

## 5.3 Resultat av sysselsättningsinsatser

Tabell 12. Anvisade och förbrukade medel inom området Sysselsättningsinsatser.

Område	Insatser	Anvisat (Mkr)	Förbrukat (Mkr)
Sysselsättning	Bidrag till juridiska personer som erbjuder sysselsättning	50,5	29
	Upphandling av sysselsättning inom ramen för valfrihetssystem	174,5	25
<b>Totalt</b>		<b>225</b>	<b>54 (24 %)</b>

### 5.3.1 Bidrag till juridiska personer som erbjuder sysselsättning

#### Syfte

Socialstyrelsen ger bidrag till ideella organisationer och sociala företag för att dessa ska kunna erbjuda sysselsättning åt psykiskt funktionsnedsatta. Bidragen styrs av en förordning.<sup>136</sup> Syftet med bidraget är att förstärka och komplettera kommunernas och landstingens insatser när det gäller meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Regeringen menar att det är angeläget att kompensera aktörer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning.

#### Projektid och resurser

September 2009 – juni 2012. Anvisat 50,5 miljoner kronor. Förbrukat 29 miljoner kronor.

#### Resultat

Enligt Socialstyrelsens uppföljningsrapport<sup>137</sup> har för åren 2009 och 2010 sammanlagt ett 50-tal verksamheter fått stöd med allt från några tiotusentals kronor upp till miljonbelopp. 2010 fick ett drygt 40-tal föreningar och sociala företag bidrag för att erbjuda sysselsättning. Mottagare är bl.a. flera Fontänhus och olika sociala kooperativ. Bidraget har använts till utbildning, satsning på handledartjänster, kurser, ombyggnationer m.m.

<sup>136</sup> Förordning (2009:955) om statsbidrag till sysselsättning till vissa juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning.

<sup>137</sup> Socialstyrelsen. (2011). *Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning*.

Socialstyrelsen menar att det är svårt att uppskatta hur många platser som har kunnat erbjudas till psykiskt funktionsnedsatta. Bidragsmottagarna har i normalfallet inte satt upp någon gräns för deltagande och har inte i alla lägen ett förfarande där man räknar antalet erbjudna sysselsättningsplatser. 2009 deltog uppskattningsvis 630 personer i aktiviteter som bekostats med detta bidrag. De organisationer som tagit emot bidrag uppskattar att sammanlagt drygt 240 personer tillkommit 2009 som nya deltagare i de sysselsättningsaktiviteter som ordnas. Exempel på sysselsättningsverksamheter är studier, friskvård, köksarbete och upprustning av lokaler.

### **Nuläge**

Under november 2011 sammanställer Socialstyrelsen ansökningarna för 2011. En oberoende extern utvärdering ska genomföras till juni 2012. Regeringen har nyligen beslutat om ett nytt bidrag på 35 miljoner kronor som ska användas för meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har ansvar för att fördela dessa bidrag till kommuner. Det nya bidraget finansieras dock inte inom ramen för regeringens psykiatrisatsning.

## **5.3.2 Upphandling av sysselsättning inom ramen för valfrihetssystem**

### **Syfte**

Socialstyrelsen ger bidrag till kommuner som upphandlar eller erbjuder sysselsättning via valfrihetssystem för psykiskt funktionsnedsatta. Syftet är att ge kommunerna incitament att erbjuda ett varierat och ökat utbud av sysselsättning för psykiskt funktionsnedsatta.<sup>138</sup>

### **Projektid och resurser**

Mars 2009 – april 2012. 174,5 miljoner kronor har anvisats och 25 miljoner kronor har förbrukats.

### **Resultat**

De uppföljningar som Socialstyrelsen gjort<sup>139</sup> visar att bidraget inte använts i någon större utsträckning. Knappt 10 procent av kommunerna har sökt bidraget.

Kommunerna har anlitat olika typer av organisationer och företag för att bedriva sysselsättningsverksamhet. Sysselsättningsinsatserna berörde 358 personer 2009 och 514 personer 2010. Sysselsättningen var i genomsnitt knappt 20 veckor 2009 och under 2010 knappt 15 veckor.

---

<sup>138</sup> Regeringsbeslut 2011-09-15, S2006/9394/FS

<sup>139</sup> Redovisning av uppdrag om bidrag till sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning, dnr 00-3179/2009 (för år 2009) respektive dnr 21153/2010 för år 2010.

Skälen till att bidragen använts i liten utsträckning är, enligt Socialstyrelsen, bl.a. att kommunerna bedriver sysselsättningsverksamheten i egen regi och att det inte finns externa aktörer som kan erbjuda sysselsättningsaktiviteter med god kvalitet för denna grupp. Socialstyrelsen menar att stödet inte ökar utbudet av alternativa utförare i någon nämnvärd omfattning och inte heller kommer att göra det i framtiden

### **Nuläge**

Regeringen har beslutat att Socialstyrelsen senast den 15 april 2012 ska föreslå åtgärder för ett mer effektivt utnyttjande av insatsen. Socialstyrelsen ska också redovisa hur bidraget påverkat utvecklingen av sociala kooperativ och ideella organisationer.

## **5.4 Sammanfattande iakttagelser**

### **Projekten når inte upp till avsedd volym**

Av de medel som anvisats till sysselsättningsåtgärderna inom området valfrihet har enbart en fjärdedel förbrukats. Båda projekten ska avslutas under 2011–2012. Insatserna ligger inom ramen för regeringens mål om att öka valfriheten.

### **Sysselsättningsinsatser kan konkurrera sinsemellan**

Antalet platser som företag och organisationer kan erbjuda är begränsat. Det finns ytterligare tre projekt inom psykiatrisatsningen, bl.a. inom området vardagen som också har som mål att öka sysselsättningen för psykiskt funktionsnedsatta. Även i dessa projekt har det varit svårt komma igång.

Även om sysselsättningsprojekten, särskilt det inom ramen för valfrihetssystem, har haft svårt att komma igång så redovisas vissa resultat. Insatserna har lett till att personer med psykisk funktionsnedsättning som inte haft anställning har fått sysselsättning. Ytterligare utredning krävs för att ta reda på om dessa sysselsättningseffekter är varaktiga.

## 6 Statskontorets fortsatta utvärdering

I delrapporten har vi lagt grunden för den fortsatta utvärderingen av psykiatrireformen. Grunden utgörs av:

- Psykiatrisatsningens övergripande mål och delmål.
- Psykiatrisatsningens målgrupp.
- Utvecklingen av de psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor mellan 2006<sup>140</sup>–2011.
- Psykiatrisatsningens ekonomi.
- De olika projektens syfte och resultat i termer av aktiviteter och prestationer samt nuläget i insatserna.

Utifrån denna grund kommer vi under våren 2012 att utvärdera psykiatrisatsningens effekter i termer av måluppfyllelse. Vi gör en analys och bedömning av i vilken mån projekten inom ramen för psykiatrisatsningen bidragit till att uppfylla de övergripande målen för satsningen, dvs. målen för vården, vardagen och valfriheten när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

### 6.1 Utvärderingens frågor

Utvärderingens övergripande syfte är att fastställa om regeringens psykiatrisatsning lett till att personer med psykisk funktionsnedsättning har fått:

- tillgång till en bättre vård och rehabilitering än vad de hade 2007,
- tillgång till ett bättre utbud av boende, sysselsättning och arbete än vad de hade 2007,
- större valfrihet och inflytande än vad de hade 2007 när det gäller vem som ska utföra olika insatser och utformningen av olika insatser.

Underfrågor till dessa tre övergripande frågor är bl.a:

- Hänger mål och insatser ihop?
- Speglar de indikatorer regeringen valt utvecklingen eller finns även andra indikatorer som ger en bild av psykiatrisatsningens måluppfyllelse?
- Vad visar indikatorerna?

---

<sup>140</sup> Vi har uppdaterat uppgifterna i psykiatrisamordnarens betänkande 2006:100.

- Hur ”träffsäkra” är insatserna i förhållande till målgruppen och de problem som ska lösas?
- Vad har påverkat resultatet? Statens insatser eller andra faktorer?
- Om statens insatser har påverkat resultatet – vilka insatser har fungerat bra respektive mindre bra?
- Om statens insatser inte har haft någon större påverkan – vad beror det på? Finns det något i utformningen och inriktningen av insatserna som förklarar resultatet?

Vi ska också försöka koppla de insatser som staten genomfört till utvecklingen av de psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor – såsom livsvillkoren beskrivits i denna delrapport (se främst bilaga 2). Möjligheten att se effekter av regeringens insatser i form av förändringar i de psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor begränsas dock av ett antal faktorer. Dessa redogör vi för i avsnitt 6.3.

Underlaget i delrapporten medger en bedömning av satsningens resultat. För att ge en fördjupad bild av effekterna behövs dock mer analys, dels av det material som vi har samlat in under hösten 2012, dels med hjälp av nytt material som vi under våren 2012 kommer att samla in för ett urval av projekten.

Utöver måluppfyllelsen i psykiatrisatsningen ska Statskontorets slutrapport även innehålla förslag på omfattning och innehåll i regeringens fortsatta psykiatrisatsning 2012–2014. Slutrapporten kommer att redovisas till regeringen den 15 september 2012.

## **6.2 Indikatorer på måluppfyllelse**

Analysen av effekter görs med utgångspunkt från de indikatorer för måluppfyllelse som regeringen angivit i sin skrivelse. Nedan ges ett exempel som rör regeringens mål och indikatorer vad gäller insatser som på olika sätt ska påverka vardagen för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Figur 10. Exempel på hur måluppfyllelse skulle kunna mätas.

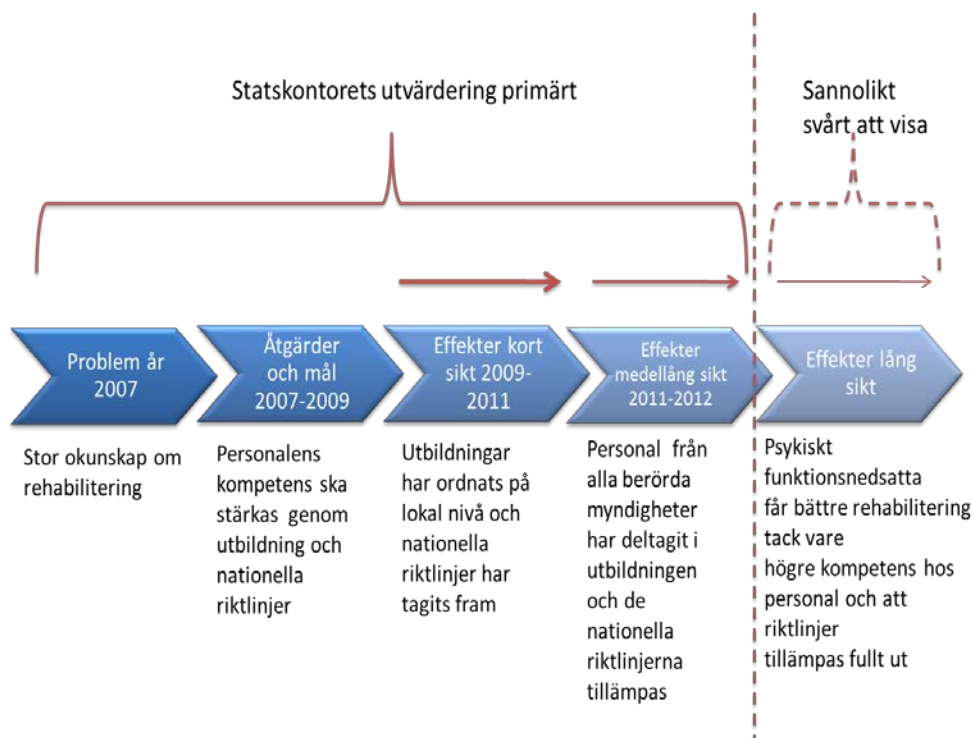
Mål för vardagen	Regeringens indikatorer	Regeringens insatser	Exempel på mått
Utbudet av arbete, sysselsättning, boendeformer m.m. ska vara varierat och behovsanpassat för den enskilde.	Anpassade boenden efter behov.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Stärk kommunernas sociala insatser i samband med ny vårdform.</li> <li>•Förstärkt tillsyn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykosregistret har gjort analyser över boende och sysselsättning för psykospatienter. Registret är inte heltäckande.</li> <li>• Socialstyrelsen har vissa uppgifter från 2010 – drygt 23 000 psykiskt funktionshindrade får särskilt boendestöd.</li> <li>• Tillsynens omfattning, Socialstyrelsen.</li> </ul>
	Ökad tillgång till anpassad sysselsättning, rehabilitering eller arbete anpassat till mottagarnas behov.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Stärk kommunernas sociala insatser i samband med ny vårdform.</li> <li>•Kartläggning av arbetsmarknaden för psykiskt funktionshindrade</li> <li>•Bidrag till AF för att upphandla rehabiliteringstjänster</li> <li>•Förstärkt tillsyn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbetskraftsdeltagande för funktionshindrade, SCB.</li> <li>• Arbetsförmedlingen har uppgifter om subventionerade anställningar för psykiskt funktionsnedsatta.</li> <li>• Tillsynens omfattning och resultat, Socialstyrelsen.</li> </ul>
	Stärkt kompetens om rehabilitering.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ökad kompetens om rehabilitering hos personal som möter psykiskt funktionshindrade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattning av och innehåll i kompetenshöjande insatser.</li> <li>• Typ av personalkategorier som deltar i utbildningar.</li> <li>• Resultat från kursutvärderingar.</li> </ul>
	Förbättrad kunskap om hjälpmedel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Uppdrag till HI att förbättra kunskapen om hjälpmedel samt utveckla hjälpmedel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommande rapport våren 2012 som ska försöka visa om förskrivningen av hjälpmedel ökat.</li> </ul>

Längst till vänster i figuren återges regeringens övergripande mål, därefter, i sammanfattad form, de indikatorer som regeringen valt för att mäta måluppfyllelsen. Vi har sedan kopplat regeringens olika insatser till respektive indikator. Regeringens indikatorer behöver i många fall kompletteras med ytterligare mått för att möjliggöra slutsatser kring psykiatrisatsningens resultat. Vi har angivit exempel på ytterligare mått. Detta arbete, som också ingår i vårt uppdrag, har vi påbörjat i samband med delrapporten och det kommer att slutföras i inledningen av arbetet med slutrapporten. Tanken är att vi i slutrapporten ska kunna presentera liknande matriser med mål och förslag till indikatorer för vart och ett av områdena vården, vardagen och valfriheten. Som nämnts ovan kommer dock en presentation av indikatorer inom varje område inte innebära att vi gör en fördjupad analys av effekterna för vart och ett av projekten eftersom vi gör ett urval.

### 6.3 Några perspektiv på satsningens effekter

Statskontorets uppdrag är bl.a. att följa upp effekterna av regeringens psykiatrisatsning. Nedanstående figur visar hur vi, i denna utvärdering, kommer att se på effekter av satsningen.

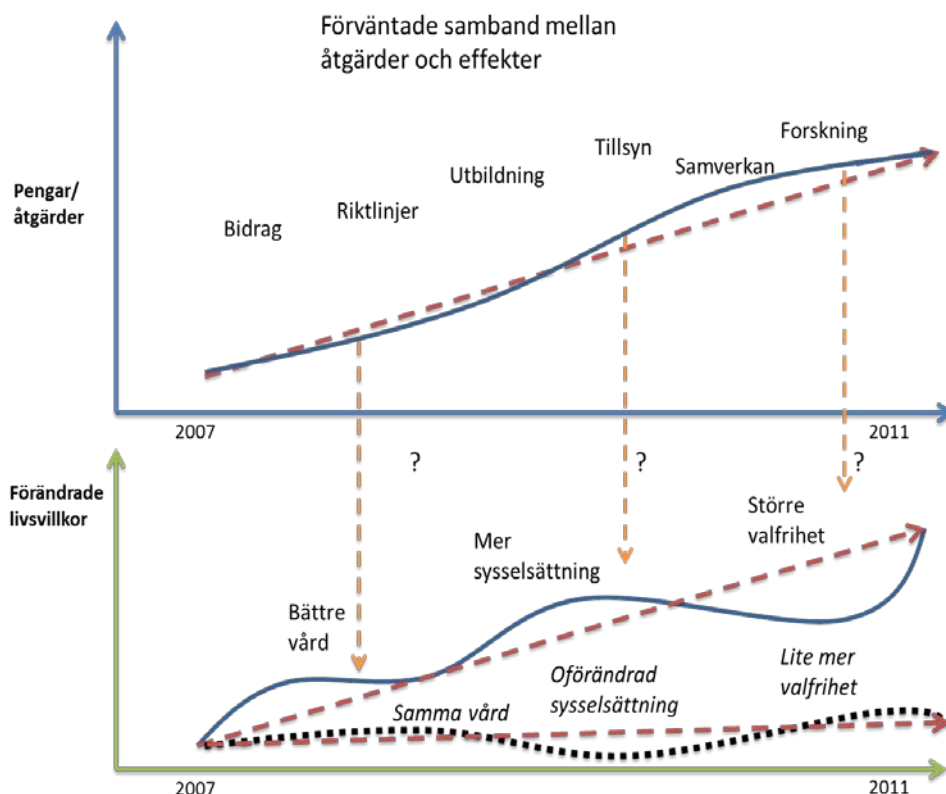
Figur 11. Effektkedja



Satsningens resultat kan delas in efter en tidsaxel. De kortsiktiga effekterna ligger nära regeringens ursprungliga åtgärd i tid och samband. Effekter på lång sikt kan ses som den effekt insatserna ytterst syftar till. Ju längre åt höger man går i diagrammet desto otydligare blir kopplingen mellan insats och effekt, framförallt på grund av att andra faktorer utöver den ursprungliga insatsen kan ha påverkat den effekt som iakttas.

I vår utvärdering kommer vi framförallt att försöka fastställa effekter på kort sikt. I det fall utfallsdata finns vad gäller långsiktiga effekter och dessa data kan kopplas till någon av regeringens insatser kommer vi också att redogöra för det. Vi bedömer dock att möjligheterna är begränsade för att, utifrån regeringens indikatorer, fastställa satsningens långsiktiga effekter. Nedanstående diagram ger exempel på problem som kan finnas i en analys av effekter.

Figur 12. Förväntade samband mellan regeringens insatser och effekter.



I figurens översta graf visas hur psykiatrisatsningen mellan 2007 och 2011 inneburit succesivt mer resurser till psykiatriområdet i form av pengar till projekt som efterhand har kommit igång. Projekten som har fått stöd har varit av olika karaktär – allt från bidrag till enskilda behandlingsmetoder till stora utbildningssatsningar. Pengar och insatser har ökat kumulativt. Regeringens förhoppning har varit att alla dessa insatser ska kunna påverka livsvillkoren för psykiskt funktionsnedsatta – det som illustreras i den nedre grafen i figuren.

Regeringen har tagit fram ett antal mått för att mäta utfallet (måluppfyllelsen) i insatserna. I den nedre grafen sammanfattas några av dessa mått med den heldragna kurvan och utfallet "bättre vård", "mer sysselsättning" och "större valfrihet". Antagandet är att psykiatrisatsningen genom ökade resurser till olika projekt (heldragna linjen i den övre grafen) skulle påverka livsvillkoren för psykiskt funktionsnedsatta till det bättre (heldragna linjen i den undre grafen).

Idealt skulle utfallet "bättre vård", osv. kunna mätas för att se om utvecklingen blivit den önskade. Det finns dock några svårigheter:

1. Mäter regeringens indikatorer det som ska mätas?
2. Om de gör det, finns data som visar utfallet?
3. Om data finns, finns det något tydligt samband mellan regeringens insatser och utfallen på måtten? Idealt speglar måtten en positiv utveckling som visas av den heldragna linjen i det nedre diagrammet. I sådana fall skulle det finnas ett samband mellan å ena sidan mer pengar och projekt och å andra sidan förbättringar i livsvillkoren för psykiskt funktionsnedsatta. Det kan också vara så att en positiv utveckling kan observeras på de mått som regeringen tänkt sig ska spegla utfallet, men att det är svårt att sätta denna positiva utveckling i samband med regeringens insatser.
4. Är fyra år tillräcklig tid för att mäta förändringar? Det vi kan komma att se är snarare en utveckling som i den prickade linjen i den nedre grafen – en i stort sett oförändrad situation i förhållande till 2007. Beror den oförändrade situationen på annat än regeringens satsningar? Eller beror den på att regeringens satsningar ännu inte hunnit verka? Är det rimligt att regeringens satsningar på kort sikt ska kunna uppnå långsiktiga mål som t.ex. en kunskapsbaserad vård så pass mycket att tydliga skillnader kan avläsas mellan 2007 och 2011?

Alltså tror vi att det finns flera risker med måtten. För att kunna mäta utfallet bör kanske mer ”projektnära” mått väljas, alltså utfall som projekten rimligen har haft möjlighet att påverka vården, vardagen och valfriheten för personer med psykisk funktionsnedsättning. (jämför figur 11 och pilarna ”prestationer” och ”effekter kort sikt 2011–2012”).

## 6.4 Tillvägagångssätt och urval av projekt

I detta avsnitt beskrivs kort de arbetssteg som genomförs under våren och sommaren 2012.

### Mål och indikatorer för måluppfyllelse

Statskontoret fortsätter under våren med att operationalisera de övergripande målen för psykiatrisatsningen. Målen för vården, vardagen och valfriheten kopplas till regeringens indikatorer och indikatorerna vidareutvecklas för att kunna kopplas till de projekt som ingår i psykiatrisatsningen.

### Övergripande analys av samband mellan projekt och mål

I arbetet med delrapporten har vi fått fram data om projektens resultat och förändringar i livsvillkoren för personer med psykisk funktionsnedsättning. Detta material behöver analyseras ytterligare. Analysen görs med avseende på om det finns någon koppling mellan förändringar i livsvillkor för psykiskt funktionsnedsatta och projektens resultat, dvs. om insatserna har haft effekt. Analysen av kopplingar mellan projektens resultat och förändringar i livsvillkor kommer att bygga på att vi strukturerat utfallsdata, strukturerat och brutit ner målen för satsningen, försökt finna avläsbara indikatorer och

därefter gjort strukturerade bedömningar av sannolikheten för att projektens resultat påverkat livsvillkoren för psykiskt funktionsnedsatta. Vi analyserar även om insatserna är inriktade på att lösa de problem som psykiatrisamordnaren och regeringens skrivelse tar upp när det gäller psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor. Där det är möjligt gör vi också en analys av insatsernas träffsäkerhet i förhållande till uppdaterade data från 2010–2011 när det gäller psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor.

### **Urval för att åskådliggöra problem och möjligheter i genomförandet av psykiatrisatsningen**

Vi har identifierat ett antal problem som har att göra med hur psykiatrisatsningen utformats och genomförts, men vi har också sett att många projekt lyckats skapa verksamhet som öppnar möjligheter att förändra de psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor till det bättre.

Problemen handlar bl.a. om fördröjningar, svårigheter hos kommuner och landsting att anpassa sin verksamhet till statens insatser och brister i uppföljningen av insatserna. Möjligheterna handlar om att insatserna har en direkt påverkan på de psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor. Det gäller t.ex. sysselsättningsinsatserna. Statens satsning på att korta köerna till barn- och ungdomspsykiatri har inneburit att kötiderna har kortats. Andra insatser kan ha en mer indirekt påverkan på livsvillkoren för psykiskt funktionsnedsatta, t.ex. utbildning av personal som möter psykiskt funktionsnedsatta, men som ändå visar sig vara betydelsefulla på längre sikt.

För att kunna göra en fördjupad analys av psykiatrisatsningens problem och möjligheter kommer vi att välja ut ett antal projekt inom psykiatrisatsningen. Det är önskvärt att projekten speglar olika typer av genomförande-problem och möjligheter samtidigt som de ska kunna täcka psykiatrisatsningens olika målområden, dvs. vården, vardagen och valfriheten. Statskontorets preliminära bedömning är att projekt inriktade på sysselsättning och projekt inriktade på utbildning kan uppfylla dessa kriterier.

### **Sammanfattande analys av psykiatrisatsningens måluppfyllelse**

Statskontoret ska slutligen bedöma i vilken mån psykiatrisatsningens insatser bidragit till att uppfylla målen inom vården, vardagen och valfriheten. Denna bedömning kommer att baseras på vår analys av mål och indikatorer, analysen av samband mellan insatser och mål samt slutsatserna från analysen av ett urval av insatser.

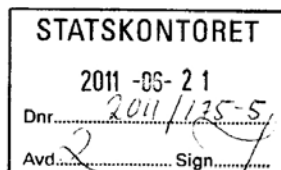


## Regeringsuppdraget



REGERINGEN

Socialdepartementet



Regeringsbeslut I:10

2011-06-16 S2006/9394/FS (delvis)  
S2011/5881/FS (delvis)Statskontoret  
Box 8110  
104 20 Stockholm

**Uppdrag att följa upp och utvärdera regeringens politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning**

#### Regeringens beslut

Regeringen ger Statskontoret i uppdrag att följa upp och analysera hur vården och det sociala stödet till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning har utvecklats över tid utifrån den inriktning och de uppföljningsmått som nämns i regeringens skrivelse En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (skr. 2008/09:185). Effekterna av satsningen ska också följas upp. Statskontoret har, i samråd med Socialdepartementet, möjlighet att revidera uppföljningsmått så att de överensstämmer med aktuell kunskap, ny lagstiftning och förändrade omvärldsfaktorer. Statskontoret har även möjlighet att ta fram ytterligare mått som myndigheten finner lämpliga.

Utöver att följa upp satsningen utifrån uppföljningsmått i skrivelsen ska Statskontoret uppmärksamma övriga iakttagelser och förhållanden som myndigheten finner lämpliga för att spegla effekterna av politiken.

Genomförandet av uppdraget ska ske i nära samråd med Socialdepartementet. Statskontoret ska även samråda med Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Sveriges Kommuner och Landsting samt andra berörda myndigheter och organisationer. Berörda myndigheter ska vara Statskontoret behjälpliga i genomförandet av uppdraget, t.ex. genom att förse Statskontoret med information och underlag.

En delredovisning av uppdraget ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 januari 2012 och uppdraget ska slutredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 september 2012.

Postadress 103 33 Stockholm Telefonväxel 08-405 10 00 E-post [registrator@social.ministry.se](mailto:registrator@social.ministry.se)  
Besöksadress Fredsgatan 8 Fax 08-723 11 91

## Bakgrund

Nationell psykiatrisamordning överlämnade sitt slutbetänkande *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) till regeringen i november 2006. Utredningens analyser och förslag har utgjort det huvudsakliga underlaget för regeringens samlade psykiatrisatsning.

Under åren 2007-2011 har regeringen satsat ca 3 700 000 000 kronor i särskilda satsningar inom psykiatriområdet. Regeringen har även aviserat att den under perioden 2012–2014 avser att föreslå riksdagen att besluta om ca 900 000 000 kronor per år för åtgärder som ska kunna åstadkomma konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.

I skrivelsen *En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning* (skr. 2008/09:185) presenterade regeringen sin politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Regeringens avsikt med psykiatrisatsningen är att stödja och stimulera huvudmän och andra aktörer att ta sin del i ansvaret att vidareutveckla den psykiatriska vården och de sociala stödverksamheterna. Regeringens politik kan sammanfattas i tre huvudområden: vården, vardagen och valfriheten. Övergripande syfte inom respektive område är:

- Barn, vuxna och äldre med psykisk sjukdom ska ha tillgång till en kunskapsbaserad och god vård, samt rehabilitering när och där de behöver den.
- Utbudet av arbete, sysselsättning, boendeformer och hjälpmedel ska vara varierat och anpassat för att möta de behov som personer med funktionsnedsättning har.
- Personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska ges möjlighet att välja och ha inflytande över vem som ska utföra vård-, rehabiliterings- och stödinsatser liksom utformningen av dessa insatser.

Utifrån de tre huvudområden har fyra delområden varit särskilt prioriterade för psykiatrisatsningen: insatser riktade till barn och unga, arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning, satsningar på kompetens och evidens samt stöd för långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete.

## Närmare om uppdraget

I skrivelsen 2008/09:185 aviserade regeringen sin avsikt att följa upp och analysera hur vården och det sociala stödet till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning har utvecklats över tid. Uppföljningen ska även innehålla en analys av effekterna av regeringens samlade psykiatrisatsning.

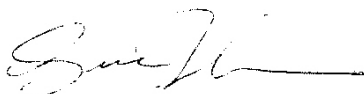
Psykiatrisatsningen ska i huvudsak följas upp utifrån de uppföljningsmått som nämns i skrivelsen och som utgår från tre huvudområden: vården, vardagen och valfriheten. Eftersom det har skett en omfattande utveckling inom psykiatriområdet har Statskontoret möjlighet att i samråd med Socialdepartementet revidera uppföljningsmått så att de överensstämmer med aktuell kunskap, ny lagstiftning och förändrade omvärldsfaktorer. Statskontoret har även möjlighet att ta fram ytterligare mått som myndigheten finner lämpliga.

Utöver att följa upp satsningen utifrån uppföljningsmått i skrivelsen ska Statskontoret uppmärksamma övriga iakttagelser och förhållanden som myndigheten finner lämpliga för att spegla effekterna av politiken. Flera myndigheter, exempelvis Socialstyrelsen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har haft i uppdrag att följa upp några av de insatser som ingår i psykiatrisatsningen. Det gäller bl.a. en uppföljning av den förstärkta vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri och att följa upp det statsbidrag som tilldelas kommuner som upphandlar sysselsättning eller erbjuder sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har även i uppdrag att påskynda utvecklingen av grunddata och kvalitetsindikatorer m.m. samt att förbättra verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet, både när det gäller hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Berörda myndigheter ska vara Statskontoret behjälpliga i genomförandet av uppdraget, t.ex. genom att förse Statskontoret med information och underlag.

Psykiatriområdet är ett av regeringens mest prioriterade områden och målsättningen med regeringens politik är att genom strategiska och mer långsiktiga satsningar åstadkomma varaktiga förbättringar inom detta område. Ett syfte med uppdraget till Statskontoret är att förse regeringen med underlag för den satsning som planeras inom psykiatriområdet för åren 2012–2014.

På regeringens vägnar

  
Göran Hägglund

  
Sara Johansson

Kopia till

Finansdepartementet/Ba  
Socialutskottet  
Arbetsförmedlingen  
Försäkringskassan  
Myndigheten för handikappolitisk samordning  
Hjälpmedelsinstitutet  
Statens beredning för medicinsk metodik  
Socialstyrelsen  
IPULS  
Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)  
Sveriges Kommuner och Landsting

# Förändringar i livsvillkor för psykiskt funktionsnedsatta

I slutet av november 2011 fick Statskontoret ett tilläggsuppdrag av Socialdepartementet. Uppdraget gick ut på att uppdatera vissa uppgifter om psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor. Uppgifterna hade ursprungligen publicerats i psykiatrisamordnarens betänkande SOU 2006:100 och har nu så långt möjligt uppdaterats med mer aktuella uppgifter. Arbetet med uppdateringen har Statskontoret genomfört med hjälp av en konsult från Kontigo AB. Nedan redovisas en något förkortad och redigerad version av konsultpromemorian.

## Omfattning av psykisk ohälsa

Beträffande siffror för depression kan konstateras att man räknar med att 4–10 procent av den vuxna befolkningen i Sverige uppfyller kriterierna för depression. Andelen bland kvinnor är ungefär dubbelt så stor som bland män. Livstidsrisken för att drabbas av en depression anges ofta till 17–18 procent. Det finns studier som talar för att depression under senare år blivit vanligare och att debuten inträffar i lägre åldrar.<sup>141</sup> I åldrarna 65 år och däröver beräknas 10–15 procent lida av en depression, varav ungefär 5 procent av en svår depression.<sup>142</sup> Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män kommer någon gång i livet att få en behandlingskrävande depression. Dock kan siffrorna variera mellan olika undersökningar beroende på hur man avgränsar det som man kallar depression.<sup>143</sup> Även ångestsyndrom är vanligt förekommande. Uppskattningsvis drabbas 25 procent av befolkningen någon gång i livet av ett ångestsyndrom. När det gäller bipolär sjukdom uppges andelen som drabbas någon gång i livet vara 1–2 procent för båda könen.<sup>144</sup>

I SOU 2006:100 konstateras att årligen insjuknar 5–10 personer per 100 000 i schizofreni. Uppgiften baseras på en äldre amerikansk studie. Psykiatriföreningen (2009) framhåller att av en befolkning på 100 000 insjuknar årligen cirka 15–20 personer i en psykossjukdom, varav 8–10 utvecklar

---

<sup>141</sup> Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (2009): Genomgången av läkemedel mot depression. Baseras på SBU, Behandling av depressionssjukdomar. 2004: Stockholm.

<sup>142</sup> Socialstyrelsen, Folkhälsorapport, 2009.

<sup>143</sup> Socialstyrelsen (2010): Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning.

<sup>144</sup> Socialstyrelsen (2010): Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning.

sjukdomen schizofreni.<sup>145</sup> Cirka 30 000–35 000 personer i Sverige bedöms leva med schizofreni varav majoriteten behöver vård. Ibland uppskattas antalet drabbade till omkring 50 000, men då inkluderas även schizofreniliknande tillstånd.<sup>146</sup>

### **Personlighetsstörningar**

De vanligaste personlighetsstörningarna schizotypal, borderline och antisocial personlighetsstörning förekommer i mellan 1–2 procent av befolkningen enligt SOU 2006:100. Uppgiften baseras på en amerikansk undersökning från tidigt 1990-tal. I Svenska psykiatrföreningens bok ”Personlighetsstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling” (2006) konstateras mer preciserat att prevalensen av schizotypal personlighetsstörning (även kallad schizotyp störning) i befolkningen är mellan 0,5–3 procent i olika studier: prevalensen av borderline personlighetsstörning, benämnd emotionellt instabil personlighetsstörning, har rapporterats till 0,5–2 procent i normalbefolkningen och prevalensen av de specifika antisociala personlighetsstörningarna varierar mestadels mellan 0,5–3 procent.<sup>147</sup>

Varje individ har en livstidsrisk på 2,5 procent för tvångssyndrom enligt SOU 2006:100. Detta baseras på en något oklar källa. En sökning av nyare information ger vid handen att livstidsrisken ligger någonstans på cirka 2 procent.<sup>148</sup> Alltså ungefär samma bedömning som i SOU 2006:100, men också en lika oklar källa.

### **Aspergers syndrom**

SOU 2006:100 slår fast att Aspergers syndrom har man funnit i 0,4 procent av befolkningen. Johansson (2009) konstaterar att mellan 0,4 och 0,5 procent av befolkningen uppfyller kriterierna för diagnosen Aspergers syndrom. Pojkar är överrepresenterade i förhållande till flickor bland de diagnostiserade. Eftersom det har varit svårare att definiera symptomen hos flickor kan man anta att mörkertalet här fortfarande är stort och att de verkliga förhållandena mellan pojkar och flickor med Aspergers syndrom sannolikt är närmare 2:1.<sup>149</sup>

I SOU 2006:100 framhålls att ungefär 0,6 procent av den vuxna befolkningen har ett psykiskt funktionshinder. Uppgiften bygger på Socialstyrel-

---

<sup>145</sup> Svenska psykiatrföreningen (2009): Schizofreni – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Gothia.

<sup>146</sup> Socialstyrelsen, Social rapport 2010.

<sup>147</sup> Svenska psykiatrföreningen (2006): Personlighetsstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling Gothia.

<sup>148</sup> Landstinget i Uppsala län. Som kuriosita kan nämnas att Wikipedia, utan angivande av källa, lämnar följande information: ”Tvångssyndrom är en ångeststörning med en livstidsprevalens på mellan 1 och 2,5 procent. Det är lika vanligt hos män som hos kvinnor”.

<sup>149</sup> Johansson, E. (2009): Perceptuellt fungerande. En intervjustudie med personer med Aspergers syndrom, Landstinget i Uppsala län.

sens sammanställning av kommuninventeringar 1999. Senare källor (Socialstyrelsen, 2011) lyfter också fram denna siffra, men konstaterar, i likhet med SOU 2006:100, att gruppen troligen är större eftersom gruppen med diagnoser som kan ge psykiskt funktionshinder enligt psykiatrisamordnarens definition även inkluderar personer med missbruksproblem i kombination med psykisk sjukdom och personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.<sup>150</sup> Socialstyrelsens kommuninventeringar 1999 använde en beskrivning av målgruppen där psykossjukdomar med sociala konsekvenser och ett behov av samhällsstöd betonades.<sup>151</sup>

26 procent av kvinnorna och 16 procent av männen lider av någon grad av ängslan, oro eller ångest, konstateras i SOU 2006:100. Uppgiften baseras på SCB undersökning ”Levnadsförhållanden för personer med funktionshinder 1988–1999” från 2003. Dessa siffror är ungefär detsamma idag. Enligt SCBs ULF-undersökning från 2010 så lider 24,4 procent av kvinnorna och 14,6 procent av männen av någon grad av ängslan, oro eller ångest. 6,1 procent av kvinnorna och 3,9 procent av männen lider av svår grad av ängslan, oro eller ångest.<sup>152</sup>

### **Yngre med depression och ångest**

Det konstateras i SOU 2006:100 att det finns en trend mot att unga kvinnor 16–34 år närmar sig samma nivå när det gäller oro, ängslan och ångest som åldersgruppen 65–84 år. 2010 uppger unga kvinnor en högre nivå när det gäller oro, ängslan och ångest som åldersgruppen 65–84 år. I dagsläget uppger 31,7 procent i åldersgruppen 16–24 att de lider av oro, ängslan och ångest som, och 21,3 procent i ålderskategorin 25–34 År. Detta ska jämföras med 22,5 procent för kvinnor i ålderskategorin 65–74 år, 24,1 procent i ålderskategorin 75–84 år och 23,9 procent i ålderskategorin 85+ år.<sup>153</sup>

I SOU 2006:100 konstateras att det blivit vanligare att ungdomar är nedstämda, oroliga, har svårt att sova och har värk. Uppgiften hämtas från en statlig utredning om ungdomars psykiska hälsa. I Socialstyrelsens rapport (2009) framhålls att det har blivit vanligare att ungdomar uppger att de är nedstämda, oroliga, har svårt att sova och har värk. Därmed skrivs också mer antidepressiva läkemedel ut, framför allt till unga kvinnor i åldern 15–19 år. Även antalet vårdtillfällen på grund av psykisk sjukdom har ökat under det senaste decenniet.<sup>154</sup> I SCBs ULF-data observeras att andelen ungdomar (16–24 år) som har besvär av ängslan, oro, ångest har ökat från 20,4 procent 2008–2009 till 22,4 procent år 2010. Det är en stor skillnad mellan män och kvinnor. Männen har minskat från 14,1 till 14 procent

---

<sup>150</sup> Socialstyrelsen (2011): Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet. Delrapport 2011

<sup>151</sup> SOU 2006:100

<sup>152</sup> SCB (2010): Undersökningarna av levnadsförhållanden.

<sup>153</sup> SCB (2010): Undersökningarna av levnadsförhållanden.

<sup>154</sup> Socialstyrelsen (2009): Hälso- och sjukvårdsrapport 2009.

emedan kvinnorna har ökat från 27,4 till 31,7 procent. När det gäller svåra besvär av ängslan, oro, ångest har andelen ökat från 4,9 procent 2008–2009 till 6,1 procent 2010. Även i detta fall är det kvinnorna som står för den stora ökningen. Männen har gått från 3.3 till 3.5 procent, kvinnorna från 6,7 till 9,1 procent.<sup>155</sup>

### **Analys av förändringar i psykisk ohälsa**

Vad kan man då sammantaget säga om de förändringar som kan identifieras när det gäller omfattning av psykisk ohälsa, psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning? När det gäller depression, så är utvecklingen komplex. Det har inte kunnat identifieras några siffror som direkt ändrar de uppgifter om prevalens som framhölls i SOU 2006:100. Samtidigt så visar exempelvis Socialstyrelsen, baserat bland annat på Folkhälsoinstitutets enkät, att det framför allt är sjukhusvård för depressioner och ångestsyndrom som ökat kraftigt bland i synnerhet unga, dvs. diagnoser som väl kan motsvaras av frågor om ängslan, oro eller ångest i enkät- och intervju-material.<sup>156</sup> I synnerhet förefaller det som om det är bland kvinnor i åldersgruppen 16–24 år som ökningen sker. En del av könsskillnaderna förklaras troligen av att kvinnor är mer socioekonomiskt utsatta än män, och att de oftare utsätts för kränkningar och övergrepp. Men det är också möjligt att skillnaderna hänger ihop med hur kvinnor och män förväntas förhålla sig till sig själva, sin miljö och påfrestningar av olika slag – och att dessa könroller i grunden är kulturella eller sociala, det vill säga handlar om genus snarare än om biologiskt kön. Flickor kanske oroar sig mer än pojkar för sitt utseende, sin kroppsvikt och sina relationer, vilket tycks ligga i linje med en sådan tolkning, och detta skulle påverka förutsättningarna för deras psykiska hälsa.<sup>157</sup>

När det gäller schizofreni, personlighetsstörning, tvångssyndrom och Aspergers syndrom så är det svårt att se om någon ökning eller minskning har skett sedan 2006. Det är oklart varför detta är fallet, men ett rimligt antagande är den typen av fördjupade studier inte genomförts. Likaså är det svårt att se om det skett någon förändring av antalet psykiskt funktionshindrade generellt. Ett av de viktigaste skälen till att någon förändring inte är synlig är att det inte förefaller ha gjorts några studier som undersökt detta. När det gäller ängslan, oro eller ångest har hälsoläget således blivit något bättre sedan mätningen i samband med SOU även om det är mycket marginellt. Dock gäller inte detta för kvinnor 16–24 år. Det finns vidare en trend mot att unga kvinnor 16–34 år närmar sig samma nivå när det gäller oro, ängslan och ångest som åldersgruppen 65–84 år och det kan konstateras att

---

<sup>155</sup> SCB (2010): Undersökningarna av levnadsförhållanden.

<sup>156</sup> Socialstyrelsen (2010): Lägesrapport 2010 (Folkhälsa, Hälso- och sjukvård, Individ- och familjeomsorg, Stöd och service till personer med funktionsnedsättning, Vård och omsorg om äldre)

<sup>157</sup> Stycket baseras på Folkhälsoinstitutet (2009): Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? En kunskapsöversikt

det blivit vanligare att ungdomar är nedstämda, oroliga, har svårt att sova och har värk, i synnerhet kvinnor. En förklaring till denna förändring liknar de skäl som angavs i avsnittet om depression ovan.

## **Psykiskt funktionsnedsattas ekonomi**

Personer med psykiskt funktionshinder har lägre disponibla inkomster än befolkningen i övrigt, men inte lägre än alla andra funktionshindergrupper, konstateras i SOU 2006:100. I Socialstyrelsen (2010) konstateras att många undersökningar har visat att personer med psykiska funktionshinder eller svåra psykiska besvär är speciellt utsatta, oavsett om gruppen avgränsas till personer som har vårdats på sjukhus med vissa psykiatriska diagnoser eller om det gäller personer som själva anger att de har psykiska besvär. Det är vanligare att de är arbetslösa, de har oftare förtidspension, deras inkomst är lägre, biståndstagandet högre och mer långvarigt och deras ekonomiska situation är sammantaget sämre. Det är också vanligare att personer med svåra besvär av ångslan, oro eller ångest avstår från att söka sjukvård och tandvård. Mer än 20 procent av de med psykiska funktionshinder har avstått från besök i hälso- och sjukvården, vilket gör det dubbelt så vanligt som för övriga typer av funktionsnedsättningar. Det konstateras att personer med psykisk funktionsnedsättning har lägst disponibel inkomst av grupperna (hela befolkningen samt gruppen som har annan typ av funktionshinder) oavsett inkomstmått. Den disponibla hushållsinkomsten är endast något högre när man tar hänsyn till hela hushållets inkomster samt antalet personer som ingår i hushållet. Att det är så liten skillnad kan bero på att personer med psykiska funktionshinder oftare än andra är ensamboende. Lägst andel med löneinkomst och lägst inkomst från lön har personer med psykiska funktionshinder. Endast en av tre personer med psykiskt funktionshinder har någon löneinkomst.<sup>158</sup>

### **Psykiskt funktionsnedsatta saknar kontantmarginal**

I SOU 2006:100 framhålls att 45 procent av männen och 50 procent av kvinnorna saknar kontantmarginal. 60 procent av männen och 50 procent av kvinnorna har svårt att klara de löpande utgifterna. Detta gäller för personer med psykiskt funktionshinder. Situationen när det gäller marginaler och löpande utgifter är svårare för denna grupp än för andra grupper med funktionshinder. Det har varit svårt att hitta motsvarande siffror för senare år. Folkhälsoinstitutet konstaterar att människor med funktionsnedsättning har mycket lägre inkomst och sämre kontantmarginal än vad majoriteten av befolkningen har.<sup>159</sup> Topor (2011) refererar i en presentation till ett antal tidigare studier från tidigt 2000-talet och konstaterar att när det gäller perso-

---

<sup>158</sup> Socialstyrelsen (2010): Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK.

<sup>159</sup> Folkhälsoinstitutet (2008): Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning.

ner med psykiska besvär så var det 51 procent av kvinnorna och 47 procent av männen som uppgav att de saknade en kontantmarginal.<sup>160</sup> I den nationella folkhälsoenkäten som Folkhälsoinstitutet genomför uppger de individer som klassificerat sig som psykiskt sjuka minst halva månaden att de har dålig kontantmarginal (32 procent) och är i ekonomisk kris (31 procent).<sup>161</sup>

Andelen med låg inkomst (under 60 procent av befolkningens median) är större bland dem med psykiska besvär än andra grupper) konstateras i SOU 2006:100. Socialstyrelsen (2010) konstaterar att andelen personer med låg inkomst är större bland dem med psykosjukdomar. Vidare har individer med funktionshinder – som arbetar – betydligt lägre löneinkomst än andra grupper, något kan bero på att fler har ett deltidsarbete men även på att de har lägre tim- eller månadslön. Det kan i sin tur hänga ihop med skillnader i utbildning och vilken sektor man arbetar i. Lägst löneinkomst av de olika grupperna av funktionsnedsättningar har personer med psykiska funktionshinder.<sup>162</sup>

Medelinkomsten för de som vårdats för psykiatriska diagnoser är väsentligt lägre än för andra grupper enligt SOU 2006:100. Socialstyrelsen (2010) konstaterar att en betydligt högre andel av de som vårdats för psykiatriska diagnoser har lägre medelinkomst jämfört med andra grupper. Lägst andel med löneinkomst och lägst medelinkomst från lön har personer med psykiska funktionshinder. Endast en av tre personer med psykiskt funktionshinder har någon löneinkomst alls.<sup>163</sup>

### **Analys av förändringar i psykiskt funktionsnedsattas ekonomi**

Det förefaller helt klart så att det inte skett någon positiv förändring sedan utredningen 2006. Enligt uppgifter som redovisats från Socialstyrelsen och SCB är personer med allvarlig psykisk sjukdom mer ekonomiskt utsatta än andra grupper med funktionshinder. Närmare hälften uppgav att de hade svårt att klara de löpande utgifterna och många hade tvingats låna av släkt och vänner och var femte hade fått begära socialhjälp. En stor del av personer med allvarlig psykisk sjukdom har förtidspensionerats tidigt i livet. Bland personer yngre än 29 år, som har aktivitetsersättning, är personer med psykiatriska diagnoser i majoritet. Skälet till den dåliga ekonomin – och att förändringen går långsamt – står att finna i en mängd variabler såsom lägre utbildningsnivå, i större utsträckning beroende av sjukpension (det vill säga

---

<sup>160</sup> Topor, A. (2011): Pengarnas roll för återhämtningen. Presentation vid CEPI-konferens rörande om levnadsvillkor för personer med psykisk ohälsa. Tylösand, maj 2011.

<sup>161</sup> Folkhälsoinstitutet, Nationell Folkhälsoenkät 2011.

<sup>162</sup> Socialstyrelsen (2010): Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK.

<sup>163</sup> Socialstyrelsen (2010): Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK.

att de är borta från arbetsmarknaden), låg eller ingen förankring på arbetsmarknaden.

## Psykiskt funktionsnedsattas arbetsförhållanden och sysselsättning

60 procent av hela gruppen med funktionshinder uppger att de har nedsatt arbetsförmåga. Bland de med psykiskt funktionshinder är det 90 procent som säger sig ha nedsatt arbetsförmåga enligt SOU 2006:100. Enligt Socialstyrelsen (2010) uppger 57,1 procent av hela gruppen med funktionshinder att de också har nedsatt arbetsförmåga. 89 procent av de psykiskt funktionsnedsatta säger sig ha nedsatt arbetsförmåga. Ungefär liknande nivåer med andra ord.<sup>164</sup>

I SOU 2006:100 konstateras att personer med psykisk funktionsnedsättning också är den grupp som har lägst sysselsättningsgrad bland funktionshindrade. En tredjedel av de psykiskt funktionshindrade uppger att de har någon typ av sysselsättning (dagverksamheter och liknande ej inräknade). Socialstyrelsen konstaterar att 41,4 procent av de psykiskt funktionshindrade uppger att de har någon form av sysselsättning.<sup>165</sup> En något högre andel än tidigare.

Baserat på SCBs ULF-undersökning från 2003, visar SOU 2006:100 att i de fall psykiskt funktionsnedsatta hade arbete hade de lägst närvaro av alla funktionshindergrupper. 41 procent var borta från arbetet under den aktuella undersökningsveckan jämfört med 15 procent för övriga funktionshindergrupper. Enligt SCB 2009 var 24 procent av de med psykiskt funktionshinder borta från arbetet under aktuell undersökningsvecka. Detta låg betydligt över andra grupper med funktionsnedsättning.<sup>166</sup>

Ungefär hälften personerna med psykisk funktionsnedsättning har daglig sysselsättning enligt SOU 2006:100. Detta ligger i linje med Socialstyrelsens (2010) senare mätningar där 50 procent av personerna med psykisk funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga har daglig sysselsättning jämfört med 75 procent av befolkningen totalt.<sup>167</sup>

---

<sup>164</sup> Socialstyrelsen (2010): Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK.

<sup>165</sup> Socialstyrelsen (2010): Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK.

<sup>166</sup> Socialstyrelsen (2010): Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK.

<sup>167</sup> Socialstyrelsen (2010): Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK.

## **Analys av förändringar i sysselsättning och arbetsförhållanden för personer med psykisk funktionsnedsättning**

Sammantaget kan, om de psykiskt funktionsnedsatta arbetsförhållanden och sysselsättning, sägas att den fortsätter att vara mycket svag även om en liten positiv förändring tycks ha skett efter det att SOU 2006:100 publicerades. Vissa av de data som plockats fram i denna inventering indikerar detta, till exempel uppger fler att de har en sysselsättning. Här skulle dock en mer fördjupad studie behöva genomföras rörande vad den sysselsättningen innebär. Ett skäl till att ingen större förbättring verkar skönjas är att det måhända finns en stigmatisering och en diskriminering i samhället som gör det svårt att exempelvis accepteras för en anställning och få en fast förankring på arbetsmarknaden.<sup>168</sup> Jämfört med andra funktionsnedsatta grupper, så är dock fortfarande de psykiskt funktionsnedsatta i en sämre position. Skälen till att det inte skett någon större förändring torde hänga samman med liknande skäl som angivits tidigare i avsnitten ovan, det vill säga det handlar om en kombination av personliga resurser (utbildning, arbetsförmåga etc.) och synen på de psykiskt funktionshindrade från arbetsgivare.

## **De psykiskt funktionsnedsattas hälsotillstånd**

Personer som slutenvårdats på grund av psykisk sjukdom var oftare ensamstående eller skilde sig oftare än andra grupper enligt SOU 2006:100 (baserades på Socialstyrelsens Sociala rapport från 2006). Socialstyrelsen konstaterar i Social rapport 2010 att personer som slutenvårdats för psykisk sjukdom i större utsträckning är ensamstående jämfört med andra sjukdomsgrupper, med undantag för de som vårdats på grund av skador.<sup>169</sup> En liknande bedömning som i SOU 2006:100 med andra ord.

I SOU 2006:100 konstateras att 35 procent av de med psykiskt funktionshinder upplever sitt hälsotillstånd som dåligt. Denna andel är högre bara för personer med rörelsehinder. Några exakt liknande data har inte hittats för 2010–2011. Folkhälsoinstitutet (2008) konstaterar att en mycket stor del av samhällets samlade ohälsa finns bland människor med funktionsnedsättning. Nästan genomgående var upplevd ohälsa störst bland personer med rörelsehinder. Det var 31 procent som hade nedsatt psykiskt välbefinnande bland personer med funktionsnedsättning. När det gäller den självupplevda hälsan visar det sig att dålig hälsa är mer än tio gånger vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen. Nedsatt psykisk hälsa är till exempel mer än dubbelt så vanligt.<sup>170</sup>

---

<sup>168</sup> Lundberg, B (2010): Erfarenheter och stigmatisering av psykisk sjukdom. Lund.

<sup>169</sup> Socialstyrelsen (2010): Social Rapport 2010.

<sup>170</sup> Folkhälsoinstitutet (2008): Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning.

Sjukvårdskonsumtionen bland psykiskt funktionshindrade är densamma som för övriga funktionshindergrupper. Däremot är det vanligare att man avstår från läkarbesök. Ungefär 40 procent av de med psykiskt funktionshinder säger sig avstå från angelägna läkarbesök enligt SOU 2006:100. Socialstyrelsen 2010 konstaterar att personer med psykiskt funktionshinder oftare än andra har frikort för hälso- och sjukvård och läkemedel och har i högst utsträckning avstått från hälso- och sjukvård och tandvård samt från att köpa läkemedel. Drygt 31 procent har avstått från angeläget läkarbesök på grund av ekonomiska skäl.<sup>171</sup>

I SOU 2006:100 framhålls att den somatiska hälsan är dålig och att det också finns en överdödlighet i gruppen psykiskt funktionshindrade. Någon uppskattning av hur stor denna grupp är görs inte. Socialstyrelsen (2010) konstaterar att den somatiska hälsan hos personer med psykisk sjukdom ofta är nedsatt och att individernas behov på detta område inte alltid tillgodoses eller uppmärksammas. En inventering visar att personer med psykisk sjukdom betydligt oftare än andra avlider i somatiska sjukdomar som hade kunnat förebyggas eller behandlas. Inventeringen visar exempelvis att när det gäller personer med psykisk sjukdom som vårdats i slutenvård är överdödligheten drygt tre gånger så stor bland män, 165 per 10 000 för de vårdade jämfört med knappt 50 per 10 000 i befolkningen. Bland kvinnor är överdödligheten 93 per 10 000 respektive drygt 30 per 10 000 i befolkningen.<sup>172</sup>

Förekomsten av självmord följer en långsamt nedåtgående trend 2006–2011, från 1 196 till 1 138 stycken. Det är kvinnorna som svarar för nedgången. Fler män begick självmord 2010 jämfört med 2006. Betydligt fler män än kvinnor begår självmord.<sup>173</sup>

### **Analys av förändringar i hälsotillståndet hos personer med psykisk funktionsnedsättning**

Så långt det är möjligt att bedöma utifrån denna inventering förefaller det inte ha skett någon direkt förändring sedan 2006, förutom när det gäller antalet självmord (som följer en generellt nedåtgående trend) samt att en något lägre andel psykiskt funktionshindrade säger sig ha avstått från läkarbesök. Det är fortfarande dock hög överdödlighet till exempel. Denna är dock svår att jämföra med resultaten i SOU 2006:100 eftersom sådana data inte finns tillgängliga där. Beträffande minskningen av självmord torde den viktigaste förklaring vara att vården – det gäller kanske främst öppenvården och exempelvis företagshälsovården – blivit bättre på att tidigt identifiera symptom och ordinera rätt typ av vård. I detta fall spelar säkert också in att

---

<sup>171</sup> Socialstyrelsen (2010): Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK.

<sup>172</sup> Socialstyrelsen (2010): Öppna jämförelser. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen.

<sup>173</sup> Socialstyrelsen, dödsorsaksregistret.

moderna depressionsmediciner (SSRI) blivit effektivare. När det gäller självmord är det dock vidare viktigt att uppmärksamma att under perioden 2005–2008 var trafikolyckor och självmord de vanligaste dödsorsakerna för barn som omkommer på grund av en skada. I genomsnitt tog vidare ungefär 30 barn och ungdomar livet av sig varje år. Ungefär lika många pojkar som flickor begick självmord. Däremot var de flesta som vårdades på sjukhus till följd av avsiktligt självdestruktiv handling flickor, 77 procent av 1 300 barn. Av alla som vårdades på sjukhus hade 84 procent avsiktligt förgiftat sig, oftast med läkemedel. Mer än nio av tio var över 13 år.<sup>174</sup> Självmord är fortfarande mycket vanligare bland män, men andelen i synnerhet yngre kvinnor som genomför ett självmordförsök har ökat. Det har vidare skett en ökning när det gäller självmord under behandling (eller i anslutning till behandling), en ökning från 6 procent till 9 procent. Skälen till detta är enligt Socialstyrelsen att vårdgivarna brister på ett antal områden såsom upprättande av vårdplan, dålig anmälningsbenägenhet, ingen eller otydligt genomförd diagnos etc.)<sup>175</sup>

## Vårdutbudet för psykiskt funktionsnedsatta

I maj 2005 låg ca 4 100 patienter på slutenvården. Av dessa 4 100 var 940 intagna för rättspsykiatrisk vård, 850 i annan tvångsvård och 2 320 i frivilligvård, enligt SOU 2006:100. Socialstyrelsen har regelbundet genomfört endagsinventeringar av den psykiatriska slutenvården. Dessa inventeringar har också omfattat tvångsvården, både den som skett enligt LPT och enligt LRV. Utifrån dessa inventeringar har information om patienterna och deras vård samlats in, vilket gör att det nu finns material för en längre tidsperiod. I tabellen nedan redovisas dessa data. Den senaste inventeringen är från år 2008, då 4 057 personer låg på slutenvården.<sup>176</sup>

**Tabell 1 Inneliggande, slutenvårdade patienter vid fem endagsinventeringar 1991, 1994, 1997, 2005 och 2008 uppdelade på frivillig vård (enligt HSL) och tvångsvård (enligt LPT respektive LRV).**

År	1991	1994	1997	2005	2008
<i>Vårdform</i>					
Frivillig	8 929	6 614	4 025	2 321	2 285
LPT (motsv.)	1 922	1 108	931	855	904
LRV (motsv.)	837	725	770	938	868
TOTAL	11 688	8 447	5 726	4 114	4 057

Källa: Socialstyrelsen (2009)

<sup>174</sup> Socialstyrelsen (2011): Skador bland barn i Sverige – Olycksfall, övergrepp och avsiktligt självdestruktiv handling.

<sup>175</sup> Socialstyrelsen (2010): Självmord 2006–2008 anmälda enligt lex Maria.

<sup>176</sup> Socialstyrelsen (2009): Innehållet i den psykiatriska tvångsvården.

Enligt SOU 2006:100 vårdades år 2004 drygt 44 565 patienter i slutenvården. 2010 vårdades 59 416 personer med diagnosen psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar enligt Socialstyrelsens patientregister. I tabellen nedan presenteras förändringen sedan 2004. En viktig kommentar är på plats nämligen att siffran i SOU 2006:100 är lägre än den siffra som hämtats från patientregistret i denna uppdatering.

**Tabell 2 Antal patienter i slutenvård 2004–2010 för F00-F99 "Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar".**

År	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antal patienter	50930	52268	54046	55513	56258	57966	59416

Källa: Socialstyrelsen, patientregistret

Antalet vårdtillfällen per patient var 1,84 enligt SOU 2006:100. År 2010 var antalet vårdtillfällen per patient 1,83.<sup>177</sup> Enligt patientregistret har antalet vårdtillfällen per patient ökat något under tidsperioden 2004–2010 (Noterbart här är att SOU 2006:100 ligger något högre än siffran som fås fram i patientregistret). Medelvårdtiden för heldygnsvårdade minskade kontinuerligt fram till 2004 och var då 18,6 dagar. 2010 var medelvårdtiden för heldygnsvårdade 13,65 dagar.<sup>178</sup> Som synes i tabellen har medelvårdtiden fluktuerat något mellan 2004–2010. I tabellen nedan preciseras förändringen 2004–2010 för antalet vårdtillfällen per patient och medelvårdtiden.

**Tabell 3 Medelvårdtid och vårdtid per patient 2004–2010 i slutenvård för F00-F99 "Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar"**

År	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Medelvårdtid	15.91	16.37	16.72	15.56	17.37	16.79	13.65
Vårdtillfällen per patient	1,73	1,73	1,74	1,73	1,76	1,78	1,83

Källa: Socialstyrelsen, patientregistret

Psykosgruppen stod för 36 procent av slutenvårdsdagarna enligt SOU 2006:100. 2010 stod psykosgruppen för 32 procent av slutenvårdsdagarna.<sup>179</sup>

<sup>177</sup> Socialstyrelsen, patientregistret.

<sup>178</sup> Socialstyrelsen, patientregistret.

<sup>179</sup> Socialstyrelsen, patientregistret.

I SOU 2006:100 fanns det inte några uppgifter om den psykiatriska öppenvården. Socialstyrelsen (2008) konstaterar att det från specialiserad psykiatrisk öppenvård rapporterades omkring 690 000 läkarbesök, vilket motsvarar runt 225 000 patienter.<sup>180</sup>

### **Analys av förändringar i vårdutbudet för psykiskt funktionsnedsatta**

En tendens är att antalet vårdade inom slutenvården ökar. Detta skulle kunna hänga samman med att den psykiska ohälsan faktiskt försämras, i synnerhet en ökning av diagnostiserade depressioner. Samtidigt har antalet vårdplatser minskat totalt sett inom den specialiserade psykiatriska vården fram till och med 2009.<sup>181</sup> Detta bekräftas också av SKL (2011) som konstaterar att antalet platser i den psykiatriska heldygnsvården har minskat under de senaste 15 åren men legat på ungefär samma nivå under de senaste fem åren. Däremot har inte antalet patienter som vårdas i heldygnsvård eller antalet vårdtillfällen minskat i samma takt, utan det är snarare vårdtiderna som minskat.<sup>182</sup> SKL konstaterar också att antalet slutenvårdsplatser i barn och ungdomspsykiatri genomgående är lågt över landet och de 157 vårdplatserna är ojämnt fördelade.

### **Den kommunala omsorgen om psykiskt funktionsnedsatta**

I SOU 2006:100 konstaterades att ungefär 19 500 psykiskt funktionshindrade får stöd av kommunen (räknat på biståndsbedömda beslut). Detta baserades på en inventering som genomförts i början av 2000-talet. Det har inte gått att få fram några säkra sådana uppgifter för de senaste åren. I Riksrevisionens rapport "Psykiatri och effektiviteten i det statliga stödet" från 2009 uppges antalet vara cirka 20 000. Källan är dock osäker.<sup>183</sup> I en studie publicerad 2010 av Socialstyrelsen rörande personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd skattas antalet psykiskt funktionshindrade individer som erhåller stöd till boende av kommunen till 22 463. Data är från 2007.<sup>184</sup>

Det är således inte helt enkelt att göra en analys om det skett förändringar sedan mitten av 2000-talet. Vad som däremot lyfts fram är en kritik från

---

<sup>180</sup> Socialstyrelsen (2008): Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatri. En rapport baserad på hälsodataregistren vid Socialstyrelsen.

<sup>181</sup> Socialstyrelsen (2010): Tillgång på vårdplatser.

<sup>182</sup> SKL (2010): Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården

<sup>183</sup> Riksrevisionen (2009): Psykiatri och effektiviteten i det statliga stödet. RiR 2009:10.

<sup>184</sup> Socialstyrelsen (2010): Insatser till och kostnader för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Resultat av enkäter till kommuner och landsting.

Socialstyrelsen rörande hur kommuner hanterar vården och omsorgen när det gäller psykiskt funktionsnedsatta. Socialstyrelsen har därför inlett tillsynsprojektet "Kommunernas insatser till personer med psykiska funktionshinder". Detta projekt ska rapporteras våren 2012. Förhoppningsvis finns i denna redovisning mer tillförlitliga data.