

Rapport 2015:10

Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar

Lärdomar från PRIO och tidigare statliga
satsningar sedan 1995



► vårdanalys
◄

Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: istock/Getty Images

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2015

ISBN 978-91-87213-47-2

Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar

Lärdomar från PRIO och tidigare statliga
satsningar sedan 1995

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Carl Lundgren har varit föredragande.

Stockholm 2015-12-09

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Carl Lundgren
Föredragande

Förord

Regeringen har under de senaste tjugo åren genomfört en lång rad satsningar för att förbättra den psykiska hälsan i samhället. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har haft i uppdrag att utvärdera den senaste, *PRIO – psykisk ohälsa*, som initierades 2012. I den här rapporten presenteras vår slututvärdering av PRIO tillsammans med en belysning av tidigare statliga satsningar på området sedan 1995.

Vi kan konstatera att satsningarna har varit motiverade och att de har stimulerat till utvecklingsarbete. I flera delar har också goda resultat uppnåtts. Sammantaget måste vi dock konstatera att satsningarna inte varit tillräckliga för att möta sektorns utmaningar.

Vi står nu inför nya vägval i arbetet med att förbättra den psykiska hälsan i samhället. För att skapa tydlighet och transparens kring inriktningen menar vi att det är viktigt att diskutera statens roll och prioriteringar. En annan central fråga är vilken struktur det kommande arbetet ska ha. Lärdomen från vår utvärdering är att det behövs en sammanhållen struktur där problem-beskrivning, mål och insatser hänger ihop.

För att möta de stora kvarstående utmaningarna är det nödvändigt att hela samhället bidrar. Fokus behöver flyttas från de relativt begränsade statliga satsningarna till hur hela samhällets resurser kan användas på ett så effektivt sätt som möjligt. Det är därför angeläget att andra aktörer än staten prioriterar arbetet för en förbättrad psykisk hälsa, exempelvis kommuner, landsting, myndigheter, skola, arbetsgivare och det civila samhället. Vår förhoppning är att den här slutrapporten, och de lärdomar och vägledande principer som vi identifierar, ska utgöra ett viktigt underlag i det arbetet.

Rapporten har tagits fram av en projektgrupp bestående av Carl Lundgren, Ebba Hemmingsson, Joakim Ramsberg, Johanna Lind, Mimi Westerlund,



Rebecka Janols och Petra Otterblad-Olausson. Vi vill särskilt tacka Kerstin Evelius vid Socialdepartementet, Ing-Marie Wieselgren vid Sveriges Kommuner och Landsting, Anders Milton, tidigare vid regeringskansliet, Clara Hellner Gumpert vid Karolinska Institutet, Mattias Fredricson vid Socialstyrelsen och Rafael Lindqvist vid Uppsala universitet som har bidragit med ämneskunskap och synpunkter. Vi vill också tacka vår referensgrupp som har bistått med värdefulla erfarenheter och insikter: Alain Topor, Agneta Schröder, Anette Åquist Falkenroth, Eva Serlachius, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Jimmie Trevett, Jörgen Vennsten, Marianne Björklund, Mårten Jansson och Urban Markström.

Stockholm i december 2015

Fredrik Lennartsson

Myndighetschef

Sammanfattning

PRIO ÄR STATENS SENASTE SATSNING INOM OMRÅDET PSYKISK OHÄLSA

Mellan åren 1995 och 2015 genomförde staten sju satsningar inom området psykisk ohälsa. Kostnaden för dessa uppgick till cirka 16 miljarder kronor. *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa* är regeringens senaste satsning. PRIO beslutades 2012 och målet var att förbättra livssituationen och vården för personer med psykisk ohälsa. Två prioriterade målgrupper och två insatsområden valdes ut:

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

Tre övergripande mål och femton delmål formulerades. Under åren 2012–2015 har PRIO omfattat ett sjuttiototal insatser, och statens kostnader har varit cirka 3,4 miljarder kronor. Huvuddelen av satsningen har utgjorts av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) där utvecklingsinsatser och prestationsbaserad ersättning till landsting och kommuner har ingått.

VÅRDANALYS HAR FÖLJT UPP OCH UTVÄRDERAT TJUGO ÅR AV STATLIGA SATSNINGAR

I juni 2012 fick Vårdanalys i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera PRIO. Syftet var att säkerställa att de insatser som regeringen beslutar om ger avsedd effekt för personer med psykisk ohälsa (Regeringen 2012e). Under 2013 och

2014 lämnade vi två lägesrapporter till regeringen som har behandlat satsningens struktur, styrning, insatser och målnuppfyllelse (Vårdanalys 2013, Vårdanalys 2014b). Vårt utvärderingsuppdrag reviderades i april 2015 och utvidgades då till att även belysa tidigare statliga satsningar på området mellan 1995 och 2011. I enlighet med uppdraget omfattar den här rapporten

- en uppföljning av de insatser som ingår i PRIO 2012–2015
- en bedömning av hur arbetet med PRIO har organiserats
- en belysning av de tidigare statliga satsningar som har genomförts 1995–2011.

Utvärderingen fokuserar på de bredare statliga satsningarna inom området psykisk ohälsa under den aktuella perioden. En av satsningarna, rehabiliteringsgarantin, berör vi översiktligt. I rapporten presenterar vi dessutom tre internationella exempel som visar hur staten i andra länder har agerat för att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa.

Våra slutsatser i rapporten grundar sig på litteraturstudier, analys av statistik, genomgångar av regeringsbeslut och insatsredovisningar samt ett stort antal intervjuer med personer inom kommuner och landsting, företrädare för professionen, vårdgivare och personer som själva lever med psykisk ohälsa.

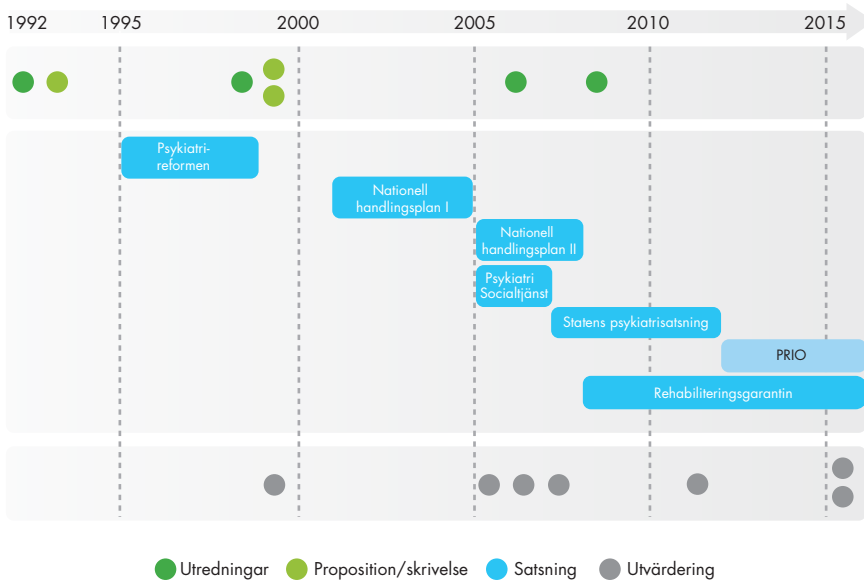
SATSNINGARNA HAR BIDRAGIT TILL EN UTVECKLING MEN STORA UTMANINGAR KVARSTÅR

Vår övergripande slutsats om de statliga satsningar som genomförts 1995–2015 är att de har varit motiverade och att de har bidragit till att synliggöra situationen för personer med psykisk ohälsa. Genom satsningarna har staten signalerat att psykisk ohälsa är ett prioriterat område och en nationell angelägenhet. Satsningarna har också bidragit till en positiv utveckling, exempelvis har stödfunktioner som personliga ombud utvecklats och patient- och brukarrörelsens ställning har stärkts.

Stora utmaningar kvarstår dock och nya har tillkommit. Exempelvis ökar den psykiska ohälsan i samhället, tillgängligheten till vård och omsorg brister och tillgången till evidensbaserade metoder är otillräcklig. De medel som staten har skjutit till i satsningarna har varit relativt små i förhållande till behoven och även i förhållande till de resurser samhället totalt lägger på området psykisk ohälsa. Satsningarna har inte heller bidragit till att området sammantaget har prioriterats. Det finns också brister i satsningarnas utformning, vilket har försvårat den statliga styrningen.

VÅRDANALYS SLUTSATSER KRING SATSNINGARNA (1995–2011)

Mellan 1995 och 2011 genomförde staten sex satsningar inom området psykisk ohälsa:



Kostnaderna för dessa satsningar uppgick till totalt cirka 12,7 miljarder kronor (exklusive PRIO).

Satsningarna har bidragit till utveckling på flera områden

Vi kan konstatera att flera av satsningarnas fokusområden mellan 1995 och 2011 har utvecklats positivt. Bland annat har omfattande utbildningsinsatser genomförts och attityderna till psykisk ohälsa har förbättrats. Personliga ombud och andra stödfunktioner har utvecklats och patient- och brukar-rörelsens ställning har stärkts.

Effekterna för patienter och brukare är oklara

Det övergripande syftet med satsningarna har varit att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Men det är ändå i stor utsträckning oklart hur satsningarna direkt har påverkat patienter och brukare, eftersom målen delvis har varit otydliga och svåra att följa upp. Datakällor och indikatorer för uppföljning har saknats, och det har också varit svårt att isolera effekterna av satsningarna från andra initiativ. Tidigare utvärderingar har inte heller

fokuserat på effekterna av insatserna ur ett patientperspektiv utan snarare haft fokus på hur de statliga medlen har använts. Att effekterna för patienter och brukare är okända utesluter självfallet inte att positiva effekter kan ha uppnåtts.

Satsningarna har inte bidragit till långsiktighet

Satsningarna som genomfördes mellan 1995 och 2011 var relativt korta (2–5 år) och målgrupperna, fokusområdena och styrformerna har varierat, vilket innebär att det har saknats ett långsiktigt perspektiv. Många framgångsrika lokala utvecklingsprojekt har genomförts, men det har varit svårt att skapa strukturer som upprätthållits efter det att satsningarna har avslutats.

VÅRDANALYS SLUTSATSER KRING PRIO (2012–2015)

Målgrupperna, insatsområdena och målen representerar relevanta behov

Målen, målgrupperna och insatsområdena inom PRIO representerar relevanta behov och valet av dem är motiverat. Men vi saknar fördjupade resonemang om prioriteringsgrunder och varför exempelvis grupper som äldre eller personer med lindrigare psykisk ohälsa inte har tagits med.

PRIO:s struktur är inte ändamålsenlig

PRIO har bestått av ett stort antal insatser, och de flesta påbörjades redan under tidigare satsningar. Det finns ingen tydlig förklaring till hur insatserna har valts ut och hur insatserna ska bidra till att målen med PRIO nås. Inom flera områden, exempelvis sysselsättning, har det saknats insatser som kan svara upp mot de ambitiösa målen. Målstrukturen är också otydlig och kopplingen mellan insatserna och satsningens mål är oklar. Detta i kombination med att målen endast delvis är mätbara, att det saknas datakällor och indikatorer samt att tidsramen för utvärderingen är så kort, har gjort det svårt för oss att bedöma måluppfyllelsen och utfallet för satsningen.

Flertalet av insatserna inom PRIO har nått sina insatsspecifika mål

Flertalet av insatserna har nått sina insatsspecifika mål och förbrukat de avsatta medlen. Insatserna har lett till omfattande arbete runt om i landet och positiva resultat har uppnåtts inom ramen för insatserna. Däremot är

det oklart om insatserna bidrar till satsningens delmål och övergripande mål samt om de leder till hållbara förändringar som består när den statliga finansieringen upphör.

Målen med den prestationsbaserade ersättningen har uppnåtts, men det är oklart om det ger hållbara effekter

En stor del av resurserna inom PRIO har använts till prestationsbaserad ersättning som riktats till kommuner och landsting. Modellen har utgjort ett starkt styrmedel och uppfyllelsen av prestationsmålen har varit god. Den prestationsbaserade ersättningen har bidragit till att ett omfattande arbete har bedrivits, men vi noterar samtidigt att målen har varit lågt satta och att det är oklart om utvecklingen fortsätter när finansieringen upphör. Effekterna av styrmedlet bör utvärderas ytterligare om modellen ska användas i kommande arbete inom området.

PRIO motsvarar endast en liten andel av samhällets samlade resurser för psykisk ohälsa

Kostnaden för de statliga satsningarna har utgjort en relativt liten andel av samhällets totala resurser för psykisk ohälsa. År 2013 uppgick kostnaden för PRIO till cirka 0,9 miljarder kronor, medan kostnaderna för sluten psykiatrisk vård var cirka 21 miljarder och kostnaderna för sjukfrånvaro kopplad till psykisk ohälsa cirka 30 miljarder. Det ger en sammanlagd kostnad på 52 miljarder kronor. Av dessa kostnader utgjorde PRIO endast 1,7 procent, se figuren nedan. Även primärvårdens och kommunernas kostnader för psykisk ohälsa är centrala i sammanhanget, men det saknas statistik på nationell nivå kring storleken på dessa.

Kostnader för PRIO, specialiserad psykiatrisk vård och sjukförsäkring 2013 (avrundade värden).



Källa: Försäkringskassan, Socialdepartementet och SKL.



Styrning och samordning har varit centralt för satsningen

Samordningsfunktionerna vid Socialdepartementet och SKL har haft en viktig roll i att styra och driva satsningen. Det är positivt att samverkansstrukturer har byggts upp mellan samordningsfunktionerna, patient- och brukarorganisationerna och kommuner och landsting. Inom Socialdepartementet har samordningen inneburit koordinering av satsningen, nätverkande med kommuner och landsting, administration av insatserna samt, under 2015, framtagning av en ny satsning. Vi anser att samordning är centralt för styrningen av en satsning av den här omfattningen. Vi bedömer dock att samordningsfunktionen vid Socialdepartementet haft otillräckliga resurser för att hantera det breda ansvaret. I det kommande arbetet är det därför centralt att vidareutveckla styrningen och samordningen och att avsätta tillräckliga resurser för analys, lärande och strategisk rådgivning.

INTERNATIONELLA LÄRDOMAR

Vår internationella utblick visar att vi kan lära från andra länder kring hur staten har agerat för att förbättra den psykiska hälsan. Våra kriterier för urvalet av exemplen har varit att de svarar upp mot de utmaningar som finns i Sverige och att det har funnits en utvärdering som visar på positiva resultat.

Australiens e-hälsosatsning

Genom en nationell e-hälsostrategi kring psykisk hälsa har den australiensiska regeringen tagit ett samlat grepp om internetbaserad information och behandling. I Australien har e-hälsolösningar samlats under en portal som når ut brett och gör det lätt för medborgarna att hitta skraddarsydd information, stödfunktioner och behandlingsalternativ. Strategin syftar till att sänka trösklarna till vården och uppmuntra till en ökad egenvård av lindrigare psykisk ohälsa.

Opening minds i Kanada

Opening minds är en modell där en nationell expertfunktion byggts upp för att granska och identifiera goda exempel på insatser för minskad stigmatisering samt göra kunskapen tillgänglig i hela landet. Modellen kan appliceras på andra områden och skulle kunna utgöra en förebild för hur strukturerad utvärdering och implementering av insatser kan bedrivas inom ramen för det framtida arbetet kring psykisk hälsa i Sverige.

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) i Storbritannien

I Storbritannien har regeringen tagit initiativ till att öka tillgången till kognitiv beteendeterapi (KBT) i ett nationellt program. Genom pilotprojekt har behandling med KBT utvecklats i stor skala. Även i Sverige blir behandlingen allt vanligare och lärdomen från IAPT som vi vill lyfta fram är den systematiska utvärderingen av verksamheterna och den transparenta redovisningen av resultaten.

FÖRSLAG PÅ VÄGLEDANDE PRINCIPER INFÖR DET FRAMTIDA ARBETET KRING PSYKISK HÄLSA

Den statliga styrningen har utvecklats under de senaste tjugo åren och genomgått flera olika faser. Den första fasen fram till 2006, kännetecknades av en mindre detaljerad statlig styrning med stimulansbidrag och statsbidrag, där lokalt och regionalt styrda projekt dominerade. Vår utvärdering visar att flera projekt som bedrivits genom satsningarna har varit framgångsrika, men att det har varit svårt att skapa förändringar som bestått när den statliga finansieringen upphört.

Den andra fasen som inleddes med Statens psykiatrisatsning 2007 karaktäriserades av en mer detaljerad statlig styrning med prestationsbaserad ersättning och fördefinierade projekt och insatser. Målen för satsningarna var skarpare och det blev tydligare vilka resultat som uppnåddes inom ramen för de genomförda projekten och insatserna. Det är dock svårt att peka på direkta effekter av satsningarna ur ett patientperspektiv.

Nu står vi inför en tredje fas och viktiga vägval inför det fortsatta arbetet för en förbättrad psykisk hälsa i samhället. För att skapa tydlighet och transparens kring inriktningen menar vi att det är nödvändigt att det förs en diskussion kring vilken roll staten och andra aktörer ska ha. Med stöd i de lärdomar vi har dragit i den här utvärderingen har vi identifierat fem förslag på vägledande principer för det framtida arbetet kring psykisk hälsa:

- *Involvera hela samhället i att förbättra den psykiska hälsan. Rikta statens insatser mot sådant som bara staten kan göra eller gör mer effektivt än andra*

Psykisk ohälsa är en fråga som berör stora delar av samhället. Det är därför angeläget att andra aktörer än staten, exempelvis kommuner, landsting, myndigheter, skola, arbetsgivare och det civila samhället, prioriterar psykisk ohälsa. Att hitta lösningar som involverar alla relevanta aktörer



är en utmaning, men vi bedömer att det är nödvändigt för att skapa de förutsättningar som behövs för att lyckas vända utvecklingen och förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa.

En utgångspunkt bör vara att de statliga insatserna i ökad utsträckning inriktas på sådant som bara staten kan göra eller gör mer effektivt än andra. Till de områdena hör kunskapsstyrning, normering, forskning, högre utbildning, socialförsäkrings- och arbetsmarknadsfrågor och att överbrygga organisatoriska stuprör. Denna inriktning bör dock inte utesluta att staten stöttar enskilda utvecklingsinsatser.

Det är också av stor betydelse att staten gör prioriteringar. PRIO har varit en bred satsning som har inriktats mot ett stort antal mål och insatser. Med en sådan inriktning blir det svårt att uppnå goda resultat inom alla områden. Givet de stora utmaningarna och begränsade statliga resurserna är det viktigt med väl avvägda och medvetna val. Analysen bakom valet av insatser bör inkludera en realistisk bedömning av effektiviteten i de verktyg som finns till hands.

► *Fokusera på hur de samlade resurserna kan användas för att uppnå långsiktiga effekter, snarare än på en avgränsad statlig satsning*

De statliga satsningarna har utgjort en relativt liten andel av de resurser som samhället totalt lägger på psykisk ohälsa. Betydligt större resurser finns i exempelvis sjukförsäkringssystemet och i den psykiatriska vården. Vi menar därför att det är nödvändigt att vidga fokus från vad som kan uppnås inom en avgränsad statlig satsning till hur staten kan verka för att samhällets resurser används så effektivt som möjligt.

Regeringen bör också prioritera insatser som leder till långsiktiga och hållbara åtgärder. Vi har i vår utvärdering sett flera exempel på svårigheter att skapa varaktiga strukturer. Det gäller exempelvis den prestationsbaserade ersättningen inom ramen för PRIO, där det är oklart vad som händer med landstingens och kommunernas inrapportering till kvalitetsregister utan en statlig finansiering. Staten bör säkerställa att de initiativ som tas har en tydlig verksamhetsnytta så att det finns incitament att vidareutveckla initiativen inom landstingens och kommunernas ordinarie verksamheter.

► *Skapa en sammanhållen struktur med realistiska mål och insatser*

Det framtida arbetet med psykisk hälsa bör bygga på en genomtänkt och sammanhållen struktur. För att uppnå det krävs att problemformuleringar, mål och insatser hänger ihop. Valet av målgrupper och fokusområden bör utgå från kända utmaningar och det måste finnas en transparens i hur prioriteringarna mellan olika grupper och områden görs. Målen för arbetet bör vara uppföljningsbara och ha en tydlig inriktning mot att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Samtidigt måste de stå i relation till de tillgängliga resurserna och vara realistiska i förhållande till sin tidsram. Insatserna måste också ha en tydlig koppling till satsningens mål, och det måste finnas en bärande tanke bakom hur de ska bidra till att målen uppnås. De bör även utformas så att de i tillräckligt hög grad svarar upp mot målen. Det är centralt att relevanta aktörer, exempelvis patient-, brukar- och anhörigorganisationer, professionen, forskare och företrädare för verksamheter inom kommuner och landsting, involveras i arbetet med att inventera problem, definiera mål och planera insatser.

► *Skapa ett lärande och evidensbaserat arbete. Öka fokus på analys, implementeringsstöd och uppföljning*

Förutsättningarna för lärande och evidensbaserat arbete behöver stärkas. Regeringen bör säkerställa att analyser och utvärderingar av sektorn utvecklas för att se till att arbetet ger avsedda effekter för att förbättra den psykiska hälsan. Det innebär att arbetet med att hitta tillförlitliga datakällor och ta fram relevanta indikatorer är ett prioriterat område. Genom att sätta mål och genomföra mätningar kan eventuella förändringar följas över tid, och resultaten kan användas till att utveckla effektiva insatser och att mindre effektiva insatser fasas ut. På så vis kan statens medel användas på ett effektivt och ändamålsenligt sätt. Staten kan även spela en viktig roll i att skapa strukturer för att införa ny kunskap och nya metoder i kommunerna och landstingen. Men det förutsätter att kommunerna och landstingen involveras i och tar ansvar för arbetet.

► *Öka fokus på delaktighet och inflytande för patienter, brukare och anhöriga*

Det är positivt att de statliga satsningarna har bidragit till att stärka patient- och brukarorganisationernas ställning. Inom ramen för NSPH:s (Nationell



Samverkan för Psykisk Hälsa) uppdrag har exempelvis lokala och regionala patient- och brukarnätverk skapats. Vår bedömning är att dessa nätverk utgör en viktig plattform för att stärka patienters, brukares och anhörigas ställning. Regeringen bör därför stödja en fortsatt utveckling av nätverken.

Trots att organisationerna har fått en mer framskjuten roll finns det kvarstående utmaningar när det gäller delaktighet, inflytande och bemötande i vården och omsorgen. Det är därför angeläget att det fortsatta arbetet med psykisk hälsa genomsyras av ett tydligt patient-, brukar- och anhörigperspektiv. Regeringen bör involvera företrädare för grupperna i exempelvis att inventera problem och utmaningar, formulera mål, välja insatser och planera uppföljning. Det är också viktigt att personer som inte är medlemmar i någon patient-, brukar- eller anhörigorganisation, till exempel barn och unga, får komma till tals. Företrädare för hälso- och sjukvården och omsorgen bör också bidra till att skapa bättre förutsättningar för en ökad delaktighet och ett ökat inflytande. Det är fortfarande långt kvar till att staten, kommunerna, landstingen på allvar förmår styra sina verksamheter med ett tydligt patient-, brukar- och anhörigperspektiv.

1. Inledning	23
1.1 Bakgrund.....	23
1.1.1 Den psykiska ohälsan fortsätter att öka	23
1.1.2 Psykisk ohälsa medför stora kostnader för samhället	24
1.1.3 Staten, kommunerna och landstingen har gemensamt ansvar för att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa	25
1.2 PRIO – psykisk ohälsa	26
1.2.1 Vårdanalys har regeringens uppdrag att utvärdera PRIO.....	27
1.2.2 Ett analysramverk utgör grunden för vår utvärdering	28
1.2.3 Arbetet bygger på dokumentstudier, analyser och intervjuer	28
1.3 Utmaningar kring psykisk ohälsa	29
2. Statens satsningar 1995–2011	35
2.1 Slutsatser.....	35
2.2 Disposition	36
2.3 Metod	36
2.4 Från mentalsjukhus till avinstitutionalisering	37
2.5 Sju statliga satsningar inom området psykisk ohälsa sedan 1995.....	37
2.5.1 Psykiatireformen 1995–1998	38
2.5.2 Nationell handlingsplan för utvecklingen inom hälso- och sjukvården (del 1) 2001–2004.....	39
2.5.3 Nationell handlingsplan för utvecklingen inom hälso- och sjukvården (del 2) 2005–2007	40
2.5.4 Nationell psykiatrisamordning och Statens satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006.....	41
2.5.5 Statens psykiatrisatsning 2007–2011	42
2.5.6 Rehabiliteringsgarantin 2008–.....	43
2.6 Satsningarnas kostnader och innehåll	44
2.6.1 Satsningarna motsvarar en liten andel av landstingens kostnader	44
2.6.2 Målgrupper och insatsområden har varit återkommande.....	45
2.6.3 Satsningarnas inriktning har varierat	47



2.7	Analys.....	48
2.7.1	Det har varit svårt att mäta effekter för patienter och brukare	48
2.7.2	Kommunernas verksamheter har utvecklats	49
2.7.3	Patient- och brukarorganisationernas ställning har stärkts	49
2.7.4	Personliga ombud har gått från försöksverksamhet till en etablerad verksamhet	50
2.7.5	Det finns behov av fortsatt utveckling kring samverkan	51
2.8	Satsningarnas organisering	52
2.8.1	Utredning inför satsningarna.....	53
2.8.2	Utformningen av satsningarna	54
2.8.3	Genomförandet av satsningarna	58
3.	Prio 2012–2015	63
3.1	Slutsatser	63
3.2	Disposition	65
3.3	Metod	65
3.4	PRIO:s utformning.....	66
3.4.1	Strukturen omfattar mål, målgrupper, insatsområden och insatser ..	66
3.4.2	PRIO:s mål är angelägna men är bara delvis mätbara och det saknas en inbördes prioritering mellan dem	67
3.5	PRIO:s insatser	69
3.5.1	Hela satsningen består av ett 70-tal insatser, och överenskommelsen med SKL är tongivande	69
3.5.2	Huvuddelen av insatserna avser det övergripande målet kring God vård och omsorg	72
3.5.3	Insatserna har bedrivits av ett stort antal aktörer och prestationsbaserad ersättning har utgjort huvuddelen av satsningen	72
3.5.4	Insatserna är motiverade men det är oklart hur urvalet har gått till ...	74
3.6	Utfallet av PRIO	75
3.6.1	Utfall på målnivå: målstrukturen har varit otydlig och bristen på data och indikatorer har försvårat bedömningen	75
3.6.2	Utfall av de enskilda insatserna: de flesta insatserna har nått sina mål och gett upphov till ett omfattande arbete	76
3.6.3	Utfall av de prestationsbaserade insatserna: prestationsbaserad ersättning har utgjort ett starkt styrmedel.....	77
3.6.4	Utfall på patient- och brukarnivå: patient- och brukarorganisationerna har varit viktiga	81
3.7	Lärdomar från framgångsrika insatser	81
3.8	Styrning och organisering av PRIO	84

3.8.1	Satsningen har styrts av samordningsfunktioner vid socialdepartementet respektive SKL	84
3.8.2	Samordningsfunktionerna har varit en förutsättning för att driva arbetet med satsningen framåt och samarbetet mellan dem har varit starkt	85
3.8.3	Fortsatt arbete med att utarbeta mätbara mål och målnivåer är angeläget	86
3.8.4	Den övergripande strukturen och administrationen för satsningen har varit bristfällig	87
3.8.5	Kunskap och erfarenheter måste tas tillvara och implementeras i framtida arbete kring psykisk hälsa.....	87
4.	Internationella lärdomar	91
4.1	Internationella lärdomar för Sverige	91
4.1.1	De internationella exemplen ska vara relevanta för Sverige.....	91
4.2	E-mental health strategy i Australien	92
4.2.1	Lärdomar från E-mental health strategy	92
4.2.2	Nätbaserade metoder används för att förebygga psykisk ohälsa	92
4.2.3	En samlad nationell plattform utgör grunden	92
4.2.4	Beyondblue – ett nationellt centrum för depression	93
4.2.5	E-hälsolösningar kan ge besparingar för samhället	93
4.2.6	I Sverige saknas en sammanhållen strategi för e-hälsolösningar	94
4.3	Opening minds i Kanada	95
4.3.1	Lärdomar från Opening Minds	95
4.3.2	Opening minds sprider evidensbaserade initiativ	96
4.3.3	Beautiful minds – ett exempel på antistigma program med positivt resultat	98
4.4	Improving access to psychological therapies (IAPT), Storbritannien	99
4.4.1	Lärdomar från Improving Access to Psychological Therapies	99
4.4.2	IAPT bygger på en evidensbaserad modell	99
4.4.3	Behandling med KBT ökar i Sverige	100
4.4.4	IAPT skiljer sig från den svenska rehabiliteringsgarantin genom tydliga krav på dokumentation och uppföljning	101
5.	Strategiska frågor och förslag på vägledande principer inför det fortsatta arbetet.....	105
5.1	Satningarnas resurser i förhållande till samhällets samlade resurser för psykisk ohälsa	106



5.2 Statlig styrning inom området psykisk ohälsa.....	107
5.2.1 Staten förfogar över flera olika styrmedel.....	107
5.2.2 Annan styrning än reglering har dominerat satsningarna.....	109
5.2.3 Svårt att uttala sig om effekterna av de olika styrformerna.....	109
5.2.4 Valet av styrform behöver diskuteras och motiveras.....	110
5.2.5 Långsiktighet behövs i den statliga styrningen	110
5.2.6 Den kommunala självstyrelsen sätter ramarna för den statliga styrningen	110
5.3 Utformningen av arbetet	111
5.4 Målgrupper	111
5.5 Fokusområden, mål och insatser.....	112
5.5.1 En problembeskrivning bör utgöra grunden för val av fokusområden, mål och insatser	112
5.5.2 Operationalisering av målen och baslinjemätningar är nödvändiga .	113
5.5.3 Det behövs en tydlig koppling mellan mål och insatser	114
5.5.4 Insatserna måste svara upp mot satsningens alla mål	114
5.6 Förslag på vägledande principer inför en ny statlig satsning	115
Referenser	119
Bilagor	125
Bilaga 1 – Vårdanalys ursprungliga regeringsuppdrag från 2012.....	126
Bilaga 2 – Vårdanalys ändrade regeringsuppdrag från 2015	130
Bilaga 3 – Förteckning över PRIO:s insatser 2012–2015	132
Bilaga 4 – Uppföljning av PRIO:s insatser 2012–2015	139
Bilaga 5 – Exempel på en sammanhållen struktur för problemformulering, mål, styrform, insatser och utvärdering	140



Inledning

1.1 BAKGRUND

1.1.1 Den psykiska ohälsan fortsätter att öka

Den psykiska ohälsan har under en längre tid ökat såväl i Sverige som internationellt. Psykisk ohälsa räknas i dag som ett av de stora folkhälsoproblemen och drabbar någon gång omkring 20 procent av befolkningen i arbetsför ålder (Socialstyrelsen 2013a). Sett till hela befolkningen lider uppskattningsvis fem till tio procent av så allvarlig psykisk ohälsa att de behöver psykiatrisk vård (Socialstyrelsen 2013b). Men det är svårt att veta exakt hur många som är drabbade, eftersom många döljer sina problem för omgivningen. En del söker heller inte hjälp för sina besvär, eller också uppmärksammas ohälsan inte i kontakten med vården eller omsorgen.

Psykisk ohälsa används i dag ofta som övergripande term för både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Det omfattar allt från livslånga psykiatriska diagnoser till oro, nedstämdhet, sömnsvårigheter och upplevda besvär som påverkar välbefinnandet och det dagliga livet. Psykisk ohälsa kan ses som en folksjukdom och omges av både okunskap och brist på uppmärksamhet. Generellt sett har personer med psykisk ohälsa även sämre fysisk hälsa och ökad sjuklighet, både jämfört med patienter med somatisk sjukdom och jämfört med befolkningen som helhet (Socialstyrelsen 2010b, Vårdanalys 2014c). Patienter med psykisk ohälsa och samtidig somatisk sjukdom får också ett sämre somatiskt omhändertagande (Socialstyrelsen 2010b). I vissa fall underbehandlas gruppen inom den somatiska vården på grund av bristande kunskap om deras tillstånd (Vårdanalys 2014a). Överdödligheten i somatiska sjukdomar är också högre hos patienter som också har vårdats



för en psykiatrisk sjukdom (Socialstyrelsen 2010b). Personer med psykisk ohälsa behöver troligen somatisk vård mer än andra, och det finns därför stort utrymme för förbättringar i omhändertagandet av dessa personer (Socialstyrelsen 2014b).

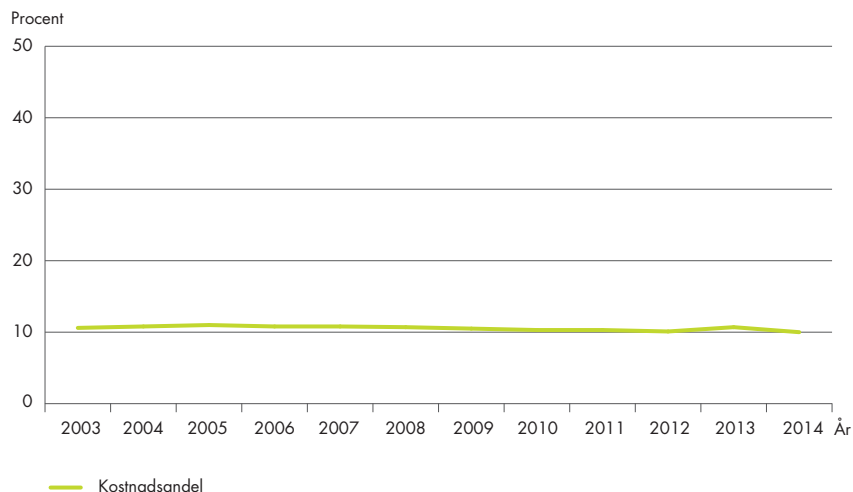
I den här rapporten används begreppet psykisk ohälsa som en övergripande term för både psykiska besvär och psykisk sjukdom. I enstaka fall används andra begrepp för att beskriva en avgränsad grupp, till exempel personer med psykisk funktionsnedsättning.

1.1.2 Psykisk ohälsa medför stora kostnader för samhället

Under 2013 beräknades kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige uppgå till 70 miljarder kronor. Det kan jämföras med kostnaderna för cancersjukdom som var hälften så stora. Samtidigt beräknas de totala kostnaderna (direkta och indirekta) för psykisk ohälsa utgöra 4 procent av Sveriges bruttonationalprodukt (BNP) (OECD 2014a). Psykisk ohälsa omfattar också närmare 40 procent av de samlade sjukförsäkringskostnaderna, det vill säga kostnader för sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning. Det gör den till den enskilt största diagnosgruppen, följd av sjukdomar i rörelseorganen som står för 30 procent (Socialstyrelsen 2013a). Trots det tilldelas psykisk ohälsa endast 7–8 procent av hälso- och sjukvårdsbudgeten och 7 procent av forskningsmedlen inom medicin (SvD 2014).

Flera stora statliga satsningar inom psykiatrin har genomförts sedan mitten av 1990-talet, men landstingens kostnader för den specialiserade psykiatriska vården (i förhållande till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården) har legat på en konstant nivå (figur 1). Kunskap om primärvårdens kostnader för psykisk ohälsa på nationell nivå saknas. Enligt uppskattningar utgör de cirka 20 procent, men utvecklingen över tid är okänd. Det saknas också nationell statistik över kommunernas kostnader för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Figur 1. Kostnadsandelen för sluten psykiatrisk vård i förhållande till övrig hälso- och sjukvård inom landstingen 2003–2014.



Källa: SKL, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2003–2014. Statistiska centralbyrån konsumtionsindex 2012 samt Vårdanalys beräkningar av kostnadsandelar.

1.1.3 Staten, kommunerna och landstingen har gemensamt ansvar för att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa

Landstingens ansvar är att erbjuda hälso- och sjukvård till människor med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning. Vården ges inom primärvården och den psykiatriska specialistvården och landstingen ska även erbjuda rehabilitering och habilitering.

Kommunernas socialtjänst har huvudansvaret för boende, sysselsättning och försörjningsstöd till dem som inte själva kan tillgodose sina behov. I kommunernas ansvar ingår också att skaffa sig kunskap om situationen för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Staten har huvudansvaret för forskning, kunskapsutveckling och kunskaps-spridning samt att säkerställa att tillgången till högskoleutbildad personal är god. Vidare har staten ansvaret för viktiga delar av arbetsmarknadspolitiken samt Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, som alla är centrala inom området psykisk ohälsa. En annan viktig roll är att driva på utvecklingen och förbättringsarbetet inom vården och omsorgen genom att initiera reformer och satsningar. PRIO och de statliga satsningarna som har genomförts sedan 1995 inom detta område är exempel på detta.



1.2 PRIO – PSYKISK OHÄLSA

Handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området inom området psykisk ohälsa 2012–2016, är den senaste statliga satsningen för att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Arbetet med planen påbörjades 2012 och blev grunden för regeringens arbete inom området 2012–2016 (planen reviderades senare och satsningen kom att avslutas 2015). Satsningens målstruktur består av tre övergripande mål, fyra prioriterade målgrupper och insatsområden, femton delmål och ett sjuttiototal insatser (se figur 2 nedan samt avsnitt 3.5.1) som riktar sig till grupper som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa samt insatser för att förbättra situationen och bidra till återhämtning.

Figur 2. PRIO:s struktur bestående av övergripande mål, prioriterade målgrupper och insatsområden, delmål och insatser.



En stor del av arbetet med PRIO har bedrivits inom ramen för de årliga överenskommelser som tecknats mellan regeringen och SKL (Regeringen 2012c, Regeringen 2012d, Regeringen 2013b, Regeringen 2014). Som stöd för

utvecklingsarbetet på lokal, regional och nationell nivå har även två nationella samordningsfunktioner upprättats, en vid Socialdepartementet och en vid SKL. Under de år som PRIO har pågått har statens kostnader för satsningen uppgått till cirka 3,4 miljarder kronor.

1.2.1 Vårdanalys har regeringens uppdrag att utvärdera PRIO

Vårdanalys fick i juni 2012 i uppdrag att följa upp och utvärdera PRIO. Syftet var att säkerställa att de insatser som regeringen beslutade om gav avsedda effekter för personer med psykisk ohälsa (Regeringen 2012e). Vi har under 2013 och 2014 lämnat två delrapporter till regeringen som har behandlat satsningens styrning, insatser, mål och effekter. De övergripande slutsatserna från utvärderingarna var att de flesta insatserna har nått sina insatsspecifika mål. Samtidigt uppmärksammade vi att det har funnits betydande brister i utformningen av satsningens mål och att ambitionsnivån i vissa delar har varit låg i förhållande till dessa. En av de centrala rekommendationerna i Vårdanalys delrapport 2014 var därför att det krävs en ny, mer genomtänkt och långsiktig strategi för en förbättrad psykisk hälsa som sträcker sig bortom tidigare satsningars tidshorisont på 2–5 år (Vårdanalys 2014b).

Under hösten 2014 beslutade regeringen att avsluta PRIO under 2015 och påbörja arbetet med en ny satsning. I april 2015 reviderades också Vårdanalys regeringsuppdrag och den här slutrapporten omfattar vår slutgiltiga uppföljning och utvärdering av PRIO. I enlighet med uppdraget innehåller rapporten följande delar:

- En uppföljning av de insatser som ingår i PRIO
- En bedömning av hur arbetet med handlingsplanen har organiserats
- En belysning av de tidigare statliga satsningar som har genomförts 1995–2011

I rapporten presenterar vi också tre internationella exempel som visar hur staten i andra länder har agerat för att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Rapporten innehåller även en diskussion kring strategiska frågor och förslag på vägledande principer för en ny statlig satsning inom området.



1.2.2 Ett analysramverk utgör grunden för vår utvärdering

I arbetet med att utvärdera de tidigare satsningarna och PRIO har vi utvecklat ett analysramverk (figur 3). Utgångspunkten för ramverket är en beskrivning av ett antal centrala utmaningar kring psykisk ohälsa. Syftet är att sätta de tidigare satsningarna och PRIO i ett större sammanhang. Med utgångspunkt i utmaningarna har vi analyserat hur utmaningarna har hanterats i tidigare statliga satsningar i Sverige (1995–2011) och i PRIO (2012–2015). Slutsatserna från analysen ligger till grund för en diskussion kring strategiska frågor och förslag på vägledande principer till regeringen inför det kommande arbetet inom området. Vår ambition har varit att följa upp satsningarna ur ett tydligt patient-, brukar- och medborgarperspektiv och säkerställa att arbetet utgår från värden som är viktiga för dessa grupper.

Figur 3. Vårdanalys analysramverk för utvärderingen.



1.2.3 Arbetet bygger på dokumentstudier, analyser och intervjuer

I arbetet med utvärderingen har vi genomfört litteratur- och dokumentstudier, dataanalys samt intervjuer med forskare och experter inom området och företrädare för patient- och brukarorganisationer:

- Kerstin Evelius, nationell samordnare för statens insatser på området psykisk hälsa
- Ing-Marie Wieselgren, nationell samordnare på SKL
- Clara Hellner Gumpert, universitetslektor och överläkare på Karolinska Institutet
- Anders Milton, regeringens tidigare nationella psykiatrisamordnare (2003–2006)
- Rafael Lindqvist, professor i sociologi vid Uppsala universitet
- Mattias Fredricson, projektledare för Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa (kunskapsstyrningsuppdraget), Socialstyrelsen

I samband med våra tidigare utvärderingar av PRIO har vi även intervjuat ett stort antal personer inom kommuner och landsting, företrädare för professionen, vårdgivare och personer som själva lever med psykisk ohälsa. Samtliga anges i bilagorna till våra två tidigare rapporter (Vårdanalys 2013, Vårdanalys 2014b). Vi har även deltagit i PRIO-nätverksmöten arrangerade av de två samordningsfunktionerna vid Socialdepartementet och SKL.

Som stöd för utvärderingen har vi även fört diskussioner med en referensgrupp bestående av:

- Marianne Björklund, före detta utredare vid Socialstyrelsen
- Mårten Jansson, PRIO-ansvarig, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)
- Urban Markström, docent vid Umeå universitet
- Lise-Lotte Risö Bergerlind, överläkare, Västra Götalandsregionen
- Agneta Schröder, tillförordnad forskningschef vid Örebro universitet
- Eva Serlachius, Docent vid Karolinska Institutet
- Alain Topor, docent vid Stockholms universitet
- Jimmie Trevett, förbundsordförande i Riksförbundet för mental och social hälsa (RSMH)
- Jörgen Vennsten, ST-läkare och ordförande i Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri (SLUP)
- Anette Åquist Falkenroth, konsult, före detta förvaltningschef, Region Halland

Rapporten eller delar av rapporten har faktagranskats av ämnessakkunniga och experter inom området, företrädare för professionen, patient- och brukarorganisationer samt av Vårdanalys referensgrupp för PRIO.

1.3 UTMANINGAR KRING PSYKISK OHÄLSA

I utvärderingen av PRIO har vi identifierat ett antal centrala utmaningar kring psykisk ohälsa. Flera av dem har också utgjort återkommande fokusområden i tidigare nationella satsningar på området sedan 1995. Utmaningarna utgör en utgångspunkt för den fortsatta analysen och diskussionen i den här rapporten.



Tabell 1. Aktuella utmaningar kring psykisk ohälsa.

Ökad psykisk ohälsa	• Psykisk ohälsa fortsätter att öka och räknas i dag till ett av våra större folkhälsoproblem. Omkring 20 procent av befolkningen i arbetsför ålder drabbas någon gång (Socialstyrelsen 2013a). • Andelen personer i arbetsför ålder som uppger symtom på psykisk ohälsa fortsätter att öka. Besvär av ångslan, oro och ångest ökar mest i åldersgruppen 16–24 år. Allt fler barn och unga behöver antidepressiva läkemedel och störst är ökningen bland flickor i åldern 15–19 år (Socialstyrelsen 2015c). • En stor andel av de flyktingar som söker skydd i Sverige uppvisar symtom på psykisk ohälsa, vanligtvis depression eller posttraumatiskt stressyndrom (Socialstyrelsen 2015b).
Svaga system för kvalitetsutveckling	• Det finns stora och omotiverade praxis- och kvalitetsskillnader i vården. Evidensbaserade metoder och forskning saknas i stor utsträckning. Alltför få patienter får vård enligt bästa tillgängliga kunskap och riskerar också att få behandling som är verkningslös (Socialstyrelsen 2013a). • Följsamheten till flera av de nationella riktlinjerna är låg, exempelvis till riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande (Vårdanalys 2015)
Bristande kapacitet i vård och omsorg	• Bristen på vårdpersonal inom psykiatri förväntas öka eftersom det är svårt att rekrytera specialistsjuksköterskor och psykiatriker till psykiatri. Dessutom kan bristen på vårdpersonal komma att öka i takt med att de som nu arbetar går i pension. Det gäller framför allt läkare med specialistkompetens i psykiatri. Samtliga landsting uppger också att det råder brist på specialistsjuksköterskor (Socialstyrelsen 2015a). • Väntetiderna till psykiatrisk vård varierar mellan landstingen. Tillgängligheten brister och väntetiderna till utredningar och behandlingar är långa. Patienterna uppger att det saknas kontinuitet och att de upplever att de hamnar mellan stolarna (Socialstyrelsen 2013c). • I situationer med väntetider till behandling drabbas patienterna negativt och genomgår ett onödigt lidande. Långa väntetider riskerar att försämra patientens hälsa, vilket både är negativt för patienten och kan ge ökade kostnader för vården och samhället i stort (Vårdanalys 2015).
Bristande personcentrering och samverkan	• Patienter inom psykiatri uppger att de är mindre delaktiga och informerade än patienter inom somatisk vård (SKL 2015b). Även i frågor om bemötande upplever patienter inom psykiatri ett mindre bra bemötande än patienter inom somatisk vård (Socialstyrelsen 2015c). Positiva effekter av en mer patientcentrerad vård är till exempel större patientnöjdhet, förbättrad kommunikation och upplevd bättre vårdkvalitet (Vårdanalys 2014b). • Samverkan är avgörande för att patienter ska kunna få adekvat vård och fungerande insatser. Behovet är särskilt uttalat för personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, schizofreni och missbruk samt för personer inom kriminalvården och äldre personer med psykisk ohälsa (SLL 2012). • I flera utredningar och även i tillsyn av verksamheterna har man upprepade gånger slagit fast att samordningen mellan vården och omsorgen brister (IVO 2014, Socialstyrelsen 2014b). Det finns också stora regionala skillnader i hur väl samverkan fungerar (Socialstyrelsen 2014c). Även samordningen med aktörer utanför vård- och omsorgssektorn behöver utvecklas. Det handlar i första hand om Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.
Omotiverade skillnader	• Personer med psykisk sjukdom får inte somatisk vård med samma kvalitet, och underbehandling förekommer (Vårdanalys 2014a). • En femtedel av Sveriges befolkning i arbetsför ålder lider av måttlig eller allvarlig psykisk ohälsa. Även om de flesta i gruppen uppger att de vill jobba är det endast en av tio med en allvarlig psykisk sjukdom som har ett avlönat arbete (Lexén 2014).

**Utsatthet,
utanförskap och
stigmatisering**

- Personer med psykisk ohälsa har oftare även en sämre fysisk hälsa och en kortare medellivslängd (Socialstyrelsen 2010). Män och kvinnor med psykisk sjukdom dör i genomsnitt 15 respektive 20 år tidigare än övriga män och kvinnor (Nordentoft m.fl. 2013).
- Personer med psykisk ohälsa utsätts för fördomar och stigmatisering. Det medför barriärer för att söka vård och insatser och även svårigheter att få arbete och det kan i sig innebära en större påfrestning än den psykiska ohälsan (Nordentoft m.fl. 2013).
- En konsekvens av psykisk ohälsa är sämre socioekonomiska villkor. Personer med psykisk ohälsa har ofta en svag ekonomi, en svag anknytning till arbetsmarknaden och riskerar ett långvarigt utanförskap. Kommunerna ska erbjuda boendeinsatser men de är inte tillräckliga och inte heller anpassade till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen 2013a).

**Stora
samhällskostnader**

- Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden. Bakom de senaste årens ökade sjukskrivningar står psykisk ohälsa, främst stressrelaterade sjukdomar och depressioner. Även ökningen av aktivitetsersättning kan nästan uteslutande tillskrivas personer med diagnoser inom det psykiska området (Försäkringskassan 2014).
- Omkring 40 procent av de samlade sjukförsäkringskostnaderna kan hänföras till psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2013a). Även de indirekta kostnaderna utgör stora ekonomiska påfrestningar och ökar i betydelse (Ekman 2014).
- Personer som söker psykiatrisk hjälp har i mycket lägre grad än genomsnittsbefolkningen en regelbunden sysselsättning (Andersson m.fl. 2014). Det saknas helträckande statistik på nationell nivå kring sysselsättningsgraden för personer med psykisk ohälsa. Statistik från kvalitetsregistret PsykosR visar dock att cirka 60 procent av de nyregistrerade personerna i registret med schizofrenidiagnos helt saknade sysselsättning (PsykosR 2014).





Statens satsningar 1995–2011

2.1 SLUTSATSER

Nedan presenteras slutsatserna av statens tidigare satsningar inom området psykisk ohälsa under perioden 1995–2011.

► *Satsningarna har bidragit till utveckling på flera områden*

Vi kan konstatera att flera av satsningarnas fokusområden mellan 1995 och 2011 har utvecklats positivt. Bland annat har omfattande utbildningsinsatser genomförts och attityderna till psykisk ohälsa har förbättrats. Personliga ombud och andra stödfunktioner har utvecklats och patient- och brukarrörelsens ställning har stärkts.

► *Effekterna för patienter och brukare är oklara*

Det övergripande syftet med satsningarna har varit att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Men det är ändå i stor utsträckning oklart hur satsningarna direkt har påverkat patienter och brukare, eftersom målen delvis har varit otydliga och svåra att följa upp. Datakällor och indikatorer för uppföljning har saknats, och det har också varit svårt att isolera effekterna av satsningarna från andra initiativ. Tidigare utvärderingar har inte heller fokuserat på effekterna av insatserna ur ett patientperspektiv utan snarare haft fokus på hur de statliga medlen har använts. Att effekterna för patienter och brukare är okända utesluter självfallet inte att positiva effekter kan ha uppnåtts.



► *Satsningarna har inte bidragit till långsiktighet*

Satsningarna som genomfördes mellan 1995 och 2011 var relativt korta (2–5 år) och målgrupperna, fokusområdena och styrformerna har varierat, vilket innebär att det har saknats ett långsiktigt perspektiv. Många framgångsrika lokala utvecklingsprojekt har genomförts, men det har varit svårt att skapa strukturer som upprätthållits efter det att satsningarna har avslutats.

► *PRIO skiljer sig från tidigare satsningar genom:*

- en mer detaljerad styrning med prestationsbaserad ersättning och fördefinierade insatser,
- samordningsfunktioner både inom SKL och Socialdepartementet,
- en särskild roll för SKL genom överenskommelsen med staten,
- stora resurser till SKL genom prestationsbaserad ersättning och utvecklingsprojekt, och
- många delmål, men avsaknad av koppling till insatserna.

2.2 DISPOSITION

Utvärderingen av de tidigare satsningarna som presenteras i det här kapitlet avser perioden 1995–2011. Kapitlet inleds med en bakgrund som beskriver utvecklingen från mentalsjukhus till avinstitutionalisering samt en kortfattad genomgång av satsningarnas innehåll. Därefter fördjupar vi oss i satsningarnas kostnader, innehåll och effekter. Kapitlet avslutas med en analys av satsningarnas organisering, med fokus på de utredningar som har legat till grund för dessa, samt satsningarnas utformning och genomförande. Slutsatserna från detta kapitel utgör också grunden för den diskussion kring strategiska frågeställningar och vägledande principer som presenteras i kapitel 5. De rör i viss mån även utvärderingen av PRIO som presenteras i kapitel 3.

2.3 METOD

Vår analys har utgått från statliga utredningar, propositioner och myndighetsutvärderingar som beskriver satsningarnas mål, innehåll och resultat. Utvärderingarna har utgjort grunden för våra slutsatser kring satsningarnas effekter och är genomförda av Socialstyrelsen, Riksrevisionen och Statskontoret. Som komplement har vi även gått igenom forskningsartiklar och intervjuat experter på området (se avsnitt 1.2.3). I detta kapitel berör vi lagändringar som har genomförts under den aktuella tidsperioden för

satsningarna. Men vårt huvudfokus är att utvärdera de medel som staten har betalat ut. För analysen av satsningarnas struktur har vi utvecklat en programteoretisk modell. Syftet är att förstå satsningarnas logik och att identifiera hinder och framgångsfaktorer (se vidare avsnitt 2.8).

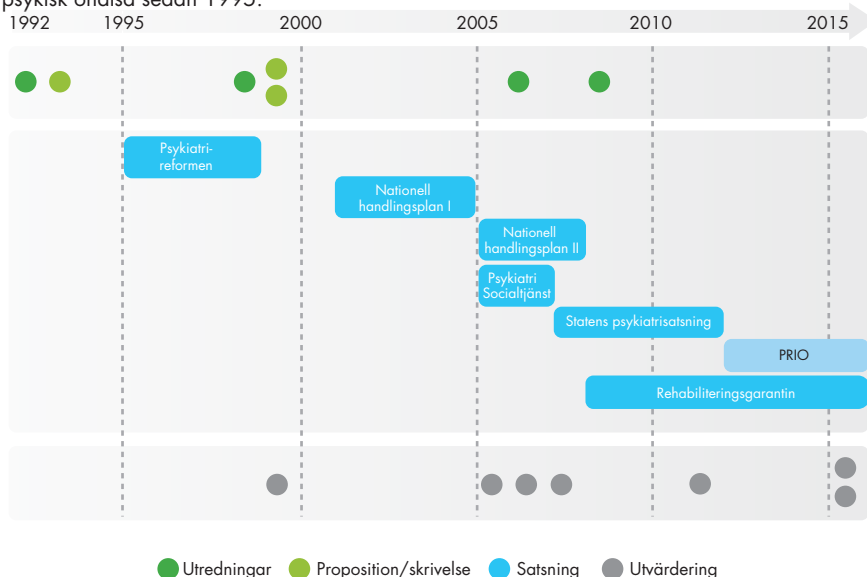
2.4 FRÅN MENTALSJUKHUS TILL AVINSTITUTIONALISERING

Statens strategier för att hantera psykisk ohälsa i samhället har skiftat. I början av 1900-talet startade en institutionaliseringstrend. Syftet med de mentalsjukhus som byggdes på många platser i Sverige var att människor skulle mötas på ett humant och organiserat sätt. Detta var den dominerande strategin fram till slutet av 1960-talet (SOU 2006:100). Därefter förändrades ställningen i samhället för personer med psykisk ohälsa. Avinstitutionalisering och demokratisering med fokus på att stärka individens självbestämmande och rätt till ett självständigt liv blev gällande. Allt fler personer skrevs ut från mentalsjukhusen, vilket pågick fram till mitten av 1980-talet, då i princip alla landsting hade skapat så kallade sektorskliniker som ansvarade för både ineliggande och utskrivna patienter inom ett visst geografiskt område (Bülow 2004). Avinstitutionaliseringen drevs på av utvecklingen av nya öppenvårdsformer, nya läkemedel mot psykos, de stora kostnader som var förknippade med vård på institution och inte minst kritiken mot förhållandena på mentalsjukhusen som i sig själva skapade störningar i form av apati och initiativlöshet (Markström 2003).

2.5 SJU STATLIGA SATSNINGAR INOM OMRÅDET PSYKISK OHÄLSA SEDAN 1995

Sedan 1995 har staten drivit igenom sju större satsningar för att förbättra livsvillkoren och den psykiska ohälsan (se figur 4). Satsningarna är:

- Psykiatrireformen (1995–1998)
- Nationell handlingsplan för utvecklingen inom hälso- och sjukvården (del 1: 2001–2004)
- Nationell handlingsplan för utvecklingen inom hälso- och sjukvården (del 2: 2005–2007)
- Statens satsning på psykiatri och socialtjänst (2005–2006)
- Statens psykiatrisatsning (2007–2011)
- Rehabiliteringsgarantin 2008–
- PRIO (2012–2016) (se kapitel 3)

Figur 4. Statliga satsningar, utredningar, propositioner och utvärderingar inom området psykisk ohälsa sedan 1995.

2.5.1 Psykiatrireformen 1995–1998

Psykiatrireformen 1995 syftade till att förbättra psykiskt stördas livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället. Genom reformen förtydligades kommunernas ansvar för boende, sysselsättning och daglig verksamhet (Prop. 1993/94:218). Genom lokala överenskommelser och en skatteväxling fördes vissa verksamheter över från landstingen till kommunerna. För psykiatrireformen formulerades ett mål om att förbättra psykiskt funktionshindrade personers situation i samhället genom att bland annat stimulera utbyggnaden av bostäder och utveckla dagliga verksamheter. Genom ökad delaktighet, bättre vård och socialt stöd skulle levnadsförhållandena och livsvillkoren förbättras (Socialstyrelsen 1999b). Tillgången till en god medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering var en annan fråga som fick stor vikt (Prop. 1993/94:218).

Reformen bestod av två mer omfattande lagändringar. En innebar ett ansvar för socialnämnden att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, även för människor med psykiska funktionshinder och att informera om socialtjänstens insatser i sin uppsökande verksamhet. Kommunen skulle också planera sina insatser för dessa personer och samverka med bland annat landstinget.

Den andra lagändringen innebar att kommunerna fick betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdats sammanhängande i mer

än tre månader inom psykiatrisk heldygnsvård och av en specialist bedömts vara färdigbehandlade inom sådan vård (Prop. 1993/94:218, Socialstyrelsen 1999b). För att implementera reformen tillfördes ett statligt stimulansbidrag. Den större delen av bidraget avsåg omstruktureringen och vidareutvecklingen av socialtjänstens och psykiatrins arbetsformer (Prop. 1993/94:218). Stimulansbidragen användes även för att finansiera försöksverksamheter ute i landet, exempelvis avseende personliga ombud (samordnat stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning, se vidare avsnitt 2.7.4), samarbete kring personer med psykisk sjukdom och samtidiga missbruksproblem eller till verksamheter avseende kamrat- och anhörigstöd (Prop. 1993/94:218). Ett annat centralt område för stimulansbidragen var arbetsrehabilitering, som ofta organiserades som ett samarbete mellan kommuner, landsting och myndigheter som arbetsförmedlingen och socialförsäkringsmyndigheterna (SOU 2006:100).

Tre år efter reformen konstaterade Socialstyrelsen i sin utvärdering att utvecklingen hade gått åt rätt håll och gradvis förbättrat livsvillkoren för vissa grupper med psykiska funktionshinder. Stimulansmedlen hade också enligt Socialstyrelsen bidragit till att etablera brukarstyrda verksamheter som kom att bli vanligare efter reformen (Socialstyrelsen 1999b). Kritik som fördes fram mot satsningen var att många av projekten som finansierades av stimulansmedlen avslutades när de statliga medlen upphörde. De initiativ som togs kring rehabilitering var viktiga, men bidrog inte till något genombrott när det gällde metod- och verksamhetsutveckling och det var svårt att få till en fungerande och varaktig samverkan mellan kommuner, landsting och myndigheter (SOU 2006:100).

2.5.2 Nationell handlingsplan för utvecklingen inom hälso- och sjukvården (del 1) 2001–2004

I början av 2000-talet presenterade regeringen en nationell handlingsplan för utvecklingen inom hälso- och sjukvården (Prop. 1999/2000:149). Handlingsplanen fokuserade på fyra utvalda områden: primärvård, äldre- och sjukvård, psykisk ohälsa och mångfald i vården. Inom området psykisk ohälsa valdes tre målgrupper ut: barn och ungdomar, psykiskt funktionshindrade och äldre. Målsättningen var att åstadkomma positiva systemeffekter för hälso- och sjukvården som helhet. För barn och unga fokuserades satsningen på tidiga insatser, samordning samt utveckling av vårdinnehållet för personer med både psykiska problem och missbruksproblem. För vuxna med psykisk funktionsnedsättning valde man att fokusera på att psykiska



och somatiska behov skulle bli tillgodosedda genom en etablerad samverkan mellan primärvård, psykiatri och socialtjänst. För äldre var inriktningen att de psykiatriska vårdbehoven skulle identifieras och att de skulle erbjudas behandling.

Strategin för att implementera handlingsplanen bestod främst av ett utvecklingsavtal mellan regeringen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet samt ett statligt resurstillskott. För att få ta del av stimulansbidraget krävdes att landstingen och kommunerna tog fram lokala handlingsplaner för sitt arbete med insatserna samt att de årligen utvärderade och redovisade insatserna för Socialstyrelsen (Prop. 1999/2000:149). Det saknas uppgifter om hur stor del av medlen som satsades på området psykisk ohälsa.

Socialstyrelsens utvärdering 2005 visade att de största satsningarna inom området psykisk ohälsa skedde för målgruppen barn och ungdomar. Exempelvis genomförde samtliga landsting insatser för att erbjuda tidigt stöd. Vad gäller samordning mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri påbörjades även satsningar i några landsting. Gruppen äldre med psykiska behov fick lägre prioritet hos landstingen, trots att det var en utpekad målgrupp i handlingsplanen. Utvärderingen visade också att landstingens lokala handlingsplaner ofta saknade konkreta mål och snarast uttryckte en viljeinriktning och att det i planerna sällan framgick hur uppföljningarna skulle gå till (Socialstyrelsen 2005).

2.5.3 Nationell handlingsplan för utvecklingen inom hälso- och sjukvården (del 2) 2005–2007

År 2005 beslutade regeringen att insatser inom ramen för den nationella handlingsplanen skulle fortsätta i form av två överenskommelser: en för utveckling av äldreomsorg och primärvård samt en för psykiatri (Regeringen 2005). Detta innebar att tidigare formulerade mål och målgrupper skulle kvarstå (Prop. 1999/2000:149). Istället för stimulansbidrag valde regeringen att istället höja det generella statsbidraget (Riksrevisionen 2009).

Socialstyrelsens utvärdering visade att de största satsningarna fortfarande genomfördes på gruppen barn och unga (Socialstyrelsen 2008). För gruppen psykiskt funktionshindrade hade satsningen lett till betydligt fler insatser än tidigare. Äldre prioriterades fortsättningsvis lågt i genomförandet av satsningen. Utvärderingen visade att det var svårt att påvisa vilka effekter denna satsning haft när det samtidigt pågick andra satsningar, som exempelvis Statens satsning på psykiatri och socialtjänst. Del 2 av handlingsplanen hade stora likheter med den tidigare handlingsplanen. Det innebar att

det – trots goda avsikter – inte kunde garanteras att medlen användes till psykiatri. Socialstyrelsen konstaterade också att det var svårt att följa upp hur landstingen hade använt resurstillskottet (Socialstyrelsen 2008).

2.5.4 Nationell psykiatrisamordning och Statens satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006

Parallellt med Nationella handlingsplanen för utvecklingen inom hälso- och sjukvården tillsatte regeringen (2003–2006) en nationell psykiatrisamordnare (Kommittédirektiv 2003:133). Samordnarens uppdrag var att se över frågor rörande arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och personer med psykisk funktionsnedsättning. Uppdraget var att tillsammans med kommuner, landsting och berörda myndigheter formulera strategier för att förbättra kvaliteten i samordningen och stärka utvecklingsarbetet.

Åren 2005–2006 genomfördes en tvåårig statlig satsning för att förbättra förutsättningarna inom psykiatri och socialtjänsten. Målsättningen var att bidragen skulle förbättra tillgängligheten till vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder, samt stödja och stimulera verksamhetsutvecklingen på området. Bidrag delades ut i form av länsbidrag och utvecklingsbidrag. I satsningen prioriterades områdena vård, sysselsättning, boende, samverkan, rehabilitering och kvalitetsutveckling (Socialstyrelsen 2007). Länsbidragen fördelades länsvis enligt på förhand bestämda principer. För att få del av bidragen skulle kommuner och landsting ta fram gemensamma projektplaner, som beskrev projekt inom något av satsningens fokusområden. Ansökan skulle ha formen av ett avtal och vara utformad så att den kunde följas upp.

Utvecklingsbidragen avsattes för satsning på verksamhetsutveckling inom psykiatri och socialtjänst och syftade till att stärka psykiatrins och socialtjänstens kunskapsbas. Projekten initierades i huvudsak av Nationell psykiatrisamordning, men den lokala nivån hade också möjlighet att bedriva projekt som de själva ansåg angelägna. Några mer omfattande och fleråriga projekt drevs av universitet och högskolor och fokuserade på stöd i boende, inflytandefrågor, bildandet av Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) och en utbildningssatsning i så kallad case management-metodik. Socialstyrelsen fick även medel till långsiktiga projekt med fokus på kvalitets- och kunskapsutveckling (Riksrevisionen 2009). Socialstyrelsens utvärdering visade att satsningen hade en positiv inverkan på mobiliseringen av insatser, och den höjde ambitionen och engagemanget för dessa frågor.



Satsningens fokus på insatser som kommuner och landsting gjorde tillsammans ledde till ökad samverkan. Socialstyrelsen menade samtidigt att satsningen var för smal och hade begränsad effekt vad gäller antalet personer som fått meningsfull sysselsättning och samordnad rehabilitering. Socialstyrelsen drog även slutsatsen att punktinsatser, även om de är lyckade, i mycket liten grad kan lösa de omfattande resurs-, kompetens- och strukturproblem som fanns då (Socialstyrelsen 2007).

2.5.5 Statens psykiatrisatsning 2007–2011

År 2006 presenterades utredningen *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100). I den föreslogs att riksdagen skulle anta ett antal mål och angav en tydlig inriktning för det fortsatta utvecklingsarbetet kring psykisk ohälsa. Utredningen kom att ligga till grund för Statens psykiatrisatsning 2007–2011 (Regeringens skrivelse 2008/09:185). Dessutom låg ett antal förändringar i gällande lagstiftning till grund för satsningen. Det var exempelvis en ny tvångsvårdsreform, öppen psykiatrisk tvångsvård (Prop. 2007/08:70), samt ändringar i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen om gemensam individuell plan och överenskommelse om samarbete (Regeringens skrivelse 2008/09:185).

Statens psykiatrisatsning bestod av en struktur med mål, områden, målgrupper, insatser och indikatorer samt lagändringar. Regeringen pekade ut tre huvudområden: vården, vardagen och valfriheten. För dessa definierades följande mål:

- **Vården:** Barn, vuxna och äldre med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning ska ha tillgång till 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 behoven hos personer med psykisk funktionsnedsättning.
- **Valfriheten:** Personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning ska ges möjlighet att välja och ha inflytande över utformningen av de vård-, rehabiliterings- och stödinsatser som de tar del av (Regeringens skrivelse 2008/09:185).

I satsningen angav regeringen fyra prioriterade delområden: insatser riktade till barn och unga, arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning, satsningar på kompetens och evidens samt stöd till långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete.

Statens psykiatrisatsning skiljde sig från de tidigare satsningarna när insatserna definierades. De fördefinierade insatserna innebar att kommuner och landsting fick mindre möjlighet att själva bestämma inriktning. En ny styrform som prövades i en del av satsningen var prestationsbaserad ersättning för att öka tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri.

Statskontoret konstaterade i sin utvärdering av satsningen att förutsättningarna för en bättre *vård* hade ökat. Bland annat fylldes nästan 100 000 utbildningsplatser av personal som kom i kontakt med personer med psykisk funktionsnedsättning och köerna till barn- och ungdomspsykiatri kortades. För *vardagen* konstaterade Statskontoret att utbudet av sysselsättning hade ökat och blivit mer varierat, exempelvis hade fler utförare som erbjöd sysselsättning tillkommit, och det var fler sysselsatta år 2011. Men det var oklart hur stor andel som hade fått arbete på den reguljära arbetsmarknaden. För *valfriheten* drog statskontoret slutsatsen att information till brukare hade förbättrats, men att det var svårt att fastställa om delaktigheten har ökat (Statskontoret 2012a, Statskontoret 2012b).

I Statskontorets granskning av hur resurserna förbrukats framgick att nästan 1,3 miljarder (40 procent) inte hade återrapporterats eller fortfarande var oförbrukade vid utgången av 2011. Statskontoret drog slutsatsen att kontrollen över användningen av medel varit svag (Statskontoret 2012b).

2.5.6 Rehabiliteringsgarantin 2008–

2008 slöts en överenskommelse mellan regeringen och SKL om en rehabiliteringsgaranti. Bakgrunden var de ökade sjukskrivningarna relaterade till psykisk ohälsa. Syftet med rehabiliteringsgarantin var att åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland personer i arbetsför ålder med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Det gjordes med hjälp av stimulansmedel som betalades ut till landsting och regioner. Genom rehabiliteringsgarantin erbjuds evidensbaserad behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) alternativt interpersonell terapi (ITP) vid ångest, depression eller stress. Kostnaden för satsningen uppgick till 6 miljarder kronor 2008–2014 och för 2015 har 750 miljoner kronor avsatts.

Regeringen har gett flera aktörer i uppdrag att utvärdera rehabiliteringsgarantin, exempelvis Socialstyrelsen, Karolinska Institutet (KI), Inspektionen för Socialförsäkring (ISF) och Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) (SKL 2015, Riksrevisionen 2015). Syftet med utvärderingarna har varit att utveckla och förbättra satsningen. Riksrevisionen har under 2015 även genomfört en granskning för att



fastställa om satsningen leder till en ökad återgång i arbete. Riksrevisionens huvudsakliga slutsats var att ingen av de genomförda utvärderingarna har kunnat visa på en ökad återgång för personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Myndigheten lyfter fram flera möjliga förklaringar till den bristande måluppfyllelsen. För det första har det funnits ett alltför stort fokus på behandlingsmetoderna KBT och ITP och inte på att prioritera återgång i arbete. Kunskapen i primärvården kring hur återgång ska främjas har varit för dålig och satsningen har inte stimulerat behandlingsmetoder som syftar till detta. För det andra har en första kvalificerad bedömning av en legitimerad psykolog eller psykoterapeut, inte genomförts i tillräckligt stor utsträckning. Det innebär att det har varit svårt att avgöra om patienterna ska ingå i målgruppen för rehabiliteringsgarantin eller om de lider av annan psykiatrisk problematik och därför ska behandlas inom en annan verksamhet. För det tredje har väntetiderna till behandling varit långa och det har inte funnits tillräckligt många kvalificerade behandlare i landstingen. För det fjärde har det saknats systematisk uppföljning av effekterna av insatserna. Eftersom det inte funnits krav på uppföljning av patienterna har behandlarna inte själva vetat om patienterna har återgått i arbete eller inte (Riksrevisionen 2015).

2.6 SATSNINGARNAS KOSTNADER OCH INNEHÅLL

I det här avsnittet redovisas slutsatser kring satsningarnas kostnader och innehåll.

2.6.1 Satsningarna motsvarar en liten andel av landstingens kostnader

Kostnaderna för satsningarna mellan 1995 och 2011 uppgick till cirka 12,7 miljarder kronor (Nationell handlingsplan del 1 är inte inräknad), se tabell 2. När även PRIO inkluderas uppgår kostnaderna till cirka 16,1 miljarder kronor.

Tabell 2. Kostnader för statens satsningar mot psykisk ohälsa 1995–2015.

Satsningar	År	Avsatta medel (miljoner kr)
Psykiatrireformen	1995–1998	943
	1995–1998	159
Nationell handlingsplan (del 1)*	2001–2004	-
Nationell handlingsplan (del 2)	2005–2007	500
Statens satsning på psykiatri och socialtjänst	2005–2006	500
	2005–2006	200
Statens psykiatrisatsning	2007	720
	2008	720
	2009	720
	2010	720
	2011	720
Rehabiliteringsgarantin	2008–2015	6 750**
PRIÖ	2012	870
	2013	870
	2014	850
	2015	844
Totalt 1995–2015		16 086

* Det saknas uppgifter kring hur stor andel av den nationella handlingsplanen som gick till psykisk ohälsa.

** Kostnaderna uppgick till 6 miljarder kronor 2008–2014 och 750 miljoner kronor 2015.

Det saknas heltäckande statistik på nationell nivå kring hur stora landstingens och kommunernas kostnader för psykisk ohälsa har varit under denna period. Det finns statistik för 2005–2011 såväl för den slutna psykiatriska vården som för de statliga satsningarna. Under denna period uppgick kostnaderna för satsningarna till cirka 4,8 miljarder kronor. Det motsvarar cirka 4 procent av kostnaderna för den slutna psykiatriska vården, som under motsvarande period uppgick till cirka 121 miljarder kronor.

2.6.2 Målgrupper och insatsområden har varit återkommande

Vår sammanställning av satsningarnas målgrupper och fokusområden visar att fokus har skiftat över tid, men också att det har funnits en kontinuitet på flera områden (se tabell 3).



Tabell 3. Översikt över målgrupper och fokusområden i statens satsningar inom området psykisk ohälsa sedan 1995. (Rehabiliteringsgarantin är inte inkluderad.)

	Psykiatrireformen 1995–1998	Nationell handlingsplan, del 1 2001–2004	Nationell handlingsplan, del 2 2005–2007	Statens satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006	Statens psykiatrisatsning 2007–2011	PRIO 2012–2015
MÅLGRUPP						
Personer med psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Barn och unga	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Äldre	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Personer med psykisk ohälsa och samtidiga missbruksproblem	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
OMRÅDE						
Samverkan	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Tillgänglighet	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Boende	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Sysselsättning	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Kompetens	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Kvalitetsutveckling/uppföljning	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Kunskapsutveckling/kunskapsstyrning	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Delaktighet och inflytande	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja

I satsningarna återkom personer med omfattande psykisk ohälsa, äldre samt barn och unga med psykisk ohälsa eller risk att utveckla sådan. En återkommande delgrupp i samtliga satsningar, med undantag för PRIO, har varit personer med psykisk ohälsa och samtidiga missbruksproblem. Exempelvis finansierades en försöksverksamhet för personer med missbruksproblem av stimulansmedlen efter psykiatrireformen. Denna grupp återfanns också i de projekt som bedrevs i Statens satsning på psykiatri och socialtjänst.

Gruppen äldre har dock inte utgjort en prioriterad målgrupp i alla satsningar. Äldre var inte en målgrupp i psykiatrireformen och de var heller inte prioriterade i Statens satsning på psykiatri och socialtjänst eller i PRIO.

Däremot var de en prioriterad grupp i Nationell handlingsplan och Statens psykiatrisatsning.

Vi kan också konstatera att ingen av satsningarna har fokuserat på vuxna med lindriga psykiska besvär. I en utvärdering av svensk psykiatrisk vård konstaterade samarbetsorganet OECD att det krävs större satsningar på denna målgrupp (OECD 2014b). Även om målgrupperna varit återkommande har det funnits en viss otydlighet kring vilka individer som omfattats (se vidare avsnitt 2.8.2).

Återkommande fokusområden i satsningarna har varit samverkan, tillgänglighet, boende, sysselsättning och arbete, kompetens, kvalitetsutveckling och uppföljning, kunskapsutveckling och kunskapsstyrning samt delaktighet och inflytande.

2.6.3 Satsningarnas inriktning har varierat

Trots likheter i val av målgrupper och fokusområden finns det skillnader i inriktningen på satsningarna. Val av målgrupper och fokusområden har påverkats av nya bestämmelser i lagstiftningen eller av de problemområden som identifierats. Även om alla satsningar fokuserat på samverkan kan vi dock se att det har funnits skillnader i vilka aktörer som skulle samverka. Psykiatrireformen fokuserade på samverkan mellan landsting och kommun, medan Nationell handlingsplan fokuserade på samverkan mellan olika aktörer inom ett landsting – barn- och ungdomspsykiatri och psykiatri samt primärvård.

Psykiatrireformen och Statens satsning på psykiatri och socialtjänst har gemensamt att de endast avsåg målgruppen personer med långvarig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning och fokuserade på individens hela situation och livskvalitet. Det innebär att dessa satsningar fokuserat på delar som rör landstingen, kommunerna och samverkan mellan dem. Satsningarna fokuserade också på rehabilitering, boende, vård, sysselsättning, kvalitet och arbetssätt. De satsningar som fokuserat på arbete och rehabilitering har även riktats till socialförsäkringsmyndigheten och arbetsförmedlingen. Statens psykiatrisatsning och PRIO har fokuserat på flera målgrupper och riktats mot verksamheter i både landsting och kommuner. De nationella handlingsplanerna skiljer sig från de övriga satsningarna genom att de täcker in flera målgrupper och samtidigt riktar sig främst till landstingens verksamheter.



2.7 ANALYS

En central fråga är i vilken utsträckning satsningarna har bidragit till att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Fokus här är att redovisa och resonera om satsningarnas effekter. Vi fördjupar oss också i några av de områden som vi kan konstatera har utvecklats positivt.

2.7.1 Det har varit svårt att mäta effekter för patienter och brukare

Vår genomgång visar att det är svårt att dra långtgående slutsatser kring effekter av satsningarna. Det gäller i synnerhet effekter för patienter och brukare. Denna slutsats drar även Riksrevisionen, Socialstyrelsen och Statskontoret i sina utvärderingar av de tidigare satsningarna (Socialstyrelsen 1999b, Socialstyrelsen 2005, Socialstyrelsen 2007, Socialstyrelsen 2008, Riksrevisionen 2009, Statskontoret 2012b). Riksrevisionen – som utvärderade Nationell handlingsplan del 1 och del 2, samt Statens satsning på psykiatri och socialtjänst – påpekade att satsningarna har bidragit till att uppmärksamma psykisk ohälsa, men att det är svårt att se några långsiktiga effekter. Riksrevisionen lyfter samtidigt fram att det inte betyder att positiva effekter har uteblivit (Riksrevisionen 2009). Tänkbara effekter ur ett patient- och brukarperspektiv är till exempel ökat välbefinnande, förbättrad upplevd psykisk hälsa, minskad dödlighet, bibehållen eller ökad funktionsförmåga och förbättrade levnadsvillkor. Att på ett strukturerat sätt mäta och utvärdera satsningarna och deras projekt utifrån ett patient- och brukarperspektiv har inte ingått eller genomförts i någon av de utvärderingar som vi gått igenom. Fokus har snarast legat på hur de statliga medlen har använts. Det finns dock enskilda utvärderingar av större projekt som fokuserat på resultaten på individnivå och enskildas upplevelse av insatser. Exempelvis utvärderades funktionsförmågan hos personer med psykiska funktionshinder, samt om vårdbehovet minskat före och efter försöksverksamheten med personliga ombud (se vidare avsnitt 2.7.4).

Det finns andra orsaker till svårigheterna att följa upp effekterna ur ett patient- och brukarperspektiv. För det första har målen för satsningarna inte varit tillräckligt tydliga och detaljerade, för det andra har det saknats datakällor och indikatorer för uppföljning, och för det tredje har det varit svårt att isolera effekterna av de statliga satsningarna i förhållande till de initiativ som har tagits av kommuner och landsting. Vi diskuterar dessa utmaningar mer utförligt i avsnitt 2.8.2. Även om det är svårt att påvisa effekter av satsningarna ur ett patient- och brukarperspektiv visar vår analys

av satsningarna att det går att påvisa strukturella effekter, exempelvis när det gäller utbildning och utveckling av stödverksamheter inom kommunerna.

2.7.2 Kommunernas verksamheter har utvecklats

Sedan psykiatrireformen 1995 har kommunernas verksamheter utvecklats på flera av de områden där staten har genomfört satsningar. I nästan alla kommuner finns sysselsättningsåtgärder, med allt från träffpunkter till mer strukturerade aktiviteter (Lindqvist m.fl. 2011). Boendestödet har också utvecklats i form av gruppboistäder eller vanliga boenden för personer med psykisk ohälsa. Utvecklingen av dessa områden initierades genom stimulansbidragen efter psykiatrireformen och har varit återkommande fokusområden för flera av satsningarna. Även om det kan vara svårt att isolera betydelsen av de statliga satsningarnas från kommunernas egna initiativ, går det inte att bortse från att staten har haft en pådrivande roll i utvecklingen. Personliga ombud är ett exempel på en insats som staten tog initiativ till och som nu ingår i de flesta kommuners basutbud (se nedan).

2.7.3 Patient- och brukarorganisationernas ställning har stärkts

Redan i den proposition som föregick psykiatrireformen (SOU 1992:73) lyftes kamrattstöd fram som en viktig insats. Tanken var att verksamheter i brukarorganisationernas regi utgör ett viktigt komplement till kommunernas egna verksamheter (Socialstyrelsen 1999b). I enlighet med propositionen avsattes därför medel i psykiatrireformen till kamrattstödande verksamheter. Socialstyrelsens utvärdering av psykiatrireformen visade att brukarstyrda verksamheter blev vanligare efter reformen. Många av de projekt som genomfördes inriktades mot daglig verksamhet, till exempel bokbinderi, datautbildning, språkkurser, friskvård med mera. RSMH ansvarade för att bedriva merparten av projekten (Socialstyrelsen 1999b).

Patient- och brukarorganisationerna involverades även i de efterföljande satsningarna. I Satsningen på psykiatri och socialtjänst 2005–2007 deltog patient- och brukarorganisationer i många av de länsprojekt som genomfördes. Länsprojektens konstruktion innebar att landsting och kommuner samverkade och patient- och brukarorganisationer bjöds in som en ytterligare samarbetspartner i flera projekt som genomfördes. Men Socialstyrelsen konstaterade i sin utvärdering att brukarperspektivet ändå var bristfälligt. Samarbetet med organisationerna var främst inriktat på samråd och



informationsutbyte och handlade i få fall om ett aktivt deltagande i projekten (Socialstyrelsen 2007).

På nationell nivå har patient- och brukarorganisationer haft en central roll i satsningarna. NSPH initierades under Nationell psykiatrisamordning och bildades med hjälp av statliga medel. Under Statens psykiatrisatsning 2007–2011 fick NSPH i uppdrag att utveckla metoder för brukarinflytande. Socialstyrelsens bedömning var att NSPH:s arbete var värdefullt när det gällde att säkra brukarperspektivet i bland annat utbildningar och beslutsprocesser på nationell nivå. NSPH har även haft en central roll i PRIO.

Det är positivt att patient- och brukarorganisationernas ställning har stärkts, men den nationella patientenkäten visar att personer med psykisk ohälsa inom landstingspsykiatri har en sämre delaktighet och inflytande än personer som behandlas inom den somatiska vården (SKL 2015a). Men det ska tilläggas att svarsfrekvensen är relativt låg, så resultaten måste tolkas med viss försiktighet. Det indikerar ändå att det krävs ett fortsatt utvecklingsarbete när det gäller att stärka ställningen för personer som drabbats av psykisk ohälsa.

2.7.4 Personliga ombud har gått från försöksverksamhet till en etablerad verksamhet

Personligt ombud är ett exempel på en insats som har gått från utredningsförslag till en försöksverksamhet och slutligen till en del av kommunernas basutbud för personer med psykisk ohälsa. Det är också ett bra exempel på hur staten har finansierat och på bred front infört en beprövad modell för samordnad vård och omsorg genom ett personligt stöd. Idag finns personliga ombud i 84 procent av alla kommuner och verksamheten når årligen 6 000 klienter (Socialstyrelsen 2014a).

För att få mer underlag kring hur sådana ombud kunde organiseras och utformas beslutade regeringen i samband med reformen om en treårig försöksverksamhet (1995–1998). Verksamheten genomfördes på tio orter och i försöken ingick 250 psykiskt funktionshindrade och 32 ombud (Socialstyrelsen 1999b, Socialstyrelsen 1999a). Utvecklingen av personliga ombud finansierades inledningsvis genom stimulansbidrag efter psykiatrireformen (SOU 2006:100). År 2000 beslutade regeringen om ett statsbidrag för att bygga upp och utveckla verksamheter med personliga ombud. Den 1 augusti 2013 trädde en förordning (SFS 2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud.

Effekterna av försöksverksamheten har utvärderats två gånger (Socialstyrelsen 1999a, Socialstyrelsen 2004) och båda utvärderingarna visar

på tydligt positiva förändringar i form av att de psykiskt funktionshindrades funktionsförmåga ökat och deras vårdbehov minskat. De som ingick i försöken tyckte själva att verksamheten haft en klart positiv betydelse. Uppföljningen (Socialstyrelsen 2014a) visade att verksamheten med personliga ombud var väl etablerad och fungerade bra. Socialstyrelsen konstaterade också att ombuden har haft en stor betydelse för tillgången till samhällets utbud av vård, stöd och service. De framgångsfaktorer vi kan se i Socialstyrelsens uppföljning (Socialstyrelsen 2014a) är:

- Kommunen och inte landstingen gavs ett utpekat ansvar för personliga ombud.
- Regeringen fattade beslut om att bredda verksamheten med personliga ombud och statliga resurser som var tydligt öronmärkta avsattes.
- I genomförandet fanns det ett stort intresse från kommunerna att delta.
- Socialstyrelsen har haft i uppdrag att leda och samordna uppbyggnads- och utvecklingsarbetet och har tagit fram en nationell standard för verksamheten med personliga ombud.
- Länsstyrelsernas roll – att fördela pengar till kommunerna – har varit tydlig och uppfattas av kommunerna som stödjande.
- Information om bakgrunden till statsbidraget har tagits fram. Detaljer kring ansökningsförfarandet och krav och förväntningar på ett personligt ombud beskrivs utförligt i Socialstyrelsens meddelandeblad.
- Det har funnits en struktur för uppföljning. Länsstyrelserna lämnar årligen underlag till Socialstyrelsen som i sin tur har i uppgift för att följa upp, stödja och utveckla verksamheterna.

2.7.5 Det finns behov av fortsatt utveckling kring samverkan

Trots återkommande satsningar på exempelvis samverkan kvarstår flera utmaningar. I flera rapporter från Socialstyrelsen och IVO lyfts samverkan mellan landsting och socialtjänst för personer med psykiska funktionshinder fram som ett tydligt förbättringsområde. I IVO:s tillsynsrapport från 2014 konstateras exempelvis att informationsöverföring och planering av vård och omsorg brister (IVO 2014).

I alla satsningar har det funnits ett fokus på samverkan i olika former. Det har ibland handlat om samverkan mellan specialistpsykiatri och primärvården, i andra fall mellan psykiatri och socialtjänsten eller mellan socialtjänsten, socialförsäkringsmyndigheterna och arbetsförmedlingen. Att styra samverkan med olika typer av stimulansmedel har ofta visat positiva



lokala resultat. Det har dock varit svårt att på bredden införa och sprida lärdomarna på ett nationellt plan (Lindqvist m.fl. 2011).

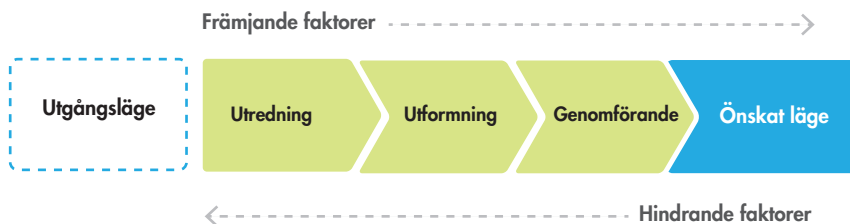
I de tidiga satsningarna handlade statens styrning om stimulansmedel för att etablera samverkan mellan kommuner och landsting. Nästa steg var den lagförändring som genomfördes i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL) om gemensamma individuella vårdplaner (SIP) samt överenskommelser om samarbete.

Även om samverkan har utvecklats sedan psykiatrireformen är det tydligt att fortsatta insatser behövs på området och att staten gemensamt med andra aktörer har ansvar för att driva på denna utveckling. Statens verktyg är exempelvis lagstiftning, tillsyn, stimulansmedel, regleringsbrev till myndigheter och stöd till vetenskaplig utvärdering av samverkan. De direkt involverade aktörerna – kommuner, landsting, socialförsäkringsmyndigheter, arbetsförmedling och skola – har också en avgörande roll och måste se till att det finns incitament, resurser och lokal uppföljning av samverkan.

2.8 SATSNINGARNAS ORGANISERING

I det här avsnittet analyserar vi hur satsningarna har organiserats och genomförts. Vi fördjupar oss i några aspekter kring utredningarna som har legat till grund för satsningarna, satsningarnas utformning och deras genomförande. För denna analys har vi tagit fram en programteoretisk modell för att förstå satsningarnas logik samt vilka delar som vi har bedömt har främjat respektive hindrat att satsningarna har blivit lyckade.

Figur 5. Programteoretiskt ramverk för utvärderingen av satsningarna.



Ett centralt mål med programteorin är att ge ökad förståelse för sambandet mellan insatser och effekter. Därför bör en analys av utgångsläget innan satsningarna och ett önskat läge efter ingå (Andersson 2009). Som angetts ovan så finns begränsade möjligheter att dra slutsatser om satsningarnas effekt, eftersom det saknas baslinjemätningar och data för uppföljning.

Vårt huvudsakliga fokus har därför varit att analysera hur satsningarna har planerats och genomförts och bedöma vad som bidragit till framgång.

2.8.1 Utredning inför satsningarna

Satsningarna har baserats på omfattande statliga utredningar

Att flera av satsningarna baserats på omfattande statliga utredningar är en framgångsfaktor. Två statliga utredningars slutbetänkanden *Välfärd och valfrihet* (SOU 1992:73) och *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) har präglat utvecklingen. Det är dessa utredningars problembeskrivningar och analyser som ligger till grund för flera av statens satsningar. *Välfärd och valfrihet* ligger till grund för psykiatrireformen och den nationella handlingsplanen. Nationell psykiatrisamordnings arbete och slutbetänkandet *Ambition och ansvar* ligger till grund för Statens satsning på psykiatri och socialtjänst, Statens psykiatrisatsning och PRIO.

Brukare och anhöriga har involverats i utredningarna

I psykiatriutredningen samt Nationell psykiatrisamordning har brukare, anhöriga och huvudmän involverats i processen då problemen identifieras och analyseras. I psykiatriutredningens arbete valde utredarna att anlägga ett patient- och anhörigperspektiv. De skriver att det varit angeläget att lyssna på dem som i första hand är berörda – de psykiskt störda själva, anhöriga och representanter för dessa. De hade därför löpande dialog med RSMH och intresseföreningen för schizofreni (SOU 1992:73). Utredningen pekar på värdet av att ha ett tydligt brukarperspektiv i förändringsarbetet. Av kommittédirektivet till Nationell psykiatrisamordning (Kommittédirektiv 2003:133) framgår också att samordnaren skulle genomföra sitt arbete i bred dialog med bland annat brukarorganisationer. Vi menar att det har varit en framgångsfaktor att brukarorganisationerna har haft inflytande i problembeskrivningarna. En involvering av patient- och brukarorganisationerna ökar legitimiteten och minskar gapet mellan de förslag som utredningen lägger och den verklighet som dessa organisationer representerar.

Politisk enighet har rått kring satsningarna

Båda betänkandena (SOU 1992:73, SOU 2006:100) och planerna som beskriver respektive satsning (Prop. 1993/94:218, Prop. 1999/2000:149, Regeringens skrivelse 2008/09:185) har varit brett politiskt förankrade. Förankringen går att härleda till den utredning, Mentalservicekommittén, som startades 1989 (Kommittédirektiv 1989:22) och som 1990 omvandlades



till en parlamentariskt sammansatt kommitté vilket innebar att alla politiska partier blev involverade i arbetet med *Valfrihet och välfärd* (SOU 1992:73). Som vi konstaterat tidigare har denna utredning varit betydelsefull, då den legat till grund för den efterföljande reformen och det fortsatta arbetet. I Socialstyrelsens utvärdering konstateras att reformen infördes i stort samförstånd med en enig riksdag och med ett brett stöd hos intresseorganisationer (Socialstyrelsen 1999b).

Även skrivelsen *En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning* från 2008 som låg till grund för Statens psykiatrisatsning och PRIO hade ett brett politiskt stöd när den debatterades 2009. Det fanns en enighet i riksdagen om att prioriteringarna i skrivelsen var rimliga och motiverade (Regeringens skrivelse 2008/09:185).

2.8.2 Utformningen av satsningarna

Staten förfogar över flera olika styrmedel

De styrmedel som staten förfogar över kan klassificeras i huvudgrupperna reglering eller annan styrning. Med reglering avses lagar, förordningar och föreskrifter. Denna styrning benämns ofta ”hård” och kan ses som tvingande, genom att staten kan se till att den som styrs lever upp till regelverket. Med annan styrning avses exempelvis statsbidrag, nationella handlingsplaner och regleringsbrev till myndigheter. Annan styrning är en mjukare styrform där staten inte kan kräva absolut följsamhet (Statskontoret 2012b). Se vidare avsnitt 5.2 för en fördjupad diskussion kring statlig styrning.

Styrningen har varierat över tid

Vår genomgång av de tidigare satsningarna visar att styrningen av satsningarna har varierat över tid. Det är främst annan styrning än reglering som har tillämpats: stimulansbidrag, statsbidrag, överenskommelser, prestationsbaserad ersättning och nationella samordnare (se tabell 4 samt vidare i avsnitt 5.2).

Ett exempel på reglering är det förtydligande som gjordes 2010 i HSL (SFS 1982:763) och SoL (SFS 2001:453) om att landstingen och kommunerna ska upprätta en överenskommelse om samarbete. Men denna reglering ansågs inte vara tillräcklig för att förbättra samverkan mellan kommuner och landsting. Med PRIO introducerades prestationsbaserad ersättning till de landsting och kommuner som upprättade samverkansavtal och rapporterade till SKL hur många samverkansöverenskommelser de hade upprättat.

Tabell 4. Satsningarnas typ av bidrag.

Satsningar	Typ av bidrag
Psykiatrireformen, 1995–1998	Stimulansbidrag som uppgick till 943 miljoner och som kommuner och landsting fick ansöka om, samt 159 miljoner i riktade bidrag.
Nationell handlingsplan (del 1), 2001–2004	Statligt resurstillskott på 9 miljarder* som inordnades i det generella statsbidraget, 70 procent till landsting, 30 procent till kommuner.
Nationell handlingsplan (del 2), 2005–2007	Generellt statsbidrag höjdes med 4 miljarder, varav 500 miljoner avsåg området psykisk ohälsa.
Statens satsning på psykiatri och socialtjänst, 2005–2006	Stimulansmedel som uppgick till 500 miljoner i länsmedel och 200 miljoner i utvecklingsmedel.
Statens psykiatrisatsning, 2007–2011	Fördefinierade insatser 3,6 miljarder.
Rehabiliteringsgarantin, 2008–2015	Stimulansmedel till landsting och regioner om 6 miljarder kronor 2008–2014 och 750 miljoner kronor 2015.
PRIO, 2012–2015	Prestationsbaserad ersättning samt fördefinierade insatser 3,4 miljarder

* Det saknas uppgifter kring hur stor andel av den nationella handlingsplanens kostnader som avsåg psykisk ohälsa.

Motiveringen till valet av styrform har varit oklar

Valet av styrform kan inverka på satsningarnas resultat. I de dokument som beskriver satsningarnas utformning saknas dock en tydlighet kring valet av styrmedel och vilka effekter dessa kan tänkas få. Det finns omfattande vetenskaplig litteratur kring statlig styrning, men det förs inga resonemang kring vilka styrformer som är mest effektiva. Vid arbetet med att ta fram den nationella handlingsplanen hänvisar regeringen till ett omfattande underlagsmaterial (Prop. 1999/2000:149) där det dock saknas en diskussion om varför man väljer att styra med utvecklingsavtal och vad som motiverar storleken på avsatta medel. Detta bidrar till en otydlighet kring hur satsningarna är tänkta att nå de mål som har satts upp.

Staten har gått från stimulansbidrag till mer detaljerad styrning

Med psykiatrireformen och senare satsningar har staten gått från en styrning med stimulansbidrag och statsbidrag till mer detaljerad styrning, med prestationsbaserad ersättning och tydligare projektstyrning. I de första satsningarna fick landstingen och kommunerna stor frihet att genomföra aktiviteter inom ramen för satsningarna. Ett exempel är stimulansbidragen för att genomföra psykiatrireformen, där socialtjänstens verksamhet kring exempelvis boende och sysselsättning omstrukturerades och vidare-



utvecklades i kommunerna. I de nationella handlingsplanerna tog landstingen och kommunerna fram lokalt förankrade handlingsplaner där de tillsammans definierade innehållet. Även inom statens psykiatrisatsning bedrev kommuner och landsting lokala projekt tillsammans.

Fördelen med den lösare styrningen är att landstingens och kommunernas egen drivkraft stimuleras och de initiativ som tas förankras lokalt. Men statens möjligheter att styra satsningen är mer begränsade. Eftersom medlen i satsningarna inte var öronmärkta fanns ingen garanti för att de verkligen användes till det arbete de var tänkta för. När det till exempel gäller den nationella handlingsplanen hade regeringen uttryckt att de medel som delades ut i det generella statsbidraget skulle gå till att genomföra den nationella handlingsplanen (Prop. 1999/2000:149). Regeringen betonade samtidigt den kommunala självstyrelsen och då tolkade huvudmännen det som möjligt att fördela medlen hur de ville (Lindqvist m.fl. 2014).

Från och med Statens psykiatrisatsning tydliggjordes statens styrning. I satsningen var insatserna fördefinierade. Det innebar mindre möjlighet och frihet för kommuner och landsting att själva bestämma hur medlen skulle användas. Genom Statens psykiatrisatsning introducerades också den prestationsbaserade ersättningen som också innebar att kraven skärptes för att få del av de statliga medlen. Inom Statens psykiatrisatsning, där den prestationsbaserade ersättningen var knuten till att förkorta köerna inom barn- och ungdomspsykiatri, var det många landsting som nådde det uppsatta målet (Statskontoret 2012b). Men som vi har lyft fram i våra tidigare utvärderingar är det oklart om den förkortade kötiden lett till positiva effekter för individerna och om förändringen skulle kvarstå ifall ersättningen upphörde (Vårdanalys 2014b).

Riksrevisionen har i en granskning av överenskommelser mellan staten och SKL konstaterat att prestationsbaserad ersättning är ett mycket starkt styrmedel. Landstingen och kommunerna prioriterar i stor utsträckning att nå de mål som sätts upp (Riksrevisionen 2014). Riksrevisionen konstaterar också att det trots frivilliga överenskommelser är svårt för både kommuner och landsting att avstå från att delta. Riksrevisionen lyfter fram flera risker med överenskommelser – de kan bland annat leda till större ojämlikhet och kortsiktiga lösningar. De landsting som uppnår kraven får mer resurser och har därmed lättare att fortsätta förbättringen jämfört med de som inte erhåller extra medel. Landstingens strävan att nå kraven riskerar också att leda till att de hittar kortsiktiga lösningar för att exempelvis korta köerna stället för att lösa strukturella problem (Riksrevisionen 2014).

Vi kan konstatera att det finns fördelar och nackdelar med de olika

styrformerna. Det har som sagt saknats en diskussion och motivering kring varför olika styrformer väljs. Bristen på tydliga mål och datakällor försämrar också möjligheterna att se vilken styrform som är mest effektiv.

Målgrupperna har varit återkommande men otydligt definierade

Även om det finns kontinuitet vad gäller målgrupper i satsningarna har det inte varit tillräckligt tydligt vilka som ingår i dem. Propositionen (Prop. 1993/94:218) talar om långvarig och allvarlig psykisk störning och refererar då till personer med långvariga psykoser. Psykiatrireformens målgrupp var alltså personer som lider av sådana funktionsnedsättningar och så omfattande psykiska besvär att de har svårt att klara det dagliga livet och därför behöver vård eller omsorg (Socialstyrelsen 1999b). I psykiatrireformen uppstod problem eftersom de benämningar som sammanblandades ofta hade motsvarigheter i olika grupper med olika behov. Detta skapade en osäkerhet i reformarbetet. Frågor kring reformens målgrupp och kommunernas faktiska åtagande blev svåra att besvara (Markström 2003). Osäkerheten kring målgruppens omfattning samt hårda kriterier för insatser enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387) ledde till att berörda organisationer intog en försiktig hållning (Markström 2003).

Otydlighet kring vem som är psykiskt funktionsnedsatt föranledde Nationell psykiatrisamordning att definiera begreppet psykiskt funktionshinder (SOU 2006:100). Socialstyrelsen utgår från samordningens definition och har omformulerat sin tidigare definition av psykisk funktionsnedsättning.

Målformuleringarna har varit otydliga och tillgången på data och indikatorer har varit bristfällig

Det övergripande målet med psykiatrireformen är i korthet att psykiskt funktionshindrade personers levnadsförhållanden, livsvillkor och livskvalitet ska förbättras genom ökade möjligheter till gemenskap och delaktighet (Socialstyrelsen 1999b). Detta typ av mål kan närmast ses som vision om ett bättre liv och hälsa snarare än en konkret målsättning. Även om inriktningen i de övriga satsningarna har varierat och haft ett större fokus på både vård och omsorg kan även dessa främst ses som visioner (se tabell 5).

I de fyra första satsningarna förtydligades inte målen ytterligare. Det saknas både delmål och målnivåer som definierar när målen skulle vara uppnådda. Avsaknaden av tydliga mål har försvårat uppföljningen av satsningarnas resultat.

I den femte satsningen, Statens psykiatrisatsning, skapades en målstruktur där de övergripande målen bröts ner i delmål kopplade till fokusområdena



– vården, valfriheten och vardagen. För vissa av målen fanns målnivåer, exempelvis att ambitionen med psykiatrisatsningen var att självmorden under en pågående vårdkontakt ska ha minskat med 30 procent. För andra områden var målen mer generellt hållna, exempelvis utgångspunkten att psykiatrisatsningen ska resultera i en mer kunskapsbaserad vård och att vården regelbundet följs upp med hjälp av bland annat kvalitetsregister och öppna jämförelser. Trots det konstaterar Statskontoret att det i många fall är svårt att dra slutsatser kring satsningens effekter eftersom det saknas statistik som kan användas för att mäta måluppfyllelse. Avsaknaden av valida data innebär också att det inte är möjligt att med baslinjemätningar se hur situationen såg ut före respektive efter satsningen. Utan en sådan kartläggning är det svårt att uttala sig om vilka effekter en satsning har haft.

Socialstyrelsen har sedan 2008 i uppdrag att utveckla grunddata och indikatorer för att kunna följa upp och utvärdera hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens åtgärder och insatser på psykiatriområdet. Myndigheten har tagit fram en struktur för uppföljning, inventerat datakällor och tagit fram exempel på nya datakällor som skulle kunna användas i uppföljningar. Trots uppdraget är möjligheterna till uppföljning fortfarande i stor utsträckning begränsade.

PRIO-satsningen innehåller såväl övergripande mål som delmål, men i den ursprungliga PRIO-planen saknades målnivåer för indikatorer för uppföljning. Men samordningsfunktionen vid Socialdepartementet påbörjande dock ett arbete med att ta fram förslag på datakällor, indikatorer och målnivåer. Arbetet har inte slutförts. Socialstyrelsen bedömer att många av de mått som samordningsfunktionen har föreslagit ännu inte kan användas som underlag för bedömning av satsningens effekter.

Vi konstaterar att det har skett en viss utveckling av satsningarnas mål och indikatorer, men att det fortfarande är svårt att dra slutsatser kring utfallet av satsningarna.

2.8.3 Genomförandet av satsningarna

Det har saknats strukturer för att ta vara på erfarenheter

I flera av satsningarna har arbetet bedrivits i lokala projekt. Fördelen med detta är att det har skapat en lokal förankring och ett verksamhetsdrivet förändringsarbete. Nackdelen som lyfts fram i flera utvärderingar (till exempel (Socialstyrelsen 2007)) är att det skapade kortsiktighet, eftersom många av projekten avslutades när den statliga finansieringen upphörde.

En av utmaningarna med att satsningar baserades på lokala och regionala

Tabell 5. Satsningarnas mål.

Psykiatireformen	Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården, del 1	Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården, del 2	Statens satsning på psykiatri och socialtjänst
- Förbättra psykiskt funktionshindrade personers situation i samhället genom att bland annat stimulera utbyggnaden av bostäder och utveckla dagliga verksamheter. - Genom en ökad delaktighet, bättre vård och socialt stöd ska levnadsförhållanden och livsvillkoren förbättras.	- Åstadkomma positiva systemeffekter för hälso- och sjukvården som helhet. Fyra områden: 1) Primärvård 2) Äldreomsorg 3) Psykiatri 4) Mångfald i vården	Inriktningen och åtaganden i handlingsplanen del 1 skulle ligga fast under 2005–2007.	Förbättra tillgängligheten till, samt stödja och stimulera verksamhetsutvecklingen inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykisk funktionshinder.

Statens psykiatrisatsning	Rehabiliteringsgarantin	PRIO
- Tillgång till god och kunskapsbaserad vård samt rehabilitering för personer med psykisk funktionsnedsättning. - Varierat och anpassat utbud av arbete, sysselsättning, boendeformer och hjälpmedel utifrån behoven i vardagen. - Möjlighet att välja och ha inflytande över utformningen av vård-, rehabiliterings-, och stödsatser.	Målet är att genom evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland personer i arbetsför ålder och med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.	- God vård och omsorg (kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik, i rimlig tid och samordnad). - Tillgång till arbete och anpassad sysselsättning. - Möjlighet till delaktighet och inflytande. Därtill finns 15 delmål.

projekt var att lärdomar från lyckade projekt inte helt fördes vidare på regional eller nationell nivå. En förklaring till detta är att erfarenheterna från projekten ofta var frikopplade från ledningen i kommuner och landsting. En annan förklaring är att det inte har ställts tydliga krav i satsningarna på att utforma strukturer för att ta tillvara erfarenheterna på nationell nivå.

Utvärderingarna av satsningarna har haft begränsat fokus på effektivitet

Flera av de utvärderingar som genomförts har haft som huvudfokus att utvärdera vilka insatser som genomfördes och hur medlen användes. Utvärderingarna saknar därmed uppgifter om satsningarnas effekter för



patienter och brukare (Riksrevisionen 2009). I Statskontorets utvärdering av Statens psykiatrisatsning analyseras effekterna av satsningen. Statskontoret bedömde måluppfyllelsen utifrån de genomförda projektens resultat för flera områden där uppgifter saknades (Statskontoret 2012b). En annan omständighet som gör det svårare att härleda vad eventuella effekter beror på, är andra satsningar som pågår parallellt. Detta metodproblem nämns främst av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2008) i deras utvärdering av Nationell handlingsplan del 2. När handlingsplanen pågick genomfördes samtidigt Nationell psykiatrisamordning och Statens satsning på psykiatri och socialtjänst. Dessutom driver landsting och kommuner själva en utveckling på området psykisk ohälsa, oberoende av statens satsningar. Detta gör det svårt att härleda var eventuella effekter kommer ifrån.



PRIO 2012–2015

3.1 SLUTSATSER

Nedan presenteras slutsatserna av Vårdanalys utvärdering av PRIO 2012–2015.

► *Målgrupperna, insatsområdena och målen representerar relevanta behov*

Målen, målgrupperna och insatsområdena inom PRIO representerar relevanta behov och valet av dem är motiverat. Men vi saknar fördjupade resonemang om prioriteringsgrunder och varför exempelvis grupper som äldre eller personer med lindrigare psykisk ohälsa inte har tagits med.

► *PRIO:s struktur är inte ändamålsenlig*

PRIO har bestått av ett stort antal insatser, och de flesta påbörjades redan under tidigare satsningar. Det finns ingen tydlig förklaring till hur insatserna har valts ut och hur insatserna ska bidra till att målen med PRIO nås. Inom flera områden, exempelvis sysselsättning, har det saknats insatser som kan svara upp mot de ambitiösa målen. Målstrukturen är också otydlig och kopplingen mellan insatserna och satsningens mål är oklar. Detta i kombination med att målen endast delvis är mätbara, att det saknas datakällor och indikatorer samt att tidsramen för utvärderingen är så kort, har gjort det svårt för oss att bedöma måluppfyllelsen och utfallet för satsningen.

► *Flertalet av insatserna inom PRIO har nått sina insatsspecifika mål*

Flertalet av insatserna har nått sina insatsspecifika mål och förbrukat de avsatta medlen. Insatserna har lett till omfattande arbete runt om i landet och positiva resultat har uppnåtts inom ramen för insatserna. Däremot är det oklart om insatserna bidrar till satsningens delmål och övergripande mål samt om de leder till hållbara förändringar som består när den statliga finansieringen upphör.

► *Målen med den prestationsbaserade ersättningen har uppnåtts, men det är oklart om det ger hållbara effekter*

En stor del av resurserna inom PRIO har använts till prestationsbaserad ersättning som riktats till kommuner och landsting. Modellen har utgjort ett starkt styrmedel och uppfyllelsen av prestationsmålen har varit god. Den prestationsbaserade ersättningen har bidragit till att ett omfattande arbete har bedrivits, men vi noterar samtidigt att målen har varit lågt satta och att det är oklart om utvecklingen fortsätter när finansieringen upphör. Effekterna av styrmedlet bör utvärderas ytterligare om modellen ska användas i kommande arbete inom området.

► *Styrning och samordning har varit centralt för satsningen*

Samordningsfunktionerna vid Socialdepartementet och SKL har haft en viktig roll i att styra och driva satsningen. Det är positivt att samverkansstrukturer har byggts upp mellan samordningsfunktionerna, patient- och brukarorganisationerna och kommuner och landsting. Inom Socialdepartementet har samordningen inneburit koordinering av satsningen, nätverkande med kommuner och landsting, administration av insatserna samt, under 2015, framtagning av en ny satsning. Vi anser att samordning är centralt för styrningen av en satsning av den här omfattningen. Vi bedömer dock att samordningsfunktionen vid Socialdepartementet haft otillräckliga resurser för att hantera det breda ansvaret. I det kommande arbetet är det därför centralt att vidareutveckla styrningen och samordningen och att avsätta tillräckliga resurser för analys, lärande och strategisk rådgivning.

3.2 DISPOSITION

Utvärderingen av PRIO som presenteras här avser hela satsningen från 2012 till 2015. Våra slutsatser i avsnittet 3.1 baseras på den analys som vi har genomfört under 2015 samt i samband med våra tidigare lägesrapporter 2013 och 2014 om PRIO (Vårdanalys 2013, Vårdanalys 2014b). Vår bedömning avser utformandet av PRIO-planen samt satsningens genomförande och utfall. I detta kapitel redovisar vi också en samlad bedömning av hur PRIO:s insatser har genomförts. Insatsuppföljningen presenteras i sin helhet i bilaga 4 där bakgrund, resultat och slutsatser för varje insats finns beskrivna.

3.3 METOD

I arbetet med utvärderingen av PRIO har vi studerat litteratur och dokument, analyserat data och intervjuat representanter för Socialdepartementet och SKL, andra myndigheter, forskare och experter inom området samt företrädare för patient- och brukarorganisationer (se avsnitt 1.2.3). I samband med våra tidigare utvärderingar har vi även intervjuat kommun- och landstingsrepresentanter, företrädare för professionen, vårdgivare och personer som själva lever med psykisk ohälsa, se bilagor till våra två tidigare rapporter (Vårdanalys 2013, Vårdanalys 2014b).

I uppföljningen av insatserna i PRIO har vi med några få undantag granskat samtliga insatser (cirka 70) som ingått i satsningen. Givet det stora antalet har vi valt att särskilt fokusera på de insatser som vi bedömt vara centrala för satsningen eller som tilldelas en stor andel av PRIO:s medel. Det gäller framför allt de prestationsbaserade insatserna, utvecklingsinsatser som SKL har genomfört och de större insatserna som myndigheterna har ansvarat för. I den mån det varit möjligt har vi utgått från externa redovisningar av insatserna. Annars har vi istället utgått från de underlag som utförarna av insatserna själva presenterat. Nackdelen med denna typ av underlag är att det saknas en helt objektiv bedömning.

Arbetet med uppföljningen har begränsats av faktorer som vi har haft små möjligheter att påverka. Det har handlat om ofullständiga sammanställningar av underlagsdokument, redovisningar samt avsatta och förbrukade medel. De underlag om insatserna som vi har haft tillgång till har varierat i omfattning och utformning. I vissa fall har de varit mycket bristfälliga eller saknats helt, framför allt gällande den ekonomiska redovisningen. I andra fall, då fler insatser haft liknande syfte, har det varit svårt att koppla de olika utfallen till enskilda insatser.



3.4 PRIO:S UTFORMNING

I maj 2012 beslutade regeringen om den handlingsplan som fick namnet *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016* (Regeringen 2012b). Syftet med PRIO-planen var från regeringens sida att tydliggöra mål, inriktning och insatsområden för arbetet inom området. I förarbetet involverades berörda aktörer, exempelvis NSPH, SKL och Socialstyrelsen. I planen lyftes två prioriterade målgrupper fram: barn och unga respektive personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik, samt två insatsområden – kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete samt bemötande, delaktighet och inflytande. Målen byggde till stora delar på de målsättningar som slagits fast i regeringens skrivelse *En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning* (Regeringens skrivelse 2008/09:185). Utifrån den problemformulering som görs i planen har vi bedömt att valet av prioriterade målgrupper och insatsområden har varit motiverat. Men vi saknar fördjupade resonemang om prioriteringsgrunder för de mål, målgrupper och insatsområden som valts ut och varför exempelvis grupper som äldre, nyanlända, personer med lindrig psykisk ohälsa inte har tagits med.

3.4.1 Strukturen omfattar mål, målgrupper, insatsområden och insatser

PRIO:s struktur utgörs av tre övergripande mål och femton delmål samt prioriterade målgrupper och insatsområden. Till respektive målgrupp och insatsområde finns ett antal insatser som om de genomförs med gott resultat, kan bidra till att målen uppfylls (figur 6).

Figur 6. Schematisk bild över PRIO:s övergripande mål, delmål, insatsområden, målgrupper och insatser.



3.4.2 PRIO:s mål är angelägna men är bara delvis mätbara och det saknas en inbördes prioritering mellan dem

Vår bedömning är att de övergripande målen är angelägna och att valet av dessa mål är befogat. De syftar till att åstadkomma breda förbättringar av vården och omsorgen, ge möjlighet till ökad delaktighet och inflytande och att öka sysselsättningen. Men målen är inte uppföljningsbara annat än på lång sikt, och det kommer att bli svårt att säkerställa att eventuella förändringar faktiskt beror på PRIO och inte på andra faktorer.

Vi bedömer att även de femton delmålen är motiverade och relevanta (tabell 6). De är förhållandevis många och täcker in stora delar av området psykisk ohälsa. Delmålen är mer specifika än de övergripande målen, och syftet är att förtydliga vad PRIO ska bidra till. Målen kopplar till de prioriterade målgrupperna och insatsområdena, men det saknas inbördes prioritering mellan dem och beskrivning av hur de förhåller sig till de övergripande målen. Av PRIO-planen framgår inte hur målen relaterar till insatserna.

Tabell 6. PRIO:s femton delmål inom de prioriterade målgrupperna och insatsområdena.

MÅLGRUPPER

Barn och unga med psykisk ohälsa

Utveckla och tillgängliggöra verksamheterna i första linjen och i den specialiserade barn- och ungdoms-psykiatrin.

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

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

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

INSATSMÅL

Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete

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

Förstärka kompetensen bland personal som möter personer med psykisk ohälsa.

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

Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik

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

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

Bidra till samverkan och samordning mellan huvudmännen vid insatser riktade till personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

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

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

Bemötande, delaktighet och inflytande

Öka patient- och brukarinflytande inom vården och omsorgen.

Utveckla stödet till anhöriga till personer med psykisk ohälsa.

Bidra till att minska stigmatiseringen av personer med psykisk ohälsa.

Även om delmålen pekar ut specifika områden saknas en tydlig beskrivning om vad som ska uppnås. Ett delmål handlar exempelvis om att *Utveckla och tillgängliggöra verksamheterna i första linjens hälso- och sjukvård och i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin*, men det anges inte vad det innebär i praktiken (se vidare 3.6.1). Detta har försvårat bedömningen graden av måluppfyllelse i satsningen.

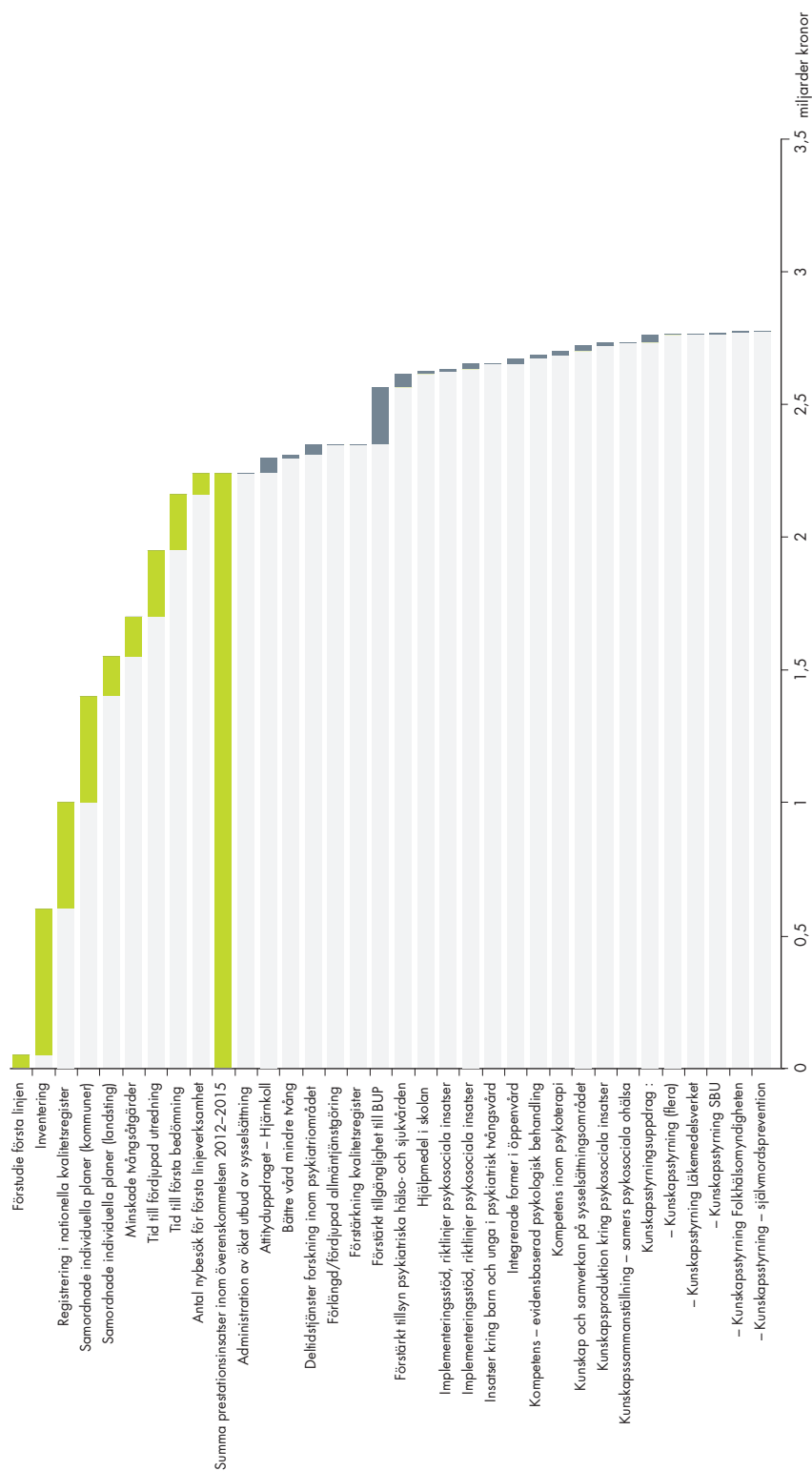
3.5 PRIO:S INSATSER

3.5.1 Hela satsningen består av ett 70-tal insatser och överenskommelsen med SKL är tongivande

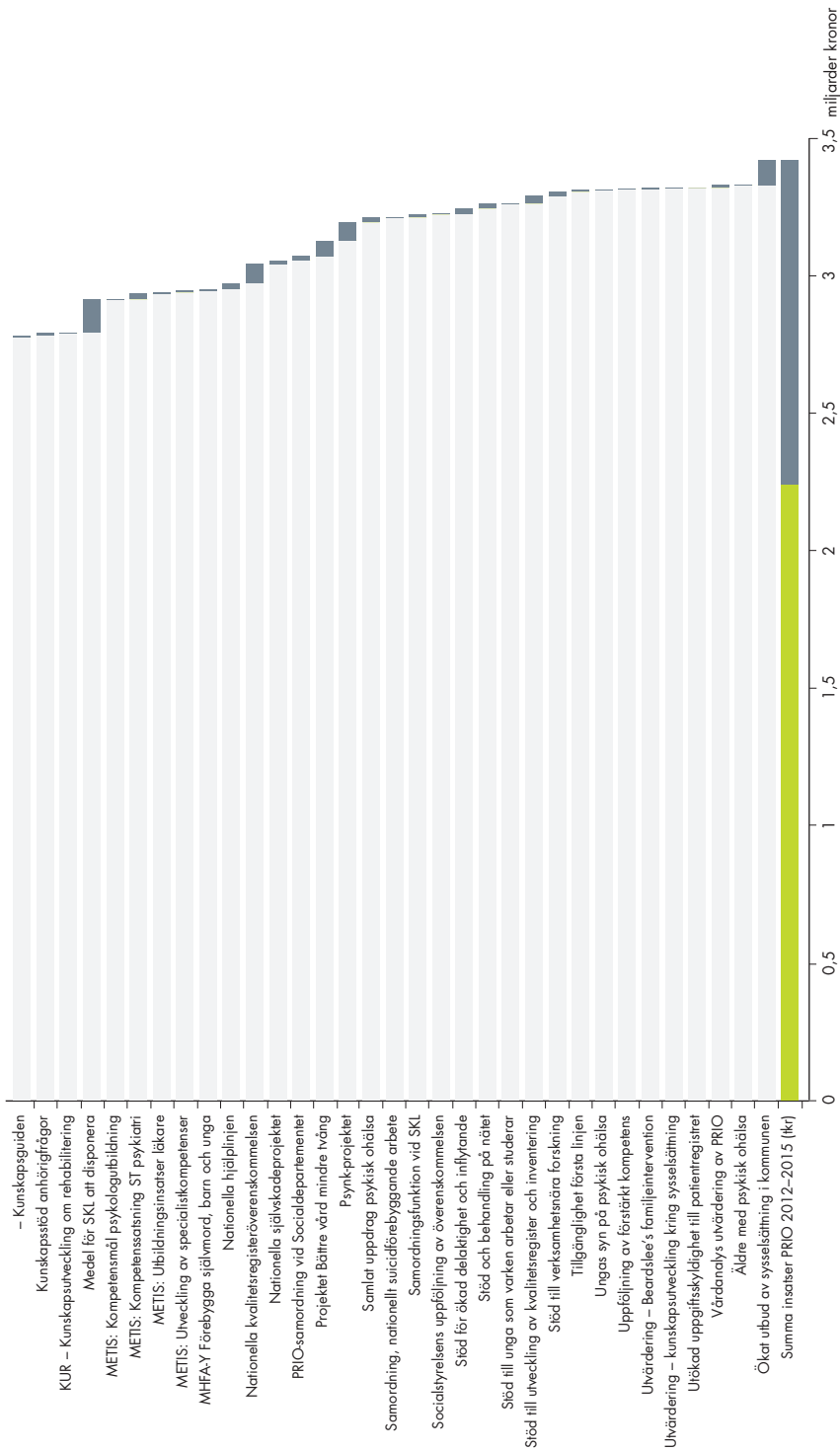
Under 2012–2015 har satsningen utgjorts av ett 70-tal insatser (figur 7). Under den aktuella perioden fördelades cirka 850 miljoner kronor årligen, vilket ger en summa på 3,4 miljarder kronor. Insatsernas omfattning och karaktär har varierat och de har utförts av olika aktörer. Den del av PRIO som förbrukat mest av de avsatta medlen har varit insatser kopplade till den överenskommelse som årligen slutits mellan regeringen och SKL (Regeringen 2012c, Regeringen 2012d, Regeringen 2013c, Regeringen 2014). Överenskommelsen har under perioden omfattat totalt 2,4 miljarder kronor och har utgjorts av både enskilda utvecklingsprojekt (som också kallas för insatser) och prestationsbaserade insatser. Exempel på utvecklingsprojekt som SKL har drivit är *Bättre vård – mindre tvång* som syftat till att utveckla tvångsvården, och ett exempel på prestationsinsats är registrering i psykiatriska kvalitetsregister. Utvecklingsprojekten har tilldelats 0,16 miljarder och de prestationsbaserade insatserna 2,2 miljarder kronor. Utöver de prestationsbaserade insatserna har PRIO också utgjorts av ett stort antal enskilda insatser som har omfattat cirka 1 miljard kronor och ett exempel är stöd till Nationellt kompetenscenter anhöriga (NKA), för utvecklingen av kunskapsstöd.



Figur 7. PRIO:s insatser 2012–2015.



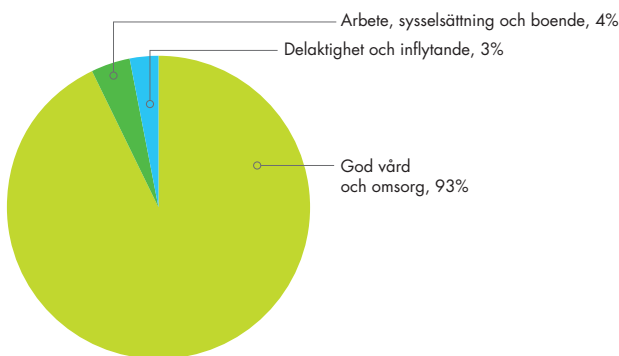
(fortsättning) PRIO:s insatser 2012–2015.



3.5.2 Huvuddelen av insatserna avser det övergripande målet kring God vård och omsorg

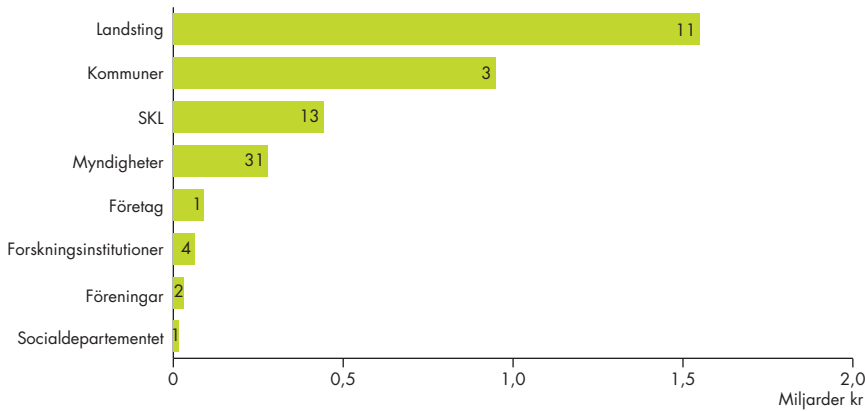
I figur 8 visas fördelningen av medel mellan PRIO:s tre övergripande mål. Hela 93 procent av insatserna är kopplade till målet *God vård och omsorg*, som ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik, i rimlig tid och samordnad. Endast 3 procent av medlen har gått till insatser för delaktighet och inflytande och 4 procent till insatser kring arbete och sysselsättning. Den enda insats som rör boende är den inventering som kommunerna har genomfört med prestationsmedel för att kartlägga målgruppens behov.

Figur 8. Fördelning av medel mellan PRIO:s tre övergripande mål 2012–2015, totalt 3,4 miljarder kronor.

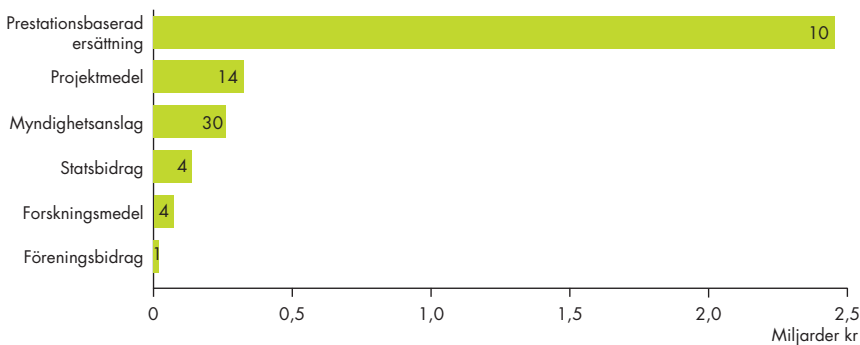


3.5.3 Insatserna har bedrivits av ett stort antal aktörer och prestationsbaserad ersättning har utgjort huvuddelen av satsningen

Insatserna (antal inom parentes) har bedrivits av ett antal olika aktörer som myndigheter (31), varav en stor del genomförts av Socialstyrelsen, SKL (13) och landsting (11) och det är också till dessa mottagare den största andelen av de avsatta medlen har gått (figur 9). Ett mindre antal insatser har drivits av forskningsinstitutioner (4), föreningar (2) företag (1) och Socialdepartementet (1) till vilka en förhållandevis liten andel medel avsatts. Den enda mottagare som skiljer sig nämnvärt är kommuner, där en stor summa fördelats mellan ett fåtal insatser (3). Se bilaga 3 för en fullständig indelning av insatserna efter utförare, anslagsform och insatsområde.

Figur 9. Fördelning av medel och antal insatser, mellan utförare 2012–2015.

Vad gäller formen för finansieringen har den övervägande majoriteten utgjorts av prestationsbaserade ersättningar till kommuner och landsting (72 procent) vilka tilldelats 2,5 miljarder kronor (figur 10).

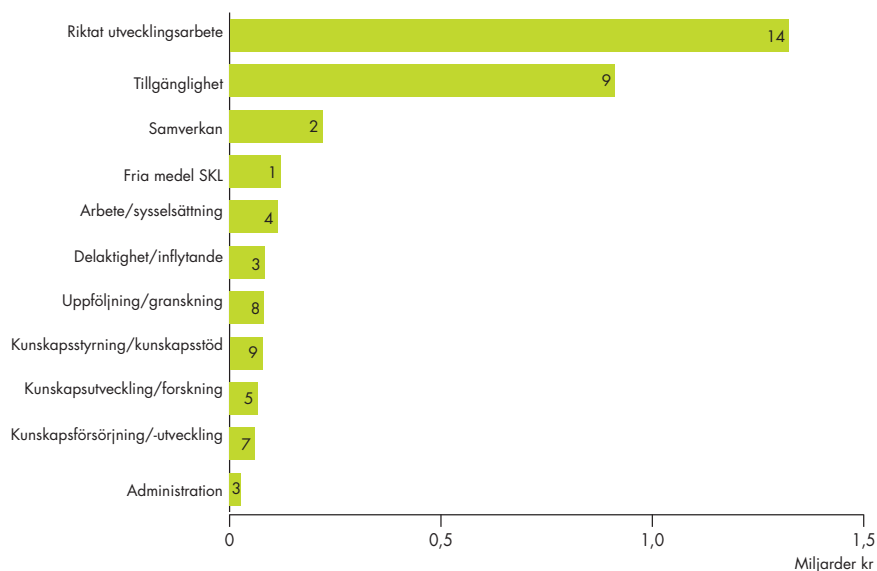
Figur 10. Fördelning av medel (antal insatser) mellan anslagsformer 2012–2015.

Tonvikten har legat på insatsområdena riktat utvecklingsarbete och samverkan. De har både omfattat flest antal insatser och den största andelen av medlen (figur 11). Med riktat utvecklingsarbete avses här till exempel den prestationsbaserade insatsen för att rapportera in till de psykiatriska kvalitetsregistren. Figuren visar att en mindre del av medlen har gått till insatser på individnivå, exempelvis arbete och sysselsättning, delaktighet och inflytande. Värt att notera är också att många insatser, men en förhållandevis



liten andel av medlen riktat sig mot kunskapsstyrning och kunskapsstöd respektive kompetensförsörjning och kompetensutveckling.

Figur 11. Fördelning av medel (och antal insatser) mellan insatsområden 2012–2015.



3.5.4 Insatserna är motiverade men det är oklart hur urvalet har gått till

Syftet med insatserna har varit att driva utvecklingen mot måloppfyllelse och vi har gjort bedömningen att de allra flesta av insatserna har varit motiverade. Samtidigt är det oklart hur urvalet av dem har gått till och vilka prioriteringar som legat till grund för valet. Det första urvalet gjordes, som nämnts tidigare, utifrån de målsättningar som fanns formulerade i regeringens skrivelse *En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning* (Regeringens skrivelse 2008/09:185). Det har inte heller varit tydligt vad som har legat till grund för valet av nya insatser eller varför vissa insatser fått utgå under satsningens gång. En stor del av insatserna som ingått i PRIO är fortsättningar på insatser som initierades inom ramen för Statens psykiatrisatsning 2007–2011 och dessa kan därmed ses som en förlängning av den tidigare satsningen. Som vi lyfter fram ovan har insatserna också varit otillräckliga på vissa områden och det finns behov som endast i begränsad utsträckning täcks in. Det gäller bland annat den somatiska hälsan hos personer med psykisk ohälsa som är en av utmaningarna som vi lyfter fram

i avsnitt 1.3. En del av insatserna är också delvis överlappande och har så närliggande syften och innehåll att de skulle kunna beskrivas som delar av en och samma insats.

3.6 UTFALLET AV PRIO

3.6.1 Utfall på målnivå: Målstrukturen har varit otydlig och bristen på data och indikatorer har försvårat bedömningen

Väldefinierade mål och målnivåer är förutsättningar för att möjliggöra uppföljning av satsningens resultat. Men av flera anledningar har det varit svårt att bedöma måluppfyllelsen i PRIO.

- De övergripande målen är visionära till sin karaktär – det finns inte någon bortre tidsgräns för när de kan anses vara uppfyllda. Delmålen har varit desto fler och av varierande omfattning.
- Vissa delmål inkluderas i flera sakområden vilket har bidragit till att göra målstrukturen otydlig. Ett alternativ till de många delmålen hade varit färre och tydligare prioriterade mål, som gett större tydlighet för satsningens riktning och bättre möjlighet att påvisa dess effekter.
- Delmålen svarar inte fullt ut mot de tre övergripande målen. Det innebär att det inte går att bedöma om de övergripande målen uppfyllts även om delmålens resultat skulle uppfyllas helt. I vissa fall har det inte heller varit möjligt särskilja vilka utfall som direkt kan kopplas till mål inom PRIO och vilka som är resultat av andra närliggande satsningar.
- Det har varit svårt att identifiera en logisk kedja från problemanalys via målformulering och indikatorer till val av insatser.
- Bristen på datakällor och indikatorer har försvårat bedömningen av utfallet för satsningen. Detta i kombination med avsaknad av baslinjemätningar har inneburit att vi byggt vår utvärdering på logiska resonemang och intervjuer kring sannolika effekter snarare än på direkta orsakssamband.

I vår utvärdering av PRIO som presenterades 2014 bedömde vi måluppfyllelsen där data och indikatorer fanns tillgängliga. Vi konstaterade då att det i många fall hade gått för kort tid för att kunna iaktta några större förändringar för delmålen (Vårdanalys 2014b). Ett exempel där det emellertid hade skett förändringar var delmålet om att bidra till minskad stigmatisering. Där hade kampanjen *Hjärnkoll* (CEPI 2014) bidragit till att förbättra synen på personer med psykisk ohälsa, och förbättringarna var större i de län där riktade kampanjer bedrivits.



Under 2013 tog samordningsfunktionen vid Socialdepartementet initiativ till att göra målen mätbara och ta fram indikatorer för dem. Detta arbete har varit viktigt, men nådde inte ända fram och det hade behövts utvecklats ytterligare. Det handlade om hur målen skulle följas upp och med vilka datakällor och när de kunde anses ha kunnat vara uppfyllda. De indikatorer som valdes ut skulle också kunnat ha varit bredare. Några av delmålen operationaliserades inte medan andra kunde mätas först en bit in i satsningen.

3.6.2 Utfall av de enskilda insatserna: De flesta insatserna har nått sina mål och gett upphov till ett omfattande arbete

Insatserna inom PRIO har under åren 2012–2015 varit många och varierat i omfattning och karaktär. De flesta har motiverade syften och de flesta har uppnått sina insatsspecifika mål. Genom insatserna har ett mycket omfattande arbete bedrivits inom kommuner, landsting, SKL, Socialdepartementet, myndigheter, forskningsinstitut, företag och föreningar runt om i landet. Arbetet har till stor del genomförts i enlighet med respektive uppdrag. Många insatser och mycket medel har lagts på att förbättra tillgängligheten för barn och unga. Det har gjorts genom prestationsinsatser för att öka tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri och *Psynk-projektet*, som bland annat genom att utveckla hemsidor bidragit till att förbättra informationen om första linjen. Dessutom har registreringar i de psykiatriska kvalitetsregistren ökat. Tillsammans med kommunernas inventeringar av personer med psykisk funktionsnedsättning har viktig information om målgruppen samlats in. Flera insatser har bidragit till stärkt kompetens och ökad kunskap inom området: ett exempel är *Mer teori i specialisttjänstgöringen (METIS)*, en insats för specialistkompetenskurser i psykiatri och fördjupad allmäntjänstgöring och specialisering för läkare. Vad gäller patient- och brukarperspektivet har NSPH:s arbete kring delaktighet bidragit till att förstärka nätverken i landet.

Men trots att omfattande arbete bedrivits genom de enskilda insatserna så saknas en tydlig koppling mellan insatsernas egna mål och PRIO:s mål. Insatserna är inte heller i linje med de indikatorer för det delmål som de förväntas bidra till. Därför går det inte i dessa fall att bedöma i vilken utsträckning insatserna har bidragit till uppfyllelse av satsningens mål. I vissa fall har insatsernas mål varit lågt ställda och haft en alltför begränsad omfattning i förhållande till delmålen, så att det inte går att se effekter på nationell nivå. För en del insatser har målen varit så långsiktiga att de varit omöjliga att följa upp inom tidsramen för insatsen.

För både de enskilda och de prestationsbaserade insatserna har stort fokus legat på det arbete som ska utföras, medan resultatet har kommit i skymundan. Om en insats ska kunna bidra till långsiktiga förändringar måste fokus flyttas till önskat utfall för att stärka incitamentet för att genomföra arbetet. Mycket arbete inom insatserna har också lagts på att stegvis förändra och förstärka strukturer, bedriva försöksverksamhet, presentera förslag, genomföra pilotstudier med mera, men det är oklart hur arbetet fortsätter när finansieringen upphört. Kunskap och erfarenheter skulle också kunna tas tillvara och implementeras mycket bättre inom och mellan kommuner och landsting, myndigheter, patient- och brukarorganisationer, även i det framtida arbetet.

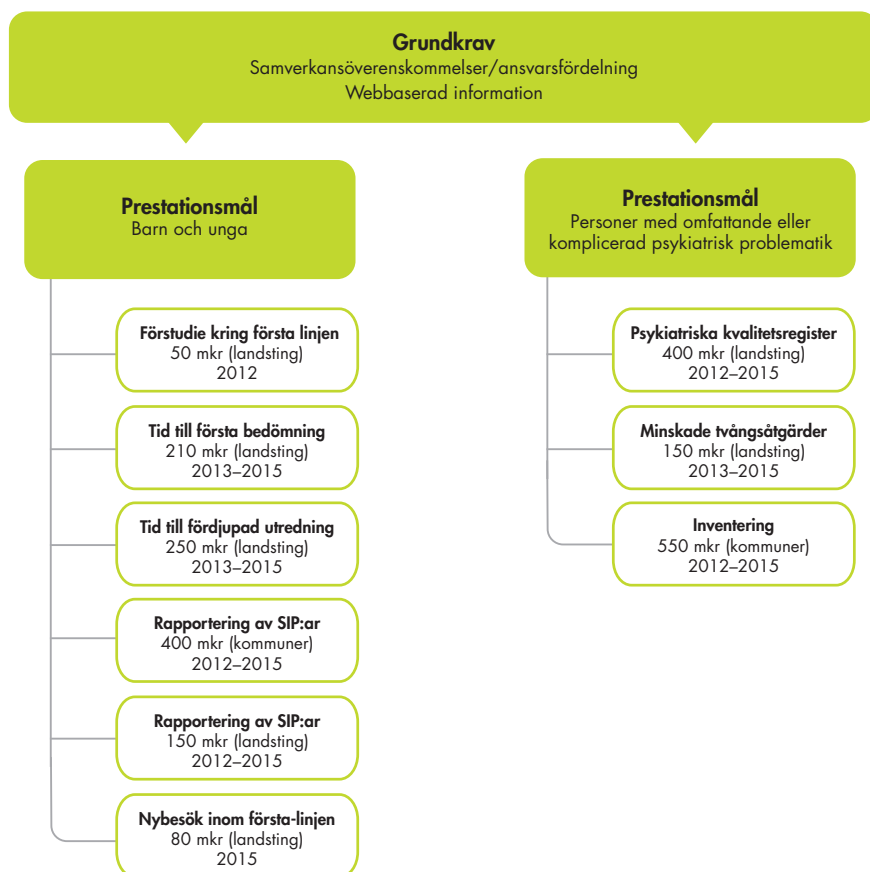
3.6.3 Utfall av de prestationsbaserade insatserna: Prestationsbaserad ersättning har utgjort ett starkt styrmedel

Som tidigare nämnts har över 70 procent av PRIO:s medel betalats ut till de kommuner och landsting som uppfyllt grundkraven plus ett eller flera av prestationsmålen i överenskommelsen mellan staten och SKL (Regeringen 2012c, Regeringen 2012d, Regeringen 2013c, Regeringen 2014). Storleken på beloppet som delas ut till varje enhet (kommun eller landsting) är beroende av hur många som uppfyller kraven och målen. Grundkraven har både handlat om överenskommelser om samarbete och om webbaserad information till barn och unga. Prestationsmålen täcker in fler områden och är i sin tur uppdelade på de två målgrupperna och gäller antingen kommuner eller landsting.

En del av grundkraven och prestationsmålen omfattar ett lagkrav som till exempel samverkan avseende personer med psykisk ohälsa. Trots att det sedan tidigare finns bestämmelser om detta i lagen, har huvudmännen i vissa fall först börjat följa lagstiftningen när ekonomiska incitament, det vill säga prestationsmedel, kopplats på.



Figur 12. Grundkrav och prestationsmål inom överenskommelsen mellan staten och SKL 2012–2015 (mottagare inom parentes). Prestationsmålen delas in under de prioriterade målgrupperna barn och unga respektive personer med omfattande psykiatrisk problematik. mkr = miljoner kronor.



Det är oklart vad pengarna har använts till

Modellen med prestationsbaserad ersättning är ett kraftfullt styrmedel för staten. Det som efterfrågas har i stor utsträckning levererats. Eftersom större delen av PRIO:s medel har gått till prestationsbaserade insatser har resultatet av insatserna haft stor inverkan på utfallet för satsningen. Men samtidigt som en stor summa pengar har använts till ändamålet är effekterna av styrmedlet inte är tillräckligt väl kända. Det är också oklart vad de medel som har betalats ut har använts till, eftersom de inte varit öronmärkta och det inte funnits något krav på återrapportering. Genom intervjuer har det framkommit att medlen i vissa kommuner har använts till satsningar på angelägna områden

för den lokala verksamheten, medan de i andra kommuner istället har gått in i den allmänna budgeten och det är oklart om de har kommit verksamheter riktade mot personer med psykisk ohälsa till del.

Eftersom Sveriges 21 landsting och 290 kommuner ser mycket olika ut har de också olika förutsättningar för att uppnå grundkraven och prestationsmålen. En risk som har identifierats med den här typen av ersättningsmodell är att de kommuner och landsting som har goda förutsättningar, och uppfyller kraven och målen, är med och delar på avsatta medel och därigenom får ännu bättre förutsättningar. De som istället har sämre förutsättningar och inte klarar krav och mål, blir utan medel och halkar efter ännu mer – samtidigt som förmodligen just dessa kommuner eller landsting behöver medlen allra mest. För att komma tillrätta med problemet skulle därför en kombination av prestationsbaserade stimulansmedel och stöd till utvecklingsprojekt kunna vara en möjlig strategi, men en fördjupad analys krävs för att specifikt beskriva hur en optimal kombination kan se ut. Denna modell har delvis tillämpats inom PRIO, exempelvis avseende tvångsvården där både inslag av prestationsmedel och utvecklingsinsatser har förekommit.

Om prestationsbaserad ersättning även fortsättningsvis ska användas, bör utformning och ambitionsnivå ses över, och det behövs en tydlig styrning av hur medlen används.

Uppfyllelse av grundkrav och prestationsmål har varit god...

Vi har bedömt att grundkraven och prestationsmålen i överenskommelsen fokuserar på relevanta behovsområden. Uppfyllelsen av prestationsmålen har varit förhållandevis hög och allt fler kommuner och landsting har blivit godkända under satsningens gång. Ett prestationsmål där det skett en mycket positiv utveckling är registreringar av ny- och återbesök i relevant psykiatriskt kvalitetsregister, där antalet godkända landsting mer än fördubblats sedan 2012. Även om prestationsmedlen har bidragit till bättre kvalitetsregister, så var de tekniska förutsättningarna så bristfälliga vid starten att det knappast var meningsfullt att koppla prestationsmedel till dem då. Vi ser också att uttag och användande av data i registren för att utveckla verksamheterna måste öka i högre takt för att motivera arbetet med registreringen.

... men nivån på krav och mål är fortfarande låg

Målen i överenskommelsen var till en början medvetet lågt ställda för att bidra till att insatsområdena aktualiserades och att arbetet kom igång. Det framkom i våra intervjuer med representanter från SKL, Socialdepartementet och Socialstyrelsen (Vårdanalys 2013). Enligt dessa myndigheter var tanken



att nivån på grundkrav och prestationsmål successivt skulle höjas följande år, vilket också skedde. Men vi bedömer att nivåerna på krav och mål under det avslutande året för satsningen fortfarande var förhållandevis låga.

Med dagens utformning av prestationsmålen är det enligt oss inte troligt att de är tillräckliga för att motsvara målgruppernas behov, även om målen uppfylls av samtliga kommuner och landsting. Men samtidigt som nivån på krav och mål höjts har också fler kommuner och landsting klarat dem. Det kan antingen tyda på att verksamheterna har prioriterat arbetet med just dessa frågor eller att målen satts alltför lågt.

Fokus har legat på process och inte utfall

Prestationsmålen har bidragit till att sätta fokus på ett antal angelägna insatsområden, men utformningen har medfört mycket fokus på det arbetet som ska bedrivas snarare än det önskade utfallet. Ett exempel på detta är kvalitetsregistren. Mycket arbete läggs på registreringar, men planer saknas som beskriver hur informationen ska användas. Detta kan leda till kortsiktiga förändringar inom verksamheterna, men det finns en överhängande risk att arbetet upphör när särskilda medel inte längre betalas ut. Om fokus flyttas från process till önskat utfall, kan utfallet snarare än ekonomisk ersättning utgöra drivkraften.

För flera av prestationsinsatserna har vi noterat att positiva resultat har uppnåtts, men att det finns utrymme för förbättringar. I exemplet med kvalitetsregistren hade mer fokus behövt läggas på att göra data tillgängliga och användbara för de berörda verksamheterna, eftersom data ska användas för att utveckla verksamheterna.

För vissa prestationsmål saknas kvalitetsmått. Det gäller exempelvis målen om rapportering av antal upprättade SIP:ar och uppskattningen av behovet av dem, samt grundkravet om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Vad gäller arbetet med SIP:ar noterar vi också att det är själva rapporteringen och upprättandet av planer som har belönats – inte innehållet i planerna eller hur de följs upp. Det saknas också en gemensam syn på hur SIP:ar ska tas fram och användas, vilket har försvårat samverkan mellan olika aktörer och det finns en risk för att planerna ses som ett byråkratiskt verktyg.

Det är inte heller tillräckligt väl känt om SIP:arna bidrar till att förbättra situationen för patienten eller brukaren; se Vårdanalys fördjupade utvärdering kring samverkan (Danermark 2015). Mycket av arbetet som bedrivits inom prestationsinsatserna fokuserar också på olika former av planer, dokumentation och administration, medan mindre resurser läggs på

praktiskt arbete. En risk med detta är att byråkrati och regler hamnar i fokus i stället för patienten och brukaren. Ett tydligt exempel på prestationsinsats där individen emellertid står i centrum är den förbättrade tillgängligheten till barn och ungdomspsykiatri, där barn och unga ska ges tid till första bedömning och fördjupad utredning inom 30 dagar.

För en fördjupad utvärdering av prestationsbaserad ersättning, se 2014 års lägesrapport (Vårdanalys 2014b).

3.6.4 Utfall på patient- och brukarnivå: Patient- och brukarorganisationerna har varit viktiga

Patient- och brukarorganisationer har spelat en viktig roll i PRIO. Vi ser positivt på att många myndighetsuppdrag och insatser inom överenskommelsen mellan staten och SKL har genomförts i samråd med NSPH. Men vi noterar att det saknas uppföljning av i vilken utsträckning det påverkat genomförandet av insatserna.

Patient- och brukarperspektivet har också varit framträdande genom att webbaserad information till barn och unga formulerats som ett av grundkraven som landstingen och kommunerna måste uppfylla för att kunna ansöka om prestationsmedlen. Men majoriteten av insatserna inom PRIO har i första hand riktats mot psykiatrisk vård, och det har sällan förts resonemang om, och i så fall hur, insatserna kan ge effekter på individnivå och hur detta kan följas upp. Eftersom det i stor utsträckning saknas data och indikatorer för att följa upp patient- och brukarperspektivet i insatserna är det svårt att påvisa några effekter för målgruppen. I många fall har insatser med direkta effekter för patienter och brukare också varit begränsade i omfattning genom pilotprojekt och liknande.

I regeringens kommande arbete inom psykisk hälsa är det viktigt att säkerställa att såväl patientens och brukarens som deras anhörigas åsikter finns representerade. Det är också viktigt att andra förbund än de som är anslutna till NSPH finns representerade och att även personer som inte är medlemmar i någon patient- eller brukarorganisation får komma till tals. Det handlar framför allt om att barn och unga ska bli delaktiga.

3.7 LÄRDOMAR FRÅN FRAMGÅNGSRIKA INSATSER

Nedan beskriver vi två av PRIO:s insatser som vi valt att lyfta fram för att de har genomförts med gott resultat. Det handlar om kampanjen *Hjärnkoll* och det *Nationella självska-deprojektet*.



Hjärnkoll – en kampanj för att förändra attityder

Kampanjen Hjärnkoll är en insats som har förberetts, genomförts och utvärderats på ett strukturerat sätt. Kampanjen har pågått sedan 2009 med syfte att öka allmänhetens kunskap om psykisk ohälsa och minska negativa attityder mot människor som lever med den. Hjärnkoll har drivits genom ett nära samarbete mellan den dåvarande myndigheten Handisam (numera Myndigheten för delaktighet) och NSPH (Regeringen 2011b).

Kärnan i Hjärnkolls arbete är nätverket av drygt 300 ambassadörer som NSPH i huvudsak ansvarat för. För att nyansera föreställningar om psykisk ohälsa delar de öppet med sig av sina erfarenheter av psykisk ohälsa, samt leder utbildningar, informerar, föreläser och deltar i utvecklingsarbeten i skolor, på arbetsplatser, på myndigheter och i media. Arbetet har fram till december 2014 bedrivits genom insatser i åtta så kallade kampanjlän. Hjärnkoll har sedan 2015 ett riksförbund som NSPH står bakom.

Systematisk uppföljning har bedrivits från start

Redan från starten har CEPI löpande utvärderat arbetet genom befolkningsundersökningar och intervjustudier. Syftet har varit att mäta om Hjärnkoll bidragit till att öka kunskapen om psykisk ohälsa samt om negativa attityder och beteenden har minskat. De metoder och instrument som använts har översatts till svenska, samt testats och visat sig vara tillförlitliga och användbara (Myndigheten för delaktighet 2015).

Utvärderingarna av kampanjen har visat att det under de senaste fem åren har skett förändringar i attityder och beteenden mot personer med psykisk ohälsa, vilket skulle kunna leda till en ökad öppenhet och ett minskat avståndstagandet mot dessa individer. De senaste resultaten bekräftar också en tidigare noterad positiv utveckling av attityderna. Allmänheten fortsätter att bli mindre negativt inställd till människor med psykisk ohälsa, både i kampanjlänen och i riket som helhet. Dessutom förstärker en mätning i ett av kampanjlänen bilden av att brukare i minskande utsträckning upplever diskriminering (CEPI 2014).

Hjärnkoll avslutades i december 2014. Därefter gavs regeringen Myndigheten för delaktighet i uppdrag att återigen i samarbete med NSPH fortsätta att driva ett program för att få till stånd en permanent och långsiktig verksamhet på nationell och regional nivå. I uppdraget ingår att stödja patient-, brukar- och anhörigorganisationerna i syfte att de ska ta ett långsiktigt ansvar för verksamheten.

Målen är tydliga och möjliga att följa upp

Hjärnkolls målstruktur är tydlig och uppföljningsbar, och de baslinjemätningar som genomfördes 2009 inför att kampanjen lanserades har varit viktiga. Utan baslinjemätningarna hade möjligheten till uppföljning varit mer begränsad. Före lanseringen studerades också forskningsresultat och befintliga internationella insatser på området för att kampanjen skulle bygga på bästa tillgängliga kunskap. Genom att Hjärnkoll redan från starten utformades med möjlighet till uppföljning och utvärdering i kombination med fördjupade studier (Hansson och Markstrom 2014), har insatsen kunna följas kontinuerligt och viktiga erfarenheter kunnat tas tillvara. Vi bedömer att detta upplägg även skulle kunna lämpa sig inom andra områden.

Nationella självskadeprojektet – ett program för att utveckla kunskap om vård av unga med självskadebeteende

Nationella självskadeprojektet syftar till att utveckla och samordna kunskap kring unga med allvarliga eller risk för allvarliga självskadebeteenden, samt förbättra det tidiga omhändertagandet. Det övergripande målet med insatsen är att minska antalet unga med självskadebeteende. Ett par delmål är att minska inläggningarna av unga i slutenvården och att minska antalet tvångsåtgärder. Samarbete bedrivs med brukar- och anhörigorganisationer och arbetet organiseras genom en nationell styrgrupp i tre regionala kunskapsnoder: Västra Götalandsnoden, Stockholmsnoden och Skånenoden. Den nationella styrgruppen har bestått av representanter från de olika kunskapsnoderna och från SKL, Socialstyrelsen samt patienter, brukare och närstående. Kunskapsnodernas uppdrag har varit att

- skapa en regional kunskapsnod där den egna regionens resurser inom området och resurser i andra landsting länkas samman för att utbyta erfarenheter och skapa ny gemensam kunskap
- skapa och delta i ett nationellt nätverk inom området
- samla erfarenhet om förebyggande och tidiga insatser samt insatser för de allra svårast sjuka
- skapa strukturer för att sprida kunskap och ge handledning, råd och stöd
- ta fram underlag för jämförande studier för bättre uppföljning och utvärdering
- utarbeta mätbara mål som sedan ska följas upp och redovisas.

Under 2012 genomfördes en förstudie i form av en inventering av vilka kliniska verksamheter som tar emot patienter med självskadebeteende. Forskare vid Lunds universitet inventerade också kunskapsläget om vilka behandlingsmetoder som har stöd i forskning. Baserat på inventeringarna har en rad aktiviteter planerats och genomförts inom respektive nod. Arbetet kommer övriga delar av projektet tillgodo på nationell nivå, till exempel genom produktion och underhåll av den gemensamma hemsidan (www.nationellsjvalvskadeprojektet.se), prevalensmätningar, en satsning för att identifiera och om möjligt hämta data ur befintliga register, en inventering om utmaningar i slutenvården samt utvärdering och implementering av olika behandlingsmetoder.

Merparten av målen för projektet har uppnåtts

Merparten av de mål som formulerades i planen för insatsen har helt eller delvis uppnåtts. Projektet är en bit på väg i sitt uppdrag att bygga upp de tre noderna och engagera landstingen i arbetet med att utveckla kunskap om och vård av unga med självskadebeteende. Exempel på aktiviteter är att ett förslag till en ny behandlingsform för de allra svårast sjuka har utformats, att en webbutbildning för dem som möter människor med självskadebeteende har satts upp och att ett stort antal anställda inom vården har kompetensutvecklats i hur självskadebeteende bemöts.

I januari 2015 publicerades det första nationella kvalitetsdokumentet kring psykiatrins insatser vid självskadebeteende. Dokumentet sammanfattar aktuell kunskap om effektiva insatser inom specialistsykiatrin. Rekommendationerna baseras på aktuell forskning och ska enligt författarna ses som grundläggande för alla övriga insatser och gå som en röd tråd genom utvecklingsarbetet. Om tillräcklig forskning saknas, och konsensus funnits i programgruppen, baseras rekommendationerna på klinisk erfarenhet och erfarenheter från personer med egen erfarenhet av självskadebeteende (Nationella Självskadeprojektet 2015b). Dokumentet innehåller även ett stöd för implementering, och målet är

att dokumentet ska bidra till god och likvärdig vård över landet.

I oktober 2015 publicerades ett tillägg till kvalitetsdokumentet med fokus på vård i heldygnsvårdsmiljö. Tillägget samlar forskning, bygger vidare på befintliga kunskaper och innehåller förslag på hur slutenvården kan utvecklas (Nationella Självskadeprojektet 2015a). Genom projektet har ett brett nationellt arbete förankrats och berörda aktörer har engagerats. SKL uppger i sin delrapport (SKL 2013) att strukturer behövs, kanske i de ordinarie verksamheterna, för att utvecklingsarbetet ska kunna fortsätta. Vi anser att Nationella Självskadeprojektet är ett bra exempel på en insats där man lyckats skapa en struktur (kunskapsnoderna) och en organisation som stödjer ett systematiskt förändringsarbete och där kunskapen tillvaratas effektivt och kommer till nytta i hela landet.

3.8 STYRNING OCH ORGANISERING AV PRIO

3.8.1 Satsningen har styrts av samordningsfunktioner vid Socialdepartementet respektive SKL

PRIO har letts av nationella samordningsfunktioner med kanslier både vid Regeringskansliet/Socialdepartementet och SKL. Syftet har varit att utifrån ett gemensamt ansvar skapa bästa möjliga förutsättningar för resursutnyttjande och kvalitetsutveckling på området. De två samordningsfunktionerna har styrt satsningen och stöttat kommuner, landsting och övriga aktörer i genomförandet av insatserna.

Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet

Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har haft i uppdrag att leda och styra satsningen, samt ansvara för samordning och utveckling av insatserna. Det har även ingått att styra mot en ökad statlig samordning och en mer behovsanpassad kunskapsstyrning. Arbetet har letts av en ämnessakkunnig nationell samordnare. Personerna har utsetts av regeringen. Uppdraget för samordningsfunktionen har bestått i att

- följa upp hur handlingsplanens mål uppfylls
- analysera förutsättningarna för handlingsplanens genomförande i syfte att identifiera eventuella strukturella hinder
- informera berörda huvudmän och andra aktörer om handlingsplanens mål och innehåll
- stimulera dialog, kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan berörda professioner och verksamhetsansvariga samt föra dialog med politiker och andra beslutsfattare på statlig, regional och lokal nivå

- lämna förslag till åtgärder som bidrar till ökad måluppfyllelse, resurs-effektivitet och kvalitet i de insatser som omfattas av handlingsplanen
- bidra till att utforma regeringens fortsatta arbete kring psykisk ohälsa.

Samordningsfunktionen vid SKL

Motsvarande samordningsfunktion vid SKL har också varit delaktig i att styra PRIO. Samordningsfunktionens huvudsakliga uppgift har varit att samordna och stötta genomförandet av de insatser som sker i kommuner och landsting samt skapa möjlighet till erfarenhetsutbyte. Arbetet har bestått i att

- föra dialog med landsting, kommuner, politiker och organisationer
- samordna genomförandet av insatser i kommuner och landsting
- bedriva utvecklingsarbete inom överenskommelsen för att stödja en snabbare utveckling av de områden inom psykisk ohälsa som berörs av PRIO
- ta fram och distribuera stöddokument
- arrangera PRIO-nätverksträffar med kommun- och landstingsrepresentanter
- driva kommunikation via sociala medier
- hålla möten med den referens- och strategigrupp som funnits för satsningen
- bidra till att utforma det fortsatta arbetet kring psykisk ohälsa.

3.8.2 Samordningsfunktionerna har varit en förutsättning för att driva arbetet med satsningen framåt och samarbetet mellan dem har varit starkt

Vi har bedömt att de två samordningsfunktionerna har haft stor betydelse för att styra och driva arbetet framåt. Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har framför allt bidragit genom att styra arbetet mot satsningens del- och övergripande mål. Motsvarande samordningsfunktion vid SKL har stöttat kommuner och landsting i arbetet med insatserna. En viktig del i deras arbete har varit de PRIO-nätverksträffar som arrangerats och som bidragit till att involvera kommun- och landstingsrepresentanter i satsningen. Nätverksträffarna har också varit viktiga för informationsspridning och stöd, samt för utbyte av erfarenheter och lärdomar mellan kommuner och landsting. Samarbetet mellan samordningsfunktionerna har varit starkt och det har bidragit till en samsyn kring uppdraget. Individer inom funktionerna har också varit starkt drivande i arbetet. Vi ser positivt på att arbetet har skett i samverkan med organisationer som företräder patienter, brukare och närstående.



Under satsningens gång har samordningsfunktionernas arbete utvecklats. Initialt handlade samordningsfunktionen vid Socialdepartementets arbete framför allt om att ge detaljerat stöd till de olika insatserna inom PRIO. Arbetet har sedan övergått till att styra mot satsningens mål. Samordningsfunktionen inom Socialdepartementet har under 2015 även haft uppdraget att leda arbetet med att utveckla en ny statlig satsning, som tar vid när PRIO har avslutas.

Samordningsfunktionen vid SKL har också utvecklats. Från att i början ha varit operativ och detaljerad, där SKL stöttat kommuner och landsting i arbetet med grundkrav och prestationsinsatser, har samordningsfunktionen sedan arbetat mer strategiskt och övergripande.

Vi bedömer att styrningen inom Socialdepartementet har varit underdimensionerad i förhållande till satsningens omfattning och komplexitet. Av de totalt 3,4 miljarder kronor som avsatts har samordningsfunktionen vid Socialdepartementet tilldelats 14,3 miljoner kronor (2012–2015). Vi noterar att inga särskilda resurser har avsatts för planering av framtida arbete, utan det har ansetts rymmas inom ramen för de medel som betalas ut. Vi bedömer att en satsning med PRIO:s omfattning behöver ha betydligt större resurser för analys och stöd för strategisk rådgivning än de resurser som samordningsfunktionen vid Socialdepartementet haft tillgång till för den nuvarande samordningsfunktionen.

3.8.3 Fortsatt arbete med att utarbeta mätbara mål och målnivåer är angeläget

Samordningsfunktionen vid Socialdepartementet har tagit fram ett förslag på en operationalisering som åtminstone delvis gjort det möjligt att följa upp PRIO:s delmål. Som tidigare nämnts har det funnit uttalade brister i utformningen av målen och i möjligheten till uppföljning av dessa (se avsnitt 3.4.2). Vi bedömer också att den operationalisering som tagits fram borde ha funnits på plats redan innan satsningen startade, tillsammans med en väl utarbetad plan för hur uppföljningen skulle göras.

Mot bakgrund av detta är det angeläget att inom ramen för framtida arbete utveckla mätbara mål, målnivåer, pålitliga datakällor och relevanta indikatorer som är kvalitetssäkrade och färdiga att användas redan när satsningen startar. De datakällor och indikatorer som använts inom PRIO bör även fortsättningsvis användas (och kompletteras) för att göra det möjligt att studera förändringar både inom och mellan satsningarna. Om lämpliga data och indikatorer saknas kan uppföljningen göras med hjälp av forskningsbaserade metoder eller intervju- och enkätstudier.

3.8.4 Den övergripande strukturen och administrationen för satsningen har varit bristfällig

Administrationen kring PRIO:s insatser har varit bristfällig. Det har saknats en strukturerad förteckning över ingående insatser, avsatta och förbrukade medel, tidsramar för insatserna, regeringsbeslut om uppdragen och tidpunkt för redovisning. Den otydliga strukturen har försvårat möjligheten att skapa en helhetsbild av satsningen vilket är nödvändigt för att visa hur medlen fördelas mellan mål, insatsområden, målgrupper och utförare. Det har också försvårat Vårdanalys uppföljnings- och utvärderingsarbete. Vi anser att denna struktur borde ha funnits på plats vid Socialdepartementet redan innan satsningen startade och därefter kontinuerligt uppdaterats under satsningens gång. Många av insatserna inom PRIO pågick redan när satsningen startade och kan därigenom ses som ett arv från Statens psykiatrisatsning.

Vi noterar också att regeringsuppdragen för insatserna har sett olika ut. Vissa regeringsuppdrag har varit hårt reglerande, och det har förekommit en viss överlappning mellan olika uppdragstagare. Det gör att roll- och ansvarsfördelningen blir otydlig, med risk för dubbelarbete. Ett exempel på detta är att både Socialstyrelsen och SKL har arbetat med att ta fram kunskapsstöd för ökad samverkan kring barn och unga genom SIP:ar. SKL har utfört arbetet genom grundkravet om samverkansöverenskommelser, prestationsmålet om SIP:ar och genom *Psynk-projektet*. Socialstyrelsen har i sin tur arbetat med kunskapsstöd för SIP:ar genom *Kunskapsstyrningsuppdraget* och insatsen *Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa*. Vi ifrågasätter om detta är ett effektivt sätt av staten att använda PRIO:s medel. Vi vill därför framhålla vikten av en tydlig ansvarsfördelning i det framtida arbetet.

3.8.5 Kunskap och erfarenheter måste tas tillvara och implementeras i framtida arbete kring psykisk hälsa

Det omfattande arbete som bedrivits inom PRIO har gett ny kunskap och nya erfarenheter, men det finns ett fortsatt behov av stöd för implementering i verksamheterna. Inför kommande arbete kring psykisk hälsa är viktigt att säkerställa att det finns en strategi för hur kunskap tas tillvara och sprids effektivt. Vi ser positivt på att SKL inom överenskommelsen tilldelas medel för att ge implementeringsstöd, men noterar att det enligt uppdraget endast handlar om att ge stöd för utvecklingsarbete samt att utveckla former för samverkan. Vi ser också positivt på att parterna inom överenskommelsen gemensamt ska ta fram en plan för hur arbetet som bedrivits inom satsningen

ska vidmakthållas och bli en del av en långsiktig struktur. Planen ska vara en del av ett underlag för att bestämma den fortsatta inriktningen för satsningen.

När denna rapport färdigställdes var planen inte publicerad. Det har därför inte gått att bedöma dess innehåll eller utformning.



Internationella lärdomar

4.1 INTERNATIONELLA LÄRDOMAR FÖR SVERIGE

I det här kapitlet presenterar vi tre internationella exempel på reformer och program som på olika sätt har förbättrat situationen för personer med psykisk ohälsa. I samtliga exempel har staten spelat en viktig roll. Vår utgångspunkt är att Sverige kan lära både av framgångsfaktorerna och hindren som har identifierats genom följande exempel:

- *E-mental Health Strategy i Australien*
- *Opening minds i Kanada*
- *Improving access to psychological therapies (IAPT) i Storbritannien*

4.1.1 De internationella exemplen ska vara relevanta för Sverige

Exemplen har valts ut för att motsvara de utmaningar som Sverige står inför. Lösningarna kan i olika utsträckning tillämpas på svenska förhållanden. Urvalet har gjorts utifrån följande kriterier:

- Relevans för Sverige – är exemplet relevant utifrån ett svenskt perspektiv givet utmaningarna?
- Statens roll – har staten varit delaktig och haft en tydlig roll i förbättringsarbetet?
- Evidensbaserad effekt – har exemplet uppvisat evidensbaserad effekt för att uppnå förbättringar?
- Utvärderingsmetod – har exemplet konstruerats på ett sätt som gör det möjligt att utvärdera resultaten, eller finns planer för hur man kan genomföra en sådan utvärdering?



4.2 E-MENTAL HEALTH STRATEGY I AUSTRALIEN

4.2.1 Lärdomar från E-mental health strategy

Följande lärdomar kan dras från *E-mental health strategy* i Australien:

- ▶ *E-hälsa riktad till personer mer psykisk ohälsa kan sänka trösklarna till vård och bidra till att självhjälp blir en integrerad del i vårdkedjan.*
- ▶ *Genom en nationell e-hälsostrategi kring psykisk hälsa har den australiensiska regeringen tagit ett samlat grepp om internetbaserad information och behandling.*
- ▶ *En nationell e-hälsoportal erbjuder samlad information och evidensbaserade behandlingsalternativ till medborgarna.*

4.2.2 Nätbaserade metoder används för att förebygga psykisk ohälsa

Nätbaserade metoder för att identifiera, förebygga och behandla lindrigare symtom på psykisk ohälsa, särskilt stress, ångest och depression, har under de senaste åren utvecklats och förekommer i allt större utsträckning. E-hälsolösningar förväntas fortsätta växa i omfattning till att bli en del av det ordinarie hälso- och sjukvårdssystemet. De kan utgöra en första kontaktpunkt för den som söker hjälp, särskilt för lättare symtom (Department of Health Australia 2012).

E-hälsolösningar riktade till personer med psykisk ohälsa kan bidra till att sänka trösklarna och öka tillgängligheten till vård. Australien har kommit långt i förebyggandet av psykisk ohälsa med hjälp av nätbaserade metoder. År 2012 tog den australiensiska regeringen ett helhetsgrepp och utvecklade en långsiktig, nationell strategi för det man kallar *E-Mental Health Strategy* (Department of Health Australia 2012) som bland annat innefattar investeringar på motsvarande cirka 640 miljoner svenska kronor 2012–2016. Målet med strategin är att gå från finansiering av ett fåtal beprövade och framgångsrika nätbaserade initiativ till en evidensbaserad, tillgänglig, professionellt erkänd och väl integrerad e-hälsa för personer med psykisk ohälsa.

4.2.3 En samlad nationell plattform utgör grunden

En central del i strategin är den nationella plattformen *Mindhealthconnect* (Mindhealthconnect 2015) som innehåller

- samlad evidensbaserad information om psykisk ohälsa och vård
- verktyg som hjälper människor att hitta rätt stöd och insatser
- länkar till evidensbaserade behandlingsformer på nätet
- skraddarsydd information och behandlingsalternativ för olika målgrupper.

Via plattformen kan människor i behov av personligt stöd nå en virtuell klinik, med en stegvis utformad funktion där stödet är anpassat till individens behov. Användaren börjar med självhjälp, men om det behövs får den personligt stöd av en psykiater eller samtalsterapeut. Plattformen finansieras regionalt av den australiensiska regeringen.

4.2.4 Beyondblue – ett nationellt centrum för depression

Beyondblue är ett nätbaserat initiativ som nås via *Mindhealthconnect* (Beyondblue 2015). Det initierades 2000 av Australiens regering. Syftet är att förändra synen på depression, från att vara ett isolerat problem för hälso- och sjukvården till något som uppmärksammas, berör och förstås av hela samhället.

Till *Beyondblue* kan personer som upplever psykisk ohälsa vända sig via nätet för att få evidensbaserad information om tillstånd och behandlingsalternativ, screena sig själv genom olika självskattningsverktyg, chatta med andra i liknande situationer och få stöd att söka hjälp för sina besvär. *Beyondblue* har en nationell stödlinje som riktar sig till människor med stress, depression eller ångest och låter dem samtala med en specialist. Under 2013 och 2014 mottog stödlinjen 73 000 telefonsamtal, 7 000 e-postmeddelanden och 23 000 chattärenden. Totalt distribuerades eller hämtades över 61 miljoner informationskällor ner via *Beyondblues* hemsida (Beyondblue 2014). Stödlinjen har likheter med svenska *Nationella Hjälpplinen* som erbjuder stöd och information via telefon och på nätet.

Beyondblue utgör idag en central del i det politiska förbättringsarbetet och i införandet av nya program för psykisk hälsa. Det har uppnåtts genom bland annat framtagning av evidensbaserad kunskap och skrifter som kommunicerar organisationens syn på viktiga frågor rörande depression och ångest (National Mental Health Commission 2014).

4.2.5 E-hälsolösningar kan ge besparingar för samhället

I Australien har en hälsokommission, *The National Mental Health Commission*, genomfört en omfattande granskning av program och tjänster för individer



och familjer som drabbats av psykisk ohälsa (National Mental Health Commission 2014). Där ingår en utvärdering av *E-mental Health Strategy*, som visat att e-hälsolösningar riktade till personer med psykisk ohälsa kan vara både kliniskt effektiva och kostnadseffektiva. E-hälsolösningar bedöms ha en viktig uppgift. Ökad användning och utbredning bidrar till att självhjälp blir en integrerad del i vårdkedjan. Detta kan leda till besparingar för stat och samhälle. E-hälsolösningar kan integreras i alla behandlingsmetoder för personer med psykisk ohälsa istället för att enbart utgöra ett separat behandlingsalternativ (National Mental Health Commission 2014).

I Sverige har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) utvärderat kostnadseffektiviteten för internetbaserad KBT och konstaterat att behandlingsskostnaderna är lägre i jämförelse med KBT i grupp eller individuellt. Men effekterna av respektive behandlingsform har inte utvärderats tillräckligt och det går inte att säkert bedöma vilket alternativ som är mest kostnadseffektivt (SBU 2013). E-hälsa kan spela en viktig roll i behandlingen av personer med psykisk ohälsa, men SBU:s sammanställning visar att det finns ett behov av fortsatt utvärdering och ytterligare kunskap kring effekterna hos de e-hälsotjänster som kan vara aktuella för införande i hälso- och sjukvården och omsorgen.

4.2.6 I Sverige saknas en sammanhållen strategi för e-hälsolösningar

Till skillnad från Australien finns i Sverige inget statligt helhetsgrepp kring e-hälsa för personer med psykisk ohälsa. Exempelvis saknar den svenska nationella e-hälsostrategin *Nationell e-hälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* (Socialdepartementet 2010) specifik inriktning på psykisk ohälsa. Istället finns flera separata nätbaserade initiativ, exempelvis *Nationella Hjälpplinen*, *kunskapsguiden.se*, *UMO (ungdomsmottagning på nätet)*, SKL:s arbete *Uppdrag psykisk ohälsa* och *1177 Vårdguiden: Tema Psykisk hälsa*.

I oktober 2015 öppnade den ideella föreningen Mind en självmordslinje som är tillgänglig via chatt och telefon för personer med självmordstankar och för anhöriga som har frågor om närstående som misstänks vara i riskzonen. Flera av initiativen har sin bakgrund i uppdrag från regeringen och har utvecklats vidare inom ramen för den egna verksamheten.

Plattformen 1177 Vårdguiden: Tema Psykisk hälsa tillhandahåller information på nationell nivå. Med hjälp av insatser som gjorts inom PRIO finns information om var hjälp finns att få. Via plattformen kan även flera av ovanstående nätbaserade initiativ och tjänster nås.

Sammantaget utgör de svenska initiativen viktiga funktioner för att söka information om sjukdomstillstånd, behandlingsalternativ och var hjälp finns att få. Men utbudet av evidensbaserad behandling på nätet är begränsat. Stockholms läns landsting (SLL) har startat en psykiatrienhet som erbjuder internetförmiddad KBT (IKBT) för depression, paniksyndrom och social fobi. Där pågår även internetbehandling inom ramen för olika forskningsprojekt. Initialt var behandlingen endast tillgänglig för personer skrivna i Stockholms län, men sedan den nya patientlagen (SFS 2014:821 2014) trädde i kraft den 1 januari 2015 är den även tillgänglig för personer från andra län.

I e-hälsokommitténs betänkande *Nästa fas i e-hälsoarbetet* (SOU 2015:32) fastställdes att landsting och kommuner länge har samordnat sig kring e-hälsofrågorna och att den tekniska utvecklingen har möjliggjort förbättringar och utveckling på området. Staten har bidragit på en övergripande nivå, men det behövs bättre samordning och starkare styrning och koordinering på e-hälsoområdet. Staten bör därför överväga att utarbeta en nationell handlingsplan för e-hälsoarbetet.

Så länge som förekomsten av psykisk ohälsa i Sverige ökar, så ökar också trycket på hälso- och sjukvårdssystemet. Då kan det bli allt viktigare att erbjuda individanpassade behandlingsalternativ och vård på rätt nivå. Lärdomar från Australien visar att det är motiverat att utreda hur en samlad e-hälsolösning kan bidra till att utveckla förebyggande insatser, behandling och självhjälp. Vårdanalys bedömer att de befintliga svenska initiativen och tjänsterna utgör en värdefull grund att bygga vidare på och att e-hälsoarbetet som utförts i Australien kan ge värdefulla insikter.

4.3 OPENING MINDS I KANADA

4.3.1 Lärdomar från Opening Minds

Följande lärdomar kan dras från *Opening Minds* i Kanada:

- *Opening minds i Kanada kan utgöra ett lärande exempel för utveckling av processer och metoder för systematisk utvärdering av insatser riktade mot personer med psykisk ohälsa.*
- *Modellen kan bidra med erfarenheter kring hur framgångsrika insatser kan spridas och implementeras.*



4.3.2 Opening minds sprider evidensbaserade initiativ

Gemensamt för många åtgärder som syftar till att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa är att det gjorts få uppföljningar som mäter effekterna av de insatser som genomförs. Bristen på evidensbaserad uppföljning gör det svårt för beslutsfattare, vårdgivare och patienter att veta om ett initiativ eller en behandling är effektiv eller inte. Detta leder i sin tur till att staten riskerar lägga pengar på initiativ som saknar vetenskapligt stöd och inte minst till att patienter kanske inte får bästa möjliga behandling.

År 2009 fick *The Mental Health Commission* i Kanada i uppdrag av staten att initiera ett arbete för att minska stigmatisering i samband med psykisk ohälsa. Kommissionen inledde en omfattande inventering av pågående, regionala antistigmaintiativ för att ta reda på vilka som var framgångsrika, för att sedan vidareutveckla och implementera dem nationellt. Mycket få initiativ visade sig vara utvärderade på ett tillfredsställande sätt. Därför inleddes en systematisk, evidensbaserad utvärdering för att få fram goda exempel (best practice).

År 2009 lanserades *Opening Minds*, som identifierar och sprider evidensbaserade framgångsrika initiativ och åtgärder och verkar för strukturell förändring och att minska stigmatiseringen kring psykisk ohälsa. *Opening Minds* är det mest omfattande arbetet inom området som genomförts i Kanada (Mental Health Commission of Canada 2012).

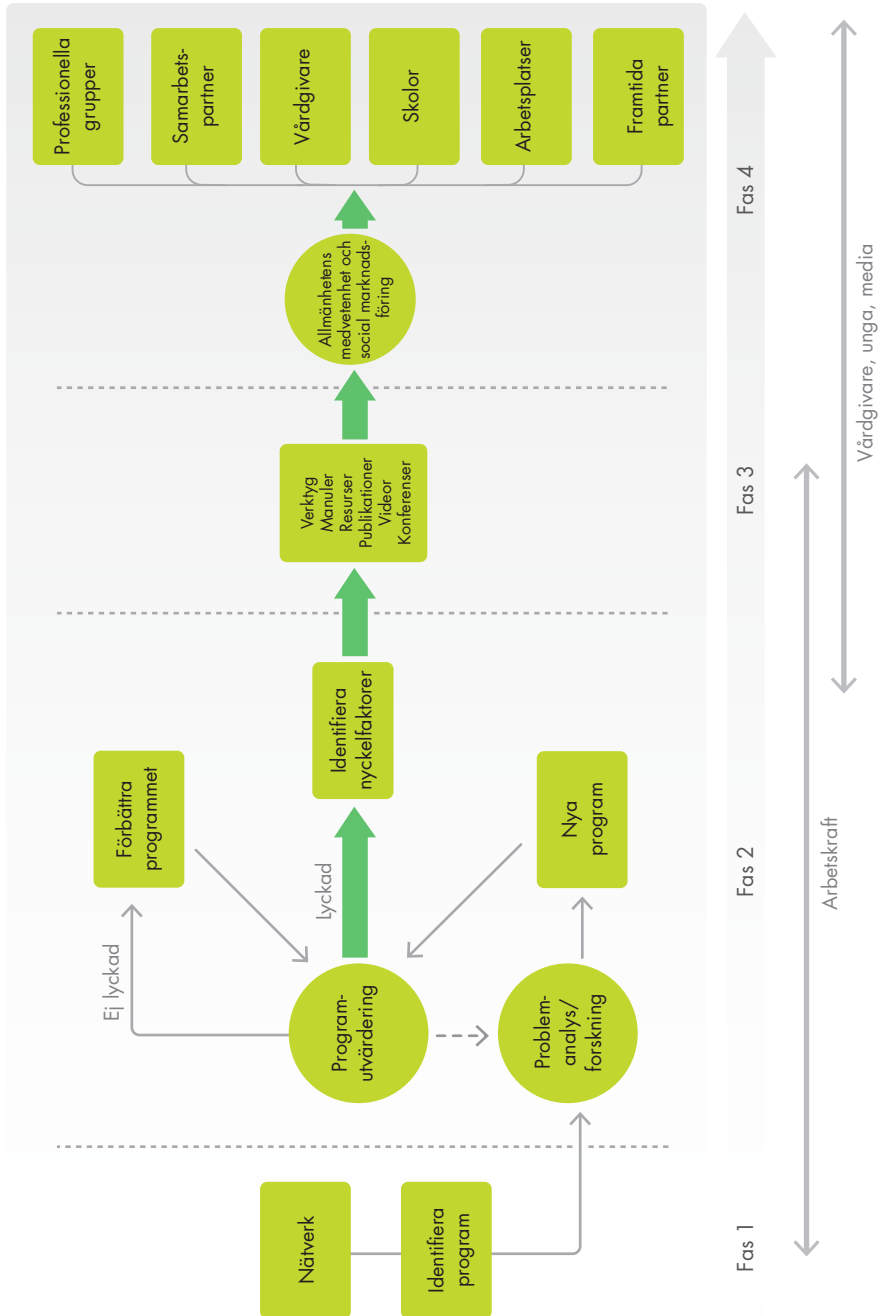
Tanken bakom *Opening Minds* är att identifiera framgångsrika åtgärder och urskilja viktiga framgångsfaktorer. Kunskap om åtgärder och framgångsfaktorer utgör sedan utgångspunkten för de verktyg som kan användas för att sprida goda exempel till olika målgrupper i samhället: unga, arbetsplatser, vårdgivare och media. Dessa målgrupper är valda för att ge god effekt, exempelvis genom prevention och tidig identifiering av symtom. Utöver framgångsfaktorerna identifieras luckor i åtgärderna, och potentiella lösningar tas fram.

Opening Minds arbetar med forskare inom respektive målgrupp för att stödja arbetet med utvärderingen. *Opening Minds* finansieras statligt med motsvarande cirka 13 miljoner kronor årligen. Genom att utvärderingen utförs av forskare och doktorander hålls kostnaderna nere och man satsar på så vis på unga, framtida experter inom området.

Så här går arbetet till (se figur 13):

- I fas 1 identifieras framgångsrika program som väljs ut för utvärdering.
- I fas 2 genomförs utvärderingen och framgångsfaktorer definieras. Här urskiljs och uppmärksammas även potentiella luckor och utmaningar i programmen.

Figur 13. Opening Minds modell för utvärdering och spridning av goda exempel (modifierad av Vårdanalys).



Källa: Mental Health Commission of Canada 2015, Opening Minds' presentation: Changing How We See Mental Illness.

- I fas 3 tas verktyg, manualer och andra stödresurser fram baserat på de mest framgångsrika metoder som identifierats.
- I fas 4 används olika kanaler, som till exempel sociala medier och informationskampanjer, för att sprida de framtagna metoderna och för att hjälpa till att implementera framgångsrika program i hela Kanada.

Hittills har över 250 program anmält intresse för att bli utvärderade. Av dessa har omkring 100 utvärderats.

Det kanadensiska exemplet *Opening Minds* kan utgöra en källa till kunskap och erfarenheter kring utvärdering och implementering av nya insatser inom vård och omsorg av personer med psykisk ohälsa i Sverige. Modellen har utvecklats för utvärdering av åtgärder kring stigmatisering, men kan appliceras på andra områden.

I Sverige är det mindre vanligt förekommande med systematiska och evidensbaserade utvärderingar av insatser som bedrivs för att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Inom PRIO har exempelvis endast ett fåtal systematiska utvärderingar genomförts. Ett exempel är *Hjärnkoll* som har utvärderats av Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI 2014).

4.3.3 Beautiful Minds – ett exempel på antistigma program med positivt resultat

Beautiful Minds (BeautifulMinds 2015) är ett framgångsrikt antistigma program som *Opening Minds* har utvärderat och spridit. Utbildningsprogrammet syftar till att sprida information om psykisk ohälsa och stigma för att utbilda och förändra attityder i samhället. Fokus ligger på tidig upptäckt och förebyggande insatser och programmet riktas därför främst till ungdomar och de stödfunktioner som omger dem, till exempel skolan. Programmet erbjuder utbildning, och grunden för arbetet är det faktiska mötet med individer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Presentationer och diskussioner hålls i gymnasieklasser. Såväl ansvariga lärare som elever får stöd i form av handböcker och vägledning av volontärer.

Resultat från utvärderingar av *Beautiful Minds* har visat tydliga attitydförändringar bland de unga som deltagit. Framgången förklaras bland annat med den medkänsla som kan skapas när människor träffar andra och delar med sig av sina egna erfarenheter (Mental Health Commission of Canada 2012). Programmet är ett exempel på en väl fungerande samverkan mellan intressenter, särskilt vad gäller tidiga insatser mot stigma genom aktiv medverkan från skolan.

4.4 IMPROVING ACCESS TO PSYCHOLOGICAL THERAPIES (IAPT), STORBRITANNIEN

4.4.1 Lärdomar från Improving Access to Psychological Therapies

Följande lärdom kan dras från *IAPT* i Storbritannien:

- *Vi vill lyfta fram den systematiska utvärderingen och den transparenta redovisningen av resultat som genomförs för KBT-behandlingar inom ramen för IAPT.*

4.4.2 IAPT bygger på en evidensbaserad modell

Stressrelaterade sjukdomar och depression är de vanligaste psykiska besvären i Storbritannien. Närmare nio procent av befolkningen beräknas ha en diagnos (Singleton m.fl. 2001). Tillgången till evidensbaserad KBT har också varit otillräcklig. I syfte att öka tillgången till KBT i England startades 2005 programmet *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)* (förbättrad tillgång till psykologisk behandling) på initiativ av den brittiska regeringen. Syftet var att erbjuda tillförlitlig och rutinmässig behandling inom första linjen, kombinerat med medicinering vid behov.

IAPT riktade sig initialt till personer i arbetsför ålder. År 2010 öppnades det upp för vuxna i alla åldrar. Fram till och med 2015 har även ett fristående program för barn och ungdomar bedrivits. Målet är att nå 900 000 personer årligen. För att lyckas med detta har 6 000 nya terapeuter utbildats i evidensbaserade behandlingsmetoder. Idag finns 150 så kallade *IAPT*-center i England, men ännu inte i övriga Storbritannien. Centren kompletterar den ordinarie hälso- och sjukvården och ger den psykiatriska behandling som rekommenderas för respektive tillstånd. Ingen remiss behövs och behandlingen är kostnadsfri och sker stegvis. Personer med lindriga besvär får lågintensiv terapi vid ett fåtal besökstillfällen och uppföljning per telefon av en handledare (psychological wellbeing practitioner) med kortare utbildning, medan personer med allvarliga besvär får längre behandling under minst tio besökstillfällen av en legitimerad psykolog.

IAPT finansieras på nationell nivå av National Health Service (NHS), en organisation bestående av fyra statliga myndigheter som tillsammans driver den offentliga hälso- och sjukvården i Storbritannien. Syftet är att bedriva storskalig verksamhet med hög tillgänglighet och möjlighet till lokal anpassning av programmen. Den brittiska regeringen har investerat motsvarande cirka 9,1 miljarder kronor i programmet (Department of Health UK 2012).



Två grundpelare i *IAPT* är uppföljning och handledning. Både patienter och terapeuter deltar i utvärdering av behandlingarna. Varje terapeutiskt samtal utvärderas av patienten, vilket ger en bild av behandlingens effekt och gör det möjligt att jämföra resultat från enskilda mottagningar och kliniker. Statistik för respektive center rapporteras in centralt och presenteras månadsvis på en hemsida. Målet är hög transparens och att allmänheten ska ges möjlighet att jämföra centren med varandra.

Den senaste stora utvärderingen av av programmet från mars 2012 visar att cirka 700 000 individer behandlats årligen. 65 procent uppvisar klara förbättringar och 45 procent har rehabiliterats. I 40 procent av fallen påbörjas behandlingen inom 28 dagar från första kontakt och 45 000 individer har gått från att leva på bidrag till sysselsättning (Department of Health UK 2012). Tillgängligheten till *IAPT* har ökat signifikant – från 3 procent 2009/2010 till närmare 10 procent 2012/2013. Men trots att många har tagit del av programmet har regeringens mål om att nå 900 000 personer årligen från och med 2015 inte uppnåtts (IAPT 2015).

IAPT-satsningen har även kritiserats från flera håll, bland annat anser en del av psykologkåren att KBT fått en alltför betydelsefull roll som behandling även om andra metoder med evidens också erbjuds. Annan kritik som har förts fram har varit att en stor andel av de deltagande patienterna inte fullföljer behandlingen (SvD 2015).

4.4.3 Behandling med KBT ökar i Sverige

I de Nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom har Socialstyrelsen rangordnat psykologisk behandling högt, framför allt KBT, vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom. Huvudskälet till detta är att KBT bedöms ha god till mycket god effekt på symtom och funktionsnivå, både på kort och på lång sikt (Socialstyrelsen 2010a).

Behandling med KBT ökar i Sverige. År 2009 rapporterades 4,3 KBT-behandlingar per 1000 kvinnor och män i åldern 16–65 år (25 979 individer) och 2014 blev resultatet 8,2 per 1000 kvinnor och män (50 408 individer). Det är en ökning med 94 procent under åren 2009–2014. Anledningen till ökningen är att landstingen har utbildat egen personal eller upphandlat kompetensen (SKL 2015b).

Staten har sedan 2008 genom rehabiliteringsgarantin (Regeringen 2015) investerat drygt cirka 7 miljarder kronor i utbildning av samtalsterapeuter och ekonomisk ersättning till sjukvården. Syftet är att patienter som bedöms

ha måttliga till medelsvåra psykiska besvär ska få tillgång till specifika behandlingsmetoder, däribland KBT. Målet är att minska sjukskrivningarna till följd av psykisk ohälsa. Dessa diagnoser står tillsammans med långvarig diffus smärta i axlar, nacke och rygg för mer än hälften av alla sjukskrivningsfall i Sverige, se även avsnitt 2.5.6 (SKL 2015b) (Regeringen 2015).

4.4.4 IAPT skiljer sig från den svenska rehabiliteringsgarantin genom tydliga krav på dokumentation och uppföljning

Som vi har nämnt tidigare i rapporten har Riksrevisionen i sin utvärdering av rehabiliteringsgarantin framfört kritik mot att det funnits en brist på systematisk uppföljning av patienterna som får behandling. Det finns inga krav på uppföljning vilket innebär att behandlarna inte vet om rehabiliteringsgarantin är effektivare än andra behandlingsmetoder och hur många som återgår i arbete.

Rehabiliteringsgarantin utformades och infördes relativt snabbt och regeringen beslutade efter hand om flera utvärderingar och utredningar i syfte att utveckla och förbättra programmet. Behandling skulle ges enligt senaste evidens och ny kunskap från utvärderingar och utredningar skulle kontinuerligt tas in. Riksrevisionen konstaterade i sin utvärdering att detta inte har skett i tillräckligt stor utsträckning i praktiken (Riksrevisionen 2015).

IAPT skiljer sig från den svenska rehabiliteringsgarantin genom tydliga krav på dokumentation och uppföljning. Som vi nämner ovan utvärderas varje terapeutiskt samtal inom *IAPT* och data kring de behandlade patienterna, behandlingsformer och behandlingsresultat samlas in centralt och analyseras. Statistik för respektive *IAPT*-center rapporteras in och presenteras månadsvis på en hemsida. Den lärdom som vi särskilt vill lyfta fram från *IAPT* är den systematiska utvärderingen och den transparenta redovisningen av resultat som genomförs inom ramen för detta program.

Det bör även nämnas att det finns exempel på ett systematiskt och utvärderande införande av KBT även i Sverige. I en vetenskaplig studie utvärderas KBT för återgång till arbete för sjukskrivna primärvårdspatienter med psykisk ohälsa. Studien bedrivs av Kompetenscentrum psykisk ohälsa vid Gustavsbergs akademiska vårdcentral i samarbete med Osher centrum för integrativ medicin vid Karolinska Institutet och Stressforskningsinstitutet vid Stockholms universitet. Studien förväntas kunna ge ny kunskap om hur sjukskrivna patienter i primärvården kan behandlas. Preliminära resultat visar att effekten är god, men det återstår att pröva interventionen i en randomiserad kontrollerad prövning (SLL 2015).





Strategiska frågor och förslag på vägledande principer inför det fortsatta arbetet

Efter 20 år av statliga satsningar inom området psykisk ohälsa står vi återigen inför nya vägval för det fortsatta arbetet med att förbättra den psykiska hälsan i samhället. För att skapa tydlighet och transparens kring inriktningen menar vi att det är viktigt att diskutera statens roll och prioriteringar. En annan central fråga är vilken struktur det kommande arbetet ska ha. I utvärderingen av PRIO och de tidigare satsningarna har vi uppmärksammat bristen på en sammanhållen struktur som styr mot de mål som har satts upp. Det är därför viktigt att det finns en tydlighet i hur olika beståndsdelar – problembeskrivning, fokusområden, mål, insatser, styrning och utvärdering – tillsammans bidrar till att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa.

I det här kapitlet belyser vi ett antal strategiska frågor som rör statlig styrning samt utformningen av framtida arbetet kring psykisk hälsa. Som utgångspunkt för vår diskussion belyser vi inledningsvis resurserna för de statliga satsningarna i förhållande till samhällets övriga resurser för psykisk ohälsa. statliga satsningarna i förhållande till samhällets totala kostnader för psykisk ohälsa. Avslutningsvis redovisar vi förslag på vägledande principer för en ny statlig satsning som baseras på de lärdomar vi har dragit från utvärderingen av PRIO, de tidigare statliga satsningarna och de internationella exemplen (se även kapitel 2, 3 och 4). I bilaga 5 presenterar vi ett exempel på hur en sammanhållen struktur för hur problemformulering, mål, styrform, insatser och utvärdering skulle kunna se ut.



5.1 SATNINGARNAS RESURSER I FÖRHÅLLANDE TILL SAMHÄLLET SAMLADE RESURSER FÖR PSYKISK OHÄLSA

Samhällets kostnader för sjukdomar och ohälsa kan delas in i direkta och indirekta kostnader.

- Direkta kostnader uppkommer i samband med förebyggande insatser, diagnostisering och behandling, som exempelvis kostnader för psykologbesök, läkarbesök, slutenvård och läkemedel. Även rehabilitering, kommunala insatser och patientens egna eller anhörigas kostnader (till exempel för transporter till och från vård) brukar räknas in.
- Indirekta kostnader definieras vanligen som värdet av den produktion som går förlorad till följd av sjukfrånvaro och minskad arbetsförmåga (Ekman 2014).

Kostnaden för de statliga satsningarna utgör en relativt liten andel av samhällets totala kostnader för psykisk ohälsa. År 2013 uppgick exempelvis kostnaden för PRIO till cirka 0,9 miljarder kronor, medan kostnaderna för sluten psykiatrisk vård var cirka 21 miljarder (direkta kostnader) och kostnaderna för sjukfrånvaro kopplad till psykisk ohälsa cirka 30 miljarder (indirekta kostnader). Det ger en sammanlagd kostnad på cirka 52 miljarder kronor. . Av denna kostnad utgjorde PRIO endast cirka 1,7 procent (se figur 14). Även primärvårdens och kommunernas kostnader för psykisk ohälsa är centrala i sammanhanget men det saknas (anmärkningsvärt nog) statistik på nationell nivå kring storleken på dessa.

Figur 14. Kostnader för PRIO, specialiserad psykiatrisk vård och sjukförsäkring 2013 (avrundade värden).



Källa: Försäkringskassan, Socialdepartementet, SKL beräkningar

Exemplet ovan visar att tillskottet från de statliga satsningarna är relativt marginellt i förhållande till statens resurser inom sjukförsäkringssystemet och hälso- och sjukvårdens resurser inom den specialiserade psykiatriska vården. Vår slutsats är därför att det måste finnas realistiska förväntningar på vad som kan uppnås genom en statlig satsning, givet de stora utmaningar som finns i samhället kring psykisk ohälsa, och det relativt marginella tillskott som de statliga satsningarna innebär.

Staten förfogar över viktiga verktyg för att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa, bland annat forskning, utbildning, normering och stimulansmedel. Andra aktörer – exempelvis landsting, kommuner, näringslivet, forskar- och civilsamhället – spelar också en central roll, och de måste vara delaktiga i och prioritera dessa frågor. Vi tror därför att det är viktigt att vidga fokus från vad som kan uppnås inom ramen för en avgränsad statlig satsning till en bredare diskussion kring hur staten i framtida arbete kan verka för att samhällets samlade resurser används effektivt för att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa.

5.2 STATLIG STYRNING INOM OMRÅDET PSYKISK OHÄLSA

I det här avsnittet diskuterar vi statlig styrning inom området psykisk ohälsa. Grunden för diskussionen är den fördjupning som den statliga utredningen *Ambition och ansvar* från 2006 (SOU 2006:100) genomförde inom ramen för rapporten *Långsiktighet, samordning och engagemang* (Nationell psykiatrisamordning 2006), samt Statskontorets rapport *Tänk efter före*. Om viss styrning av kommuner och landsting från 2011 (Statskontoret 2011).

Vår utvärdering visar att valet av styrform kan få stor betydelse för satsningarnas resultat. En övergripande slutsats är att det behövs en diskussion kring valet av styrform och en beskrivning av hur det är tänkt att styrningen ska stödja de mål som sätts upp med satsningen.

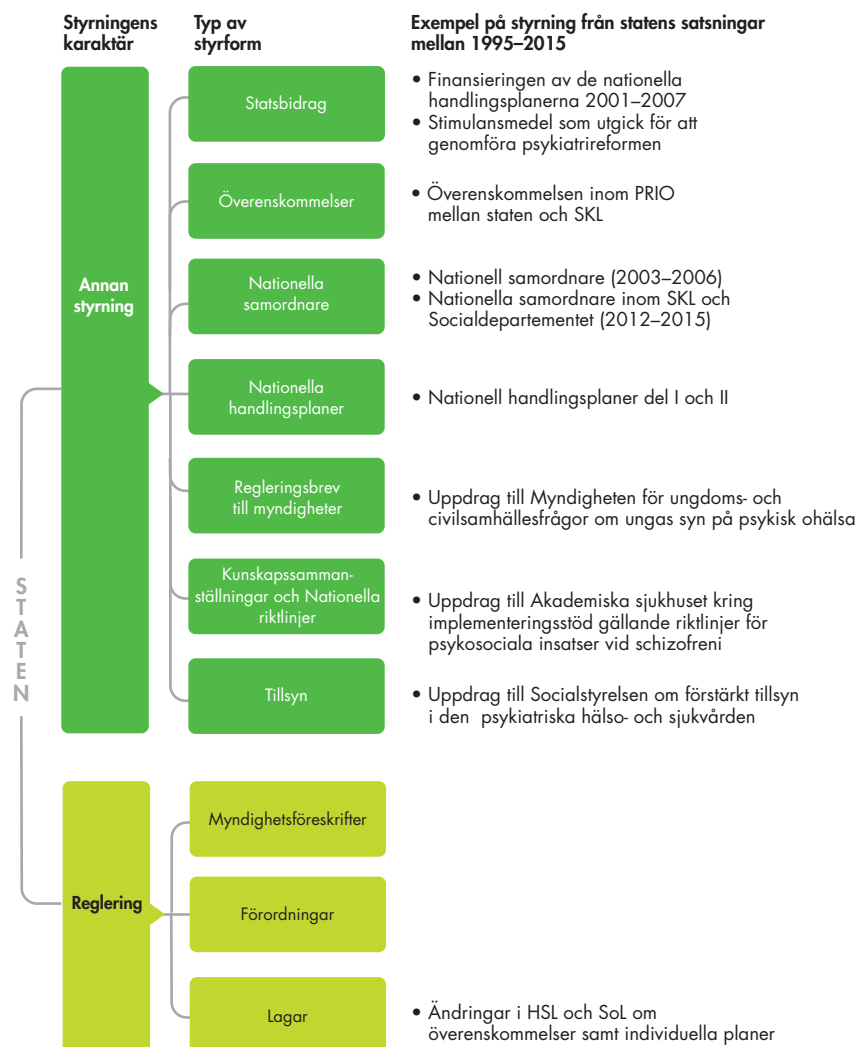
5.2.1 Staten förfogar över flera olika styrmedel

De styrmedel som staten förfogar över kan klassificeras i två huvudgrupper: reglering och annan styrning. Med reglering avses lagar, förordningar och föreskrifter. Dessa styrmedel benämns ofta ”hårda” och kan ses som tvingande eftersom staten kan se till att den som styrs lever upp till regelverket. Med annan styrning avses exempelvis statsbidrag, nationella handlingsplaner, regleringsbrev till myndigheter samt kunskapsproduktion och forskning.



De är mjukare styrmedel, eftersom staten inte kan kräva absolut följsamhet (Statskontoret 2011). I figur 15 nedan lyfter vi fram ett exempel på statlig styrning av kommuner och landsting samt hur den har tillämpats i PRIO och i de tidigare satsningarna.

Figur 15. Exempel på statlig styrning av kommuner och landsting.



Källa: (SOU 2006:100, Statskontoret 2011)

5.2.2 Annan styrning än reglering har dominerat satsningarna

Vår genomgång av de tidigare satsningarna och PRIO visar att annan styrning har dominerat sedan psykiatrireformen 1995 i form av stimulansbidrag, statsbidrag, överenskommelser, prestationsbaserad ersättning och nationella samordnare. I vår utvärdering har vi även noterat att den statliga detaljstyrningen har ökat över tid. Från och med Statens psykiatrisatsning 1997 infördes prestationsbaserad ersättning och fördefinierade insatser. Det har inneburit att kommuner och landsting har getts allt mindre frihet att själva bestämma hur medlen används.

Ett exempel på reglering är det förtydligande som gjordes 2010 i HSL (SFS 1982:763) och SoL (SFS 2001:453) om att landstingen och kommunerna ska upprätta överenskommelser om samarbete. Regleringen ansågs dock inte vara tillräcklig för att förbättra samverkan och med PRIO introducerades prestationsbaserad ersättning till de landsting och kommuner som upprättade samverkansavtal och rapporterade till SKL hur många samverkansöverenskommelser de hade upprättat.

5.2.3 Svårt att uttala sig om effekterna av de olika styrformerna

I den här rapporten konstaterar vi att det är svårt att bedöma effekterna av satsningarna mellan 1995 och 2015 på grund av brist på tydliga mål, datakällor och indikatorer samt att effektutvärdering inte har varit i fokus. Det är även svårt att uttala sig om vilken styrform som har varit mest effektiv. Även Statskontoret lyfter fram dessa problem och pekar på svårigheterna med att utvärdera effekterna av olika statliga styrformer. En slutsats som Statskontoret dragit är att det är viktigt att regeringen redan i samband med att en satsning tas fram överväger hur en eventuell uppföljning eller utvärdering ska genomföras (Statskontoret 2011).

När det gäller PRIO fick Vårdanalys 2012 i uppdrag att genomföra en utvärdering på insats- och målnivå. Redan i vår första delrapport 2013 lyfte vi fram svårigheterna med att utvärdera målluppfyllelsen på grund av bristen på datakällor och indikatorer, samt den korta tidsramen för satsningen. En lärdom inför kommande arbete är att det är viktigt att redan från start planera en uppföljning, både av satsningens mål och av styrformens påverkan på resultatet.



5.2.4 Valet av styrform behöver diskuteras och motiveras

Valet av styrform kan få stor betydelse för satsningarnas resultat. I vår utvärdering konstaterar vi att utformningen av de hittills genomförda satsningarna saknar en utförlig diskussion om varför olika styrformer valts och vad som motiverar storleken på de avsatta medlen. Det bidrar till otydlighet kring hur det är tänkt att satsningens mål ska nås. I PRIO har prestationsbaserad ersättning använts för att till exempel stödja ökad inrapportering i psykiatriska kvalitetsregister, och det har visat sig vara ett starkt styrmedel. En markant ökning av inrapporteringen till kvalitetsregister har uppnåtts. Samtidigt har det inte redovisats någon tydlig plan för nästa steg, det vill säga hur data som tas fram ska användas för att förbättra vården och omsorgen och på sikt förbättra den enskildes situation.

En motivering av valet av styrform och en beskrivning av hur förbättringarna ska uppnås skapar tydlighet och bättre förutsättningar för att utvärdera om styrformen har bidragit till att målen med satsningen uppnås.

5.2.5 Långsiktighet behövs i den statliga styrningen

De satsningar mellan 1995 och 2015 som vi har studerat har pågått mellan två och fem år. Det relativt korta tidsspannet i kombination med att styrformerna har ändrats mellan satsningarna skapar sämre förutsättningar för en långsiktig styrning. Det kan också försvåra för landstingen och kommunerna att planera verksamheterna när förutsättningarna ändras. Erfarenheten från flera av satsningarna visar att avgränsade punktinsatser har begränsade möjligheter att skapa varaktiga resultat. Risken är också överhängande att aktiviteterna upphör med den statliga finansieringen. Det har vi exempelvis sett i Statens satsning på psykiatri och socialtjänst, där många projekt inte fortsatte efter att satsningen avslutades. Vår slutsats är därför att det krävs en långsiktig strategi när det gäller den statliga styrningen.

5.2.6 Den kommunala självstyrelsen sätter ramarna för den statliga styrningen

När statlig styrning diskuteras är det nödvändigt att beakta den kommunala självstyrelsen. Den sätter ramarna för statens möjligheter att styra kommunernas och landstingens arbete med psykisk ohälsa. Den kommunala självstyrelsen regleras i regeringsformens första paragraf där det anges att den svenska folkstyrelsen förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse (1 kap. 1 §).

Vidare framgår det av regeringsformen att kommunerna på den kommunala självstyrelsens grund sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse (Statskontoret 2011). I praktiken innebär det att regeringen inte kan styra hur landstingen ska bedriva sin hälso- och sjukvård, varken vad gäller metoder eller lokal organisation av verksamheten. Regeringen kan inte heller bestämma vilka typer av eller hur många sysselsättningsverksamheter som kommunerna ska tillhandahålla (SOU 2006:100).

Mot bakgrund av detta bör statens insatser i första hand inriktas på sådant som bara staten kan göra eller sådant som staten kan göra mer effektivt än andra. Exempel på detta är kunskapsstyrning, normering, forskning, högre utbildning, vissa centrala socialförsäkrings- och arbetsmarknadsfrågor och att överbrygga organisatoriska stuprör. Det är också tydligt att staten tillsammans med kommunerna och landstingen måste ta ett gemensamt initiativ och kraftsamla för att förbättra situationen kring psykisk ohälsa. I PRIO har det skett genom överenskommelsen med SKL och de ansträngningar som har gjorts inom ramen för utvecklingsinsatser och prestationsbaserad ersättning. Även om statens satsningar är viktiga utgör de, som vi har nämnt tidigare, ett relativt litet tillskott i förhållande till landstingens och kommunernas resurser. Det visar vilket stort ansvar som kommunerna och landstingen själva har för att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa.

5.3 UTFORMNINGEN AV ARBETET

Även utformningen av satsningen är en central fråga. I det här avsnittet lyfter vi frågor som rör den statliga styrningen: val av målgrupper, fokusområden, mål och insatser. Utifrån våra slutsatser från utvärderingen av PRIO och de tidigare satsningarna lyfter vi också fram ett exempel på hur en sammanhållen struktur för en satsning skulle kunna se ut, se bilaga 5. Vår övergripande slutsats i det här avsnittet är att det behövs en tydlig diskussion och motivering kring till de prioriteringar och val som görs inför det kommande arbetet. Detta är viktigt för att skapa transparens kring hur satsningens olika beståndsdelar – fokusområden, mål, insatser, styrning och utvärdering – tillsammans ska bidra till att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa.

5.4 MÅLGRUPPER

I såväl PRIO som i de tidigare satsningarna sedan 1995 har barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik utgjort



prioriterade målgrupper. Vi bedömer att det är motiverat att även fortsättningsvis satsa på dessa målgrupper. Som vi lyfter fram i avsnitt 1.3 ökar exempelvis den självrapporterade psykiska ohälsan bland barn och unga. Flera undersökningar har visat att besvär som ångslan, oro, ångest och sömnbesvär blir vanligare. Fler barn och unga diagnostiseras även med adhd, och förskrivningen av adhd-läkemedel ökar. Det är angeläget att staten fortsätter att bidra till att förebyggande och behandlande insatser till barn och unga utvecklas. Om psykiatriska problem identifieras i tidig ålder kan verksamma behandlingar och metoder sättas in i tid, vilket minskar lidandet hos de drabbade och minskar de samhällsekonomiska kostnaderna (Bokström 2014).

Vår utvärdering visar också att det är motiverat med fortsatta insatser riktade till gruppen av personer med omfattande och komplicerad psykiatrisk problematik. Denna grupp har fortsatt stora vård- och omsorgsbehov. Gruppen har också sämre fysisk hälsa, ökad sjuklighet och betydligt kortare medellivslängd jämfört med befolkningen som helhet och jämfört med grupper med somatisk sjukdom eller annan funktionsnedsättning. Och det finns mycket att göra för att förbättra deras livssituation, exempelvis när det gäller ekonomi, boende och sysselsättning.

Samtidigt finns det andra grupper med psykisk ohälsa som har angelägna behov, exempelvis äldre, missbrukare, nyanlända samt personer med lindriga psykiska besvär. Givet de stora behoven av vård, omsorg och annat stöd för flera olika grupper med psykisk ohälsa, krävs välavvägda prioriteringar kring vilka målgrupper som ska ingå i kommande arbete. Det är även viktigt för regeringen att redovisa alternativa strategier och insatser för att förbättra situationen för de grupper som eventuellt inte kommer att ingå. I PRIO var exempelvis äldre inte en prioriterad målgrupp, utan omfattades i stället av Överenskommelserna om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre (Regeringen 2011a, Regeringen 2012a, Regeringen 2013a). Men det framgick inte av PRIO-planen, vilket visar på vikten av att tydligt definiera de målgrupper som ingår, respektive inte ingår i en satsning.

5.5 FOKUSOMRÅDEN, MÅL OCH INSATSER

5.5.1 En problembeskrivning bör utgöra grunden för val av fokusområden, mål och insatser

Samverkan, tillgänglighet, boende, sysselsättning, kompetens, kunskapsstyrning, delaktighet och inflytande har varit återkommande fokusområden i såväl tidigare satsningar som i PRIO. Men ändå kvarstår stora och

utmanande utvecklingsbehov inom dessa områden. Vi bedömer att samtliga av de utmaningar vi lyfter fram är angelägna att ta sig an, men det krävs sannolikt prioritering av de fokusområden som framtida arbete ska inriktas mot. En alltför bred satsning riskerar att bli urvattnad och det kommer inte att finnas resurser för att samtidigt uppnå goda resultat inom alla områden. Inför det kommande arbetet behövs därför en problembeskrivning av de aktuella utmaningarna och en kartläggning av de olika målgruppernas behov. Problembeskrivningen kan sedan ligga till grund för valen och prioriteringarna av fokusområden, mål, målgrupper och insatser. En lärdom från vår insatsuppföljning är också att det vid genomförandet av insatser behövs en tydlig studiedesign och en strategi för utvärdering som kan bidra med kunskap och långsiktiga effekter på lokal, regional och nationell nivå.

5.5.2 Operationalisering av målen och baslinjemätningar är nödvändiga

En av våra slutsatser är att PRIO:s mål är relevanta och ringar in viktiga områden för att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Vår kritik av de övergripande målen är att de inte är uppföljningsbara, och det saknas en operationalisering som beskriver mer konkret vad målen innebär. Delmålen för satsningen är bara delvis uppföljningsbara och det har även saknats målnivåer och tidpunkter som anger när målen ska vara uppnådda. Bedömningen gäller även de tidigare satsningarna. Sammantaget har dessa svagheter försvårat möjligheterna att följa upp satsningarnas resultat.

En lärdom från PRIO och tidigare satsningar är att de mål som sätts upp redan från början måste vara tydliga och uppföljningsbara. En modell som ofta används för att sätta mål vid projektarbete är SMART-målformulering som innebär att målen ska vara specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsbestämda (Tonnquist 2008).

En annan komplicerande faktor när det gäller måluppföljningen är att det ofta saknats en kartläggning av läget innan satsningarna påbörjades. För att det ska vara möjligt att följa upp det framtida arbetet behövs därför baslinjemätningar och en fortsatt utveckling av indikatorer och datakällor. Socialstyrelsen har sedan 2008 haft i uppdrag att utveckla indikatorer (bilaga 4), men indikatorer saknas fortfarande inom många områden. Exempelvis sammanställs inte primärvårdens och kommunernas kostnader för psykisk ohälsa på nationell nivå. Om befintliga nationella register och datakällor inte är tillräckliga för att följa målen kan de kompletteras med forskningsbaserade metoder eller enkät- och intervjustudier för uppföljning på individnivå.



5.5.3 Det behövs en tydlig koppling mellan mål och insatser

En annan kritik mot PRIO som vi har fört fram är att det inte har beskrivits hur målen och insatserna hänger ihop. I PRIO-planen saknas en tydlig koppling mellan delmålen och de övergripande målen – delmålen kopplas endast till de prioriterade målgrupperna och insatsområdena (se figur 2). Och i planen anges enbart exempel på insatser i anslutning till respektive målgrupp eller insatsområde. Följaktligen redovisas inte heller någon tydlig koppling mellan insatserna och delmålen. Det har försvårat uppföljningen av satsningens resultat. Vi bedömer att de flesta insatser i sig har varit lyckade, men att det inte är möjligt att koppla resultaten till satsningens mål. Det visar på behovet av en sammanhållen struktur där det tydligt framgår hur insatserna kopplas till målen.

5.5.4 Insatserna måste svara upp mot satsningens alla mål

PRIO är en bred satsning som omfattar hela 15 delmål och över 70 insatser som pågått 2012–2015. Inriktningen på insatserna har varierat stort: från mindre utvecklingsprojekt där kostnaden har legat på några hundra tusen kronor till den prestationsbaserade ersättningen för exempelvis samverkansplaner där mer än en halv miljard kronor har betalats ut.

Vi bedömer att samtliga PRIO:s delmål är relevanta, men det är tydligt att resurserna i satsningen inte har varit tillräckliga för att omfatta alla de fokusområden och mål som har satts upp. Som vi pekar på i avsnitt 3.5.2 läggs cirka 93 procent av PRIO:s resurser på insatser för vård av personer med psykisk ohälsa. Tre procent läggs på insatser kring delaktighet och fyra procent på arbete och sysselsättning (se vår indelning i bilaga 4). När det gäller arbete och sysselsättning finns ett ambitiöst mål: öka sysselsättningsgraden för personer med psykisk funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Men resurserna som riktas mot målet är ytterst begränsade. Eftersom insatserna inte matchar satsningens ambitiösa mål blir de i praktiken omöjliga att uppnå.

En lärdom från PRIO är därför att de mål som väljs ut måste motsvaras av tillräckliga insatser, och det måste finnas tillräckligt med resurser för att målen ska kunna uppnås.

5.6 FÖRSLAG PÅ VÄGLEDANDE PRINCIPER INFÖR EN NY STATLIG SATSNING

Med stöd i de lärdomar som vi har dragit i den här utvärderingen har vi identifierat följande vägledande principer för det framtida arbetet kring psykisk hälsa:

- *Involvera hela samhället i att förbättra den psykiska hälsan. Rikta statens insatser mot sådant som bara staten kan göra eller gör mer effektivt än andra*

Psykisk ohälsa är en fråga som berör stora delar av samhället. Det är därför angeläget att andra aktörer än staten, exempelvis kommuner, landsting, myndigheter, skola, arbetsgivare och det civila samhället, prioriterar psykisk ohälsa. Att hitta lösningar som involverar alla relevanta aktörer är en utmaning, men vi bedömer att det är nödvändigt för att skapa de förutsättningar som behövs för att lyckas vända utvecklingen och förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa.

En utgångspunkt bör vara att de statliga insatserna i ökad utsträckning inriktas på sådant som bara staten kan göra eller gör mer effektivt än andra. Till de områdena hör kunskapsstyrning, normering, forskning, högre utbildning, socialförsäkrings- och arbetsmarknadsfrågor och att överbygga organisatoriska stuprör. Denna inriktning bör dock inte utesluta att staten stöttar enskilda utvecklingsinsatser.

Det är också av stor betydelse att staten gör prioriteringar. PRIO har varit en bred satsning som har inriktats mot ett stort antal mål och insatser. Med en sådan inriktning blir det svårt att uppnå goda resultat inom alla områden. Givet de stora utmaningarna och begränsade statliga resurserna är det viktigt med väl avvägda och medvetna val. Analysen bakom valet av insatser bör inkludera en realistisk bedömning av effektiviteten i de verktyg som finns till hands.

- *Fokusera på hur de samlade resurserna kan användas för att uppnå långsiktiga effekter, snarare än på en avgränsad statlig satsning*

De statliga satsningarna har utgjort en relativt liten andel av de resurser som samhället totalt lägger på psykisk ohälsa. Betydligt större resurser finns i exempelvis sjukförsäkringssystemet och i den psykiatriska vården. Vi menar därför att det är nödvändigt att vidga fokus från vad som kan



uppnås inom en avgränsad statlig satsning till hur staten kan verka för att samhällets resurser används så effektivt som möjligt.

Regeringen bör också prioritera insatser som leder till långsiktiga och hållbara åtgärder. Vi har i vår utvärdering sett flera exempel på svårigheter att skapa varaktiga strukturer. Det gäller exempelvis den prestationsbaserade ersättningen inom ramen för PRIO, där det är oklart vad som händer med landstingens och kommunernas inrapportering till kvalitetsregister utan en statlig finansiering. Staten bör säkerställa att de initiativ som tas har en tydlig verksamhetsnytta så att det finns incitament att vidareutveckla initiativen inom landstingens och kommunernas ordinarie verksamheter.

► *Skapa en sammanhållen struktur med realistiska mål och insatser*

Det framtida arbetet med psykisk hälsa bör bygga på en genomtänkt och sammanhållen struktur. För att uppnå det krävs att problemformuleringar, mål och insatser hänger ihop. Valet av målgrupper och fokusområden bör utgå från kända utmaningar och det måste finnas en transparens i hur prioriteringarna mellan olika grupper och områden görs. Målen för arbetet bör vara uppföljningsbara och ha en tydlig inriktning mot att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa. Samtidigt måste de stå i relation till de tillgängliga resurserna och vara realistiska i förhållande till sin tidsram. Insatserna måste också ha en tydlig koppling till satsningens mål, och det måste finnas en bärande tanke bakom hur de ska bidra till att målen uppnås. De bör även utformas så att de i tillräckligt hög grad svarar upp mot målen. Det är centralt att relevanta aktörer, exempelvis patient-, brukar- och anhörigorganisationer, professionen, forskare och företrädare för verksamheter inom kommuner och landsting, involveras i arbetet med att inventera problem, definiera mål och planera insatser.

► *Skapa ett lärande och evidensbaserat arbete. Öka fokus på analys, implementeringsstöd och uppföljning*

Förutsättningarna för lärande och evidensbaserat arbete behöver stärkas. Regeringen bör säkerställa att analyser och utvärderingar av sektorn utvecklas för att se till att arbetet ger avsedda effekter för att förbättra den psykiska hälsan. Det innebär att arbetet med att hitta tillförlitliga datakällor och ta fram relevanta indikatorer är ett prioriterat område. Genom att sätta mål och genomföra mätningar kan eventuella förändringar följas

över tid, och resultaten kan användas till att utveckla effektiva insatser och att mindre effektiva insatser fasas ut. På så vis kan statens medel användas på ett effektivt och ändamålsenligt sätt. Staten kan även spela en viktig roll i att skapa strukturer för att införa ny kunskap och nya metoder i kommunerna och landstingen. Men det förutsätter att kommunerna och landstingen involveras i och tar ansvar för arbetet.

► *Öka fokus på delaktighet och inflytande för patienter, brukare och anhöriga*

Det är positivt att de statliga satsningarna har bidragit till att stärka patient- och brukarorganisationernas ställning. Inom ramen för NSPH:s (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa) uppdrag har exempelvis lokala och regionala patient- och brukarnätverk skapats. Vår bedömning är att dessa nätverk utgör en viktig plattform för att stärka patienters, brukares och anhörigas ställning. Regeringen bör därför stödja en fortsatt utveckling av nätverken.

Trots att organisationerna har fått en mer framskjuten roll finns det kvarstående utmaningar när det gäller delaktighet, inflytande och bemötande i vården och omsorgen. Det är därför angeläget att det fortsatta arbetet med psykisk hälsa genomsyras av ett tydligt patient-, brukar- och anhörigperspektiv. Regeringen bör involvera företrädare för grupperna i exempelvis att inventera problem och utmaningar, formulera mål, välja insatser och planera uppföljning. Det är också viktigt att personer som inte är medlemmar i någon patient-, brukar- eller anhörigorganisation, till exempel barn och unga, får komma till tals. Företrädare för hälso- och sjukvården och omsorgen bör också bidra till att skapa bättre förutsättningar för en ökad delaktighet och ett ökat inflytande. Det är fortfarande långt kvar till att staten, kommunerna, landstingen på allvar förmår styra sina verksamheter med ett tydligt patient-, brukar- och anhörigperspektiv.

Referenser

- Andersson, M. 2009. Programteoretisk lärande. Hur kan programteori underlätta användning och lärande av utvärdering?
- Andersson, U., Rönnbäck, C., Rosenqvist, U. och Holm, H. 2014. Journalgranskning för mångbesökare inom psykiatri. Svensk Psykiatri, 35-37.
- BeautifulMinds 2015. <https://beautifulmindscmhawwd.wordpress.com>. Hämtad 2015-09-18.
- Beyondblue 2014. Beyondblue annual report 2013/2014.
- Beyondblue 2015. www.beyondblue.org.au. Hämtad 2015-09-17.
- Bokström, T. 2014. Sociala investeringar - från dröm till verklighet.
- Bülow, P. 2004. Efter mentalsjukhuset. En studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården. Linköpings universitet.
- CEPI 2014. Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende. Befolkningsundersökningar genomförda under perioden 2009-2014.
- Danermark, B. 2015. Att samverka för att förbättra barn och ungdomars psykiska hälsa – en kunskapsöversikt.
- Department of Health Australia 2012. E-mental health strategy for Australia.
- Department of Health UK 2012. IAPT three-year report. The first million patients.
- Ekman, M. 2014. Kostnader för bipolär sjukdom, depression, schizofreni och ångest. Rätt behandlingar kan få stora positiva samhällsekonomiska effekter. Läkartidningen, 2014;111:CWZX Stockholm.
- Försäkringskassan 2014. Antal nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar per diagnos enligt ICD-10-SE.
- <https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/statistik/sjuk/sjukersattning-aktivitetsersattning/sjukochaktivitetsersattning>. Hämtad 2015-10-01.

- Hansson, L. och Markstrom, U. 2014. The effectiveness of an anti-stigma intervention in a basic police officer training programme: a controlled study. *BMC Psychiatry*, 14, 55.
- IAPT 2015. www.iapt.nhs.uk/about-iapt/. Hämtad 2015-09-18.
- IVO 2014. Tillsynsrapport - De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014.
- Kommittédirektiv 2003:133 En nationell psykiatrisamordnare.
- Kommittédirektiv 1989:22. Utredning om service, stöd och vård till psykiskt störda.
- Lexén, A. 2014. Work and psychiatric disabilities: A person, environment, and occupation perspective on Individual Placement and Support. Lunds universitet.
- Lindqvist, R., Markström, U. och Rosenberg, D. 2014. Psykiska funktionshinder i samhället. 2:a upplagan. Gleerups Utbildning, Malmö.
- Lindqvist, R., Rosenberg, D. och Fredén, L. 2011. Densvenskapsykiatrireformen i nordisk belysning. *Socialmedicinsk tidskrift* Vol 88, Nr 6.
- LSS 1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- Markström, U. 2003. Den svenska psykiatrireformen – bland brukare, eldsjälar och byråkrater. Boréa bokförlag, Umeå.
- Mental Health Commission of Canada 2012. Opening Minds in High School: Results of a Contact-based Anti-stigma Intervention – Beautiful Minds.
- Mindhealthconnect 2015. www.mindhealthconnect.org.au. Hämtad 2015-09-17.
- Myndigheten för delaktighet 2015. Hjärnkoll våren 2015 Redovisning av effekter samt en lägesbeskrivning.
- National Mental Health Commission 2014. Report of the National Review of Mental Health Programmes and Services.
- Nationell psykiatrisamordning 2006. Långsiktighet, samordning och engagemang – en strategi för statlig styrning på psykiatrins område. Rapport 2006:3.
- Nationella Självskadeprojektet 2015a. Behandling av självskadande patienter i heldygnsvård: Fynd från forskningen. Supplement till Rekommendationer för insatser vid självskadabeteende.
- Nationella Självskadeprojektet 2015b. Rekommendationer för insatser vid självskadabeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M. och Laursen, T. M. 2013. Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE*, 8, e55176.

- OECD 2014a. Making mental health count.
- OECD 2014b. Mental Health in OECD countries.
- Prop. 1993/94:218 Psykiskt stördas villkor.
- Prop. 1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.
- Prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.
- PsykosR 2014. PsykosR årsrapport 2014. Nationellt kvalitetsregister för psykosvård.
- Regeringen 2005. Överenskommelse om en fortsatt satsning för utveckling av psykiatrin. S2005/3716/HS.
- Regeringen 2011a. Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. S2011/11027/FST.
- Regeringen 2011b. Uppdrag att betala ut bidrag till kommuner som upphandlar sysselsättning eller erbjuder sysselsättning via ett valfrihetssystem för personer med psykisk funktionsnedsättning. S2006/9394/FS.
- Regeringen 2012a. Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013. S2012/8765/FST.
- Regeringen 2012b. PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016. S2012:006.
- Regeringen 2012c. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.
- Regeringen 2012d. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.
- Regeringen 2012e. Uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012-2016. S2012/4529/FS.
- Regeringen 2013a. Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. S2013/8803/FST.
- Regeringen 2013b. Godkännande av en överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014. S2013/8791/FS.
- Regeringen 2013c. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.
- Regeringen 2014. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2015. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.
- Regeringen 2015. Godkännande av en överenskommelse om rehabiliteringsgaranti för 2015.
- Regeringens skrivelse 2008/09:185 En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.
- Riksrevisionen 2009. Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet.

- Riksrevisionen 2014. Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej.
- Riksrevisionen 2015. Rehabiliteringsgarantinfungerar inte – tänk om eller lägg ner. RIR 2015:19.
- SBU 2013. SBU alert-rapport nr 2013-02 Internetförmedlad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom.
- SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag.
- SFS 2001:453 Socialtjänstlag.
- SFS 2013:522 Förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar.
- SFS 2014:821 2014. Patientlag
- Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A. och Meltzer, H. 2001. Psychiatric Morbidity Among Adults Living In Private Households 2000. London: The Stationery Office.
- SKL 2013. Nationella självskadeprojektet. Delrapport
- SKL 2015a. Nationell patientenkät.
- SKL 2015b. Rehabiliteringsgarantin 2014 - Erfarenheter och resultat.
- SLL 2012. Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning.
- SLL 2015. Kognitiv beteendeterapi för återgång i arbete för sjukskrivna primärvårdspatienter med psykisk ohälsa. Akademiskt primärvårdscentrum.
- Socialdepartementet 2010. Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg
- Socialstyrelsen 1999a. Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer.
- Socialstyrelsen 1999b. Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform.
- Socialstyrelsen 2004. Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder. En sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter.
- Socialstyrelsen 2005. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvård. Slutrapport.
- Socialstyrelsen 2007. Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006: Socialstyrelsens uppföljning.
- Socialstyrelsen 2008. Uppföljning av överenskommelserna om en fortsatt satsning på primärvård, äldreomsorg och psykiatri. Slutrapport.
- Socialstyrelsen 2010a. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning.

- Socialstyrelsen 2010b. Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen.
- Socialstyrelsen 2013a. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni.
- Socialstyrelsen 2013b. Psykisk ohälsa bland unga – underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.
- Socialstyrelsen 2013c. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013.
- Socialstyrelsen 2014a. Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning. Uppföljning av verksamheten med personligt ombud.
- Socialstyrelsen 2014b. Öppna jämförelser 2014. Jämlik vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom.
- Socialstyrelsen 2014c. Öppna jämförelser 2014. Stöd till personer med funktionsnedsättning. Nationella resultat, metod och indikatorer.
- Socialstyrelsen 2015a. Nationella planeringsstödet 2015 – Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.
- Socialstyrelsen 2015b. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården.
- Socialstyrelsen 2015c. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst
- SOU 1992:73 Välfärd och valfrihet service, stöd och vård för psykiskt störda. Slutbetänkande.
- SOU 2006:100 Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.
- SOU 2015:32 Nästa fas i e-hälsoarbetet.
- Statskontoret 2011. Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting.
- Statskontoret 2012a. Statens psykiatrisatsning 2007-2011 – delrapport
- Statskontoret 2012b. Statens psykiatrisatsning 2007-2011 – slutrapport
- SvD 2014. De med psykisk ohälsa behöver vårt stöd. 11 maj 2014.
- Tonnquist, B. 2008. Projektledning. Bonnier utbildning, Stockholm.
- Vardanalys 2015. Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system.
- Vardanalys 2013. Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa. Lägesrapport 2013.

- Vårdanalys 2014a. En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande.
- Vårdanalys 2014b. Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa. Lägesrapport 2014.
- Vårdanalys 2014c. VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.
- Vårdanalys 2015. Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin.

Bilagor

BILAGA 1 – VÅRDANALYS URSPRUNGLIGA REGERINGSUPPDRAG FRÅN 2012



REGERINGEN

Socialdepartementet

Regeringsbeslut

I:5

2012-06-20

S2012/4529/FS (delvis)

Myndigheten för vårdanalys
Box 6070
102 31 Stockholm

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

Regeringens beslut

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

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

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

Postadress
103 33 Stockholm
Besöksadress
Fredsgatan 8

Telefonväxel
08-405 10 00
Telefax
08-723 11 91

E-post: registrator@social.ministry.se

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

Bakgrund

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

Satsningen ska utgå från tre övergripande mål:

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

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

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

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

Närmare om uppdraget

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

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

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

På regeringens vägnar

Göran Hägglund

Sara Johansson

Kopia till

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

BILAGA 2 – VÅRDANALYS ÄNDRADE REGERINGSUPPDRAG FRÅN 2015



Regeringsbeslut III:3

2015-04-09

S2012/4529/FS

Socialdepartementet

Myndigheten för vårdanalys
Box 6070
102 31 Stockholm

Ändring av uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016

Regeringens beslut

Regeringen ändrar det tidigare uppdraget till Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) att utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016 enligt följande:

- utvärderingen ska avse åren 2012–2015,
- utvärderingen ska belysa tidigare statliga satsningar på psykiatrin som genomförts 1995–2012, och
- slutredovisningen ska ske senast den 15 december 2015.

Redovisningen ska innehålla en uppföljning av de insatser som ingår i satsningen, en bedömning av hur arbetet med handlingsplanen och dess insatser har organiserats samt en belysning av tidigare statliga satsningar på psykiatrin som genomförts 1995–2012.

Bakgrund

Den 24 maj 2012 beslutade regeringen om PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016. Handlingsplanen har genom att lyfta fram ett antal strategiska prioriterade områden och därtill kopplade insatser utgjort en grund för regeringens arbete på området under åren 2012–2014. Planen består av ett antal åtgärder som riktar sig till grupper som särskilt riskerar att drabbas av psykisk ohälsa samt insatser för att förbättra situationen och bidra till återhämtning för personer med psykisk ohälsa.

I syfte att på kort och lång sikt utveckla insatserna för att möta den ökande psykiska ohälsan anser regeringen att det är viktigt att bredda fokus på statens satsning på området från att bara gälla barn och unga

Postadress
103 33 Stockholm

Besöksadress
Fredsgatan 8

Telefonväxel
08-405 10 00

Telefax
08-723 11 91

E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

2

samt vuxna med svår eller komplicerad problematik. Regeringen avser därför att avsluta PRIO, i nuvarande form, under 2015.

Ärendet

I handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016 aviserade regeringen sin avsikt att följa upp och utvärdera handlingsplanen för att se om de åtgärder som regeringen beslutar om ger avsedda effekter för personer med psykisk ohälsa. Vårdanalys fick därför i uppdrag att svara för att följa upp och utvärdera de insatser som ingår i satsningen, om inget annat angavs i enskilda regeringsbeslut. I och med att PRIO-satsningen ska avslutas 2015, ska Vårdanalys göra en slutlig utvärdering av satsningen 2015. Det gäller både överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting och enskilda uppdrag till myndigheter och organisationer. I utvärderingen ska även tidigare statliga satsningar på psykiatri mellan 1995–2012 belysas.

Den nationella samordningsfunktionen har en viktig roll i uppföljningen av satsningen och det är därför av central betydelse att Vårdanalys har en nära dialog med funktionen om de olika delarna i uppdraget.

På regeringens vägnar

Annika Strandhäll

Linda Hindberg

Kopia till

Finansdepartementet
Regeringskansliets förvaltningsavdelning/Ek
Regeringskansliets internrevision
Kammarkollegiet
Socialstyrelsen
Folkhälsomyndigheten
Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
Sveriges kommuner och landsting

BILAGA 3 – FÖRTECKNING ÖVER PRIO:5 INSATSER 2012–2015

Insats	Totalt avsatta medel (tkr)	Mottagare/utförare	Tidram (inom PRIO)	Insatsområde (medel till VAD)	Typ av finansiering	Typ av utförare (medel till VEM)
MÅLGRUPP 1:						
Barn och unga med psykisk ohälsa						
Förstärkt tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri (BUP)	214 000	Landsing	2012	Tillgänglighet	Prestationsbaserad ersättning	Landsing
Prestationsmål 2012: Förstudie första linjen	50 000	SKL/Landsing	2012	Tillgänglighet	Prestationsbaserad ersättning	Landsing
Prestationsmål 2013–2015: Tid till första bedömning	210 000	SKL/Landsing	2013–2015	Tillgänglighet	Prestationsbaserad ersättning	Landsing
Prestationsmål 2013–2015: Tid till fördjupad utredning	250 000	SKL/Landsing	2013–2015	Tillgänglighet	Prestationsbaserad ersättning	Landsing
Prestationsmål 2015: Nybesök för första linjeveksamhet	80 000	SKL/Landsing	2015	Tillgänglighet	Prestationsbaserad ersättning	Landsing
Tillgänglighet första linjen	5 500	SKL	2012	Tillgänglighet	Projektmedel	SKL
Psyk-projektet	67 000	SKL	2011–2014	Tillgänglighet	Projektmedel	SKL
Prestationsmål 2012–2015: Samordnade individuella planer (kommuner)	400 000	SKL/Kommuner	2012–2015	Samverkan	Prestationsbaserad ersättning	Kommuner
Prestationsmål 2012–2015: Samordnade individuella planer (landsing)	150 000	SKL/Landsing	2012–2015	Samverkan	Prestationsbaserad ersättning	Landsing
Nationella självskadeprojektet	13 000	SKL	2012–	Riktat utvecklingsarbete	Projektmedel	SKL
MHFA-Y, Självmoordsförebyggande program barn och unga	6 950	KI/NAASP	2012–2014	Riktat utvecklingsarbete	Projektmedel	Forskningsinstitution
Insatser kring barn och unga som vårdas i psykiatrisk tvångsvård	500	Socialstyrelsen	2014	Riktat utvecklingsarbete	Myndighetsanslag	Myndighet
Slöd till unga med psykisk ohälsa som varken arbetar eller studerar	2 800	Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor	2014–2015	Arbete/sysselsättning	Myndighetsanslag	Myndighet
SUMMA MÅLGRUPP 1:	1 449 750					

Insats	Totalt avsatta medel (tkr)	Mottagare/utförare	Tidsram (inom PRIO)	Insatsområde (medel till VAD)	Typ av finansiering	Typ av utförare (medel till VEM)
MÅLGRUPP 2: Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik						
Prestationsmål 2012–2015: Registrering i psykiatriska kvalitetsregister	400 000	SKL/Landsting	2012–2015	Riktat utvecklingsarbete	Prestationsbaserad ersättning	Landsting
Prestationsmål 2012–2015: Inventering av insatser vid psykisk funktionsnedsättning	550 000	SKL/Kommuner	2012–2015	Riktat utvecklingsarbete	Prestationsbaserad ersättning	Kommuner
Stöd till utveckling och användning av kvalitetsregister och inventering	27 000	SKL	2012–2015	Riktat utvecklingsarbete	Projektmedel	SKL
Prestationsmål 2013–2015: Minskade tvångsåtgärder	150 000	SKL/Landsting	2013–2015	Riktat utvecklingsarbete	Prestationsbaserad ersättning	Landsting
Bättre vård mindre tvång	13 500	SKL	2012–2015	Riktat utvecklingsarbete	Projektmedel	SKL
Integrerade former i öppenvård	20 000	SKL	2012–2015	Riktat utvecklingsarbete	Projektmedel	SKL
Projektet Bättre vård mindre tvång	56 500	SKL	2012–2015	Riktat utvecklingsarbete	Projektmedel	SKL
Administration av ökat utbud av sysselsättning enl 2009:955 (ovan)	1 800	Socialstyrelsen	2013–2015	Administration	Myndighetsanslag	Myndighet
Hjälpmedel i skolan	10 000	Hjälpmedelsinstitutet (föreningen upphört!)	2012–2013	Riktat utvecklingsarbete	Projektmedel	Förening
Ökat utbud av sysselsättning i kommunen/Statsbidrag till vissa juridiska personer	90000	Socialstyrelsen/ Bidragmottagare	2013–2015	Arbete/sysselsättning	Statsbidrag	Företag
Samordning av nationellt suicidförebyggande arbete	2 500	Folkhälsomyndigheten	2015	Riktat utvecklingsarbete	Myndighetsanslag	Myndighet
SUMMA MÅLGRUPP 2:	1 321 300					

Insats	Totalt avsatta medel (tkr)	Mottagare/utförare	Tidram (inom PRIO)	Insatsområde (medel till VAD)	Typ av finansiering	Typ av utförare (medel till VEM)
INSATSONOMRÅDE 1:						
Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete						
Stöd och behandling på nätet	15 000	SKL		Tillgänglighet	Projektned	SKL
Förstärkt tillsyn psykiatriska hälso- och sjukvården	50 000	Socialstyrelsen	2012	Uppföljning/granskning	Myndighetsanslag	Myndighet
Samlat uppdrag psykisk ohälsa:	15 500	Socialstyrelsen	2012–2015	Uppföljning/granskning	Myndighetsanslag	Myndighet
• Uppdrag att utveckla grunddata och indikatorer						
• Uppdrag att fortsätta arbetet med kunskapsutveckling och stöd till implementering						
• Uppdrag att ubetala bidrag för tillgänglighetsansättningen för barn o unga samt uppföljning						
• Uppdrag att göra en bedömning mot uppställda krav i statens ök med SKL						
Utsädd uppgifsskyldighet till patientregistret (PAR)	-	Socialstyrelsen	2013-2014	Uppföljning/granskning	Myndighetsanslag	Myndighet
Kunskapsstyrningsuppdrag (med hänguppdrag):	28 700	Socialstyrelsen	2013–2015	Kunskapsstyrning/ kunskapsstöd	Myndighetsanslag	Myndighet
• Kunskapsstyrning hänguppdrag (flera)	1 000	Flera	2013	Kunskapsstyrning/ kunskapsstöd	Myndighetsanslag	Myndighet
• Kunskapsstyrning hänguppdrag Läkemedelsverket	1 600	Läkemedelsverket	2013–2015	Kunskapsstyrning/ kunskapsstöd	Myndighetsanslag	Myndighet
• Kunskapsstyrning hänguppdrag SBU	5 000	SBU	2013–2015	Kunskapsstyrning/ kunskapsstöd	Myndighetsanslag	Myndighet

Insats	Totalt avsatta medel (tkr)	Mottagare/utförare	Tidsram (inom PRIO)	Insatsområde (medel till VAD)	Typ av finansiering	Typ av utförare (medel till VEM)
• Kunskapsstyrning Folkhälsomyndigheten	4 000	Folkhälsomyndigheten	2014–2015	Kunskapsstyrning/kunskapsstöd	Myndighetsanslag	Myndighet
• Kunskapsstyrning: självmordsprevention	2 800	Folkhälsomyndigheten	2014–2015	Kunskapsstyrning/kunskapsstöd	Myndighetsanslag	Myndighet
• Kunskapsguiden (enbart medel; de delar som berör PRIO ingår i Kunskapsstyrningsuppdraget)	6 000	Socialstyrelsen	2012–2015	Kunskapsstyrning/kunskapsstöd	Myndighetsanslag	Myndighet
Kunskapsproduktion, kunskapspridning och implementering av psykosociala insatser	12 000	CEPI/Lunds universitet	2012–2013	Kunskapsutveckling/forskning	Forskningsmedel	Forskningsinstitution
Implementeringsstöd gällande riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni/Bättre psykosvård	20 000	Akademiska sjukhuset	2012–2013	Kunskapsstyrning/kunskapsstöd	Projektnedl	Landsting
Implementeringsstöd gällande riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni	9 000	Socialstyrelsen	2012–2014	Kunskapsstyrning/kunskapsstöd	Myndighetsanslag	Myndighet
Stöd till verksamhetsnära forskning	16 000	Forte	2014–2015	Kunskapsutveckling/forskning	Forskningsmedel	Myndighet
Äldre med psykisk ohälsa	420	Häringe kommun	2013	Kunskapsutveckling/forskning	Projektnedl	Kommuner
METIS: Utveckling och förstärkning av specialiserad kompetens	6 000	IPULS (via Socialstyrelsen)	2012	Kompetensförsörjning/-utveckling	Myndighetsanslag	Myndighet
METIS: Utbildningsinsatser läkare	5 500	IPULS (via Kammarkollegiet)	2012	Kompetensförsörjning/-utveckling	Myndighetsanslag	Myndighet
METIS: Kompetensutveckling specialitetsfästgöring (ST) psykiatri	18 500	Socialstyrelsen/SKL	2013–2015	Kompetensförsörjning/-utveckling	Myndighetsanslag	Myndighet

Insats	Totalt avsatta medel (tkr)	Mottagare/utförare	Tidram (inom PRIO)	Insatsområde (medel till VAD)	Typ av finansiering	Typ av utförare (medel till VEM)
METIS: Kompetensmål psykologutbildning	1 000	Socialstyrelsen	2014	Kompetensförsörjning/-utveckling	Myndighetsanslag	Myndighet
Kompetens inom psykoterapi bland hälso- och sjukvårdspersonal	15 000	Socialstyrelsen/ Landslingen	2012	Kompetensförsörjning/-utveckling	Statsbidrag	Landsling
Kompetens inom evidensbaserad psykologisk behandling (psykologer)	12 500	Socialstyrelsen/ Landslingen	2012	Kompetensförsörjning/-utveckling	Statsbidrag	Landsling
Uppföljning av förstärkt kompetens (granskning av insats inom ramen för Statens psykiatrisatsning)	600	Socialstyrelsen	2012	Uppföljning/granskning	Myndighetsanslag	Myndighet
Föräldrad/föräldrapad allmänförsörjning (AT)	1 200	Socialstyrelsen	2012–2014	Kompetensförsörjning/-utveckling	Myndighetsanslag	Myndighet
Deltidstjänster forskning kliniskt verksamma inom psykiatrimrådet	36 000	Velenskapsrådet/Forskare	2012–2014	Kunskapsutveckling/forskning	Forskningsmedel	Forskningsinstitution
Utbildning i Beardslees familjintervention – utvärdering	5 000	Socialstyrelsen	2012	Uppföljning/granskning	Myndighetsanslag	Myndighet
Nationella kvalitetsregister-övervakningen (del)	70 000	SKL	2012–2015	Riktat utvecklingsarbete	Projektmiddel	SKL
KUR – Kunskapsutveckling om rehabilitering för personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning/aktivitetsersättning unga vuxna	2 000	Försäkringskassan	2012	Arbete/sysselsättning	Myndighetsanslag	Myndighet
Kunskap och samverkan på sysselsättningsområdet kring personer med psykisk ohälsa	20 250	Försäkringskassan	2013–2015	Arbete/sysselsättning	Myndighetsanslag	Myndighet
Förstärkning kvalitetsregister	2 500	SKL	2013	Riktat utvecklingsarbete	Projektmiddel	SKL
Kunskapssammanställning om samers psykosociala ohälsa	350	Sametinget	2015	Kunskapsutveckling/forskning	Myndighetsanslag	Myndighet

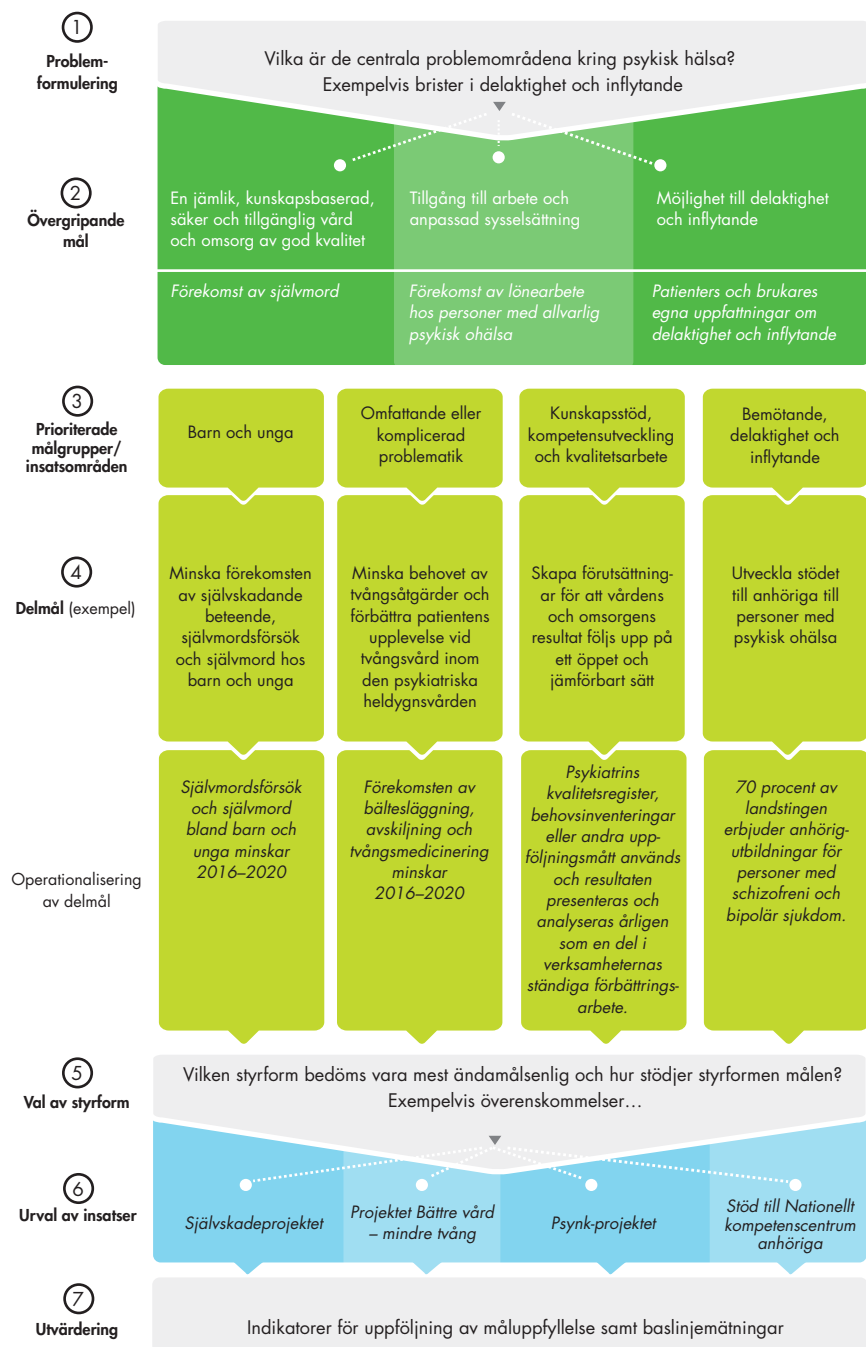
Insats	Totalt avsatta medel (tkr)	Mottagare/utförare	Tidram (inom PRIO)	Insatsområde (medel till VAD)	Typ av finansiering	Typ av utförare (medel till VEM)
Utvärdering – kunskapsutveckling och samverkan på sysselsättningsområdet kring personer med psykisk ohälsa	200	Försäkringskassan	2015	Uppföljning/granskning	Myndighetsanslag	Myndighet
SUMMA INSATSONOMRÅDE 1:	383 620					
INSATSONOMRÅDE 2:						
Bemötande, delaktighet och inflytande						
Stöd för ökad delaktighet och inflytande	20 500	NSPH	2012–2015	Delaktighet/inflytande	Föreningsbidrag	Förening
Nationella hjälplinjen	21 000	SKL (Inera)	2012–2014	Tillgänglighet	Statsbidrag	SKL
Attityduppdraget – Hjärnkoll	55 000	Handisam/Myndigheten för delaktighet	2013–2015	Delaktighet/inflytande	Myndighetsanslag	Myndighet
Kunskapsstöd anhörigfrågor	8 000	Nka	2012–2014	Delaktighet/inflytande	Forskningsmedel	Forskningsinstitution
Ungas syn på psykisk ohälsa	3 270	Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor	2013–2015	Kunskapsutveckling/forskning	Myndighetsanslag	Myndighet
SUMMA INSATSONOMRÅDE 2:	107 770					
Övriga insatser						
Medel för SKL att disponera	121 000	SKL		Fria medel SKL		SKL
Vårdanalys utvärdering av PRIO	9 500	Vårdanalys	2012–2015	Uppföljning/granskning	Myndighetsanslag	Myndighet
PRIO-samordning vid Socialdepartementet	14 330	Socialdepartementet	2012–2015	Administration		Socialdepartementet
Samordningsfunktion SKL	10 500	SKL	2012–2015	Administration		SKL
Socialstyrelsens uppföljning av överenskommen	1 500	Socialstyrelsen	2013	Uppföljning/granskning	Myndighetsanslag	Myndighet

Insats	Totalt avsatta medel (tkr)	Mottagare/utförare	Tidsram (inom PRIO)	Insatsområde (medel till VAD)	Typ av finansiering	Typ av utförare (medel till VEM)
Grundkrav 1 2012–2015: Samverkansöverenskommelser			2012–2015			
Grundkrav 2 2012–2015: Ansvarsfördelning/webbaserad information till barn och unga			2012–2015			
SUMMA ÖVRIGA INSATSER:	156 830					
TOTALSUMMA PRIO 2012–2015:	3 419 270					

BILAGA 4 – UPPFÖLJNING AV PRIO:S INSATSER 2012–2015

Se fristående bilaga.

BILAGA 5 – EXEMPEL PÅ EN SAMMANHÅLLEN STRUKTUR FÖR PROBLEMFORMULERING, MÅL, STYRFORM, INSATSER OCH UTVÄRDERING



Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar

Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995

Handlingsplanen *PRIO – psykisk ohälsa* har utgjort grunden för regeringens arbete mot psykisk ohälsa under perioden 2012–2015. Vårdanalys har haft regeringens uppdrag att utvärdera PRIO och de andra statliga satsningarna som har syftat till att förbättra den psykiska hälsan i samhället sedan 1995. Utvärderingen visar att satsningarna har bidragit till positiva resultat inom flera områden, men att stora utmaningar fortfarande kvarstår. För att möta dessa utmaningar behöver fokus flyttas från de relativt begränsade statliga satsningarna till hur hela samhällets resurser kan användas på ett så effektivt sätt som möjligt i arbetet för en förbättrad psykisk hälsa.

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

