För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt

Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa

Slutbetänkande av Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa

Stockholm 2018

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2018:90

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2018

ISBN 978-91-38-24888-1
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet, Annika Strandhäll

Den 17 december 2015 beslutade regeringen att en särskild utredare – en nationell samordnare – ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå (dir. 2015:138). Som särskild utredare förordnades från och med den 1 januari 2016 beteendevetaren Kerstin Evelius. Som sekreterare i utredningen förordnades, från och med den 15 februari 2016, statsvetaren Andrea Larsson. Som sekreterare i utredningen förordnades även, från och med den 1 september 2016 till och med den 12 oktober 2018, statsvetaren Sven Akselson. Docenten i offentlig rätt, Ewa Gustafsson, anställdes som sekreterare på heltid, från och med den 1 juni 2017 till och med den 31 december 2017, samt på halvtid från och med den 1 januari 2018.

Den 8 december 2016 beslutade regeringen att, genom tilläggsdirektiv, komplettera utredarens uppdrag till att även omfatta en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT (dir. 2016:106). Som sekreterare på halvtid anställdes juristen Maria Nyström Agback, från och med den 9 januari 2017 till och med den 31 oktober 2017. Som sekreterare på halvtid anställdes också samhällsvetaren Louise Aronsson från och med den 9 januari 2017 till och med den 31 december 2017. Tilläggsuppdraget, *För barnets bästa – utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård* (SOU 2017:111), redovisades till regeringen den 31 december 2017.

I föreliggande betänkande presenterar utredningen en fördjupad analys av och målbild för regeringens insatser inom området psykisk hälsa. Utgångspunkten för de förslag som presenteras inom ramen

för betänkandet är att skapa förutsättningar för långsiktighet, effektivitet och ändamålsenlighet i den statliga styrningen och bidra till ett strategiskt arbete inom området, med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer.

Utredningen har i arbetet med betänkandet sammanträffat med två referensgrupper. I den ena referensgruppen ingick, Jessica Andersson (ordförande och projektledare, SHEDO), Inger Blennow (ordförande, Sveriges Fontänhus Riksförbund), Helena Forsman (påverkansansvarig, Frisk och fri), Fredrik Gothnier (teamledare, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa), Margaretha Herthelius (ordförande, Schizofreniförbundet), Mårten Jansson (utvecklingsledare, Nationell samverkan för psykisk hälsa) samt Bo Persson (kassör, Riksförbundet Balans). I den andra referensgruppen ingick, Johanna Ahnquist, (enhetschef vid Enheten barn och ungas psykiska hälsa, Folkhälsomyndigheten), Urban Markström (professor vid Institutionen för socialt arbete, Umeå Universitet), Susanne Rolfner-Suvanto (f.d. särskild utredare i Regeringskansliet) samt Ing-Marie Wieselgren (psykiater och projektchef, Sveriges Kommuner och Landsting).

Utredningen vill rikta ett stort och varmt tack till alla de som med stort engagemang och klokskap har bidragit till utredningens arbete, analyser och ställningstaganden. Ett särskilt tack riktas till Anders Printz (f.d. nationell samordnare inom området psykisk hälsa), Carl Lundgren (utredare, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys), Fredrik Lindencrona (internationell samordnare, Sveriges Kommuner och Landsting), Ing-Marie Wieselgren (psykiater och projektchef, Sveriges Kommuner och Landsting), Jenny Telander (utredare, Folkhälsomyndigheten), Johanna Ahnquist (enhetschef, Folkhälsomyndigheten), Mikael Sandlund (professor, Umeå Universitet), Mårten Jansson (NSPH), Nils Svartz (f.d. stf. generaldirektör, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap), Olle Lundberg (professor vid Stockholms Universitet) samt Urban Markström (professor vid Umeå Universitet).

Utredningen överlämnar härmed slutbetänkandet *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa* (SOU 2018:90).

Utredningens uppdrag är med detta, i sin helhet, slutfört.

Stockholm i december 2018

Kerstin Evelius

/Andrea Larsson
Ewa Gustafsson

Innehåll

Förkortningar **13**

Sammanfattning **15**

1. Utredningens uppdrag och arbetets genomförande **29**

1.1 Utredningens uppdrag 29

1.2 Arbetets genomförande 30
1.2.1 Nationell samordning och traditionellt utredningsuppdrag 30
1.2.2 Omfattande dialoger och samråd med aktörer på olika nivåer 31
1.2.3 Breda kommunikativa insatser i syfte att informera om utredningens uppdrag och dess arbete 32
1.2.4 Samråd med myndigheter, organisationer och det statliga utredningsväsendet 33
1.2.5 Referensgrupper som varit knutna till utredningens arbete 34

1.3 Betänkandets utgångspunkter 34

1.4 Betänkandets disposition 36

2 Utgångspunkter **39**

2.1 Inledning 39

2.2 Vad är psykisk hälsa och ohälsa? 40

2.3 Den psykiska ohälsans utbredning 41
2.3.1 Barn och ungas psykiska hälsa 42

2.3.2 Psykisk hälsa bland vuxna ... 44
2.3.3 Psykisk hälsa bland grupper i särskilt utsatta positioner ... 47
2.3.4 Psykisk ohälsa och suicid ... 53

2.4 Samhällets ansvar för psykisk hälsa ... 54
2.4.1 Lagar och internationella konventioner ställer krav ... 55
2.4.2 Stora kostnader för individen och för samhället ... 57
2.4.3 En god och jämlik psykisk hälsa som en del av hållbar utveckling ... 60
2.4.4 Psykisk hälsa i det internationella arbetet ... 61

2.5 Den nationella folkhälsopolitiken ... 66
2.5.1 Folkhälsopolitikens utgångspunkter ... 67
2.5.2 Målstruktur för arbetet med frågor kring psykisk hälsa ... 69
2.5.3 Folkhälsopolitikens mål och psykisk hälsa ... 70

2.6 En god psykisk hälsa – samspel mellan individ och samhälle ... 88
2.6.1 Hälsan påverkas av en rad olika faktorer ... 89
2.6.2 Styrning med ett helhetsperspektiv ... 92

3 Internationell utblick ... 95

3.1 Inledning ... 95

3.2 Australien ... 96
3.2.1 Hälso- och sjukvårdens organisation ... 96
3.2.2 Nationell styrning av psykisk hälsa-politiken ... 97
3.2.3 Statens roll i styrningen av psykisk hälsa-politiken ... 101

3.3 Finland ... 103
3.3.1 Hälso- och sjukvårdens organisation ... 103
3.3.2 Nationell styrning av psykisk hälsa-politiken ... 105
3.3.3 Statens roll i styrningen av psykisk hälsa-politiken ... 108

3.4 Kanada ... 109
3.4.1 Hälso- och sjukvårdens organisation ... 109
3.4.2 Nationell styrning av psykisk hälsa-politiken ... 110
3.4.3 Statens roll i styrningen av psykisk hälsa-politiken ... 112

3.5 Nya Zeeland ... 114
3.5.1 Hälso- och sjukvårdens organisation ... 114
3.5.2 Nationell styrning av psykisk hälsa-politiken ... 115
3.5.3 Statens roll i styrningen av psykisk hälsa politiken ... 119

3.6 Sammanfattning av internationella erfarenheter av den nationella styrningen ... 120

4 Styrning inom området psykisk hälsa ... 125

4.1 Inledning ... 125
4.1.1 Statens långvariga satsningar ger effekter … ... 125
4.1.2 … men är det effektivt? ... 126
4.1.3 Området psykisk hälsa är tvärsektoriellt och hela samhällets ansvar ... 127

4.2 Statens styrning inom området psykisk hälsa – några huvuddrag ... 129
4.2.1 Psykisk hälsa – en del av hälso- och sjukvårdspolitiken ... 130
4.2.2 Reglering som styrmedel ... 131
4.2.3 Ekonomiska styrmedel ... 133
4.2.4 Styrning genom strategier och handlingsplaner ... 134
4.2.5 Nätverksbaserad styrning genom nationella samordnare ... 135
4.2.6 Statlig styrning med kunskap ... 137

4.3 Nuvarande styrning och organisation av insatser inom området psykisk hälsa ... 139
4.3.1 Enheten för folkhälsa och sjukvård samordnar insatserna ... 140
4.3.2 Styrning genom nationell strategi ... 141

4.3.3 Styrning genom överenskommelser – en central del av strategins genomförande 145
4.3.4 Nationell samordnare inom området psykisk hälsa 146
4.3.5 Myndighetsstyrning m.m. 147
4.3.6 Landsting/regioner och kommuner 162

4.4 Statens styrning av området psykisk hälsa 1995–2015 171
4.4.1 Psykiatrireformen 171
4.4.2 Nationell handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården 2001–2007 176
4.4.3 Nationell psykiatrisamordning 2003–2006 180
4.4.4 Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006 185
4.4.5 Statens psykiatrisatsning 2007–2011 187
4.4.6 PRIO psykisk ohälsa 2012–2015 190

4.5 Iakttagelser och analys 197
4.5.1 Vilken roll spelar staten inom området psykisk hälsa? 198
4.5.2 Brister i indikatorer, datakällor och datainsamling 226
4.5.3 Patient-, brukar- och medborgarinflytande 234

5 Utredningens överväganden, bedömningar och förslag 241

5.1 Inledning 241

5.2 Förutsättningar för en långsiktigt hållbar styrning 241
5.2.1 Involvera hela samhället i att förbättra den psykiska hälsan 242
5.2.2 Rikta statens insatser mot sådant som bara staten kan göra eller gör mer effektivt än andra .. 243
5.2.3 Fokusera på hur de samlade resurserna kan användas för att uppnå långsiktiga effekter, snarare än på en avgränsad statlig satsning 244
5.2.4 Skapa en sammanhållen struktur med realistiska mål och insatser 245

5.2.5 Skapa ett lärande och evidensbaserat arbete, öka fokus på analys, implementeringsstöd och uppföljning ... 246
5.2.6 Öka fokus på delaktighet och inflytande för patienter, brukare och anhöriga ... 248

5.3 Utredningens bedömningar och förslag ... 249
5.3.1 Politik för psykisk hälsa – ett nytt politikområde ... 249
5.3.2 En strategi för psykisk hälsa 2020–2030 ... 250
5.3.3 Agenda 2030-sekretariat för övergripande samordning ... 257
5.3.4 Folkhälsopolitikens målstruktur bör styra inriktningen ... 259
5.3.5 Folkhälsomyndigheten bör ha en nationellt samordnande och stödjande roll ... 282
5.3.6 Tvärsektoriell myndighetssamverkan ... 288
5.3.7 Statsbidrag för utveckling av preventionsarbete till länsstyrelserna ... 291
5.3.8 Kunskapsstöd och långsiktigt statsbidrag till kommuner och landsting ... 294
5.3.9 Uppdrag att ta fram indikatorer för att mäta patient- och brukarnära resultat ... 296
5.3.10 Forskningsprogram ... 299
5.3.11 Stärkt internationellt samarbete ... 304

6 Konsekvenser av utredningens förslag ... 307

6.1 Inledning ... 307

6.2 Psykisk hälsa – en investering för samtiden och framtiden ... 307

6.3 Ekonomiska konsekvenser ... 309
6.3.1 Ekonomiska konsekvenser för staten ... 309
6.3.2 Ekonomiska konsekvenser för landstingen ... 316
6.3.3 Samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt ... 316

6.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 318

6.5 Konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet ... 319

6.6 Konsekvenser för jämställdheten 320

6.7 Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen 321

6.8 Konsekvenser för barn 321

6.9 Övriga konsekvenser 322

Referenser 325

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2015:138 343

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2016:106 355

Förkortningar

adhd	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ANDT	Alkohol, narkotika, dopning och tobak
BUP	Barn- och ungdomspsykiatrin
COAG	Council of Australian Governments
ESF	Europeiska Socialfonden
EU	Europeiska unionen
FN	Förenta nationerna
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
IIMHL	International Initiative for Mental Health Leadership
KBT	Kognitiv beteendeterapi
KL	Kommunallagen (2017:725)
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
MSB	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
NMHC	National Mental Health Commission
NMR	Nordiska ministerrådet
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PRIO	Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa
Prop.	Regeringens proposition
RF	Regeringsformen

rskr.	Riksdagsskrivelse
SFS	Svensk författningssamling
SBU	Statens beredning för social- och medicinsk utvärdering
SkolL	Skollagen (2010:800)
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
SOU	Statens offentliga utredningar
WHO	World Health Organization

Sammanfattning

Utredningens uppdrag och arbete

Den 17 december 2015 beslutade regeringen att en särskild utredare – en nationell samordnare – ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. I utredarens arbete ingår vidare att lämna förslag på hur samordning och utveckling av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur (dir. 2015:138).

I föreliggande betänkande presenterar den nationella samordnaren – i det följande kallad utredningen – en bedömning av vilka steg som krävs för att ett långsiktigt och hållbart arbete för en god och jämlik psykisk hälsa ska kunna åstadkommas. Vi diskuterar dels vilken inriktning arbetet bör ha, dels vilka åtgärder som krävs för att uppnå en långsiktig utveckling med gemensamt ansvar i ordinarie strukturer.

Under de tre år som utredningen har verkat har utredningen lagt stor vikt vid att inhämta synpunkter och erfarenheter från ett stort antal aktörer vars arbete berör frågor kring psykisk hälsa. Detta har inkluderat, men inte varit begränsat till, representanter från berörda statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), sjukvårdens huvudmän, kommuner, patient-, brukar-, och anhörigorganisationer samt det civila samhället. Utredningen har också haft en omfattande kontakt med vårdens professioner, professionsföreningar, fackföreningar, kommittéer inom det statliga utredningsväsendet samt med organisationer som företräder barn, unga och vuxna med och utan psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättningar. Utredningen har vidare haft omfattande kontakter med män, kvinnor, flickor och pojkar med erfarenhet av psykisk ohälsa eller

allvarlig psykisk sjukdom, antingen personligen eller i deras egenskap av anhörig eller närstående.

Till utredningens arbete med att ta fram de förslag och bedömningar som presenteras i detta betänkande har två referensgrupper varit knutna. Referensgrupperna har bestått av representanter från bl.a. medlemsföreningar i det nationella brukarnätverket Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), myndigheter, akademin samt Uppdrag psykisk hälsa vid SKL. Vidare har ett antal specialister medverkat i utredningens arbete och bistått utredningen med analyser, reflektioner och iakttagelser. Engagemanget när det gäller frågor som berör psykisk hälsa och ohälsa har varit stort och att det har funnits en stark vilja till samarbete och dialog med utredningen.

Utgångspunkter för utredningens arbete

Sverige är ett land där folkhälsan, mätt på traditionellt sätt, är mycket god. Folkhälsan i sin helhet har förbättrats under de senaste decennierna och de allra flesta uppger att de har en bra eller mycket bra hälsa. Dessvärre gäller det inte den psykiska hälsan. Den psykiska ohälsan, med besvär som oro, ångest och sömnproblem, har tvärtom ökat under de senaste tjugo åren. För att möta denna utveckling krävs ett långsiktigt och strategiskt arbete inom alla samhällets sektorer. Mycket talar för att en positiv utveckling när det gäller befolkningens psykiska hälsa och välbefinnande är möjlig men att detta kräver ett arbete som bedrivs uthålligt och långsiktigt över hela välfärdsområdet.

Utgångspunkten för utredningens arbete är att människors psykiska (o)hälsa är ett *samhällsansvar som kräver uppmärksamhet och åtgärder*. Den ökande psykiska ohälsan är ett samhällsproblem. Det handlar i första hand om de mycket stora individuella konsekvenser som psykisk ohälsa innebär för den enskilde. Psykisk ohälsa debuterar ofta tidigt och kan innebära ett livslångt lidande. Psykisk ohälsa har också stora konsekvenser för samhället, dels i termer av lidande och oro för anhöriga och närstående, dels ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Under 2015 stod kostnader för psykisk ohälsa, direkt och indirekt, för nästan 5 procent av Sveriges bruttonationalprodukt (BNP).

Det finns därför starka argument för varför samhället i allmänhet och det allmänna i synnerhet, bör betrakta människors psykiska ohälsa som ett den stora gemensamma framtidsutmaningen. Det vi som samhälle gör i dag har effekter i framtiden för såväl nuvarande som för kommande generationer. Att samordna samhällets resurser för att främja psykisk hälsa, motverka ohälsa och minska konsekvenserna för de som drabbas är således en investering både för *samtiden* och för *framtiden*.

Erfarenheter av tidigare satsningar

I Sverige har staten sedan slutet på förra millenniet på olika sätt försökt att stimulera utvecklingen inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa. Huvudsakligen har detta skett genom kortsiktiga satsningar, mellan två till fem år, med delvis olika mål och målgrupper. Ett prioriterat område för alla regeringar som lanserat olika typer av satsningar, handlingsplaner och strategier har varit utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet och inom socialtjänsten, främst med sikte på att öka kapacitet, kompetens och innovation.

Detta fokus på att förbättra och förstärka hälso- och sjukvården och socialtjänsten har emellertid inte i någon särskilt hög utsträckning genomförts med statens traditionella styrmedel, t.ex. normering. I princip all styrning har i stället utgjorts av s.k. mjuka styrformer genom riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser. Det har också funnits en långtgående tilltro till goda exempel och staten har därför stimulerat försöksverksamheter, pilotprojekt och annan projektverksamhet i kommuner och landsting.

Trots att frågor om livsvillkor för personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning har varit politiskt prioriterade på nationell nivå under lång tid har den nationella styrningen präglats av kortsiktighet och projektstyrning. Vilka effekter de nästan 13 miljarder kronor som satsats på att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa – varav över 10 miljarder de senaste tio åren – fått är oklart eftersom de korta tidshorisonterna och de diffusa målsättningarna försvårar utvärdering. Det är inte heller möjligt att följa den långsiktiga utvecklingen inom området eftersom grunddata och indikatorer saknas eller inte har sammanställts på något värdeskapande sätt. Det innebär inte att satsningarna inte haft några effekter men

att möjligheterna att följa mer långsiktiga trender i den statliga styrningen är mycket begränsade.

Förutom de begränsningar som kortsiktiga satsningar innebär finns en påtaglig risk att en temporär förstärkning i ett system skapar brister i ett annat system. Det skapar en spiral där en punktinsats i ett system skapar problem som behöver lösas av en motsvarande punktinsats i ett annat system. Eftersom en systemanalys i allt väsentligt saknats uppstår en uppenbar risk att staten med sin ambition att bidra till att hantera enstaka observerade problem i stället medverkar till att kortsluta lokala och regionala prioriteringar med negativa effekter för enskilda brukare, patienter och medborgare.

Erfarenheterna från de statliga initiativ som tagits inom området visar att ett strategiskt och långsiktigt hållbart arbete för att förbättra den psykiska hälsan i befolkningen kommer att kräva hela samhällets kraft. Att reducera frågor om befolkningens psykiska hälsa till en hälso- och sjukvårdsfråga eller en fråga för socialtjänsten kommer inte att föra utvecklingen framåt eftersom dessa strukturer, om än viktiga, bara utgör en del av det system som har inverkan på människor psykiska välbefinnande. Vidare bör statens fokus vara sådant som bara staten kan göra eller gör mer effektivt än andra, t.ex. lagstiftning, tillsyn men också kunskapsstyrning och att bistå det övriga samhället med analys och kunskap. Slutligen behöver staten ha ett långsiktigt hållbart arbete på området, med tydliga resultatmål som inkluderar alla berörda aktörer, där varje myndighet har ett ägarskap när det gäller att främja psykisk hälsa och motverka ohälsa.

Det allra viktigaste är emellertid att i alla delar inkludera patienter, brukare, närstående och övriga användare av det allmännas tjänster i problemformulering och prioriteringar inom området. Den statliga styrningen måste ha ett medborgarperspektiv och varje initiativ måste ha ett värde för befolkningen, både de som drabbats av ohälsa och de som ännu inte har gjort det.

Utredningens bedömningar, överväganden och förslag

I detta slutliga betänkande gör utredningen en samlad bedömning av vilka steg som krävs för att åstadkomma ett strategiskt och hållbart arbete för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt väl-

befinnande i hela befolkningen. Utredningen lämnar förslag och bedömningar som dels tar sikte på vilken inriktning arbetet bör ha, dels vilka åtgärder och insatser som är nödvändiga för att skapa en långsiktig struktur för arbetet med frågor kring psykisk hälsa.

En förutsättning för att motverka utvecklingen med en ökad psykisk ohälsa i befolkningen är att arbetet för att förbättra människor psykiska välbefinnande och minska ohälsan bland män och kvinnor, flickor och pojkar bedrivs uthålligt och långsiktigt inom hela välfärdsområdet. Den psykiska ohälsan berör hela samhället och därför behöver också hela samhället engageras i arbetet. I syfte att skapa förutsättningar för ett sektorsövergripande arbete och säkerställa att det offentliga kraftsamlar kring frågor om psykisk hälsa föreslår utredningen en rad åtgärder som är krävs för att åstadkomma en sådan utveckling. Utredningen föreslår dels insatser för en väl fungerande styrning och uppföljning av insatser inom området, dels åtgärder av mer specifik karaktär, bl.a. kring forskningsförsörjning och internationellt arbete. Förslagen syftar ytterst till att skapa en bättre resursanvändning och därmed en bättre kvalitet, vilket i sin tur kan bidra till förbättrade livsvillkor, möjligheter och hälsa för dem som behöver stöd och insatser från de olika välfärdssystemen och för befolkningen som helhet.

Verksamhetsområdet psykisk hälsa bör blir ett nytt politikområde

Utredningens uppfattning är att de senaste decenniernas utveckling mot en fortsatt ojämlikhet i hälsa, en ökad arbetsrelaterad ohälsa och en ökad självrapporterad psykisk ohälsa, främst bland barn och ungdomar, innebär ett behov av förändrade arbetssätt och nya angreppssätt. Frågor som gäller psykisk hälsa behöver prioriteras, dels i regeringens arbete, dels i arbetet hos aktörer på alla samhällsnivåer. Mot bakgrund av detta bedömer utredningen att verksamhetsområdet psykisk hälsa bör bli ett nytt politikområde: politik för psykisk hälsa, vars mål ska vara styrande även för insatser inom andra berörda områden.

En strategi för psykisk hälsa 2020–2030

Frågan om psykisk hälsa/ohälsa rör hela samhället på flera plan. Utredningen bedömer att en *långsiktig strategi med tydliga resultatmål* kan fylla en viktig funktion för att stimulera gemensamma åtgärder som berör flera politikområden och myndigheter. En samlad, långsiktig strategi kan också fylla en viktig funktion då staten saknar direkt inflytande över hur landsting och kommuner ska bedriva verksamheten.

Utredningen har bedömt att en strategiperiod på tio år är lämplig för att åstadkomma förutsättningar för kontinuitet och långsiktighet. För att möta den samhällsutmaning som den växande psykiska ohälsan står för krävs en grundläggande förändring av statens sätt att styra som bygger på en bred systemförståelse och samarbete mellan departement, myndigheter och övriga berörda aktörer. En tioårig strategi har också fördelen att den är tillräckligt långsiktig för att medge prioriteringsarbete och motverka en överdriven brådska inom områden där utvecklingen kommer att ta längre tid eller kräva en strukturell förändring. Den långsiktiga styrningen behöver ha tydliga mål och uppföljningar, liksom strategisk planering och möjlighet att peka ut ansvar och följa upp effekter av de åtgärder som vidtas. För att strategin ska få en generell tillämplighet över olika politikområden och samhällsområden bör den formuleras i en proposition som antas av riksdagen.

En långsiktig strategi inom området psykisk hälsa behöver utformas i harmoni med andra långsiktiga satsningar och strategier. För att nå resultat behöver statens olika prioriterade områden hänga ihop och inte följa olika logiker och inriktningar. I första hand bör strategin inom området psykisk hälsa dels integreras som en prioriterad del av Sveriges arbete med Agenda 2030, dels prioriteras i den av riksdagen beslutade folkhälsopolitiken.

Ett Agenda 2030-sekretariat för övergripande samordning bör inrättas i Regeringskansliet

Arbetet med Agenda 2030-strategin utgör en viktig del av Sveriges omställning till en modern välfärdsstat. Agendan ska vägleda de beslut som alla ratificerande länder fattar, med hänsyn tagen till den

nationella kapaciteten och utvecklingsnivån, och innebära en ambitionshöjning i arbetet med hållbar utveckling i alla länder. Detta innebär dels fokus på globala mål, dels på nationella utmaningar som kräver särskild uppmärksamhet.

Det är utredningens uppfattning att frågor som berör psykisk hälsa är en sådan nationell utmaning som kräver ökad uppmärksamhet och att arbetet för att säkerställa en god psykisk hälsa har en tydlig koppling till de globala målen. Utredningen delar Agenda 2030-delegationens uppfattning att för att arbetet med strategin ska bli effektivt och ändamålsenligt finns det ett behov av att inrätta en övergripande styrande funktion, ett sekretariat, i Regeringskansliet med uppdrag att underlätta departementsövergripande styrning, organisering, samordning och uppföljning av arbetet inom Agenda 2030-strategin.

Mål och målstruktur för området psykisk hälsa

Ett övergripande nationellt mål bör antas för det samlade arbetet med frågor kring psykisk hälsa inom ramen för den strategi som utredningen föreslår. Utredningens förslag till nationellt mål är *att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar*.

Målet utgår från det nationella målet för folkhälsoarbetet och avspeglar liksom folkhälsomålet samhällets ansvar för människors psykiska hälsa genom att det visar på sambandet mellan samhälleliga förutsättningar, som kan påverkas genom politiska beslut, och hälsoutvecklingen i befolkningen. Målet tydliggör regeringens samlade ambition och anger vad politiken hela tiden ska sträva efter för nuvarande och kommande generationer. Genom målet lyfts jämställdhetsperspektivet och barnperspektivet fram i syfte att det ska leda till effektivare insatser som är anpassade till de skilda behov som kan finnas hos kvinnor och män, flickor och pojkar. Utredningen bedömer vidare att insatserna inom området psykisk hälsa ska ta sin utgångspunkt i den sektorsövergripande målstruktur med åtta målområden som gäller för det samlade nationella arbetet med folkhälsopolitiken (prop. 2017/18:249) dvs.:

1. det tidiga livets villkor,
2. kompetenser, kunskaper och utbildning,
3. arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö,
4. inkomster och försörjningsmöjligheter,
5. boende och närmiljö,
6. levnadsvanor,
7. kontroll, inflytande och delaktighet samt
8. en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Åtgärdsområden och resultatmål med ägarskap av berörda aktörer

Utredningen har i sina förslag och bedömningar för en bättre och mer jämlik psykisk hälsa utgått från den sektorsövergripande målstruktur med åtta målområden som gäller för det samlade nationella arbetet med folkhälsopolitiken. Inom vart och ett av dessa målområden har utredningen gjort en övergripande beskrivning av läget, följt av utredningens bedömning av vilka *åtgärdsområden*, dvs. angelägna livsområden ur ett medborgarperspektiv, som bör prioriteras. Vidare har utredningen tagit fram *resultatmål* för varje målområde. De resultatmål som utredningen föreslår utgår från ett *systemperspektiv* på insatser och åtgärder. Det innebär att det är de sammantagna effekterna på systemnivå – dvs. på befolkningsnivå – som eftersträvas och inte resultat på individnivå eller hos en enskild huvudman eller verksamhet.

Utredningen bedömer att arbetet med prioriterade åtgärdsområden inom respektive målområde kan komma att förändras eller behöva konkretiseras ytterligare under de tio år som utredningen föreslår att strategin ska vara styrande. Det är därför utredningens bedömning att Folkhälsomyndigheten, som i övrigt föreslås få en förtydligad roll inom området, uppdras att sammanställa åtgärdsplaner inom respektive målområde för att bidra till verkställandet av regeringens politik.

Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll bör förtydligas och stärkas

Utredningen anser att samordningen av insatser inom området psykisk hälsa behöver stärkas och organiseras på så sätt att utrymme ges för ett strategiskt och långsiktigt arbete. Arbetet bör omfatta samtliga målområden, och de av utredningen föreslagna åtgärdsområdena, och involvera aktörer på alla nivåer, främst berörda myndigheter och huvudmän. Detta kräver en stark nationellt pådrivande aktör och en väl upparbetad tvärsektoriell myndighetssamverkan.

För att stärka samordningen inom området psykisk hälsa på nationell nivå bedömer utredningen att Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll inom området bör förtydligas och stärkas. I Folkhälsomyndighetens uppdrag bör ingå att stödja genomförandet av politiken inom området och verka för att det föreslagna övergripande målet för området uppnås. Folkhälsomyndigheten bör vidare uppdras att stödja statliga myndigheter, kommuner, landsting/regioner och andra aktörer i deras arbete med utveckling och uppföljning av insatser inom området samt bidra till samordning av och samverkan när det gäller insatser på nationell nivå. I uppdraget bör även ingå att ansvara för ett utvecklat uppföljningssystem i syfte att mäta effekter och resultat av insatser på lokal, regional och nationell nivå.

Tvärsektoriell myndighetssamverkan

För att politiken för psykisk hälsa ska få ett faktiskt genomslag på lokal, regional och nationell nivå krävs förutom en stark nationellt pådrivande aktör en väl upparbetad tvärsektoriell myndighetssamverkan. Utredningen anser att det är av stor vikt att skapa förutsättningar för en *långsiktig* myndighetssamverkan inom området och bidra till att samtliga berörda myndigheter ser sin roll i insatsernas genomförande. Syftet är att skapa ägarskap för frågorna och underlätta en ordning där myndigheternas arbete skapar synergieffekter och en snabbare utvecklingstakt.

För att möjliggöra en sådan utveckling bedömer utredningen att ett tjugotal myndigheter bör uppdras att medverka i strategins genomförande. I myndigheternas uppdrag, som bör omfatta hela strategiperioden 2020–2030, bör det finnas en tydlig uppgift att

operativt och aktivt ingå i samverkan med andra aktörer för att åstadkomma utveckling inom de prioriterade åtgärdsområdena. Vidare bör uppdraget omfatta att identifiera och redovisa mål och aktiviteter som myndigheterna, enskilt och gemensamt, avser att vidta under strategiperioden och att i en årlig verksamhetsrapportering till Folkhälsomyndigheten redovisa de åtgärder som vidtagits inom de åtgärdsområden som ligger inom respektive myndighets ansvar samt en bedömning av verksamhetens resultat. Syftet är att Folkhälsomyndigheten ska kunna få och presentera en helhetsbild av området.

Utredningens bedömning är att myndigheterna behöver finansiell förstärkning för att säkerställa att arbetet kan prioriteras och genomföras. Storleken på finansieringen beror på hur mycket merarbete respektive myndighet bedöms få och bör således bedömas i relation till uppdragets omfattning. Myndigheter vars verksamhet berör och berörs av flera åtgärdsområden bör tilldelas mer resurser medan myndigheter som berörs av färre åtgärdsområden behöver mindre.

Statsbidrag till länsstyrelser och resurscentrum

Ansvaret för förbyggande och främjande insatser inom området psykisk hälsa omfattar flera olika aktörer. Detta inkluderar dels länsstyrelserna som bl.a. har till uppgift att verka för att de nationella målen för folkhälsopolitiken får genomslag i länet, dels kommunerna som har ett omfattande uppdrag inom folkhälsoområdet då de är huvudsakligt ansvariga för flera verksamheter som är viktiga ur folkhälsosynpunkt t.ex. skola och barnomsorg, fysisk planering och bostadsförsörjning. Även landsting och regioner har vissa uppgifter som är viktiga ur folkhälsosynpunkt bl.a. att säkerställa att den vård som erbjuds befolkningen är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Inom ramen för de överenskommelser som träffats mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har sex regionala resurscentra inom området psykisk hälsa byggts upp i Sverige. Dessa resurscentra har i uppgift att främja psykisk hälsa och arbeta för att förebygga psykisk ohälsa, bl.a. med inriktning på primärvårdens möjligheter att förebygga psykisk ohälsa.

Arbetet för att stimulera insatser och åtgärder inom ramen för samhällets förebyggande och främjande arbete behöver intensifieras.

För att det preventiva arbetet ska kunna stärkas bör berörda aktörer ges förutsättningar att arbeta med prevention på ett strategiskt och ändamålsenligt sätt. Utredningen bedömer därför att länsstyrelser och resurscentra behöver ges förutsättningar för ett förstärkt samarbete när det gäller att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa lokalt och regionalt, i syfte att åstadkomma en systemförståelse och synergieffekter. Av det skälet bedömer utredningen att en statsbidragsförordning bör tas fram och att Folkhälsomyndigheten bör uppdras att fördela medel till länsstyrelser och regionala resurscentrum, enligt de villkor och uppsatta kriterier som ska framgå av förordning.

Statsbidrag till kommuner och landsting/regioner

Staten behöver vidga sitt fokus inom området psykisk hälsa till att även omfatta ett folkhälsoperspektiv. Emellertid är det avgörande att fortsatt arbeta för att vården och omsorgen är ändamålsenlig då tillgängliga, effektiva och jämlika insatser till personer som drabbats av psykisk ohälsa, sjukdom och/eller funktionsnedsättning är ett fundament för en gynnsam utveckling på befolkningsnivå.

De landstingskommunala huvudmännen har de senaste åren fått statligt stöd genom årliga överenskommelser mellan staten och SKL och utredningen bedömer att denna resursförstärkning är fortsatt nödvändig för att skapa förutsättningar för ett effektivt utvecklingsarbete lokalt och regionalt. I syfte att åstadkomma ett långsiktigt hållbart utvecklingsarbete i ordinarie strukturer, där förutsättningarna för att erhålla medel är förutsebara för huvudmännen anser utredningen att fördelningen av stimulansmedlen bör regleras i en förordning under åren 2020–2030. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utbetala medel till kommuner och landsting som deltar i utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa, i enlighet med regeringens inriktning på området. Det är därför utredningens bedömning att en statsbidragsförordning bör tas fram och att Socialstyrelsen bör uppdras att fördela medel till kommuner och landsting/regioner, enligt de villkor och uppsatta kriterier som närmare ska anges i förordningen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ges i uppdrag att ta fram patient- och brukarnära indikatorer

Uppföljning och utvärdering är av central betydelse i ett mål- och resultatstyrningssystem. Det är av särskild vikt att följa hur samhällets insatser utvecklas när det gäller insatser till personer som drabbats av psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning. En tydlig brist i dagens arbete inom området är avsaknaden av indikatorer för att kunna mäta *patient- och brukarnära resultat och kvalitet*, dvs. mått som lyfter fram vårdens och omsorgens resultat för den enskilde patienten/brukaren. Sådan kunskap är angelägen för att dels kunna följa resultat och effekter av de insatser som ges, dels för att kunna göra jämförelser mellan landsting, kommuner och olika utförare.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har en tydligt utpekad roll att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom bl.a. hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningen bedömer därför att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör uppdras att ta fram indikatorer för att mäta patient- och brukarupplevd kvalitet och resultat inom t.ex. hälso- och sjukvård och socialtjänst. Uppdraget bör genomföras i nära samverkan med patient/brukarföreträdare, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, SKL och övriga relevanta aktörer.

Insatser för att stärka forskningsförsörjningen i form av ett nationellt forskningsprogram

Forskningen inom de sociala och medicinska områdena är av stor betydelse för tillgången till evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvård och socialtjänst men också förståelsen av hur olika livsomständigheter påverkar människors liv och hälsa. Forskningen inom området psykisk hälsa ryms i dag inom olika forskningssatsningar, även om öar av tvärsektoriell forskning finns, och behovet av ökad kunskap är stort. För att få en hållbar kunskapsutveckling inom området, som är långsiktig och relevant för en svensk kontext, bör ny satsning utformas med långsiktiga planeringsförutsättningar. Utredningen bedömer därför att området psykisk hälsa bör utgöra ett eget forskningsprogram under åren 2020–2030, med ett uttalat syfte att stödja den föreslagna nationella strategin, och att 10 miljoner

kronor per år bör avsättas för detta ändamål. Forskningssatsningen bör ha en bred ansats och utformas för att skapa förutsättningar för tvärvetenskaplig och tvärsektoriell samverkan, en solid kunskapsutveckling och synergier mellan olika forskningsaktörer inom området. Uppdraget bör inkludera alla relevanta forskningsmyndigheter, i första hand Statens beredning för social och medicinsk utvärdering (SBU), Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) och Vetenskapsrådet. Myndigheterna bör årligen uppdras att rapportera utvecklingen inom forskningsprogrammet till regeringen med avseende på prioriterade forskningsområden samt på vilket sätt den gemensamma nationella forskningsagendan svarar mot behov av kunskap hos såväl brukare/patienter som landstingskommunala och statliga aktörer. Patienter, brukare och närstående ska vara delaktiga i problemformulering och prioriteringar.

Stärkt internationellt samarbete

Psykisk hälsa och ohälsa har återkommande under de senaste åren lyfts som en viktig prioritering av flera internationella organ, däribland World Health Organization (WHO), Världsbanken, Förenta Nationerna (FN) och Europeiska Unionen (EU), och befolkningens psykiska hälsa har under lång tid pekats ut som en av de stora framtidsutmaningarna. Utredningens bedömning är att Sveriges engagemang i det internationella samarbetet inom området psykisk hälsa bör stärkas.

Ett långsiktigt internationellt samarbete är inte minst viktigt för att säkerställa att den strategi som utredningen föreslår kan bygga på bästa möjliga erfarenheter och exempel kring policy och praktik från vår omvärld. Samarbeten för kunskapsspridning och innovation har vidare möjlighet att höja utvecklingstakten inom området och bidra till en näringspolitisk potential där innovativa lösningar kan kommersialiseras. För att säkra samordning och långsiktig hållbarhet i dessa samarbeten bedömer utredningen att regeringen behöver ta fram en färdplan för ska syfta till att: 1) Sverige mellan 2020–2030 etablerar sig bland de länder som mest aktivt driver internationell policyutveckling inom området och 2) en högre utvecklingstakt ska uppnås genom ett aktivt internationellt samarbete för kunskapsspridning och innovation mellan statliga, regionala och lokala aktörer

liksom civilsamhället i Sverige och deras relevanta motsvarigheter i andra länder.

Förslagen och bedömningarnas kostnader och konsekvenser

Utredningens bedömningar och förslag medför att staten beräknas få nya permanenta kostnader om cirka 170 miljoner kronor per år. Kostnaderna följer av en förtydligad och stärkt roll för Folkhälsomyndigheten samt för de statliga myndigheternas verksamhet som i övrigt berörs. De totala kostnaderna eller intäkterna för staten bedöms emellertid inte påverkas då de föreslagna förändringarna bör kunna genomföras inom ramen för befintliga ekonomiska ramar.

Utredningens förslag och bedömningar innebär inte några ekonomiska konsekvenser för landstingen eller några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Förslagen och bedömningarna kan förväntas leda till positiva samhällsekonomiska konsekvenser och innebära vissa positiva konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet. Det kan även förväntas att utredningens förslag och bedömningar inverkar positivt på jämställdheten mellan kvinnor och män och innebära positiva konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Förslagen och bedömningarna kan även ha vissa positiva konsekvenser för livsvillkoren bland barn och för barns möjligheter att få sina rättigheter tillgodosedda. Utredningens förslag och bedömningar torde inte ha några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service eller för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt. Förslagen och bedömningarna torde inte heller medföra några konsekvenser för den personliga integriteten.

1 Utredningens uppdrag och arbetets genomförande

1.1 Utredningens uppdrag

Den 17 december 2015 beslutade regeringen att en särskild utredare – en nationell samordnare – ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå (dir. 2015:138). Målet är att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förbättra tidiga insatser till personer som drabbas av psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser.

För att möta framtidens utmaningar och bidra till utveckling inom området psykisk hälsa krävs ett långsiktigt och strategiskt arbete med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer. Det handlar delvis om att organisera resurserna på ett effektivt och ändamålsenligt sätt men också om att säkerställa att vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa, eller allvarlig psykisk sjukdom, är jämlik, kunskapsbaserad, tillgänglig och av god kvalitet. Mot denna bakgrund har utredaren, enligt direktiven, i uppdrag att:

- stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå,
- identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder som ryms inom ramen för de medel som är avsatta i statsbudgeten på anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg,

– följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting, med fokus på effekter för folkhälsan, patienter, brukare och anhöriga, samt
– föreslå hur utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur.

Utredaren ska också föreslå nödvändiga författningsändringar och redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av förslagen, i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474).

Den 8 december 2016 beslutade regeringen att, genom tilläggsdirektiv, komplettera utredarens uppdrag till att även omfatta en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT (dir. 2016:106). Tilläggsuppdraget, *För barnets bästa – utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård* (SOU 2017:111) redovisades till regeringen den 21 december 2017.

1.2 Arbetets genomförande

1.2.1 Nationell samordning och traditionellt utredningsuppdrag

Utredningen har haft ett brett uppdrag som huvudsakligen har innefattat dialog och samråd med ett stort antal aktörer, i syfte att stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. Av utredningens direktiv framgår att en central del av utredningens uppdrag består av att genom ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt främja samverkan, presentera iakttagelser av nuläget och diskutera utvecklingen inom området psykisk hälsa och ohälsa med olika aktörer på lokal, regional och nationell nivå samt med professions-, brukar- och anhörigorganisationer och det civila samhället. Utredningen har i denna del av uppdraget lagt ned mycket tid på dialog- och samrådsprocesser med aktörer på olika nivåer i syfte att bidra till transparens och legitimitet för de förslag som presenterats.

Vid sidan av det samordnande uppdraget har utredningen även innehaft ett mer eller mindre traditionellt utredningsuppdrag. Enligt direktiven har utredningen bl.a. haft i uppgift att identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder samt följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) inom området psykisk hälsa, med fokus på effekter för folkhälsan, patienter, brukare och anhöriga. Utredningen har löpande, och i de former som beslutats av Regeringskansliet (Socialdepartementet), informerat om sitt arbete och presenterat förslag till åtgärder i dessa delar. Utredningen har vidare, under 2016 respektive 2017, till regeringen lämnat årliga delrapporter om utvecklingen inom området psykisk hälsa.

Enligt direktiven ska utredningen, senast den 31 december 2018, föreslå hur utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur. Det är detta deluppdrag som står i fokus för föreliggande betänkande.

1.2.2 Omfattande dialoger och samråd med aktörer på olika nivåer

Som framgått inledningsvis har utredningen, genom ett brett och utåtriktat arbete, initierat dialoger och samråd med ett stort antal aktörer på olika nivåer inom området psykisk hälsa och inom närliggande områden. Detta har bl.a. genomförts i syfte att få kunskap om olika initiativ inom området men också i syfte att förankra utredningens ställningstaganden, analyser och förslag. Utredningen har kunnat konstatera att engagemanget kring utredningens uppdrag och arbete varit stort och att det har funnits en stark vilja till samarbete och dialog kring de frågeställningar som utredningen har prioriterat inom ramen för arbetet.

Under perioden februari 2016 till november 2018 har utredningen sammantaget haft omkring 500 dialogtillfällen med representanter från myndigheter, Regeringskansliet, utredningsväsendet, akademin och det civila samhället. Utredningen har vidare gjort formella besök i 17 av 21 landsting/regioner och i ett stort antal kommuner i syfte att informera om utredningens uppdrag, skapa intresse för frågorna och diskutera gemensamma utmaningar.

Utöver detta har utredningen kontinuerligt träffat professionsföreningar, patient-, brukar- och anhörigorganisationer, det civila samhället, företrädare för enskilda vårdverksamheter och för politiska partier. Ett flertal möten har genomförts med barnrättsorganisationer och organisationer som företräder barn samt med organisationer som företräder barn, unga och vuxna med psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättningar. Utredningen har vidare lagt stor vikt vid att inhämta synpunkter och erfarenheter från personer med psykisk ohälsa eller allvarlig psykisk sjukdom. Utredningen har därtill medverkat vid ett stort antal seminarier och konferenser, såväl nationellt som internationellt, för att informera om utredningens uppdrag och ta del av initiativ av relevans för uppdraget och dess genomförande.

1.2.3 Breda kommunikativa insatser i syfte att informera om utredningens uppdrag och dess arbete

Utredningen har lagt stor vikt vid att genom breda kommunikativa insatser informera om utredningens uppdrag, förslag och pågående arbete. Bl.a. har utredningen lanserat en särskild hemsida under webbdomänen samordnarepsykiskhalsa.se. där intressenter på olika nivåer kontinuerligt har kunnat följa utredningens arbetsprocesser och ställningstaganden. Via sin hemsida, och i traditionella media, har utredningen löpande försökt skapa debatt kring frågor som berör utredningens uppdrag. Utredningen har bl.a. medverkat i ett stort antal poddar och debatter, deltagit i live-sändningar i särskilt prioriterade frågor och årligen organiserat och deltagit i seminarium gemensamt med andra aktörer på området under Almedalsveckan på Gotland. Utredningen har vidare varit mycket aktiv i sociala medier, via t.ex. Facebook, Twitter och Instagram, i syfte att nå målgrupper utanför de traditionella och lagt stor vikt vid att sprida, regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020 *Fem fokusområden fem år framåt*. Vid våra besök och möten runtom i landet har det från flera håll framförts att strategin är uppskattad och används vid utbildningar och på arbetsplatsträffar.

1.2.4 Samråd med myndigheter, organisationer och det statliga utredningsväsendet

Utöver de ovan beskrivna dialogerna har utredningen också träffat och fört dialog med ett stort antal utredningar från det statliga utredningsväsendet. Dessa samråd har inkluderat, men inte varit begränsade till, Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar (U 2015:06), Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), Utredningen reglering av yrket undersköterska (S 2017:07), Framtidens socialtjänst (S 2017:03), Kommissionen för jämlik hälsa (S 2015:02), Hjälpmedelsutredningen (S 2015:08), Kunskapsstödsutredningen (S 2015:07), Att vända frånvaro till närvaro – en utredning om problematisk elevfrånvaro (U 2015:11), Utredningen om ett stärkt barnrättsperspektiv för barn i skyddat boende (S 2016:08), En stärkt minoritetspolitik – översyn av lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (Ku 2016:02), Utredningen om ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö (A 2016:02), Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03), Utredningen om stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner (Ku 2016:05) samt Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess (S 2018:06).

Utredningen har vidare återkommande samverkat med olika enheter inom Regeringskansliet som berörs av utredningens uppdrag och kontinuerligt samrått med ett stort antal myndigheter, däribland Statens Skolverk, Polismyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, e-Hälsomyndigheten, Kriminalvården, Inspektionen för vård och omsorg, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Myndigheten för delaktighet, Statens Institutionsstyrelse samt Barnombudsmannen.

Utredningen har löpande samverkat med representanter från funktionen Uppdrag Psykisk hälsa, samt med olika nätverk och grupperingar knutna till SKL. Utredningen har vidare haft månatliga avstämningar med representanter från Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och SKL samt, löpande och i den form som har beslutats av Regeringskansliet (Socialdepartementet), informerat om sitt arbete och presenterat förslag till åtgärder enligt direktivets utgångspunkter.

1.2.5 Referensgrupper som varit knutna till utredningens arbete

Utredningen har under sina verksamma år haft ett stort antal referensgrupper och andra typer av intressenter knuta till sitt arbete. Referensgrupperna har sammantaget bestått av representanter från över 40 organisationer inom området psykisk hälsa och närliggande områden samt företrädare för myndigheter, för professionen, för huvudmännen och för vård- och omsorgsgivarna. Utredningen har även, såvitt gäller det tilläggsuppdrag som redovisades till regeringen den 12 januari 2018, haft en referensgrupp knuten till sig som i sin helhet bestått av ungdomar med egen erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård.

Under sommaren 2018 knöts två referensgrupper till den del av utredningens uppdrag som rör föreliggande betänkande. Bland representanterna i referensgrupperna har funnits företrädare för patient-, brukar-, och anhörigorganisationer, myndigheter, akademin, Sveriges Kommuner och landsting och Regeringskansliet. Utredningen har träffat referensgrupperna under två tillfällen under arbetet med betänkandet.

Utredningen har också, som en del av arbetet, under våren och hösten 2018, enskilt och i grupp, träffat generaldirektörerna för berörda myndigheter samt personer med lång och gedigen erfarenhet av statlig styrning i syfte att gemensamt identifiera utmaningar och ta del av erfarenheter och förslag för en kommande samordning.

Utredningen har satt stort värde på det enorma engagemang och de konstruktiva förslag som referensgrupperna och övriga intressenter har bidragit med och vill rikta ett stort tack till alla de personer som har avsatt tid för att stödja utredningen i dess arbete!

1.3 Betänkandets utgångspunkter

Fokus på den framtida utformningen av statens insatser inom området psykisk hälsa

Enligt direktiven ska utredningen, vid sidan av att stödja aktörer inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå, föreslå hur utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie

myndighetsstruktur. Utredningen har valt att presentera sina slutsatser i denna del i ett betänkande. De förslag och initiativ som utredningen i övrigt har presenterat, med utgångspunkt i direktiven, har redovisats till Regeringskansliet (Socialdepartementet) i särskild ordning (se avsnitt 1.2.1). I centrum för föreliggande betänkande står sålunda den framtida utformningen av statens insatser inom området psykisk hälsa. Inom ramen för betänkandet presenterar utredningen dels en fördjupad analys av den nuvarande styrningen inom området, dels en målbild för den framtida utformningen av statens insatser. En central utgångspunkt för de förslag som presenteras är att dessa sammantaget ska skapa förutsättningar för långsiktighet, effektivitet och ändamålsenlighet och bidra till ett strategiskt arbete inom området, med ett gemensamt ansvarstagande i ordinarie strukturer.

Statens insatser ska inriktas på områden där det krävs nationell koordinering

En central utgångspunkt för de förslag som utredningen presenterar är att statens insatser framgent ska inriktas på områden där det krävs nationell koordinering och där vård- och omsorgshuvudmännen står inför gemensamma utmaningar. Utredningens uppfattning är att de nationella satsningar som har genomförts inom psykiatriområdet under 1995–2018 förvisso har bidragit till en positiv utveckling i sektorn men att den nationella styrningen i regel har varit alltför kortsiktig och projektorienterad. De internationella erfarenheter som diskuteras i kapitel 3 tyder på att en framgångsrik nationell styrning inom området psykisk hälsa kräver långsiktighet och uthållighet och bör utgå från områden som kräver nationellt ledarskap. En liknande slutsats framgår i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys slututvärdering av statens satsningar inom området psykisk hälsa 2015. I utvärderingen konstateras att en utgångspunkt för det framtida arbetet inom området bör vara att de statliga insatserna i ökad utsträckning inriktas på sådant som bara staten kan göra eller gör mer effektivt än andra t.ex. kunskapsstyrning, normering, forskning, högre utbildning, socialförsäkrings- och arbetsmarknadsfrågor samt insatser för att överbrygga organisatoriska stuprör.[1] I föreliggande

[1] Myndigheten för vård- och omsorganalys (2015a), s. 13 f.

betänkande fokuserar utredningen sålunda på hur den statliga styrningen inom området kan utvecklas till att utgöra en effektiv och ändamålsenlig struktur för det fortsatta arbetet med frågor kring psykisk hälsa. En bättre utformad och mer ändamålsenlig statlig styrning kommer förvisso inte per se att leda till att människors psykiska välbefinnande ökar, eller att den psykiska ohälsan minskar, men är ur utredningens perspektiv *en* central förutsättning för att ett kontinuerligt och långsiktigt arbete ska komma till stånd.

Området psykisk hälsa är tvärsektoriellt och hela samhällets ansvar

Området psykisk hälsa är, i likhet med ett flertal andra politikområden, beroende av insatser inom ett stort antal sektorer och hos en bredd av aktörer på olika nivåer. Vissa av dessa områden ligger inom ramen för psykisk hälsa-områdets mandat och budget medan andra hänför sig till t.ex. utbildnings- och arbetsmarknadspolitiken, barnrättspolitiken och folkhälsopolitiken. Området psykisk hälsa är således tvärsektoriellt. Av tradition har statens insatser inom området emellertid närmast kommit att betraktas som en ren hälso- och sjukvårdsfråga vilket enligt utredningens uppfattning har lett till minskade möjligheter att skapa en sammanhållen statlig styrning som utgår från verksamhetsområden snarare än enskilda myndigheter. En viktig utgångspunkt för de slutsatser som utredningen framlägger inom ramen för betänkandet är sålunda att psykisk hälsa-områdets tvärsektoriella karaktär behöver beaktas och att arbetet med att skapa en statlig styrning utanför enhetsgränser och myndighetsgränser måste förstärkas.

1.4 Betänkandets disposition

Betänkandet inleds med en sammanfattning av utredningens arbete, utgångspunkter, förslag och bedömningar.

I *kapitel 1* beskrivs utredningens uppdrag och dess arbete mer ingående samt de utgångspunkter som har legat till grund för arbetet samt vid utformningen av förslagen.

I *kapitel 2* beskriver utredningen den bakgrund och problembild som ligger till grund för förslagen med fokus på den psykiska

ohälsans utbredning i olika samhällsgrupper. Utredningen beskriver också varför vi anser att psykisk hälsa är ett samhällsproblem som förtjänar ökad uppmärksamhet och verkningsfulla åtgärder.

I *kapitel 3* återfinns en genomlysning av internationella initiativ inom området psykisk hälsa/ohälsa med fokus på genomgripande reformer och policyutveckling i Australien, Finland, Kanada och på Nya Zeeland.

I *kapitel 4* redogör utredningen för hur styrningen av insatser inom området psykisk hälsa är utformad samt hur insatserna är organiserade. Dels ges en nulägesbeskrivning, dels en historisk tillbakablick på de statliga satsningarnas inriktning och utformning sedan den s.k. Psykiatrireformen 1995. Vidare presenteras den analys som ligger till grund för utredningens förslag och bedömningar.

I *kapitel 5* presenterar utredningen sina överväganden och förslag kring hur insatserna inom området psykisk hälsa kan utvecklas framgent för att ge bättre förutsättningar för långsiktighet, effektivitet och ändamålsenlighet.

I *kapitel 6* redovisar utredningen de konsekvenser och de kostnadsberäkningar som förslagen medför.

Till utredningen har fogats 2 bilagor. Bilagorna innehåller utredningens direktiv samt dess tilläggsdirektiv.

2 Utgångspunkter

2.1 Inledning

I det följande beskriver utredningen de centrala utgångspunkter som, tillsammans med de iakttagelser och analyser som presenteras i kapitel 4, ligger till grund för utredningens förslag och bedömningar.

Inledningsvis redogörs för begreppen psykisk hälsa respektive ohälsa och därefter följer en beskrivning av utvecklingen av ohälsan i olika grupper. Slutligen beskriver vi varför vi anser att den psykiska ohälsan är ett samhällsproblem som förtjänar ökad uppmärksamhet.

Vi kommer i det följande, vilket utvecklas genom de förslag som lämnas i kapitel 5, att argumentera för att en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar ska utgå från det folkhälsopolitiska ramverket som beslutades genom propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) och senare skrivelser och propositioner (prop. 2017/18:249). Samhällets insatser ska därmed inriktas mot hälsans bestämningsfaktorer dvs. de faktorer som på individuell och samhällelig nivå kan bidra till att främja hälsa eller skapa ohälsa. För att kunna bidra till en positiv hälsoutveckling vad gäller den psykiska hälsan i Sverige behövs därför åtgärder som adresserar dessa faktorer. Här spelar individen och dennes nätverk en betydelsefull roll men också näringslivet, civilsamhället och arbetsgivarna. Samtidigt har det offentliga – stat, kommun och landsting – en avgörande betydelse för människors livsvillkor på flera sätt.

En god psykisk hälsa och en ökad jämlikhet i hälsa kan endast åstadkommas genom ett långsiktigt, effektivt och strategiskt arbete *inom samhällets alla sektorer*. Därmed är utvecklingen av den psykiska (o)hälsan i befolkningen något som är *hela* samhällets angelägenhet.

2.2 Vad är psykisk hälsa och ohälsa?

Hälsa innefattar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och är en resurs för individen. Hälsan påverkas av en rad olika faktorer på olika nivåer runt om individen. Det finns ett samband mellan individens nära omgivning, samhällsutvecklingen och hur individen mår. Inom folkhälsoarbetet används ofta begreppet hälsans bestämningsfaktorer för att ge en bild av dessa samband. Bestämningsfaktorerna kan påverka individen antigen negativt eller positivt, vilket benämns som riskfaktorer respektive skyddsfaktorer. Med riskfaktorer åsyftas de bestämningsfaktorer som ökar risken för ohälsa, problem eller riskbeteenden, medan en skyddsfaktor ökar individens möjligheter att bibehålla en positiv hälsa.[1]

Vad begreppet psykisk hälsa innefattar debatteras på forskarnivå. Genomgående är att flera dimensioner av välmående ingår, som till exempel emotionellt, psykologiskt och socialt välbefinnande. I World Health Organization (WHO:s) ofta citerade definition från 2001 definieras *psykisk hälsa* som ett tillstånd av mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hon eller han lever i. Begreppet psykisk hälsa innefattar alltså flera dimensioner av välmående och inbegriper både individens upplevelse och relationen mellan individen och det sociala sammanhang som denne befinner sig i.[2]

Begreppet *psykisk ohälsa* är en övergripande term som innefattar allt från en rad olika aspekter av nedsatt psykiskt välbefinnande, såsom besvär av bl.a. trötthet, oro och ångest, till olika former av psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar. Begreppet psykisk ohälsa används sålunda som en samlande beteckning på mindre allvarliga psykiska besvär, av varierande intensitet och varaktighet, och mer allvarliga psykiska symtom, som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos.[3] De psykiska besvären, som till exempel oro och nedstämdhet, kan vara normala reaktioner på en påfrestande livssituation och är ofta övergående medan *psykiatriska tillstånd* är en form av allvarlig psykisk ohälsa som tar sig i uttryck i ett syndrom som kan verifieras utifrån operationella definitioner i internationella klassifikationer.

[1] Se t.ex. Nationella folkhälsokommittén (2000), s. 64.
[2] Bremberg & Dalman (2015), s. 7 ff.
[3] Bremberg & Dalman (2015), s. 7 ff.

Långvariga och allvarliga psykiatriska tillstånd kan leda till psykiska funktionsnedsättningar. Begreppet *psykisk funktionsnedsättning* hänvisar enligt den Nationella psykiatrisamordningen (SOU 2006:100) till konsekvenser för individen av psykisk störning. Konsekvenserna kan uppstå till följd av funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar hos individen och/eller bestå av omgivningens utformning eller reaktioner. En person har ett psykiskt funktionshinder om hon/han, har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.[4] När det gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är logiken lite annorlunda, eftersom det handlar om att hjärnan hos en person på ett eller flera områden fungerar på ett annat sätt jämfört med hur det är för de flesta andra. Det är medfött och alltså inte övergående eller ”botbart” även om många lär sig att leva med sin funktionsnedsättning.

2.3 Den psykiska ohälsans utbredning

Den svenska befolkningens hälsa är generellt sett god och utvecklas positivt för de allra flesta. Allt fler skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott, medellivslängden fortsätter att öka och skillnaden i medellivslängd mellan könen minskar. Vidare uppvisar den svenska hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten, i internationella jämförelser, goda resultat även om vissa utmaningar vad gäller t.ex. kontinuitet, tillgänglighet och produktivitet fortsatt kvarstår. Samtidigt som hälsoutvecklingen i befolkningen och vårdens- och omsorgens resultat utvecklas positivt finns emellertid stora skillnader i hälsa- och hälsoutfall mellan olika grupper. Personer med lång utbildning tenderar att ha en längre medellivslängd och lägre dödlighet än personer med kortare utbildning. Kvinnor lever fortfarande i genomsnitt längre än män, men har i många avseenden en sämre hälsa. Vidare finns hälsoskillnader mellan personer i särskilt utsatta situationer och den övriga befolkningen. Särskilt tydliga är dessa skillnader för personer med funktionsnedsättningar, hbtq-personer och vissa nationella minoriteter.[5]

[4] Nationell Psykiatrisamordning (2006), s. 33.
[5] Prop. 2017/18:249, s. 12.

Hälsan och ohälsan, som vi i dag kan mäta den, är sålunda ojämnt fördelad. Sådana systematiska hälsoskillnader mellan olika samhällsgrupper med olika social position brukar benämnas som *ojämlikhet i hälsa*.[6] Ojämlikhet i hälsa uppkommer genom skillnader mellan sociala grupper i tillgången till ett antal sammankopplade och ömsesidigt förstärkande villkor och möjligheter (resurser), i ett samspel som sker över hela livet. Det rör sig bl.a. om *livsvillkor*, såsom individens utbildning, arbete och boende, och om *levnadsvanor*, t.ex. fysisk motion, matvanor och bruk av bl.a. alkohol.[7] Också vad gäller psykisk hälsa och ohälsa finns tydliga skillnader mellan olika grupper som beror på livsvillkor och levnadsvanor. Denna fördelning sammanfaller ofta hos vissa befolkningsgrupper vilket resulterar i ojämlikhet i det studerade hälsoutfallet. En del av de faktorer som ligger till grund för den psykiska hälsan och ohälsans ojämlika fördelning är emellertid påverkbara och handlar i större utsträckning om livsvillkor och levnadsvanor än om genetiska betingelser. Därmed är utvecklingen av den psykiska (o)hälsan i befolkningen något som är en samhällelig angelägenhet.

2.3.1 Barn och ungas psykiska hälsa

Barns hälsa och sociala förhållanden är generellt sett goda i Sverige, men det finns skillnader mellan och inom olika grupper som bl.a. beror på familjens ekonomiska status och utbildningsnivå. Att tidigt i livet få adekvat stöd, utveckla goda relationer till föräldrar, anhöriga och kamrater samt att få växa upp i en stimulerande miljö innebär bättre förutsättningar för barnet att utveckla goda livsvillkor senare i livet. Omvänt innebär en avsaknad av stöd, svaga sociala, ekonomiska och pedagogiska resurser hos föräldrarna och en invaliderande miljö sämre förutsättningar för barnets långsiktiga villkor och möjligheter.[8] Barns uppväxtvillkor har sålunda en central betydelse för deras hälsa och välmående längre fram i livet. Studier av barns uppväxtvillkor och hälsa tyder på att det finns en tydlig gradient där barn som är uppvuxna i familjer med låg socioekonomisk position har större sannolikhet att bli inskrivna på sjukhus, få sämre betyg, bli

[6] Kommissionen för jämlik hälsa (2016), s. 9 ff.
[7] Kommissionen för jämlik hälsa (2016), s. 9 ff.
[8] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 75 ff.

mottagare av ekonomiskt bistånd och få sämre hälsa som unga vuxna än barn som har föräldrar med en hög socioekonomisk position.[9]

Att drabbas av psykisk ohälsa är vanligare bland barn och unga som tillhör en riskgrupp. Nästan ett av fem barn växer upp i en familj där den ena eller båda föräldrarna får eller har fått vård för missbruk och/eller psykisk ohälsa. För barnet kan detta få allvarliga konsekvenser för hälsa, skolgång och framtida arbetsliv. Bland de barn som har en förälder som någon gång har vårdats för psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom är det två till tre gånger så vanligt att barnet kommer att behöva psykiatrisk vård någon gång under livet.[10]

Den psykiska ohälsan ökar över tid

Att allt fler barn och ungdomar rapporterar psykiska besvär såsom oro, ångest, eller sömnsvårigheter är ett allvarligt samhällsproblem. Andelen barn som uppger att de har haft minst två psykiska och/eller somatiska besvär mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna har ökat, särskilt bland de äldre barnen. Mer än varannan flicka och var tredje pojke som är 15 år hade denna typ av besvär under 2013/2014. År 1985 var siffrorna 29 respektive 15 procent.[11] Att allt fler barn rapporterar sådana besvär är allvarligt då det ökar riskerna för självmordsförsök, skador och olyckor liksom för senare psykisk sjukdom. Det finns också ett samband mellan tidiga självrapporterade psykiska besvär och framtida problem med försörjning, familjebildning och försämrade möjligheter att etablera sig i samhället. Förekomsten av symtom på psykisk ohälsa i barn- och ungdomsåldern kan också leda till en lägre utbildningsnivå i vuxen ålder och ökar riskerna för att längre fram i livet behöva psykiatrisk sjukhusvård.[12]

Det finns inget klart svar på varför den självrapporterade psykiska ohälsan bland barn och unga ökar men ökningen tycks ha skett i samtliga grupper och inte bara bland de barn som är särskilt utsatta. Detta talar för att det kan ha skett förändringar i barn och ungas generella livsvillkor, såsom t.ex. faktorer relaterade till skolperioden

[9] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 75 ff.
[10] Nationellt kompetenscentrum anhöriga, hämtad 2018-10-25.
[11] Folkhälsomyndigheten (2014), s. 27.
[12] Socialstyrelsen (2013a), s. 8.

eller inträdet till arbetsmarknaden eller vuxenlivet som har inverkat negativt på unga människors psykiska välmående.[13]

Samtidigt som den självskattade psykiska ohälsan i barn- och ungdomsgruppen har ökat över tid har också andelen barn och unga som söker och får vård för psykiatrisk problematik blivit allt fler. Tillgängliga data tyder också på att förskrivningen av läkemedel mot t.ex. ångest och depression har ökat, framför allt i åldersgruppen 15–24 år, vilket är en konsekvens av att allt fler diagnostiseras med psykisk ohälsa.[14] Gällande diagnosticerad psykisk ohälsa hos barn och unga har cirka 10 procent av svenska barn och ungdomar en psykiatrisk diagnos. De vanligaste psykiatriska tillstånden är adhd och depression, som förekommer hos mellan 5–8 procent bland barnen, men ångesttillstånd är också vanligt förekommande.[15]

Den ökade ohälsan i barn- och ungdomsgruppen är en viktig signal om att de samhällsinstanser som möter barn och unga och deras familjer, t.ex. mödra- och barnhälsovården, förskolan, skolan och elevhälsan har ett viktigt uppdrag att identifiera de barn som i något avseende är i behov av extra stöd och kompenserande insatser. Det kan t.ex. röra sig om att vägleda och stödja föräldrar i föräldraskapet, uppmärksamma hälsorisker hos föräldrar och barn eller om att informera och stödja föräldrar att genomföra livsstilsförändringar som bidrar till en god hälsa för hela familjen.

2.3.2 Psykisk hälsa bland vuxna

Ogynnsamma arbetsförhållanden beroende på arbetsmiljöfaktorer och självrapporterad nedsatt arbetsförmåga är starkt kopplat till sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning samt arbetslöshet. Sedan början på 1990-talet har andelen personer med nedsatt arbetsförmåga p.g.a. psykisk sjukdom i sjukförsäkringen ökat kraftigt. Utvecklingen är stadig under hela perioden och gäller oavsett om det gäller sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning eller sjukersättning. Det är främst svår stress och förstämningssyndrom som står för ökningen och den kan observeras, bland såväl kvinnor som män, även om sjukfrånvaron är högst och har ökat mest, för kvinnor.

[13] Socialstyrelsen (2018a), s. 53 f.
[14] Socialstyrelsen (2018a), s. 53 f.
[15] Kunskapsguiden, hämtad 2018-10-09.

Utöver att diagnosgruppen utgör en stor del av de startade sjukfallen, står den för de längsta sjukskrivningstiderna och har lägst grad av återgång i arbete.[16] Enligt Arbetsmiljöverket (2016) är den viktigaste förklaringen till att kvinnor i högre utsträckning än män drabbas av arbetsrelaterade sjukdomar, främst svår stress eller psykiska påfrestningar i arbetet, att det könsmönster som finns i samhället i stort även återspeglas i arbetslivet.[17]

Det finns även en tydlig socioekonomisk fördelning i fråga om vilka som drabbas av arbetsorsakade besvär. Personer med hög inkomst och med eftergymnasial utbildning drabbas i mindre utsträckning än personer med låg inkomst och kortare utbildning. När det gäller besvär till följd av stress och psykiska påfrestningar drabbas däremot sysselsatta med eftergymnasial utbildning i högre grad, framför allt jämfört med sysselsatta med förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå. Bland förskollärare, fritidspedagoger och grundskollärare liksom psykologer, socialsekreterare m.fl. finns en hög förekomst av besvär till följd av psykiska påfrestningar. Andra yrken där en hög andel av de sysselsatta har psykiska besvär finns t.ex. inom hälso- och sjukvården.[18]

Befolkningens psykiska ohälsa återspeglas också i psykiatrisk öppenvårdsstatistik och slutenvårdsstatistik samt i dödsorsaksregistret. Socialstyrelsens utvärdering av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni (2013) visar en ökad dödlighet i somatiska sjukdomar för personer med psykisk sjukdom. Av utvärderingen framgår bl.a. att personer med psykisk sjukdom riskerar bristfällig behandling vid samtidig somatisk ohälsa samt att personer med psykisk ohälsa riskerar en ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt. Exempelvis är dödligheten för män med schizofreni åtta gånger högre än i befolkningen som helhet. Även hos personer med depression förkortas livslängden med drygt 20 år för kvinnor och 17 år för män.[19] Den ökade medellivslängd som kan observeras i den totala befolkningen omfattar sålunda inte personer med en psykiatrisk diagnos.

[16] Försäkringskassan, hämtad 2018-10-05. Man bör dock vara försiktig med vilka slutsatser som kan dras från denna utveckling. Antalet personer med en psykiatrisk diagnos som får ersättning från någon del av sjukförsäkringen har minskat med 16 procent under perioden 2007–2013. Det går alltså endast att tala om en ökning i relativa termer (se Inspektionen för socialförsäkringen (2014a), s. 10 ff.).
[17] Arbetsmiljöverket (2016), s. 9 ff.
[18] Arbetsmiljöverket (2016), s. 9 ff.
[19] Socialstyrelsen (2013b), s. 9 ff.

Personer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning riskerar inte bara ökad dödlighet utan också en sämre hälsa under livet och sämre levnadsförhållanden, i form av ekonomisk utsatthet och svag arbetsmarknadsanknytning.[20]

Självskattad psykisk ohälsa minskar med åldern

Studier visar att en dålig självskattad hälsa innebär en ökad risk att dö i förtid. Även om de allra flesta vuxna och äldre i Sverige uppfattar sitt mående som gott eller mycket gott förekommer indikationer på att befolkningens psykiska välbefinnande har blivit något sämre över tid, även om detta varierar inom och mellan olika grupper. I den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika Villkor, en nationell undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor, mäts psykisk ohälsa genom indikatorn nedsatt psykiskt välbefinnande. Indikatorn visar andelen individer i åldern 16–84 år med självskattad psykisk ohälsa. I den nationella folkhälsoenkäten 2016, där den vuxna befolkningen (16–84 år) tillfrågas om de haft besvär av ängslan, oro eller ångest uppgav 37 procent av kvinnorna och 24 procent av männen att de haft lättare eller svårare sådana besvär. Vid en uppdelning i olika åldersgrupper var besvären vanligast i den yngsta åldersgruppen 16–29 år jämfört med de äldre åldersgrupperna. Bland såväl kvinnor som män har andelen med besvär av ängslan, oro eller ångest varit relativt oförändrad i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år. Däremot har andelen minskat bland kvinnor och män i åldersgrupperna 45–64 och 65–84 år.[21] Andelen individer som uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande varierade mellan länen med som lägst 10 procent och som högst 16 procent av de svarande i befolkningen åren 2013–2016.[22]

Ett genomgående mönster i undersökningarna är att den självupplevda psykiska ohälsan minskar med stigande ålder samt att andelen som rapporterar besvär av psykisk ohälsa är större hos kvinnor än män. Ett annat genomgående mönster är att nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare bland socioekonomiskt utsatta personer, bland personer med kort utbildning och bland kvinnor och män födda utanför Europa jämfört med personer födda i Sverige.[23]

[20] Socialstyrelsen (2013b), s. 9 ff.
[21] Folkhälsomyndigheten (2016a), s. 18 f.
[22] Folkhälsomyndigheten, hämtad 2018-10-09.
[23] Socialstyrelsen (2013b), s. 9 ff.

Även om det psykiska välbefinnandet tenderar att öka genom livscykeln och fler personer i de äldre åldersgrupperna (65–84 år) uppger en god självskattad psykisk hälsa är äldres psykiska ohälsa en samhällsutmaning som behöver adresseras, inte minst mot bakgrund av att en allt större del av Sveriges befolkning utgörs av personer över 65 år. I en studie genomförd av Socialstyrelsen (2018) konstateras att var femte person över 65 års ålder lider av psykisk ohälsa i någon form. Gruppen har inte sällan en sammansatt problematik och komplexa behov som kräver såväl somatiska som psykiatriska insatser från flera huvudmän och verksamheter. Äldre med psykisk ohälsa har inte samma tillgång till specialiserad psykiatrisk vård som den yngre befolkningen, trots att det psykiatriska vårdbehovet bedöms vara minst lika stort bland äldre. Dessutom är tillgången till psykologisk behandling låg för äldre med psykisk ohälsa.[24] Socialstyrelsen konstaterar sammantaget att situationen för äldre framstår som problematisk med hög förekomst av psykisk ohälsa, svårigheter beträffande upptäckt och diagnos, omfattande användning av läkemedel och ökad risk för biverkningar samt bristande tillgång till vård och behandling. Detta medför en ökad risk för lidande och ytterst självmord som följd.[25]

2.3.3 Psykisk hälsa bland grupper i särskilt utsatta positioner

Utöver skillnader i hälsa och psykisk ohälsa mellan kvinnor och män och mellan olika socioekonomiska grupper finns betydande hälsoskillnader i samhället mellan grupper i särskilt utsatta positioner jämfört med befolkningen som helhet. I det följande beskriver vi hälsoläget för några av dessa grupper. Beskrivningen gör inte anspråk på att vara fullständig eller uttömmande utan tjänar snarast till att uppmärksamma att det psykiska välbefinnande generellt är lägre inom vissa grupper vilket kan motivera riktade insatser. Ojämlikheter i hälsa i allmänhet och ojämlikheter i psykisk hälsa i synnerhet sker genom ett komplext samspel mellan olika faktorer på såväl individ- som samhällsnivå. Det innebär ett perspektiv där skillnader inte bara finns mellan grupper av människor utan också *inom* olika grupper.

[24] Socialstyrelsen (2018b), s. 7 ff.
[25] Socialstyrelsen (2018b), s. 11 ff.

Personer med funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning definieras som nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Funktionsnedsättningen kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd, eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.[26]

En rad studier har visat att personer med funktionsnedsättning rapporterar sämre hälsa, men har också sämre förutsättningar för hälsa jämfört med övriga befolkningen. I den senaste kartläggningen av hälsan bland personer med funktionsnedsättning, genomförd av Folkhälsomyndigheten (2016), framgår att det är vanligare med dålig självskattad hälsa bland personer med funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen. Omvänt är det också en betydligt mindre andel av dem med funktionsnedsättning som skattar sin hälsa som god jämfört med dem utan funktionsnedsättning.[27]

Förutom en sämre fysisk hälsa har personer med funktionsnedsättning nedsatt psykisk hälsa i betydligt högre utsträckning än övriga befolkningen. Symtom på ohälsa såsom värk i kroppen, trötthet, stress och känsla av ängslan, oro och ångest anges också i större utsträckning bland personer med funktionsnedsättning. Kvinnor skattar också sin hälsosituation sämre än vad männen gör.[28]

Gruppens sämre upplevda hälsa beror troligtvis inte på funktionsnedsättningen i sig, utan kan förklaras av välkända riskfaktorer för ohälsa kopplade till livsvillkor. Personer med funktionsnedsättning förvärvsarbetar i mindre utsträckning än personer utan funktionsnedsättning och detta är särskilt utmärkande bland kvinnor. De anger också i större utsträckning att de saknar ekonomisk marginal och har låg inkomst. Personer med funktionsnedsättning deltar dessutom i färre sociala aktiviteter. De uppger också att de saknar praktiskt stöd, har utsatts för kränkande behandling och har blivit utsatta för våld eller hot om våld i större utsträckning än andra.[29] Även levnadsvanorna skiljer sig åt för personer som har respektive inte har en funktionsnedsättning. En stillasittande fritid, fetma, daglig rökning

[26] Socialstyrelsen, hämtad 2018-10-26.
[27] Folkhälsomyndigheten (2016b), s. 10 ff.
[28] Folkhälsomyndigheten (2016b), s. 54 ff.
[29] Folkhälsomyndigheten (2016b), s. 31 ff.

och låg konsumtion av frukt och grönt är vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övriga befolkningen.[30]

De nationella minoriteterna

De nationella minoriteterna har befolkat Sverige under lång tid. I Sverige är judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar nationella minoriteter. Samerna är dessutom urfolk i Sverige och har folkrättsliga krav på en kulturell särbehandling (prop. 1976/77:80, bet. 1976/77: KrU43, rskr. 1976/77:289). I 1 kap. 2 § regeringsformen, förkortad RF, anges att det samiska folkets och etniska, språkliga och religiösa minoriteters möjligheter att behålla och utveckla ett eget kultur- och samfundsliv ska främjas.

I en rapport från Statens folkhälsoinstitut (2010) sammanfattas hälsosituationen hos de nationella minoriteterna. Rapporten visar att det finns en bristande kunskap hos majoritetsbefolkningen och myndigheterna om minoriteterna och deras kultur, rättigheter och hälsosituation. Ett tydligt resultat är också bristen på data om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor bland individer och grupper som tillhör de nationella minoriteterna. Det är även tydligt att hälsoproblemen är olika bland olika minoritetsgrupper.[31]

När det gäller självskattad hälsa uppgav både *judiska* män och kvinnor att de hade en bra hälsa och en god psykisk hälsa jämfört med befolkningen som helhet. Jämfört med befolkningen i stort uppgav en lägre andel av både judiska män och kvinnor att de röker och en lägre andel män snusar dagligen. En mindre andel av både män och kvinnor upplevde sig ekonomiskt utsatta och både män och kvinnor upplevde att de i mindre utsträckning kände sig otrygga jämfört med befolkningen i stort. Däremot upplevde en högre andel män att de blivit utsatta för diskriminering jämfört med hela befolkningen.[32]

Romernas hälsosituation påverkas starkt av deras livssituation som kännetecknas av hög arbetslöshet, känsla av utanförskap, maktlöshet och diskriminering. Dessa faktorer bidrar sannolikt till ett levnadssätt som exponerar dem för ökade risker för ohälsa. Romerna

[30] Folkhälsomyndigheten (2016b), s. 44 ff.
[31] Statens folkhälsoinstitut (2010a), s. 10 ff.
[32] Statens folkhälsoinstitut (2010a), s. 29 ff.

uppger att det förekommer en hög alkoholkonsumtion bland framför allt män och ungdomar. De ser också spelberoende, tablett- och drogmissbruk som ett ökande problem. Romska kvinnor upplever mycket stress, som förknippas med en hög arbetsbelastning i hemmet. Hjärt- och kärlsjukdomar, fysisk inaktivitet och en kosthållning med hög andel fett är vanligare förekommande bland romer än befolkningen i stort, enligt dem själva. Sjukdomstillstånd hos den romska befolkningen kan sättas i samband med deras utsatta situation i samhällets utkant, understimulering, dåliga kost- och motionsvanor och dåligt vaccinationsskydd.[33] Delegationen för romska frågor (2010) konstaterar bl.a. att en förutsättning för bättre hälsa i gruppen är att de strukturella problemen med romers ekonomiska och sociala marginalisering upphör samt att det tillitsproblem som finns hos den romska gruppen gentemot t.ex. hälso- och sjukvården hanteras.[34]

Bland *sverigefinnar* fanns, såväl bland män som bland kvinnor, en högre andel med långvarig sjukdom och svår värk jämfört med hela befolkningen och en högre andel finlandsfödda män angav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande, medan situationen var den omvända för kvinnor. En högre andel män, men en lägre andel kvinnor, uppgav att de var stillasittande på fritiden jämfört med hela befolkningen. En högre andel kvinnor rökte jämfört med befolkningen i stort.[35]

Hos *tornedalingar* förekom inga signifikanta skillnader i hälsa jämfört med befolkningen i övrigt. Det var endast psykisk hälsa bland män som uppvisade en signifikant skillnad gentemot hela befolkningen, där män boende i Tornedalen i större utsträckning uppgav fler dagar med en god psykisk hälsa. En mindre andel män och en högre andel kvinnor uppgav att de under de senaste tre månaderna besökt sjukvården jämfört med hela befolkningen. En högre andel kvinnor angav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Däremot upplevde en lägre andel, både män och kvinnor, svår trötthet och stress jämfört med befolkningen i stort. En lägre andel kvinnor led av sömnsvårigheter jämfört med befolkningen i stort. En högre andel män uppgav att de var stillasittande på fritiden jämfört med hela befolkningen. En lägre andel av både män och kvinnor rökte jämfört med befolkningen i stort.[36]

---

[33] Statens folkhälsoinstitut (2010a), s. 29 ff.
[34] Delegationen för romska frågor (2010), s. 29 ff.
[35] Statens folkhälsoinstitut (2010a), s. 29 ff.
[36] Statens folkhälsoinstitut (2010a), s. 29 ff.

Bland *samer* är det framför allt den psykiska hälsan som skiljer sig från majoritetsbefolkningens. Renskötande samiska män löper t.ex. högre risk att dö i olyckor och självmord, har en lägre nettoinkomst än män i majoritetsbefolkningen och hårda arbetsrelaterade krav med låg kontroll och låg grad av socialt stöd.[37] I en kunskapssammanställning som genomfördes av Sametinget, på uppdrag av Socialdepartementet (2016), konstateras att samiska skolungdomar (12–18 år) rapporterar något sämre hälsorelaterad livskvalitet än svenska skolungdomar och att unga vuxna samer (18–28 år) rapporterar sämre mental hälsa (stress och oro) än unga vuxna svenskar. Det finns även skillnader vad gäller t.ex. livströtthet och dödsönskan jämfört med jämnåriga norrländska män och kvinnor i referensgruppen. Även bland vuxna renskötande samer finns en påtaglig skillnad i självmordstankar och självmordsplaner mellan samer och andra invånare i norra Sverige. Var femte vuxen renskötare i åldrarna 18+ rapporterar sig ha haft självmordsplaner, jämfört med var tionde norrlänning. Däremot skiljer inte självmordsförsöken mellan grupperna. Även ångest- och depressionssymtom är betydligt vanligare bland renskötande samer jämfört med andra norrländska män och kvinnor. Fyra av tio manliga renskötande samer rapporterar en ångeststörning. Detta kan jämföras med andra norrländska män, där ungefär var femte (19–23 procent) har ångestproblem i samma omfattning.[38]

Hbtq-personer

Det finns en skillnad i hälsa mellan hbtq-personer och den övriga befolkningen, i synnerhet vad gäller psykisk hälsa. Flera studier har också påvisat att den psykiska hälsan är sämre bland hbtq-personer.

I en studie från Statens Folkhälsoinstitut (2005) konstateras att andelen som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande är dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande. Att någon gång ha övervägt att ta sitt liv är dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Hälften av dem som identifierar sig som transpersoner har någon gång övervägt att ta sitt eget liv och cirka 20 procent har

[37] Statens folkhälsoinstitut (2010a), s. 29 ff.
[38] Sametinget (2016), s. 5 ff.

försökt att ta sitt eget liv. Det ska jämföras med genomsnittet för befolkningen där fem procent någon gång har försökt att ta sitt eget liv.[39]

Socialstyrelsen genomförde under 2016 en registerstudie av förekomsten av psykisk ohälsa hos personer i samkönade äktenskap. Analysen tyder på att förekomsten av psykisk ohälsa i form av riskbruk och beroende, ångestsjukdomar och depressioner var högre bland personer i samkönade äktenskap än bland personer i olikkönade äktenskap. Både män och kvinnor i samkönade äktenskap använde även i större utsträckning psykofarmaka jämfört med personer i olikkönade äktenskap. Riskbruk och beroende var särskilt vanligt bland kvinnor i samkönade äktenskap. Bland unga kvinnor i 30-årsåldern var förekomsten av riskbruk och beroende upp till sex gånger högre än bland övriga gifta kvinnor i samma ålder. Riskbruket utgjordes framför allt av alkohol. Bland männen i samkönade äktenskap fanns en ökad förekomst av allvarlig psykisk sjukdom såsom t.ex. schizofreni. I rapporten konstateras även att hbtq-gruppen löper högre risk att dö i förtid, vilket särskilt gäller männen, och att suicid är vanligare bland personer som lever i samkönade äktenskap jämfört med personer som lever i olikkönade äktenskap.[40]

Personer födda utanför Sverige

Omkring en femtedel av Sveriges befolkning består i dag av personer som är födda i ett annat land. Anledningarna till att man har migrerat till Sverige skiljer sig åt liksom de förutsättningar och möjligheter som individen bär med sig. Detta kan självklart påverka hur personer med utomsvensk bakgrund upplever sin hälsa.

En sammanställning gjord av Statistiska Centralbyrån (SCB) som baseras på statistik av svenskars levnadsförhållanden, de s.k. ULF-undersökningarna, visar att inrikes födda kvinnor i större utsträckning än utrikes födda kvinnor bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott. Bland männen finns däremot ingen signifikant skillnad. Att ha sömnbesvär eller besvär med ängslan, oro och ångest är vanligare bland utrikes födda. Många av dessa hälsoproblem gäller i synnerhet utrikes födda kvinnor. Att den självskattade hälsan skiljer sig

[39] Statens folkhälsoinstitut (2006), s. 25 f.
[40] Socialstyrelsen (2016), s. 8 ff.

mellan inrikes och utrikes födda har rimligtvis en rad olika förklaringsfaktorer. En sådan faktor är utbildningsnivå som generellt sätt är lägre bland utrikes födda än bland inrikes födda. En annan förklaringsfaktor är arbetsmarknadsdeltagandet där utrikes födda förvärvsarbetar i betydligt mindre utsträckning än inrikes födda.[41]

Det faktum att dödligheten i flera grupper bland utrikes födda är lägre än för personer födda i Sverige betyder inte att hälsan alltid är god. Bland asylsökande och nyanlända barn och vuxna är t.ex. förekomsten av psykisk ohälsa hög, även om den varierar kraftigt beroende på vilken grupp det handlar om. Asylsökande och nyanlända barn och vuxna har många gånger varit med om svåra traumatiska upplevelser. I Sverige väntar inte sällan en lång asylprocess som präglas av ovisshet och oro inför framtiden. Detta leder sammantaget till ökade risker för psykisk ohälsa såsom t.ex. depression, ångest och stress. En kartläggning av hälsoläget bland asylsökande som genomförts av Socialstyrelsen (2015) visar att uppemot 20–30 procent av gruppen uppskattas lida av nedsatt psykiskt välbefinnande. Krisreaktioner och posttraumatisk stress är vanligt liksom suicidförsök och fullbordade suicid, framför allt bland ensamkommande barn.[42] Otillfredsställda vårdbehov eller bristfällig kunskap om vården är dessutom vanligt förekommande och att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation kan vara problematiskt för många nyanlända. Detta gör att deras psykiska sjukdomar ofta blir komplexa, med många negativa faktorer.[43]

2.3.4 Psykisk ohälsa och suicid

Den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa är självmord. Enligt WHO avlider årligen cirka 800 000 människor världen över till följd av suicid. Detta motsvarar 11 suicid per 100 000 individer. Även om suicidtalen har minskat i Sverige sedan 1980-talet avlider fortfarande fler än 1 100 personer av suicid varje år Dessutom sker årligen knappt 400 dödsfall där det funnits skäl att misstänka suicid, men där suicidavsikten inte har kunnat fastställas.[44]

Samtidigt som flickor och kvinnor rapporterar att de mår sämre än pojkar och män är det vanligare med suicid hos pojkar och män.

[41] Statistiska centralbyrån (2013), s. 13 ff.
[42] Socialstyrelsen (2015a), s. 7 ff.
[43] Socialstyrelsen (2015a), s. 7 ff.
[44] Folkhälsomyndigheten, hämtad 2018-10-08.

År 2016 avled i Sverige totalt 1 129 personer i åldern 15 år eller äldre till följd av suicid. Av dessa var två tredjedelar män. Högst antal suicid per 100 000 individer fanns i åldrarna 45–64 år och bland personer 85 år och äldre. Samtidigt dog 190 personer i åldern 15–29 år av suicid, vilket gör suicid till den näst vanligaste dödsorsaken i denna åldersgrupp. Sett till utbildningsnivå var det flest antal suicid bland individer med förgymnasial utbildningsnivå och lägst antal suicid bland individer med eftergymnasial utbildningsnivå. För män har antalet suicid minskat med 9 procent under perioden 2006–2016. Bland kvinnor har det inte skett någon förändring under denna tid. Antalet suicid bland personer i olika ålders- och utbildningsgrupper har heller inte förändrats under samma period.[45]

2.4 Samhällets ansvar för psykisk hälsa

Utgångspunkten för utredningens arbete är att arbetet med att främja människors psykiska hälsa och motverka ohälsa ställer krav på uppmärksamhet och åtgärder i samhället. Att människors nedsatta psykiska välbefinnande, och skillnader i psykiskt välbefinnande mellan kvinnor och män, flickor och pojkar och människor i olika sociala positioner, är ett samhällsproblem kan motiveras på flera sätt. Det handlar dels om de mycket stora individuella och samhälleliga konsekvenserna av ohälsan, inte minst ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, dels om det målsättningsstadgande om hälsans förutsättningar som finns i svensk grundlag och i ett stort antal internationella konventioner som Sverige har förbundit sig att följa. Inte minst är människors hälsa, däribland deras psykiska hälsa, av stor betydelse för ett hållbart samhälle och en hållbar samhällsutveckling. Dessa argument på individnivå och på samhällsnivå kompletterar varandra och visar på ett tydligt behov av att uppmärksamma människors psykiska välbefinnande och verka för en minskning av de skillnader i hälsa som har ett samband med sociala skillnader i livsvillkor. Sociala skillnader i hälsa utgörs i hög grad av sådana hälsoproblem som är möjliga att åtgärda. Det finns därför starka argument till varför samhället, och inte minst det allmänna, bör betrakta människors psykiska ohälsa som ett samhällsproblem som bör uppmärksammas och som kan åtgärdas.

[45] Folkhälsomyndigheten, hämtad 2018-10-08.

2.4.1 Lagar och internationella konventioner ställer krav

I 1 kap. 2 § regeringsformen, förkortad RF, ges uttryck för några särskilt viktiga principer som ska prägla samhällsverksamhetens inriktning. Där framgår bl.a. att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Härutöver finns ett stort antal författningsreglerade krav inom olika samhällsområden som har samband med människors hälsa, t.ex. i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, där det framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 §).

Att alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv uttrycks bl.a. i Förenta Nationernas (FN) allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, liksom i World Health Organizations (WHO) stadgar. I Sverige är det övergripande målet för folkhälsoarbetet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (prop. 2017/18:249). Med hälsa menas såväl fysiskt, psykiskt som socialt välbefinnande.

Det internationella arbetet för mänskliga rättigheter tar sin utgångspunkt i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948. De rättigheter som inryms i förklaringen har senare förts in och vidareutvecklats i ett antal konventioner som är bindande för de anslutna staterna. Tillsammans utgör de ett universellt ramverk för arbetet med mänskliga rättigheter.

Att hälsa är ett övergripande mänskligt värde är en central utgångspunkt i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna. Den övergripande tanken är att alla människor föds fria och har samma värde. Rätten till liv och en levnadsstandard tillräcklig för hälsa och välbefinnande är en del av dessa rättigheter (artikel 3 och 25). Vid sidan av den allmänna förklaringen finns ett antal internationella konventioner som stadgar såväl grundläggande medborgerliga och politiska rättigheter, som ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, liksom särskilda gruppers rättigheter.

I FN:s konvention om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna framgår att konventionsstaterna erkänner rätten för var och en

att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa och ska vidta åtgärder som är nödvändiga för att a) minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets sunda utveckling, b) förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården, c) förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar, samt d) skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom (artikel 12).

Även i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen), som föreslås bli svensk lag från 2020, stadgas vid sidan av medborgerliga och politiska rättigheter samt ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter även rättigheter som relaterar till fysisk och psykisk hälsa. Artikel 24 (barnets rätt till hälsa och sjukvård) bygger på och utvecklar rätten till liv, överlevnad och bästa möjliga utveckling som uttrycks i artikel 6 samt den icke-diskriminerings-princip som framgår av artikel 2. Där stadgas att staterna ska erkänna att alla barn utan åtskillnad har rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och har rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna måste också sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.

Barnets rätt till hälsa har vidare en nära koppling till bl.a. rätten till tillräcklig levnadsstandard (artikel 27), till utbildning (artikel 28) och till skydd mot alla former av fysiskt och psykiskt våld (artikel 19). Då konventionens artikel om hälsa utvecklades utifrån bestämmelser i den Allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna och tillhörande konventioner bl.a. konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, ska definitionen av hälsa betraktas som bred och innefattar ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom, i enlighet med WHO:s definition.

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning syftar till att stärka skyddet av de mänskliga rättigheterna för personer med funktionsnedsättning. Den fokuserar på icke-diskriminering och listar nödvändiga åtgärder för att personer med funktionsnedsättning ska kunna åtnjuta sina mänskliga rättigheter. Vidare föreskrivs att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa. Personer med funktionsnedsättning innefattar bl.a. personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar vilka i samspel med olika hinder

kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra. Rätten till hälsa och fysiskt och psykiskt välbefinnande stadgas sålunda i ett stort antal vägledande internationella dokument och genom svensk lagstiftning. Rätten till bästa uppnåeliga fysiska och psykiska hälsa är således inte endast en rättighet för individen utan också en skyldighet för samhället.

2.4.2 Stora kostnader för individen och för samhället

Psykisk ohälsa – belastande för individen

Att insjukna i psykisk ohälsa medför inte sällan stora konsekvenser för individen och för samhället. På individnivå är problemet mångfacetterat. Forskning har visat att psykisk ohälsa ofta leder till nedsatt livskvalitet och kan medföra svårigheter för individen att t.ex. fullfölja studier, tillgodogöra sig arbete eller delta i samhällsgemenskapen. Att drabbas av psykisk ohälsa kan också medföra långdragna sjukdomsförlopp och ett fortsatt behov av psykiatrisk vård och läkemedelsbehandling. Det finns även en förhöjd risk för suicidförsök och suicid över tid. Bland barn och unga indikerar tidiga självrapporterade besvär, i form av t.ex. oro, ångest, eller sömnsvårigheter, en ökad risk för självmordsförsök, skador och olyckor liksom för senare psykisk sjukdom. Det finns också ett samband mellan tidiga självrapporterade psykiska besvär och framtida problem med försörjning, familjebildning och försämrade möjligheter att etablera sig i samhället. Förekomsten av symtom på psykisk ohälsa i barn- och ungdomsåldern kan också leda till en lägre utbildningsnivå i vuxen ålder och ökar riskerna för att längre fram i livet behöva psykiatrisk sjukhusvård.[46]

Ur ett individperspektiv kan ohälsan få genomgripande konsekvenser för individens hela liv och tillvaro. Till detta tillkommer att den psykiska ohälsan, förutom att drabba individen, har en stor påverkan på personer i individens nätverk t.ex. anhöriga och närstående. Här är barn som anhöriga till någon med psykisk ohälsa kanske särskilt utsatta.

[46] Socialstyrelsen (2013a), s. 7 f.

Samhällskostnader för psykisk ohälsa i befolkningen

Vid sidan av de stora individuella konsekvenserna är de samhälleliga kostnaderna för den psykiska ohälsan mycket stora. Det har gjorts flera försök att beräkna de samhällsekonomiska konsekvenserna av den psykiska ohälsan. Hur stor samhällets kostnad bedöms vara beror delvis på vilken metod som används. Det sedvanliga sättet att estimera dessa konsekvenser bygger inte på ett samhällsekonomiskt perspektiv utan utgångspunkten brukar i stället vara att analysera hur stora utbetalningar som gjorts från socialförsäkringssystemet. Enbart beräkningar av sådana transfereringar är emellertid missvisande då indikatorn endast fångar en mycket liten del av samhällets totala utgifter för ohälsan. Något förenklat kan man säga att en fullgod samhällsekonomisk analys i stället bör innefatta samhällets utgifter i form av *direkta kostnader* t.ex. utgifter för vård och omsorg och stöd och ersättning från de sociala trygghetssystemen tillsammans med samhällets utgifter i form av *indirekta kostnader* såsom produktionsbortfall, sociala avgifter och indirekta och direkta skatter. Dessa kostnader innebär reala effekter på samhällsekonomin dvs. det är kostnader som påverkar tillväxten och den materiella välfärden. Vidare bör sådana kostnader ingå, som brukar benämnas som *humankostnader*, dvs. beräkningar av kostnader för förlust av liv och hälsa.

Vad gäller totalkostnaden för samhället p.g.a. psykisk ohälsa har försök till sådana kostnadsestimeringar genomförts av ett flertal internationella och nationella institut och myndigheter. I en rapport från World Economic Forum (2011), där kostnaderna för psykisk ohälsa i utvecklade länder studerats, estimeras de direkta samhällskostnaderna för psykisk ohälsa till cirka 3 600 miljarder kronor i världens utvecklade ekonomier under 2010. Till detta tillkommer de indirekta kostnaderna som antas uppgå till cirka 7 300 miljarder kronor. Fram till och med år 2030 väntas kostnaderna snabbt växa till cirka 8 700 miljarder respektive 17 700 miljarder kronor.[47] Utifrån den modell som används av World Economic Forum har Livförsäkringsbolaget Skandia uppskattat att den psykiska ohälsan kostade det svenska samhället omkring 142 miljarder kronor under 2010 och att denna kostnad kommer att uppgå till cirka 345 miljarder kronor år 2030.[48]

[47] Bloom, Cafiero, Jané-Llopis, Abrahams-Gessel, Bloom, Fathima, Feigl, Gaziano, Mowafi, Pandya, Prettner, Rosenberg, Seligman, Stein & Weinstein, (2011), s. 6 ff.
[48] Livförsäkringsbolaget Skandia (2015), s. 2 ff.

Europeiska Unionen (EU) och World Health Organization (WHO) publicerade 2018 en rapport som bl.a. behandlade utvecklingen av antalet personer med psykisk ohälsa i Europa. I denna beräknas den totala kostnaden för Sverige 2015 till 21,7 miljarder euro, närmare 5 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Direkta kostnader i hälso- och sjukvårdssystemet beräknades uppgå till 5,7 miljarder euro och direkta kostnader i socialförsäkringssystemet till 7,5 miljarder euro. De indirekta kostnaderna, främst kopplade till arbetsmarknaden, uppgick till 8,5 miljarder euro.[49]

Kostnader för fullbordade suicid

År 2015 publicerade Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) en beräkning av de samhällsekonomiska konsekvenserna av fullbordade suicid. Rapporten innehåller skattningar av de samhällsekonomiska konsekvenserna för de fullbordade suicid som inträffade i Sverige under 2014 och baseras på beräkningar av såväl direkta som indirekta kostnader. Rapporten visar att de indirekta kostnaderna till följd av produktionsbortfall under 2014 uppskattningsvis uppgick till totalt 9 miljarder kronor medan de direkta kostnaderna, i form av t.ex. utgifter för ingripande vid suicidtillfället, uppskattades till omkring 46–60 miljoner kronor, dvs. cirka en procent av totalkostnaden. Humankostnaden vid fullbordade suicid är också omfattande. Med hänsyn tagen till förväntad livslängd innebar de förtida dödsfallen en total förlust på mer än 38 000 levnadsår eller i genomsnitt 32 år per person som suiciderade.[50]

När det gäller psykisk ohälsa och suicid är de samhälleliga konsekvenserna sålunda mycket stora. Även om det inte går att med precision avgöra exakt hur stora dessa kostnader är det, utifrån föreliggande studier, möjligt att konstatera att de synliga (direkta) kostnaderna är modesta i förhållande till den humankostnad och det produktionsbortfall (indirekta kostnader) som den psykiska ohälsan för med sig. Detta understryker problemens samhällsekonomiska betydelse och kan ses som ett starkt argument för effektiva prioriteringar inom området.

[49] OECD/EU (2018), s. 29 f.
[50] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2015), s. 5 ff.

2.4.3 En god och jämlik psykisk hälsa som en del av hållbar utveckling

Flera av de internationella kommissioner som har arbetat med jämlik hälsa och med psykisk hälsa har pekat på behovet av att koppla dessa frågor till samhällsutvecklingen i stort.

Vid FN:s toppmöte i september 2015 antog världens stats- och regeringschefer Agenda 2030 med 17 globala mål för hållbar utveckling. Genom Agenda 2030 har alla medlemsländer förbundit sig att arbeta för att uppnå en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar värld fram till 2030. De globala målen och tillhörande delmål spänner över många samhällsområden och inkluderar förutsättningar för jämställdhet, människors hälsa och miljö. Agenda 2030 tydliggör att hållbar utveckling är avgörande för en gemensam framtid och att alla tre dimensionerna av hållbar utveckling, den ekonomiska, den miljömässiga och den sociala, måste samverka. Agendan utgör därför en plattform för att få andra aktörer i samhället att se sin roll för en god hälsoutveckling och lyfter hälsoaspekten i alla politikområden.[51]

Regeringens ambition är att Sverige ska vara ledande i genomförandet Agenda 2030 för hållbar utveckling. Sedan agendan antogs 2015 har en rad politiska beslut fattats inom olika politikområden som ska bidra till Sveriges genomförande av agendan. En delegation tillsattes 2016, Agenda 2030-delegationen, med uppdrag att stödja och stimulera arbetet med Sveriges genomförande av agendan (dir. 2016:18). Det innefattar Sveriges agerande både för att genomföra agendan nationellt och för att bidra till det globala genomförandet av agendan.[52]

Också i Sverige påverkas människor och samhället av den globala utvecklingen. Förhållanden och villkor som är centrala för människors liv och hälsa, och därmed för samhällets ekonomiska, sociala och miljömässiga utveckling, är på olika sätt kopplade till den nationella, internationella och globala utvecklingen. De förhållanden och villkor som har en nära anknytning till psykisk hälsa inkluderar främst Agenda 2030:s mål 3 (Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar) men även mål 1 (Avskaffa fattigdom), mål 4 (Säkerställa en inkluderande och likvärdig utbildning av

[51] Prop. 2017/18:249, s. 24.
[52] Prop. 2017/18:249, s. 24.

god kvalitet och främja livslångt lärande för alla), mål 5 (Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt), mål 8 (Verka för varaktig, inkluderande och hållbar ekonomisk tillväxt, full och produktiv sysselsättning med anständiga arbetsvillkor för alla), mål 10 (Minska ojämlikheten inom och mellan länder) samt mål 11 (Göra städer och bosättningar inkluderande, säkra, motståndskraftiga och hållbara) berör villkor som är av betydelse för människor hälsa och psykiska välbefinnande.

Flera av de mest centrala bestämningsfaktorerna för människors psykiska hälsa har sålunda en tydlig koppling till de globala målen för hållbar utveckling och arbetet med dessa mål är därmed kopplat till arbetet för en god och jämlik psykisk hälsa.

Figur 2.1 De globala målen för hållbar utveckling

Källa: Regeringskansliet.

2.4.4 Psykisk hälsa i det internationella arbetet

Sverige har förbundit sig att följa ett antal internationella konventioner som stadgar såväl grundläggande medborgerliga och politiska rättigheter som ekonomiska, sociala och kulturella samt miljömässiga rättigheter, liksom särskilda gruppers rättigheter. Utöver regeringsformen och andra svenska lagar finns internationella överenskommelser och åtaganden som pekar på att ojämlikhet är ett problem

som det allmänna bör och ska engagera sig i och försöka minska. Internationellt har området en god och jämlik folkhälsa prioriterats högt under de senaste tre decennierna. Inom FN, WHO, EU och även i Nordiska Ministerrådet (NMR) finns starkt stöd för en mer jämlik hälsa i befolkningen i både beslutade resolutioner och i policyramverk och internationellt samarbete. Parallellt med en utveckling mot ett ökat fokus på jämlik hälsa i det internationella arbetet har befolkningens psykiska hälsa under lång tid pekats ut som en av de stora framtidsutmaningarna. Detta bl.a. mot bakgrund av de stora internationella ohälsotalen i psykiska diagnoser och den allt större bördan som psykisk ohälsa utgör på världens ekonomier. I detta arbete betonas att människors psykiska välbefinnande dels är ett angeläget mål i sig men också att de finansiella resurser som vigs åt investeringar inom områden som påverkar människors psykiska hälsa leder till att stärka hela samhällets utveckling, såväl socialt som ekonomiskt.

World Health Organization

I maj 2012 antog WHO:s 55: e fullmäktige en resolution (WHA 65.4) genom vilken den globala bördan av psykiska sjukdomar erkänns och vikten av att utveckla samordnande insatser på landnivå i syfte att möta dessa utmaningar betonas. Genom resolutionen anmodades WHO:s Director General att utarbeta en övergripande handlingsplan för psykisk hälsa i samråd med medlemsstaterna. Handlingsplanen skulle innefatta såväl välfärdstjänster som politik, lagstiftning, planer, strategier och program.

Ett utkast till handlingsplan (”draft action plan”) presenterades av WHO under 2013. Handlingsplanen utgår från ett multisektoralt perspektiv och betonar samordnade tjänster från hälso- och socialsektorerna, med inriktning på främjande och förebyggande åtgärder, behandling, rehabilitering, vård och återhämtning. Planen innehåller också tydliga åtgärder för medlemsstaterna, sekretariatet och internationella, regionala och nationella partners och föreslår viktiga indikatorer och mål som kan användas för utvärdering av genomförandeprocessen, framsteg och konsekvenser. Handlingsplanen utgår i sin helhet från den globalt accepterade principen att det inte finns någon ”hälsa utan mental hälsa” (no health without mental health).

Handlingsplanen har nära konceptuella och strategiska länkar till andra globala handlingsplaner och strategier som godkänts av WHO. Detta innefattar bl.a. den globala strategin för att minska den skadliga användningen av alkohol, den globala handlingsplanen för arbetstagarnas hälsa 2008–2017 och Handlingsplanen för den globala strategin för förebyggande och kontroll av icke-överförbara sjukdomar, 2008–2013. Handlingsplanen bygger också på WHO:s regionala handlingsplaner och strategier för psykisk hälsa och missbruk. Utkastet till handlingsplan har också utformats för att skapa synergier med andra relevanta program i FN-systemet, FN-grupperna och inom andra mellanstatliga organisationer.

WHO bedriver vidare arbete för psykisk hälsa såväl globalt, vid huvudkontoret i Genéve, och för Europaregionen genom WHO Euro i Köpenhamn. Vid Världshälsoorganisationens fullmäktige i maj 2018 tog hälsoministrarna från Kanada, Storbritannien och Australien initiativet till "Alliance of Champions for Mental Health and Wellbeing". Alliansen bjuder in andra länder, genom sina hälsoministrar, för att intensifiera det internationella arbetet för psykisk hälsa utifrån andra globala initiativ inom området t.ex. Agenda 2030. Man välkomnar även ministrar från andra sektorer, såsom miljö, utbildning och finans att medverka i initiativet. Under 2018 har alliansen växt och man genomförde ett första möte, i Storbritannien med 35 länders hälsoministrar representerade, under oktober 2018. Den internationella alliansens inriktning utgår från ett tvärsektoriellt och tvärministeriellt angreppssätt kring psykisk hälsa och baseras på arbetet inom Agenda 2030 och internationella överenskommelser och åtaganden om mänskliga rättigheter, däribland Förenta Nationernas (FN) Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Förenta Nationerna

År 2000 riktades den internationella uppmärksamheten på allvar mot den globala epidemin av icke-smittsamma sjukdomar, s.k. Noncommunicable Diseases, NCD. Det högnivåmöte som hölls av FN resulterade i en deklaration där länderna förklarade sig beredda att prioritera de stora förebyggande folkhälsoinsatser som krävs för att vända utvecklingen. Senare kom en global handlingsplan för NCD-

bekämpningen under 2013–2020. Sedan antagandet av den globala strategin för förebyggande och bekämpning av icke-överförbara sjukdomar år 2000 har flera resolutioner antagits eller godkänts till stöd för huvudkomponenterna i den globala strategin och för att länka deklarationen om icke-smittsamma sjukdomar med andra sjukdomsspecifika program, inklusive sådana för psykisk hälsa, däribland WHO:s resolution (WHA 65.4).

Under 2018 har en grupp "The Steering Group on Health Promotion, Disease Prevention and Management of Non-Communicable Diseases" formaliserats för att stödja medlemsländerna i att uppnå hälsomålen bland de globala hållbarhetsmålen. Beslutet vid styrgruppens inledande möte resulterade i att psykisk hälsa ska utgöra ett fokusområde inom ramen för den globala handlingsplanen under 2019.

Europeiska Unionen

EU:s folkhälsostrategi "Tillsammans för hälsa" gällde formellt fram till 2013, men ska fortsatt stödja unionens tillväxtstrategi EU 2020. I denna betraktas strategier för hälsa och jämlik hälsa som investeringar som bidrar till stärkt social sammanhållning för att minska ohälsa, fattigdom och social utestängning. År 2014 inleddes det tredje hälsoprogrammet, som syftar till att främja hälsan i Europa genom att uppmuntra samarbete mellan EU-länderna för att förbättra hälsopolitiken till gagn för medborgarna och även genom att uppmuntra resursdelning. Programmet bär namnet Hälsa för alla och löper över perioden 2014–2020.

I november 2009 antog rådet en resolution om de förnyade ramarna för det europeiska samarbetet på ungdomsområdet för perioden 2010–2018. De två övergripande målen är att skapa fler och lika möjligheter för ungdomar i utbildning och på arbetsmarknaden och att främja ett aktivt medborgarskap, social delaktighet och solidaritet för ungdomar. Initiativ ska vidtas på följande åtta insatsområden: utbildning, sysselsättning och företagande, hälsa och välmående, deltagande i samhället, frivilligarbete, social delaktighet, unga i världen samt kreativitet och kultur. Arbetet pågår i arbetscykler om tre år. För den nuvarande cykeln mellan 2016 och 2018 har rådet fastställt

sex huvudmål varav mål 4 berör stöd till ungdomars hälsa och välbefinnande, inbegripet psykisk hälsa.

Inom EU har ett större program för psykisk hälsa och välbefinnande, avslutats under 2018. Under satsningen, som pågick 2013–2018 hade EU-kommissionen en expertgrupp med nationella representanter, knuten till sig. Sveriges medverkan i detta större program var begränsad. Med en ny budgetperiod för EU under utarbetande är de fortsatta ambitionerna kring psykisk hälsa inom EU ännu oklara.

Nordiska Ministerrådet

Nordiska Ministerrådet, de nordiska regeringarnas officiella samarbetsorgan, arbetar för gemensamma nordiska lösningar som ger synliga positiva effekter för alla som bor i Norden. Det samhälls- och hälsopolitiska samarbetet inom Ministerrådet bygger på ett samarbetsprogram som pågår under åren 2017–2020. Samarbetsprogrammet omfattar pågående arbete för att integrera de tre övergripande perspektiven: barn och ungdomar, hållbar utveckling och jämställdhet. Strategiska satsningar är främst inriktade på fyra mål som ska bidra till att stärka hållbar välfärd och hälsa i Norden. Det handlar om att säkerställa social trygghet i Norden, på en ständigt föränderlig arbetsmarknad och målinriktade insatser för att förebygga livsstilssjukdomar och främja mental hälsa.

Nordiska Ministerrådet har etablerat ett samarbete kring psykisk hälsa med specifika arrangemang i respektive land och en ämbetsmannagrupp har bildats inom vilken bl.a. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har medverkat.

International Initiative for Mental Health Leadership

Sverige har varit medlem i nätverket International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL) sedan 2013 genom Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. I nätverket ingår, förutom Sverige, åtta länder; Australien, Nya Zeeland, USA och Kanada samt England, Skottland, Irland och Nederländerna. Under perioden 1 juli 2017 till 15 april 2019 är Sverige ordförande för nät-

verket. Under Sveriges ordförandeskap pågår ett arbete med att tydligare sammanföra frågor kring psykisk hälsa med övergripande internationella initiativ och utmaningar, bl.a. Agenda 2030.

Organization for Economic Co-operation and Development

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) är för närvarande en betydelsefull aktör vad gäller frågor kring psykisk hälsa. Inom ramen för organisationens arbete har dels evidens kring politikområdets makroekonomiska påverkan på den ekonomiska tillväxten tagits fram, dels ett arbete för att ta fram nya tillväxtmått pågått. OECD har vidare sedan länge stöttat olika benchmarkingprojekt inom hälso- och sjukvården med fokus på patientrapporterade utfall och upplevelser. För närvarande pågår, inom OECD, en utveckling av ett nytt benchmarkingsystem för psykisk hälsa och välbefinnande som tar sin utgångspunkt i ett brett, tvärsektoriellt perspektiv på frågor kring psykisk hälsa.

2.5 Den nationella folkhälsopolitiken

Den nationella strategin för psykisk hälsa som utredningen föreslår i kapitel 5 tar sin utgångspunkt i den nationella folkhälsopolitiken som beslutades genom propositionen God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249). En grundläggande utgångspunkt för folkhälsopolitiken är att alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv. Även om folkhälsan – mätt på traditionellt sett – har utvecklats positivt för befolkningen som helhet finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper som beror på t.ex. socioekonomi, kön och social position. Den positiva hälsoutvecklingen tycks inte heller omfatta befolkningens psykiska välmående.

Beräkningar av sjukdomsbördan i Sverige och internationellt har visat att de psykiska sjukdomarna och psykiska symtomen har en mycket stor inverkan på folkhälsan. Denna sjukdomsbörda blir allt större. Detta visar sig dels genom ett stadigt växande antal sjukfall i psykiatriska diagnoser, dels genom att allt fler rapporterar symptom på psykisk ohälsa, t.ex. besvär av ängslan, oro och ångest i nationella undersökningar om befolkningens levnadsvanor. Andelen personer som söker och får vård p.g.a. psykiska besvär har också ökat över tid.

Utredningens bedömning är att den psykiska ohälsan är det mest angelägna folkhälsoproblemet att angripa dels på grund av dess storlek men också för det lidande som psykisk ohälsa utgör för de som drabbas. För att bevara och förbättra människors psykiska hälsa behövs insatser inom ett stort antal områden. I kapitel 5 i lämnar utredningen förslag som bedöms ha stor betydelse för att stärka den psykiska hälsan på kort och lång sikt. Det handlar dels om insatser för att stärka styrningen och uppföljningen inom området, dels om insatser för att åstadkomma en utvecklad tvärsektoriell samverkan mellan berörda aktörer. Utgångspunkten för förslagen är att en god och jämlik psykisk hälsa bör vara en prioriterad del av den breda folkhälsopolitiken. För att åstadkomma detta krävs en tydlig målstruktur, att arbetet organiseras så att det bedrivs brett och långsiktigt, ett ökat ägarskap från alla berörda aktörer och sektorer samt en mer utvecklad uppföljning av resultat och effekter. En annan viktig del är att verksamheter inom det offentliga – t.ex. inom hälso- och sjukvården, utbildningsväsendet, socialtjänsten och inte minst inom den statliga förvaltningen – måste utgå från ett medborgarperspektiv. Det innebär att verksamheterna bör styras, planeras och bedrivas på ett sätt som utgår från medborgarnas behov och intressen.

2.5.1 Folkhälsopolitikens utgångspunkter

År 2003 överlämnade regeringen propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) till riksdagen. I propositionen gjorde regeringen bedömningen att folkhälsan måste förbättras och att skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället måste motverkas. Riksdagen antog regeringens förslag om ett övergripande nationellt mål för folkhälsoarbetet, att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen och en sektorsövergripande målstruktur med elva målområden. Målet förtydligar samhällets ansvar för människors hälsa genom att det visar på sambandet mellan samhälleliga förutsättningar, som kan påverkas genom politiska beslut, och hälsoutvecklingen i befolkningen.[53]

Regeringen beslutade den 4 juni 2015 att tillsätta en kommitté – en kommission för jämlik hälsa – med uppgift att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar (dir. 2015:60).

[53] Prop. 2002/03:35, s. 26 ff.

Kommissionen föreslog bl.a. ett förtydligande av det nationella folkhälsomålet och en ny målstruktur i folkhälsoarbetet. Vidare föreslogs ett utvecklat uppföljnings- och utvärderingssystem för det folkhälsopolitiska arbetet samt en tydligare roll för berörda myndigheter, däribland Folkhälsomyndigheten.

I den proposition (prop. 2017/18:249) som följde av kommissionens förslag, och som senare antogs av riksdagen, föreslogs ett något förändrat mål för folkhälsopolitiken i syfte att förtydliga jämlikhetsaspekten – att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Förutsättningar för att nå målet är sektorsövergripande långsiktigt agerande från de flesta sektorer i samhället – från det offentliga, från det privata och från det civila samhället och från individerna själva. Vidare föreslogs att folkhälsopolitikens sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur med elva målområden omvandlas till åtta målområden. Följande målområden fastställdes för det samlade folkhälsoarbetet:

1. det tidiga livets villkor,
2. kunskaper, kompetenser och utbildning,
3. arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö,
4. inkomster och försörjningsmöjligheter,
5. boende och närmiljö,
6. levnadsvanor,
7. kontroll, inflytande och delaktighet samt
8. en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Den sektorsövergripande målstrukturen som antagits för den nationella folkhälsopolitiken förstärker jämlikhetsaspekten inom folkhälsoarbetet och ligger i linje med förändringen av det nationella målet. De föreslagna målområdena tydliggör även vilka bestämningsfaktorer som är mest centrala för hälsan i befolkningen. De första sju målområdena utgör centrala områden där resursbrister och sårbarhet är särskilt avgörande för jämlik hälsa. Det åttonde och sista målområdet – en hälsofrämjande hälso- och sjukvård – markerar att

hälso- och sjukvårdens verksamhet bör bli bättre på att möta de skillnader som finns mellan sociala grupper vad gäller insjuknande, behandling och konsekvenser av sjukdom och ohälsa.54

Folkhälsopolitiken utgår från allas rätt till en god och jämlik hälsa

Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd som tar hänsyn till såväl *nivå* som *fördelning* av hälsan. Folkhälsa handlar alltså inte enbart om att befolkningens hälsa bör vara så bra som möjligt. Det handlar även om att hälsan i befolkningen bör vara så jämlikt fördelad som möjligt dvs. att det inte förekommer systematiska skillnader i dödlighet och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper, mellan kvinnor och män mellan utrikes och inrikes födda, mellan personer med funktionsnedsättning och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning. Folkhälsan är därmed av stor betydelse för samhällsutvecklingen och insatserna för en bättre folkhälsa ingår som en viktig del i arbetet för en god välfärd och ett hållbart Sverige.[55] Utgångspunkten för allt folkhälsoarbete är alla människors lika värde, och att den rådande ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper i befolkningen måste motverkas och särskilt sårbara grupper uppmärksammas. Varje individ ska ha rätt att utvecklas efter sina förutsättningar och ges möjlighet att nå den hälsa som är individuellt möjlig. Alla, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, klasstillhörighet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder ska ges samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor.[56]

2.5.2 Målstruktur för arbetet med frågor kring psykisk hälsa

Den sektorsövergripande folkhälsopolitiska målstrukturen med åtta målområden, som utredningen i kapitel 5 föreslår även ska vara vägledande för insatser inom området psykisk hälsa, är övergripande till sin karaktär. Målområdena fokuserar på ett stort antal bestämningsfaktorer inom centrala områden som är av betydelse för människors hälsa, däribland den psykiska hälsan. Detta rör bl.a. barn och

[54] Prop. 2017/18:249 s. 33.
[55] Prop. 2017/18:249 s. 8.
[56] Prop. 2017/18:249 s. 7.

ungdomars uppväxtvillkor, förhållandena i arbetslivet, den fysiska miljön och människors levnadsvanor. En viktig slutsats av utredningens arbete är just att arbetet för att främja hälsa och öka det psykiska välbefinnandet i befolkningen är beroende av intensifierade insatser inom ett stort antal samhällsområden och sektorer. Även om levnadsvanor och hälso- och sjukvårdsinsatser är viktiga måste arbetet för en god psykisk hälsa bedrivas med en betydligt bredare ansats än så för att motverka den sjukdomsbörda som de psykiska sjukdomarna och psykiska symtomen utgör. Utan insatser för mer likvärdiga villkor och möjligheter under det tidiga livet, i skolan, på arbetsmarknaden osv. kommer möjligheterna att åstadkomma ett ökat psykiskt välbefinnande att vara begränsade.

Givet detta breda perspektiv uppstår vissa avvägningsproblem som hör samman med detaljeringsgraden på de förslag som utredningen presenterar. En alltför generell nivå kan innebära svårigheter att omsätta förslagen till praktisk verklighet medan mycket konkreta förslag inom ett fåtal områden riskerar att missa den bredd som vi övrigt argumenterar för är mycket betydelsefull för att förbättra det psykiska välbefinnandet i befolkningen. En ökad detaljeringsgrad innebär också en risk att bedömningar och förslag blir obsoleta i en långsiktig strategi. Inom varje målområde ges därför en övergripande beskrivning av läget och i kapitel 5 följer utredningens överväganden vad gäller den önskvärda inriktningen på politiken för att skapa förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa.

2.5.3 Folkhälsopolitikens mål och psykisk hälsa

Målområde 1: Det tidiga livets villkor

Ojämlikhet genom olika möjligheter i det tidiga livets villkor medför att barn har skilda förutsättningar att utvecklas. Under de första levnadsåren läggs grunden för barnens fysiska, sociala, psykiska och kognitiva förmågor. Att tidigt i livet få adekvat stöd, utveckla goda relationer till föräldrar, anhöriga och kamrater samt att få växa upp i en stimulerande miljö innebär bättre förutsättningar för barnet att utveckla goda livsvillkor senare i livet. Omvänt innebär en avsaknad av stöd, svaga sociala, ekonomiska och pedagogiska resurser hos föräldrarna och en invaliderande miljö sämre förutsättningar för barnets

långsiktiga villkor och möjligheter.[57] Barns uppväxtvillkor har därför en avgörande betydelse för hälsa och välmående längre fram i livet. Föräldrarnas olika sociala, ekonomiska och pedagogiska resurser spelar en central roll för barnets utveckling. Vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning är t.ex. en utsatt grupp som rapporterar genomgående sämre värden för livsvillkor, levnadsvanor och hälsa jämfört med vårdnadshavare till barn som inte har en funktionsnedsättning.[58] Studier av barns uppväxtvillkor och hälsa tyder vidare på att det finns en tydlig gradient där barn som är uppvuxna i familjer med låg socioekonomisk position har större sannolikhet att få sämre hälsa som unga vuxna än barn som har föräldrar med en hög socioekonomisk position.[59] Dessutom visar studier att det finns ojämlikheter i självrapporterade psykiska besvär redan från tidig ålder som har ett samband med socioekonomiska skillnader.[60] En god relation mellan barn och föräldrar minskar risken för en rad olika hälsoproblem och riskbeteenden hos barnet. Däremot påverkar brister i hemmiljön barnet negativt. Dåliga relationer i en familj kan bland annat öka risken för psykiska problem hos barnet. En bristande omsorg från föräldrar eller vårdnadshavare kan få särskilt allvarliga konsekvenser för barnet. En sådan utsatt hemsituation kan bland annat bero på missbruk, psykisk ohälsa, kriminalitet eller våld i familjen. Barn som bevittnat våld mellan sina föräldrar mår generellt sett sämre än andra barn och riskerar att utveckla både omedelbar och varaktig fysisk och psykisk ohälsa. Det är också mycket vanligt att barn som bevittnar våld mellan närstående vuxna själva är direkt utsatta för fysiskt våld.[61]

Särskilt utsatta är barn i familjer som tar emot ekonomiskt bistånd eller där en eller båda föräldrarna lider av psykisk ohälsa. Barn som växer upp i ekonomisk utsatthet får som vuxna inte sällan lägre utbildningsnivå, har oftare behov av försörjningsstöd och står längre ifrån arbetsmarknaden. Framför allt är det barn som vuxit upp i hushåll med långvarigt försörjningsstöd som har höga risker för ogynnsamma levnadsvillkor högre upp i åldrarna. Barn i familjer med långvarigt

[57] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 75 ff.
[58] Prop. 2017/18:249, s. 50.
[59] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 75 ff.
[60] Folkhälsomyndigheten (2018a), s. 1 ff.
[61] Prop. 2017/18:249, s. 50 f.

försörjningsstöd har också avsevärt sämre utfall avseende hälsoproblem som till exempel alkohol- och drogmissbruk och självmordsförsök. Av de barn som har en förälder som någon gång har vårdats för psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom är det två till tre gånger så vanligt att barnet kommer att behöva psykiatrisk vård någon gång under livet.[62]

Att allt fler barn och ungdomar rapporterar psykiska besvär såsom oro, ångest, eller sömnsvårigheter är ett allvarligt samhällsproblem då det ökar riskerna för självmordsförsök, skador och olyckor liksom för senare psykisk sjukdom. Det finns också ett samband mellan tidiga självrapporterade psykiska besvär och framtida problem med försörjning, familjebildning och försämrade möjligheter att etablera sig i samhället. Förekomsten av symtom på psykisk ohälsa i barn- och ungdomsåldern kan också leda till en lägre utbildningsnivå i vuxen ålder och ökar riskerna för att längre fram i livet behöva psykiatrisk sjukhusvård.[63] Att tidigt identifiera problem som rör barns utveckling och psykiska välbefinnande, från fosterstadiet och framåt, är därmed en investering för både individ och samhälle. Det bidrar inte bara till att ge barn så lika förutsättningar som möjligt utan stärker också barns generella villkor och möjligheter.

Inriktningen för att åstadkomma en god och jämlik psykisk hälsa bör därför vara att skapa, stötta och stärka en god start i livet genom att alla barn ges grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla sina förmågor. De samhällsinstanser som möter barn och unga och deras familjer, t.ex. mödra- och barnhälsovården, förskolan, skolan och elevhälsan har ett viktigt uppdrag att identifiera de barn som i något avseende är i behov av extra stöd och kompenserande insatser. Det kan t.ex. röra sig om att vägleda och stödja föräldrar i föräldraskapet, uppmärksamma hälsorisker hos föräldrar och barn eller om att informera och stödja föräldrar att genomföra livsstilsförändringar som bidrar till en god psykisk hälsa för hela familjen. Dessa instanser har också möjlighet att identifiera de barn som befinner sig i extra utsatta situationer såsom förekomst av våld, skadligt bruk av alkohol eller narkotika samt psykisk ohälsa i familjen.

[62] Nationellt kompetenscentrum anhöriga, hämtad 2018-10-25.
[63] Socialstyrelsen (2013a), s. 8.

Målområde 2: Kunskaper, Kompetenser och utbildning

Kompetenser och kunskaper utvecklas genom olika former av lärande under livets olika skeden och har ett starkt samband med människors förutsättningar för en god hälsa. Generellt gäller att en låg utbildningsnivå är starkt kopplad till en låg social position i samhället – och att detta i sin tur är kopplat till en ökad risk för ohälsa och hälsomässigt ogynnsamma livsvillkor och levnadsvanor. Att utveckla människors kompetenser och kunskaper genom lärande och utbildning är således centralt för att uppnå en god och jämlik hälsa och stärka det psykiska välbefinnandet. Kunskaper och kompetenser förvärvade genom utbildning ger inte bara bättre möjligheter till arbete och inkomst utan bidrar också till att stärka människors psykologiska och sociala resurser.[64]

Skolan är en arena som når alla barn och unga och har därmed en grundläggande roll i arbetet för barns utveckling. Skolframgång beror på en interaktion mellan individuella förutsättningar (såsom kognitiva förmågor), skolans förmåga att tillgodose elevernas behov av stöd, skolsystemets utformning och faktorer i det omgivande samhället. Sedan 1990-talets början har det svenska skolsystemet genomgått flera genomgripande förändringar, såsom kommunaliseringen, friskolereformen, införandet av skolpengen och nya betygssystem. Parallellt med detta har skolprestationerna försämrats. Folkhälsomyndighetens sammanställning (2018) av den vetenskapliga litteraturen inom området visar på ett tydligt samband mellan låga skolprestationer och ökad risk för psykisk ohälsa – men också tvärtom – att gå ut skolan med godkända betyg är en stark skyddsfaktor mot psykisk ohälsa för barn och unga.[65] Bristande stöd framhålls i olika sammanhang som den främsta orsaken till avbrutna och ofullständiga gymnasiestudier. Under 2017 beräknades 127 600 unga i åldern 15–29 år stå utanför studier och arbete i Sverige. Andelen var som högst i åldersgruppen 20–24 år.[66]

Utbildning påverkar individers möjligheter till etablering på arbetsmarknaden genom formella kvalifikationer och blir sedan en bestämningsfaktor för både inkomst och yrkesklass. Därför är utbildning nyckeln till att få tillgång till materiella resurser men utbildning påverkar även individens förmåga att använda resurser och

[64] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 99 ff.
[65] Folkhälsomyndigheten (2018c), s. 74 f.
[66] Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar (2018), s. 13.

hantera problematiska situationer som uppstår. Livsvillkor, levnadsvanor och andra förhållanden som bidrar till god hälsa är också bättre och mer hälsofrämjande bland personer med högre utbildningsnivå.[67]

Vid sidan av det formella lärandet i utbildningssystemet har även fritiden stor betydelse för individens utveckling av kompetenser och kunskaper. Många unga deltar i olika typer av aktiviteter och värderar också fritiden högt och aktiviteterna kan ge barn och unga möjligheter att utvecklas, lära och uttrycka sin personlighet. Möjligheten att delta i fritidsaktiviteter och graden av aktivitet varierar dock mellan olika grupper av ungdomar. En sammanställning gjord av Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2014), baserad på enkätundersökningar bland unga visar på betydande skillnader mellan olika grupper som bl.a. baseras på socioekonomi, etniskt ursprung och funktionsnedsättning. Unga med funktionsnedsättning deltar t.ex. i mindre utsträckning i fritidsaktiviteter än andra unga. De uppger också i betydligt större utsträckning än andra unga att de har undvikit att besöka fritidsverksamheter av rädsla för att bli dåligt bemötta.[68]

Inriktningen för att åstadkomma en god och jämlik psykiska hälsa bör därför inriktas mot att alla ska få möjlighet att utveckla sina kompetenser och kunskaper och tillgodogöra sig utbildning. Skolan är en arena som når alla barn och unga och har därmed en central roll i denna målsättning. Skolan har, vid sidan av sitt pedagogiska uppdrag en unik potential som arena för ett hälsofrämjande och förebyggande arbete i och med att den når alla barn och unga under uppväxtåren. Skolan kan exempelvis ha en viktig roll i att främja fysisk aktivitet, etablera bra matvanor och bidra till att skapa miljöer som främjar lärande, utveckling och hälsa. Det är bl.a. av stor vikt att skolan, genom sin kompensatoriska roll, tidigt upptäcker elevers eventuella behov av extraanpassningar eller särskilt stöd i syfte att förebygga skolmisslyckanden eller skolavhopp. I detta arbete är elevhälsan, som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser, av stor betydelse.

På arbetsmarknaden förändras kontinuerligt arbetsuppgifterna och därmed kompetenskraven. Det finns därför ett långsiktigt behov av att genom utbildning och vidareutbildning kunna utveckla

[67] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 99.
[68] Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2014), s. 9 ff.

kompetensen över hela livscykeln. För dem som redan är på arbetsmarknaden handlar det bl.a. om att göra det lättare att byta arbete vid behov och skapa möjlighet till ett livslångt lärande samt karriärväxling.

Målområde 3: Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Människors sysselsättning och ekonomiska trygghet spelar stor roll för en god och jämlik psykisk hälsa. Förvärvsarbete är för de flesta människor den viktigaste källan till försörjning. Arbete har också stor betydelse för våra möjligheter till delaktighet och inflytande i samhället och att utveckla relationer till andra människor. Det finns en nära koppling mellan arbete och individens psykiska hälsa. Avsaknad av arbete men även dåliga arbetsförhållanden och brister i arbetsmiljön är faktorer som bidrar till en nedsatt psykisk hälsa.

Även om den svenska arbetsmarknaden på många sätt fungerar väl finns en tydlig skillnad mellan kvinnor och män samt mellan grupper inom och utanför arbetsmarknaden. Sedan början på 1990-talet har andelen personer med nedsatt arbetsförmåga p.g.a. psykisk sjukdom i sjukförsäkringen ökat kraftigt i relativa termer. Utvecklingen är stadig under hela perioden och gäller oavsett om sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning eller sjukersättning studeras.[69] Det är främst svår stress och förstämningssyndrom som står för ökningen och ökningen kan observeras bland såväl kvinnor som män, även om sjukfrånvaron är högst och har ökat mest för kvinnor. Utöver att diagnosgruppen utgör en stor del av de startade sjukfallen, står den för de längsta sjukskrivningstiderna och har lägst grad av återgång i arbete.[70] Det finns även en tydlig socioekonomisk fördelning av vilka som drabbas av arbetsorsakade besvär. Personer med hög inkomst och med eftergymnasial utbildning drabbas i mindre utsträckning än personer med låg inkomst och kortare utbildning. När det gäller besvär till följd av stress och psykiska påfrestningar drabbas däremot sysselsatta med eftergymnasial utbildning i högre grad, framför allt jämfört med sysselsatta med förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå. Bland förskollärare, fritidspedagoger och grundskollärare liksom psykologer, socialsekreterare

[69] Inspektionen för socialförsäkringen (2014a), s. 10 ff.
[70] Försäkringskassan, hämtad 2018-10-05.

m.fl. finns en hög förekomst av besvär till följd av psykiska påfrestningar. Andra yrken där en hög andel av de sysselsatta har psykiska besvär finns inom hälso- och sjukvården.[71] Den demografiska förändringen har bidragit till att grupper med svagare anknytning till arbetsmarknaden har ökat som andel av den arbetsföra befolkningen. Personer med låg utbildning och utrikes födda har markant lägre chans att få ett arbete. Arbetsförmedlingen definierar fyra grupper som särskilt utsatta på arbetsmarknaden, däribland personer som har en funktionsnedsättning som innebär nedsatt arbetsförmåga.[72]

Det är viktigt att öka möjligheterna för personer som varit arbetslösa under längre perioder att få ett arbete, men det är samtidigt viktigt att motverka att fler blir långtidsarbetslösa eftersom chanserna att komma tillbaka till arbete minskar ju längre tid en person är arbetslös. Studier visar vidare på att långvarig arbetslöshet ökar risken för olika former av skadligt bruk av t.ex. alkohol och narkotika, för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar samt att avlida i förtid. Långvarig arbetslöshet är dessutom en tydlig riskfaktor för psykisk ohälsa.[73]

Levnadsförhållandena för personer med allvarlig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning är generellt sett sämre än för befolkningen i övrigt. En del av den försämrade hälsan beror troligtvis inte på sjukdomen eller funktionsnedsättningen i sig utan kan kopplas till välkända riskfaktorer för ohälsa relaterade till livsvillkor. Personer med funktionsnedsättning förvärvsarbetar i mindre utsträckning än personer utan funktionsnedsättning, och detta är särskilt utmärkande bland kvinnor. Det är också en högre andel personer med funktionsnedsättning som känner oro att förlora arbetet. De anger också i större utsträckning att de saknar ekonomisk marginal och har låg inkomst.[74] På ett liknande sätt ter det sig för personer med allvarlig psykisk sjukdom som ofta har sämre levnadsförhållanden än befolkningen i övrigt i termer av ekonomisk utsatthet och svag arbetsmarknadsanknytning.[75]

Inriktningen när det gäller arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö bör därför vara att stärka människors egna möjligheter till sysselsättning och därmed möjligheter att agera och generera resurser.

[71] Arbetsmiljöverket (2016), s. 9 ff.
[72] Arbetsförmedlingen (2016), s. 19.
[73] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 75 ff.
[74] Folkhälsomyndigheten (2016b), s. 31 ff.
[75] Folkhälsomyndigheten (2016b), s. 54 ff.

Nyckeln till detta är att öka sysselsättningsgraden och minska arbetslösheten inte minst i grupper med en utsatt ställning på arbetsmarknaden. För de som redan är på arbetsmarknaden handlar det om att göra det lättare att byta arbete vid behov och att stärka arbetsmiljöpolitiken så att arbetslivet är hållbart för alla grupper och över hela arbetsmarknaden.

Målområde 4: Inkomster och försörjningsmöjligheter

Inkomster och ekonomiska resurser är viktiga för människors liv och hälsa, dels genom att skapa en viss materiell standard och dels för att öka individens handlingsutrymme. Det innebär att hälsan kan påverkas negativt om ekonomin begränsar en person eller familjs möjligheter att t.ex. leva hälsosamt eller att delta i samhällslivet och i de aktiviteter som man önskar.[76] Låg inkomst är således förknippat med en rad olika sociala förhållanden som gör individen mer sårbar och utsatt för hälsorisker. Människor med låga inkomster lever inte lika länge som dem med höga inkomster och dessutom påverkas livslängden av yrkesposition. För grupper som befinner sig i eller är på gränsen till ekonomisk utsatthet tycks hälsoproblem vara särskilt påtagliga.

Syftet med socialförsäkringen är att trygga försörjningen när en person inte kan arbeta, till exempel vid sjukdom, föräldraledighet eller arbetslöshet. Grunden i den svenska socialförsäkringen är den s.k. inkomstbortfallsprincipen. Inkomstbortfallsprincipen innebär att ersättningsnivån ska vara direkt proportionerlig mot den tidigare inkomsten. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) gjorde 2014 en genomgång av utvecklingen av socialförsäkringsförmåner sedan 1990-talet. I rapporten konstateras att det svenska socialförsäkringssystemet successivt har glidit i från en inkomstbortfallsförsäkring mot ett grundtrygghetssystem. Det beror, enligt ISF, på att grundbeloppen och de maximala ersättningarna i många socialförsäkringar anges i kronor och inte har räknats om med förändrade priser eller inkomster i ekonomin. I arbetslöshetsförsäkringen är t.ex. taket

[76] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 149.

numera lägre än den lägsta tiondelens heltidslön. År 1992 var ersättningstaket i arbetslöshetsförsäkringen högre än medianlönen.[77] Utvecklingen innebär att stora grupper av människor har kommit att ligga på ersättningsnivåer som är allt längre från genomsnittet.

Risken för låg ekonomisk standard samspelar med bl.a. ålder och arbetsmarknadsanknytning. Särskilt utsatta är också personer med allvarlig psykisk sjukdom samt personer med funktionsnedsättning. Av studier framgår att personer med psykisk funktionsnedsättning oftare än andra saknar inkomst från arbete och att de i större utsträckning än andra blir beroende av olika former av stöd och bidrag för sin försörjning. Levinson och Jiborn (2013) slår fast att sannolikheten för att ha försörjningsstöd ät t.ex. nästan fem gånger större hos personer med psykisk funktionsnedsättning jämfört med befolkningen som helhet. Gruppen har vidare sämre marginaler, lägre förvärvsinkomster och löner samt har störst utgifter som följd av funktionsnedsättningen jämfört med andra funktionshindergrupper. Av studien framgår också att personer som i den nationella folkhälsoenkäten uppgav sig ha svåra besvär av ängslan, oro eller ångest är kraftigt överrepresenterade bland låginkomsttagare i Sverige. Under perioden 2010–2012 hade 39 procent av de med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest låg inkomst – det vill säga nästan dubbelt så stor andel som i befolkningen som helhet.[78]

Inriktningen när det gäller inkomster och försörjningsmöjligheter bör därför vara att stärka människors egna möjligheter till sysselsättning och därmed möjligheter att agera och generera ekonomiska resurser men också på att stödja människor när deras egna ekonomiska resurser inte räcker till. Bristande ekonomiska resurser påverkar möjligheterna att förvärva sådant som är tillgängligt för andra och innebär en lägre levnadsstandard avseende boende, mat och andra nödvändigheter. Genom trygga inkomst- och försörjningsmöjligheter stärks människors egna möjligheter att agera och generera resurser som är positiva för hälsan. Genom att åstadkomma resursförbättringar för grupper med knappa ekonomiska marginaler uppnås en mer jämlik hälsa.

[77] Inspektionen för socialförsäkringen (2014b), s. 8 ff.
[78] Levinsson & Jiborn (2013), s. 5 ff.

Målområde 5: Boende- och närmiljö

Ett bostadsområde har fysiska och sociala egenskaper som både kan orsaka ohälsa och verka hälsofrämjande. Forskning visar att ett stort antal insatser i den byggda miljön kan öka eller skapa bättre förutsättningar för fysisk aktivitet, lek och rörelse, utevistelse och möjligheter till en meningsfull fritid, vilket påverkar människors hälsa i en positiv utsträckning. Samtidigt påverkas boendemiljön negativt av faktorer som ger en känsla av otrygghet.[79] En trygg boende- och närmiljö med hälsofrämjande inslag har sålunda stor potential att åstadkomma positiva förändringar i folkhälsan bl.a. genom att motverka kroniska sjukdomar och uppmuntra ett aktivt liv hos invånarna. En trygg boende- och närmiljö är också av stor betydelse i det suicidpreventiva arbetet.[80]

För personer med funktionsnedsättningar är den fysiska tillgängligheten i inom- och utomhusmiljön mycket viktig. Personer med funktionsnedsättning har samma rätt som alla andra till gator, torg, kollektivtrafik, byggnader och andra fysiska miljöer. Det ska gå att förflytta sig säkert och självständigt, hitta dit man ska och förstå när man är framme. För att åstadkomma tillgänglighet måste funktionshinderperspektivet finnas med i all planering och i alla beslut och processer som rör samhällsplanering, bostäder och byggande.

Att ha en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad är av stor betydelse för den enskildes välbefinnande och dessutom samspelar boende och närmiljön med invånarnas och befolkningens hälsa. Hur våra städer och bostadsområden är utformade påverkar inte bara hur vi lever, arbetar, umgås och förflyttar oss utan är också av stor betydelse för vårt välmående. En integrerad, trygg och hälsofrämjande boendemiljö främjar hälsa på såväl individ-, som områdes- och befolkningsnivå. På motsatt sätt påverkar hemlöshet, eller otrygga boendeförhållanden, trångboddhet, en segregerad och otrygg boendemiljö hälsan, tilliten och den sociala sammanhållningen negativt.[81]

Sverige har genom internationella åtaganden om mänskliga rättigheter förbundit sig att säkerställa människors rätt till bostad och enligt regeringsformen, förkortad RF, ska det allmänna trygga rätten till bostad. Enligt lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar

[79] Statens Folkhälsoinstitut (2010b), s. 15 ff.
[80] Folkhälsomyndigheten (2016c), s. 7 ff.
[81] Kommissionen för jämlik hälsa (2016), s. 126 f.

(2000:1383) ska varje kommun skapa förutsättningar för att alla kommuninvånare ska kunna leva i goda bostäder och främja att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen förbereds och genomförs. I dag råder emellertid en brist på bostäder. Konsekvenserna av denna bostadsbrist är särskilt påtagliga för grupper som är nya på bostadsmarknaden, t.ex. ungdomar och unga vuxna, men också grupper i särskilt utsatta positioner. Det rör sig bl.a. om personer med låga inkomster eller som saknar anställning samt om personer med ohälsoproblem, såsom t.ex. psykisk ohälsa och missbruksproblematik. Personer som lever i ekonomisk och social utsatthet till följd av exempelvis långvarig arbetslöshet eller psykisk sjukdom löper dessutom större risk att förlora sitt boende än andra grupper.

I januari 2016 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att genomföra en nationell kartläggning av hemlöshetens omfattning och karaktär i Sverige. Resultaten i kartläggningen visar att omkring 5 900 personer befann sig i en akut hemlöshetssituation under 2016, varav 59 procent var män och 41 procent kvinnor. Nästan hälften av personerna i akut hemlöshet uppgavs ha behov av ekonomiskt bistånd eller skuldsanering. Mer än hälften av alla personer som befann sig i akut hemlöshet hade försörjningsstöd. Ungefär en fjärdedel ansågs ha behov av psykiatrisk vård och behandling till följd av deras psykiska ohälsa. Drygt 40 procent av männen ansågs ha behov av stöd och behandling för missbruk och missbruk och beroende ansågs också vara en faktor som bidragit till männens nuvarande hemlöshetssituation.[82] Personliga ombud (PO), som verkar för att stödja och skapa bättre livsvillkor för personer med psykisk funktionsnedsättning, konstaterar också en ökning av personer i målgruppen som har problem med att få en bostad. Vidare har hot om vräkning ökat som skäl till kontakt.[83]

Få händelser skapar en så stor risk för hemlöshet och en drastiskt försvagad position på bostadsmarknaden som att bli avhyst. Alla som inte betalar hyran i tid, inte sköter om sin lägenhet eller som stör sina grannar riskerar att bli avhysta. De hushåll som befinner sig i farozonen för att bli avhysta har ofta svaga nätverk och små ekonomiska ramar. Det handlar framför allt om personer som befinner sig i någon form av ekonomisk och/eller social utsatthet till följd av relationsproblem, separation, långvarig arbetslöshet, psykisk eller

[82] Socialstyrelsen (2017a), s. 24 ff.
[83] Socialstyrelsen (2017b), s. 5 ff.

fysisk sjukdom eller missbruk. Det är sedan tidigare känt att personer med missbruksproblem är en riskgrupp när det gäller avhysning och hemlöshet. Ytterligare en riskgrupp är personer med psykiska funktionsnedsättningar. Studier har visat att personer med erfarenhet av psykiatrisk slutenvård är överrepresenterade bland de som har blivit avhysta. Personer med förmodad psykisk ohälsa figurerar också ofta i störningsärenden.[84]

Inriktningen när det gäller boende och närmiljö bör därför vara att skapa en god och hälsofrämjande boende- och närmiljö som bidrar till trygghet, tillit och som påverkar människors livsvillkor positivt. En förutsättning för detta är att alla har tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad, en minskad bostadssegregation och tillgång till grönområden samt likvärdig tillgång till en god förskole- och skolmiljö för alla. Det finns dessutom en potential i att använda stads- och samhällsplanering och fysiska förändringar för att nå sociala mål. Därför är det angeläget att inkludera jämlik hälsa och psykisk hälsa som ett perspektiv i samhällsplaneringen, dvs. att stadsplanering på strategisk och operativ nivå för både stat, region och kommuner tar som en utgångspunkt att främja ekologiska, ekonomiska och sociala mål som leder till en mer jämlik hälsa och därmed hållbar utveckling.

Målområde 6: Levnadsvanor

Förutsättningar för en god hälsa påverkas av människors handlingsutrymme och möjligheter till goda levnadsvanor. Individens val påverkas i sin tur av förutsättningar i form av t.ex. social miljö, utbildningsnivå och ekonomiska marginaler. På detta sätt är området levnadsvanor nära sammankopplat med de övriga målområdena inom folkhälsopolitiken. En bra start i livet, en trygg boendemiljö, möjlighet till egenförsörjning samt goda arbetsvillkor är bara några exempel på faktorer som ökar människors förutsättningar att göra hälsosamma val och leva hälsosamma liv.[85]

Tobaks-, narkotika och alkoholvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor och sömnproblem är välkända riskfaktorer

[84] Socialstyrelsen (2017b), s. 15 ff.
[85] Kommissionen för jämlik hälsa (2016), s. 131.

för hälsan. Dessa riskfaktorer är ofta kopplade till negativa konsekvenser för det psykiska välbefinnandet. Flera studier har visat att levnadsvanorna, och därmed hälsan, skiljer sig åt mellan personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar jämfört med befolkningen som helhet. Det är bl.a. vanligare att personer med psykisk ohälsa röker dagligdags, har en stillasittande fritid, lider av övervikt och konsumerar frukt och grönt i lägre utsträckning än andra.[86] Rökning kan kopplas till flera folksjukdomar och förkortar en människas livslängd med ungefär tio år. Låg fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor har också en stark koppling till de flesta folksjukdomar och fysisk aktivitet har även ett samband med psykiskt välbefinnande. Det gäller också för stress och sömnstörningar som har visat sig nära kopplade till en rad psykiska besvär och psykiatriska tillstånd som t.ex. utmattningssyndrom och depression.[87]

Skadligt bruk av alkohol är förknippat med flera negativa hälsoeffekter. Alkohol används ofta för att dämpa ångest, men en hög konsumtion av alkohol kan också öka risken för både depression och ångest. Detsamma gäller för skadligt bruk av narkotika. Missbruk och psykisk sjukdom är ofta tätt sammanflätade och tyngre missbruksproblematik är nära förknippat med en utsatt situation. Personer med denna typ av problematik är ofta socialt marginaliserade genom t.ex. hemlöshet och obefintliga kopplingar till arbetsmarknaden. Bland personer med tyngre missbruk är också smittspridning och andra allvarliga sjukdomar ett stort problem.[88] Förebyggande arbete i form av narkotikaprevention är avgörande för att så få som möjligt ska hamna i missbruksproblematik. Samtidigt bör satsningar också göras för att förebygga vidare konsekvenser hos redan drabbade individen. Eftersom psykisk sjukdom och missbruk ofta kan förekomma samtidigt är det av största vikt att målgruppen får kvalificerade insatser för både missbruk och psykisk sjukdom.

Personer med psykisk sjukdom och/eller psykisk funktionsnedsättning löper ökad risk för somatisk ohälsa och gruppen har en väsentlig överdödlighet i somatiska sjukdomar. Den förväntade livslängden är 15 år kortare för kvinnor och 20 år kortare för män med psykisk sjukdom jämfört med normalbefolkningen. Den stora samvariationen mellan psykisk ohälsa somatisk ohälsa kan till förklaras

[86] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 185.
[87] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 185.
[88] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 187.

av faktorer som livsstil och livsvillkor, men också brister inom hälso- och sjukvården när det gäller att uppmärksamma och behandla somatiska sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa. I den inventering av levnadsvanorna i målgruppen som genomfördes av Socialstyrelsen under 2013 bedömde närmare 80 procent av verksamheterna i psykiatrin att personer med psykisk sjukdom inom psykiatrin i för liten omfattning får stöd för att förändra sina levnadsvanor genom till exempel ordinerad fysisk aktivitet, rådgivning eller fysisk träning utifrån målgruppens behov.[89] Personer med psykiatriska sjukdomar får också sämre somatisk vård, till exempel vid hjärtinfarkt och får inte tillgång till rekommenderade läkemedel i samma omfattning som andra patienter.[90] Hälso- och sjukvården behöver därför utveckla det förebyggande arbete för såväl enskilda patienter som för befolkningen i stort. Effektiv prevention kan innebära stora besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället.

För att minska hälsoskillnaderna bör människors möjligheter att etablera och upprätthålla hälsosamma levnadsvanor stärkas. Inriktning för att åstadkomma detta bör ta sikte på att begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter och samtidigt öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter. Hälsofrämjande och förebyggande arbete med goda levnadsvanor inom ramen för välfärdens institutioner såsom inom skolan och inom hälso- och sjukvården är också viktiga verktyg för att uppnå en god och jämlik hälsa.

Målområde 7: Kontroll, inflytande och delaktighet

Kontroll över sitt eget liv, tillit till andra, inflytande och delaktighet i samhället är viktiga faktorer för individer och gruppers hälsoutveckling. Kontroll över sitt eget liv, tillit till andra, inflytande och delaktighet i samhället är faktorer som samverkar med villkor och möjligheter inom andra centrala områden med konsekvenser för hälsan. En hög grad av kontroll kan innebära att de faktiska livsvillkoren kan hanteras bättre och minska individens benägenhet till oro och stress. Individens möjligheter att hantera påfrestningar (”coping”) är en förmåga som utvecklas genom hela livet och grundläggs redan i

[89] Socialstyrelsen (2013b), s. 219 ff.
[90] Diskrimineringsombudsmannen (2012), s. 14 ff.

den tidiga barndomen. Det finns omfattande forskningsstöd för att en låg tillgång till sådana psykologiska resurser och en hög förekomst av riskfaktorer som uppgivenhet, nedstämdhet och depressivitet ökar risken för sjukdom och död.[91]

Forskning visar också att det finns tydliga kopplingar mellan graden av delaktighet och inflytande i samhället och social position. Personer med lägre socioekonomisk position erfar oftare sämre kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor, över utvecklingen av samhället i stort och de upplever också oftare mindre gemenskap och delaktighet.[92] Grupper i särskilt utsatta positioner har t.ex. ett lägre förtroende för samhällets institutioner än andra, däribland hälso- och sjukvården, upplever sig i regel mer ekonomiskt utsatta jämfört med hela befolkningen, och känner sig mer otrygga än med befolkningen i stort. Vidare uppger de i större utsträckning ett lågt socialt deltagande och har oftare utsatts för diskriminering eller kränkande behandling.[93]

Alla människors lika värde förutsätter i en demokrati att var och en upplever möjligheten och rätten att göra sin röst hörd. Endast 15 procent av svenskarna tycker sig kunna påverka politiska beslut på nationell nivå mellan valen. Socioekonomiskt svaga grupper röstar vidare i mindre utsträckning och har mindre politiskt inflytande än grupper som också i andra sammanhang är starka.[94] En studie av valdeltagandet i allmänna val, genomförd av Statistiska centralbyrån (SCB), visar att valdeltagandet var lägre bland personer med funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen i 2014 års allmänna val. Framför allt var det personer med nedsatt rörelseförmåga, synnedsättning och besvär av oro och ångest som röstade i lägre grad. Analyser av valdeltagandet bland personer med oro eller ångest visar att valdeltagandet var lägst bland dem med svåra besvär, 82 procent, och högst bland dem helt utan besvär, 89 procent.[95] Skillnader finns även vad gäller representationen i de folkvalda församlingarna där personer med funktionsnedsättningar är underrepresenterade.[96]

---

[91] Kommissionen för jämlik hälsa (2016), s. 137 f.
[92] Kommissionen för jämlik hälsa (2016), s. 137 f.
[93] Statens folkhälsoinstitut (2010a), s. 29 ff.
[94] 2014 års Demokratiutredning (2016), s. 20.
[95] Statistiska centralbyrån (2015), s. 7 ff.
[96] 2014 års Demokratiutredning (2016), s. 276 ff.

En förutsättning för reellt deltagande i samhället är ett samhälle fritt från stigma. Forskning visar att det är vanligt förekommande med negativa attityder till samt diskriminerande beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom. Likaså är det vanligt med bristfälliga kunskaper om psykisk sjukdom.[97] En undersökning genomförd av Socialstyrelsen (2018) kring allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom visar att kvinnor, personer med högskoleutbildning och personer med någon form av erfarenhet av psykisk sjukdom generellt är mer positiva till personer med psykisk sjukdom än befolkningen i övrigt. Analyser av utvecklingen i riket sedan den senaste genomförda befolkningsundersökningen 2014 visar att det inte finns några statistiskt signifikanta förändringar under perioden 2014–2017 gällande attityder och inställning till sociala kontakter med personer med psykisk sjukdom, däremot finns en viss försämring i allmänhetens kunskaper om psykisk ohälsa och sjukdom.[98]

För personer med psykisk sjukdom utgör stigma och diskriminering allvarliga hinder för full delaktighet i samhället så som t.ex. tillgång till boende och sysselsättning. Stigma och diskriminering påverkar även målgruppens benägenhet att söka och fullfölja behandling, habilitering, och rehabilitering. Personer med psykiatriska sjukdomar har inte bara högre ohälsa och dödlighet. De får också sämre somatisk vård, till exempel vid hjärtinfarkt, och inte tillgång till rekommenderade läkemedel i samma omfattning som andra patienter.[99]Fysisk och psykisk ohälsa är betydligt vanligare bland personer som har utsatts för allvarligt våld. Psykiska problem som sömnsvårigheter, ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom är mycket vanligare bland våldsutsatta kvinnor än bland andra. Vidare är exempelvis skadligt bruk av alkohol dubbelt så vanligt bland kvinnor och män som har varit utsatta för allvarligt sexuellt eller fysiskt våld som vuxen än bland dem som inte varit utsatta. Även risken för självskadebeteende och symtom på posttraumatisk stress ökar markant. Utöver stort mänskligt lidande leder våld i nära relationer till avsevärda kostnader för samhället. Barns utsatthet är också påtaglig.[100]

Det är angeläget att personer med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning görs delaktiga i den vård och de stödinsatser som erbjuds. Det gäller även när det kommer till anhöriga och närstående. Flera

[97] Socialstyrelsen (2018d), s. 7 ff.
[98] Socialstyrelsen (2018d), s. 7 ff.
[99] Diskrimineringsombudsmannen (2012), s. 14 ff.
[100] Nationella samordnaren mot våld i nära relationer (2014), s. 13 ff.

studier tyder på att den svenska hälso- och sjukvården ofta brister i att möta patienters individuella behov, värderingar och preferenser. I en undersökning bland patienter i elva länder var svenska patienter de som i minst utsträckning upplevde att vårdgivarna engagerar dem som medaktörer i sin egen vård och i beslut om behandling. Om inte patienter och brukare görs delaktiga i den egna vården och omsorgen kan det leda till sämre resultat och onödiga kostnader för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och samhället i stort.[101]

För att åstadkomma en mer jämlik hälsa bör åtgärder vidtas för att främja alla individers möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i det dagliga livet. Ett antal förslag inom andra målområden har bäring på människors möjligheter till kontroll, men här bör särskilt fokus läggas på olika insatser för att främja ett jämlikt demokratideltagande och deltagande i civilsamhället, stärka arbetet för de mänskliga rättigheterna och motverka våld, diskriminering och annan kränkande behandling.

Målområde 8: En jämlik och hälsofrämjande sjukvård

Hälso- och sjukvården har en särskild roll som direkt påverkar individers hälsa och överlevnad genom förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. Det är viktigt att dessa tjänster och insatser utförs jämlikt, jämställt och hälsofrämjande. Trots goda intentioner om en vård på lika villkor finns det för de flesta diagnoser omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat mellan olika sociala grupper.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har under de senaste åren genomfört flera kartläggningar av jämlikhet i vården. Av studierna framgår bl.a. att det finns omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande liksom skillnader i vårdens resultat som beror på dels geografiska skillnader, dels skillnader mellan befolkningsgrupper. När det kommer till personer med psykisk sjukdom konstateras att det faktum att patienter med psykisk sjukdom underbehandlas i den somatiska vården beror på otillräcklig kompetens i den somatiska vården om psykiskt sjuka patienters tillstånd, behov och förutsättningar. Det framkommer också att personalen inom den somatiska

[101] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2012), s. 11 ff.

vården har relativt begränsad kunskap om patienternas typiska psykiska symtom, besvär eller önskvärda behandlingsmetoder samt att den bristande kompetensen leder till att patienter med psykisk sjukdom riskerar att falla mellan stolarna, bli felremitterade och bli felbehandlade.[102]

Även om det psykiska välbefinnandet tenderar att öka genom livscykeln och fler personer i de äldre åldersgrupperna (65–84 år), jämfört med de yngre, uppger en god självskattad psykisk hälsa är äldres psykiska ohälsa en samhällsutmaning som behöver adresseras, inte minst mot bakgrund av att en allt större del av Sveriges befolkning utgörs av personer över 65 år. I en studie genomförd av Socialstyrelsen (2018) konstateras att situationen för äldre framstår som problematisk med hög förekomst av psykisk ohälsa, svårigheter beträffande upptäckt och diagnos, omfattande användning av läkemedel och ökad risk för biverkningar samt bristande tillgång till vård och behandling. Detta medför en ökad risk för lidande och ytterst självmord som följd.[103]

Hälso- och sjukvårdens organisering är avgörande för att skapa förutsättningar för en jämlik vård vad gäller både tillgång till vård och kvalitet i behandlande, främjande och förebyggande insatser. Organisering innefattar ledning och styrning men även uppdrag och uppföljning. Primärvården är i allmänhet den del av hälso- och sjukvården som har det formella ansvaret för att ge medicinsk och psykologisk behandling till de flesta svenskar som drabbas av psykisk ohälsa. Primärvården utmärks av att vara lätt tillgänglig och ett naturligt första steg in i sjukvården för en person som drabbas av ohälsa. Emellertid finns det utvecklingsbehov när det gäller att säkerställa primärvårdens kompetens för att ta emot och behandla barn, vuxna och äldre som drabbas av psykisk ohälsa. Var tredje person i ett väntrum på en vårdcentral lider av psykisk ohälsa, även om detta inte alltid är kontaktorsaken. Data från Stockholms läns landsting (2011) visar att bara 7 procent av de som besökt husläkare år 2011 fick en psykiatrisk diagnos samtidigt som totalt 20 procent fick hjälp för psykisk ohälsa, i första hand form av förskrivning av psykofarmaka. Bara en mindre andel erbjöds besök hos en profession med psykosocial kompetens som kurator, psykolog eller psykoterapeut.[104]

[102] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a), s. 80 ff.
[103] Socialstyrelsen (2018b), s. 11 ff.
[104] Läkartidningen, hämtad 2018-11-07.

Kompetensförsörjningen är också en nyckelfaktor i att förbättra hälso- och sjukvården och säkerställa en mer jämlik vård över landet och en ökad tillgänglighet. Detta gäller även när det kommer till den psykiatriska vården. Hälso- och sjukvården står inför stora förändringar, bl.a. genom den digitala och medicintekniska utvecklingen och vårdbehov som kompetensförsörjningen förväntas kunna möta förändras också kontinuerligt. Förändringstempot är högt och svårigheterna att planera för vilken kompetens som behövs i framtiden upplevs som allt större. För närvarande – och under en oöverskådlig framtid – kommer det att finnas utmaningar både när det gäller att utbilda, rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens men också när det gäller hur medarbetarnas tid och kompetens används. Tillgången på specialister i allmänmedicin och psykiatri bedöms minska fram till år 2025, liksom sjuksköterskor med specialisering i psykiatri.[105]

Inriktningen för ett arbete för en jämlik vård och en hälsofrämjande hälso- och sjukvård bör präglas av ett systematiskt jämlikhetsfokus och inriktas mot en förbättrad tillgänglighet för att motsvara olika behov. Vårdmöten bör vara hälsofrämjande och skapa förutsättningar för jämlika insatser och resultat. En förstärkning av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete fordras för att uppnå en god och jämlik hälsa.

2.6 En god psykisk hälsa – samspel mellan individ och samhälle

Samtidigt som människors hälsa och funktionsförmåga är en följd av deras livsvillkor är en god psykisk hälsa också en viktig förutsättning för att kunna göra det man vill i livet. Detta gäller bl.a. möjligheten att utbilda sig, arbeta och försörja sig, liksom att delta i samhällslivet i övrigt. Det finns således en ömsesidig påverkan mellan människors hälsa å ena sidan och hälsans bestämningsfaktorer, dvs. de samhälleliga förutsättningar som kan påverkas genom politiska beslut, å andra sidan. Dessa förutsättningar formas i ett samspel som sker över hela livet, från tidig barndom till ålderdom. För att kunna bidra till en positiv hälsoutveckling vad gäller den psykiska hälsan i Sverige behövs därför åtgärder som adresserar dessa ojämlika förutsättningar. Här spelar *individen* och dennes nätverk en betydelsefull roll men också

[105] Socialstyrelsen (2018e), s. 5 ff.

näringslivet, civilsamhället och arbetsgivarna. Samtidigt har *det offentliga* – stat, kommun och landsting – en avgörande betydelse för människors livsvillkor på flera sätt.

Det handlar dels om de mycket stora individuella och samhälleliga konsekvenserna av ohälsan, inte minst ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, dels om det målsättningsstadgande som framgår av svensk grundlag där det stadgas att det allmänna ska trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och goda förutsättningar för hälsa. Rätten till hälsa formuleras också i ett stort antal internationella konventioner som Sverige förbundit sig att följa. En god psykisk hälsa är också av stor betydelse för en hållbar samhällsutveckling. Det finns därför starka argument till varför samhället, och inte minst det allmänna, bör betrakta människors psykiska ohälsa som ett samhällsproblem som behöver uppmärksammas och som kan åtgärdas.

En central fråga blir därmed *hur* det allmänna – i föreliggande fall staten – kan bidra till att skapa förutsättningar för en god psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande i hela befolkningen. Det handlar, enligt utredningens mening, dels om att stärka människors egen förmåga och resurser t.ex. genom åtgärder som främjar utbildning och sysselsättning, dels om att vidta åtgärder för att påverka välfärdsstatens tjänster så att de möter medborgarnas behov. En avgörande faktor för att åstadkomma förbättringar i många olika samhällssektorer samtidigt är en effektiv och målinriktad styrning och uppföljning av det allmännas insatser i syfte att åstadkomma ändamålsenlighet, effektivitet och långsiktighet. Hur detta bör åstadkommas diskuteras vidare i kapitel 5.

2.6.1 Hälsan påverkas av en rad olika faktorer

Hälsan påverkas av en rad olika faktorer på olika nivåer runt om individen. Inom folkhälsoarbetet används begreppet hälsans bestämningsfaktorer för att ge en bild av dessa samband. Sedan år 2003 utgår den nationella folkhälsopolitiken från antagandet om att människors livsvillkor och levnadsvanor är bidragande orsaker till sjukdomar, skador och annan ohälsa. Folkhälsopolitiken har därmed inriktats mot att inom olika sektorer av samhället och med olika metoder påverka dessa orsaker och därmed förekomsten av ohälsa och ohälsans olika

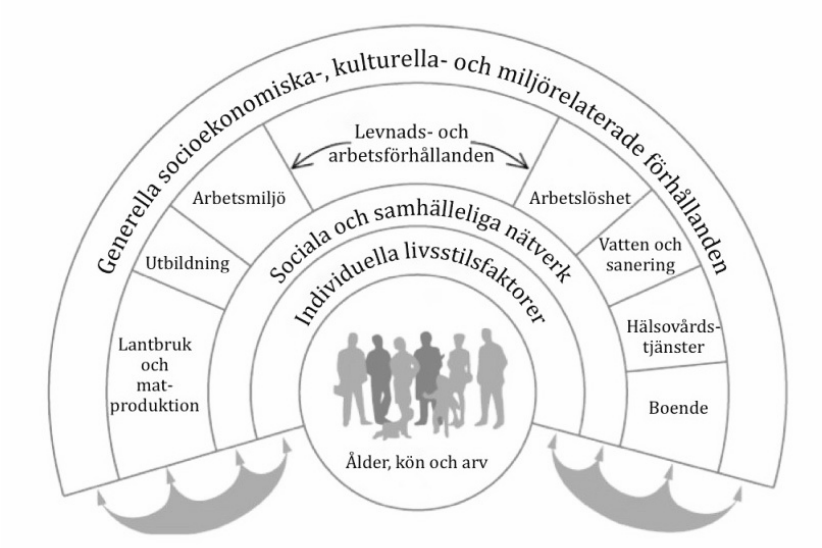
konsekvenser.[106] Detta ställningstagande – att en god hälsa baseras på en rad olika förhållanden som människor lever under och möter under livets gång – har kommit att bli viktigt, inte minst för att det förtydligar kopplingen mellan individens ansvar för den egna hälsan å ena sidan och samhällets ansvar för hälsoutvecklingen i befolkningen å andra sidan. Välfärdspolitiken utgör därmed ett viktigt verktyg i arbetet för en bättre och mer jämlik psykisk hälsa bl.a. genom riktade insatser till de människor och grupper som är mer resurssvaga och som är i störst behov av åtgärder (s.k. proportionell universalism).

Ett försök att gestalta kopplingen mellan samhällets ansvar och individens hälsa – samt hur skillnader i hälsa uppkommer – gjordes av Göran Dahlgren och Margaret Whitehead i början av 1990-talet. Genom den s.k. ”regnbågsmodellen” sökte Dahlgren och Whitehead illustrera kopplingen mellan människors hälsa och externa faktorer på olika nivåer som i princip är påverkbara. Av regnbågsmodellen framgår t.ex. att ålder, kön och arv – dvs. de individuella faktorerna – samspelar med resurser kopplade till a) individuella livsstilsfaktorer, b) till levnads- och arbetsförhållanden samt c) generella socioekonomiska-, kulturella och miljörelaterade förhållanden, se figur 2:2.

Modellen används systematiskt för att illustrera kopplingen mellan individuella och samhälleliga förutsättningar för hälsa och hälsoutfall. Den har emellertid kritiserats för att vara alltför generell och för att den inte tillräckligt betonar de faktorer som ligger utanför den enskildes handlingsutrymme.[107]

[106] Prop. 2017/18:249, s. 25 f.
[107] För jmf. se Kommissionen för jämlik hälsa (2016), s. 3 ff.

Figur 2.2 Dahlgren & Whiteheads regnbågsmodell

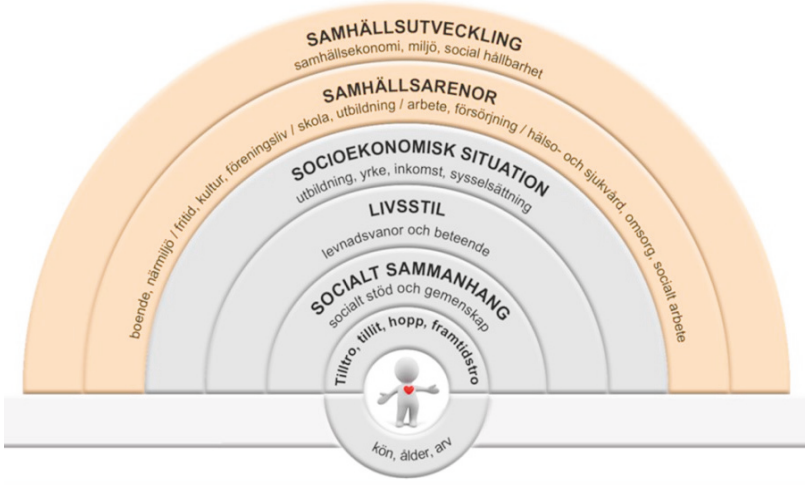


Källa och översättning: Kommissionen för jämlik hälsa (2016).

Flera olika ansatser har gjorts för att komplettera regnbågsmodellen och bättre anpassa den efter individens förutsättningar och resurser. En särskild styrka med den version som bl.a. framarbetades genom Östgötakommissionens arbete (2014) är att den kompletterar de individuella attribut som Dahlgren och Whitehead betonade i den ursprungliga modellen med faktorer som tillit och framtidstro, som troligtvis är av stor betydelse för den enskildes hälsa och välmående. Detta illustreras i figur 2.3 där de två yttre cirklarna markerar de samhälleliga förutsättningar som är avgörande för de individuella (inre cirklarna) bestämningsfaktorerna för hälsa. Samtidigt kvarstår att modellen inte illustrerar hur olika faktorer sammanhänger och samverkar, samt att frågan om hur ojämlikhet i hälsa uppkommer endast fångas indirekt.[108]

[108] För jmf. se Kommissionen för jämlik hälsa (2016), s. 33 ff.

Figur 2.3 Östgötakommissionens modell över de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsan



Källa: Östgötakommissionen (2014).

Figur 2.2 och figur 2.3 demonstrerar tydligt att många samhällssektorer är viktiga för att förbättra hälsan i befolkningen, såväl generellt som för att minska skillnader mellan olika grupper. Det rör sig bl.a. om åtgärder för att stärka de individuella förutsättningarna av betydelse för hälsan – t.ex. faktorer såsom tro och framtidshopp, gemenskap och socialt stöd, levnadsvanor samt socioekonomisk position – men också om mer strukturella förutsättningar som t.ex. en god samhällsekonomi, ett aktivt hållbarhetsarbete samt en tillgänglig hälso- och sjukvård.

2.6.2 Styrning med ett helhetsperspektiv

Det har i vissa sammanhang framhållits att de grundläggande antaganden som folkhälsopolitiken i allt väsentligt bygger på harmonierar dåligt med hälso- och sjukvårdens fokus att bota och lindra sjukdom. Omvänt kan det folkhälsopolitiska ramverket kritiseras för att vara alltför inriktat mot hälsans bestämningsfaktorer, dvs. de faktorer som kan påverkas genom politiska beslut, och mindre mot faktorer som individens biologiska förutsättningar för hälsa.

Utredningen ser emellertid ett behov av en övergång från sådana sektorsspecifika perspektiv i den statliga styrningen till förmån för ett helhetsperspektiv, ett *systemperspektiv*. Med ett systemperspektiv tydliggörs hur olika delar av den offentliga verksamheten hänger ihop och skapar en helhet. Om ett sådant perspektiv saknas i styrningen ökar risken att insatser och stöd bli ofullständigt, osammanhängande och kortsiktigt.[109] Samtidigt som specialisering och avgränsning av ansvarsområden ofta är nödvändiga, finns det således avigsidor med den sektorisering som skapas av dessa strukturer. Detta gäller inte minst för de medborgare som är i behov av, och påverkas av, insatser inom flera olika verksamhetsområden.

Utredningens ståndpunkt är att ett fortsatt arbete för att åstadkomma en ökad och mer jämlik psykisk hälsa behöver baseras på flera olika arbetssätt och utgå från flera olika perspektiv. Centralt i detta arbete är dock att det fordrar tvärsektoriella beslutsunderlag och styrning som överskrider sektorsgränser. När det gäller hälso- och sjukvårdens roll inom folkhälsopolitiken är det utredningens mening att de förväntningar som ställs på hälso- och sjukvården bl.a. mot bakgrund av förändringar i demografi, sjukdomsbild och krav på kostnadseffektivitet kommer att innebära ett ökat fokus på att se det behandlande, det sjukdomsförebyggande och det hälsofrämjande perspektivet som viktiga delar av en helhet. Vidare finns ett behov av att ytterligare tillämpa ett hälsoorienterat förhållningssätt som hjälper den som redan är sjuk att bibehålla och stärka sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande och att förstärka det friska hos individen. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser bör således vara en uppgift för hela hälso- och sjukvården och en självklar del i all behandling (jfr. 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)). På motsvarande sätt bör hälso- och sjukvårdens betydelse ytterligare lyftas fram i det folkhälsopolitiska arbetet. En tillgänglig hälso- och sjukvård av hög kvalitet är en central faktor för individens hälsa och det är av stor betydelse för individen att det finns god sjukvård för att förebygga, bota och lindra sjukdom. Detsamma gäller för sociala tjänster såsom t.ex. äldreomsorg och service till personer med funktionsnedsättning. Stora hälsovinster kan troligtvis göras genom medvetna förebyggande insatser tillsammans med åtgärder för att organisera vården efter patienters och medborgarnas behov.

[109] Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar (2018), s. 63 f.

3 Internationell utblick

3.1 Inledning

För att finna vägar som långsiktigt kan främja den psykiska hälsan och motverka psykisk ohälsa har utredningen ansett det vara av stor betydelse att studera förhållanden i andra jämförbara länder. Utredningen har bl.a. haft omfattande kontakter med representanter från de anglosaxiska länderna genom Sveriges medlemskap i det internationella nätverket International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL). Utredningen har även genomfört en genomlysning av internationella erfarenheter inom området psykisk hälsa/ohälsa. I det följande beskrivs resultaten av genomlysningen med fokus på genomgripande reformer och policyutveckling i Australien, Finland, Kanada och på Nya Zeeland. Dessa länder har valts ut mot bakgrund av att de av utredningen ansetts vara av särskilt intresse ur ett svenskt – och ur ett internationellt – perspektiv. Syftet med genomlysningen är att belysa likheter och skillnader mellan länderna, sätta de svenska förhållandena i ett kontextuellt sammanhang och ta tillvara de erfarenheter som finns internationellt. Mot bakgrund av utredningens övergripande uppdrag ligger fokus i genomlysningen på internationella erfarenheter av organisering och styrning av politikområdet psykisk hälsa/ohälsa på nationell nivå.

3.2 Australien

3.2.1 Hälso- och sjukvårdens organisation

Federal stat med ett offentligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem

Det australiensiska hälso- och sjukvårdssystemet är ett i huvudsak offentligt finansierat system som utgår från tre övergripande politiska och administrativa nivåer: den nationella, den regionala och den kommunala nivån. Landet har en federal struktur som förutom den nationella, övergripande nivån, består av sex delstater och två territorier samt cirka 850 kommuner (s.k. local governments) som inom sina respektive ansvarsområden är självstyrande.[1] Till följd av landets federala struktur är hälso- och sjukvårdssystemet fragmenterat och innefattar en ansvarsfördelning som inbegriper alla de tre politiska och administrativa nivåerna. Medan den nationella nivån ansvarar för bl.a. reglering, primärvård och viss finansiering av hälso- och sjukvårdstjänster genom skattetransaktioner är det i huvudsak delstaterna och territorierna som, genom avtal med såväl privata som offentliga vårdgivare, administrerar och förvaltar merparten av den vård och omsorg som erbjuds medborgarna. Delstaterna och territorierna ansvarar bl.a. för den huvudsakliga finansieringen och tillhandahållande av tjänster vad gäller offentliga akutsjukhus, psykiatriska sjukvårdsinrättningar, skolhälsovård, barnhälsovård samt förebyggande arbete och preventionsarbete genom bl.a. hälsofrämjande insatser.[2] Då delstaterna och territorierna i huvudsak är autonoma såvitt gäller förvaltningen av hälso- och sjukvårdstjänsterna är variationen dem emellan stor vad gäller t.ex. politisk inriktning, lagstiftning, administrativa strukturer, utgifter per capita, resursfördelning och serviceutnyttjandegrader.[3]

Det federala systemets inneboende karaktär, och uppdelningen mellan skattemässiga och exekutiva ansvarsområden på olika mellanstatliga nivåer, innebär kontinuerliga förhandlingar mellan ett stort antal aktörer vad gäller frågor om finansiering och ansvar. Befogenhetsfördelningen innebär vidare att statens förmåga att planera eller reglera olika typer av initiativ är begränsad. Den australiensiska

[1] Healy J, Sharman E, Lokuge B. (2006), s. 25 ff.
[2] Healy J, Sharman E, Lokuge B. (2006), s. 31 f.
[3] Healy J, Sharman E, Lokuge B. (2006), s. 32.

regeringen har emellertid en nationell roll i hälso- och sjukvårdspolitiken genom bl.a. finansiering och nationsövergripande initiativ inom områden som är gemensamma för staterna och territorierna eller där brister eller utvecklingsmöjligheter har identifierats – ett sådant område är psykisk hälsa.

3.2.2 Nationell styrning av psykisk hälsa-politiken

Tidiga nationella strategier och handlingsplaner inom området psykisk hälsa

Under de senaste decennierna har den australiensiska regeringen lanserat flera nationella initiativ i syfte att förbättra insatserna inom området psykisk hälsa. Fram till och med 1991 var psykisk hälsa-området emellertid enbart ett ansvar för delstater och territorier som genom lagstiftning och utvecklingsinitiativ på regional nivå ansvarade för merparten av vården och för personer med psykisk ohälsa.[4] Den nationella styrningen inom området tog sin början 1991 då den australiensiska regeringen och delstater och territorier ingick en avsiktsförklaring kring rättigheter för personer med psykisk ohälsa (Mental health statement of rights and responsibilities). Därmed lades grunden för ett långsiktigt och övergripande ramverk för den politiska styrningen inom området. Bakgrunden till avsiktsförklaringen var bl.a. de resultat som framkommit i en parlamentariskt tillsatt utredning om insatserna till personer med psykisk ohälsa där det framgick att psykisk-hälsa området var eftersatt och att mycket arbete kvarstod för att Australien skulle kunna leva upp till Förenta Nationernas (FN:s) principer om skydd för personer med psykisk sjukdom.[5]

1991 års avsiktsförklaring följdes av en nationell strategi och en femårig handlingsplan (1993–1998) mellan den nationella nivån och stater och territorier kring insatser till personer med psykisk ohälsa. Den nationella strategin och tillhörande handlingsplan fokuserade på strukturella förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet och pekade ut tolv policyområden som stod i centrum för reformen, däribland patienträttigheter, adekvata system och tjänster på rätt nivå,

[4] OECD (2015), s. 38.
[5] Human Rights and Equal Opportunity Commission (1993), s. 908.

främjande och förebyggande arbete, primärvårdstjänster, nationella standarder samt utvärdering och ansvarsskyldighet och definierade specifika målsättningar och stöd för implementering.[6] Genom strategin åtog sig de federala regeringarna att vidta åtgärder inom sina respektive jurisdiktioner och att prioritera de områden som identifierats från nationell nivå. Till strategin och handlingsplanen knöts en finansieringsöverenskommelse under den s.k. Medicare Agreements Act (1993–1998) som innebar att delstater/territorier tilldelades medel av den nationella regeringen om de uppnått de krav och mål som stadgats i strategin och i handlingsplanen.[7]

Sedan den första strategin och handlingsplanen samt den avsiktsförklaring som ingicks 1991 har överenskommelser och uppdaterade handlingsplaner mellan den nationella nivån och stater och territorier presenterats löpande. I följande handlingsplaner 1998–2003, 2003–2008 och 2009–2014 har det arbete som påbörjats genom den första handlingsplanen fortsatt samtidigt som fokus har breddats till att också innefatta ett folkhälsoperspektiv med en tydlig inriktning mot tvärsektoriellt arbete, förebyggande- och främjande insatser samt tidiga interventioner.[8]

Sedan 2008 utgår den nationella strategin och handlingsplanerna från ett tvärsektoriellt policyarbete för psykisk hälsa (a whole of government approach). Arbetet bygger på den överenskommelse som fattades 2008 mellan de australiensiska hälsovårdsministrarna inom ramen för det Australiensiska rådet (*Council of Australian Governments* [COAG]), ett samarbetsforum där den nationella regeringen samt regeringarna inom delstater och territorier träffas och beslutar om gemensamma frågor. En central del av strategin är utgångspunkten att psykisk hälsa påverkas av flera faktorer utanför hälso- och sjukvårdssystemet och att det därmed är nödvändigt att planeringen och utformningen av insatser för psykisk hälsa genomsyras av ett tvärsektoriellt perspektiv som kräver samordning mellan olika delar av den statliga och de regionala styrstrukturerna.[9] Vid sidan av strategin har flera avsiktsförklaringar och satsningar på psykisk hälsa genomförts inom ramen för COAG, bl.a. National Partnership

[6] National Mental Health Strategy Evaluation Steering Committee for the Australian Health Ministers Advisory Council (1997), s. 3.
[7] Department of Health and Ageing (2010), s. 14.
[8] Department of Health and Ageing (2010), s. 12.
[9] Department of Health and Ageing (2010), s 15 f.

Agreement (2012), där fokus har legat på stabila vård- och boendeformer för personer med allvarlig psykisk sjukdom. COAG har också antagit en vision för arbetet med psykisk hälsa, The Roadmap for National Mental Health Reform,) som anger en övergripande inriktning för styrningen av psykisk hälsa-politiken under åren 2012–2022.[10]

Den 4 augusti 2017 antog COAG den femte nationella handlingsplanen för psykisk hälsa och suicidprevention och en plan för dess implementering. Handlingsplanen utformades mot bakgrund av de rekommendationer som framlagts i 2014 års nationella granskning av insatser och tjänster inom området psykisk hälsa där flera strukturella brister identifierats.[11] Handlingsplanen etablerar ett ramverk för gemensamma aktiviteter inom området under perioden 2017–2022 och utgår från åtta prioriterade områden, däribland ändamålsenliga suicidpreventiva insatser, somatisk ohälsa bland personer med psykisk sjukdom, säkerhet och kvalitet samt minskat stigma och minskad diskriminering mot personer med psykisk ohälsa.[12] Handlingsplanen har ett tydligt fokus på de områden där det krävs nationell koordinering och ett gemensamt ansvar och signalerar ett nytt tillvägagångssätt för arbetet med insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention med inriktning på personcentrerad vård, regionalisering, tidiga insatser, digitalisering och nationellt ledarskap.[13]

Utvärderingar av strategier och handlingsplaner inom området psykisk hälsa

Den nationella strategin och tillhörande handlingsplaner har utvärderats i flera steg sedan 1993. Det har dock inte genomförts någon sammantagen utvärdering av de nationella satsningarna sedan 2009. I den fjärde handlingsplanen konstateras emellertid att det nationella policyarbetet, genom strategier och handlingsplaner, har varit avgörande för att skapa ett starkt politiskt ramverk på såväl nationell-, som regional-, och lokal nivå såvitt gäller frågor kring psykisk hälsa. Den nationella regeringen har genom strategin och handlingsplanerna kunnat peka ut en gemensam riktning för arbetet vilket bl.a. har

[10] Department of Health and Ageing (2010), s. 15 f.
[11] National Mental Health Commission (2014), s. 13 ff.
[12] Commonwealth of Australia (2017), s. 1 ff.
[13] National Mental Health Commission (2017), s. 13 f.

inneburit att frågan har kommit att bli en prioritering inom ramen för styrningen på samtliga politiska nivåer. Som en följd av policyarbetet har alla federala regeringar utvecklat ett tydligt politiskt ledarskap inom området, genom tillsättandet av ministrar med särskilt ansvar för reformen, och utformat regionala strategier och handlingsplaner som harmonierar med den nationella visionen.[14] I rapporten konstateras också att de nationellt initierade reformerna och de medel som varit knuta till initiativen i handlingsplanerna tycks ha varit av avgörande betydelse för att åstadkomma förändring och uppmuntra innovation och utveckling. Som följd av det nationella policyarbetet har antalet yrkesverksamma som arbetar med frågor som rör psykisk hälsa och ohälsa ökat kraftigt på nationell nivå och inom delstater och territorier sedan strategins tillkomst samtidigt som allt fler tjänster inom vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa sker i psykiatrisk öppenvårdsverksamhet. Det framgår vidare att de nationella och de federala investeringarna i psykisk hälsa-sektorn har ökat markant över tid och att de förändringar som har gjorts i det allmänna sjukförsäkringssystemet har medfört att primärvården numera har möjlighet att möta personer med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Vidare har fokus på vårdens säkerhet, kvalitet och resultat förbättrats samtidigt som sektorsövergripande initiativ och partnerskap har blivit allt fler. Dock framhålls att Australien fortfarande står inför stora utmaningar. Förekomsten av psykisk ohälsa ökar samtidigt som det förebyggande och främjande arbetet behöver utvecklas ytterligare och skillnaderna i tjänsteutbud och reformtakt mellan olika jurisdiktioner är fortfarande stora. Australien har stora utmaningar med att rekrytera och behålla lämplig arbetskraft samtidigt som patienter och brukares rättigheter behöver stärkas ytterligare.[15]

[14] Commonwealth of Australia (2014), s. 19 f.
[15] Commonwealth of Australia (2014), s. 19 f.

3.2.3 Statens roll i styrningen av psykisk hälsa-politiken

Nationellt policyarbete och statligt finansiellt stöd

Som inledningsvis nämnts ansvarar stater och territorier för merparten av insatserna till personer med, eller som riskerar att drabbas av, psykisk ohälsa. Den nationella regeringen har emellertid en roll såvitt gäller styrningen av psykisk hälsa-politiken, bl.a. genom finansiering av insatser och genom övergripande policyarbete. En central uppgift för den nationella regeringen är bl.a. att styra och leda de reformer som har beslutats inom ramen för den nationella psykisk hälsa-strategin och tillhörande handlingsplaner. Den australiensiska regeringen övervakar också reformprocessen och sprider information om resultaten i syfte att stödja stater och territorier i att uppnå de nationella målen. Vid sidan av detta finansierar den australiensiska regeringen ett flertal tjänster som berör personer med psykisk ohälsa inom ramen för bl.a. det allmänna socialförsäkringssystemet och genom olika typer av samhällsstödjande program vad gäller t.ex. boende och sysselsättning.[16] Den nationella regeringen har också initierat särskilda nationsövergripande satsningar inom områden där man har konstaterat att det finns brister såsom t.ex. *Better Access* som har till syfte att öka tillgängligheten till psykiatriker, psykologer och allmänläkare i den offentligt drivna primärvården. Ett annat exempel är organisationen *headspace* vars uppgift är främja unga människors välbefinnande och erbjuda tidiga insatser för personer mellan 12–25 år med bl.a. psykisk ohälsa. Den nationella regeringen medfinansierar också ett antal institut t.ex. *Black Dog Institute* och *beyondblue* som har i uppdrag att informera, öka kunskapen och bedriva forskning kring affektiva syndrom respektive ångest- och depressionssjukdomar.

Nationell kommission för psykisk hälsa

I Australien finns en nationell kommission för psykisk hälsa – National Mental Health Commission (NMHC). Kommissionen bildades mot bakgrund av krav från bl.a. intresseorganisationer som under lång tid förespråkat bildandet av en nationell funktion med

[16] Department of Health and Ageing (2010), s. 14.

uppdrag att stärka arbetet inom området psykisk hälsa och genomföra oberoende granskningar av utvecklingen såväl nationellt som regionalt. Kommissionen bildades den 1 januari 2012 som en del av den nationella regeringens reformsatsningar i 2011–2012 års budget och utformades som en oberoende och självständig myndighet med huvudsakligt uppdrag att bl.a. ansvara för uppföljning genom årliga rapporter av utvecklingen inom området, rådgivning och att engagera intressenter på olika nivåer. Kommissionens uppgifter utvidgades under 2015, som en följd av 2014 års nationella granskning av insatser och tjänster inom området psykisk hälsa där flera strukturella brister identifierades. Sedan 2015 har kommissionen, vid sidan av sitt ursprungsuppdrag, även i uppgift att vara huvudsakligt ansvarig för att utvärdera och stödja olika intressenter såvitt gäller implementeringen av den femte handlingsplanen för psykisk hälsa och suicidprevention, att stödja samarbete mellan forskning, politik och praktik, att identifiera områden där tvärsektoriella och sektorsövergripande initiativ krävs samt att vara en rådgivande funktion i det Australiensiska rådet för suicidprevention,the Australian Suicide Prevention Advisory Council.[17]

Under 2017 presenterades en utvärdering av den nationella kommissionens uppgifter och resultat som genomfördes på uppdrag av det australiensiska hälsodepartementet. I utvärderingen konstateras att kommissionen har en viktig roll såvitt gäller att driva utveckling inom området men att kommissionen, mot bakgrund av sitt stora och komplexa uppdrag, behöver genomföra vissa förändringar i nuvarande organisationsform och det sätt på vilket man närmar sig sina uppgifter. I utvärderingen rekommenderas bl.a. att kommissionen bör tillföras ytterligare ekonomiska och personella resurser samt att kommissionen bör lägga ytterligare tonvikt på att stärka relationerna och samarbetet mellan de federala enheterna, den nationella regeringen och privata och offentliga serviceleverantörer.[18] Vid sidan av den nationella kommissionen finns också kommissioner för psykisk hälsa på delstats-/territorienivå. Dessa kommissioner är tillsatta av de federala regeringarna och har i regel ett individinriktat uppdrag eller ett mer systeminriktat uppdrag. Kommissionerna i Australien

[17] Australian Government, Department of Health (2017), s. 2 ff.
[18] Australian Government, Department of Health (2017), s. 2 ff.

är emellertid inte organisatoriskt sammanbundna och har inga formella gränssnitt. De har dock initialt träffats regelbundet både vi stora årliga konferenser och särskilda möten, men att kontakterna dem emellan tycks ha minskat över tid.[19]

3.3 Finland

3.3.1 Hälso- och sjukvårdens organisation

Från kommunal hälso- och sjukvård med statligt stöd till en organisation med stöd i landskapen

Enligt Finlands grundlag (11.6.1999/731) ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa (2 kap. 19 §). Social- och hälsovårdssystemet bygger på den kommunala social- och hälsovården som tillhandahålls med statens stöd. Staten har bl.a. i uppgift att ange riktlinjerna för social- och hälsopolitiken, bidra med viss finansiering för hälso- och sjukvårdstjänster samt utforma lagstiftning inom området medan ansvaret för att tillhandahålla tjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården ligger hos kommuner och samkommuner.[20] I lagstiftningen anges vilka centrala tjänster inom socialvård, folkhälsoarbete och specialiserad sjukvård som kommunerna är skyldiga att tillhandahålla. Detta innefattar bl.a. förebyggande hälsoarbete, primärvård och specialiserad hälso- och sjukvård. Såvitt gäller den specialiserade hälso- och sjukvården är det sjukvårdsdistrikten, som har inrättats av kommunerna, som ansvarar för organiseringen av den specialiserade sjukvården inom sitt område. Sjukvårdsdistrikten tillhandahåller de tjänster inom den specialiserade sjukvården som det inte är ändamålsenligt att producera inom primärvården. De svarar också för styrningen och kvalitetskontrollen av laboratorie- och avbildningstjänster, medicinsk rehabilitering och andra specialtjänster som produceras av den kommunala hälso- och sjukvården, för forsknings-, utvecklings- och utbildningsverksamheten inom sitt område samt för samordningen av den kommunala hälso- och sjukvårdens datasystem. Sjukvårdsdistrikten hör till något av de fem specialupptagningsområden som bildats kring universitetscentralsjukhusen,

[19] Sveriges Kommuner och Landsting (2015), s. 16.
[20] Social- och hälsovårdsministeriet (2013), s. 10–11.

dvs. de s.k. miljondistrikten. I dessa samordnas produktionen av tjänster inom den specialiserade sjukvården, datasystemen, den medicinska rehabiliteringen och upphandlingen.[21]

Den 2 mars 2017 lämnade den finländska regeringen en proposition till riksdagen där det föreslås att det stiftas en landskapslag, en lag om ordnande av social- och hälsovård samt en lag om införande av dessa lagar. I propositionen ingår dessutom förslag till lagar om finansieringen av landskapen, landskapsindelningen, statsandelen för kommunal basservice, beskattning, personalens ställning och val samt lagar om ändring av vissa allmänna förvaltningslagar. Genom de lagar som ingår i förslaget skulle inrättas 18 landskap i Fastlandsfinland från och med den 1 juli 2017 samt en överföring av ansvaret för att ordna social- och hälsovård från kommunerna till landskapen från och med den 1 januari 2019.[22] Genom reformen överförs således den social- och hälsovård som för närvarande tillhandahålls av uppemot 200 olika kommunala organisationer till landskapen. Syftet med reformen är att modernisera tjänsterna och göra de offentliga finanserna mer hållbara. Genom reformen skapas förutsättningar för Finlands framtida social- och hälsovårdsmodell där alla offentliga social- och hälsotjänster samlas under samma ledning, dvs. under landskapet. Förslagen innebär bl.a. att Finlands offentliga förvaltningsstruktur fortsättningsvis kommer att bestå av tre politiska och administrativa nivåer: 1) kommunen, som ansvarar för lokala uppgifter samt för främjande av befolkningens hälsa och välfärd, 2) landskapet, som ansvarar för att social- och hälsotjänster ordnas och för andra regionala uppgifter samt 3) staten, som ansvarar för riksomfattande uppgifter samt tryggar de grundläggande fri- och rättigheterna, rättsstaten och den allmänna säkerheten.[23]

[21] Social- och hälsovårdsministeriet (2013), s. 12.
[22] Social- och hälsovårdsministeriet, Finansministeriet (2017), s. 1 f.
[23] Social- och hälsovårdsministeriet, Finansministeriet (2017), s. 3 f.

3.3.2 Nationell styrning av psykisk hälsa-politiken

Nationell plan för utveckling av arbetet för psykisk hälsa och missbruksarbete 2009–2015

Våren 2005 emottog det finska Social- och hälsovårdsministeriet en åtgärdsmotion, framlagd av 106 finska riksdagsledamöter, av vilken det framgick en begäran om att utarbeta ett nationellt program för psykisk hälsa och missbruksarbete. Mot bakgrund av begäran åtog sig Social- och hälsovårdsministeriet att tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att utarbeta en plan för psykisk hälsa och missbruksarbete under åren 2009–2015, att ge förslag på initiativ för att åstadkomma en mer utbredd användning av god praxis inom social- och hälsovården samt att lämna förslag på utveckling av nationella styrmedel.[24] Genom den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete, som presenterades av arbetsgruppen under 2008, lades för första gången grunden för en landsomfattande och långsiktig inriktning för arbetet med att utveckla tjänsterna inom psykisk hälsa respektive missbruksområdet. Aktiviteterna i handlingsplanen riktade sig såväl till nationella- och kommunala beslutsfattare som till service-producenter och utgick från ett tydligt folkhälsoperspektiv där såväl psykiska problem som missbruk antas ha en betydande påverkan på folkhälsan. Inom ramen för åtgärdsplanen presenterades 18 gemensamma riksomfattande riktlinjer för arbetet inom mental- och missbrukarvården, med beaktande av pågående kommun- och servicestrukturreformer och det lagstiftningsförslag (den s.k. SOTE-reformen) som bl.a. föreslår att social- och hälsovården bildar större helheter med utgångspunkt i landskapen (se avsnitt 3.3.1). Rekommendationerna utgick från fyra principer i utvecklingen av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk: (1) stärkande av klientens ställning, (2) satsning på förebyggande och främjande arbete, (3) integrering av tjänsterna i funktionella helheter och iakttagande av olika åldersgruppers behov samt (4) effektivisering av styrmedel. I de centrala målsättningarna i planen ligger tonvikten på att stärka det förebyggande och främjande arbetet, att allokera resurser från den slutna psykiatriska vården till öppenvården, att förbättra patientens/klientens ställning samt att intensifiera det strategiska arbetet på kommunal respektive nationell nivå.[25]

[24] Social-och hälsovårdsministeriet (2009), s. 3.
[25] Social-och hälsovårdsministeriet (2009), s. 17 ff.

Till stöd för handlingsplanens implementering knöts en styrgrupp inom Social- och hälsovårdsministeriet. Styrgruppen hade i uppgift att stödja genomförandet av planen för främjande av psykisk hälsa och alkohol- och drogarbete inom olika samhällssektorer. Den hade dessutom i uppgift att bedöma hur genomförandet framskrider, styra genomförandet samt främja utvecklandet av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk i bred utsträckning inom samhällspolitikens olika områden. Vidare stödde Institutet för hälsa och välfärd (THL) planens verkställande genom framtagande av informationsmaterial, kommunkonsultationer och utvärdering av utvecklingsprojekt inom ramen för handlingsplanen.[26] Till planen knöts ingen öronmärkt finansiering utan kommunernas utvecklingsprojekt finansierades i stället genom social- och hälsovårdens allmänna utvecklingsprogram det s.k. Kaste (Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaohjelma). I Kaste-programmet innefattas områdesvisa statsfinansierade utvecklingsprogram och projekt vars utgångspunkt är att bygga upp verksamhetsmodeller inom social- och hälsovården som motsvarar utvecklingsprogrammets målsättningar. Under perioden 2008–2011 respektive 2009–2015 pågick omfattande projekt för att utveckla psykisk hälsa och missbruk, i alla de 5 projektområden som omfattades av Kaste, vilka harmonierade med målsättningarna i den nationella handlingsplanen. Vidare inkluderades vissa Kaste-projekt för barn och ungdomar i den generella utvecklingen av arbetet för psykisk hälsa och missbruk.[27] Totalt fördelades cirka 22,9 miljoner Euro för projektens genomförande under perioden 2008–2015.

Utvärderingar av den nationella handlingsplanen för utveckling av arbetet för psykisk hälsa och missbruksarbete 2009–2015

Den nationella handlingsplanen för utveckling av arbetet för psykisk hälsa och missbruksarbete har utvärderats i flera steg under perioden 2009–2015. I den slututvärdering som presenterades under 2016 av den nationella styrgrupp som knöts till stöd för handlingsplanens implementering konstateras att majoriteten av de förslag och rekommendationer som presenterats i handlingsplanen har utvecklats i rätt riktning. En positiv utveckling konstateras i synnerhet vad gäller att

[26] Social- och hälsovårdsministeriet (2016a), s. 9 ff.
[27] Social- och hälsovårdsministeriet (2016a), s. 11.

öka medvetenheten om behoven av att stärka klientens ställning, utföra främjande och förebyggande arbete och att utveckla servicesystemet. Av utvärderingen framgår bl.a. att handlingsplanen har bidragit till att stärka brukarinflytandet i verksamheterna, medfört att antalet vårdtillfällen i den psykiatriska tvångsvården har minskat, lett till att strategier för arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk har införlivats i kommunernas mer allmänna strategier för folkhälsa och hälso- och sjukvård samt resulterat i en stärkt företagshälsovård. Emellertid konstateras också att alla de förslag som lämnades i handlingsplanen inte uppnåddes under tidsperioden vilket bl.a. hänförs till en prekär statsfinansiell situation, att planen sammanföll med mer omfattande strukturella reformer av hälso- och sjukvårdssektorn som tog tid och resurser i anspråk samt att samordningen och genomförandet av handlingsplanen varit bristfällig.[28] Sammantaget konstateras i utvärderingen att den nationella handlingsplanen har legat väl i linje med den allmänna nationella och internationella utvecklingen vilket underlättat dess genomslag och bidragit till att förstärka arbetet inom psykisk hälsa och missbruksarbete. Dock kan planens effektivitet kan ha försvagats genom åtgärdsförslagens allmänna karaktär och att måluppfyllelsen har varit svår, och i vissa fall inte möjlig, att mäta. För att kunna utvärdera handlingsplanen skulle målen varit tydliga, mätbara och följts upp kontinuerligt.[29]

I slutvärderingen, som överlämnades till Social- och hälsovårdsministeriet under 2016, lämnas ett antal rekommendationer för det fortsatta arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk. Styrgruppen föreslår att arbetet ska utgå från fyra prioriterade områden fram till och med 2020: 1) stärkande av klientens ställning, 2) arbete som främjar psykisk hälsa och alkohol- och drogfrihet samt förebygger problem, 3) organiseringen av mental- och missbrukarvården samt 4) utveckling av styrmedel. Bl.a. föreslås att klientens ställning ska stärkas med hjälp av mångsidigare tjänster och ökad valfrihet samt genom införande av åtgärder som stöder rehabilitering och sysselsättning. Vidare ska det främjande och förebyggande arbetet, liksom arbetet med att förebygga självmord, intensifieras och genomföras inom olika förvaltningsområden. Inom basservicen ska arbetet för att ta verkningsfulla metoder i bruk fortsätta och i organiseringen av tjänsterna ska de särskilda behov som personer med psykisk ohälsa

[28] Social- och hälsovårdsministeriet (2016a), s. 15 ff.
[29] Social- och hälsovårdsministeriet (2016a), s. 45 f.

eller missbruk har beaktas. Vidare ska kunskapsbasen förbättras och samarbetet mellan kommuner och landskap förstärkas.[30] Såvitt framkommit har styrgruppens rekommendationer ännu inte resulterat i något initiativtagande från Social- och hälsovårdsministeriet såvitt gäller utvecklingen av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk fram till år 2020.

3.3.3 Statens roll i styrningen av psykisk hälsa-politiken

Regelstyrning, programstyrning och finansiering av hälso- och sjukvården genom statsandelssystemet

Den finska förvaltningsmodellen präglas, likt den svenska, av ett starkt kommunalt självstyre där kommunerna, fram till och med den 1 januari 2019, är de huvudsakligt ansvariga för planeringen, organisationen och utförandet av tjänster inom hälso- och sjukvården. Det är en central uppgift för den nationella regeringen att fastslå riktlinjerna för hur tjänsterna ska utvecklas, bereda lagstiftning och koordinera verkställandet av reformer samt att, genom regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira), övervaka kvaliteten på de tjänster som erbjuds medborgarna. Under de senaste decennierna har den nationella regeringen, vid sidan av framtagandet av den nationella åtgärdsplanen för psykisk hälsa och missbruksarbete (2009–2015) koordinerat ett flertal stora nationella program som direkt eller indirekt har berört frågor kring psykisk hälsa-områdets och missbruksvårdens utveckling. Utgångspunkten för de nationella programmen har varit de internationella överenskommelser som ratificerats av Finland inom ramen för medlemskapet i Europeiska Unionen (EU) och World Health Organisation (WHO). Inom statsförvaltningen har även ett antal utvecklingsprogram för hela social- och hälsovården utformats, det s.k. Kaste-programmet, vars utgångspunkt är att bygga upp verksamhetsmodeller inom social- och hälsovården som motsvarar utvecklingsprogrammets målsättningar (se avsnitt 3.3.2). Under perioden 2017–2018 finansieras vidare ett antal regionala projekt inom området välfärd och hälsa genom statsunderstöd. Projekten syftar till att medverka till sundare levnadsvanor, en bättre psykisk hälsa och större delaktighet bland de befolkningsgrupper som har

[30] Social- och hälsovårdsministeriet (2016a), s. 30 f.

det sämst ställt och är en del av den finska regeringens övergripande handlingsplan för 2017–2019.[31] För närvarande pågår också en översyn av den finska mentalvårdslagen respektive lagen om missbruksvård inom ramen för Social- och hälsovårdsministeriets arbete. Målet med den aktuella lagstiftningsreformen är att bereda förslag till bestämmelser om vård oberoende av patientens vilja som uppfyller villkoren i Finlands grundlag och i internationella människorättskonventioner samt att minska antalet åtgärder som utförs med tvång och stärka patientens självbestämmande.[32]

3.4 Kanada

3.4.1 Hälso- och sjukvårdens organisation

Federation med en offentligt finansierad hälso- och sjukvård och en stark decentralisering

Kanada är en konstitutionell federation som förutom den federala regeringen består av tio provinser och tre territorier. Hälso- och sjukvårdssystemet liknar i allt väsentligt de system som finns i Sverige och i de övriga nordiska länderna – hälso- och sjukvården är i huvudsak offentligt finansierad och en stark decentralisering präglar dess styrning, administration och tjänsteutförande.[33] Hälso- och sjukvårdssystemet bygger på det provinsiella och territoriella självstyret inom vilket provinser och territorier ansvarar för administration, planering och tjänsteutförande av de hälso- och sjukvårdstjänster som ingår i det universella försäkringssystemet, bl.a. nödvändig sjukhusvård, diagnostik och besök hos läkare. Provinser och territorier ansvarar vidare för subvention eller tillhandahållande av vissa hälso- och sjukvårdsprodukter, långtidsvård och hemvård. Den federala regeringen planerar och reglerar i sin tur bl.a. vård till ursprungsbefolkningarna, läkemedelskontroll, smittskydd och administrationen av hälso- och sjukvårdstjänster till stödberättigade grupper. Den federala regeringen har vidare ett ansvar för viss finansiering av forskning, nationell statistik och hälsodata samt innehar ansvaret för den nationella folkhälsopolitiken.[34] Såvitt gäller hälso- och sjukvården har de provinsiella

[31] Statsrådets kansli (2017), s. 1 ff.
[32] Social- och hälsovårdsministeriet (2016b), s. 1 ff.
[33] Marchildon (2013), s. 19 f.
[34] Marchildon (2013), s. 19 f.

regeringarna, suveränitet och beslutar var och en om de författningar och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. Detta leder i sin tur till stora regionala skillnader inom landet. Precis som i Australien, som också är en stat med en federal konstruktion, innebär uppdelningen av aktörer med finansiellt ansvar respektive exekutivt ansvar på olika mellanstatliga nivåer att det finns begränsade möjligheter för t.ex. den federala regeringen att enskilt planera och reglera initiativ inom olika områden. Den långtgående decentraliseringen till trots har den federala regeringen emellertid vissa styrningsmöjligheter såvitt gäller hälso- och sjukvården genom den federala lagstiftningen Canada Health Act. Canada Health Act anger med fem principer inriktningen på den vård som ska erbjudas medborgarna samtidigt som principerna även utgör de krav och mål som provinser och territorier måste uppfylla för att få ta del av den nationella regeringens finansiella stöd. Principerna anger att 1) vårdgivarna står under offentlig planering och tillsyn (Public administration), 2) att hälso- och sjukvården omfattar alla medborgare (Universiality), 3) att rätten till hälso- och sjukvård gäller i hela landet (Portability), 4) att vårdåtagandet täcker den vård som ges av läkare eller på sjukhus (Comprehensiveness), 5) att vården ska vara tillgänglig för alla medborgare (Accessibility).[35]

3.4.2 Nationell styrning av psykisk hälsa-politiken

Nationell strategi inom området psykisk hälsa sedan 2012

Under 2006 presenterade den Stående Senatskommittén för sociala frågor, vetenskap och teknik, Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, en uppmärksammad rapport om utvecklingen inom området psykisk hälsa: Out of the Shadows at last – Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada. I rapporten, som redovisade ett stort antal iakttagelser av insatserna till personer med psykisk ohälsa eller sjukdom ur ett patientperspektiv, konstaterades att vård- och stödtjänsterna var fragmenterade och skiljde sig stort inom och mellan olika delar av landet samt att många patienter inte fick tillgång till lämplig vård och behandling. I rapporten konstaterades vidare att Kanada, vid tillfället för rapportens sammanställande, låg långt bakom övriga G8-

[35] Marchildon (2013), s. 28 ff.

länder såvitt gäller utvecklingen inom området, bl.a. till följd av avsaknaden av gemensamma utvecklingsmål. I rapporten lämnade Senatens ständiga kommitté 118 rekommendationer i arbetet med att förbättra insatser genom vård, stöd och omsorg till personer med psykisk ohälsa eller sjukdom. Kommittén uppmanade bl.a. den federala regeringen att ta fram en nationell strategi och inrätta en kommission för psykisk hälsa.[36] Ett år senare bildade den federala regeringen, med stöd av alla provinser och territorier utom Quebec, en nationell kommission för psykisk hälsa,The Canadian Mental Health Commission, med uppdrag att stödja och utvärdera utvecklingen inom olika delområden och fungera som en katalysator i syfte att sätta fokus på frågor kring psykisk hälsa och ohälsa (se avsnitt 3.4.3).

År 2009 presenterade kommissionen, efter samråd med myndigheter, patienter och brukare och icke-statliga organisationer, en första inledande rapport där en bred vision och långsiktiga mål för arbetet konkretiserades. Rapporten utmynnade under 2012 i Kanadas första nationella strategi för psykisk hälsa: Changing directions, Changing lives: The Mental Health Strategy for Canada. Strategin riktar sig till såväl serviceproducenter som till provinser och territorier och den federala regeringen liksom till samhället i stort och består av 26 prioriteringar och 109 rekommendationer inom sex strategiska områden: 1) främjande och förebyggande insatser, 2) återhämtning och rättigheter, 3) tillgång till hälsovårdstjänster, 4) skillnader och mångfald, 5) vård till ursprungsbefolkningarna – First nations, Inuiter och Métis samt 6) ledarskap och samverkan.[37] Strategin, som är utformad som rekommendationer och inte innehåller någon tydlig mål- eller uppföljningsstruktur, har inte kombinerats med någon öronmärkt finansiering och det har varit upp till varje provins och territorium att utifrån den nationella strategins rekommendationer upprätta regionala handlingsplaner som harmonierar med den nationella visionen. Inom ramen för den nationella strategin ger kommissionen emellertid förslag på indikatorer som skulle kunna användas nationellt och/eller regionalt i syfte att följa upp arbetet med strategins implementering. I augusti 2016 publicerade kommissionen åtgärdsplanen Advancing the mental health strategy for

[36] The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (2006), k. 16.1 ff.
[37] Mental Health Commission of Canada. (2012), s. 15 ff.

Canada – A framework For action i syfte att lägga grunden för att påskynda strategins införande under åren 2017–2022. Åtgärdsplanen, som baserar sig på omfattande konsultationer och samråd med lokala, regionala och nationella intressenter under åren 2015–2016, utgår från insatser inom fyra nyckelområden: 1) ledarskap och finansiering, 2) främjande och förebyggande åtgärder, 3) tillgänglighet och kvalitativa tjänster samt 4) data och forskning. Den är tänkt att utgöra ett stöd för olika aktörer i arbetet med att uppnå den vision som utstakas i den nationella strategin och implementera dess prioriteringar och rekommendationer.[38]

Utvärdering av den nationella strategin inom området psykisk hälsa

Den kanadensiska strategin inom området psykisk hälsa, som lanserades av kommissionen under 2012, har ännu inte varit föremål för någon nationell uppföljning. Kommissionen är emellertid i slutfasen av framtagandet av ett uppföljningsramverk för dess arbete inom vilket mätbara indikatorer för strategins prioriteringar, rekommendationer och strategiska inriktningsmål kommer att presenteras. Kommissionen kommer vidare att utvärdera strategins genomslag och implementering genom dialoger och undersökningar med intressenter på lokal, regional och nationell nivå kring hur de nyttjar och implementerar strategins rekommendationer och den åtgärdsplan som presenterades av kommissionen under 2016.

3.4.3 Statens roll i styrningen av psykisk hälsa-politiken

Nationellt policyarbete och kommission för psykisk hälsa

Som inledningsvis nämnts präglas det kanadensiska hälso- och sjukvårdssystemet av en stark decentralisering där provinser och territorier är huvudsakligt ansvariga för planering, administration och tjänsteutförande av hälso- och sjukvård och social omsorg. Till skillnad från t.ex. Australien som också är en stat med ett federalt statsskick har provinser och territorier i Kanada en större skatteintäkt än den federala nivån vilket i förlängningen innebär att provinser och territorier har ett större handlingsutrymme än sina australiensiska

[38] Mental Health Commission of Canada (2016a), s. 3 ff.

motsvarigheter. Förutom finansiella transfereringar till provinser och territorier är den federala nivåns inflytande över hälso- och sjukvården således förhållandevis begränsat och det finns inget inbyggt ansvarsutkrävande mellan de olika styrnivåerna.

Under 2006 presenterade den Stående Senatskommittén för sociala frågor, vetenskap och teknik,Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, en uppmärksammad rapport om utvecklingen inom området psykisk hälsa (se avsnitt 3.4.2). I rapporten förordade senatskommittén att en fristående nationell kommission skulle bildas i syfte att driva utveckling inom området och fortlöpande erbjuda ett nationellt fokus på frågor kring psykisk hälsa. Den nationella kommissionen bildades av den federala regeringen under 2007 och hade ursprungligen ett tioårigt uppdrag. Liksom sin motsvarighet i Australien utformades kommissionen som en oberoende och självständig myndighet med ett systeminriktat uppdrag – att presentera årliga rapporter om vad som har gjorts och om utvecklingen inom olika områden, att fungera som en katalysator och sätta fokus på frågor kring psykisk hälsa såväl regionalt som nationellt samt att ge rekommendationer kring hur vård- och omsorgssystemen kan förbättras. Kommissionen gavs vidare i uppdrag att utarbeta Kanadas första nationella strategi inom området psykisk hälsa, att ta fram indikatorer för att mäta utvecklingen inom området och att driva prioriterade frågor och projekt.[39] Kommissionen har bl.a. drivit forskningsprojektet *At Home/Chez soi* som syftat till att tillhandahålla praktisk och meningsfullt stöd till personer som saknar bostad och som lider av psykisk ohälsa samt det nationella attitydprojektet *Opening Minds* med fokus på att minska stigma relaterad till psykisk ohälsa eller sjukdom. Under 2016 presenterade kommissionen en strategisk inriktningsplan för åren 2017–2022. Av planen framgår att kommissionen i huvudsak kommer att fokusera sina insatser under perioden inom tre huvudsakliga områden: 1) ledarskap, partnerskap och kapacitetsuppbyggnad, 2) implementering av den nationella strategin för psykisk hälsa samt 3) kunskapsmobilisering.[40]

[39] The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (2006), k. 16.2.5.
[40] Mental Health Commission of Canada (2016b), s. 14 ff.

3.5 Nya Zeeland

3.5.1 Hälso- och sjukvårdens organisation

Offentligt finansierat och statligt styrt hälso- och sjukvårdssystem med visst regionalt självstyre

Nya Zeeland har ett offentligt finansierat och statligt styrt hälso- och sjukvårdssystem där cirka 90 procent av verksamheten inom hälso- och sjukvården bedrivs i offentlig regi. Medan staten ansvarar för den övergripande inriktningen för hälso- och sjukvårdspolitiken, i synnerhet såvitt gäller offentligt finansierade tjänster, är den huvudsakliga planeringen och administrationen av hälso- och sjukvårdstjänsterna lokaliserad till 20 regionala hälsovårdsstyrelser (s.k. District Health Boards).[41] Varje hälsovårdsstyrelse täcker ett geografiskt definierat område och ansvarar inom detta för befolkningens behov av bl.a. primärvård, specialiserad hälso- och sjukvård och äldrevård. De flesta tjänster upphandlas och utförs av offentliga eller privata aktörer eller av frivilligorganisationer men det förekommer också att enskilda hälsovårdsstyrelser också är tjänsteutförare. Hälsovårdsstyrelserna är till sin organisationsform s.k. Crown Agents dvs. ett organ som lyder under nationell lagstiftning. Dess verksamhet styrs av en styrelse med upp till 11 medlemmar, varav sju representanter väljs via allmänna val och de resterande utses via hälsovårdsministeriet.[42] Hälsovårdsstyrelsernas verksamhet och de huvudsakliga utgifterna för hälso- och sjukvården finansieras i huvudsak genom regionala skatteintäkter vilket ger hälsovårdsstyrelserna en viss autonomi såvitt gäller planeringen och utformningen av tjänster inom vård och omsorg. Den nationella regeringen har emellertid ett förhållandevis starkt inflytande över hälso- och sjukvårdens utformning och inriktning vilket hänför sig till att respektive hälsovårdsstyrelse årligen, genom förhandlingar med hälsoministern (hälsovårdsministeriet), allokeras resurser från nationell nivå i syfte att förbättra, främja och skydda befolkningens hälsa och säkerställa att de tjänster som erbjuds medborgarna är av hög kvalitet. För att få ta del av de nationella medlen måste respektive hälsovårdsstyrelse, förutom att uppnå de krav och mål som stadgas i lagstiftningen, säkerställa att

[41] World Health Organization (2014), s. 33 ff.
[42] World Health Organization (2014), s. 35.

verksamheten möter de övriga riktlinjer som uppställs av hälsovårdsministeriet. Hälsovårdsstyrelserna är bl.a. skyldiga att kvartalsvis rapportera in sina prestationer till hälsovårdsministeriet, säkerställa att medborgarna får delta i planeringen och utformningen av hälso- och sjukvårdstjänster, samverka med övriga hälsovårdsstyrelser och årligen genomföra strategiska hälso- och sjukvårdsplaner som måste harmoniera med regeringens strategiska prioriteringar inom hälso- och sjukvårdspolitiken liksom med de författningar som styr hälsovårdsstyrelsernas verksamhet.[43] Det strikta uppföljningsramverket var ursprungligen avsett för att säkerställa att hälsovårdsstyrelserna inte skulle premiera sina egenproducerade tjänster utan stödja ett urval av tjänsteleverantörer men fungerar i dag som en garant för att hälsovårdsstyrelsernas verksamhet och inriktning harmonierar med den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken och regeringens strategiska prioriteringar.

3.5.2 Nationell styrning av psykisk hälsa-politiken

Nationell strategi inom området psykisk hälsa sedan 1994

Nya Zeeland har sedan början av 1990-talet haft en tydlig politisk viljeinriktning inom området psykisk hälsa och lanserade sin första nationella strategi inom psykiatriområdet redan 1994. Strategin – *Looking Forward* – togs fram av den nationella regeringen som en reaktion på att vård- och omsorgstjänsterna för personer med allvarlig psykisk ohälsa under lång tid varit underfinansierade och att den avinstitutionaliseringsprocess, som påbörjats under 1950-talet, inte lett till ett utbud av adekvata tjänster i öppna vårdformer som kunde möta patienter och brukares behov.[44] Strategin fokuserade i sin helhet på personer med allvarlig psykisk sjukdom, som vid tillfället för strategins framtagande beräknades till cirka 3 procent av populationen, och utgick från två övergripande mål: att minska förekomsten av psykisk sjukdom och psykisk ohälsa i befolkningen samt att öka välbefinnandet och att mildra konsekvenserna av psykisk sjukdom hos patienter, anhöriga, vårdgivare och samhället som helhet. Inom ramen för strategin formulerades fjorton övergripande principer

[43] World Health Organization (2014), s. 35.
[44] Minister of Health (1994), s. 1 ff.

inom fem strategiska områden: 1) att utveckla de psykiatriska öppenvårdstjänsterna, 2) att uppmuntra den Māoriska populationens deltagande i planering och utveckling av vård- och omsorgstjänster, 3) att förbättra vårdkvaliteten, 4) att värna patienters rättigheter samtidigt som allmänintresset skyddades samt 5) att ta fram en nationell alkohol- och narkotikastrategi.[45] Under 1997 kombinerades den nationella strategin med en implementeringsplan, Moving Forward, där ytterligare två strategiska områden för utveckling identifierades: 6) satsningar på infrastruktur i form av bl.a. kunskapsutveckling och datainsamling samt 7) förebyggande och främjande arbete.[46] För att uppnå den vision och de målsättningar som formulerades i strategin och i handlingsplanen utformades tydliga indikatorer för uppföljning och de fyra regionala hälsomyndigheterna (Regional Health Authorities), nuvarande hälsovårdsstyrelserna (se avsnitt 3.5.1), ålades att omsätta den nationella handlingsplanen till regionala strategidokument. I syfte att bidra till utveckling inom området och nå den vision som konkretiserades i strategin och dess implementeringsplan avsatte den nationella regeringen cirka 7–140 miljoner nyzeeländska dollar per år under åren 1994–2001 genom satsningar som bl.a. riktades specifikt till gruppen barn och unga samt till den Māoriska populationen.[47] Den Nya Zeeländska kommissionen för psykisk hälsa, the Mental Health Commission som etablerades 1996 (se avsnitt 3.5.3) gavs vidare i uppdrag att följa upp strategins implementering och stödja aktörer på olika nivåer, vilket bl.a. konkretiserades i styrdokumentet Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How Things Need to Be.[48]

Under 2005 lanserade den nationella regeringen en uppföljande handlingsplan för den kommande tioårsperioden, Te Tāhuhu – Improving Mental Health 2005–2015. Handlingsplanen bygger vidare på den vision som formulerades i den nationella strategin för psykisk hälsa från 1994 och 1997 års implementeringsplan och inom ramen för handlingsplanen formulerades tio strategiska områden inom vilka insatserna skulle riktas under de kommande tio åren: 1) förebyggande och främjande arbete, 2) effektiva och kvalitativa tjänster, 3) utsatta grupper, 4) insatser till hälso- och sjukvårdspersonal,

[45] Minister of Health (1994), s. 6 ff.
[46] Minister of Health (1997), s. 15 ff.
[47] Minister of Health (1997), s. 8.
[48] The Mental Health Commission (1998), s. 1 ff.

5) insatser till den Māoriska populationen, 6) primärvård, 7) missbruk, 8) återhämtning, 9) tillit och transparens samt 10) samarbete och samverkan. Till skillnad från den tidigare handlingsplanen formulerades strikta kriterier och målsättningar för den nationella regeringens förväntningar på de offentligt finansierade tjänsterna. som riktade sig till samtliga, via lag styrda, organ, däribland myndigheter och hälsovårdsstyrelser.[49] Handlingsplanen följdes av en tredje handlingsplan under 2012, Rising to the Challenge: The Mental Health and Addictions Service Development Plan 2012–2017. Handlingsplanen bygger även den vidare på den nationella strategin för psykisk hälsa och de två tidigare handlingsplanerna och formulerar fyra övergripande mål inom åtta strategiska områden i syfte att förbättra resultat, stödja systemintegration och prestanda, öka tillgången till tjänster, skapa effektivare resursanvändning och förbättra samverkan och samarbete under perioden 2012–2017.[50] För att stärka handlingsplanens genomslagskraft formulerades önskade resultat och prioriterade åtgärder inom alla de fyra målområdena, vilka årligen har följts upp inom ramen för den nationella regeringens befintliga ansvarighets- och övervakningsmekanismer. Den nationella regeringen åtog sig också att, inom ramen för handlingsplanen, utveckla nyckelindikatorer, tillsammans med berörda aktörer, i syfte att kunna utvärdera handlingsplanens effekter. Den nationella regeringen formulerade vidare övergripande krav och mål, vilka harmonierade med handlingsplanens inriktning, som hälsovårdsstyrelserna årligen har behövt uppnå för att få ta del av den nationella regeringens finansiella medel (se avsnitt 3.5.1).[51]

Utvärderingar av strategier och handlingsplaner

De nationella handlingsplanerna för utveckling av arbetet för psykisk hälsa och missbruksarbete på Nya Zeeland har utvärderats i flera omgångar sedan 1994 och framåt. I den senaste handlingsplanen från 2012 konstateras att de senaste decennierna har präglats av en stark utvecklingstakt där allt fler tjänster har kommit att erbjudas i den psykiatriska öppenvården och där tonvikten på tidiga insatser och förebyggande och främjande arbete har ökat markant. Inom ramen

[49] Minister of Health (2005), 8 ff.
[50] Ministry of Health (2012), s. 5 f.
[51] Ministry of Health (2012), s. 8.

för handlingsplanen konstateras bl.a. att det nationella strategiarbetet har medfört betydande investeringar i psykisk hälsa sektorn, från 270 miljoner nyzeeländska dollar per år 1993/1994 till 1,2 miljarder nyzeeländska dollar per år 2010/2011, samt att det nationella strategiarbetet har medfört starka incitament för utveckling. En positiv trend har bl.a. kunnat ses såvitt gäller patienter och brukares delaktighet, samhällsinsatser mot minskat stigma och uppbyggnaden av en stark frivilligsektor. Det har också skett betydande förbättringar när det gäller insatser till utsatta grupper, återhämtning för personer med allvarlig psykisk sjukdom och ökat stöd till anhöriga och närstående. Vidare har primärvården och missbruksvården stärks betydligt och antalet sysselsatta specialister inom området har nästan fördubblats över tid.[52] Även om utvecklingstakten i sektorn har varit stark konstateras emellertid att Nya Zeeland fortfarande står inför – om än nya – utmaningar. Bl.a. finns betydande skillnader i insatser och tjänsteutbud mellan olika delar av landet och det är fortfarande vanligare med psykisk ohälsa och missbruksproblematik bland vissa grupper, t.ex. den Māoriska populationen, än i befolkningen som helhet. Vidare varierar användningen tvångsåtgärder, och antalet tvångsinläggningar, stort mellan olika distrikt och tjänsterna för framför allt gruppen barn och unga uppvisar stora skillnader inom och mellan olika jurisdiktioner. Det konstateras också att väntetiderna för vård mot psykisk ohälsa och missbruk, inom vissa områden, är långa och att antalet självmord bland barn och unga är högre än i andra jämförbara länder.[53] Mot bakgrund av dessa utmaningar tillsatte Inrikesministeriet en arbetsgrupp under 2018 med uppdrag att föreslå en ny inriktning för arbetet med psykisk hälsa och missbruk under de kommande fem till tio åren. Arbetet kommer bl.a. baseras på omfattande dialoger med olika intressenter inom området, däribland patienter och brukare, vårdgivare och representanter från myndigheter och hälsovårdsstyrelser. Arbetsgruppens iakttagelser och förslag ska slutredovisas till regeringen senast den 31 oktober 2018.[54]

[52] Ministry of Health (2012), s. 2.
[53] Ministry of Health (2012), s. 3.
[54] Mental Health Inquiry, hämtad 2018-06-29.

3.5.3 Statens roll i styrningen av psykisk hälsa politiken

Nationellt reformarbete och statlig finansiering

Som nämnts inledningsvis är det Nya zeeländska hälso- och sjukvårdssystemet ett i huvudsak offentligt finansierat och statligt styrt system där staten ansvarar för den övergripande inriktningen av hälso- och sjukvårdspolitiken men där utföraransvaret är lokaliserat till regionala hälsovårdsstyrelser. Den nationella regeringen – genom Hälsovårdsministeriet – har emellertid ett förhållandevis starkt inflytande över hälso- och sjukvårdens utveckling genom de villkor som årligen sätts upp från nationell nivå och som de regionala hälsovårdsstyrelserna måste möta för att få ta del av den nationella regeringens finansiella resurser. Förutom att ansvara för den övergripande inriktningen och utvecklingen av hälso- och sjukvårdspolitiken och för finansiering av de offentliga tjänsterna, har Hälsoministeriet bl.a. i uppgift att ge råd, finansiera, övervaka och förbättra hälso- och sjukvårdens resultat, administrera, genomföra och verkställa lagstiftning och förordningar samt bidra med infrastrukturellt stöd till hälso- och sjukvårdssystemet. Den nationella regeringen arbetar vidare med policyutveckling, övervakar resultaten av särskilt initierade satsningar och finansierar ett flertal tjänster som berör personer med funktionsnedsättningar inom ramen för det allmänna socialförsäkringssystemet. Den Nya zeeländska regeringen har också initierat särskilda nationsövergripande satsningar inom områden där man har konstaterat att det finns brister. Ett sådant exempel är initiativet *Like Minds Like Mine*, ett nationellt program för att motverka stigma och diskriminering mot personer med psykisk sjukdom. Ett annat exempel är utvecklingsinstitutet *Te Pou* som bl.a. stödjer hälsovårdsstyrelserna med att implementera den nationella strategin inom området psykisk hälsa och tillhörande handlingsplaner. Te Pao arbetar bl.a. med att omsätta nationella riktlinjer till praktisk verksamhet (putting policy into practice) och har en viktig roll såvitt gäller att implementera aktuell kunskap och evidens.

Nationell kommission för psykisk hälsa

Nya Zeeland hade fram till och med 2012 en nationell kommission för psykisk hälsa – the Mental Health Commission. Kommissionen bildades 1996, efter en rad uppmärksammade incidenter där personer med allvarlig psykisk sjukdom varit involverade, i syfte att få till stånd förbättringar och bidra till utveckling inom området. Kommissionen hade, likt de nationella kommissionerna i Australien och i Kanada, ett bredare, mer systeminriktat uppdrag: att bidra till psykisk hälsa-strategins implementering bl.a. genom att följa och övervaka hälsovårdsstyrelsernas resultat, att bland allmänheten förbättra förståelsen för personer med psykisk ohälsa eller sjukdom, att stärka sektorns arbetskraft samt att förbättra tjänsterna och bidra till användningen av evidensbaserade metoder.[55] Kommissionen var vid dess bildande en självständig myndighet som finansierades via Hälsovårdsministeriet men införlivades under 2012 i en kommission med en bredare inriktning – the Health and Disability Commission som har tagit över en del av den ursprungliga kommissionens uppgifter.

3.6 Sammanfattning av internationella erfarenheter av den nationella styrningen

I föreliggande avsnitt har utredningen sammanfattat de allmänna utvecklingstendenser som präglat – och präglar – de nationella satsningarna inom området psykisk hälsa i ett urval av jämförbara länder; Australien, Finland, Kanada och Nya Zeeland. Den statliga styrningen inom området har, i alla de studerade länderna, genomgått förändringar under de senaste decennierna – från vård på institution till avinstitutionalisering, från en mindre detaljerad statlig styrning där lokalt och regionalt styrda projekt och satsningar dominerat, till nationellt policyarbete och fördefinierade mål och insatser samt ett strategisk fokus på personer med allvarlig psykisk sjukdom till ett bredare perspektiv som införlivar hela samhället. Med stöd i de internationella erfarenheterna inom området har utredningen identifierat fyra principer för ett framgångsrikt arbete med frågor som berör psykisk hälsa och ohälsa på nationell nivå, vilka presenteras nedan.

[55] Mental Health Commission (2002), s. 7 ff.

Genomgripande förändringar inom området psykisk hälsa kräver ett tydligt politiskt ställningstagande, långsiktighet och uthålliga satsningar

De sammantagna erfarenheterna från de studerade länderna pekar på att det för att åstadkomma genomgripande förändringar och förbättringar inom området psykisk hälsa krävs uthålliga satsningar, såväl politiskt som ekonomiskt. Såväl Australien som Nya Zeeland, två länder som internationellt sett har kommit förhållandevis långt i utvecklingen inom området, har under flera decennier haft ett tydligt politiskt fokus på frågor kring psykisk hälsa och ohälsa kombinerat med strategier och handlingsplaner som varit långsiktiga, tvärsektoriella och som har haft en bred politisk uppslutning bland samtliga involverade aktörer. Satsningarna har inriktats på områden som kräver nationell koordinering, där huvudmännen står inför gemensamma utmaningar, och har kombinerats med särskilda nationsövergripande initiativ där utveckling var särskilt önskvärd. En viktig utgångspunkt för att kunna åstadkomma förändring är således att de statliga insatserna i ökad utsträckning inriktas på att vara långsiktiga och uthålliga – snarare än projektstyrda och kortsiktiga – samt att de nationella satsningarna fokuserar på de områden som kräver nationellt ledarskap och där vård- och omsorgshuvudmännen står inför gemensamma utmaningar.

Strategier och handlingsplaner bör förenas med utvecklingsmedel, vara sammanhållna, konkreta och möjliga att utvärdera

Exempel från alla de studerade länderna vittnar om att nationellt policyarbete, t.ex. genom strategier och handlingsplaner, kan bidra till att sätta fokus på identifierade problem och leda till utveckling såväl nationellt som regionalt och lokalt. För att det nationella policyarbetet ska bli framgångsrikt tycks det emellertid krävas att vissa förutsättningar uppfylls, dels att målen, målgrupperna, och insatsområdena avspeglar relevanta utvecklingsbehov, dels att de nationellt initierade strategierna, och tillhörande handlingsplaner, utgår från en sammanhållen struktur där visioner, övergripande mål och insatser tydligt hänger ihop och där målen är konkreta, mätbara och möjliga att följa upp. Vidare vittnar exempel från de studerade

länderna om att de strategier och handlingsplaner som kombineras med ekonomiska incitament, t.ex. prestationsbaserad ersättning, i regel har varit mer framgångsrika än de där ekonomisk ersättning inte har utgått. För att åstadkomma ett framgångsrikt nationellt policyarbete bör eventuella strategier och handlingsplaner sålunda vara sammanhållna, utgå från en tydlig målstruktur, vars effekter är möjliga att följa upp och förenas med utvecklingsmedel i någon form.

För att strategier och handlingsplaner ska få effekt på regional och lokal nivå krävs tydliga implementeringsstöd och stödjande aktörer

Internationella exempel från de länder som har studerats tyder på att de flesta länder, med undantag från Nya Zeeland, har haft förhållandevis svårt att implementera de nationella strategierna och handlingsplanerna till följd av avsaknaden av tydliga stöd för implementering. På Nya Zeeland etablerades utvecklingsinstitutet Te Pou under 2006, som med statlig finansiering, har i uppdrag att stödja de regionala hälsovårdsstyrelserna med att implementera aktuell kunskap, omsätta policy till praktik och ta fram relevanta indikatorer för uppföljning och utvärdering, vilket har underlättat arbetet med kunskapsspridning och implementering. En viktig utgångspunkt för att det nationella policyarbetet ska bli framgångsrikt tycks således vara att det finns stöd för implementering och en utpekad aktör med uppdrag att stödja vård- och omsorgshuvudmännen i att omsätta de nationella handlingsplanerna till praktisk verksamhet. I syfte att underlätta implementering och omsätta policy till praktik bör de statliga insatserna sålunda i högre utsträckning än i dag inrikta sig på att skapa strukturer för bl.a. kunskapsutveckling i syfte att säkerställa att arbetet ger avsedda effekter i verksamheterna och för personer med psykisk ohälsa eller sjukdom.

Det finns stora samhälleliga och personella vinster med att inrikta arbetet på förebyggande och främjande insatser

Som inledningsvis nämnts är en generell trend i de studerade länderna att det nationella policyarbetet, över tid, har gått från att fokusera på enskilda grupper, t.ex. personer med allvarlig psykisk sjukdom, till att införliva ett helhetsperspektiv på psykisk hälsa där det förebyggande och främjande arbetet har kommit att få allt större betydelse. I flera av de studerade länderna har specifika initiativ genomförts inom förebyggande- och främjande området som har riktat sig till målgruppen barn och unga. Sådana initiativ, som utgår från såväl universella som selektiva preventionsmetoder, har visat sig vara effektiva såväl ut ett samhällsperspektiv som ur ett individperspektiv – de leder inte endast till att barn och unga får insatser i ett tidigt skede, vilket kan minska ett senare insjuknande i psykisk ohälsa eller sjukdom, utan minskar också kostnaderna för samhället på längre sikt. I syfte att använda statens resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt bör det framtida arbetet med psykisk hälsa således ha en tydligare fokus på det förebyggande och främjande arbetet och inriktas på att långsiktigt minska inflödet i hälso- och sjukvården och inom socialförsäkringen.

4 Styrning inom området psykisk hälsa

4.1 Inledning

Enligt direktiven ska utredningen, vid sidan av att stödja aktörer inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå, föreslå hur utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur (dir. 2015:138). En väl fungerande styrning är en viktig utgångspunkt för att åstadkomma ändamålsenliga insatser och åstadkomma en önskvärd utveckling inom området psykisk hälsa.

I centrum för utredningens analyser och förslag står den framtida utformningen av statens insatser inom området psykisk hälsa. I betänkandet presenterar utredningen dels en analys av den nuvarande styrningen inom området, dels en målbild för den framtida utformningen av statens insatser. En utgångspunkt för de förslag som presenteras är att dessa sammantaget ska skapa förutsättningar för långsiktighet, effektivitet och ändamålsenlighet och bidra till ett strategiskt arbete inom området, med ett gemensamt ansvarstagande i ordinarie strukturer.

4.1.1 Statens långvariga satsningar ger effekter …

Staten har haft ett närmast oavbrutet engagemang inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa sedan 1995. Satsning har följt på satsning, oavsett regering, och det är uppenbart att även om fokus har skiftat, från en önskan om att skapa goda förutsättningar för personer som drabbats av en psykisk funktionsnedsättning eller allvarlig psykisk sjukdom till ett bredare samhällsperspektiv, så har

psykisk ohälsa som individuellt problem och som samhällsproblem adresserats med stor kraft.

Utredningens uppfattning är att de nationella satsningar som har genomförts inom psykiatriområdet under 1995–2018 sannolikt har bidragit till en positiv utveckling i sektorn genom t.ex. ökat fokus på mänskliga rättigheter för personer med långvarig psykisk sjukdom, ökat brukarinflytande och en högre lägstanivå i insatser till personer som har behov av stöd och vård. Utvärderingar av de olika satsningarna visar också att de stimulans- och projektmedel som med jämna mellanrum fördelats till kommuner och landsting för att stödja innovation och utveckling skapar utvecklingskraft, om än temporärt, och bidrar till att sätta frågor om insatser till personer med psykisk ohälsa i centrum. Det långvariga statliga engagemanget har också varit ett sätt för staten att kommunicera att personer med psykisk funktionsnedsättning, sjukdom och ohälsa är en prioriterad grupp och att de insatser som görs av det allmänna ständigt behöver utvecklas.

4.1.2 … men är det effektivt?

Trots att frågor om livsvillkor för personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning har varit politiskt prioriterade på nationell nivå under lång tid har den nationella styrningen präglats av kortsiktighet och projektstyrning. Nära nog samtliga utvärderingar som har gjorts av de olika satsningarna pekar på att de olika statliga handlingsplanerna och strategierna har satt fokus på viktiga frågor men att dess effekter är oklara eftersom satsningarna har varit ryckiga, kortvariga och i egentlig mening saknar mätbara mål.

En genomgång av de olika statliga initiativen visar att de i regel har pågått mellan två och fem år och därmed saknat en mer långsiktig ambition. Flera satsningar har tagit sikte på att stimulera huvudmännen med medel för utveckling men inriktningen på dessa utvecklingsmedel har varierat mellan satsningarna liksom de villkor som har satts upp för att ta del av ersättningen. Det har dessutom varit svårt att skapa en långsiktig förändring i verksamheterna eftersom de kortsiktiga medelsförstärkningarna i bästa fall kan skapa förutsättningar för nya, bättre arbetssätt men risken att initiativen efter projekttidens utgång upphör är stor eftersom denna typ av kortvariga

punktinsatser som sällan får några avgörande effekter på de strukturella problem som ligger bakom de utmaningar som vården och omsorgen står inför. Problem som en icke ändamålsenlig lagstiftning, utmaningar med kompetensförsörjning och ineffektivt resursutnyttjande löses inte av temporära statliga satsningar även om de på kort sikt kan vara verkningsfulla och under en period leda till bättre arbetssätt och tillfälliga resursförstärkningar.

Förutom de begränsningar som kortsiktiga satsningar innebär finns en påtaglig risk att en temporär förstärkning i *ett* system skapar brister i ett *annat* system. Om det t.ex. finns brister i kompetensförsörjning inom ett område finns en risk att de effekter som uppnås med en satsning i en del av systemet skapar problem i en annan del av systemet. Det skapar en spiral där en punktinsats i ett system skapar problem som behöver lösas av en motsvarande punktinsats i ett annat system. Eftersom en systemanalys i allt väsentligt saknas uppstår en uppenbar risk att staten med sin ambition att bidra till att hantera enstaka observerade problem bidrar till att kortsluta lokala och regionala prioriteringar med negativa effekter för enskilda brukare, patienter och medborgare.

Vilka effekter de nästan 13 miljarder kronor som satsats på att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa fått – varav över 10 miljarder de senaste tio åren – är oklart eftersom de korta tidshorisonterna och de diffusa målsättningarna försvårar utvärdering. Det är inte heller möjligt att följa den långsiktiga utvecklingen inom området eftersom grunddata och indikatorer saknas, eller inte har sammanställts, på något värdeskapande sätt. Det innebär inte att satsningarna inte haft några effekter, men det innebär att möjligheterna att följa mer långsiktiga trender i den statliga styrningen är mycket begränsade.

4.1.3 Området psykisk hälsa är tvärsektoriellt och hela samhällets ansvar

Området psykisk hälsa är, i likhet med ett flertal andra politikområden, beroende av insatser inom ett stort antal sektorer och hos en bredd av aktörer på olika nivåer. Området psykisk hälsa är alltså tvärsektoriellt. Av tradition har statens insatser inom området i huvudsak betraktas som en hälso- och sjukvårdsfråga vilket enligt utredningens uppfattning har lett till minskade möjligheter att skapa en

sammanhållen statlig styrning som utgår från medborgarnytta snarare än enskilda myndigheters och departements fastställda verksamhetsområden.

Samtidigt sker en utveckling internationellt mot en högre grad av systemanalys och en ambition att förstärka förutsättningarna för ett effektivt främjande och förebyggande arbete. Det finns en ökad insikt om att det är avgörande för alla stater att motverka den ökning av psykisk ohälsa som är gemensam för alla länder. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) och Europeiska Unionen (EU) konstaterar i sin rapport *Health at a glance* (2018) att den psykiska ohälsan ökar i hela EU och att staterna står inför betydande utmaningar när det gäller att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa. I Sverige bedöms 18,3 procent av befolkningen lida av psykisk ohälsa inklusive missbruk och den sammanlagda kostnaden för psykisk ohälsa utgör 4,83 procent av bruttonationalprodukten (BNP) – över 21 miljarder euro. Av dessa utgörs drygt 13 miljarder av direkta kostnader för hälso- och sjukvård och socialförsäkring och drygt 8 miljarder av indirekta kostnader t.ex. som följd av ohälsans konsekvenser på arbetsmarknaden.[1]

Redan år 2015 antog OECD rekommendationer för psykisk hälsa, kompetens och arbetsmarknadspolitik. Rekommendationerna utgår från en uppsättning riktlinjer som syftar till att utifrån ett tvärsektoriellt angreppssätt motverka den ökande psykiska ohälsan i medlemsstaterna med utgångspunkten att en ändamålsenlig politik inom alla samhällsområden kan ha en avgörande påverkan på den ökande bördan på såväl individer som samhälle. OECD konstaterar att förbättrade möjligheter till utbildning, hälsa och arbetsmarknad och förbättrade livsvillkor för personer som lever med psykisk ohälsa kräver samordnade insatser inom en rad politikområden som hälso- och sjukvårdspolitik, ungdomspolitik, arbetsmarknadspolitik och socialpolitik. Syftet med rekommendationerna är att stimulera länderna att främja psykisk hälsa, motverka ohälsa och säkerställa att personer som drabbas av psykisk ohälsa har tillgång till god vård i rätt tid.[2]

2015 antogs en ny strategi inom området psykisk hälsa i Sverige, Fem fokusområden fem år framåt, med en bred ansats och samtidigt

[1] OECD/EU (2018), s. 26 ff.
[2] OECD (2018), s. 4 ff.

fokus på förebyggande främjande arbete, tillgängliga vård och stödinsatser för personer som drabbas och delaktighet och rättigheter för personer med psykisk funktionsnedsättning. Emellertid återstår mycket arbete för att åstadkomma reella förutsättningar ur ett sektorsövergripande perspektiv för att motverka ohälsoutvecklingen i Sverige.

4.2 Statens styrning inom området psykisk hälsa – några huvuddrag

Statens uppdrag är brett och komplext och ansvaret är fördelat på olika politikområden och myndigheter. Med ett stort offentligt åtagande krävs en tydlig arbetsfördelning och hög grad av specialisering. Detta skapar förutsättningar för kvalitet och kompetens i beslutsfattande och utförande men det medför också risker för suboptimering och stuprörstänkande.

Ansvarskommittén (SOU 2007:10) pekade på hur en tilltagande specialisering i den statliga styrningen kan skapa problem för individer som har behov av insatser från olika delar av samhället, som t.ex. försäkringskassa, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det skapar också problem i de verksamheter som ska möta medborgaren. Kommittén pekar t.ex. på att den långtgående sektoriseringen när det gäller kommunal verksamhet som inordnats i olika utgifts- och politikområden i Regeringskansliet skapar en fragmentisering i kommunens möte med medborgaren.[3] De effekter sektorsgränserna får för den enskilde medborgaren är mest allvarligt, men sektorisering försämrar möjligheterna också för myndigheterna att agera utifrån ett systemperspektiv. Om myndighetsstyrningen från Regeringskansliet sker inom befintliga sektorer och har fokus på prestation och kostnader och inte på medborgarnytta tenderar myndigheterna att agera som autonoma och avgränsade organisationer snarare än som en del av ett större ansvar med ett gemensamt ansvar i relation till medborgarna. Sektoriseringen måste därför balanseras med tvärsektoriella arbetssätt och perspektiv. Ett tvärsektoriellt arbetssätt är en förutsättning för att kunna uppnå horisontella mål såsom t.ex. jämställdhet, hållbarhet och integration.[4]

[3] Ansvarskommittén (2007), s. 14 ff.
[4] Ansvarskommittén (2007), s. 223 ff.

Utredningen kan konstatera att Ansvarskommitténs iakttagelser än i dag har stor relevans för att förstå de utmaningar som finns när det gäller den statliga styrningen, i synnerhet inom området psykisk hälsa. Många delar av Regeringskansliet och många myndigheter är berörda av, och påverkar, utvecklingen inom området. Psykisk ohälsa är en naturlig del av hälso- och sjukvårdspolitiken och funktionshinderpolitiken men har på senare år också blivit alltmer framträdande i folkhälsopolitiken, utbildningspolitiken, äldre- och funktionshinderpolitiken och arbetsmarknadspolitiken. Även på myndighetsnivå är psykisk ohälsa är en växande utmaning, exempelvis inom kriminalvården och i Polismyndighetens verksamhet.

4.2.1 Psykisk hälsa – en del av hälso- och sjukvårdspolitiken

Frågor som gäller psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatri hanteras sedan länge huvudsakligen inom politikområdet hälso- och sjukvård, och en stor del av styrningen inom området emanerar därmed ur den logik som finns inom detta politikområde.

Den svenska hälso- och sjukvårdspolitiken är i huvudsak decentraliserad och ansvaret för utformningen, finansieringen och planeringen av hälso- och sjukvården är till största delen är en fråga för landsting/regioner och kommuner. I syfte att påverka utvecklingen inom hälso- och sjukvården använder sig staten av olika typer av styrmedel som förenklat brukar delas upp i hårda styrmedel (t.ex. normering dvs. lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter som är bindande för kommuner och landsting/regioner) och mjuka styrmedel (t.ex. överenskommelser, nationella strategier och villkorade statsbidrag i olika former).[5] Vilket styrmedel som används och hur styrmedlet nyttjas beror på vilka resultat man önskar åstadkomma men också på vissa styrningstrender inom den offentliga förvaltningen.

Under de senaste decennierna har statens styrning av kommuner och landsting ökat i omfång, komplexitet och detaljeringsgrad. Staten styr hälso- och sjukvårdshuvudmännen på flera sätt, varav styrning genom reglering och ekonomiska incitament, t.ex. statsbidrag dominerar. Nya styrformer har också tillkommit såsom styrning genom överenskommelser, strategier och handlingsplaner samt

[5] Se t.ex. Statskontoret (2014b), s. 10.

styrning med kunskap. Styrningen genom specialdestinerade statsbidrag har också ökat över tid. Förvaltningsforskare talar om ett grundläggande skifte över tid i den statliga förvaltningens sätt att reglera, styra, organisera och arbeta, ett sammanfattande uttryck har kommit allt bli ”från government till governance.”[6] Med det menas bl.a. att de statliga verksamheterna har kommit att bli mycket omfattande och differentierade och sammanhänger på alltmer komplicerade sätt med varandra och med verksamheter i det omgivande samhället vilket gör styrningen svåröverskådlig och svår. När det gäller hälso- och sjukvården och kommunal verksamhet beror komplexiteten delvis på sektorns storlek och omfattning men följer också av det faktum att kommuner och landsting/regioner är huvudmän, att professionernas ställning är stark samt att patienter, anhöriga och patient- och brukarorganisationer i varierande utsträckning är delaktiga i verksamheternas utveckling.

4.2.2 Reglering som styrmedel

Normgivning

Reglering – normgivning – är ett av statens viktigaste styrmedel därför att alla statliga och kommunala organ, utifrån legalitetsprincipen i 1 kap. 1 § regeringsformen, förkortad RF, är skyldiga att följa de bindande föreskrifter som finns.

RF:s regler om vem som har rätt att anta, ändra eller upphäva *bindande* föreskrifter har samlats i 8 kap. RF. I 8 kap. 1 § RF ges en översiktlig beskrivning av normgivningsmakten: föreskrifter meddelas av riksdagen genom lag och av regeringen genom förordning. Av samma bestämmelse framgår att föreskrifter också, efter bemyndigande av riksdagen eller regeringen, meddelas av andra myndigheter än regeringen och av kommuner. Ett sådant bemyndigande att meddela föreskrifter ska alltid ges i lag eller förordning.

Vid sidan av rättsligt bindande föreskrifter förekommer en rad andra skriftliga produkter från myndigheter och allmänna organ som syftar till att styra hur enskilda och andra ska agera i vissa situationer. De kan benämnas på olika sätt, allmänna råd, rekommendationer, riktlinjer, handböcker e.d. Sådana produkter är *inte* i formell mening rättsligt bindande, även om de kan ha stor betydelse i praktiken.

[6] Se t.ex. Beck Jørgensen och Vrangbæck (2004), s. 5 ff.

8 kap. RF bygger på en hierarki av föreskrifter. Grundlagar står högst i rangordningen och lägre regler får inte stå i strid med högre. Den samlade mängden föreskrifter i samhället ska hänga ihop och ytterst kunna hämta sin legitimitet från bestämmelser i grundlag.[7]

Reglering som berör psykiatri

En person som riskerar att drabbas av, eller har drabbats av, psykisk ohälsa kan ha behov av insatser från olika delar av samhället, samtidigt. Psykisk ohälsa har traditionellt ansetts som en naturlig del av hälso- och sjukvårds- och funktionshinderpolitiken och av det regelverk som reglerar sådana frågor men sådana frågor är viktiga även inom andra politikområden.

Regleringen på vård- och omsorgsområdet är omfattande. Enbart det hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket består av mer än 250 författningar: lagar, förordningar och föreskrifter av olika omfattning.[8] Det finns också en tämligen omfångsrik reglering avseende socialtjänstens verksamhet. Därtill kommer ett antal myndighetsutfärdade allmänna råd som i regel inte anses bindande, nationella riktlinjer och handböcker som lämnar mer eller mindre utförliga rekommendationer på ett flertal områden. Vidare finns ett antal internationella konventioner som är bindande för tillämparna på olika sätt, antingen folkrättsligt eller därför att konventionen är att anse som svensk lag.

Det är emellertid inte enbart regleringen avseende de stora vårdområdena i samhället, hälso- och sjukvård och socialtjänst, som berörs av frågor om psykisk (o)hälsa. Viktig reglering finns exempelvis även i Socialförsäkringsbalken, i regleringen avseende arbetsmarknad och arbetsmiljö och i regleringen avseende skolan och av bostadspolitiken.

För att samhällets insatser inom området psykisk hälsa ska bli verkningsfulla krävs åtgärder inom de flesta sektorer i samhället. Det är inte meningsfullt att enbart tänka sig frågor om psykisk hälsa som en vård- och omsorgsfråga, betydligt fler områden berörs vilket måste beaktas i lagstiftningssammanhang.

[7] Jmf. Bull Thomas, Sterzel Fredrik (2010).
[8] Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (2017), s. 64.

4.2.3 Ekonomiska styrmedel

Staten kan stimulera utvecklingen genom att tillföra ekonomiska medel för att styra i en önskad riktning. De ekonomiska styrmedlen kan utgöras av statsbidrag men även av ekonomiska regelverk såsom utjämningssystemets utformning och regleringen om huvudmännens möjligheter att ta ut avgifter för vård eller stöd vilket påverkar de landstingskommunala huvudmännens ekonomiska förutsättningar.

Statsbidrag till kommuner och landsting utformas vanligtvis som generella eller riktade bidrag. Syftet med statsbidragen är främst att ge kommuner och landsting goda och likvärdiga ekonomiska förutsättningar men bidraget fungerar också som ett instrument för ekonomiska regleringar mellan staten och kommunsektorn.[9]

De *generella statsbidragen* är inte avsedda för någon specifik verksamhet utan är, liksom skatteintäkterna, föremål för politiska prioriteringar i respektive kommun/landsting. De *riktade statsbidragen* måste däremot användas specifikt till vissa verksamheter eller prestationer. Det kan t.ex. röra sig om personalförstärkningar inom elevhälsan, skolgång för s.k. papperslösa barn eller förstärkningar av barn- och ungdomspsykiatrins verksamheter.

En stor del av de riktade statsbidragen inom hälso- och sjukvårdsområdet betalas ut till kommuner och landsting efter överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Bidragen har utgått genom s.k. prestationsbaserade ersättningar eller genom stimulansmedel. Överenskommelserna används ofta inom områden där staten och SKL identifierat gemensamma utvecklingsbehov och där majoriteten av den verksamhet som ska påverkas inom ramen för överenskommelserna ligger utanför de statliga styrstrukturerna. Överenskommelserna kan se olika ut till sin konstruktion och kan vara villkorade i skiftande utsträckning. Vidare kan flera olika styrmedel kombineras i en och samma överenskommelse. En del överenskommelser utgår från övergripande mål som gemensamt satts upp av staten och SKL medan andra utgår från en nationell strategi som tagits fram inom Regeringskansliet.

[9] Se t.ex. prop. 2017/18:1, utgiftsområde 25, s. 10.

4.2.4 Styrning genom strategier och handlingsplaner

Under senare år har det blivit allt vanligare att regeringen konkretiserar sin politik genom strategier och handlingsplaner. Det finns ingen entydig definition av vad som utgör en strategi eller en handlingsplan. Generellt kan dock sägas att antalet strategier och handlingsplaner inom olika politikområden har ökat över tid och det nu finns ett stort antal strategier och handlingsplaner inom vitt skilda områden.[10]

Ett strategidokument eller en handlingsplan kan publiceras på olika sätt och presenteras i propositioner eller skrivelser till riksdagen eller som en broschyr där regeringens visioner på ett visst område presenteras. En strategi är i sig inget formellt styrinstrument, men kan fungera som ett sådant om den utgörs av en skrivelse eller proposition som är beslutad av riksdagen.

För långsiktig styrning på ett område kan det ha stor betydelse att en strategi är beslutad av riksdagen. Det ökar möjligheten för att den ligger fast också efter mandatperioden. Presenteras en strategi i en särskild proposition eller skrivelse får den troligen större tyngd än en broschyr. Mot det ska ställas att den formella formen är mindre tillgänglig, vilket gör det svårare att sprida budskapet i breda kretsar.

Statskontoret (2018) har studerat hur regeringen använder strategier och handlingsplaner. Ett vanligt motiv för att ta fram en strategi är att utforma och utveckla politiken, göra politiken tydlig och skapa överblick och sammanhang. Det kan också handla om att skapa förutsättningar för att kommunicera, övertyga och förankra, markera långsiktighet och höja statusen på ett område. Statskontoret konstaterar att de flesta strategier inte är några formella styrinstrument, även om de oftast omfattar flera konkreta åtgärder som kan ha en styrande effekt t.ex. uppdrag till myndigheter. Dessa måste dock beslutas inom ramen för regeringens ordinarie rutiner.[11]

Strategier och handlingsplaner saknar i sig sålunda formell status, det vill säga de tvingar inte regeringen eller dess myndigheter att agera på något särskilt sätt. Statskontoret konstaterar i sin utvärdering att, även om strategierna varierar till form och innehåll, innehåller de allra flesta mer eller mindre utförliga beskrivningar av hur

[10] Statskontoret (2018) s. 20.
[11] Statskontoret (2018) s. 5 f.

strategierna ska genomföras. Vanligtvis är strategierna eller handlingsplanerna upplagda efter en mål- och medelmodell och definierar mål, delmål och/eller tidsbundna aktiviteter samt pekar ut de aktörer som berörs av strategins genomförande. Det är heller inte ovanligt att strategierna har en indelning i fokusområden eller strategiområden. Oftast riktar sig strategierna till flera olika aktörer. En strategi kan innehålla specifika uppdrag till en utpekad myndighet men samtidigt rikta ett budskap till flera andra aktörer som på olika sätt berörs av eller kan bidra till att genomföra strategin.[12]

4.2.5 Nätverksbaserad styrning genom nationella samordnare

Samtidigt som förekomsten av strategier och handlingsplaner ökat har det också blivit allt vanligare att regeringen tillsätter nationella samordnare för att hantera aktuella frågor och samhällsproblem. De nationella samordnarna ingår vanligen inte i de ordinarie förvaltningsmyndigheterna utan har tidsbegränsade uppdrag som bygger på frivillighet för de aktörer som är mottagare av den statliga styrningen. Det finns en stor variation i hur samordnarna är organiserade, vilka resurser som ställs till deras förfogande och vilken typ av problem de ska hantera. De flesta samordnares arbete går dock framför allt ut på att samarbeta med offentliga aktörer, t.ex. kommuner och landsting, statliga myndigheter men också civilsamhälle och näringsliv.

Nationella samordnare är ett av flera styrmedel som regeringen kan använda för att agera i en fråga. Andra handlingsalternativ är att tillsätta en utredning, ingå förhandlingar med andra aktörer eller att uppdra åt en myndighet att driva på relevanta aktörer via föreskrifter eller rekommendationer. Vanligtvis väljer regeringen inte det ena eller det andra alternativet utan använder styrmedlen parallellt eller sekventiellt.

Statskontoret (2014) har undersökt varför regeringen i vissa fall väljer att tillsätta en samordnare i stället för att använda mer traditionella styrmedel såsom reglering, tillsyn eller uppdrag till sina förvaltningsmyndigheter. Enligt Statskontoret är en generell utgångspunkt att det finns flera, ofta många, aktörer som behöver samordnas

[12] Statskontoret (2018) s. 5 f.

för att ett politiskt mål ska uppnås och i vissa fall krävs tvärsektoriella insatser. En del av problemen är dessutom komplexa, det vill säga de är svåra att avgränsa, kräver kontinuerlig hantering och försök att lösa dem kan leda till oväntade konsekvenser. Nationella samordnare har då fördelen att inte vara lika specialiserade som vanliga myndigheter och har samtidigt större möjligheter att kommunicera fritt och uppfattas som opartiska.[13]

Enligt Riksrevisionen, som under 2016 granskade nationella samordnare som styrmedel, var det i huvudsak fyra faktorer som visat sig särskilt betydelsefulla när regeringen väljer att tillsätta en samordnare. Det kan vara ett sätt för regeringen att visa handlingskraft genom att uppmärksamma och sätta ljuset på en fråga eller att regeringen behöver hantera frågor som involverar många aktörer. Alternativt kan en samordnare tillsättas för att visa handlingskraft i en prioriterad fråga samtidigt som samordnaren söker svar på hur frågan bäst kan hanteras. Ytterligare skäl för regeringen att tillsätta en nationell samordnare är, enligt Riksrevisionen, att det finns behov att agera i akuta situationer eller att det finns en tydlig efterfrågan på statlig styrning inom ett visst område.[14]

I Riksrevisionens granskning konstaterades att nationella samordnare kan vara ett ändamålsenligt styrmedel men att resultatet av samordnarnas arbete beror på hur samordnarna används och vilka förutsättningar som ges. Samordnarfunktionen är i allmänhet tidsbegränsad vilket ställer stora krav på att det finns former för att driva frågorna vidare efter att uppdraget avslutas. Det finns en risk att det fokus samordnaren lyckas sätta på frågan upphör, som t.ex. hemlöshetssamordnaren som skapade ökat utrymme hemlöshetsfrågan i kommunerna men där fokus i mångt och mycket försvann när samordnaren avslutade sitt uppdrag.[15]

Nationella samordnare får som regel ett brett och flexibelt uppdrag vilket ger goda möjligheter till situationsanpassning och skapar utrymme för att utveckla och pröva nya idéer, arbetsformer och tillvägagångssätt. Samtidigt visar granskningen att just det breda och flexibla uppdraget gör att regeringen har begränsad kontroll över utfallet och att det skapas otydliga ansvarsförhållanden med begrän-

[13] Statskontoret (2014a), s. 5 ff.
[14] Riksrevisionen (2016), s. 19 f.
[15] Riksrevisionen (2016), s. 19 f.

sade möjligheter till insyn. Riksrevisionen drar slutsatsen att samordnarna ofta lyckas med att sätta fokus på den aktuella frågan och kan påverka de aktörer som samordnaren ska stödja eller samordna att *vilja* förändra sitt beteende i enlighet med regeringens önskemål – däremot är det svårare för nationella samordnare att *de facto* förändra aktörernas beteende.[16]

4.2.6 Statlig styrning med kunskap

Statens informella styrning är mångfacetterad och består av aktiviteter som inte går att hänföra till de övriga styrmedlen men som ändå kan vara kraftfulla. Ett sådant informellt styrmedel är kunskapsstyrning. Kunskapsstyrning kan ses som ett system som syftar till att i ökad utsträckning åstadkomma en evidensbaserad praktik så att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom olika verksamheter samtidigt som icke evidensbaserade eller skadliga metoder rensas ut.[17]

En effektiv och ändamålsenlig styrning med kunskap kräver ett långsiktigt och sammanhållet arbete på flera nivåer. Staten har dock en viktig roll i att främja kunskapsstyrningen bl.a. genom de föreskrifter och kunskapsstöd som tas fram av de statliga myndigheterna. Sedan 2015 är den statliga styrningen med kunskap delvis förordningsstyrd. I förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst anges de övergripande riktlinjerna för den statliga kunskapsstyrningen. Av förordningen framgår att kunskapsstyrningen ska utgöra ett stöd för huvudmän (landsting och kommuner) och olika professioner som har ansvar för att patienter och brukare ges en god vård och insatser av god kvalitet. Enligt 2 § i förordningen ska styrningen med kunskap ske genom de icke-bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Styrningen med kunskap ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har och bidra till en ökad jämställdhet mellan könen.

[16] Riksrevisionen (2016), s. 7 ff.
[17] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014a), s. 80.

Som ett led i att stärka den statliga kunskapsstyrningen har ett rådgivande organ för styrning med kunskap inrättats, Rådet för styrning med kunskap, som består av tio myndigheter inom områdena hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rådet ska, enligt 8 § ovan nämnda förordning, vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av forskning och innovationer avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Bl.a. har rådet i uppgift att verka för att den statliga styrningen är samordnad och effektiv, anpassad efter professionernas och huvudmännens behov samt att patienters och brukares synpunkter och erfarenheter beaktas i myndigheternas kunskapsstyrning. Rådet ska vid fullföljandet av sina uppgifter beakta den information som Huvudmannagruppen – bestående av sexton ledamöter varav sex företräder landstingen och tio företräder kommunerna – lämnar (10 §). Huvudmannagruppen har att informera rådet om områden där huvudmännen har behov av statlig styrning med kunskap samt hur styrningen bör utformas och kommuniceras.

Bakgrunden till förordningen och rådets bildande var att regeringen ansåg att en effektiv kunskapsstyrning och en fungerande samverkan mellan många aktörer på den nationella, regionala och lokala nivån skulle komma att kräva att uppdraget till de statliga myndigheter som har centrala roller inom kunskapsstyrning tydliggjordes och att samverkan mellan myndigheterna formaliserades. Detta inte minst då flera myndigheter har i uppgift att utge rekommendationer och kunskapsstöd som riktar sig till i huvudsak samma målgrupp och inom närliggande områden. Socialstyrelsen lyftes fram som ett nav för den statliga kunskapsstyrningen och Socialstyrelsens generaldirektör har i uppdrag att leda rådets arbete. Avsikten var att skapa en tydlig, utvecklingsinriktad kunskapsmyndighet med expertkompetens för hälso- och sjukvård och socialtjänst samtidigt som vissa andra myndigheters uppdrag renodlades.[18]

Rådet för statlig styrning med kunskap har verkat sedan juli 2015. Under de första två verksamhetsåren har rådet fokuserat på att etablera arbetsformer och utveckla myndighetsövergripande samverkan inom ett flertal områden för att effektivisera arbetet med den statliga kunskapsstyrningen. Rådet har bl.a. utvecklat sökbarheten genom kodning av myndigheternas produkter, tagit fram en gemen-

[18] Prop. 2014/15:1, utgiftsområde 9, s. 61 ff.

sam omvärldsanalys för att identifiera förutsättningar för kunskapsstyrningen och genomfört en satsning med flera delprojekt som tar sikte på psykisk ohälsa hos äldre. Under 2018 har rådet bl.a. aviserat att en uppföljning av myndigheternas samverkan och kunskapsstyrande uppdrag inom ramen för samarbetet kommer att genomföras.[19]

4.3 Nuvarande styrning och organisation av insatser inom området psykisk hälsa

Totalt indelas den statliga verksamheten sedan 2001 i 47 politikområden med ett eller flera tillhörande fastställda mål. Vissa av dessa politikområden är förhållandevis avgränsade medan andra är sektorsövergripande dvs. involverar insatser som spänner över ett flertal olika politikområden och utgiftsområden. Politikområdena delas i sin tur in i verksamhetsområden och verksamhetsgrenar som till antalet varierar mellan politikområdena. Området psykisk hälsa utgör ett sådant verksamhetsområde inom ramen för hälso- och sjukvårdspolitikens respektive folkhälsopolitiken.[20]

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102). En *behovsanpassad* hälso- och sjukvård innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov, där också behovens storlek styr vårdens prioriteringar. Vården ska vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet. Patienten ska också kunna delta i beslut om vård och behandling. Detta är grunden för en patientcentrerad vård. En *effektiv* hälso- och sjukvård innebär att tillgängliga resurser används på bästa sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga hälso- och sjukvård till befolkningen. En hälso- och sjukvård av *god kvalitet* innebär bl.a. att den ska baseras på bästa tillgängliga kunskap i alla delar av landet och att den ska vara jämlik. En *jämlik* vård innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med gott bemötande, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning,

[19] Rådet för styrning med kunskap (2017), s. 20.
[20] Prop. 2017/18:01, utgiftsområde 9, s. 35.

funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor är ett av de jämställdhetspolitiska delmålen och en förlängning av det övergripande jämställdhetspolitiska målet att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. En vård som är *tillgänglig* innebär bl.a. att den är lätt att komma i kontakt med och att den ges i rimlig tid.

Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Arbetet med att förbättra folkhälsan pågår inom en rad olika samhällssektorer. De faktorer som påverkar folkhälsan är utgångspunkt för folkhälsopolitiken och finns inom ett antal olika områden i samhället, t.ex. idrott, jämställdhet, kultur, utbildning, arbetsmarknad och arbetsliv samt miljö- och naturvård. De samhälleliga förutsättningarnas betydelse för folkhälsoutvecklingen har bl.a. lyfts fram i propositionen God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249) där inriktningen för det svenska folkhälsoarbetet beskrivs. Enligt propositionen ska folkhälsoarbetet i första hand inriktas på folkhälsans bestämningsfaktorer, dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan. För att underlätta arbetet med att nå det övergripande nationella folkhälsomålet styrs arbetet av en sektorsövergripande målstruktur med åtta målområden (se vidare kapitel 2).

4.3.1 Enheten för folkhälsa och sjukvård samordnar insatserna

Arbetsfördelningen inom Regeringskansliet är fördelat på flera departement och sakenheter. Strukturen syftar till funktionalitet i termer av politikområden och sakfrågor.

I Regeringskansliet ansvarar Enheten för folkhälsa och sjukvård på Socialdepartementet för att bereda beslut och i övrigt biträda regeringen i frågor som rör frågor kring psykisk hälsa och ohälsa. Enheten har vidare bl.a. huvudsakligt ansvar för tandvård, läkemedel, sjukvård, sjukvård i internationella förhållanden och inom det folkhälsopolitiska området för samordning av folkhälsopolitiken. Då politiken för insatser inom området psykisk hälsa i dag inte är ett

sektorsövergripande politikområde är ansvaret för samordning av insatserna inom området främst knutet till det statsråd som har ansvar för frågor som berör folkhälsa och sjukvård.

En viktig del av styrningen inom området psykisk hälsa sker genom uppdrag till myndigheter och andra typer av myndighetsstyrning. Socialdepartementet bedriver ett omfattande arbete i dessa delar. Inom området psykisk hälsa pågår 2018 ett trettiotal regeringsuppdrag riktat till de statliga myndigheterna till en omfattning om cirka 157 miljoner kronor. Majoriteten av uppdragen riktas till närmast berörda myndigheter t.ex. Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för social- och medicinsk utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen, medan endast två av uppdragen berör myndigheter utanför Socialdepartementet.[21] Utöver dessa fanns sju riktade uppdrag till civilsamhällets organisationer, t.ex. Röda Korset, samt till enskilda landsting i frågor som rör bl.a. traumavård och KBT (Kognitiv beteendeterapi) på nätet. Den enskilt största utgiftsposten berör statens överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) inom området psykisk hälsa, som omfattar cirka 1,4 miljarder kronor under 2018.

4.3.2 Styrning genom nationell strategi

Under 2015 initierade regeringen en bred översyn av statens insatser inom området psykisk hälsa. Översynen genomfördes i syfte att bättre möta den ökande psykiska ohälsan i Sverige och de utmaningar som den psykiatriska vården står inför. Ett annat syfte med översynen var regeringens målsättning att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Arbetet genomfördes i bred dialog med företrädare för sjukvårdens huvudmän, kommuner, berörda statliga myndigheter, professionsföreningar, brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt det civila samhället (dir. 2015:138). Utifrån översynen konstaterades att området psykisk hälsa berör många samhällsområden och ett stort antal aktörer på olika nivåer. Av det skälet behöver en strategi inom området vara bred och adressera samhällsutmaningar inom alla de områden som påverkar och påverkas av insatser till personer med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. Utifrån översynen

[21] Baserat på information från Enheten för folkhälsa- och sjukvård vid Socialdepartementet.

konstaterades att insatser inom fem huvudsakliga områden – fokusområden – bör utgöra en prioritet för de statliga insatserna under de kommande fem åren.

Fem fokusområden fem år framåt – strategi för statens insatser inom området psykisk hälsa år 2016–2020

Regeringens arbete med insatser inom området psykisk hälsa bedrivs sedan 2016 med utgångspunkt i strategin *Fem fokusområden fem år framå*t. Strategin har ett mer uttalat folkhälsoperspektiv än tidigare satsningar inom området och betonar behovet av tvärsektoriell samverkan inom samhällets alla delområden till barn, unga, vuxna och äldre med psykisk ohälsa eller allvarlig psykisk sjukdom. Syftet med strategin är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och strategiskt arbete och målet är att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förstärka tidiga insatser till personer som drabbas av psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser. Strategin ska ligga till grund för statens insatser inom området psykisk hälsa fram till 2020, för att därefter utvärderas och vid behov omformuleras. Strategin tar sin utgångspunkt i fem fokusområden, som har bedömts vara de mest angelägna för att minska den psykiska ohälsan och öka det psykiska välbefinnandet under de kommande fem åren.

Fokusområde 1: Förebyggande och främjande insatser

Om man räknar förlorade friska levnadsår är psykisk ohälsa i dag en av de stora sjukdomskategorierna. Att drabbas av psykisk ohälsa är inte bara en stor belastning för den enskilda individen utan medför också stora sociala och ekonomiska konsekvenser. Möjligheterna att genom hälsofrämjande insatser minska den psykiska ohälsan är stora, men i alltför hög grad outnyttjade, och de samband som finns när det gäller ojämlikheter i livsvillkor och ohälsa är lika starka för psykisk som för kroppslig ohälsa. En inriktning som tar sikte på att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa är således avgörande för framtiden, för såväl barn och unga som vuxna och äldre. De viktigaste insatserna på området är bland annat att identifiera bästa tillgängliga kunskap, identifiera eventuella brister och stimulera en

utveckling för att öka tillgången på hälsofrämjande insatser i befolkningen

Fokusområde 2: Tidiga tillgängliga insatser

Personer med psykisk ohälsa eller risk för psykisk ohälsa – oavsett ålder och kön, liksom art och grad av ohälsa – måste kunna få tillgång till rätt insatser. Insatserna ska vara anpassade till olika gruppers särskilda behov och sättas in i rätt tid för att motverka en ohälsoutveckling. Två grundläggande förutsättningar för att detta ska kunna uppnås är att det finns god kompetens bland dem som träffar personer med psykisk ohälsa, eller med risk för att utveckla psykisk ohälsa, att känna igen tidiga tecken på psykisk ohälsa samt att det finns god tillgänglighet till bedömning, utredning och behandling när detta bedöms som nödvändigt. Det gäller både vård- och stödinsatser på specialistnivå, i primärvården och andra typer av tidiga insatser. Det är avgörande att minska en fragmentisering och suboptimering av de insatser som erbjuds den enskilde och säkerställa att kunskapsbaserade insatser kan erbjudas en individ tidigt i en ohälsoutveckling. Det gäller såväl psykiatriska vårdinsatser som somatiska insatser till personer med psykisk ohälsa.

Fokusområde 3: Utsatta grupper

De barn, unga, vuxna och äldre som drabbas av psykisk ohälsa ska erbjudas en tillgänglig, god och säker vård och omsorg i enlighet med bästa tillgängliga kunskap. Med en sådan ambition är det viktigt att vara medveten om att olika individer har olika behov och förutsättningar. Det finns inte en lösning eller modell som passar alla och olika grupper har olika mönster för att söka vård och få det stöd som behövs. Av det skälet är det angeläget att särskilt synliggöra skillnader i psykisk hälsa och förutsättningar för psykiskt välmående som varierar med avseende på kön, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet m.m. och att lyfta fram de grupper som har visat sig vara mer utsatta på olika sätt. Det rör sig både om individer tillhörande grupper som riskerar psykisk ohälsa i ökad utsträckning och individer tillhörande grupper som av olika skäl har svårt att få tillgång till samhällets stödinsatser.

Fokusområde 4: Enskildas delaktighet och rättigheter

Personer som lever hela eller stora delar av sitt liv med psykisk ohälsa är en grupp som fortfarande möter brister i vården och omsorgen och det finns mycket kvar att göra för att möta de behov som finns. Den enskilde ska ha möjlighet att vara aktiv i planeringen och genomförandet av de insatser som ges. Även på policy- och verksamhetsnivå är det viktigt att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa är delaktiga i planering och genomförande. Personer med psykiska funktionsnedsättningar har samma rätt som alla andra till delaktighet i samhället, god vård, omsorg och rehabilitering, respektfullt bemötande och självbestämmande.

Fokusområde 5: Ledarskap och organisation

Psykisk hälsa och psykisk ohälsa berör sammantaget mycket stora delar av samhället och dess funktioner. Alla verksamheter som möter människor, från mödra- och barnhälsovården och arbetsplatser till skolor och äldreboenden, påverkar och påverkas av en utveckling för att stärka den psykiska hälsan i Sverige. Samtidigt möter en person som lever med psykisk ohälsa inte sällan många olika typer av välfärdsinstanser under stora delar av sitt liv, både som ung, vuxen och gammal. Ett väl fungerande samarbete och gemensamt ansvarstagande ställer stora krav på organisationer och ledare att motsvara de behov som finns. Organisationer måste samarbeta och samorganiseras för att motverka fragmentering för den enskilde och suboptimering för samhället. Ledare måste ha god kunskap om bästa tillgängliga metoder och vilka verktyg som har stöd i forskning och praktik, och i en snabbt föränderlig värld är förmågan att leda i förändring grundläggande. För att möta de utmaningar som samhället och enskilda står inför krävs en mobilisering av ledarskap och ökade kunskaper på alla nivåer och i olika samhällssektorer, i kombination med en organisering som möjliggör samarbete och resurseffektivitet.

4.3.3 Styrning genom överenskommelser – en central del av strategins genomförande

En av de centrala beståndsdelarna för att uppnå regeringens målsättningar och stödja genomförandet av strategin har varit ett arbete med överenskommelser mellan staten och SKL.

Syftet med överenskommelserna är bl.a. att lägga grunden till ett systematiskt utvecklingsarbete inom kommuner och hos landsting/regioner inom området psykisk hälsa. Under åren 2016–2018 har regeringen, genom överenskommelser med SKL, fördelat mellan 900 miljoner och 1,4 miljarder kronor per år i syfte att stödja utveckling och genomförandet av regeringens strategi i kommuner och landsting/regioner. Inom ramen för överenskommelserna har kommuner och landsting/regioner, för att få ta del av stimulansmedlen, åtagit sig att genomföra analyser av befolkningens behov inom respektive fokusområde i strategin. Analyserna har legat till grund för en handlingsplan av prioriterade åtgärdsområden och kort- och långsiktiga mål inom de respektive fokusområdena, i syfte att möta de utmaningar som olika län står inför.[22]

Uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018.[23] Socialstyrelsens bedömning är att de analyser av de länsgemensamma handlingsplaner som inriktas på den vuxna befolkningen uppvisar en stor variation mellan länen beträffande såväl innehåll som omfattning, struktur, målformuleringar, uppföljningar av arbetet från det gångna året samt utvecklingen av handlingsplanerna över tid. Detta mönster återfinns också när det gäller barn, där variationerna bedöms vara ännu större.[24]

Socialstyrelsen konstaterar att en utveckling av länens arbete har skett och att 2017 års handlingsplaner präglas av lärande, mer fokus och avgränsning samt en stabilitet av länens former för arbete inom

[22] Se t.ex. Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015a), s. 5 ff.
[23] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016a), S2016/06530/FS.
[24] Socialstyrelsen (2018c), s. 7 ff.

området psykisk hälsa. Det är emellertid svårt att avgöra huruvida de åtgärder som planerades genom 2016 års arbete har genomförts eller ej, hur implementeringen av olika insatser har fungerat och vad dessa insatser har givit för resultat.[25]

Resultat från Socialstyrelsens intervjuer med länssamordnare i alla län visar att de överlag upplever ändringen i överenskommelsernas fokus från psykisk ohälsa till psykisk hälsa, som introducerades i och med 2016 års överenskommelse som positiv. Denna förändring har dock krävt mycket tid bl.a. vad gäller att tolka de nya överenskommelserna, förstå förväntningar, våga prioritera samt upparbeta strukturer för samverkan. Av intervjuerna framgår att många länssamordnare upplever att instruktionerna avseende arbetet med överenskommelserna varit otydliga och föränderliga över tid, samt ofta förknippade med alltför korta tidsramar. Länssamordnarna uttrycker vidare att de under 2017 har hittat sina arbetssätt, att de är nöjda med sina handlingsplaner och att de nu behöver tid för förankrings- och implementeringsarbete.[26]

Det är svårt att utläsa vad de medel som utgått specifikt har använts till. Merparten av kommunernas stimulansmedel under 2017 användes till att ta fram behovsanalyser och handlingsplaner samt att samordna arbetet kring psykisk hälsa i länet, kompetenshöjande insatser för personalen och brukarmedverkan. Landstingen/regionerna använde den största delen av stimulansmedlen till utveckling och förstärkning av de ordinarie verksamheterna vilket inkluderar satsningar på specifika arbetsmetoder och metodstöd samt att öka tillgängligheten till vård och behandling via förstärkt ordinarie eller inhyrd bemanning och köp av externa utredningar. Även landstingens och regionernas stimulansmedel har till relativ stor del använts till att ta fram behovsanalyser och utveckla handlingsplaner samt att samordna arbetet kring psykisk hälsa i länet.[27]

4.3.4 Nationell samordnare inom området psykisk hälsa

Parallellt med att regeringens strategi antogs 2015 beslutade regeringen om att tillsätta en särskild utredare – en nationell samordnare – för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk

[25] Socialstyrelsen (2018c), s. 7 ff.
[26] Socialstyrelsen (2018c), s. 9 ff.
[27] Socialstyrelsen (2018c), s. 9 ff.

hälsa (dir. 2015:138). Samordnaren har till formen varit en kommitté inom det statliga utredningsväsendet och har sålunda, till skillnad mot den samordningsfunktion som fanns på Socialdepartementet under åren 2012–2015, inte varit placerad i departementets linjeorganisation. Samordnaren har bl.a. haft i uppdrag att stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. I uppdraget har vidare ingått att främja erfarenhetsutbyte, samverkan mellan berörda aktörer och samordning mellan verksamheter hos samma huvudman. Samordnaren har också uppdraget att fortlöpande identifiera utvecklingsbehov inom området och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder. Vidare har ingått att följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med SKL med fokus på effekter för patienter, brukare och anhöriga samt att föreslå hur utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur.

Till grund för samordnarens uppdrag ligger regeringens målsättning om ett långsiktigt och strategiskt arbete inom området psykisk hälsa, med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer. Samordnaren har årligen redovisat arbetet och arbetets genomförande till regeringen. Samordnaren har också till regeringen överlämnat betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) med förslag för en reformerad lagstiftning kring tvångsåtgärder mot barn i den psykiatriska tvångsvården (dir. 2016:106).

4.3.5 Myndighetsstyrning m.m.

En central del av den statliga styrningen sker genom de statliga myndigheterna. Myndigheterna har, beroende på verksamhetens karaktär, tillgång till olika styrinstrument. Det rör sig bl.a. om bindande föreskrifter och tillsyn, statsbidrag, där myndigheterna prövar ansökningar, samt andra icke-juridiskt bindande styrformer. Myndigheterna tar t.ex. fram kunskapsstöd och rekommendationer, allmänna råd och bistår med utvärdering, uppföljning och information inom olika områden. Huvuddelen av de myndighetsuppdrag som berör området psykisk hälsa riktar sig för närvarande, som redovisats

i avsnitt 4.3.1, till myndigheter under Socialdepartementet, däribland Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.

Ett effektivt arbete inom området psykisk hälsa kännetecknas emellertid, liksom andra sektorsövergripande frågor, av att resultat uppnås genom att frågorna integreras i och utgör del av flera politikområden och inte endast inom hälso- och sjukvårdspolitiken respektive folkhälsopolitiken. Det innebär att de myndigheter vars verksamhet berörs av, och berör, området psykisk hälsa också bör arbeta för att den egna verksamheten bidrar till regeringens politik inom området. Utredningen har identifierat ett tjugotal övriga myndigheter vars verksamhet på ett eller annat sätt tangerar frågor kring psykisk hälsa.

Folkhälsomyndigheten

Av förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten framgår att myndighetens övergripande uppgifter är att verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta. Myndigheten ska vidare, genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning, främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Verksamheten ska stå på vetenskaplig grund och särskild vikt ska fästas vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa.

Folkhälsomyndigheten är sedan 2018 nationell samordnande myndighet för vissa insatser inom området psykisk hälsa inklusive suicidprevention. Folkhälsomyndigheten ansvarar bl.a. för att utveckla samordningen och samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer, utveckla kunskapssammanställning, genomföra utvecklingsarbete samt att utveckla uppföljningen inom psykisk hälsa- och suicidpreventionsområdet.[28] Folkhälsomyndigheten ansvarar vidare för att stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå inom området psykisk hälsa och fördelar statsbidrag till ideella organisationer vad gäller t.ex. barn och unga i migration samt till insatser för att främja psykisk hälsa och förebygga suicid. Under 2018 arbetar myndigheten med cirka 13 uppdrag eller åtgärder kopplade till regeringens

[28] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017a), S2017/07302/RS.

nuvarande strategi inom området psykisk hälsa varav majoriteten av uppdragen följer av myndighetens regleringsbrev.

Särskilt om Folkhälsomyndighetens roll inom det suicidpreventiva området

I samband med propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) redogjorde regeringen för inriktningen av det nationella suicidpreventiva arbetet. Arbetet baseras på en övergripande vision – att ingen människa ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara självmord – och nio åtgärdsområden för att förebygga suicid i befolkningen.[29]

Regeringen beslutade 2014 att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att lämna förslag på utformningen av en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt självmordspreventivt arbete.[30] Folkhälsomyndigheten redovisade uppdraget i rapporten Struktur för kunskapsbaserad suicidprevention – Ett förslag till samordnad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt suicidförebyggande arbete. Strukturen som myndigheten föreslog har fokus på samordning och samverkan mellan berörda parter på samtliga samhällsnivåer, för att kunna inhämta och sprida kunskap. Förslaget innebär även att Folkhälsomyndigheten skulle ansvara för samordningen på nationell nivå och landstingen på regional nivå.[31]

Den 28 maj 2015 uppdrog regeringen, med utgångspunkt i förslaget, åt Folkhälsomyndigheten att samordna det suicidförebyggande arbetet på nationell nivå. Det huvudsakliga syftet med uppdraget är att utveckla det och stärka kunskapsstyrningen av det suicidförebyggande arbetet. Folkhälsomyndigheten ska bl.a. utveckla samordningen och samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer inom området, utveckla kunskapsspridning, stärka kunskapsuppbyggnaden och framtagande av ny kunskap samt ge stöd till sådant utvecklingsarbete, utveckla uppföljningen och publicera sammanfattande årliga

[29] Prop. 2007/08:110, s. 106 f.
[30] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014b), S2014/3988/FS.
[31] Folkhälsomyndigheten (2015), s. 9 ff.

rapporter om utvecklingen på området utifrån sin roll som samordnande myndighet.[32]

Folkhälsomyndigheten ansvarar för att samordna kunskapsutveckling och kunskapsutbyte mellan aktörer på nationell nivå genom två nationella samverkansgrupper – en myndighetsgrupp och en intressentgrupp. I myndighetsgruppen ingår 14 nationella myndigheter och i intressentgruppen finns representanter för ett tiotal ideella organisationer och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt flera forskare. Grupperna träffas regelbundet för att diskutera aktuella frågor och teman med bäring på området suicidprevention, såsom t.ex. situationen med ökad suicidrisk bland ensamkommande flyktingbarn, fokus på suicid i transportsystemet, män och suicid samt det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention.[33]

Socialstyrelsen

Av förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen framgår att myndigheten är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör bl.a. hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Myndigheten ska bl.a. följa, analysera och rapportera om hälsa, hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier. Socialstyrelsen har vidare att ansvara för föreskrifter och allmänna råd inom sitt verksamhetsområde, ta fram och utveckla statistik och pröva frågor om statsbidrag. Myndigheten ska också ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde och genom kunskapsstöd (som nationella riktlinjer, rekommendationer och föreskrifter) bidra till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ett annat uppdrag är att följa upp och utvärdera utvecklingen av vården och omsorgen, utveckla och förvalta nationella indikatorer

[32] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015b), S2015/3986/FS. Uppdraget fördjupades genom direktiv i regleringsbrevet för budgetåret 2018 avseende Folkhälsomyndigheten, se Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017a), S2017/07302/RS.

[33] Folkhälsomyndigheten (2018b), s. 6 ff. I myndighetsgruppen ingår: Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Statens institutionsstyrelse, Migrationsverket, Trafikverket, Kriminalvården, Polismyndigheten, SOS Alarm, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Statens skolverk, Läkemedelsverket och Diskrimineringsombudsmannen.

för god hälsa, vård och omsorg samt redovisa analyser av verksamheternas processer, resultat och kostnader. Myndigheten ansvarar vidare för hälso- och socialtjänstregister och övriga statistikdatabaser, bl.a. vad gäller statistik inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Socialstyrelsen har också en central roll när det gäller statens kunskapsstyrning inom vården och i förhållande till övriga myndigheter (se avsnitt 4.2.6).

Under 2018 arbetar myndigheten med ett tiotal regeringsuppdrag som är kopplade till regeringens strategi inom området psykisk hälsa, samt ett stort antal uppdrag inom närliggande områden som har bäring på området psykisk hälsa.

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Statens beredning för social och medicinsk utvärdering

Statens beredning för social och medicinsk utvärdering (SBU) har i uppdrag att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården och i den verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ur ett medicinskt perspektiv där så är tillämpligt, samt ur ett ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv. I förordning (2007:1233) med instruktion för SBU framhålls att myndigheten ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt och sprida dem så att huvudmän (landsting och kommuner), vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen. Vidare har SBU bl.a. i uppdrag att systematiskt identifiera, aktivt föra ut kunskap om samt utvärdera behandlingsmetoder i vården vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om. Arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter. SBU ingår också i Rådet för statlig styrning med kunskap.

Inom ramen för regeringens insatser inom området psykisk hälsa har SBU två pågående regeringsuppdrag; att ta fram systematiska kunskapsöversikter inom rättspsykiatrin (S2016/05823/FS) samt att se delta i Socialstyrelsens uppdrag om att se över kunskapsläget avseende vård vid ätstörningsproblematik (S2017/07302/RS).

Andra myndigheter med koppling till området psykisk hälsa

Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen ansvarar enligt sin instruktion (2007:1030) för den offentliga arbetsförmedlingen och dess arbetsmarknadspolitiska verksamhet. Myndigheten ska inom ramen för detta verka för att förbättra arbetsmarknadens funktionssätt genom att effektivt sammanföra dem som söker arbete med dem som söker arbetskraft, prioritera dem som befinner sig långt från arbetsmarknaden, samt bidra till att stadigvarande öka sysselsättningen på lång sikt. Inom ramen för sin verksamhet har Arbetsförmedlingen ett samlat ansvar, sektorsansvar, för handikappfrågor inom arbetsmarknadspolitiken och ska inom ramen för detta ansvar vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter.

Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket ansvarar enligt sin instruktion (2007:913) för arbetsmiljö-, arbetstids- och utstationeringsfrågor. Myndigheten ansvarar även för vissa frågor om marknadskontroll och för vissa miljöfrågor. Inom ramen för sitt arbete ska myndigheten verka för goda förhållanden i arbetsmiljön och på arbetsmarknaden och främja samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare på arbetsmiljöområdet. Myndigheten ska också arbeta för att regelverket inom dess verksamhetsområde följs. Myndigheten har vidare bl.a. särskilt till uppgift att ha tillsyn över att arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen följs och planera tillsynen främst med utgångspunkt i analyser av arbetsmiljörisk och risk för att aktörer medvetet bryter mot regelverket.

Barnombudsmannen

Barnombudsmannen (BO) har enligt lag (1993:335) om Barnombudsman till uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen mot bakgrund av Sveriges åtagande enligt Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Detta ska bl.a. ske genom att BO ska driva på genomförandet och bevaka

efterlevnaden av barnkonventionen och inom sitt verksamhetsområde 1. hos regeringen föreslå de författningsändringar eller andra åtgärder som behövs för att barns och ungas rättigheter och intressen skall tillgodoses, 2. informera, bilda opinion och ta initiativ till lämpliga åtgärder i övrigt, 3. företräda barns och ungas rättigheter och intressen i den allmänna debatten, 4. samla kunskap och sammanställa statistik om barns och ungas levnadsvillkor, samt 5. följa den internationella utvecklingen när det gäller barnkonventionens tolkning och dess tillämpning.

Diskrimineringsombudsmannen

Diskrimineringsombudsmannen (DO) har enligt sin instruktion (2008:1401) de uppgifter som följer av diskrimineringslagen (2008:567), lagen (2008:568) om Diskrimineringsombudsmannen och föräldraledighetslagen (1995:584). DO ska i övrigt följa och analysera utvecklingen inom sitt ansvarsområde.

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har enligt sin instruktion (2007:1431) i uppdrag att finansiera och utvärdera forskning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Resultaten av forskning finansierad av Forte ska ligga till grund för behovs- och problemanalyser, kunskapssammanställning och beslutsunderlag. Forte bidrar även genom att stödja implementering och användning av forskning i praktiken. I myndighetens regleringsbrev återfinns ett antal uppdrag rörande särskilda områden som myndigheten ska utvärdera eller bedriva forskning i. Bl.a. ska myndigheten under perioden 2018–2020 genomföra utlysning av medel för forskning för ökad kunskap om olika insatsers betydelser för återgång i arbete. Forskningen ska avse de insatser som särskilt riktats mot personer som är sjukskrivna till följd av psykiska problem och smärtproblematik (dnr S2017/06345/SF).

Försäkringskassan

Försäkringskassan är enligt sin instruktion (2009:1174) förvaltningsmyndighet för de delar av socialförsäkringen och andra förmåner och ersättningar som enligt lag eller förordning ska administreras av Försäkringskassan. Verksamheten består huvudsakligen i att besluta och betala ut sådana förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för. Försäkringskassan ska inom ramen för sin verksamhet bl.a. följa, analysera och förmedla socialförsäkringssystemets utveckling och effekter för enskilda och samhälle inom sitt verksamhetsområde, ansvara för att en kvalificerad kunskapsuppbyggnad sker i fråga om de verksamhetsområden som myndigheten har ansvar för, med utgångspunkt i de mål och andra åligganden som gäller för myndigheten, stödja forskning inom socialförsäkringsområdet, i sin verksamhet belysa, analysera och uppmärksamma Sveriges åtaganden enligt internationella konventioner till skydd för de mänskliga rättigheterna samt ha ett samlat ansvar, sektorsansvar, för funktionshinderfrågor med anknytning till sitt verksamhetsområde och inom ramen för detta ansvar vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter.

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska enligt sin instruktion (2013:176) svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Den lagstiftning som styr verksamheten är i huvudsak hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Av IVO:s instruktion framgår vidare att myndigheten ska samverka med andra berörda myndigheter i syfte att uppnå ett effektivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetet med tillsyn, styrning med kunskap och regelgivning.

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Kriminalvården

Kriminalvården ansvarar enligt sin instruktion (2007:1172) för att verkställa utdömda påföljder, bedriva häktesverksamhet samt utföra personutredningar i brottmål. Kriminalvården ska verka för att påföljder verkställs på ett säkert, humant och effektivt sätt, att lagföring kan ske på ett effektivt sätt, och att återfall i brott förebyggs. Kriminalvården ska särskilt vidta åtgärder som syftar till att brottslighet under verkställigheten förhindras, frigivningen förbereds, narkotikamissbruket bekämpas och innehållet i verkställigheten anpassas efter varje individs behov.

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Läkemedelsverket

Läkemedelsverket ansvarar enligt sin instruktion (2007:1205) för kontroll och tillsyn av bl.a. läkemedel, narkotika och vissa andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står läkemedel nära samt tillsyn av medicintekniska produkter, kosmetiska produkter, tatueringsfärger och vissa varor som är avsedda för kosmetiska och hygieniska ändamål. Kontrollen och tillsynen är till stor del lagreglerad. Läkemedelsverket ska enligt sin instruktion svara för föreskrifter och allmänna råd i fråga om läkemedel och andra produkter som omfattas av myndighetens kontroll eller tillsyn, svara för information inom sitt ansvarsområde till andra myndigheter och enskilda, svara för forskning på områden av betydelse för den kontroll och tillsyn som myndigheten ska bedriva, tillhandahålla producentobunden läkemedelsinformation till allmänheten m.m. Genom Giftinformationscentralen har myndigheten till uppgift att lämna giftinformation och behandlingsråd till hälso- och sjukvården och allmänheten avseende akuta förgiftningar med läkemedel, kemikalier och andra produkter samt biologiska toxiner. Läkemedelsverket ska också bedriva utrednings- och utvecklingsverksamhet för att förbättra läkemedelsanvändningen samt verka för samordning och samverkan mellan de aktörer som är verksamma på området.

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Länsstyrelserna

Länsstyrelserna har enligt förordning (2007:825) med länsstyrelseinstruktion i uppdrag att verka för att nationella mål får genomslag i länet samtidigt som hänsyn ska tas till regionala förhållanden och förutsättningar. Länsstyrelserna ska utifrån ett statligt helhetsperspektiv arbeta sektorsövergripande och inom myndighetens ansvarsområde samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser. Länsstyrelserna ska främja länets utveckling och noga följa tillståndet i länet samt underrätta regeringen om dels det som är särskilt viktigt för regeringen att ha vetskap om, dels händelser som inträffat i länet. Länsstyrelserna har ett särskilt ansvar för frågor som rör folkhälsa. Bland länsstyrelsernas sektorsövergripande uppgifter anges också att länsstyrelserna ska verka för att det av riksdagen fastställda nationella folkhälsomålet uppnås genom att folkhälsan beaktas inom länsstyrelsernas arbete med bl.a. regional tillväxt, samhällsplanering, krishantering samt alkohol och tobak.

Migrationsverket

Migrationsverket är enligt sin instruktion (2007:996) förvaltningsmyndighet för frågor som rör uppehållstillstånd, arbetstillstånd, visering, mottagande av asylsökande, anvisningar till kommuner av nyanlända, återvändande, medborgarskap och återvandring. Migrationsverket ska fullgöra de uppgifter som myndigheten har enligt utlännings- och medborgarskapslagstiftningen, lagstiftningen om mottagande av asylsökande m.fl., lagstiftningen om mottagande av vissa nyanlända invandrare för bosättning samt enligt andra författningar. Migrationsverket ska verka för att de migrationspolitiska målen uppnås genom att bl.a. skapa förutsättningar för ett effektivt och långsiktigt hållbart asylsystem som värnar asylrätten, analysera, följa upp och utvärdera faktorer som har betydelse för myndighetens verksamhet, göra bedömningar och tillhandahålla beslutsunderlag

för regeringens styrning och dimensionering av verksamheter, samverka med andra ansvariga myndigheter inom området så att förutsättningar skapas för ett effektivt genomförande av de verksamheter som följer av de uppgifter som Migrationsverket har.

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd ska enligt sin instruktion (2017:292) bedriva och främja ett kunskapsbaserat arbete och ansvara för kunskapsförmedling i frågor som rör socialnämndernas familjerättsliga ärenden om barns vårdnad, boende och umgänge, fastställande av faderskap och föräldraskap, samarbetssamtal som sker på uppdrag av domstol och föräldraförberedelse, medgivandeutredning och stöd till barn och föräldrar vid internationell adoption. Myndigheten ska även bedriva och främja ett kunskapsbaserat arbete och ansvara för kunskapsförmedling av förebyggande insatser inom områdena samarbetssamtal som inte sker på uppdrag av domstol, familjerådgivning, och stöd till föräldrar i föräldraskapet för att främja barnets utveckling och hälsa (föräldraskapsstöd).

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för delaktighet (MFD) ska enligt sin instruktion (2014:134) främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken på alla nivåer i samhället. I instruktionen betonas bl.a. särskilt att myndigheten ska ta fram metoder, riktlinjer och vägledningar till stöd för arbetet med tillgänglighet och delaktighet. Vidare ska myndigheten följa och initiera forskning inom sitt verksamhetsområde. Myndigheten arbetar också med att följa upp, utvärdera och analysera utvecklingen inom funktionshinderspolitiken.

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ska enligt sin instruktion (2008:1002) utveckla och stödja samhällets beredskap mot olyckor och kriser och vara pådrivande i arbetet med förebyggande och sårbarhetsreducerande åtgärder, arbeta med samordning mellan berörda aktörer i samhället för att förebygga och hantera olyckor och kriser, bidra till att minska konsekvenser av olyckor och kriser, följa upp och utvärdera samhällets krisberedskapsarbete och se till att utbildning och övningar kommer till stånd inom myndighetens ansvarsområde. MSB har ansvar för frågor om skydd mot olyckor, krisberedskap och civilt försvar, i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret. Ansvaret avser åtgärder före, under och efter en olycka, kris, krig eller krigsfara. Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) är förvaltningsmyndighet för frågor som rör ungdomspolitiken och politiken för det civila samhället. Enligt instruktionen (2018:1425) ska myndigheten bl.a. verka för att målen inom ungdomspolitiken och politiken för det civila samhället uppnås genom att 1. ta fram, samla och sprida kunskap, 2. bidra till samordning av statliga insatser, 3. samverka med myndigheter, kommuner, landsting och det civila samhällets organisationer, och 4. fördela statsbidrag. I arbetet ska myndigheten utifrån ungdomars olika förutsättningar och levnadsvillkor bidra till att ungdomar etablerar sig i arbets- och samhällslivet, och verka för att ungdomar har meningsfulla och utvecklande fritidsaktiviteter. Myndigheten ska vidare verka för att ungdomsperspektivet integreras i statliga myndigheters verksamhet och stödja utvecklingen av kunskapsbaserad ungdomspolitik i kommuner och landsting och följa upp och analysera ungdomars levnadsvillkor, attityder och värderingar.

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har enligt sin instruktion (2010:1385) till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Myndigheten ska bl.a. följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter, samt inom sitt verksamhetsområde bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning. Myndigheten har även till uppgift att kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde, i fråga om informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet, på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ, samt inom sitt verksamhetsområde bedriva omvärldsbevakning och genomföra internationella jämförelser.

Polismyndigheten

Polismyndigheten ska enligt sin instruktion (2014:1102) driva verksamheten rättssäkert och enhetligt vid ingripanden mot störningar av allmän ordning och säkerhet och vid utredning och beivrande av brott samt vid förebyggande av brottslig verksamhet. Polismyndigheten ska vara tillgänglig för allmänheten och samverka med lokalsamhället för att kunna möta lokala behov. Myndigheten ska reagera snabbt på samhällsförändringar som påverkar brottsligheten och den allmänna ordningen och säkerheten. Inom ramen för regeringens insatser inom området psykisk hälsa har Polismyndigheten ett pågående uppdrag: att stärka kompetensen hos polisanställda för att bemöta personer med psykisk ohälsa genom förstärkta utbildningsinsatser inom området (Ju2017/06176/PO).

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Statens Institutionsstyrelse

Statens Institutionsstyrelse (SiS) är enligt förordning (2007:1132) ansvarig för sådana hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Inom ramen för detta uppdrag ansvarar myndigheten särskilt för 1. planering, ledning och drift av de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen, 2. anvisning av platser till hemmen, 3. ekonomisk styrning, resultatuppföljning och kontroll, samt 4. Metodutveckling, forskning, uppföljning av vårdresultat samt utvecklingsarbete. I arbetet ska myndigheten utforma sin verksamhet så att den utgår från flickors och pojkars samt kvinnors och mäns villkor och behov samt inför beslut eller andra åtgärder som kan röra barn bedöma konsekvenserna för barn och därvid ta särskild hänsyn till barns bästa.

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Statens Skolverk

Statens Skolverk är enligt instruktion (2015:1047) förvaltningsmyndighet för skolväsendet och för vissa särskilda utbildningsformer. Myndigheten ska genom sin verksamhet främja att alla barn och elever får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barns utveckling och lärande och till förbättrade kunskapsresultat för elever. Myndigheten ska följa utvecklingen inom sitt verksamhetsområde och kontinuerligt göra en analys av behov av åtgärder inom området samt utarbeta och genomföra insatser som tillgodoser dessa behov. Myndigheten har ett samlat ansvar (sektorsansvar) för funktionshinderfrågor inom ramen för sitt verksamhetsområde och – i den mån det inte är en uppgift för Specialpedagogiska skolmyndigheten – inom ramen för detta ansvar vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter.

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Specialpedagogiska skolmyndigheten

Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) ska enligt sin instruktion (2011:130) verka för att alla barn, elever och vuxenstuderande med funktionsnedsättning får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barnens utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna och de vuxenstuderande. Myndigheten ansvarar vidare för specialpedagogiskt stöd samt för utbildning i specialskolan och i förskoleklass och fritidshem vid en skolenhet med specialskola.

Trafikverket

Trafikverket ska enligt sin instruktion (2010:185) med utgångspunkt i ett trafikslagsövergripande perspektiv ansvara för den långsiktiga infrastrukturplaneringen för vägtrafik, järnvägstrafik, sjöfart och luftfart samt för byggande och drift av statliga vägar och järnvägar. Inom ramen för sitt uppdrag ska myndigheten bl.a. svara för frågor om väganordningars tekniska utförande, inhämta och sprida kunskap och information om tillgänglighet, framkomlighet, miljö, hälsa och säkerhet inom sitt ansvarsområde, genomföra djupstudier av samtliga vägtrafikolyckor som har medfört att någon har avlidit och svara för forskning och innovation som motiveras av myndighetens uppgifter.

Myndigheten är, tillsammans med 13 övriga myndigheter, en del av den myndighetsgemensamma gruppen inom suicidpreventionsområdet.

Vetenskapsrådet

Vetenskapsrådet (VR) har enligt sin instruktion (2009:975) i uppdrag att ge stöd till grundläggande forskning av högsta vetenskapliga kvalitet inom samtliga vetenskapsområden. Vetenskapsrådet ska bl.a. främja den svenska grundforskningens kvalitet och förnyelse, stödja forskarinitierad forskning, initiera och stödja ämnesövergripande satsningar på forskning, fördela medel till forskning av internationellt hög kvalitet, främja och ta initiativ till internationellt

forskningssamarbete och erfarenhetsutbyte samt utvärdera forskning och bedöma forskningen och dess vetenskapliga kvalitet och betydelse. Inom ramen för regeringens insatser inom området psykisk hälsa har Vetenskapsrådet sedan 2009 ett pågående uppdrag om att inrätta tjänster för forskning för kliniskt verksamma medarbetare inom den psykiatriska hälso- och sjukvården (dnr S2006/09394/FS).

4.3.6 Landsting/regioner och kommuner

Staten ansvarar i vid bemärkelse för att främja och ge goda förutsättningar för de landstingskommunala huvudmännen att uppfylla sina uppdrag. Det är emellertid landstingen/regionerna och kommunerna, som har det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvårdens och folkhälsopolitikens planering, finansiering, organisation och genomförande (jfr 7 kap. 1 § och 11 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]). Det innebär i förlängningen att ett ändamålsenligt arbete inom området psykisk hälsa är beroende av ett långsiktigt, effektivt och strategiskt arbete på lokal och regional nivå.

Huvudmännens ansvar

Med hälso- och sjukvård avses främst åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, att den hälso- och sjukvård som erbjuds medborgarna särskilt ska vara av god kvalitet med god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och personalen samt vara lätt tillgänglig. Landstingen har det övergripande ansvaret för att befolkningen erbjuds en god hälso- och sjukvård. De är huvudsakligt ansvariga för hälso- och sjukvårdens resurser, dimensionering och planering såvitt gäller befolkningens behov av primärvård, inklusive mödra- och barnhälsovård, och tandvård för barn och ungdomar upp till 20 års ålder.

Landstingen ansvarar vidare för specialiserad psykiatrisk och somatisk vård samt tvångsvård och rättspsykiatrisk vård enligt lagen

(1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, samt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Vidare har landstinget också vissa uppgifter som berör det folkhälsopolitiska området, däribland att säkerställa att hälso- och sjukvården är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Inom de flesta landsting finns vidare kunskapscentrum med olika typer av inriktning som stöder det folkhälsopolitiska arbetet.

Kommunerna är huvudsakligt ansvariga för socialtjänsten inom sitt område och har därmed det yttersta ansvaret för att enskilda som vistas inom kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Det rör sig bl.a. om insatser på strukturell nivå, allmänt inriktade insatser samt individuellt inriktade insatser vad gäller t.ex. sociala problem, bistånd, missbruk, äldreomsorg och stöd till barn som anhöriga. Kommunerna ansvarar vidare, såvitt gäller hälso- och sjukvården, för den hälso- och sjukvård som bedrivs för personer som bor i vissa boendeformer och för dem som vistas i viss dagverksamhet. Kommunerna har vidare ett omfattande uppdrag inom folkhälsoområdet då de är huvudsakligt ansvariga för flera verksamheter som är viktiga ur folkhälsosynpunkt t.ex. skola och barnomsorg, fysisk planering och bostadsförsörjning, hälso- och miljöskydd samt vård- och omsorgsverksamheter för barn, unga, vuxna och äldre samt till personer med funktionsnedsättning.

Kommunal självstyrelse

Den kommunala självstyrelsen har en central ställning i Sverige och utgör en viktig del av vårt demokratiska system. Av 1 kap. 1 § andra stycket Regeringsformen, förkortad RF, framgår att den svenska folkstyrelsen bygger på fri åsiktsbildning och på allmän och lika rösträtt. Den förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. Kommunernas ställning har därvid markerats ytterligare genom att det i 14 kap. RF förts in ett särskilt kapitel om kommunerna. Kapitlet innehåller bestämmelser om den kommunala självstyrelsen, den kommunala beskattningsrätten, beslutanderätten i kommunerna och den kommunala indelningen.

I 14 kap. 1 § RF stadgas att beslutanderätten i kommunerna utövas av valda församlingar. Kommunerna sköter, enligt 14 kap. 2 § RF,

lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Närmare bestämmelser om detta finns i lag. På samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag.

Någon definition av vad som avses med kommunal självstyrelse finns inte. I förarbetena uttalas bl.a. att det varken är lämpligt eller möjligt att en gång för alla dra orubbliga och preciserade gränser i grundlag kring en kommunal självstyrelsesektor och att arbets- och befogenhetsfördelningen mellan stat och kommun i ganska vid omfattning i stället måste kunna ändras i takt med samhällsutvecklingen. Vidare uttalas att det är av grundläggande betydelse för kommunernas kompetens att de utöver sina särskilda åligganden har en fri sektor inom vilken de kan ombesörja egna angelägenheter och att det inom detta område finns utrymme för en kommunal initiativrätt.[34]

Utrymmet för självstyrelsen är emellertid inte obegränsat. Enligt 8 kap. 2 § 3 ska föreskrifter meddelas genom lag om de avser grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen samt kommunernas befogenheter i övrigt och deras åligganden. Denna bestämmelse innebär inte bara en begränsning av utan också ett skydd för den kommunala självstyrelsen. Om området för den kommunala initiativrätten ska inskränkas krävs som utgångspunkt att det sker genom föreskrifter som meddelas av riksdagen. När det gäller kommunernas åligganden och befogenheter krävs även ett bemyndigande i lag för att regeringen ska få meddela andra föreskrifter än sådana som enbart avser verkställighet av lag.

I lagstiftningsärenden är det inte ovanligt att den kommunala självstyrelsen ställs mot andra intressen och att det uppstår omfattande diskussioner kring kommunernas krav på en lokal och regional bestämmanderätt och nationella krav på en enhetlig reglering. I sådana sammanhang är det viktigt att konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen blir föremål för ingående överväganden. Av 14 kap. 3 § RF framgår därför att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Det innebär att inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska göras med tillämpning av en proportionalitetsprincip. En proportionalitetsprövning bör innefatta en

[34] Prop. 1973:90 s. 190 och prop. 2009/10:80 s. 210.

skyldighet att undersöka om det ändamål som regleringen avser att tillgodose kan uppnås på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt än det som föreslås. Om olika möjligheter finns för att nå samma mål bör riksdagen av hänsyn till principen om den kommunala självstyrelsen välja den reglering som lägger minst band på den kommunala självbestämmanderätten, vilket förutsätter att det i lagstiftningsprocessen görs noggranna analyser av den påverkan olika förslag har i detta avseende. Proportionalitetsprincipens huvudsakliga syfte är att åstadkomma en ordning som innebär att intresset av kommunal självstyrelse under beredningen av lagförslag regelmässigt ställs mot de intressen som ligger bakom lagförslaget. Det har ansetts vara av avgörande betydelse att den slutliga bedömningen av om proportionalitetskravet är tillgodosett görs av riksdagen i samband med att den tar ställning till förslaget.[35]

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

SKL är en arbetsgivar- och intresseorganisation som samlar medlemmar inom kommuner, landsting och regioner. SKL:s uppgift är bl.a. att stödja och bidra till att utveckla kommuners, landstings och regioners verksamhet genom att fungera som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. SKL har vidare till uppgift att teckna centrala kollektivavtal om lön och allmänna anställningsvillkor för anställda i verksamheterna och genom intressebevakning påverka utvecklingen inom bl.a. hälso- och sjukvården i den riktning som ger störst nytta för medlemmarna. SKL stödjer medlemmarna, kommuner och landsting/regioner, med aktiviteter inom bl.a. hälso- och sjukvårdsområdet, socialtjänstområdet, skola, arbetsliv och inom folkhälsoområdet. Inom området psykisk hälsa leds arbetet av funktionen Uppdrag psykisk hälsa, som i huvudsak finansieras med medel från de överenskommelser som ingåtts av staten och SKL inom området psykisk hälsa.

[35] Prop. 2009/10:80 s. 212 f.

Uppdrag Psykisk hälsa

Sedan 2012 har regeringen genom överenskommelser med SKL avsatt medel för att stimulera utvecklingen inom området psykisk hälsa. Merparten av medlen har avsatts för utvecklingsarbete inom kommuner och landsting/regioner men staten har också årligen fördelat medel till SKL centralt för att utgöra ett stöd till kommuner och landsting/regioner med bl.a. utvecklingsarbete och uppföljning inom ramen för överenskommelserna.

Utvecklingsarbetet har bidragit med verktyg och strategier för t.ex. elevhälsa, skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård och har involverat såväl det förebyggande arbetet som tidiga insatser och den högspecialiserade vården. Mycket stöd har också utgått för förbättrad samverkan mellan huvudmännen på området. Utvecklingsarbetet och de analyser och uppföljningar som gjorts inom ramen för detta arbete har synliggjort viktiga utmaningar och utgjort ett stöd för huvudmännen och för verksamheterna. Under åren 2016–2018 har SKL mottagit cirka 170 miljoner kronor i utvecklingsstöd för att driva aktiviteter inom området psykisk hälsa och utgöra ett stöd för huvudmännen. Inom ramen för uppdraget har även ingått att utveckla och stödja huvudmännen i specifika projekt som gemensamt har överenskommits av staten och SKL.

Samordningsfunktionen vid SKL, under senare år benämnd uppdrag Psykisk hälsa, har i likhet med den samordningsfunktion som har funnits vid Socialdepartementet haft i huvudsakligt uppdrag att samordna de insatser som skett inom ramen för överenskommelserna men med fokus på kommuner och landsting/regioner. Samordningsfunktionen har bl.a. haft i huvudsaklig uppgift att, inom ramen för överenskommelserna, bidra med:

- löpande stöd till kommuner och landsting/regioner (t.ex. genom analys, kartläggningar, metodstöd och uppföljningsstöd),
- framtagande och distribution av stöddokument inom ramen för de områden som berörs i överenskommelserna,
- utvecklingsarbete inom ramen för överenskommelserna (t.ex. vad gäller aktiviteter inom primärvård, psykiatrisk tvångsvård, skola och elevhälsa),
- samordning och samverkan (t.ex. vad gäller nationella och internationella aktiviteter inom området),

- dialoger med landsting/regioner, kommuner, politiker och organisationer,
- nätverksträffar med kommun- och landstings-/regionrepresentanter, samt
- kommunikation via sociala medier.

SKL har tagit fram ett omfattande stöd- och informationsmaterial riktat till kommuner och landsting/regioner inom ramen för överenskommelserna: dokumentmallar, rapporter och statistik, webb-tv-sändningar, utbildningar, appar, filmer, kunskaps- och metodstöd samt e-learningprogram. Bara under 2017 har samordningsfunktionen tagit fram eller uppdaterat cirka 50 stödmaterial av olika karaktär och genomfört cirka 130 arrangemang inom området.[36]

Struktur för kunskapsstyrning i landsting/regioner

Under 2018 etablerar landsting och regioner, med stöd av SKL, ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Landsting och regioners system för kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården. Förutom kunskapsstöd ingår också stöd till uppföljning och analys, stöd till verksamhetsutveckling och stöd till ledarskapet.

Strukturen utgår från ämnesspecifika programområden

Landsting och regioners kunskapsstyrningsstruktur utgår från 23 ämnesspecifika områden, s.k. nationella programområden (NPO), för t.ex. hjärta/kärl, psykisk hälsa och omvårdnad samt samverkansgrupper för uppföljning och analys, läkemedel och patientsäkerhet och ett nationellt primärvårdsråd. Programområdena syftar till att leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält. De ska bl.a. följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser,

[36] Sveriges Kommuner och Landsting (2018a), s. 53 ff.

identifiera när det saknas kunskapsstöd och bidra i arbetet med användning och utveckling av relevanta nationella kvalitetsregister.[37] Avsikten är även att särskilda expert- och projektgrupper ska kunna kopplas till programområdet/ena för genomförandet av olika aktiviteter bl.a. i framtagandet av nationella vårdprogram, arbete med nationell och regional nivåstrukturering samt bidra i diskussioner om kompetensförsörjning och e-hälsa. Enligt beslutsunderlaget är avsikten att primärvårdsperspektivet alltid ska beaktas och att patientinvolvering alltid ska övervägas i programområdenas konkreta arbete. Vidare ska programområdena ha i uppdrag att samverka med varandra i områden där det utifrån patientperspektivet bedöms nödvändigt. Programområden som avser diagnostik, vård och behandling utifrån en mer organisatorisk synvinkel, ska genomföra sitt uppdrag i nära samverkan med de mer medicinska områdena.[38]

Nationella samverkansgrupper ska leda och samordna det gemensamma arbetet

Vid sidan av de nationella programområdena har nationella samverkansgrupper tillsatts för att leda och samordna det nationella gemensamma arbetet inom åtta områden: 1) metoder för kunskapsstöd, 2) nationella kvalitetsregister, 3) uppföljning och analys, 4) läkemedel och medicintekniska produkter, 5) forskning och Life Science, 6) strukturerad vårdinformation, 7) patientsäkerhet samt 8) eventuella tillfälliga satsningar.[39] Samverkansgrupperna bemannas med experter och företrädare från respektive sjukvårdsregion samt från SKL. Samverkansgrupperna ska, om det bedöms relevant, även kunna bestå av företrädare från myndigheter och andra intressenter. I underlaget till beslutet om samverkansstrukturen poängteras att en förutsättning för att kunskapsstyrningsmodellen ska nå maximal nytta, är att landstingen möter upp med regionala organisationer som kan ta emot och omsätta det som tas fram nationellt. Detta för att anpassa förslagen efter lokala förutsättningar så att de når hela vägen ut till patientmötet. Avsikten är att utgå från sjukvårdsregionernas befintliga medicinska samverkansgrupper och kunskapsstyrningsorganisationer.

[37] Sveriges Kommuner och Landsting (2017a), s. 1 ff.
[38] Sveriges Kommuner och Landsting (2017a), s. 1 ff.
[39] Sveriges Kommuner och Landsting (2017a), s. 1 ff.

En strategisk styrgrupp har bildats för att leda arbetet

En strategisk styrgrupp har bildats för att leda arbetet, styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan (SKS). Styrgruppen har att verka för att kunskapsstyrningen blir ett stöd för huvudmännen och professionen och att den är samordnad, effektiv, ändamålsenlig och användbar. Vidare ska styrgruppen godkänna verksamhetsplaner, fördela och följa upp de gemensamma medlen, hålla riktningen utifrån vision- och målbeskrivning och göra horisontella prioriteringar för kunskapsstyrningsfältet.[40] Styrgruppen får sitt uppdrag och mandat från landstingspolitikerna och består av två representanter från landstings- och regiondirektörsföreningen, fyra representanter hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket samt en representant från SKL (direktören för avdelningen för vård och omsorg). Samtliga sex sjukvårdsregioner är också representerade. Styrgruppen ska kunna utökas med ytterligare ledamöter om behov finns. Till styrgruppen har kopplats en NSK-regiongrupp, ett nätverk för utbyte av erfarenheter och lärande mellan landsting och regioner i kunskapsstyrningsfrågor. Gruppen bidrar till att arbetet på nationell nivå tar in flera olika perspektiv, samt förankrar pågående arbete ut i respektive region.[41]

Nationell struktur för kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa – regionala resurscentrum

Under 2017 tillfördes SKL, genom 2017 års överenskommelse om insatser inom området psykisk hälsa, 45 miljoner kronor för inrättandet av högst sex stycken s.k. regionala resurscentrum med placering i respektive sjukvårdsregion. Regeringen och SKL bedömde att resurscentrumens arbete i första hand ska ta sikte på a) första linjens vård, b) primärvårdens möjlighet att tidigt och effektivt möta psykisk ohälsa och förebygga och främja psykisk hälsa samt c) gränssnittet och samarbetet mellan olika aktörer och vårdgivare. Inom ramen för arbetet åtog sig SKL att förhandla med landsting/regioner och teckna avtal om inrättandet av resurscentrumen samt att tillsammans med regeringens nationella samordnare inom området psykisk

[40] Sveriges Kommuner och Landsting (2017a), s. 1 ff.
[41] Sveriges Kommuner och Landsting (2017a), s. 1 ff.

hälsa och i nära samverkan med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, utarbeta kriterier som de regionala resurscentrumen ska arbeta mot.[42]

Under 2017 påbörjade SKL arbetet med de regionala resurscentrumens uppbyggnad. Samtliga sex sjukvårdsregioner tilldelades 6 miljoner kronor för att etablera ett resurscentrum inom sin region med uppdrag att aktivt stödja arbetet för psykisk hälsa inom både landsting/regioner och kommuner.[43]

Det lokala etableringsarbetet har i ett första steg tagit sikte på att identifiera pågående aktiviteter på lokal och regional nivå som kan länkas samman med arbetet i resurscentrumen. I inventeringen identifieras t.ex. enheter, samverkansgrupper och större projekt inom sjukvårdsregionen och dess ingående län och kommuner vad gäller bl.a. kunskapsstöd, uppföljning och utvärdering, utvecklingsarbete och stöd till chefer, kompetenser, resurser och produkter/plattformar. Parallellt med resursinventeringen förs dialog kring utformning av strukturen för ökat kunskapsutbyte inom psykisk hälsa. Arbetet sker i nära samverkan med landsting/regioner, kommuner, nätverk och sammanslutningar med koppling till SKL, experter och företrädare för professionsorganisationer samt berörda myndigheter.[44]

Regeringens nationella samordnare inom området psykisk hälsa (S2015:09) lämnade i samband med 2018 års avrapportering till Socialdepartementet ett förslag om att regeringen fortsatt bör stödja utvecklingen av de regionala resurscentrumen. Mot bakgrund av andra pågående initiativ inom området bedömer samordnaren emellertid att det är angeläget att arbetet i de regionala kunskapsstödjande strukturer som har etablerats genom resurscentrumen ska koncentreras till att förstärka styrningen med kunskap inom förebyggande- och främjandeområdet i samverkan med övriga aktörer på området. I syfte att stödja den fortsatta etableringen av resurscentrumen föreslår samordnaren att SKL tillförs 10 miljoner kronor per år under 2019 respektive 2020, varav 2 miljoner kronor per år ska användas för att stärka kommunernas deltagande.[45]

[42] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016b), s. 10 f.
[43] Sveriges Kommuner och Landsting, hämtad 2018-10-03.
[44] Sveriges Kommuner och Landsting, hämtad 2018-10-04.
[45] Den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa (2018), s. 14.

4.4 Statens styrning av området psykisk hälsa 1995–2015

Mellan år 1995 och 2015 har olika regeringar tagit initiativ till sex större satsningar inom området psykisk hälsa, ohälsa och psykiatri – Psykiatrireformen, Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården, Nationell Psykiatrisamordning, Satsning på psykiatri- och socialtjänst, Statens psykiatrisatsning samt Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO) – som har styrt statens insatser och åtgärder inom området. Det övergripande syftet med satsningarna har varit att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa eller allvarlig psykisk sjukdom och utveckla insatserna riktat till gruppen barn och unga.

I det följande beskrivs hur den statliga styrningen inom området psykisk hälsa har organiserats och utformats sedan Psykiatrireformen 1995. Fokus i beskrivningen ligger på de statliga satsningarnas inriktning och resultat. Av läsbarhetskäl beskrivs de statliga satsningarna kronologiskt. Utredningens överväganden, förslag och bedömningar för att åstadkomma en långsiktig, strategisk och ändamålsenlig styrning återfinns i kapitel 5.

4.4.1 Psykiatrireformen

Sverige skiljer sig inte i något avgörande avseende från övriga länder i västvärlden när det gäller inriktningen och utvecklingen av den psykiatriska vården. Systemet med en utbyggd slutenvårdspsykiatri dominerade fram till 1970-talet då en rad statliga utredningar kom att peka på problem.[46] Kritiken mot mentalsjukhusen var stark och det alternativ som formulerades var en mer sektoriserad vårdorganisation lokaliserad inom den allmänna somatiska vården med helhetssyn, lättillgänglighet, öppna former, samverkan och förebyggande arbete som ledande principer.

Ett genomgående tema i utredningarna var frågan om hur gruppen psykisk långtidssjuka skulle hanteras och hur ansvarsfördelningen mellan kommunens socialtjänst och landstingens psykiatri skulle se ut i samband med mentalsjukhusens avveckling. Konsensus om att socialtjänstens ansvarsområde borde utvidgas fanns men

[46] Se t.ex. Socialstyrelsen (1970), Socialstyrelsen (1973), Socialstyrelsen (1978) samt Socialstyrelsen (1979).

ingen av utredningarnas förslag på ansvarsfördelning fick något egentligt genomslag.[47] Ambitionen att utveckla en öppenvårdsbaserad psykiatrisk verksamhet började emellertid efterhand att resultera i konkreta initiativ och mitten av 1980-talet hade i princip alla landsting i Sverige skapat särskilda sektorskliniker med sammanhållet ansvar för psykiatriska insatser inom ett geografiskt område.

År 1989 tillsattes en utredare (Mentalservicekommittén) i syfte att utreda förutsättningarna för att förbättra livssituationen för personer med psykisk störning och åtgärda de oklarheter som fanns när det gällde ansvarsfördelningen och organisationen av stöd och vård till målgruppen. 1990 omvandlades utredningen till en parlamentariskt sammansatt kommitté, benämnd Psykiatriutredningen. Slutbetänkandet Välfärd och valfrihet (SOU 1992:73) innehöll en rad vårdideologiska ställningstaganden samt ett stort antal förslag, bl.a. på förändringar i lagstiftningen.[48]

I den proposition som följde av betänkandet (prop. 1993/94:218) förtydligades kommunernas ansvar för insatser till personer med psykiskt funktionshinder och därmed påbörjades den s.k. Psykiatrireformen. Trots dess benämning var det inte någon reform i egentlig mening utan snarare ett försök att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk funktionsnedsättning genom incitament för att stärka den enskildes självbestämmande och möjliggöra ett självständigt liv. Bl.a. synliggjordes personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning för första gången i socialtjänstlagen och kommunernas skyldighet att erbjuda boende, sysselsättning och övrigt socialt stöd till gruppen tydliggjordes i lagstiftningen. Däremot antog inte regeringen något av utredningens förslag om att tydligare anpassa lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, till den aktuella målgruppen. De principer som Psykiatriutredningen hade identifierat kom heller inte till uttryck i regeringens proposition, men socialutskottet uttalade i sitt betänkande att de skulle beaktas vid reformens genomförande (Bet. 1993/94: SoU 28). Reformens bärande principer var att:

[47] Nationell Psykiatrisamordning (2006), s. 84 f.
[48] Nationell Psykiatrisamordning (2006), s. 84 f.

- den psykiskt störde[49] ska ha samma rättigheter och skyldigheter som andra grupper i samhället,
- den psykiskt störde ska ha rätt till service, stöd och vård som är anpassad efter dennes individuella förutsättningar och behov,
- den psykiskt stördes egna val och prioriteringar ska vara utgångspunkten för alla insatser som riktas till den enskilde,
- service, stöd och vård ska ges i så öppna former som möjligt ute i det lokala samhälle där individerna lever,
- insatserna ska utformas så att de understödjer den enskildes oberoende och integritet,
- insatserna ska utformas så att de stödjer den enskildes välfärd.

För att täcka kommunernas ökade kostnader för reformen genomfördes en skatteväxling som innebar att i genomsnitt 15 procent av landstingets resurser och verksamheter för psykiatrin överfördes till kommunerna. Vidare riktades omkring 1 miljard kronor i statliga medel under sammanlagt tre år till kommunerna i samband med reformens ikraftträdande. Merparten av medlen öronmärktes för att utveckla samarbetsformer inom socialtjänst och psykiatri och till att förbättra villkoren för personer med samtidig psykisk sjukdom och beroendesjukdom.[50]

Effekterna av reformen

I processen med att implementera Psykiatrireformen fanns vissa svårigheter. Dels fanns en tröghet när det gällde att bygga upp ett system av samhällsbaserade vård- och stödinsatser som kunde kompensera för nedläggning av mentalsjukhusen, dels uppstod på många håll en s.k. ”transinsitutionalisering” där personer i målgruppen kom att flyttas från institutioner inom landstinget till institutioner som drevs av kommunen.[51] Det bristande utbudet av vård- och stödinsatser utanför den specialiserade psykiatrin ledde också till vad som kallades en ”svängdörrspsykiatri” där personer i målgruppen kom att

[49] Termen psykiskt störd användes av Psykiatriutredningen i betänkande Välfärd och valfrihet (SOU 1992:73) som låg till grund för regeringens proposition.
[50] Prop. 1993/94:218, s. 2 ff.
[51] Markström (2003), s. 108 ff.

vårdas vid korta och upprepade tillfällen inom den psykiatriska slutenvården och i övrigt lämnades utan insatser. Många hamnade i hemlöshet och dödligheten i målgruppen ökade kraftigt till följd av att ingen aktör förmådde möta målgruppens somatiska vårdbehov.[52] Psykiatrireformen innebar samtidigt vissa förbättringar, framför allt för yngre personer med psykiskt funktionshinder. Dessa personer ofta fick en bättre allmän situation utanför mentalsjukhusen och flera ändamålsenliga boende- och sysselsättningsformer utvecklades genom reformen. Vidare etablerades en ändamålsenlig samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten på många håll i landet och anhörigas betydelse för en framgångsrik rehabilitering blev tydligare.[53]

De tidsbegränsade stimulansmedlen som staten avsatte för kompetens- och kapacitetsutveckling ökade kommunernas initiativförmåga inom området, åtminstone på kort sikt, och medförde att en stor mängd verksamheter startade runt om i landet, inte sällan i projektform. Försöksverksamheter med s.k. personliga ombud startades liksom projekt inom kamrat- och anhörigstöd, oftast utfört av den organiserade brukar- och anhörigrörelsen. Enligt Markström (2003) var projektformen sannolikt lämplig för att hantera den otydlighet som fanns i reformen, för att få del av de statliga medlen och för att snabbt komma igång med arbetet men den innebar också en suboptimering av verksamheterna. Bl.a. fanns en bristande samordning och en intern konkurrenssituation och projekten isolerades inte sällan i relation till moderorganisationerna, vilket kom att innebära att initiativen inte alltid införlivades i ordinarie strukturer.[54]

Effektiv reformstrategi men med konsekvenser för verksamheterna

De projekt som startades av kommunerna i samband med Psykiatrireformen var i allmänhet treåriga och följde de statliga stimulansmedlen. De tidsbegränsade medlen var på kort sikt en effektiv reformstrategi, men innebar konsekvenser för verksamheterna i samband med att de statliga stimulansmedlen upphörde. De lokala initiativ som riktades till målgruppen personer med samtidig psykisk sjukdom och beroendesjukdom, som initialt visade mycket goda resultat, hade

[52] Markström (2003), s. 108 ff.
[53] Socialstyrelsen (1999), s. 3 ff.
[54] Markström (2003), s. 108 ff.

t.ex. stora svårigheter att spridas och implementeras efter stimulansmedlens upphörande. De medel som fördelades i samband med reformen understödde vidare ett antal goda initiativ när det gäller arbetsnriktad rehabilitering, men bidrog inte till något genombrott när det gäller metod- och verksamhetsutveckling. Många projekt lades i träda när medlen upphörde och vitaliserades först i början på 2000-talet genom initiativ från den statligt tillsatta utredningen Nationell psykiatrisamordning.[55]

Med vissa undantag fanns också en tendens att viljan till samarbete mellan de viktigaste aktörerna i frågor kring arbete och sysselsättning – kommunen, psykiatrin och försäkringskassa och arbetsförmedling – upphörde i samband med att de statliga stimulansmedlen tog slut. En orsak till detta kan vara att satsningen i huvudsak hade kommunerna och landstingen i fokus, och att det inte var obligatoriskt för andra viktiga aktörer att medverka.[56]

En slutsats som kan dras av den projektdrivna reformen var att takten i arbetet med att utveckla nya arbetssätt mattades av när de riktade statsbidragen upphörde och att det var svårt att vidmakthålla nätverk, kompetens och samordning som byggts upp inom ramen för projekten. Socialstyrelsen har i sin utvärdering av reformen också konstaterat att det var mycket svårt att göra kostnadsberäkningar, t.ex. för att kunna avgöra om huvudmännens utgifter för målgruppen ökade eller minskade i samband med reformen.[57] Ett viktigt skäl till detta var att målgruppen blev otydlig. Begreppet *psykisk störning* som användes i psykiatriutredningens slutbetänkande beskrivs av Markström (2003) som:

> (…) luddigt och en direkt dålig term för att fånga upp den grupp som nog egentligen stod i fokus – de personer som har stora sociala konsekvenser av sin långvariga psykiska sjukdom.[58]

Trots problemen med insatsernas långsiktighet har Psykiatrireformen inneburit ett tillskott av samhällsbaserade insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. I princip alla svenska kommuner kan i dag erbjuda verksamheter för sysselsättning till målgruppen liksom anpassade boendelösningar och stöd i eget boende. Det kan dock konstateras att det fortfarande finns ett stort behov av att förbättra

[55] Nationell Psykiatrisamordning (2006), s. 86 ff.
[56] Markström (2003), s. 108 ff.
[57] Socialstyrelsen (1999), s. 3 ff.
[58] Markström (2003), s. 305.

levnadsvillkoren för personer med psykisk funktionsnedsättning. Flera studier pekar på att målgruppen fortfarande har sämre levnadsförhållanden än befolkningen i stort även i förhållande till andra funktionshindergrupper. Personer med psykisk funktionsnedsättning har t.ex. lägst sysselsättningsgrad av alla funktionshindergrupper och forskningen om arbetsvillkor och arbetsmarknad för personer med psykiska funktionsnedsättningar visar entydigt på svårigheter, utanförskap och administrativa hinder.[59] Vidare saknar många kommuner tillräcklig kunskap om målgruppens storlek och behov vilket påverkar möjligheterna att utveckla ändamålsenliga insatser och åtgärder samt identifiera samverkansbehov och kompetensutveckling inom kommunerna.[60]

4.4.2 Nationell handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården 2001–2007

Kort efter Psykiatrireformen beslutade riksdagen om en Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149). I propositionen presenteras åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning. Detta skulle ske genom att stärka primärvården i landstingen och hälso- och sjukvården i kommunerna i syfte att åstadkomma positiva effekter för hälso- och sjukvården som helhet och förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet. Dessutom föreslogs åtgärder för att stärka stödet till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa samt till psykiskt funktionshindrade.[61]

Vad gäller utvecklingen av den psykiatriska vården konstateras i propositionen att den ökning av psykisk ohälsa i befolkningen som skett under 1990-talet på sikt kan leda till allvarlig psykisk ohälsa och att det därför är viktigt att denna ökning får bilda utgångspunkt för tidiga insatser för att förhindra att problemen fördjupas. Regeringen påpekade också att psykisk ohälsa hos äldre är ett i allt för stor utsträckning dolt vårdbehov och att varken psykiatrin eller primärvården i landsting och kommuner tillräckligt väl har lyckats anpassa sina arbetsformer till denna patientgrupp. Vidare bedömdes att Psykiatrireformens huvudinriktning, att med hjälp av tidiga insatser

[59] Socialstyrelsen (2012c), s. 7 ff.
[60] Socialstyrelsen (2012a), s. 11 ff.
[61] Prop. 1999/2000:149, s. 42 ff.

reducera framtida funktionsnedsättningar, skulle ligga fast. Regeringen pekade på att insatser i ursprungsmiljön för målgruppen psykiskt funktionshindrade är särskilt betydelsefulla och att behovet av att samverka med andra var stort och behövde intensifieras.

Utvecklingsavtal och stimulansmedel

Insatserna i den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården konkretiserades i ett utvecklingsavtal som slöts mellan regeringen och dåvarande Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Utvecklingsavtalet skulle, tillsammans med de övriga förslag som lämnades i propositionen, ligga till grund för reformen. En central del i utvecklingsavtalet var att landstingen skulle ta fram lokala handlingsplaner eller motsvarande som utifrån lokala förutsättningar skulle precisera hur intentionerna i den nationella handlingsplanen skulle uppfyllas. Socialstyrelsen gavs sedermera i uppdrag att följa detta arbete och att svara för den nationella uppföljningen av utvecklingsavtalet. Avtalet omfattade ett resurstillskott riktat till huvudmännen om 8 miljarder kronor under åren 2002–2004 varav 70 procent av medlen tillföll landstingen och 30 procent kommunerna. Detta innebar att den största delen av satsningen avsåg landstingens hälso- och sjukvård.[62]

Av det nationella utvecklingsavtalet framgick att landstingen skulle arbeta för att förbättra insatserna till barn och unga, äldre och personer med funktionsnedsättning. Vad gäller barn och unga skulle landstingen bl.a. säkerställa att barn och unga erbjöds tidiga insatser vid tecken på psykisk ohälsa, att unga i åldern 16–25 med omfattande behov erbjöds samordnade insatser mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin samt att vårdinnehållet för barn och ungdomar med psykiska problem och samtidigt missbruk utvecklades. Genom avtalet skulle landstingen vidare uppmärksamma psykiskt funktionshindrade och tillgodose deras psykiatriska och somatiska vårdbehov och svara för att äldre med psykiatriska vårdbehov identifierades och erbjöds behandling.

I avtalet framgick vidare att en del av resurstillskottet skulle användas till för att höja kompetensen i den kommunala hälso- och sjukvården med fokus på den medicinska kvaliteten i vård som ges

[62] Prop. 1999/2000:149 s. 59.

vid särskilt boende och i hemsjukvård. Kommunerna skulle svara för förstärkningen genom att bl.a. exempelvis anställa fler personer med högskoleutbildning, t.ex. psykologer och kuratorer.[63]

Satsningen förlängs under åren 2005–2007

Regeringen konstaterade i den proposition som låg till grund för den nationella handlingsplanen (prop. 1999/2000:149) att planens huvudinriktning, dvs. att göra primärvården i landsting och kommuner till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården, skulle komma att kräva insatser och utvecklingsarbete under en följd av år. Den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården upphörde att gälla vid 2004 års utgång, men följdes i stället av överenskommelser om fortsatta satsningar på primärvård, äldrevård och psykiatri. I mars 2005 enades parterna – staten, dåvarande Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet – om vikten av att fortsätta det utvecklingsarbete som hade påbörjats genom den nationella handlingsplanen. Två nya överenskommelser tecknades, en för primärvård och äldrevård och en för psykiatri. Satsningen kom därmed att förlängas till att gälla även under åren 2005–2007. Inriktning och åtaganden i det ursprungliga utvecklingsavtalet skulle ligga fast. Dessutom skulle en kraftsamling göras inom de områden där Socialstyrelsens uppföljningar av Psykiatrireformen (1999) visat att ytterligare åtgärder behövdes. För psykiatrins del innebar det att landsting och kommuner fortsatt skulle svara för att barn och ungdomar som visat tecken på psykiska problem erbjöds tidigt och adekvat stöd, att personer med psykiskt funktionshinder uppmärksammades och att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blev tillgodosedda samt att äldre med psykiatriska vårdbehov identifierades och erbjöds behandling.[64]

De nya överenskommelserna var emellertid inte kopplade till några stimulansbidrag. Från och med år 2005 övergick medlen i det nya utjämningssystemet, vilket innebar att tillskottet permanentades. Regeringen förutsatte emellertid att landstingen fortsatt skulle använda motsvarande summa till förbättringar inom primärvård, äldrevård och psykiatri även under perioden 2005–2007. Överenskommelserna innebar att varje landsting skulle fortsätta att följa upp de

[63] Prop. 1999/2000:149, s. 33 ff.
[64] Riksrevisionen (2009), s. 45 ff.

lokala handlingsplaner som de utarbetat 2001 och redovisa resultaten till Socialstyrelsen. Det enda formella krav som ställdes på landstingen var dessa redovisningar.[65]

Begränsade resultat och oklara effekter

Riksrevisionsverket (RRV)[66] redovisade år 2003 en granskning av utvecklingsavtalets förutsättningar att vara ett effektivt styrmedel. Underlaget avsåg främst primärvården men RRV ansåg att slutsatserna var giltiga för hela utvecklingsavtalet, alltså även för den del som rörde psykiatrin. RRV:s granskning baserades bl.a. på fallstudier i fyra landsting där man genomfört intervjuer med ett stort antal befattningshavare.

De brister i vården som beskrevs i utvecklingsavtalet mellan staten och kommun- och landstingsföreträdarna visade sig vara väl känd hos huvudmännen. Avtalet ansågs inte innebära något nytt jämfört med de aktiviteter som redan pågick eller planerades inom respektive landsting. Att den kommunala självstyrelsen skulle ligga fast var inskrivet i avtalet. I landstingen tolkades detta som att det var ledningen i varje landsting som skulle avgöra vad resurserna skulle anslås till. För de flesta var det också okänt hur mycket pengar staten tilldelat respektive landsting. Enligt RRV var det endast ett fåtal personer som hade insyn i hur mycket bidrag de enskilda landstingen fått genom utvecklingsavtalet, varför det också var få som kunde bevaka vad resurserna användes till. RRV framhöll att det i första hand är landstingens ansvar att se till att de har nödvändiga ekonomiska och personella resurser eftersom de beslutar både om landstingsskatten och om antalet tjänster för blivande specialister (ST-tjänster). RRV menade dock att staten kan påverka även detta genom de ekonomiska bidragen och en ökning av antalet antagningar på läkarprogrammen. RRV påpekade också att de ekonomiska tillskotten enligt avtalet betalades ut samtidigt med en indragning av det generella statsbidraget i övrigt och i en tid då flertalet landsting uppvisade ett dåligt ekonomiskt resultat. För flera landsting innebar landstingens svaga ekonomi att kommunallagens krav på budget i balans ställdes mot statens ambitioner att tillskottet skulle gå till de

[65] Riksrevisionen (2009), s. 45 ff.
[66] Numera Riksrevisionen.

i avtalet utpekade områdena. RRV:s bedömning var att utvecklingsavtalet hade begränsade förutsättningar för att vara ett effektivt styrmedel.[67]

Socialstyrelsen redovisade i sin slutrapport från 2005 kritiska slutsatser i fråga om landstingens åtgärder. Vissa av slutsatserna hade med styrformen att göra, bl.a. konstateras att den nationella handlingsplanen tycktes ha haft störst betydelse i periodens början trots att det ekonomiska tillskottet var störst i slutet av perioden. Hanteringen av bidragen innebar vanligen att tillskotten lades in i den ordinarie budgetprocessen. I några få landsting lades tillskotten in som projektmedel eller övriga intäkter i budgeten och fördelades till olika sjukvårdsområden. Landstingen lyckades inte omfördela resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin. Inte heller sammanföll insatserna alltid med handlingsplanens intentioner.[68] Landstingens planer gav mera uttryck för ambitioner och inriktning än för konkreta mål. Ibland var det också svårt att urskilja vad som var målsättning och vad som var åtgärd. Handlingsplanerna skulle ligga till grund för landstingens uppföljning, men det framgick sällan hur uppföljningarna skulle gå till. Handlingsplanerna var också mycket olika i struktur och omfattning och innehöll sällan uppföljningsbara mål.[69] Vidare konstaterade Socialstyrelsen att det var svårt att följa hur medlen använts och i vilken utsträckning statens stimulansmedel träffade målgruppen. Det var heller inte möjligt att utvärdera kvalitet eller tillgänglighet och det var svårt att skilja effekterna av olika statliga satsningar från varandra. Det var dessutom svårt att veta i vilken mån de statliga insatserna över huvud taget haft effekter på landstingens verksamhet, i jämförelse med den utveckling som skulle ha ägt rum utan dessa insatser. [70]

4.4.3 Nationell psykiatrisamordning 2003–2006

I början av 2000-talet inträffade ett antal tragiska händelser då flera grova våldsbrott begicks av personer som var eller nyligen hade varit i kontakt med den psykiatriska vården. Dessa händelser ledde fram

[67] Riksrevisionen (2009), s. 45 ff.
[68] Riksrevisionen (2009), s. 42 ff.
[69] Riksrevisionen (2009), s. 45 ff.
[70] Riksrevisionen (2009), s. 47.

till ett nationellt ifrågasättande av samhällets möjligheter att ta hand om personer som behöver och söker psykiatrisk hjälp.

Regeringen beslutade 2003 att tillkalla en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir. 2003:133). Den nationella psykiatrisamordnaren fick också i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet.

Utredningen, som antog namnet Nationell psykiatrisamordning, skulle enligt direktiven slutredovisa sitt arbete i november 2006. Arbetet skulle genomföras i bred dialog med flera olika aktörer, bl.a. landsting och kommuner, dåvarande Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, myndigheter och brukarorganisationer. Fokus i samordnarens arbete skulle ligga på personer med allvarliga psykiska besvär. Särskild uppmärksamhet skulle ges till frågor om arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens. Psykiatrisamordnaren skulle därutöver identifiera och analysera problem samt föreslå åtgärder, och lämna förslag till utveckling av psykiatrins former. Samordnaren skulle vidare se över personalförsörjningsfrågan och det kommande resursbehovet i verksamheterna liksom ett antal mer specifika frågor inriktade på förändringar i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV.

Förslag till nationell utvecklingsstrategi

I Psykiatrisamordningens slutbetänkande Ambition och ansvar (SOU 2006:100) lämnades över 100 förslag och bedömningar avseende samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.[71] Förslagen och bedömningarna spände över ett brett område och involverade såväl åtgärder för en ändamålsenlig vård till målgruppen, stödinsatser samt förslag för utveckling på områden som arbete, sysselsättning och fritid. En del av förslagen berörde också den statliga styrningen. Nationell Psykiatrisamordning konstaterade bl.a. att det fanns ett stort behov av en tydlig politisk

[71] Nationell psykiatrisamordning (2006), s. 20 ff.

viljeinriktning för samhällets insatser mot psykisk ohälsa och för personer som lider av psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder. Mot bakgrund av detta föreslogs en nationell utvecklingsstrategi med mål och inriktning för vård, boende, sysselsättning och delaktighet i samhället för människor med allvarlig psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder. Strategin föreslogs antas av riksdagen och utgå från följande övergripande vision:

> Som medborgare i Sverige ska jag kunna känna mig trygg i att jag och mina medmänniskor:
> – får god och säker vård och omsorg om vi får problem med vår psykiska hälsa,
> – har samma möjligheter till bostad, arbete, gemenskap och delaktighet i samhället som andra även om vi har ett psykiskt funktionshinder eller allvarlig psykisk sjukdom.[72]

Inom ramen för strategin föreslogs vidare fyra konkreta mål som skulle vara uppfyllda senast år 2015:

> Alla människor med allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder ska garanteras;
> – bostad och det stöd i vardagen som de har behov av,
> – arbete eller meningsfull sysselsättning,
> – gemenskap och delaktighet i samhället,
> – goda vård- och stödinsatser.[73]

För att säkerställa en långsiktig måluppfyllelse föreslog samordningen också en rad konkretiserade delmål och ett slutmål för 2015.

Förslag till nationell styrning

Den nationella psykiatrisamordningen lämnade också förslag på en nationell styrstrategi. Styrstrategin skulle bidra till att stärka innehållet och kvaliteten i insatserna, som generellt bedömdes som låg, och motverka de stora skillnaderna i utbud över landet. I betänkandet angavs åtta principiella ställningstaganden som enligt samordningen skulle utgöra en utgångspunkt för styrningen. Styrningen skulle:

[72] Nationell psykiatrisamordning (2006), s. 147.
[73] Nationell psykiatrisamordning (2006), s. 149.

1. uttrycka engagemang och politisk vilja,
2. ha ett medborgarperspektiv,
3. vara flexibel och resultatinriktad,
4. tydliggöra berörda huvudmäns gemensamma ansvar,
5. bidra till en tydlig rollfördelning,
6. ske gemensamt – över sektorsgränserna,
7. vara långsiktig,
8. stärka den enskildes ställning.

För att uppnå en verkningsfull styrning bedömde samordningen att riksdagen borde uttala vilka mål och vilken inriktning som skulle gälla för samhällets insatser till människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder samt att det skulle krävas en organisation som löpande kunde följa om målen uppnåddes. Vidare föreslogs att regeringens åtgärder skulle samlas inom ett politikområde och att en särskild funktion skulle inrättas vid Regeringskansliet som skulle koordinera arbetet så att målen kunde nås. Skälet för bedömningen var att insatser som ges till människor med psykiskt funktionshinder kan finnas inom en rad olika områden, som arbetsmarknadspolitik, handikappolitik, socialtjänstpolitik och hälso- och sjukvårdspolitik. Samordnaren pekade också på att splittringen gör att gruppens behov i praktiken ofta osynliggörs.[74]

Förslag till statlig finansiering

Den nationella Psykiatrisamordningen konstaterade i sitt slutbetänkande att psykiatrins område var eftersatt och präglades av stora brister i utbud och kvalitet och stora skillnader mellan olika kommuner och olika landsting. Det påpekades att tillgången till rehabiliterande insatser, insatser till personer som har en psykisk sjukdom och samtidig beroendesjukdom och utbudet av boende- och sysselsättningsinsatser var bristfälligt samt att det i den psykiatriska vården

[74] Nationell psykiatrisamordning (2006), s. 489 ff.

fanns stora brister både när det gäller tillgången till kompetent personal, metoder och när det gäller arbetssätt och organisation.[75] För att stödja den föreslagna strategin bedömde Psykiatrisamordningen att det skulle behövas en långsiktig, statlig finansiell förstärkning inom området genom ett riktat statsbidrag. En resursförstärkning skulle kunna skapa utrymme för att bl.a. förbättra flexibiliteten i insatserna såsom tillgång till boendestöd på kvällar och helger, kompetens- och metodutveckling och ett mer varierat och behovsanpassat utbud av sysselsättningsinsatser. För landstingens del såg psykiatrisamordningen behov av resursförstärkning för att bygga upp strukturer som skulle möjliggöra implementering av befintlig kunskap om nya arbetssätt och behandlingsmetoder. Vidare bedömdes att slutenvården var i behov av resursförstärkning för ett utökat antal vårdplatser. Det efterfrågades också en ökad effektivitet i resursanvändningen genom exempelvis att patientarbetet i den psykiatriska öppenvården prioriterades framför administrativa uppgifter och genom bättre samarbete både inom och mellan de berörda huvudmännen.[76] I linje med detta föreslog Psykiatrisamordningen att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser till människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder skulle förstärkas genom ett riktat statsbidrag om 800 miljoner kronor per år under åren 2009–2015. Medlen skulle vara villkorade och endast tillfalla de kommuner och landsting som avtalat om samarbete kring människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder, samrått med brukarorganisationer om hur medlen ska användas, samt rapporterat in vissa uppgifter till nationella register. Utöver de riktade statsbidragen föreslog Psykiatrisamordningen att ytterligare 100 miljoner kronor per år skulle riktas till att stärka forskningsförsörjningen inom psykiatrin och att 100 miljoner kronor per år skulle riktas till utvecklingsinsatser av nationell betydelse inom psykiatriområdet. Medlen skulle t.ex. kunna användas för att bygga upp nätverk kring olika verksamhetsrelevanta problemområden och diagnosgrupper, utarbetande av handlingsprogram och standarder på olika områden, utveckling av utbildning och försök med olika organisationsformer och arbetssätt.[77]

[75] Nationell psykiatrisamordning (2006), s. 22 ff.
[76] Nationell psykiatrisamordning (2006), s. 35 ff.
[77] Nationell psykiatrisamordning (2006), s. 35.

4.4.4 Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006

Riksdagen beslutade i januari 2005 att genomföra en satsning på psykiatri och socialtjänst för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder, den s.k. Miltonsatsningen. Syftet med satsningen var att förbättra tillgängligheten och stödja och stimulera verksamhetsutvecklingen inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. Bakgrunden till satsningen var de iakttagelser som gjorts av Nationell Psykiatrisamordning. I promemorian En översiktlig genomgång av dagsläget inom svensk psykiatri (S2004/4895/HS) konstaterade Psykiatrisamordningen att brister i vården och omsorgen för personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder var av den omfattningen att resurser borde tillföras de största bristområdena för att höja nivån på vården och det sociala stödet. Regeringen tillförde därför statliga medel under åren 2005–2006 till kommuner och landsting i syfte att skapa förutsättningar för ett bättre omhändertagande av målgruppen.[78]

Satsningen inom psykiatri och socialtjänst bestod av två delar: länsmedel och utvecklingsmedel och omfattade totalt 700 miljoner kronor för åren 2005–2006. Den första delen, de s.k. *länsmedlen*, omfattade 400 miljoner kronor under 2005 och 100 miljoner kronor 2006, och fördelades länsvis av Socialstyrelsen efter ansökan. Länsmedlen fördelades till projekt och insatser i kommuner och landsting inom vård, sysselsättning och boende. Den andra delen, de s.k. *utvecklingsmedlen*, omfattade 97 miljoner kronor under 2005 och cirka 99 miljoner kronor under 2006, och riktades till satsningar på verksamhetsutveckling inom områdena rehabilitering, sysselsättning, kvalitet och arbetssätt. Av dessa medel avsattes 30 miljoner kronor under 2005 som kommuner, landsting och statliga myndigheter kunde söka fritt, s.k. *fria medel*.[79] Vidare fördelades cirka 57 miljoner kronor under 2005 och cirka 89 miljoner kronor under 2006 till särskilda områden i behov av utveckling som identifierats av Nationell Psykiatrisamordning, s.k. *riktade medel*. Förutom detta avsattes 3,7 miljoner kronor under 2005 och 4 miljoner kronor under 2006 till nationella och långsiktiga projekt med inriktning mot kunskaps- och

[78] Socialstyrelsen (2006a), s. 9 ff.
[79] Socialstyrelsen (2006a), s. 9 ff.

kvalitetsutveckling. Tilldelningen beslutades av Socialstyrelsen i samråd med Nationell Psykiatrisamordning.[80]

Ökad ambition men med oklara strukturella effekter

Socialstyrelsen gavs i uppdrag av regeringen att följa upp satsningen på psykiatri och socialtjänst. I myndighetens slututvärdering konstateras att stimulansmedlen bidragit till att skapa en mobilisering inom området och att de haft en positiv inverkan när det gällde att öka ambitionen, ansvarstagandet och engagemanget på nationell, regional och lokal nivå. Vidare bedömde myndigheten att samverkan förbättrats liksom kunskapen om målgruppens sammansättning och behov.

Emellertid fanns vissa svagheter i utfallet. I första hand gick medel till projekt där kommuner och landsting hade ett gemensamt ansvar medan öppenvård, slutenvård och primärvård inte fokuserades i samma utsträckning. Även de projekt som tog sikte på boende berörde specifika grupper och i slutändan ett mycket litet antal personer. När det gällde sysselsättningsprojekten bidrog dessa enligt Socialstyrelsen till utveckling av metoder men de fick inte effekter på det strukturella problemet med den stora grupp som saknade sysselsättning.[81] Vidare konstaterade Socialstyrelsen att satsningen var smal och att denna typ av punktinsats hade liten inverkan på de strukturella problem med resurs- och kompetensbrist som fanns på området. Myndigheten rekommenderade regeringen att genomföra kommande satsningar utifrån långsiktiga mål och prioriteringar och att fokusera på strukturella problem. Här nämndes t.ex. insatser för att förstärka utbildningen för personal inom kommuner och landsting, vidta åtgärder för att säkerställa tillgången till specialister i psykiatri och att utforma en nationell strategi för samordnad rehabilitering. Vidare menade Socialstyrelsen att förändringsarbete behövde bedrivas systematiskt under flera år, eftersom strukturella förändringar ofta går trögt till en början. Ett förändringsarbete ställer stora krav på att landsting och kommuner har tillgång till resurser för en fortsatt utveckling, och staten ansågs behöva säkerställa att det finns förutsättningar för att stärka kompetensen hos olika personalgrupper.

[80] Socialstyrelsen (2006a), s. 9 ff.
[81] Socialstyrelsen (2007a), s. 7 ff.

För att nå reella resultat ansåg Socialstyrelsen att det också krävdes åtgärder för att öka kunskapen om insatsernas resultat för patienter och klienter.[82] Socialstyrelsens sammanfattade rekommendationer var att staten borde:

- genomföra kommande satsningar utifrån långsiktiga mål och prioriteringar,
- säkerställa att utvecklingen inom området fortsätter,
- genomföra nationella satsningar för att förstärka utbildningarna för personal inom kommuner och landsting,
- vidta åtgärder för att säkerställa tillgången till specialister i psykiatri,
- vidta åtgärder för att utreda, utveckla och utvärdera den psykiatriska slutenvården, samt
- utforma en nationell strategi för samordnad rehabilitering.[83]

4.4.5 Statens psykiatrisatsning 2007–2011

De analyser och förslag som överlämnats till regeringen i november 2006 av Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) utgjorde underlag för Statens psykiatrisatsning som pågick mellan 2007–2011. Regeringens politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning sammanfattades i tre huvudområden: *vården*, *vardagen* och *valfriheten* Det övergripande syftet inom respektive område var följande:

- barn, vuxna och äldre med psykisk sjukdom ska, enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) samt den nationella vårdgarantin, ha tillgång till en kunskapsbaserad och god vård, samt rehabilitering när och där de behöver den,
- utbudet av arbete, sysselsättning, boendeformer och hjälpmedel ska i enlighet med socialtjänstlagen (2001:453, SoL), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt HSL vara varierat och anpassat för att möta de behov som personer med psykisk funktionsnedsättning har,

[82] Socialstyrelsen (2007a), s. 7 ff.
[83] Socialstyrelsen (2007a), s. 12 f.

– personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska, med stöd av bl.a. de medel som avsattes i budgetpropositionen för 2009, i ökad utsträckning ges möjlighet att välja och ha inflytande över vem som ska utföra vård-, rehabiliterings- och stödinsatser liksom utformningen av dessa insatser.

Utifrån det övergripande syftet med satsningen angavs också fyra prioriterade områden; insatser riktade till barn och ungdomar, arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning, satsningar på kompetens och evidens samt stöd för långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete.[84]

Regeringens ambition om en utveckling inom området följdes av ekonomiska incitament och under åren 2007–2011 avsatte regeringen cirka 3,6 miljarder kronor till olika insatser för att förbättra vården, vardagen och valfriheten för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Totalt beslutades om 40 projekt som skulle driva mot målen som regeringen satt upp. 26 uppdrag insatser berörde vården, tolv vardagen och två valfriheten.[85]

Merparten av medlen användes för uppdrag till olika myndigheter, lärosäten och projekt inom enskilda kommuner och landsting. Även vissa aktörer från det civila samhället fick medel till projekt efter ansökan till Regeringskansliet.[86]

Särskild satsning på barn och unga

Under 2007 fördelades ett särskilt statsbidrag i syfte att ge stöd i arbetet med barn och unga med psykisk ohälsa. Samma år fick Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett kunskapscentrum – UPP-centret – med uppgift att samla, koordinera och föra ut kunskap för att ge huvudmännen stöd i att identifiera, förebygga, ge tidigt stöd och behandla barn och unga som riskerar att utveckla svårare psykisk ohälsa (S2007/2699/HS). Vidare ingick staten en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att utreda förutsättningarna för att på sikt förkorta väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatrin (S2008/600/HS). En särskild del av satsningen avsåg förbättrad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin och under

[84] Skr. 2008/09:185, s. 1 ff.
[85] Statskontoret (2012b), s. 28 ff.
[86] Skr. 2008/09:185, s. 1 ff.

åren 2007–2012 gavs Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 1,3 miljarder kronor till landstingen i syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Från och med 2009 övergick statsbidraget till att bli prestationsbaserat. Villkoren för de prestationsbaserade medlen reglerades genom årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL där kraven för måluppfyllelse och andra krav vad gäller inrapportering fastställdes.[87]

Överdimensionerad satsning med svag ekonomisk kontroll

Statskontoret fick i uppdrag att analysera effekterna av satsningen och att analysera och följa upp hur vården och det sociala stödet till personer med psykiskt funktionsnedsättning utvecklats över tid med utgångspunkt i psykiatrisatsningens mål. Utvärderingens syfte var att utreda om satsningen lett till att personer med psykisk funktionsnedsättning fått tillgång till en bättre vård och rehabilitering, ett bättre utbud av boende, sysselsättning och hjälpmedel samt större valfrihet och inflytande än 2007.[88]

I slutrapporten konstaterar Statskontoret att åtgärderna i psykiatrisatsningen var svåra att följa upp då statistiska uppgifter för att mäta åtgärdernas effekter och graden av måluppfyllelse många gånger saknades. Vissa indikatorer bedömdes också till sin natur vara abstrakta och svåra att mäta, såsom målet om en mer kunskapsbaserad vård. Dessutom uppfattades målgruppen för satsningen som otydlig – åtgärderna skulle riktas till personer med psykisk sjukdom eller med psykisk funktionsnedsättning, men ingen analys låg till grund som fastslog hur stora dessa grupper var och hur de förhöll sig till varandra.[89]

Statskontoret bedömde vidare att regeringen överdimensionerat psykiatrisatsningens första fas 2007–2011 och att mellan 20 och 40 procent av de medel som regeringen anvisat till projekten – 1,3 miljarder – inte använts vid utgången av 2011. Detta berodde enligt Statskontoret på att flera projekt drabbades av förseningar, bl.a. till följd av att det tog tid att bygga upp projektorganisationer men också att det uppstod konkurrens mellan olika satsningar vilket ledde till lång ställtid. Regeringens satsning på kompetens genom

[87] Socialstyrelsen (2013c), s. 9.
[88] Statskontoret (2012b), s. 9.
[89] Statskontoret (2012b), s. 41.

riktade utbildningar till hälso- och sjukvårdspersonal resulterade exempelvis i 97 olika utbildningssatsningar under samma tidsperiod. Detta gjorde att huvudmännen hade svårt att prioritera samtidigt som landstingen och kommunerna hade svårt att bära kostnaderna för att utbilda sin personal p.g.a. omkostnader för vikarier, boende och resor. Satsningen på sysselsättningsverksamheter försvårades av att det fanns ett bristande intresse hos kommunerna när det gällde att införa den valfrihet som regeringen hade som målsättning och det var svårt att väcka intresse hos potentiella arbetsgivare att ordna arbetsplatser som det var tänkt.[90] Statskontoret påpekade också att kontrollen över medelsanvändningen varit svag och att det i flera fall fanns eftersläpningar i återrapporteringen av hur pengarna hade använts. Statskontoret menade att en bättre kontroll hade inneburit att regeringen haft större möjligheter att styra om pengar till mer angelägna verksamheter eller ändra inriktning och villkor för de projekt som inte förbrukat pengarna.[91]

Statskontoret konstaterade att frågan om de psykiskt funktionsnedsattas livsvillkor var betydligt större än det som fångats in av regeringens psykiatrisatsning och att även andra departement och huvudmän i hög grad påverkar flera av de problem som psykiatrisatsningen hade att hantera. Bl.a. lyftes sysselsättningsfrågan som ett tydligt exempel som påverkas av flera andra faktorer, såsom regler för sjukersättning och arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Även tillgången till utbildad personal inom vården och omsorgen för psykiskt funktionsnedsatta påverkas av hur nationella utbildningar dimensioneras, något som styrs av lärosäten och Utbildningsdepartementet. Statskontoret rekommenderade därför regeringen att stärka samordningen av Socialdepartementets psykiatrifrågor med andra berörda departement inom Regeringskansliet.[92]

4.4.6 PRIO psykisk ohälsa 2012–2015

Regeringen lanserade år 2012 handlingsplanen *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa.* Handlingsplanen bestod av ett antal åtgärder som riktade sig till grupper som särskilt riskerar att drabbas av psykisk ohälsa samt insatser för att

[90] Statskontoret (2012b), s. 189 ff.
[91] Statskontoret (2012b), s. 187 f.
[92] Statskontoret (2012b), s. 187 f.

förbättra situationen och bidra till återhämtning för personer med psykisk ohälsa. Syftet var att genom ökad kunskap och patient/brukardelaktighet ge stöd till en utveckling inom vård och omsorg och skapa förutsättningar för ett långsiktigt förändringsarbete.[93] Satsningen utgick från tre övergripande mål:

- en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet,
- tillgång till arbete och anpassad sysselsättning, samt
- möjlighet till delaktighet och inflytande.[94]

Ambitionen med regeringens handlingsplan var att skapa förutsättningar för en långsiktig kraftsamling hos huvudmännen och andra berörda aktörer för att förbygga psykisk ohälsa och att utveckla vården och omsorgen till personer med psykisk ohälsa. I handlingsplanen understryks att det är huvudmännens ansvar att ständigt utveckla, förbättra och anpassa sina verksamheter till nya förutsättningar. Regeringen ansåg emellertid att det fanns anledning att understödja detta arbete eftersom det fanns stora behov av att utveckla kommunernas och landstingens insatser.

I PRIO-handlingsplanen fanns två särskilt prioriterade målgrupper: 1) barn och unga och 2) personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Utöver detta skulle insatser riktade till alla personer med psykisk ohälsa prioriteras inom områdena a) kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete samt b) bemötande, delaktighet och inflytande.[95]

Behov av samverkan och samordning

I handlingsplanen konstaterades att många personer i de båda prioriterade målgrupperna behöver insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst, ofta också från andra myndigheter och aktörer, för att få det samlade stöd de behöver. Flera uppföljningar hade dock visat på betydande svårigheter för berörda huvudmän att arbeta tillsammans för att ge den enskilde ett heltäckande och sammanhållet

[93] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012a), s. 4 ff.
[94] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012a), s. 10.
[95] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012a), s. 12.

stöd, i synnerhet personer med samtidig psykisk ohälsa och beroendeproblematik samt barn och unga med omfattande psykosocial problematik.

Problemet med bristande helhetslösningar är att det riskerar att underminera möjligheterna för samhället att generellt leva upp till målsättningen att människor med psykisk ohälsa ska vara delaktiga och så långt det är möjligt leva som andra. I handlingsplanen pekade regeringen på vissa bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, rörande bl.a. överenskommelser om samarbete och om upprättandet av individuell plan. En bristande helhetssyn inom vård och omsorg riskerar att leda till både sämre resultat och ökade totala kostnader vilket pekade på ett behov av en tydlig struktur för ledning och styrning i samverkan, ett förstärkt gemensamt ansvarstagande och ett förbättrat samarbete mellan huvudmännen och deras respektive verksamheter. Att uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting var därför en av grundpelarna i överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa mellan staten och SKL som slöts årligen mellan 2012 och 2015.[96]

Samordning, uppföljning och utvärdering

I regeringens handlingsplan konstaterades att erfarenheterna av Statens psykiatrisatsning under åren 2007–2011 pekade på ett behov av en nationell stödstruktur för att stimulera och underlätta implementeringen av insatserna på nationell, regional och lokal nivå. Regeringen såg också behov av olika typer av fora för erfarenhetsutbyte och verksamhetsutveckling.

Regeringen beslutade därför att inrätta en nationell samordningsfunktion på Regeringskansliet för att koordinera och effektivisera statens insatser inom området psykisk ohälsa. Det övergripande syftet var att utifrån ett gemensamt ansvarstagande från statens sida skapa bästa möjliga förutsättningar för resursutnyttjande, implementering och fortsatt kvalitetsutveckling inom området. I samordningsfunktionens uppdrag ingick att stödja berörda huvudmän och andra aktörer i genomförandet av de insatser som omfattades av

[96] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012a), s. 13 f.

handlingsplanen. Samordningsfunktionen skulle också rapportera utvecklingen till regeringen.[97] En motsvarande samordningsfunktion inrättades på SKL med motsvarande uppdrag men med inriktning på att stödja kommuner och landsting i arbetet med att implementera handlingsplanen.

Överenskommelser och prestationsmål

Den bärande konstruktionen i PRIO-arbetet var en årlig överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa som träffades mellan staten och SKL under åren 2012–2015. Företrädare för staten (Socialdepartementet) respektive SKL enades 2012 om att tillämpa en resultat- och prestationsbaserad modell som byggde på att huvudmännen redovisade uppgifter i enlighet med ett antal krav i överenskommelsen. Detta angreppssätt hade provats tidigare, bl.a. i ett projekt för att förbättra den psykiatriska heldygnsvården och i tillgänglighetssatsningen för barn och unga (se avsnitt 4.4.5).[98] Medlen fördelades till de kommuner och landsting som klarade de krav och mål som angavs i överenskommelsen vilken omfattade cirka 630 miljoner kronor per år. [99]. Prestationsmålen utgick från de prioriterade målgrupperna och insatsområdena: barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik samt kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete och bemötande, delaktighet och inflytande. De var indelade i fem kluster som i allt väsentligt var desamma i samtliga överenskommelser under åren 2012–2015 (tabell 4.1). Ambitionen var dock att löpande höja kraven på vad som skulle uppnås av kommuner och landsting för att de skulle bli berättigade till medel från överenskommelserna.

[97] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012a), s. 17.
[98] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2011), S2008/8096/FS.
[99] Se t.ex. Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012b), s. 16 ff.

Tabell 4.1 Prestationsmål och medel inom ramen för regeringens PRIO-satsning

Prestations-mål	Medel, mnkr							
	2012		2013		2014		2015	
	Kommun	Landsting	Kommun	Landsting	Kommun	Landsting	Kommun	Landsting
Samordnade individuella planer	50	50	100	50	100	50	100	50
Tillgänglig-het första linjen	25	25		180		180		180
Registrering nationella kvalitetsreg		100		100		100		100
Inventering av insatser/ personer	100		150		150		150	
Minskade tvångs-åtgärder				50		50		50
Summa	**175**	**175**	**250**	**380**	**250**	**380**	**250**	**380**

Källa: Regeringskansliet.

Utvecklingsprojekt på SKL

En röd tråd genom PRIO-satsningen var att SKL erhöll utvecklingsmedel för att stödja kommuner och landstings arbete med att implementera PRIO-planen. SKL drev metodutveckling och projekt inom vissa särskilt angelägna områden och bistod kommuner och landsting med administrativt stöd, organiserade träffar med regionala samordnare, s.k. PRIO-samordnare m.m.[100] Vid sidan av finansieringen av samordningen fick SKL också medel för att driva olika typer av projekt inom särskilt angelägna områden. Under 2012 fick SKL t.ex. cirka 100 miljoner kronor för att driva åtta projekt inom kommuner och landsting i syfte att bidra till att nå regeringens mål (se tabell 4.2).

[100] Myndigheten för vårdanalys (2015), s. 85.

Tabell 4.2 Utvecklingsprojekt och medelstilldelning SKL 2012

Psynk-projektet	33,5 miljoner kronor
Självskadeprojektet	13 miljoner kronor
Tillgänglighet första linjen	3,5 miljoner kronor
Förbättringsarbete slutenvård	5 miljoner kronor
Integrerade former öppenvård	20 miljoner kronor
Inventeringsarbete i kommunerna	25 miljoner kronor
Stöd och behandling på nätet	5 miljoner kronor

Källa: Regeringskansliet.

Under 2013 erhöll SKL totalt 54 miljoner kronor för att fortsatt driva utveckling inom området och stödja sex övergripande projekt i kommuner och landsting. Under 2014 skedde en teknisk förändring i överenskommelsen, vilket innebar att SKL inte längre fick medel för att driva specifika satsningar utan en klumpsumma om 61 miljoner kronor riktat för att driva utvecklingsprojekt för barn (33,5 miljoner kronor) respektive vuxna (27,5 miljoner kronor). Under 2015 fick SKL tämligen fritt disponera 66 miljoner kronor för bl.a. en samordningsfunktion och utvecklingsstödjande arbete riktat mot t.ex. barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

Angelägen satsning men med oklara resultat

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) fick i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO – psykisk ohälsa på såväl på insats- som på målnivå och bedöma i vilken utsträckning insatserna i satsningen gav avsedd effekt och att för att möjliggöra en utveckling av satsningen vid behov.[101]

De övergripande slutsatserna från utvärderingarna var att de flesta insatserna hade nått sina insatsspecifika mål och att insatserna lett till omfattande arbete runt om i landet. Samtidigt konstaterades att det var oklart om insatserna bidragit till att uppnå satsningens delmål och övergripande mål samt om åtgärderna skulle leda till hållbara förändringar som består när den statliga finansieringen upphör.

[101] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012c), dnr. S2012/4529/FS.

Vårdanalys bedömde vidare att det funnits betydande brister i utformningen av satsningens mål och att ambitionsnivån i vissa delar varit låg. Eftersom målen endast delvis var mätbara, att det saknades datakällor och indikatorer samt att tidsramen för utvärderingen var kort var det svårt för myndigheten att bedöma måluppfyllelsen och utfallet för satsningen.[102]

Myndigheten konstaterade emellertid att det stora antal projekt och regeringsuppdrag som PRIO bestod av – som mest ett 70-tal insatser med en rad olika utförare – gjorde satsningen svår att följa upp, styra och administrera särskilt som många av regeringsuppdragen var en följd av den nationella satsning på psykiatrin som genomförts mellan 2007–2011. Vårdanalys ansåg också att även om uppfyllelsen av grundkraven och prestationsmålen från kommuners och landstings sida varit god, var nivån på kraven och målen alltför låga – grundkraven och två av prestationsmålen innebar i princip att huvudmännen skulle leva upp till lagens krav. En annan kritik var att fokus legat på processmål och inte på utfall. Till exempel kom prestationsmedlen att fokusera på antalet upprättade samordnade individuella planer medan effekten av en sådan insats för patienten/brukaren i allt väsentligt är okänd.[103]

Samordningsfunktionen i Regeringskansliet och motsvarande funktion på SKL bedömdes av Vårdanalys ha haft betydelse för att satsningen genom att styra arbetet mot satsningens del- och övergripande mål och stödja huvudmännen i arbetet med insatserna. Vårdanalys framhöll att det varit positivt att samverkansstrukturer byggts upp mellan samordningsfunktionerna, patient- och brukarorganisationerna och kommuner och landsting. Emellertid ansåg Vårdanalys att regeringens samordningsfunktionen vid Socialdepartementet hade otillräckliga resurser för att hantera det breda ansvaret, och föreslog att en kommande satsning inom området behövde avsätta tillräckliga resurser för analys, lärande och strategisk rådgivning.[104] Myndigheten föreslog också vissa principer inför en ny statlig satsning, bl.a. att statens insatser ska riktas mot sådant som bara staten kan göra, eller göra mer effektivt än andra, att man bör fokusera på hur de samlade resurserna kan användas för att uppnå

[102] Myndigheten för vårdanalys (2015), s. 12 ff.
[103] Myndigheten för vårdanalys (2015), s. 12 ff.
[104] Myndigheten för vårdanalys (2015), s. 12.

långsiktiga effekter, snarare än på en avgränsad statlig satsning, och att hela samhället bör involveras i att förbättra den psykiska hälsan (se vidare kapitel 5).[105]

Granskning av överenskommelser som styrmedel

Under 2017 publicerade Riksrevisionen en granskning av överenskommelser mellan staten och SKL. Riksrevisionen konstaterar bl.a. att en generell svårighet som uppstår vid användningen av överenskommelser är att olika aktörers uppdrag förskjuts, vilket skapat svårhanterliga roller för Socialstyrelsen och SKL. Riksrevisionen rekommenderade därför att regeringen bl.a. skulle tydliggöra Socialstyrelsens roll i förhållande till SKL:s, utvärdera samarbetet med SKL för att på ett principiellt plan ta ställning till formerna för samverkan, reglerera insyn, förvaltning och ägande under och efter satsningar där SKL används samt till riksdagen redovisa omfattning och utveckling av de medel som tilldelas SKL.[106]

Även Statskontoret har problematiserat SKL:s roll i överenskommelserna och konstaterar bl.a. att SKL:s avdelning för vård och omsorg år 2014 fick 425 miljoner kronor i statliga medel via överenskommelserna, samtidigt som den medlemsfinansierade budgeten för avdelningen för vård och omsorg samma år uppgick till 46 miljoner kronor. De pekar också på risken med SKL:s privaträttsliga status som intresseorganisation, som medför att regeringens möjligheter till insyn och styrning är begränsade och rekommenderar att staten och SKL redan tidigt i en process med en överenskommelse enas om formerna för ledning och samordning, så att uppföljningen och återrapporteringen säkerställs.[107]

4.5 Iakttagelser och analys

I det följande redovisar utredningen sina övergripande iakttagelser och analys av den tidigare och den nuvarande styrningen inom området psykisk hälsa vilket ligger till grund för de förslag och bedömningar som presenteras i kapitel 5.

[105] Myndigheten för vårdanalys (2015), s. 5 ff.
[106] Riksrevisionen (2017), s. 53.
[107] Statskontoret (2014b), s. 5 ff.

4.5.1 Vilken roll spelar staten inom området psykisk hälsa?

Som beskrivs närmare i det föregående har staten sedan Psykiatrireformen 1995 genom olika initiativ försökt stimulera utvecklingen inom området psykisk hälsa. De flesta av dessa satsningar har varit förhållandevis kortsiktiga med en tidshorisont om två till fem år. Ett huvudsakligt fokus i de satsningar som gjorts från statligt håll har varit att stimulera utveckling inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, främst med sikte på att öka kapacitet, kompetens och innovation. I princip all styrning har också utgjorts av mjuka styrformer. Med undantag för vissa tillägg i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, respektive i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, har styrningen tagit sikte på att stimulera till utveckling lokalt och regionalt med fokus på att förstärka kunskap och kvalitet. Det har också funnits en långtgående tilltro till goda exempel, och staten har därför stimulerat försöksverksamhet, pilotprojekt och annan projektverksamhet i kommuner och landsting.

Sedan 1995 har staten haft ett närmast oavbrutet engagemang på området, sju nationella satsningar har avlöst varandra och fyra på varandra följande regeringar satsat nära 13 miljarder kronor under de senaste 23 åren, varav över 10 miljarder sedan 2008, för olika ändamål och till olika aktörer. Det innebär att det statliga engagemanget inom området psykisk (o)hälsa retroaktivt kan sägas vara starkt och att det finns ett genuint intresse från olika regeringar att adressera frågor som rör psykisk hälsa och ohälsa. Emellertid upplevs den statliga styrningen inom området för utomstående och för mottagarna av satsningarna inte sällan som kortsiktig och ryckig, eftersom olika regeringar prioriterat delvis olika målgrupper eller områden i korta cykler.

Statens styrning – projekt staplade på varandra …

Från 1995 till dags dato kan de statliga initiativen inom området psykisk hälsa beskrivas som sju sekventiella satsningar – Psykiatrireformen, Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården, Nationell Psykiatrisamordning, Satsning på psykiatri- och socialtjänst, Statens psykiatrisatsning, Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa samt Fem fokusområden fem år framåt.

Styrningen har i olika grad utgått från den plan eller strategi som gällt vid varje given tidpunkt.

Ett sätt att betrakta den statliga styrningen inom området psykisk hälsa under de senaste drygt 20 åren är i form av en projektlogik. I en så gott som oavbruten ström har innovativa och i en statlig kontext relativt flexibla initiativ sjösatts i syfte att skapa utveckling inom området. Varje initiativ har, i likhet med projekt, haft ett eller flera mer eller mindre avgränsade mål som utvärderas vid projektets slut.

Mats Fred, forskare vid Malmö Universitet, konstaterar i sin avhandling *Projectification The Trojan horse of local government* (2018) att projekt kan vara ett uttryck för ett politiskt initiativ eftersom ett väl designat och väl formulerat projekt sannolikt får mycket stöd, i synnerhet före projektstarten. Projektformen kan därmed skapa trovärdighet för en politisk ledning som tydligt kan visa att de tar en fråga på allvar och vill åstadkomma förbättringar. Projektformen är också tämligen riskfri eftersom medborgare uppfattar ett sådant initiativ mer positivt än inget initiativ, oavsett resultat.[108] Fred konstaterar i en debattartikel i Dagens samhälle 2018 att:

> Projekt framstår som tydliga och fokuserade i jämförelse med den förhållandevis komplexa och vaga ordinarie verksamheten. Projekt är avgränsade i tid, resurser och aktiviteter. Initieringen av projekt visar prov på handlingskraft. Politiker eller tjänstemän visar hur de omedelbart tar tag i saker genom satsningar där målbilden och framtida resultat redan från början är tydligt planerade. Samverkan mellan flera organisationer är mindre komplicerad att organisera i separata, tillfälliga organisationer än som delar av flera ordinarie verksamheter.[109]

Inom områden med behov av samverkan – vilket är extra tydligt när det gäller tvärsektoriella områden – är projektformen särskilt attraktiv, enligt Fred. Projektet som form skapar utrymme för sektorsövergripande samverkan, över stuprör, för alla som deltar i projektet. Dessutom skapar det mindre friktion i den mer byråkratiska och komplexa ordinarie verksamheten som kan hålla projektet på armlängds avstånd och därmed undvika att vidta nödvändiga inre förändringar på kort och lång sikt. Detta indikerar att projektlogiken de facto kan vara mycket tilltalade ur ett politiskt perspektiv som präglas av korta mandat- och budgetperioder.

---

[108] Fred Mats (2018), s. 13 ff.
[109] Dagens samhälle, hämtad 2018-11-25.

Att styra medelst projekt försvårar emellertid för verksamheterna som möter medborgare, brukare och patienter att effektivt planera, prioritera och anlägga ett helhetsperspektiv på en viss fråga. Det finns skäl att poängtera att flertalet statliga utredningar och utvärderingar, däribland Ansvarskommittén (2007) och Statskontoret (2016), återkommande har pekat på riskerna med en omfattande användning av annan styrning än normering, eftersom det tenderar att skapa en kortsiktig, ryckig styrning och av kommunsektorn uppfattas som signaler om att ständigt göra nya prioriteringar.[110]

… utan röd tråd

Sett över tid är det inte alldeles enkelt att se en röd tråd mellan de olika inriktningarna på de statliga initiativen sedan 1995, vare sig hur de hör ihop eller vad som ligger till grund för val av målgrupper, styrformer eller finansiering.

Gemensamt för de underlag som finns till respektive satsning är att de har en visionär målsättning snarare än att de tycks bygga på analyser av aktuella data och realistiska resultatmål. Mångfalden av styrmedel och en tilltagande volym av styrsignaler har också bidragit till otydlighet. Det är i praktiken omöjligt att överblicka både syftet med de enskilda styrmedlen och vilka sammantagna resultat och effekter de har resulterat i. Vissa satsningar tycks vara ett svar på en omvärldsanalys, som Psykiatrireformen och den Nationella samordningen som svarade mot uppmärksammade händelser i samtiden, medan andra kan betraktas mer som ett försök att stimulera utvecklingen brett, som den Nationella handlingsplanen (2001–2007) och Fem fokusområden fem år framåt (2016–).

Från funktionshinderperspektiv till vård

Psykiatrireformen syftade till att stödja kommuner och landsting att bygga upp och utveckla vård, stöd och omsorg till personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar. Reformen kan ses mot bakgrund av en samhällsutveckling som skedde i hela västvärlden ungefär samtidigt där personer som länge vistats på mentalsjukhus tack vare bättre behandlingsmöjligheter och ändrad samhällssyn

[110] Se Ansvarskommittén (2007), s. 95 samt Statskontoret (2014a), s. 9.

lämnade institutionerna. Denna gradvisa samhällsförändring krävde en viss justering av främst kommunernas utbud av stöd och service. Reformen hade ett visst inslag av författningsändringar men det huvudsakliga förändringsarbetet skulle stimuleras med ett tidsbegränsat tillskott av medel till landsting och kommuner. För ändamålet avsattes cirka 1 miljard kronor under perioden 1995–1998 i syfte att stimulera utveckling av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning bl.a. genom utveckling av kommunala boenden, sysselsättningsformer och samverkan mellan kommuner och landsting.

Nästkommande satsning, *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*, som genomfördes under åren 2001–2007 hade emellertid en helt annan inriktning. Handlingsplanen fokuserade närmast uteslutande på utvecklingen av landstingens insatser till personer med psykisk ohälsa, denna gång prioriterades barn och unga och äldre med psykisk ohälsa. Vissa insatser till personer med psykiska funktionshinder bedömdes som angelägna, främst att tillgodose målgruppens somatiska vårdbehov men eftersom satsningen tog sikte på en utveckling av hälso- och sjukvårdsverksamheterna kom funktionshinderperspektivet i skymundan.

De medel som utgick som särskilda statsbidrag under Psykiatrireformen bidrog till engagemang, kreativitet och framväxten av nya verksamheter i kommunerna för personer med psykiskt funktionshinder. Det var dock inte ovanligt att aktiviteterna upphörde i samband med att de statliga stimulansmedlen inte längre betalades ut. Den satsning som riktades till målgruppen personer med samtidig psykisk sjukdom och beroendesjukdom, som initialt visade mycket goda resultat, hade t.ex. stora svårigheter att spridas och implementeras efter stimulansmedlens upphörande. De medel som fördelades i samband med reformen understödde vidare ett antal goda initiativ när det gäller arbetsinriktad rehabilitering, men bidrog inte till något genombrott när det gäller metod- och verksamhetsutveckling.[111]

Det förändrade målgruppsfokus som skedde genom Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården där den kommunala verksamheten inte längre stod i fokus sammanföll också med en period av stagnerande utveckling i kommunerna. I en uppföljning av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning som genomfördes av länsstyrelserna tillsammans med Socialstyrelsen

[111] Nationell psykiatrisamordning (2006), s. 84 f.

(2002–2004) konstaterades att det alltjämt, tio år efter Psykiatrireformen, fanns ett stort behov av att förbättra levnadsvillkoren för personer med psykisk funktionsnedsättning. En stor del av landets kommuner hade vid tidpunkten för uppföljningen inte genomfört en tillfredställande inventering av målgruppens behov och inte eller bedrevs uppsökande verksamhet i tillräcklig omfattning. Socialstyrelsen konstaterade att detta påverkade kommunernas möjligheter att utveckla ändamålsenliga insatser och åtgärder samt att identifiera samverkansbehov och kompetensutveckling i relation till målgruppen.[112]

Leder erfarenheterna till rätt initiativ?

Nationell Psykiatrisamordning lämnade i betänkandet Ambition och ansvar (SOU 2006:100) över 100 förslag och bedömningar för att med en bred ansats åstadkomma såväl strukturella förändringar som förbättrad vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa.

Förslagen kom delvis att påverka utformningen av nästföljande satsning, *Statens psykiatrisatsning* (2007–2011). En utgångspunkt var att statens styrning skulle följa ett antal principer – som samordningen bedömde skulle vara vägledande för statens styrning av samhällets insatser till personer med psykiska ohälsa – som i huvudsak kan sammanfattas som ett ställningstagande för en långsiktig mål- och resultatinriktad kunskapsstyrning, se avsnitt 4.4.3. I linje med detta föreslog Nationell Psykiatrisamordning att riksdagen skulle enas om mål och inriktning för området, att en särskild funktion skulle inrättas vid regeringskansliet som skulle koordinera arbetet så att målen skulle nås, att regeringens åtgärder skulle samlas inom ett politikområde, samt att staten skulle bli aktivare när det gäller metodstöd, kunskapsproduktion och resultatredovisning, genom att Socialstyrelsen prioriterade dessa uppgifter.[113]

Regeringen valde emellertid att endast gå vidare med en del av de förslag som Psykiatrisamordningen bedömde som nödvändiga för att stärka styrningen inom området och skapa långsiktighet. Regeringen presenterade den politiska inriktningen för riksdagen i form av en skrivelse. Skrivelsen innehöll en redogörelse för regeringens

[112] Socialstyrelsen (2005), s. 14.
[113] Nationell psykiatrisamordning (2006), s. 35.

samlade psykiatrisatsning som innefattade de senaste årens åtgärder samt inriktningen för de medel som riksdagen, efter förslag från regeringen, beslutat om för psykiatriområdet för 2009.[114] Emellertid innehöll skrivelsen inga förslag på mål eller styrning mot resultat.

En funktion inrättades förvisso vid Regeringskansliet under 2007, i enlighet Psykiatrisamordnarens förslag, i syfte att åstadkomma en koordinerad styrning. Denna funktion upphörde emellertid 2009 då styrningen i Regeringskansliet återgick till ordinarie strukturer. På ett liknande sätt kom den funktion som inrättades vid Socialstyrelsen, den s.k. NU-enheten (Nationellt utvecklingsstöd till verksamheter för människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder) som inrättades för att öka myndighetens initiativförmåga inom området att avvecklas under 2009 i samband med en omorganisation.

Nationell Psykiatrisamordning föreslog vidare att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser till människor med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder skulle förstärkas genom ett riktat statsbidrag om 800 miljoner kronor per år under åren 2009–2015. Medlen skulle vara villkorade och endast tillfalla kommuner och landsting som avtalat om samarbete kring människor med psykiska sjukdomar och personer med psykiskt funktionshinder, som samrått med brukarorganisationer om hur medlen ska användas samt rapporterat in vissa uppgifter till nationella register.[115] Under perioden 2007–2008 avsatte regeringen 500 miljoner kronor per år för att utveckla insatserna inom området.[116] Mellan 2009–2012 uppgick summan till nära 900 miljoner kronor per år.[117]

Medlen användes dock initialt inte till det som samordningen föreslagit, utan kom huvudsakligen att användas för uppdrag till olika myndigheter, lärosäten och projekt inom enskilda kommuner och landsting eller andra aktörer. Statskontoret, som fick i uppdrag att utvärdera satsningen, kunde konstatera att regeringen överdimensionerat satsningen och att nästan 1,3 miljarder av de medel som avsatts ännu inte redovisats vid 2011 års utgång. Detta förklarades dels av externa faktorer, t.ex. tillgången till arbetsplatser och landstingens ekonomi, men också av faktorer som hade att göra med hur regeringen utformat satsningen och hur den genomförts av de

[114] Skr. 2008/09:185, s. 1 ff.
[115] Nationell psykiatrisamordning (2006), s. 35.
[116] Prop. 2008/09 :1, utgiftsområde 9, s. 34.
[117] Prop. 2009/10 :1, utgiftsområde 9, s. 64.

olika organisationer som haft ansvaret för genomförandet. Statskontoret menade att en bättre kontroll på Regeringskansliet hade inneburit att regeringen haft större möjligheter att styra om pengar till mer angelägna verksamheter eller ändra inriktning och villkor för de projekt som inte förbrukat pengarna.[118] En annan möjlig förklaring till den bristande medelsförbrukningen är att regeringen, i allt väsentligt, inte riktade medlen till kommuner och landsting i enlighet med Psykiatrisamordningen förslag, utan till verksamheter, myndigheter och lärosäten vilket skapade en spretig satsning som var svår att överblicka och där den stora mängden uppdrag till olika mottagare gjorde det svårt dra nytta av resultaten.

Nya strategier – nya mål

Medan Statens psykiatrisatsning tog sikte på tre livsområden – vården, vardagen och valfriheten – hade den efterföljande handlingsplanen *PRIO (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa)* en delvis annan inriktning.

Denna gång kom satsningen att inriktas på två målgrupper, barn och unga samt personer med svår eller komplicerad problematik. Själva begreppet svår eller komplicerad problematik var i sig ett nytt begrepp men kan tolkas som näraliggande begreppet personer med svår psykisk sjukdom/psykisk funktionsnedsättning.

Vid sidan av detta lyftes två områden fram som skulle prioriteras inom ramen för handlingsplanen: kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete samt bemötande, delaktighet och inflytande. Det förstnämnda området kan vagt kopplas till en ambition i den föregående satsningen, kompetens och evidens. I övrigt är det svårt att hitta en kongruens mellan de båda satsningarna.

PRIO omfattade tre övergripande mål och femton delmål under perioden 2012–2015. Satsningens fundament var årliga överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) där utvecklingsinsatser och prestationsbaserad ersättning till landsting och kommuner var grunden. Nya mål introducerades alltså, liksom en ny styrform, prestationsmedel som utgick till kommuner och landsting först efter att huvudmännen uppnått i förhand definierade krav. Prestationsmedel hade provats i avgränsade projekt

[118] Statskontoret (2012b), s. 187 f.

tidigare men kom nu att styra hela statens satsning. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som utvärderade satsningen bedömde att den prestationsbaserade ersättningen utgjorde ett starkt styrmedel och bidrog till en god måluppfyllelse. Emellertid ansåg myndigheten att målen varit lågt satta och ifrågasatte om utvecklingen hade förutsättningar att fortsätta när prestationsmedlen skulle upphöra.[119]

Strategin *Fem fokusområden fem år framåt* beslutades av regeringen i december 2015 och ersatte PRIO-satsningen. En av de centrala beståndsdelarna för att stödja genomförandet av strategin har varit ett fortsatt arbete med överenskommelser mellan statens och SKL. Inom ramen för överenskommelserna har kommuner och landsting tilldelats stimulansmedel baserat på en befolkningsnyckel för att enskilt och tillsammans formulera relevanta mål på lokal regional nivå som harmonierar med strategins inriktning. Regeringens nuvarande strategi inom området saknar en nationell målstruktur. I stället utgår strategin från en s.k. tillitsbaserat styrning dvs. en styrning som bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer och som bl.a. syftar till att ge huvudmännen mer långsiktiga planeringsförutsättningar. Tanken är att resultat för patienter, brukare och medborgare bäst formuleras och följs på lokal och regional nivå, eftersom förutsättningarna är olika i olika delar av landet.

Socialstyrelsen, som har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera utvecklingen i kommuner och landsting i anslutning till de årliga överenskommelserna mellan staten och SKL konstaterar i 2018 års delredovisning att den breda ansatsen i överenskommelserna 2016–2017, tillsammans med avsaknaden av tydlig inriktning och konkreta mål för vad som ska åstadkommas under en given tidsperiod, sannolikt har bidragit till de stora variationerna i länens upprättade handlingsplaner och vad som prioriteras inom ramen för dessa. Handlingsplanerna innehåller sammantaget en palett av olika metoder och insatser fördelade över en rad utvecklingsområden och målgrupper och att varje enskilt prioriterad initiativ endast kommer att bedrivas i liten skala ut nationellt perspektiv. Därför är Socialstyrelsens bedömning att det kommer att vara svårt att på nationell nivå se någon effekt av specifika satsningar, inom ramen för de aktuella överenskommelserna.[120]

[119] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015), s. 10 ff.
[120] Socialstyrelsen (2018c), s. 82 ff.

Huruvida mål bör formuleras nationellt, regionalt eller lokalt diskuteras längre fram i detta betänkande (se avsnitt 4.5.2). Emellertid är det uppenbart att frågan om vilka mål som är relevanta, önskade och möjliga att formulera och mäta är svår, men samtidigt mycket angelägen. Det är också uppenbart att de mål som väljs ut behöver vara relevanta, mätbara och – inte minst – spegla en långsiktig ambition inom området. De mål som väljs kan också få en styrande effekt för det utvecklingsarbete som fokuseras i kommuner och landsting och bör därför spegla det önskade resultatet.

Satsningar utan resultat?

Eftersom nya mål ställs upp i samband med varje ny statlig satsning, och utvärderingarna tar sikte på de för tillfället identifierade målen, är det svårt att se om satsningarna har bidragit till någon långsiktigt hållbar utveckling. Samtidigt är det uppenbart att samtliga regeringar sedan 1990-talets början har uppmärksammat frågan om psykisk ohälsa och haft höga ambitioner inom området. Att resultaten inte blir synliga på grund av mätproblem behöver heller inte med nödvändighet betyda att inga resultat har åstadkommits men det gör det svårt att kommunicera eventuella framsteg och kvarstående utmaningar.

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys drar i sin utvärdering av PRIO-satsningen (2015) slutsatsen att de statliga satsningarna sammantaget bidragit till att synliggöra situationen för personer med psykisk ohälsa och signalerat att psykisk ohälsa är ett prioriterat område och en nationell angelägenhet. Emellertid har satsningarna inte haft någon inverkan på tillgängligheten till vård och omsorg eller tillgången till evidensbaserade metoder. Myndigheten konstaterar också att det är högst oklart hur satsningarna direkt har påverkat patienter och brukare, vilket bl.a. beror på att målen för satsningarna har varit otydliga och svåra att följa upp då datakällor och indikatorer för uppföljning saknats.[121]

Det finns flera skäl till att det är svårt att se effekter av de statliga satsningar som har initierats inom området psykisk hälsa. Ett sådant skäl är att satsningarnas korta tidshorisont om mellan två och fem år har inneburit svåra metodologiska avvägningar i utvärderingar och uppföljningar. Detta har ytterligare försämrat förutsättningarna för

[121] Myndigheten för vårdanalys (2015), s. 11 ff.

stabila analyser som kan ligga till grund för korrigeringar eller förändringar i statens styrning inom området. Det innebär också att de utvärderingar som gjorts av naturliga skäl närmast ger en ögonblicksbild av utvecklingen, och då i relation till de specifika mål, målgrupper eller områden som den senaste satsningen varit inriktad mot. Ett annat problem är avsaknaden av stabila indikatorer för uppföljning, vilket beskrivs närmare i avsnitt 4.5.2, som medför att det är svårt att se de långa linjerna i utvecklingen inom området. Detta innebär inte att landvinningar inte har gjorts men dessa är svåra att koppla till effekter och resultat av de *statliga* initiativen och åtgärderna inom området.

Smala satsningar – effektivt men oklara effekter

Såväl Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) som Statskontoret argumenterar i sina utvärderingar av PRIO-satsningen respektive statens psykiatrisatsning (2007–2011) för att regeringen i sina initiativ ska formulera en struktur där övergripande mål, indikatorer och projekt hänger samman. Myndigheterna bedömer också att det är av stor vikt att målen är realistiska, tidsbundna, acceptabla och mätbara.[122]

Att styra mot mål och resultat dvs. att utifrån uppsatta mål strategiskt och systematiskt följa upp politikens genomslag är en grundläggande aspekt av målstyrningen. Eftersom de statliga satsningarna inom området många gånger snarare tagit sikte på visionära mål och utmärkts av ett processorienterat styrsätt där staten, genom att stimulera förutsättningar för utveckling i kommuner och landsting/regioner är det svårt att exakt avgöra vilka effekter som satsningarna haft, särskilt när det gäller faktiska insatser till personer med psykisk ohälsa.

En till synes effektiv modell för styrning var de prestationsmedel som betalades ut till de huvudmän som uppnått vissa av de krav och mål som stipulerats i överenskommelser mellan staten och SKL. Det prestationsbaserade ersättningssystemet bedömdes av Vårdanalys vara ett kraftfullt verktyg för att få effekter ute i verksamheterna.

[122] Se Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015), s. 11 ff. och Statskontoret (2012a), s. 10 ff.

Frågan är emellertid om styrning genom prestation bidrar till långsiktiga förbättringar och nödvändiga strukturella förändringar. Svaret på den frågan är troligtvis nej.

Ett exempel på en riktad satsning med prestationsbaserade medel är den satsning på barn- och unga som utgjorde en del av statens psykiatrisatsning 2007–2011. Den s.k. *tillgänglighetssatsningen* syftade till att skapa incitament för rapportering till register, förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet samt att öka personalens kompetens inom primärvård, barn- och ungdomspsykiatri eller andra verksamheter som landstingen bedömde vara av betydelse för att förbättra vård och stöd för målgruppen.[123] Inom ramen för tillgänglighetssatsningen fördelades cirka 200 miljoner kronor per år under 2007–2008 i syfte att stödja landstingen i arbetet med att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för barn och unga med psykisk ohälsa.[124] Vidare ingicks en överenskommelse med SKL om att utreda förutsättningarna för att på sikt förkorta väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatrin (S2008/600/HS).

Socialstyrelsen hade regeringens uppdrag att utvärdera satsningen på barn och unga. Av den rapport som Socialstyrelsen presenterade för regeringen under 2009 framgår att det inte varit möjligt att på nationell nivå utvärdera och bedöma effekterna av de insatser som landstingen genomfört under perioden 2007–2008. Detta berodde bl.a. på att det fanns brister i nationella grunddata, att utvärderingsperioden varit osedvanligt kort samt att majoriteten av de insatser som landstingen initierat fortfarande pågick. Socialstyrelsens uppföljning avgränsades därmed till att kartlägga och översiktligt bedöma de insatser som landstingen redovisat att man gjort eller planerade att göra med bidragen.[125] SKL som haft regeringens uppdrag att utreda förutsättningarna för landstingen möjligheter att uppnå den förstärka vårdgarantin konstaterade i sin slutrapport att det, mot bakgrund av den brist på resurser och personal med adekvat kompetens som fanns inom barn- och ungdomspsykiatrin vid rapporteringstillfället (i december 2007) inte var rimligt att införa en skärpt vårdgaranti för både bedömning och behandling inom ett år. Först år 2011 kunde den skärpta vårdgarantin bli verklighet i alla landsting, bedömde SKL.[126]

---

[123] Skr. 2008/09:185, s. 1 ff.
[124] Statskontoret (2012a), s. 39 ff.
[125] Socialstyrelsen (2009), s. 7 ff.
[126] Sveriges Kommuner och Landsting (2007), s. 2 ff.

Från och med 2009 utgick prestationsmedel till de landsting som klarade målet om att ta emot mer än 90 procent av alla barn för ett första besök inom 30 dagar och inleda utredning eller behandling efter ytterligare 30 dagar (30+30). Villkoren för de prestationsbaserade statsbidragen reglerades genom årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL där kraven för måluppfyllelse fastställdes.[127]

Socialstyrelsen konstaterade i sin utvärdering av satsningen att prestationsmedlen utgjorde ett nödvändigt resurstillskott för att klara vårdgarantin, samtidigt som det fanns kritik mot det ensidiga fokus på tillgänglighet, snarare än kvalitet, som skapades. Dessutom fanns i flera landsting oro över negativa effekter på behandlingsinsatser, i synnerhet för svåra och komplexa ärenden. En farhåga var att prestationsbidraget lett till förändrade medicinska bedömningar, en nedprioritering av återbesök och en ökad återremittering till primärvården.[128]

I den uppföljning av tillgänglighetssatsningen som genomförts av Statskontoret under 2012 konstateras att 20 av 21 landsting klarade målet om att 90 procent av barn och unga ska ges ett första besök inom 30 dagar under 2010. 18 av 21 landsting klarade vidare av att ge barnen fördjupad behandling eller utredning inom 60 dagar. Statskontoret påpekar emellertid att mätningar i väntetidsdatabasen Väntetider i vården i mars 2011 visade på en påtaglig ökning av antalet väntande på ett första besök till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). Fler landsting hade också ett sämre resultat än i oktober 2010. Resultaten var dock inte helt jämförbara då inrapporteringskraven förändrades mellan åren.[129]

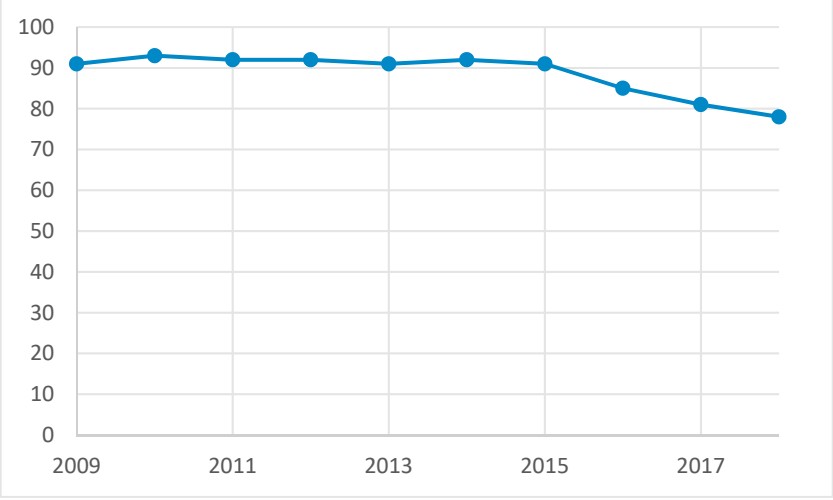
Från och med år 2012 ingick tillgänglighetssatsningen i de överenskommelser som slöts mellan staten och SKL inom ramen för PRIO-handlingsplanen. Totalt utgick cirka 1,8 miljarder kronor för att korta köerna inom barn- och ungdomspsykiatrin under åren 2007–2015.[130]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som haft regeringens uppdrag att utvärdera PRIO konstaterade i sin slutvärdering att tillgänglighetssatsningen bidragit till att avsevärt minska köerna under

[127] Se t.ex. Regeringskansliet, Socialdepartementet (2009), S2006/9394/HS samt S2007/5550/HS.
[128] Socialstyrelsen (2013c), s. 9 ff.
[129] Statskontoret (2012a), s. 39.
[130] Se t.ex. Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012b), s. 5 ff.

perioden 2008–2009, dvs. i samband med att regeringen och SKL för första gången kommit överens om den förstärkta vårdgarantin för barn och unga. Däremot har väntetiderna därefter har varit i stort sett oförändrade och ligger runt den 30-dagarsgräns som är uppsatt.[131] Detta bekräftas av information från databasen Väntetider i vården. Av informationen är det möjligt att konstatera att de prestationsmedel som fördelades till landstingen i syfte att stärka tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatrin inte tycks ha givit några avgörande effekter under den aktuella perioden. När prestationsmedel inte längre betalas ut sker däremot en tydlig försämring av resultaten (se figur 4.1).

Figur 4.1 Andel första besök på BUP inom 30 dagar 2009–2018



Källa: Väntetider i vården (2018).

[131] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015), bilaga 4, s. 20 ff.

Prestationsbaserad ersättning verkar således vara ett styrmedel som ger vissa effekter ute verksamheterna i vården och omsorgen och som kan bidra till att sätta fokus på en viss åtgärd eller insats. Emellertid tycks den prestationsbaserade ersättningen endast vara en mer kortsiktig och tillfällig lösning. Även om den tämligen kraftfulla ekonomiska stimulansen gav effekter ser dessa ut att avta i samband med att medlen inte längre utgår. Styrningsformen kan också leda till oönskade sidoeffekter i form av undanträngning av fungerande verksamheter, kortsiktiga lösningar och att de mottagande verksamheterna frestas att manipulera inregistrering av data för att ta del av medlen. Prestationsbaserade ersättningar kan också minska utrymmet för lokal anpassning eftersom uppdrag, mål och insatser beslutas utifrån en nationell bild av utvecklingen inom området. En annan fråga är hur den ökade produktiviteten, som var en följd av prestationsmedlen, åstadkommits. Det nödvändiga resurstillskottet möjliggjorde rimligen anställningar men det finns en risk att den drev en utveckling mot ökad personalstyrka inom barn- och ungdomspsykiatrin samtidigt som andra verksamheter i motsvarande omfattning dränerades på kompetens.

Vid en uppföljning av barn- och ungdomspsykiatrin som genomfördes av SKL under 2017 visade det sig att antalet disponibla vårdplatser mellan 2007–2016 minskat med 12 procent. Vidare visar kartläggningen att det blir allt svårare att rekrytera och bemanna med erfaren personal, delvis p.g.a. att det förekommer lönemässig konkurrens internt och externt. Många vittnar också om att fortbildning och resultatutvärdering får stå tillbaka p.g.a. svårigheter att rekrytera personal. Vidare visar kartläggningen att stor variation mellan väntetiderna i olika landsting och att vissa kliniker för första gången upplevde svårigheter att erbjuda ett första besök inom 30 dagar eller påbörja utredning inom given tid.[132] Samtidigt ökade antalet besök till BUP med nästan 18 procent mellan åren 2016 och 2017. Även antalet unika patienter har ökat, Från 2016 till 2017 skedde en ökning med 2 procent (2 500 patienter).

Denna uppföljning antyder att de underliggande strukturella problem som SKL uppmärksammade redan 2007 – dvs. att barn- och ungdomspsykiatrin dras med utmaningar i form av brist på resurser och personal med adekvat kompetens – i allt väsentligt kvarstår. Samtidigt ses en utveckling där fler och fler barn söker sig till BUP.

[132] Sveriges Kommuner och Landsting (2017b), s. 3 ff.

Frågan är då vad de riktade prestationsmedlen egentligen åstadkom. En tolkning är att personalen jobbade fortare, att det fokus som uppkom skapade effektiviseringar åtminstone så länge de utbetalades. Det finns dock skäl att fundera över om det också fanns vissa administrativa åtgärder som användes för att på kort sikt minska köerna som också kortsiktigt gav resultat. Faktum kvarstår emellertid att de underliggande strukturella problem som SKL identifierade 2007 är desamma tio år senare.

Enkla åtgärder i komplexa system

Mot bakgrund av exemplet ovan är det tydligt att det är svårt att försöka åstadkomma strukturella och långsiktiga effekter med riktade satsningar därför att en av orsakerna till brister i verksamheterna i vården och omsorgen utgörs av systemfel som ytterst leder till ett ineffektivt resursutnyttjande. I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) konstaterar den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården att landstingen inte sällan tar till kortsiktiga lösningar för att snabbt åtgärda ekonomiska problem eller enskilda kvalitetsbrister, vilket skapar ett fokus på detaljer men inte åtgärdar bakomliggande systemfel.[133] Detta blir än mer påtagligt i ett tvärsektoriellt perspektiv där flera samhällsdelar påverkar varandra i ett stort system och det finns en risk att riktade statliga satsningar kan förstärka en sådan utveckling.

Den ökning av antalet besök och antalet unika besökare till barn- och ungdomspsykiatrin behöver t.ex. analyseras och förstås ur ett systemperspektiv – är barn och unga sjukare nu eller har förstärkningen av barn- och ungdomspsykiatrin dränerat andra system? Finns det faktorer i skolan som driver utvecklingen? En anledning till att barn- och ungdomspsykiatrin är överbelastad kan vara att det inte finns tillräckligt med psykosocial kompetens för barn inom t.ex. primärvården. En satsning för att förbättra tillgängligheten i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, utan att hänsyn tas till de övriga verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa, riskerar att resultera i att en brist i den ena delen av systemet kommer att ha effekt på andra, men också att en riktad åtgärd i en

[133] En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso-och sjukvården, (2016), s. 10 ff.

del av systemet kommer ha motsatt effekt i en annan del av systemet om problemet som ska lösas inte analyseras systematiskt.

En komplicerande faktor är att en åtgärd som har vidtagits i flera landsting/regioner för att lösa tillgänglighetsproblematiken inom barn- och ungdomspsykiatrin är inrättandet av s.k. första linje-verksamheter dvs. verksamheter eller funktioner som tar emot barn och unga som visar tidiga tecken på att må psykisk dåligt – oavsett vad problemen beror på. Att tidigt möta barn i en ohälsoutveckling är emellertid *samtidigt* ett uppdrag för primärvården. Vid sidan av detta har dessutom en statlig satsning på ungdomsmottagningar gjorts. Ytterligare verksamheter med delvis samma inriktning tenderar inte bara att skapa problem för den som söker vård utan medför också en uppenbar gränsdragningsproblematik mellan vårdgrenarna och en risk för att efterfrågan på samma resurser och kompetenser i ytterligare separata verksamheter.

Sammanfattningsvis är smala och tydliga satsningar tilltalande såtillvida att resultat och effekter kan skönjas på kortare sikt. Problemet är emellertid dels att detta inte alltid är fallet eftersom det är svårt att förutse okända systemeffekter i andra delar av systemet och dels att det kan ge effekt kortsiktigt men att det finns en risk att effekten avtar i samma stund som satsningen upphör eftersom systemfelen inte åtgärdas och de strukturella problemen kvarstår efter satsningens slut.

Prioriterade målgrupper utan analys?

De statliga satsningar som har initierats sedan Psykiatrireformen 1995 har alla haft uttalade målgrupper. Vilka målgrupper som har valts ut har emellertid varierat något mellan respektive satsning.

Även om målgrupperna till viss del varit återkommande är det inte möjligt att avgöra hur och varför just dessa målgrupper varit prioriterade. Det kan tänkas ha att göra med allmänna omvärldstendenser, vid tillfället identifierade problem eller också vara en följd av vissa lagändringar, t.ex. det utökade kommunala ansvaret för personer med allvarlig psykisk sjukdom efter Psykiatrireformen. Emellertid kan det konstateras att det breda begreppet psykisk ohälsa – som innefattar allt från en rad olika aspekter av nedsatt psykiskt välbefinnande, såsom t.ex. besvär av bl.a. trötthet, oro och ångest, till

olika former av psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar – har inneburit utmaningar både för staten och för de verksamheter som satsningarna har riktat sig till.

Begreppsförvirring eller oklar avsikt?

Redan i Psykiatrireformen fanns vissa oklarheter i fråga om vilka som egentligen utgjorde målgruppen. Psykiatriutredningen (SOU 1992:73) använde sig av termen psykiskt störd för att beteckna allt ifrån personer med lindriga till måttliga psykiska symtom till personer inom kriminalvården med psykisk störning, psykiskt utvecklingsstörda med psykiatriska vårdbehov samt psykiskt störda missbrukare inom socialtjänstens verksamheter. Psykiatriutredningens samlade bedömning var att målgruppen för de insatser som föreslogs i betänkandet var människor med alla typer och grader av psykisk störning.[134] Samtidigt betonades i direktiven till utredningen att målgruppen för kommitténs förslag skulle vara människor vars psykiska besvär både är mycket allvarliga och har en väsentlig varaktighet över tid (dir. 1990:71).

Psykiatriutredningens förslag om att tydligare anpassa lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, till den aktuella målgruppen, tyder också på att den grupp som avsågs var personer med psykisk funktionsnedsättning. Denna begreppsförvirring beskrivs av Markström (2003) som konstaterar att begreppet psykisk störd, som användes av Psykiatriutredningen, var luddigt och en direkt dålig term för att fånga upp den grupp som nog egentligen stod i fokus – de personer som har stora sociala konsekvenser av sin långvariga psykiska sjukdom.[135] Markström påpekar dessutom att terminologin växlar mellan psykiskt störda, psykiskt långtidssjuka, långvarigt psykiskt störda, allvarligt psykiskt störda, psykiskt funktionshindrade, psykiskt handikappade och psykiskt sjuka.[136]

I de satsningar som följde efter Psykiatrireformen utmönstrades begreppet psykiskt störd. I propositionen Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) konstateras att det psykiatriska sjukdomsbegreppet är otydligt och innefattar en rad

[134] Psykiatriutredningen (1992), s. 104.
[135] Markström (2003), s. 305.
[136] Markström (2003) s. 168.

olika besvär av olika karaktär och intensitet. Målgruppen i satsningen kom därmed att definieras som dels personer med psykisk ohälsa, dels personer med psykiskt funktionshinder. Fokus i handlingsplanen låg emellertid inte på personer med psykisk funktionsnedsättning utan på tidiga insatser till barn och unga respektive äldre med symptom av t.ex. ångest och depression. Dock uppmärksammades den somatiska ohälsan hos personer med långvarig psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättning.[137]

Den breda målgrupp som var i fokus för den Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården kom emellertid inte att omfattas av de åtgärder som var en följd av arbetet i den parallella satsningen Nationell Psykiatrisamordning åren 2003–2006 och satsningen på psykiatri och socialtjänst 2005–2006. Detta kan delvis förklaras av att den Nationella psykiatrisamordningen tillsattes p.g.a. ett antal tragiska händelser där flera grova våldsbrott begåtts av personer som var eller nyligen hade varit i kontakt med den psykiatriska vården. I utredningens direktiv konstateras också att fokus för samordningens arbete skulle vara på arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir. 2003:133). Fokus kom därmed återigen att hamna på svårt psykisk sjuka och funktionshindrade. Psykiskt funktionshindrad definierades av Nationell psykiatrisamordning som en person som:

> (…) har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.[138]

I Statens psykiatrisatsning 2007–2011 kom insatser att riktas till barn och ungdomar med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom samt personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Några närmare definitioner av dessa begrepp framgår emellertid inte av den skrivelse som låg till grund för politikens inriktning.[139]

I PRIO-satsningen försvinner åter den bredare målgruppen och det talas i stället om personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Målgruppen beskrevs som personer som till följd av en allvarlig psykisk sjukdom eller en långvarig psykisk

[137] Prop. 1999/2000:149, s. 42 ff.
[138] Nationell Psykiatrisamordning (2006), s. 33.
[139] Skr. 2008/09:185, s. 5 ff.

funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter inom viktiga livsområden som t.ex. boende, arbete, sysselsättning, ekonomi, sociala relationer och fritid – alltså ganska näraliggande den nationella psykiatrisamordnarens definition av en person med psykiskt funktionshinder.[140]

Ett skäl till den till synes stora variationen mellan olika satsningars målgrupper kan vara ett utslag av begreppsförvirringen inom området. Men det kan också ses som en otydlighet om vad som egentligen är statens ambition – är det att motverka ohälsa mot bakgrund av det ökande lidandet för individer och de ökande samhällskostnaderna eller är det att säkerställa delaktighet och rättigheter för personer med funktionsnedsättning? Eller, annorlunda uttryckt, om ambitionen med satsningarna utgår från ett samhällsperspektiv eller ett funktionshinderperspektiv?

Styrning i parallella strukturer

Ett sätt att förstå PRIO-satsningens återgång till ett tydligare fokus på personer med allvarlig psykisk sjukdom eller en långvarig psykisk funktionsnedsättning kan vara den statliga satsningen på en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, den s.k. rehabiliteringsgarantin.

För att möta de ökade sjukskrivningarna i psykiatriska diagnoser tecknade regeringen och SKL en första överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti 2008. Rehabiliteringsgarantin syftade till att stimulera landstingen att erbjuda specifika behandlingsmetoder som dels skulle främja återgång i arbete, dels förebygga sjukskrivning för personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.[141] Upprinnelsen till införandet av rehabiliteringsgarantin var en rapport från Socialstyrelsen år 2007, Psykosocial kompetens i primärvården. Underlaget till rapporten togs fram av en arbetsgrupp där Socialstyrelsen inhämtade synpunkter från många aktörer bl.a. SKL, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och från yrkesorganisationer och experter från forskarsamhället. Rapporten uppmärksammade en rad utmaningar som primärvården stod inför på det psykosociala

[140] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012a), s. 10 ff.
[141] Rehabiliteringsgarantin avslutades i sin dåvarande form vid årsskiftet 2015/2016. Från och med 2016 ingår delar av medlen från rehabiliteringsgarantin i överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

området och vad som kunde göras för att möta dessa utmaningar. Rekommendationerna fokuserade på att hälso- och sjukvården behövde mer utbildning, tydliga uppdrag, tillgång till kompetens, handledning och diagnostiska instrument.[142]

Rehabiliteringsgarantin utformades som ett svar på de ökande sjukskrivningstalen i psykiatriska diagnoser. Parallellt med rehabiliteringsgarantin genomförde regeringen emellertid andra reformer samt tecknade ett antal andra överenskommelser med SKL som alla berörde primärvården och som därmed även påverkade hur rehabiliteringsgarantin implementerades.[143]

Systemeffekter beaktas inte i målgruppsprioriteringarna

Såväl Överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, som från och med 2016 delvis ersatte rehabiliteringsgarantin, och överenskommelserna inom området psykisk hälsa är tämligen omfattande och avser till stor del samma målgrupp. Det innebär att huvudmännen årligen blir mottagare av två större riktade statsbidrag som tar sikte på liknande insatser med delvis samma målgrupper men med olika bakomliggande incitament.

Inom ramen för Överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018 tilldelas landstingen 500 miljoner kronor per år för att erbjuda evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser för personer i åldrarna 16–67 år med besvär av somatisk och psykologisk karaktär som långvarig smärta i rygg, axlar och nacke samt lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress. Landstinget avgör själv om insatserna ska erbjudas inom landstinget eller om en privatpraktiserande psykolog ska ersättas för att genomföra åtgärden.[144]

Samtidigt finns i Överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa en kraftfull satsning på att erbjuda psykosocial behandling till barn, unga, vuxna och äldre inom primärvården. I överenskommelsen konstateras att primärvårdens kapacitet behöver stärkas med psykosocial kompetens och att primärvården bör ha möjlighet att erbjuda psykoterapi, varför 220 miljoner kronor fördelas till

[142] Socialstyrelsen (2007), s. 6 ff.
[143] Riksrevisionen (2015), s. 25.
[144] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016c), s. 11.

landstingen under 2018 för att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och effektiv primärvård, för att främja psykisk ohälsa och möta personer med psykisk ohälsa i alla åldrar.[145]

Dessa två parallella styrsignaler riskerar att skapa oförutsedda effekter i de system de träffar och det kan inte uteslutas att denna typ av dubbla signaler bidrar till att skapa en ojämlik vård, i detta fall mellan exempelvis äldre i relation till personer med anknytning till arbetslivet. Det kan också bidra till en stuprörsorganisering i landstingen som inte är avsedd, där de statliga medlen styr mot två parallella delar av organisationen och skapar intern konkurrens om kompetenser och professioner.

Olika styrformer skapar ett myller av styrsignaler

Statskontoret påpekade redan 2011 i sin rapport Tänk efter före att mängden styrmedel ökar risken för överlappningar och att ett flitigt användande av annan styrning än normering kan skapa en kortsiktighet och ryckighet. Statskontoret konstaterade mot bakgrund av detta att det finns ett behov av att tänka mer strategiskt på styrningen av kommuner och landsting genom att bl.a. på förhand analysera kommuners kapacitet att hantera de statliga styrsignalerna.[146] Problematiken med statens frekventa användning av informella styrmedel har också påtalats av Tillitsdelegationen (2018) som konstaterar att fördelen med de mjuka styrformerna är ett ökat fokus på uppföljning och utvärdering men att mjuka styrmedel också bidrar till vissa bieffekter som påverkar mötet mellan medarbetare och medborgare negativt. Exempel på värden som får stå tillbaka i detta möte är t.ex. samverkan, långsiktighet, kontinuitet och professionalitet.[147]

I överenskommelsen mellan staten och SKL om stöd till riktade insatser på området psykisk hälsa 2016 uppmanades huvudmännen att samordna inte mindre än tolv näraliggande överenskommelser mellan staten och SKL och andra statliga satsningar, i syfte att uppnå maximal effekt av statens samlade satsningar inom området.[148] Syftet med skrivningen var vällovligt och tänkt att utgöra ett stöd för huvudmännen. Men skrivningen belyser också hur staten parallellt

[145] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017b), s. 11 ff.
[146] Statskontoret (2011), s. 9 ff.
[147] Tillitsdelegationen (2018), s. 170 ff.
[148] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015a), bilaga 1:3.

prioriterar många grupper samtidigt utan att närmare ha analyserat vilka konsekvenser detta får i verksamheterna och i vilken utsträckning det får önskade eller oönskade effekter för medborgare, patienter och brukare. Det fanns heller inte någon uttalad inbördes ordning mellan de prioriterade grupperna eller insatsområdena. Bland de tolv överenskommelser som ansågs vara näraliggande överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa var insatser inom bl.a. äldre- och funktionshinderverksamheterna, kroniska sjukdomar och sjukskrivningar. Där fanns också en förstärkning i fråga om kvinnors hälsa, nyanländas psykiska hälsa, den sociala barn- och ungdomsvården och elevhälsan. En konsekvens blev att nästan alla grupper på ett eller annat sätt var prioriterade i olika överenskommelser och satsningar och inte sällan tog de olika initiativen i olika utsträckning också i någon del sikte på den psykiska hälsan hos respektive grupp.

Det finns flera fördelar med att dela upp och fokusera på olika subgrupper med psykisk ohälsa. Grupper som är särskilt utsatta synliggörs och i bästa fall kan detta leda mot en utveckling där olika gruppers och individers behov kan mötas på ett bättre sätt. Emellertid innebär särskilda, mer eller mindre kortsiktiga, prioriteringar av enstaka grupper att det skickas en närmast oändlig mängd styrsignaler till en verksamhet som redan har att hantera prioriteringar som stadgas i lag eller i interna styrdokument.

Detta problem har ofta påpekats i utredningens kontakter med verksamhetsföreträdare i kommuner och landsting/regioner. Ytterst är det ett stort antal lagar och förordningar som styr verksamheten. Vid sidan av detta innebär det kommunala självstyret att varje landsting/region och kommun också ska göra politiska prioriteringar för just den egna verksamheten i relation till de egna medborgarna. Mot bakgrund av dessa prioriteringar läggs en budget som blir en tydlig styrsignal för verksamhetschefer och personal men till detta adderas de statliga styrsignalerna i form av olika finansiella satsningar på olika grupper i korta cykler. Till detta kan också läggas andra styrsignaler såsom Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) prioriterade riskområden för tillsynen som utformas inom myndigheten och som inte med nödvändighet följer övriga statliga prioriteringar.

För att motverka detta är det angeläget att löpande göra analyser av hur statens olika, och ibland motstående, prioriteringar sammantaget påverkar de verksamheter som möter medborgarna. Det vore också av vikt att se om denna typ av styrning faktiskt får de avsedda

effekterna för medborgarna och om de på lång sikt bidrar målet att alla medborgare ska kunna erbjudas jämlika och högkvalitativa insatser av det allmänna.

Utveckling genom projekt

Samtidigt som staten har tagit initiativ med delvis olika målgrupper, inriktningar och styrformer har ett genomgående tema med få undantag varit att stimulera utvecklingen hos myndigheter, landsting och kommuner med olika projektmedel eller kortare satsningar. Många insatser har gjorts och mycket pengar har satsats. Det är lätt att konstatera att den långsamma utvecklingen på området har bekymrat många beslutsfattare genom åren och att det har funnits en genuin önskan om förbättringar. Styrningen mot de mål som satts upp har också i allmänhet riktat sig mot de landstingskommunala huvudmännen. Detta är logiskt eftersom det har funnits ett tydligt fokus på vård- och stödinsatser.

Det finns ett uppenbart behov av en ständig utveckling i verksamheter som möter personer med psykisk ohälsa. Genom åren har det dock inte funnits någon tydlig tendens att genom lagstiftning söka åstadkomma denna förändring. I stället har den huvudsakliga inriktningen på området varit en tilltro en mer generisk utveckling hos huvudmännen varför ett sätt att försöka åstadkomma utveckling varit att stimulera samverkan och nya arbetsformer lokalt genom projekt alternativt att låta myndigheter ta fram kunskapsstöd och riktlinjer. SKL har de senaste åren varit aktiva och många gånger framgångsrika när det gäller att ta fram goda exempel som kan appliceras i verksamheter lokalt och regionalt.

Många projektfinansiärer ger ett stort antal projekt

Psykiatrireformens bärande strategi var att genom stimulansmedel bidra till att stödja verksamhetsutveckling i kommuner och landsting för målgruppen personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar. Kunskap och samverkan skulle byggas med hjälp av stimulansmedel och resultera i bestående förändringar i verksamheterna. På ett liknande sätt organiserades arbetet inom ramen för satsningen på psykiatri och socialtjänst 2005–2006 där 700 miljoner kronor årligen

avsattes för att stimulera samverkansprojekt i kommuner och landsting inom områdena sysselsättning, boende, samverkan, rehabilitering och kvalitetsutveckling. Totalt resulterade satsningen i 345 olika projekt ute i kommuner och landsting/regioner. Dessa projekt pågick parallellt med den Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården, där cirka 8 miljarder kronor fördelades för att åstadkomma systemförbättringar i hälso- och sjukvården och inom psykiatrin.

De senaste åren har en stor del av det verksamhetsstödjande arbetet riktat till kommuner och landsting inom området psykisk hälsa drivits av SKL. SKL har, genom överenskommelserna med regeringen sedan 2012 tilldelats cirka 50 miljoner kronor per år för att bedriva utvecklingsarbete inom särskilt angelägna områden. Det har bl.a. rört initiativ för att förbättra den psykiatriska heldygnsvården och minska antalet tvångsåtgärder, satsningar på första linjeverksamheter, initiativ för att förebygga och korta sjukskrivningar samt åtgärder för att öka antalet sociala investeringar. Utvecklingsarbetet har vanligtvis genomförts i projektform ute i kommuner och landsting där SKL bl.a. har stöttat huvudmännen med metoder, kunskap och kompetens. Utvecklingsarbetet har bidragit med verktyg och strategier för t.ex. skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård och har synliggjort viktiga utmaningar för huvudmännen. Trots att SKL:s arbete i dessa delar är – och har varit – av stort värde följer utvecklingsarbetet den projektlogik som beskrivs i det föregående. Som framhållits av t.ex. Fred (2018) är projektlogiken särskilt effektiv för att kortsiktigt åstadkomma förändringar i verksamheterna och skapa en positiv inverkan när det gäller att öka ambitionen och ansvarstagandet. Projektformen är dock mindre lämpad för att åstadkomma strukturella förändringar inom ett område på längre sikt.

Också internationellt är intresset för projektformen som stimulerande åtgärd på området stor. En central aktör är i detta sammanhang är den Europeiska Socialfonden (ESF). ESF är en av EU:s strukturfonder vars syfte är att stärka medlemsländernas ekonomi och sociala sammanhållning. Detta sker bl.a. genom att, efter ansökan, tilldela medel till nationella, regionala och lokala projekt för att bl.a. skapa arbetstillfällen och stärka kompetensen hos individer. Sedan 2012 har ESF finansierat över 400 sådana projekt på nationell, regional och lokal nivå, varav en ansenlig mängd tar sikte på målgruppen personer med psykisk ohälsa.

I Sverige finns också ett flertal exempel på projektfinansiärer, den mest kända kanske Allmänna Arvsfonden som stöttar projekt för barn, ungdomar och personer med funktionsnedsättning. Bidragen baseras på medel från dödsbon där Arvsfonden står som förmånstagare och varje år får cirka 400 projekt på nationell, regional och lokal nivå stöd av fonden. År 2018 rörde cirka fyra procent av projekten målgruppen barn och ungdomar med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning.

Förutom externa projektfinansiärer fördelas också bidrag för projekt till organisationer inom civilsamhället av de statliga myndigheterna. Dessa bidrag, vanligtvis reglerade genom förordning, riktas inte sällan till projektspecifika insatser inom olika områden. Folkhälsomyndigheten som har regeringens uppdrag att fördela verksamhetsbidrag till civilsamhällets organisationer inom området psykisk hälsa och suicidprevention (S2017/07302/RS) fördelade under 2017 t.ex. 25 miljoner kronor till 29 ideella organisationer som arbetar med frågor kring psykisk hälsa. Andra myndigheter som årligen fördelar medel till organisationer som arbetar med frågor kring psykisk hälsa är bl.a. Socialstyrelsen och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF).

Även myndigheterna styrs med projekt

Strategin att stimulera utveckling genom projekt har inte uteslutit de statliga myndigheterna. De statliga myndigheterna har i regel fått uppdrag i anknytning till de projektsatsningar som har genomförts. Det har bl.a. handlat om att ta fram kunskap, utveckla samverkan, ta fram indikatorer för uppföljning samt att utvärdera och följa upp det utvecklingsarbete som har bedrivits. Myndigheternas arbete har många gånger lett till förbättrade insatser och ökad kunskap inom olika områden. Emellertid kan de problem i den statliga styrningen av kommunerna som belyses i föreliggande kapitel – bl.a. brister i långsiktighet och samordning och avsaknad av effekter på de organisatoriska strukturerna – i stor utsträckning även appliceras på styrningen av de statliga myndigheterna.

Det stora antal regeringsuppdrag som årligen riktas till de statliga myndigheterna inom området psykisk hälsa ställer inte bara krav på Regeringskansliets förmåga att ta emot, koordinera och följa upp

den stora mängd redovisningar som följer av uppdragen. Det kräver också att uppdragsstyrningen bygger på en gemensam analys så att den inte leder till systemfel och negativa effekter för verksamheter och patienter, brukare och medborgare. En koordination inom och mellan olika departement och myndigheter skulle sannolikt ge bättre förutsättningar för ett långsiktigt hållbart arbete och minska risken för suboptimering och ett stort antal uppdrag som inte hänger ihop med varandra.

En annan problematik som har att göra med uppdragsstyrningen är att uppdragen oftast riktar sig till närmast berörda myndigheter dvs. som regel myndigheter under Socialdepartementet. Detta kan troligtvis till viss del förklaras av gränser mellan de utgifts- och politikområden som departementens och myndigheternas verksamheter inordnats i men är troligtvis också en följd av den logik som har präglat området psykisk hälsa där fokus traditionellt sett har legat på att utveckla insatser till målgruppen inom hälso- och sjukvården respektive omsorgen. Utredningen har i avsnitt 4.3.5 identifierat ett tjugotal myndigheter, utöver de närmast berörda, vars verksamhet berör frågor kring psykisk hälsa. Att också involvera dessa myndigheter i arbetet bör vara en viktig prioritering framgent.

Sammantaget vore det önskvärt med ett konsekvent agerande i myndighetsstyrningen, antingen denna sker genom uppdrag, genom mål i regleringsbrev eller genom formuleringar i myndighetens instruktion. När det gäller arbetet inom området psykisk hälsa är det vanligt att myndigheter får regeringsuppdrag, såväl i regleringsbrevet som löpande under året. Det faktum att uppdragen är utspridda över tid kan försvåra myndighetens planerings- och prioriteringsförmåga. Statskontoret påpekar i rapporten Stärk kedjan! (2013) på att en stor mängd styrsignaler från regeringen riktat till de statliga myndigheterna innebär risker och att styrningen därmed bör inriktas på att bli mer strategisk. Statskontoret påpekar att den bristande styrningen kan leda till att myndigheternas interna styrning påverkas men också att brister i myndigheternas uppföljning och redovisning påverkar Regeringskansliets förmåga att styra myndigheterna på ett fullgott sätt.[149]

[149] Statskontoret (2013), s. 6 ff.

Långsiktig samordning och samverkan är svår att uppnå

Samverkan mellan myndigheter inom tvärsektoriella områden behöver inte sällan specifika direktiv eller beslut för att komma till stånd. Det är lätt att hitta kortare samverkanskonstellationer, gärna i projektform, men det tycks vara svårare att hitta en långsiktigt hållbar struktur som existerar utan särskilda medel eller uppdrag. Svårigheterna att arbeta tvärsektoriellt hämmar inte bara förmågan att skapa nya systemlösningar för samhällsfrågor som griper över flera sektorer utan riskerar också att leda till en bristande effektivitet och långsiktighet.

Flera rapporter och utredningar har pekat på behovet av en stärkt statlig styrning med tonvikt på helhetsperspektiv och fler inslag av tvärsektoriellt arbete, framför allt vad gäller Regeringskansliets arbetssätt. Redan Ansvarskommittén (2007) konstaterade t.ex. i sitt slutbetänkande att utmaningarna och problemen i den statliga sektoriseringen inte till oväsentlig del bottnar i Regeringskansliets funktionssätt. Kommittén pekar på att Regeringskansliets arbete kännetecknas av hög professionell kvalitet, rationalitet i beredningen och hög leveransförmåga vad gäller politiskt prioriterade uppdrag, men att den strikta arbetsfördelningen riskerar att skapa låsningar och inverka negativt på möjligheterna att arbeta tvärsektoriellt.[150] Svårigheten att arbeta med sektorsövergripande lösningar har också påtalats av bl.a. Statskontoret (2006) som konstaterat att staten i princip använder samma styrinstrument vid styrning av tvärsektoriella frågor som vid styrning av mer avgränsade sektorer och att detta dels innebär risker för att tvärsektoriella frågor nedprioriteras i beredningsarbetet, dels att statliga insatser får en begränsad räckvidd. Statskontoret bedömer därför att det är av stor vikt att det byggs upp system som säkerställer att olika tvärsektoriella perspektiv beaktas och att olika sektorsanspråk vägs mot varandra.[151]

En tendens när det gäller styrningen och organiseringen av tvärsektoriella områden i Regeringskansliet är en utveckling mot att dels tillskapa fler myndigheter med ett sammanhållet ansvar för tvärpolitiska frågor, dels i ökad utsträckning arbeta över departements- och enhetsgränser i t.ex. nätverk och arbetsgrupper. Sedan den 1 janu-

[150] Ansvarskommittén (2007) s. 241 ff.
[151] Statskontoret (2006), s. 10 ff.

ari 1997 är Regeringskansliet en myndighet. Tidigare hade Statsrådsberedningen, departementen och Regeringskansliets förvaltningskontor utgjort separata myndigheter. Ombildningen av Regeringskansliet till *en* myndighet skulle kunna ses som en markering av att departementen utgör en *samlad* resurs till regeringens förfogande och ett effektivt och kompetent instrument för regeringen, i dess uppgift att styra riket och förverkliga sin politik.

Ett annat inte ovanligt sätt att stärka samordningen av tvärsektoriella frågor i staten har varit genom tillsättandet av s.k. nationella samordnare. Med nationell samordnare åsyftas en person som är utsedd av regeringen och som verkar utanför myndighetsstrukturerna för att samordna och genomföra regeringens politik. Statskontoret (2014) som har granskat statens styrning genom nationella samordnare konstaterar att det finns vissa fördelar med att tillsätta en nationell samordnare. Det kan t.ex. bidra till att regeringen kan styra på ett mer mångsidigt och vara ett sätt för regeringen att synliggöra en viss fråga. Statskontoret pekar emellertid också på att tillsättandet av en samordnare innebär utmaningar i förhållande till såväl regeringen som myndigheterna. Berörda myndigheter kan känna sig åsidosatta eller välja att avstå från att vidta åtgärder inom ett visst område med hänvisning till samordnaren. Samordnaren kan också skapa problem i Regeringskansliet där tjänstemännens uppgift är att upprätthålla linjeorganisationen inom departementet medan samordnarens roll ofta är den motsatta.[152]

Också Riksrevisionen har studerat regeringens styrning genom nationella samordnare. Riksrevisionen konstaterar i rapporten Nationella samordnare som statligt styrmedel (2016) att de nationella samordnarnas uppdrag generellt sett är brett och flexibelt vilket ger goda möjligheter till situationsanpassning och skapar utrymme för att utveckla och pröva nya idéer, arbetsformer och tillvägagångssätt. Samtidigt visar granskningen att just det breda och flexibla uppdraget gör att regeringen har begränsad kontroll över utfallet och att det skapas otydliga ansvarsförhållanden med begränsade möjligheter till insyn. Riksrevisionen drar slutsatsen att samordnarna ofta lyckas med att sätta fokus på den aktuella frågan och kan påverka de aktörer som samordnaren ska stödja eller samordna att vilja förändra sitt beteende i enlighet med regeringens önskemål – däremot är det

[152] Statskontoret (2014a), s. 7 ff.

svårare för nationella samordnare att de facto förändra de berörda aktörernas beteende.[153]

Inom området psykisk hälsa har tre nationella samordnare varit knutna till de satsningar som genomförts inom området från 1995 till dags dato. Det övergripande uppdraget för dessa samordnare har bl.a. varit att bidra till kraftsamling i frågorna och samordna och stärka utvecklingsarbetet inom området. Erfarenheten från dessa samordningsfunktioner är dock att s.k. nätverksbaserad styrning genom nationella samordnare inte är något självklart svar på hur den tvärsektoriella styrningen i staten ska bli mer effektiv. Samordnarens form och placering kan emellertid ha en viss betydelse för frågornas genomslag och möjligheten att styra utifrån ett helhetsperspektiv. En särskild samordningsfunktion, likt den som var placerad på Socialdepartementet under 2012–2015, innebär i normalfallet en närhet till de politiska besluten och större möjligheter att påverka dessa genom t.ex. den departementala beredningsprocessen. En samordnare med placering i utredningsväsendet, likt Nationell Psykiatrisamordning 2003–2006 och nuvarande samordnare, kan emellertid innebära ett större avstånd till beslutsmakten och leda till att samordnaren får en friare men mer symbolisk roll.

Sammantaget kan tillsättandet av en nationell samordnare innebära en kraftsamling och förstärkning av fokus på frågorna, om än tillfällig. Betydelsen för Regeringskansliets samlade styrning är dock mer oklar. En uppenbar utmaning är att varken myndigheter eller tillfälliga samordnare har några befogenheter i relation till andra myndigheter, eller för den skull i relation till Regeringskansliet, vilket bl.a. påverkar möjligheterna till samordning och samverkan.

4.5.2 Brister i indikatorer, datakällor och datainsamling

Utvärdering och uppföljning är centrala inslag i den statliga kunskapsstyrningen. En ökad statlig tonvikt på kunskapsstyrning förutsätter en mer systematisk uppföljning och utvärdering av bl.a. hälso- och sjukvården och socialtjänsten på nationell, regional och lokal nivå. I dagsläget är staten beroende av en rad aktörer för att kunna bedöma i vilken utsträckning huvudmännen lever upp till kraven i gällande regelverk eller vilket genomslag som kunskapsstyrningen

[153] Riksrevisionen (2016), s. 19 f.

har. Effekterna av den statliga styrningen blir därigenom svår att mäta. Uppföljningen av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resultat och kvalitet är i dag fragmentarisk, även om fler initiativ under senare år har genomförts i syfte att åstadkomma förbättringar. Väsentliga delar saknar systematisk uppföljning, däribland området psykisk hälsa. Detta är också en utmaning som har lyfts fram i, i stort sett, samtliga uppföljningar och utvärderingar av de statliga initiativen inom området sedan den s.k. Psykiatrireformen 1995. Utmaningen gäller dels bristen på relevanta datakällor och indikatorer, dels metoder för datainsamling.

Uppföljningsindikatorer – disparata projekt med olika huvudmän

Ett återkommande tema i de olika satsningar som har initierats inom området psykisk hälsa sedan 1995 är en ambition att utveckla informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning i syfte att kunna mäta resultat och effekter. Redan år 2000 bedömde den dåvarande regeringen att det var angeläget att intensifiera detta arbete inom hälso- och sjukvården för att medborgarna ska få god information om vården och för att främja en effektiv hälso- och sjukvård. I den proposition som låg till grund för regeringens satsning inom området psykisk hälsa under åren 2001–2007 (Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården, prop. 1999/2000:149) konstaterades att insatser för att utveckla verksamhetsuppföljningen var nödvändiga då det fanns betydande brister inom området. Bl.a. beskrevs de modeller som fanns för att beskriva utvecklingen inom vården som alltför outvecklade samtidigt som informationen om sjukvårdens prestationer, effekter och kostnader var bristfällig. Detta gällde i särskilt hög grad primärvården, psykiatrin och sjukhusens öppna vård. Regeringen bedömde därför att informationsförsörjningen och verksamhetsuppföljningen inom hälso- och sjukvården borde stärkas. Det handlade, enligt regeringen om såväl kommunikation mellan vårdgivare som samverkan kring en enskild patient samt en verksamhetsuppföljning som bygger på individuppgifter och som kan beskriva både vårdprocesser och verksamheter samt dess resultat. Under perioden 2001–2004 tillförde regeringen sammanlagt 52 miljoner kronor för att Socialstyrelsen, i samverkan med dåvarande Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, skulle

förstärka sitt stöd till huvudmännen och svara för samordning av arbetet med att förbättra informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning.[154]

Socialstyrelsen har haft många uppdrag

Under åren 2001–2004 genomförde Socialstyrelsen i samverkan med dåvarande Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet projektet InfoVU (Informationsförsörjning och Verksamhets Uppföljning). Arbetet genomfördes på uppdrag av regeringen och redovisades 2005 i rapporten Mäta och öppet redovisa resultaten i vård och omsorg. I rapporten sammanfattas kunskapsunderlag och förutsättningar som är nödvändiga för att kunna genomföra en individbaserad verksamhetsuppföljning och på ett enhetligt och tillförlitligt sätt kunna mäta, registrera, sammanställa, analysera, jämföra och öppet redovisa information om resultat, kvalitet och kostnader. För att ett långsiktigt förändringsarbete skulle komma till stånd bedömdes bl.a. att det fanns behov av fortsatt implementering och utveckling av det arbete som bedrivits inom ramen för projektet.[155] Mot bakgrund av detta gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med SKL driva och samordna implementeringen under 2005–2006. I uppdraget ingick bl.a. att ytterligare pröva modellen för verksamhetsuppföljning vilket genomfördes genom tre delprojekt: Stroke, Vård och omsorg för individer med psykiska funktionshinder och Kostnad per brukare och resultat.[156] Under samma period utgjorde InfoVU också en del av de s.k. utvecklingsprojekten inom ramen för regeringens satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006. Socialstyrelsen ansvarade där för att pröva modeller för verksamhetsuppföljning, genom de mätpunkter som använts i InfoVU. Modellen skulle bl.a. bidra till att informationen i vården och omsorgen skulle kunna följa individen över huvudmannagränserna och beskriva individens vårdförlopp och de resultat som vården och omsorgen genererat. I den slutrapport som lämnades till regeringen under 2006 konstaterade Socialstyrelsen att det inte varit möjligt att bedöma om patienterna fått god vård, i meningen säker, jämlik, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, patientfokuserad och effektiv vård som ges i

[154] Prop. 1999/2000:149, s. 52.
[155] Socialstyrelsen (2006b), s. 7 ff.
[156] Socialstyrelsen (2006b), s. 7 ff.

rimlig tid. Dock bedömdes att det var möjligt att dokumentera relevant information för att följa och avgöra vårdens och omsorgens resultat, kvalitet och kostnader.[157]

Under 2009 gavs Socialstyrelsen åter i uppdrag att förbättra verksamhetsuppföljningen inom området genom att påskynda utvecklingen av grunddata och indikatorer inom psykiatriområdet, följa upp och utvärdera utvecklingen och sprida resultaten (S2006/9394/HS). I återrapporteringen till regeringen 2012 anförde Socialstyrelsen att myndigheten tagit fram en struktur för en nationell uppföljning och utvärdering av psykiatriområdet som utgick dels från kvalitetsledningssystemen för god hälso- och sjukvård och för god kvalitet i socialtjänsten, dels från myndighetens metoder för att analysera effektivitet i hälso- och sjukvård och omsorg.[158] Myndigheten hade också utvecklat tillgången på grunddata inom psykiatriområdet genom att:

- öka omfånget av och kvaliteten i hälsodata- och socialtjänstregistren, till exempel genom utvecklingen av tvångsvårdsmodulen i patientregistret,
- förbättra kvaliteten av data i patientregistret genom bättre återrapportering till verksamheterna och genom att utveckla förbättrade underlag för registrering av åtgärder i öppen och sluten psykiatrisk vård samt
- införa nya datakällor som underlag för uppföljningen, som till exempel uppgifterna ur förvaltningsrättens domar om tillämpningen av tvångsåtgärder i öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård.

Socialstyrelsen tog också fram ett enkätverktyg avsett att användas i kommuner och landsting för att beskriva och mäta den enskildes upplevelser av bemötande, delaktighet, resultat och kvalitet i mötet med vård- och omsorgsverksamheterna. Vidare uppgav Socialstyrelsen i slutrapporten att de påbörjat ett arbete som bl.a. skulle omfatta utveckling av en samlad plats på Socialstyrelsens webbplats för publicering av resultat från uppföljning av psykiatriområdet. Webbplatsen skulle utvecklas i flera steg med början sommaren 2012. Tanken var att myndigheten där skulle publicera de samlade uppföljningsresultaten (analyser, rapporter etc.) tillsammans med utdrag ur

[157] Socialstyrelsen (2006b), s. 7 ff.
[158] Socialstyrelsen (2012b), s. 7 ff.

hälsodataregister och andra relevanta statistikuppgifter. I ett andra steg skulle statistik tillgängliggöras snabbare genom att läggas ut på webbplatsen. I ett sista steg angav myndigheten att statistikprodukter skulle utvecklas som skulle möjliggöra för aktiva användare att själva ta fram material för det egna verksamhetsområdet. Vidare skulle Socialstyrelsen ta fram en samlad kommunikationsplan för uppföljningsresultat inom psykiatriområdet.[159]

I rapporten angavs också att en del av den nationella uppföljningen av psykiatriområdet skulle vara att mäta och följa upp över tid hur de nationella riktlinjerna för depression och ångest respektive schizofreni och schizofreniliknande tillstånd använts. 2013 publicerade myndigheten en uppföljning av psykiatriområdet med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen identifierar flera utvecklingsområden för hälso- och sjukvården och socialtjänsten och konstaterar bl.a. att det även 2013 saknats aktuella och jämförbara data inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten på många områden, och att det därför inte var möjligt att göra en heltäckande uppföljning av psykiatriområdet. Vidare saknades i stor utsträckning information om psykiatrins, primärvårdens och kommunernas processer och resultat enligt rapporten. Socialstyrelsen bedömde att uppföljningen skulle kunna förbättras genom förbättrad inrapportering av uppgifter till patientregistret (PAR) och att det fanns ett behov av att registrera uppgifter om besök och insatser/åtgärder hos andra yrkeskategorier än läkare till patientregistret. Vidare ansåg myndigheten att uppgifter som rör patienternas besök i primärvården borde rapporteras till patientregistret och att fler vårdgivare inom psykiatrin behövde ansluta sig till de psykiatriska kvalitetsregistren. Socialstyrelsen rekommenderade också huvudmännen att utveckla socialtjänststatistiken på lokal, regional och nationell nivå så att det går att följa upp insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. I rapporten angavs att en ny utvärdering skulle göras inom några år.[160] Till dags dato finns emellertid ingen ny sådan utvärdering publicerad.

2012 fick Socialstyrelsen ånyo ett uppdrag att utveckla grunddata och indikatorer för att följa och belysa kvalitet och effektivitet i vården och omsorgen, denna gång med fokus på barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad

[159] Socialstyrelsen (2012b), s. 7 ff.
[160] Socialstyrelsen (2015b), s. 9 ff.

psykiatrisk problematik (S2012/3905/FS). I myndighetens återrapportering av uppdraget beskrivs och föreslås ett stort antal indikatorer, men samtidigt konstateras att datakällorna behöver utvecklas till att omfatta fler uppgifter för att det ska vara möjligt att följa en större del av den vård och omsorg som ges till målgrupperna på nationell nivå. Vidare konstateras att vården behöver följas upp på fler sätt än enbart med registerdata för att få en mer komplett bild av den vård och omsorg som ges till barn och unga med psykisk ohälsa respektive personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.[161]

Öppna jämförelser

Vid sidan de uppdrag som beskrivs i det föregående har Socialstyrelsen bedrivit ett arbete med Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet sedan 2006. Öppna jämförelser är ett samarbete mellan SKL och Socialstyrelsen med syftet att göra det möjligt att:

- skapa transparens och öppenhet i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och socialtjänsten,
- ge ett underlag för uppföljning, analys, förbättring och lärande i verksamheterna och
- ge underlag för huvudmännens ledning och styrning.[162]

Tanken med Öppna jämförelser är således att förbättra socialtjänstens och hemsjukvårdens kvalitet genom att erbjuda ett relevant underlag för politiska beslut på olika nivåer och ett effektivt verktyg för verksamhetsutövarnas förbättringsarbete. Jämförelserna ska också vara ett underlag för uppföljning och utvärdering av socialtjänstens verksamheter och tjäna till att brukare/klienter, anhöriga och medborgare ska få relevant information om verksamheterna för att kunna göra olika val.[163] Huvudprodukten i de öppna jämförelserna av hälso- och sjukvården är den årliga redovisningen av

[161] Socialstyrelsen (2015b), s. 9 ff.
[162] Sveriges Kommuner och Landsting, hämtad 2018-11-27.
[163] Socialstyrelsen (2010), s. 6.

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting. När det gäller området psykiatri finns dock stora problem med såväl kvalitet som täckning. Enligt SKL beror detta bl.a. på att endast läkarbesök inrapporteras till patientregistret (PAR) trots att mer än hälften av alla besök i psykiatrin sker hos andra personalgrupper. De nationella kvalitetsregister som finns för psykisk ohälsa tillför vidare, bara i vissa fall, ytterligare information dels för att inrapporteringen är bristfällig och dels för att kvalitetsregister saknas för stora sjukdomsgrupper som t.ex. ångest och depression. Täckningsgraden varierar t.ex. stort mellan olika register. Kvalitetsregister ECT och RättspsyK har båda över 80 procents täckning medan PsykosR, BipoläR och BUSA har under 20 procent.[164]

Beträffande kommunernas insatser konstaterar Socialstyrelsen att den del av Öppna Jämförelser som berör stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (socialpsykiatri) omfattar 32 olika indikatorer. Dessa indikatorer är emellertid uteslutande mått på strukturer och aktiviteter och kan snarare anses mäta i vilken utsträckning kommunerna har rutiner och processer för att leva upp till lagens intentioner än en ambition att avgöra värdet för brukarna. Brukarnära resultatmått saknas helt bland indikatorerna. Det finns i Öppna jämförelser heller ingen redovisning i fråga om insatser till den ganska stora grupp personer med psykisk ohälsa i primärvården.

Utmaningen att hitta rätt mått

Beskrivningen ovan av alla de projekt som genomförts och svårigheten med bristande inrapportering i de register som finns visar att det är en stor utmaning att utforma och inhämta indikatorer för uppföljning inom området psykisk hälsa. Det är också tydligt att det är svårt att genomföra, systematisera och vidmakthålla datainsamlingen inom området. Uppdrag följer på uppdrag och de uppföljningsmodeller som arbetas fram tycks ofta rinna ut i sanden och ersättas med nya. Återkommande konstateras också i olika uppföljningar av statliga satsningar inom området psykisk hälsa att grunddata och indikatorer saknas eller har låg täckningsgrad och kvalitet. Ett uppenbart problem är också att resultat inom området ofta kräver

[164] Sveriges Kommuner och Landsting (2018b), s. 5 ff.

många olika åtgärder, i olika system samtidigt, samt att en helhetsbild av utvecklingen inom ett tvärsektoriellt område ofta innebär att antalet indikatorer blir stort och riskerar att få begränsad träffsäkerhet.

Att utveckla indikatorer eller mått för att mäta förhållanden som speglar hur människors välfärd utvecklas – hälsa, utbildning, delaktighet m.m. – är heller ingen enkel uppgift. Grundläggande krav på indikatorer är att de är stabila och långsiktiga. Om måtten eller mätmetoderna ändras ofta går det inte att göra jämförelser över tid och då är det inte möjligt att se om utvecklingen går åt rätt håll. Det kan också finnas risker med att många tvärsektoriella politikområden förlitar sig på uppföljning genom indikatorer. Att bara följa utvecklingen inom en sektor är tämligen meningslöst eftersom dessa både kan påverka och påverkas av indikatorer i andra system. Det betyder att en framgång i en aspekt i ett system faktiskt kan korrelera med motsatsen i ett annat system utan att detta uppmärksammas.

Det finns emellertid internationella exempel där indikatorset har utvecklats med en tvärsektoriell ansats. Ett sådant exempel är det arbete som har utförts av Mental Health Commission of Canada (se vidare kapitel 3). Kommissionen publicerade under 2015 en baslinjemätning som stöd för den nationella strategin inom området, Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada. I sammanställningen ryms indikatorer för tillgänglighet och vård, anhörigas börda, ekonomiska mått, boende och hemlöshet, befolkningens psykiska hälsa, återhämtning, stigma och diskriminering samt suicid. Siffror finns för barn och unga, vuxna och äldre men också vissa särskilt utsatta grupper i befolkningen.[165] Att det finns internationella exempel på indikatorer som tar hänsyn till ett områdes bredd och spännvidd visar att det inte är omöjligt att även i Sverige utveckla och förbättra uppföljningen. Detta förutsätter dock att staten tar ett större ansvar för uppföljningen på nationell nivå och att på olika sätt stimulera professionen och huvudmännen att förstärka sin uppföljning av verksamheterna. Detta skulle kräva att de statiskbärande myndigheterna samordnas och att en översyn av vilka data som relevanta initieras. För att klara utmaningen att leverera rätt data i rätt tid till verksamhetsplanerare är det ofrånkomligt att berörda

[165] Mental Health Commission of Canada, (2015), s. 2 ff.

myndigheter behöver göra en gemensam analys av befintlig datainsamling och hur väl den svarar mot huvudmännens, och i slutändan, befolkningens behov.

Det är angeläget att understryka att datainsamlingen inte bör innebära ett merarbete för professionerna. Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården pekar t.ex. i sitt slutbetänkande på vikten av en nogsam utredning av effekter i det fall ny administration tillförs hälso- och sjukvården i syfte att bidra till mer effektivt resursutnyttjande.[166] Målet bör således inte vara att följa fler indikatorer utan att hitta rätt indikatorer.

4.5.3 Patient-, brukar- och medborgarinflytande

Under senare år har intresset och engagemanget för patient- och brukarmedverkan inom socialtjänst och hälso- och sjukvård växt sig allt starkare. En rad olika metoder prövas runtom i landet och forskning pågår inom området. Nationell psykiatrisamordning konstaterarar sitt slutbetänkande Ambition och ansvar (2006:) fast att brukarinflytande handlar om makt och maktdelning men att det också kan ses som ett sätt för verksamheterna att öka kunskapen genom att patienter och brukare kan anses ha expertkunskap och ett kompletterande perspektiv på strategier, insatser och resultat.[167] Brukarinflytande definieras av Psykiatrisamordningen i tre dimensioner: individuellt inflytande, inflytande på verksamheten respektive inflytande på policynivå.

Med *individuellt inflytande* åsyftas den enskildes möjlighet att påverka sin livssituation, den vård och det sociala stöd han eller hon får. Med *inflytande på verksamhetsnivå* menas individens eller gruppers möjlighet att medverka i utveckling och vid beslut på verksamhetsnivå. Inflytande på *organisations- eller systemnivå* utgörs av t.ex. politiskt inflytande och påverkan eller medverkan när det gäller att ta fram policyprogram. Denna typ av medverkan utförs ofta av organiserade brukar- eller anhörigorganisationer.[168]

[166] En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (2016), s. 300 ff.
[167] Nationell Psykiatrisamordning (2006), s. 516 ff.
[168] Nationell Psykiatrisamordning (2006), s. 516 ff.

Sedan 2007 finns ett nätverk av organisationer, som representerar människor med olika former av psykisk ohälsa och sjukdom – neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, ätstörningar, självskadebeteende, beroendeproblematik och suicidalitet samt deras anhöriga, NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa). NSPH har sedan nätverkets tillkomst erhållit statligt stöd för att bistå med kunskap och för att beredas inflytande inom området psykisk (o)hälsa. I slututvärderingarna av såväl Psykiatrireformen som Psykiatrisatsningen (2007–2011) och PRIO (2012–2015) slår utvärderarna fast att de statliga satsningarna har bidragit till en positiv utveckling, bl.a. vad gäller att stärka patient- och brukarrörelsens ställning.[169] Sedan 2017 utgår också 24 000 000 kronor per år för att stödja regionalt patient- och brukarinflytande via överenskommelserna mellan staten och SKL inom området psykisk hälsa.[170] Ett effektivt arbete med patient- och brukarinflytande kräver emellertid ett aktivt arbete på samtliga nivåer: insatser för att öka det individuella inflytandet i t.ex. vården och omsorgen, insatser för att öka inflytandet på verksamhetsnivå samt insatser för att öka inflytandet på policynivå. Alla dessa dimensioner är sålunda relevanta att fortsatt prioritera inom ramen för statens insatser inom området.

Inflytande på den egna situationen

Vård- och omsorgslagstiftningen bygger som huvudregel på frivillighet och samtycke. En god hälso- och sjukvård innebär bl.a., enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, att vården särskilt ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), förkortad PL och patienten har rätt till fullödig information om bl.a. sitt hälsotillstånd, metoder för undersökning och behandling, risker, eftervård och metoder för att förebygga sjukdom eller skada (3 kap. 1 § PL). Patienten ska även få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ och om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning (3 kap. 2 § PL).

[169] Se t.ex. Myndigheten för vård- och omsorganalys (2015), s. 49 ff.
[170] Se t.ex. Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017b), s. 10 ff.

Den verksamhet som bedrivs enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, bygger på samma grundtankar. Socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet och vård- och omsorgsinsatser enligt SoL ska ges med den enskildes samtycke (1 kap. SoL). Insatser enligt LSS ges endast om den enskilde begär det (8 § LSS) och verksamheten enligt den lagen ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet (5 §). Verksamheten ska vara av god kvalitet och vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över de insatser som ges (6 § LSS).

Att patienter och brukare ges inflytande på den vård och det stöd som ges är av väsentlig betydelse för vården och omsorgens kvalitet, effektivitet och resultat. Vidare skapar den enskildes delaktighet i vård och omsorgsinsatserna en *legitimitet* eftersom det ger en större förståelse och acceptans för hur vården och socialtjänsten fungerar om han eller hon är med och påverkar insatserna. Ett annat argument för den enskildes delaktighet är att stärka patientens/brukarens *egenmakt.* Genom att medverka och få makt över beslut och insatser som rör det egna livet ökar självförtroendet och förändrar självbilden, och genom maktförskjutningen skapas också en annan syn på patienter och brukare hos professionerna. Makt och ansvar för beslut som påverkar den egna situationen skapar också förutsättningar för *återhämtning* eftersom den enskildes kompetens blir en väsentlig del i behandlings- och rehabiliteringsarbetet.[171]

För att skapa förutsättningar för inflytande krävs att detta är i fokus och att denna aspekt kan prioriteras i mötet. Insatserna måste i hög grad styras av den enskildes sammantagna livssituation och prioriteringar och det måste finnas utrymme i såväl vård- som omsorgssammanhang att beakta detta. Samtidigt finns långtgående förväntningar på att svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst ska vara jämlik. Detta reser ofta krav på standardiserade vårdförlopp och vårdprogram som stipulerar vad bästa tillgängliga vård på gruppnivå är men som kanske minskar utrymmet för den enskildes inflytande i vård- och omsorgsmötet. Det är eftersträvansvärt att staten, inte minst myndigheterna, gör en konsekvensbedömning av hur beslut

[171] Socialstyrelsen (2013d), s. 16 ff.

och riktlinjer förhåller sig till kravet på delaktighet och inflytande på den egna vården.

Inflytande på verksamhetsnivå

Att användarna av en verksamhet har inflytande på dess utformning är angeläget av flera skäl. En grundläggande princip som brukar anföras är *demokratiargumentet*, dvs. att brukarinflytande förskjuter maktbalansen mellan de som beslutar om insatser eller utför dem och de personer som får insatserna. Med ökat brukarinflytande kan denna maktobalans jämnas ut något till den enskildes fördel. Kunskap om målgruppens behov och önskemål är också ett sätt få bättre beslutsunderlag när det gäller inriktning och innehåll på verksamheter, en bättre *serviceanpassning.* Det kan också skapa en ökad *effektivitet.*[172]

I sammanhanget är det angeläget att påpeka att denna typ av brukarinflytande måste betraktas som färskvara. Personer med psykisk ohälsa är heterogen och likt det övriga samhället sker en ständig förändring i behov och erfarenheter och hur dessa förhåller sig till nya möjligheter. De öppna verksamheter som lagstadgades genom Psykiatrireformen i då gällande socialtjänstlag (1980:620), förkortad SoL, svarade mot ett behov hos de personer som lämnade institutionerna vid samma tid. Dessa svarar emellertid sämre mot behoven hos unga som insjuknar i dag som snarare efterfrågar studier, praktik och arbete. I syfte att få underlag för olika målgruppers behov måste kommuner och landsting/regioner löpande inventera dessa i syfte att utveckla ändamålsenliga insatser. Det framgår också av lagstiftningen att såväl landsting som kommuner har skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av deras ansvar för hälso- och sjukvård (7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL). Också socialtjänsten har ett ansvar för att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen och socialnämndens medverkan i samhällsplaneringen ska bygga på nämndens sociala erfarenheter (3 kap. 1 och 2 §§ och 5 kap. 8 § SoL).

[172] Socialstyrelsen (2013d), s. 16 ff.

Inflytande på organisations- eller systemnivå

Socialstyrelsen pekar på att brukare som kan vara med och påverka centrala beslut får mer kunskap om demokratiprocessen och kan få möjlighet till ett reellt inflytande. Brukarinflytande på systemnivå kan också ses som ett viktigt komplement till inflytande genom allmänna val.[173]

Patient- och brukarrepresentanter brukar i allmänhet medverka i myndigheters projekt och uppdrag. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys har ett eget brukarråd och Socialstyrelsen har utsett en funktionshindersnämnd – ett rådgivande organ till Socialstyrelsen. I Rådet för styrning med kunskap finns en myndighetsgemensam arbetsgrupp med fokus på stärkt patient- och brukarinflytande. Detta ger myndigheterna förutsättningar att göra prioriteringar utifrån en bredare beskrivning av de faktiska behoven hos personer i olika målgrupper och bättre underlag till myndigheterna för planering, prioritering och beslut för att identifiera och genomföra gemensamma satsningar.[174]

Patient- och brukarmedverkan är avgörande för en ändamålsenlig utveckling inom vård- och omsorgsområdet. Brukarråd och liknande består i allmänhet av representanter för olika organisationer som i allmänhet organiserar personer med vissa diagnoser eller erfarenheter. Dessa föreningar bidrar med viktig kunskap men det är samtidigt viktigt att erinra sig att många med psykisk ohälsa inte kan, eller vill, organisera sig i en förening. Det är därför angeläget att komplettera denna typ av strukturerade arbetssätt med inhämtande av kunskap på andra sätt, exempelvis via enkäter, tillfälliga arbetsgrupper och liknande.

Det är också viktigt att säkerställa att personer som inte anser sig företrädas av en förening eller förbund kommer till tals. Barn och unga är en heterogen grupp som av naturliga skäl sällan är organiserade i patient- eller brukarföreningar, särskilt om de inte har en diagnos. De företräds i allmänhet av föräldrar och närstående men det är angeläget att det finns plattformar för alla för att de ska kunna vara delaktiga i beslut som rör dem.

---

[173] Socialstyrelsen (2013d), s. 16 ff.

[174] e-Hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2017), s. 5 ff.

Vissa grupper har av andra skäl svårt att föra fram sina intressen. Ett exempel är barn i förskoleåldern som sällan synliggörs i brukarmedverkan eftersom de har en bristande kapacitet att formulera sig. Detta ställer stora krav på beslutsfattare att aktivt hitta sätt att få kunskap om målgruppen och inhämta deras åsikter och erfarenheter.

I och med den breddade ansats som finns i regeringens nuvarande strategi – Fem fokusområden fem år framåt – finns också behov av analyser på befolkningsnivå, eftersom målgruppen för strategin inkluderar personer som ännu inte drabbats av ohälsa. Denna grupp saknar av naturliga skäl föreningar men behöver samtidigt beaktas i analys av befintliga problem och angelägna utvecklingsområden, överväganden och beslut som myndigheterna fattar. Det kan också hända att befolkningsperspektivet och patientperspektivet inbördes kan rymma målkonflikter vilket behöver synliggöras i det fortsatta arbetet.

5 Utredningens överväganden, bedömningar och förslag

5.1 Inledning

I det följande redogör utredningen för sina överväganden och bedömningar samt lämnar förslag som rör inriktningen av området psykisk hälsa och hur det bör styras och organiseras. Utredningens uppdrag är att föreslå hur utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur (dir. 2015:138). Fokus ligger därför på de insatser och åtgärder som utredningen bedömer kommer att krävas för att åstadkomma en långsiktigt hållbar styrning och utveckling inom området med gemensamt ansvarstagande i ordinarie strukturer. Konsekvenserna av utredningens förslag och bedömningar återfinns i kapitel 6.

5.2 Förutsättningar för en långsiktigt hållbar styrning

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) lämnade 2015 rekommendationer på ett antal vägledande principer inför en ny statlig satsning inom området psykisk hälsa. Myndigheten rekommenderade staten att:

- 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,
- fokusera på hur de samlade resurserna kan användas för att uppnå långsiktiga effekter, snarare än på en avgränsad statlig satsning,
- skapa en sammanhållen struktur med realistiska mål och insatser,

- skapa ett lärande och evidensbaserat arbete och öka fokus på analys, implementeringsstöd och uppföljning samt
- öka fokus på delaktighet och inflytande för patienter, brukare och anhöriga.[1]

Utredningen delar myndighetens bedömning i fråga om vad som behövs för att skapa ett långsiktigt hållbart och effektivt arbete för att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa och minska konsekvenserna för de som drabbas. Dessa rekommendationer utgör således utgångspunkten för den framtida utformningen av insatser inom området, som utredningen utvecklar i det följande

5.2.1 Involvera hela samhället i att förbättra den psykiska hälsan

Som konstaterats i kapitel 2 respektive kapitel 4 ökar förståelsen både i Sverige och internationellt att den ökade psykiska ohälsan, på kort och lång sikt, är en stor utmaning för hela samhället. Även insikten om behovet av att hitta lösningar inom flera samhällssektorer ökar. Såväl Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) som Europeiska Unionen (EU) pekar på behovet av att involvera alla berörda aktörer i samhället för att åstadkomma resultat och motverka fragmentisering.

De förslag och bedömningar som utredningen lämnar utgår från samhället i sin helhet och tar sikte på ett stort antal myndigheter och en infrastruktur för utveckling som staten behöver konsolidera och vidmakthålla. De insatser som behövs för att skapa en långsiktigt hållbar, önskvärd utveckling kräver en samordnad styrning från Regeringskansliet med en systemförståelse som motverkar suboptimering och motstridiga styrsignaler. Styrningen behöver, enligt utredningens mening, utgå från individens och befolkningens behov och adressera samhällets samlade förutsättningar för att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa hos barn, vuxna och äldre. Detta kommer att ställa stora krav på att olika berörda aktörer ges uppdrag och utrymme att göra gemensamma problemanalyser och att skapa ändamålsenliga operativa samverkanskonstellationer för att lösa prioriterade problem. Det är enligt utredningens bedömning angeläget att

[1] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015), s. 5 ff.

detta samarbete sker inom befintliga strukturer för att undvika ytterligare kostsamma och ineffektiva överbyggnader.

Myndigheterna ska enligt sina instruktioner samverka med andra myndigheter och relevanta aktörer på området. Trots detta är det inte ovanligt att regeringen lämnar regeringsuppdrag som är likalydande till olika myndigheter för att uppnå samarbete i enskilda frågor. Utredningens uppfattning är emellertid att denna typ av uppdragsstyrning inte bör utgöra basen för utvecklingen eftersom regeringsuppdrag i allmänhet är kortsiktiga och skapar en ryckighet i styrningen. En effektiv styrning kräver att myndigheterna tar ansvar för att bistå med sin specifika kunskap över tid och ges utrymme för effektiv samverkan med varandra och andra samhällsaktörer för att lösa problem de uppmärksammar som är av systemkaraktär. Målsättningen bör vara en ändamålsenlig statlig styrning som värnar om likvärdighet, bidrar till att de kommunala verksamheterna kan uppnå nationella mål samt ger goda förutsättningar för en effektiv lokal och regional anpassning och utveckling.

5.2.2 Rikta statens insatser mot sådant som bara staten kan göra eller gör mer effektivt än andra

Utredningen argumenterar i kapitel 4 för att användningen av samordnare, handlingsplaner och överenskommelser, s.k. mjuk styrning, bör begränsas för att åstadkomma effektivitet, långsiktighet och förutsebarhet. Detta kan innebära att styrningen av kommunsektorn behöver utvecklas mot en renodling med inriktning mot normering, dvs. att styra med lagar och författningar. I sammanhanget finns det emellertid skäl att reflektera över vilka effekter som enbart normering kan tänkas medföra när det gäller samhällets insatser för att främja hälsa och motverka ohälsa.

Bara inom hälso- och sjukvårdsområdet finns över 250 gällande författningar. Till den landstingskommunala styrningen kan sedan adderas en stor mängd andra lagar, förordningar och föreskrifter av betydelse för styrningen inom området såsom socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), förkortad LSS, Skollagen (2010:800), förkortad SkoL, och Kommunallagen (2017:725), förkortad KL. Vid sidan av statens styrning som riktar sig mot landstingskommunal

sektor finns ytterligare en uppsjö av regleringar som påverkar förutsättningar och livsvillkor för personer med psykisk ohälsa inom t.ex. socialförsäkringen och arbetsmarknadsområdet. Mångfalden av författningar och en tilltagande volym av andra styrsignaler bidrar till otydlighet och kan leda till att kommunsektorn får problem att på ett systematiskt sätt ta emot och genomföra den statliga styrningen.

Utredningens uppfattning är att en ökad styrning med normering är nödvändig för en långsiktig utveckling, men inte tillräcklig. De lagar och förordningar som finns på området måste med nödvändighet styra mot de mål som staten sätter upp. Att säkerställa att befintlig lagstiftning inte står i vägen för, utan stödjer, en önskvärd utveckling är en utmaning för staten framgent. Att relevant lagstiftning efterlevs ställer också krav på en strategisk och effektiv tillsyn som följer de statliga prioriteringarna och skapar förutsättningar för en långsiktigt hållbar utveckling. Tillsynen behöver omfatta många områden och även om olika tillsynsmyndigheter har olika uppdrag krävs samordning och gemensam problemanalys dem emellan för att motverka en fortsatt suboptimering i olika stuprör.

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

Den ekonomiska omfattningen av de statliga satsningar som genomförts inom området under de senaste tio åren uppgår till över 10 miljarder kronor. Dock utgör den statliga stimulansen bara en mycket begränsad andel av de resurser som samhället totalt lägger på psykisk ohälsa. De stora utgifterna finns i hälso- och sjukvårdssystemet och sjukförsäkringssystemet men det finns också indirekta kostnader som kan hänföras till arbetsmarknaden (se avsnitt 2.4.2).

Regeringen bör därför prioritera insatser som leder till långsiktiga och hållbara resultat och verka för att samhällets resurser används så effektivt som möjligt. De smala satsningarna som kännetecknat området har i bästa fall begränsade effekter och i sämsta fall oöverskådliga systemeffekter som skapar nya problem eftersom de inte adresserar strukturella problem. För att optimera utfallet av en statlig satsning krävs att den är långsiktig och i första hand fokuserar på de områden där staten kan göra skillnad. Vidare behöver staten vara resurseffektiv och utnyttja befintliga myndigheter på ett strategiskt sätt.

Utredningen föreslår därför en tioårig strategi inom området psykisk hälsa med ett övergripande politiskt mål – att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar. En sådan långsiktighet i kombination med ett tydligt övergripande mål har enligt utredningens bedömning möjligheter att nå resultat som får effekter för befolkningen men det krävs en politisk enighet för att komma ifrån den närmast projektlika styrningen på området. Detta utesluter inte enskilda politiska initiativ, tvärtom kommer sådana att behövas för att möta nya utmaningar. Emellertid finns det mycket att vinna på en samhällelig målsättning som skapar förutsättningar för att på kort och lång sikt målinriktat arbeta för att främja psykisk hälsa och motverka ohälsa. Utredningen föreslår inte detaljerade åtgärder och insatser eftersom sådana med nödvändighet måste ta sin utgångspunkt i aktuella analyser i realtid, något som bäst görs av berörda myndigheter i nära samverkan med civilsamhället och andra relevanta aktörer. På tio års sikt kommer också utmaningarna och lösningarna att delvis ändra karaktär, vilket ställer krav på löpande uppföljning och nya lösningar.

5.2.4 Skapa en sammanhållen struktur med realistiska mål och insatser

De statliga satsningar som gjorts inom området har haft olika målgrupper och visionära mål av olika karaktär. Inte sällan har målen med satsningarna varit att öka utbudet av vissa stödinsatser, stimulera olika organisationsformer eller processer. Satsningarna tycks i delar ha gett vissa effekter men huruvida dessa effekter kvarstår är okänt liksom vilka effekter de får i andra delar av systemet (se kapitel 4).

Utredningens bedömning är att målet med statens insatser inom området måste vara tydligt inriktat på att ge effekter för hela befolkningen. Det är angeläget att uppmärksamma såväl barn och unga som vuxna och äldre samtidigt för att få önskvärda resultat på samhällsnivå. Det är också avgörande att arbetet med att främja ohälsa görs parallellt med att förstärka och förbättra tillgängligheten till och kvaliteten i vård och omsorg för att motverka psykisk ohälsa och minska konsekvenserna för de som drabbas. Vid sidan av detta är det också statens uppgift att ha ett samhällsperspektiv. Den ökande

psykiska ohälsan i befolkningen skapar problem i många sektorer – arbetskraftsbrist, sjukfrånvaro och minskade skatteintäkter – vilket ställer krav på helhetslösningar och systemperspektiv.

För att skapa samhällsnytta och effekter för befolkningen som helhet och för enskilda krävs att många åtgärder vidtas samordnat och samtidigt. För att detta ska vara möjligt behövs en sammanhållen struktur för hela samhället där ett operativt arbete sker löpande för att nå realistiska mål. Detta innebär inte att alla berörda aktörer på området ska samarbeta med varandra, en sådan allmän samverkan skapar sällan konkreta resultat. I stället behöver operativ samverkan ske inom givna områden mellan berörda aktörer för att nå givna mål.

Det är också viktigt att förstå att resultat på befolkningsnivå i allmänhet kräver insatser i flera system samtidigt. För att minska frånvaron i arbetskraften för personer med psykisk ohälsa krävs t.ex. att tillgången på skyddade arbeten ökar samtidigt som åtgärder vidtas för att minska ohälsan – vilket i sin tur kräver åtgärder från både hälso- och sjukvård, försäkringskassa och arbetsgivare – och att minska stigma mot personer med psykisk ohälsa. Var för sig kommer åtgärder på dessa områden i bästa fall att få effekter för avgränsade grupper, men sammantaget kommer åtgärder som tar sikte på individernas hälsa, psykiskt hälsosamma arbetsplatser, ändamålsenlig rehabilitering och ett ökat utbud av tillgängliga arbeten att få effekter på befolkningsnivå.

5.2.5 Skapa ett lärande och evidensbaserat arbete, öka fokus på analys, implementeringsstöd och uppföljning

För att kunna möta befolkningens och individers behov krävs kunskap om vilka utmaningar och problem som finns. Det skapar förutsättningar för en långsiktig planering när det gäller strukturella utmaningar på områden såsom kompetensförsörjning, behov av forskning och resursallokering. Vidare krävs att det finns tillgång till kunskapsbaserade metoder och insatser som har avsedd effekt på individer och grupper, såväl i hälso- och sjukvården och socialtjänsten som i skolan, på försäkringskassan och i arbetslivet när det gäller att främja psykisk hälsa och motverka ohälsa.

Staten har tillgång till individdata och befolkningsdata som krävs för att kunna göra prognoser för kommande behov liksom analyser

av befintliga utmaningar på olika områden. Staten har också en unik analyskapacitet hos sina tillsyns- och analysmyndigheter som sammantaget kan bistå regeringen med underlag för planering av åtgärder men också utgöra stöd till de landstingskommunala huvudmännen när det gäller prioriteringar lokalt och regionalt. För att få kraftfulla verktyg krävs emellertid dels att de data som finns tillgängliga används och ligger till grund för att förstå befintliga och kommande behov, dels att det finns en samverkan mellan tillsyns- och analysmyndigheterna för att identifiera systemfel och eventuella systemeffekter av olika åtgärder.

Det finns också skäl argumentera för att kunskapsstyrning är en kraftfull styrmekanism. Rådet för styrning med kunskap kan på sikt vara en central aktör för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Emellertid är Rådets uppdrag begränsat till denna sektor vilket är otillfredsställande ur ett systemperspektiv.

För att t.ex. öka andelen barn och unga som klarar skolan kommer det att krävas att det finns tillgång till kunskap om ändamålsenlig anpassning i skolan och hur skolan bäst kan utformas för att främja lärande och samtidigt främja psykisk hälsa och motverka stress, mobbning och andra negativa faktorer liksom metoder för att minska problematisk skolfrånvaro. Samtidigt behöver socialtjänsten god tillgång till kunskap om effektiva metoder för socialtjänsten i arbetet med barn som lever i riskmiljöer och tillgång till kunskap om föräldraskapsstöd. Även hälso- och sjukvården behöver kunna möta behov hos barnen. Av detta kan slutsatsen dras att den sektorsövergripande analysen och åtgärder behöver involvera betydligt fler myndigheter och andra aktörer för att få effekt.

Staten har en viktig roll när det gäller att tillgängliggöra kunskap och stärka implementeringskapaciteten. För att skapa ny kunskap på angelägna områden krävs en långsiktig strategi för en tvärsektoriell forskning som bygger på identifierade behov och kan möta behovet av kunskap i den svenska kontexten. För att skapa nytta för individen ställs också stora krav på att staten tar ansvar för att analysera behov av kompetens och vidta åtgärder för att möta behovet av kompetensförsörjning i olika samhällssektorer på kort och lång sikt.

5.2.6 Öka fokus på delaktighet och inflytande för patienter, brukare och anhöriga

Den långsiktiga styrningen inom området bör ta sikte på befolkningen, såväl i sin helhet som på att möta behov hos enskilda. För att säkerställa en ändamålsenlig utveckling med fokus på reella utmaningar och problem krävs att patienter, brukare och närstående finns med i utvecklingen, såväl på policynivå som på verksamhetsnivå och att enskilda är delaktiga i och påverkar det stöd som han eller hon får.

I ett systemperspektiv är det emellertid angeläget att påpeka att personer som drabbas av psykisk ohälsa inte bara är beroende av en ändamålsenlig vård och omsorg. Försäkringskassans insatser liksom insatser på arbetsmarknaden har ofta stor påverkan på den enskildes livsvillkor och möjligheter och även inom dessa verksamheter är det avgörande att användarna av tjänsterna är delaktiga i utvecklingen för att förbättra insatserna. För att utveckla hälsosamma arbetsplatser kan facken har en viktig roll och för att skolan ska vara utformad för att skapa förutsättningar för barn och unga att nå kunskapsmålen kommer barns och ungas erfarenheter att behöva efterfrågas.

Regeringen bör involvera företrädare för olika grupper i både problemformulering och målformulering, liksom för att välja insatser och genomföra uppföljningar på olika områden. Det är viktigt att hålla i minnet att människor inte befinner sig i ett system utan i allmänhet i flera olika system samtidigt. Att använda kunskapen från de som använder systemen ökar möjligheterna att se systemeffekter och hur förändringar och innehåll behöver planeras för att få bästa resultat för individen.

5.3 Utredningens bedömningar och förslag

5.3.1 Politik för psykisk hälsa – ett nytt politikområde

Utredningens bedömning: Verksamhetsområdet psykisk hälsa bör omvandlas till ett nytt politikområde: politik för psykisk hälsa.

Utgångspunkter

För att den statliga styrningen ska kunna fungera i praktiken avgränsas den statliga verksamheten i politiskt relevanta områden. Den statliga verksamheten är sedan 2001 indelad i s.k. *politikområden*. Indelningen syftar bl.a. till att möjliggöra en bättre koppling mellan mål, kostnader och resultat och tjänar primärt till att riksdagen och regeringen ska få ett bättre underlag för prioriteringsdiskussioner och för att lättare kunna bedöma värdet av insatta resurser.[2] Totalt indelas den statliga verksamheten i nuläget i 47 politikområden med ett eller flera tillhörande fastställda mål. Vissa av dessa politikområden är förhållandevis avgränsade medan andra är sektorsövergripande dvs. involverar insatser som spänner över ett flertal andra politikområden och utgiftsområden. Politikområdena delas i sin tur in i *verksamhetsområden* som till antalet varierar mellan politikområdena. Området psykisk hälsa utgör ett sådant verksamhetsområde inom ramen för hälso- och sjukvårdspolitiken respektive folkhälsopolitiken.[3]

En politik för hela samhället

Psykisk ohälsa är en av de största utmaningarna i samhället på såväl kort som på lång sikt. Detta gäller för enskilda individer såväl som på samhällsnivå. World Health Organization (WHO) räknar med att psykisk ohälsa kommer att stå för den största sjukdomsbördan i världen redan år 2030.[4] För att motverka en sådan utveckling är det hög tid att tydligt sätta fokus på området på policynivå och i praktiken. Arbetet med att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa

[2] Prop. 2000/20011, s. 244 ff.
[3] Se t.ex. prop. 2017/18:01, utgiftsområde 9, s. 35.
[4] World Health Organization (2011), s. 3 ff.

och minska konsekvenserna för de som drabbas behöver prioriteras dels i regeringens arbete, dels i arbetet hos aktörer på alla samhällsnivåer. Mot bakgrund av detta bedömer utredningen att verksamhetsområdet psykisk hälsa bör bli ett nytt politikområde: politik för psykisk hälsa.

Förslaget innebär *inte* att en politik för psykisk hälsa *endast* ska bedrivas inom ramen för det föreslagna politikområdet. Ett effektivt arbete för att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa berör flera samhälls- och politikområden och är till sin natur departementsövergripande. Det är därför nödvändigt att fastslå att en politik för psykisk hälsa, liksom t.ex. folkhälsopolitiken, jämställdhetspolitiken och funktionshinderspolitiken är ett sektorsövergripande politikområde vars mål ska vara styrande även för insatser inom andra politikområden.

Politikområdet psykisk hälsa bör styras utifrån ordinarie principer som riksdag och regering tillämpar i styrningen av myndigheter och verksamheter. Dessa principer kommer till uttryck i regeringens förvaltningspolitik som bl.a. anger att politiken ska genomföras av myndigheter, att den kommunala självstyrelsen ska respekteras och att regeringens styrning bör vara tydlig, inriktad mot verksamheternas resultat, verksamhetsanpassad och ha ett medborgarperspektiv.[5] För politikområdet psykisk hälsa innebär det att det övergripande mål för politikområdet som föreslås i det följande samt de aktiviteter som ska ligga till grund för regeringens prioriteringar kommer att behöva preciseras inom respektive utgiftsområde. Det betyder vidare att uppgifter i fråga om psykisk hälsa, som ska gälla tills vidare, bör regleras i myndigheternas instruktioner eller i andra styrdokument.

5.3.2 En strategi för psykisk hälsa 2020–2030

Utredningens bedömning: Statens styrning av insatser inom området psykisk hälsa bör utgå från en samlad nationell strategi som bör gälla under perioden 2020–2030. Strategin bör harmoniera med näraliggande strategier, främst Agenda 2030, och ta sin utgångspunkt i den av riksdagen beslutade folkhälsopolitiken.

[5] Prop. 2009/10:175, s. 96.

Utredningens förslag: För att strategin ska få en generell tillämplighet över olika politikområden och samhällsområden bör den formuleras i en proposition som antas av riksdagen. Strategin bör utformas med ett övergripande mål, att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar.

Utgångspunkter

Nationell psykiatrisamordning konstaterade redan 2006 att det fanns vissa problem och utmaningar i den statliga styrningen inom psykiatrins område. Psykiatrisamordningen ansåg bl.a. att styrningen är sektoriserad, kortsiktig och otydlig. Mot bakgrund av detta formulerades ett antal principer som bedömdes skulle vara vägledande för statens styrning av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder. Styrningen skulle:

1. uttrycka engagemang och politisk vilja,
2. ha ett medborgarperspektiv,
3. vara flexibel och resultatinriktad,
4. tydliggöra berörda huvudmäns gemensamma ansvar,
5. bidra till en tydlig rollfördelning,
6. ske gemensamt – över sektorsgränserna,
7. vara långsiktig samt
8. stärka den enskildes ställning.[6]

Utredningens bedömning är att de principer som formulerades av Nationell psykiatrisamordning är av fortsatt relevans och att dessa principer bör tas som utgångspunkt i den fortsatta styrningen inom området. För insatser till människor med, eller som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa behövs ett långsiktigt utvecklingsarbete med tydliga mål som svarar mot samhället ambitioner och som motsvarar de krav som medborgarna ställer. Erfarenheter från tidigare

[6] Nationell Psykiatrisamordning (2006), s. 489 ff.

psykiatrisatsningar och den kunskap som finns från psykiatrireformens genomförande och uppföljning visar just att det krävs en långsiktig strategi och en uthållig vilja för att åstadkomma förändringar. Det kräver att alla aktörer är delaktiga och har gemensamma mål och strävar åt samma håll. Det bekräftas också av de internationella erfarenheter som diskuteras i kapitel 3 där det framgår att förändringar går trögt, tar tid och kräver stora kraftsamlingar för att nå önskade resultat.

Den statliga styrningen inom området psykisk (o)hälsa har sedan länge varit ambitiös och adresserat angelägna frågor. Emellertid har de initiativ som tagits för att stärka utvecklingen inom området varit kortsiktiga med växlande fokus och utan en tydlig målbild. Ett snävt fokus i korta cykler på ett komplext problem i kombination med avsaknad av systemförståelse riskerar att skapa suboptimering och bristande ansvarstagande hos de aktörer som har en viktig uppgift inom området men som inte uttryckligen adresseras i satsningarna. Det motverkar också ett medborgarfokus.

Att ha ett medborgarperspektiv på samhällets samlade insatser på området psykisk hälsa är en angelägen utveckling för att möta de utmaningar samhället står inför med anledning av den ökande psykiska ohälsan.

Sekventiella, korta statliga initiativ riskerar dessutom att medföra små eller inga effekter på den reguljära verksamheten. Statens ambitioner att styra t.ex. hälso- och sjukvården har inte i första hand kommit till uttryck genom ökad normering dvs. genom lagar och andra författningar utan annan typ av styrning har dominerat såsom tillfälliga statliga bidrag, överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), nationella samordnare och handlingsplaner.

Detta skapar svårigheter för mottagarna som ofta är de landstingskommunala verksamheterna när det gäller prioritering och planering. Ytterligare ett problem med den ryckiga styrningen är att de sekventiella initiativen inom området psykisk (o)hälsa kommit att existera parallellt med, men utan inbördes samordning med, andra initiativ på näraliggande områden, se avsnitt 4.5. Det skapar otydlighet och ställer stora krav på att t.ex. kommuner och landsting själva ska försöka samordna olika medelstilldelningar och prioriterade grupper och insatsområden som staten för tillfället pekar ut.

Avsikten med en strategi

Frågan om psykisk hälsa/ohälsa rör hela samhället på flera plan. En strategi fyller en viktig funktion för att stimulera gemensamma åtgärder som berör flera politikområden och myndigheter. Strategin kan också fylla en viktig funktion därför att staten saknar direkt inflytande över hur landsting och kommuner ska bedriva verksamheten inom det psykiatriska området. En strategi som antas av riksdagen markerar att frågan om psykisk hälsa/ohälsa är ett långsiktigt och prioriterat område inom hela samhället på alla nivåer och den medverkar till att motverka regionala och lokala skillnader. Strategin är också av betydelse för att öka kvaliteten och effektiviteten i insatserna och för att koordinera olika politikområden.

Strategin ska utgöra en plattform för långsiktigt och målmedvetet arbete och en utgångspunkt för offentliga aktörer på alla nivåer i sina respektive verksamheter. Den lyfter fram strategiskt betydelsefulla områden i arbetet för psykisk hälsa och medverkar till ett helhetsperspektiv. Genom formulerade krav och mål ska strategin ligga till grund för riksdagens, regeringens, statliga myndigheters, landstings och kommuners arbete och beslut att öka effektiviteten och borga för kvalitet och långsiktighet i de åtgärder som genomförs och på så sätt skapa mervärde för invånarna. Strategin ska också stimulera samordning såväl mellan olika myndigheter som olika politikområden.

En tioårig strategi

Utredningen har bedömt att en strategiperiod på tio år är lämplig för att åstadkomma förutsättningar för kontinuitet och långsiktighet. För att möta den samhällsutmaning som den växande psykiska ohälsan står för krävs en grundläggande förändring av statens sätt att styra som bygger på en bred systemförståelse och samarbete mellan departement, myndigheter och övriga berörda aktörer, inte minst användare av tjänsterna.

Den långsiktiga styrningen behöver ha tydliga mål och uppföljningar, liksom strategisk planering och möjlighet att peka ut ansvar och följa upp effekter av de åtgärder som vidtas. För detta krävs problemanalyser som görs gemensamt av berörda myndigheter, landstingskommunala huvudmän och företrädare för användarna av de

tjänster som produceras för medborgarna. Vidare behövs vissa strukturella förändringar i verksamheter som möter patienter, brukare och närstående. Denna typ av genomgripande förändringsarbete tar tid men är avgörande för att motverka den ökande psykiska ohälsan.

En tioårig strategi har fördelen att den är tillräckligt långsiktig för att medge prioriteringsarbete och samtidigt motverka en överdriven brådska inom områden där utvecklingen kommer att ta längre tid eller kräva en strukturell förändring. En annan fördel är att en strategi med en tydlig målbild kan följa och påverka arbetet med Agenda 2030, som syftar till ett långsiktigt hållbart samhälle och där arbetet med psykisk hälsa är en naturlig del.

Strategins formella status

Ett strategidokument kan publiceras på olika sätt och presenteras i propositioner eller skrivelser till riksdagen eller som en broschyr där regeringens visioner på ett visst område presenteras. En strategi är i sig inget formellt styrinstrument, men kan fungera som ett sådant om den utgörs av en proposition eller skrivelse som är beslutad av riksdagen

Psykisk hälsa ställer krav på samhället i sin helhet. En långsiktig strategi som beslutas av riksdagen utgör en tydlig signal om förväntningar och gemensamma mål. Det markerar att frågan om psykisk hälsa/ohälsa är ett långsiktigt prioriterat område inom hela samhället på alla nivåer och den medverkar till att motverka regionala och lokala skillnader och skapa en bättre stringens i de statliga aktörernas planering och stödjande arbete liksom i tillsynsverksamheten. Utredningens förslag är därför att riksdagen antar strategin i sin helhet genom en proposition.

Ett övergripande nationellt mål är centralt

För att förbättra den psykiska hälsan, minska ohälsan och erbjuda vård, stöd och omsorg till de som drabbas krävs ett effektivt och ändamålsenligt sektorsövergripande arbete som tar sikte på ett nationellt mål. Utredningens förslag är att målet ska vara *att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar.*

Målet utgår från det nationella målet för folkhälsoarbetet och avspeglar i likhet med folkhälsomålet samhällets ansvar för människors *psykiska* hälsa genom att det visar på sambandet mellan samhälleliga förutsättningar som kan påverkas genom politiska beslut och hälsoutvecklingen i befolkningen. Målet avser att tydliggöra regeringens samlade ambition och anger vad politiken och myndigheter ska sträva efter för nuvarande och kommande generationer.

Politiken bör ta fasta på en långsiktigt hållbar utveckling. Det innebär *dels* att fokusera på de problem som ohälsan orsakar för individ och samhälle i dag men *också* att rikta uppmärksamhet mot framtiden och ohälsans långsiktiga konsekvenser.

För att nå det övergripande målet är det avgörande att insatser på området tar sikte på såväl statliga myndigheter som kommuner, landsting/regioner, det civila samhället och till samhället i stort. Ett framgångsrikt arbete för att öka det psykiska välbefinnandet och minska den psykiska ohälsan i befolkningen kräver ett sektorsövergripande arbete och samarbete på alla nivåer. I praktiken utförs merparten av de insatser som påverkar människor på lokal och regional nivå. Det är också kommuner och landsting/regioner som ska söka förverkliga de mål som riksdagen och regeringen sätter upp för ett visst politikområde.

För att bedöma måluppfyllelsen avseende det föreslagna målet för området psykisk hälsa ska följande *resultatindikatorer* användas:

1. ökat psykiskt välbefinnande i befolkningen,
2. förbättrad självupplevd psykisk hälsa hos män och kvinnor, flickor och pojkar samt
3. färre män, kvinnor, flickor och pojkar dör av suicid.

Psykisk hälsa-strategin bör harmoniera med andra strategier

Utredningen bedömer att en långsiktig strategi inom området psykisk hälsa behöver skapa synergier med andra relevanta satsningar och politikområden. För att nå resultat behöver statens olika prioriterade områden harmoniera och inte följa olika logiker och inriktningar.

I första hand bör den föreslagna strategin integreras som en prioriterad del av Sveriges arbete med Agenda 2030 och utgöra en central del i den av riksdagen beslutade folkhälsopolitiken.

Agenda 2030

Vid Förenta Nationernas (FN) toppmöte i september 2015 antog världens stats- och regeringschefer Agenda 2030 med 17 globala mål för hållbar utveckling. Genom Agenda 2030 har alla medlemsländer förbundit sig att arbeta för att uppnå en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar värld fram till 2030.

Psykisk hälsa och missbruk är prioriterade frågor i Agenda 2030 för hållbar utveckling. Fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande återfinns i första hand inom ramen för mål 3 (Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar). Mål 3.4 anger att länderna ska arbeta för målet att år 2030 ha minskat för tidig dödlighet från icke-överförbara sjukdomar med en tredjedel genom förebyggande arbete och goda möjligheter till vård och behandling samt att främja psykisk hälsa och välbefinnande. Mål 3.5 innebär att länderna ska arbeta för att stärka förebyggande insatser och förbättra behandling av missbruk.

Det finns emellertid flera mål som berör utvecklingen inom området. Mål 4(Säkerställa en inkluderande och likvärdig utbildning av god kvalitet och främja livslångt lärande för alla), mål 8 (Verka för varaktig, inkluderande och hållbar ekonomisk tillväxt, full och produktiv sysselsättning med anständiga arbetsvillkor för alla), mål 10 (Minska ojämlikheten inom och mellan länder) samt mål 11 (Göra städer och bosättningar inkluderande, säkra, motståndskraftiga och hållbara) berör alla villkor som är av betydelse för människor hälsa och psykiska välbefinnande. Agenda 2030 är en långsiktig, global strategi som med fördel kan utgöra den övergripande strukturen i syfte att skapa förutsättningar för ett effektivt och sektorsövergripande arbete.

Folkhälsopolitiken

Den nationella folkhälsopolitiken utgår från ett övergripande nationellt mål för folkhälsoarbetet – att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa för hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. För att stödja arbetet mot målet finns en sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur som baseras på åtta målområden (prop. 2017/18:249). Mål-

områdena baseras på hälsans bestämningsfaktorer – sociala, ekonomiska, kulturella och ekologiska. Dessa bestämningsfaktorer brukar delas upp i livsvillkor såsom ålder, utbildning, ekonomi och arbetsmarknadsanknytning, och levnadsvanor såsom motion, kost, alkohol- och tobaksvanor. Levnadsvanor samvarierar ofta med livsvillkor. Då bestämningsfaktorerna återfinns inom olika sektorer och områden är folkhälsoarbetet ett gemensamt ansvar.

Arbetet med en förbättrad psykisk hälsa är en del av den nationella folkhälsopolitiken och därmed av folkhälsoarbetet. En naturlig utgångspunkt för den nationella strategin inom området är därför det övergripande målet för folkhälsopolitiken och folkhälsopolitikens målstruktur med åtta målområden (se vidare avsnitt 5.3.4).

5.3.3 Agenda 2030-sekretariat för övergripande samordning

Utredningens bedömning: Det bör, så som Agenda 2030-delegationen föreslagit eller på annat sätt, skapas ett särskilt sekretariat i Regeringskansliet för övergripande samordning av arbetet med Agenda 2030 och frågor kring hållbar utveckling, däribland frågor som rör psykisk hälsa.

Utgångspunkter

Arbetet med den nationella strategin inom området psykisk hälsa bör beslutas av riksdagen och styras av regeringen. Regeringens arbete med att verkställa strategins intentioner kommer att innebära ett sektorsövergripande arbete som kräver insatser från många olika delar av samhället och från flera olika departement. Utan samverkan mellan departementen riskerar de styrsignaler som olika delar av regeringen riktar till enskilda myndigheter att inte ligga i linje med, eller till och med motverka, varandra. Det kan t.ex. gälla frågor som rör miljöområdet, rättsväsendet eller utbildningsområdet. För att arbetet med strategin ska bli effektivt och ändamålsenligt finns det enligt utredningens bedömning därför ett behov av att inrätta en övergripande styrande funktion, ett sekretariat, i Regeringskansliet med uppdrag att underlätta departementsövergripande styrning, organisering, samordning och uppföljning av arbetet inom strategins områden och närliggande strategier.

Sekretariat i Regeringskansliet

Agenda 2030-delegationen, vars övergripande uppdrag är att stödja och stimulera det svenska genomförandet av Agenda 2030 (dir. 2016:18 och dir. 2017:8), redovisade under 2017 en översiktlig helhetsbild av i vilken utsträckning Sverige uppfyller mål och delmål i Agenda 2030 och lämnade ett fullständigt förslag till en övergripande handlingsplan för Sveriges genomförande av agendan. Delegationen föreslår bl.a. att det inrättas ett nationellt sekretariat i Regeringskansliet med uppdrag att samordna olika insatser inom Agenda 2030. Delegationen bedömer att bildandet av ett sekretariat kan bidra till att minska målkonflikter och suboptimeringar till förmån för synergieffekter och långsiktiga resultat. Vidare är ett sekretariat med ett övergripande samordningsuppdrag en anpassad och lämplig administrativ form för att hantera agendans komplexitet och spännvidd. Enligt Agenda 2030-delegationen skulle ett sådant sekretariat ges ett särskilt ansvar för att följa upp arbetet med årliga välfärdsindikatorer och deras betydelse för förslag till reformer, hur agendan ska integreras i budgetprocessen och i utvecklingen av den statliga förvaltningen samt för uppföljning. Vidare ska sekretariatet, enligt delegationens förslag, vara pådrivande i såväl det nationella som internationella arbetet.[7]

Utredningen delar Agenda 2030-delegationens bedömning att långsiktiga prioriteringar inom politiken ställer nya krav på Regeringskansliets sätt att arbeta och att en samordningsfunktion med ett tydligt mandat att verka över politikområden och departementsgränser kan bidra till en långsiktigt hållbar styrning.

Mot bakgrund av vad som anförts ovan bedömer utredningen därför att det, genom Agenda 2030-delegationens förslag eller på annat sätt, bör inrättas ett särskilt sekretariat i Regeringskansliet för övergripande samordning av arbetet med Agenda 2030-strategin och frågor kring hållbar utveckling, däribland frågor kring psykisk hälsa.

[7] Agenda 2030-delegationen (2017), s. 107 f.

5.3.4 Folkhälsopolitikens målstruktur bör styra inriktningen

Utredningens bedömning: Den sektorsövergripande målstruktur med åtta målområden som styr det nationella folkhälsoarbetet ska vara vägledande för strategin inom området psykisk hälsa under 2020–2030. Till respektive målområde ska knytas åtgärdsområden och resultatmål som anger angelägna samhällsutmaningar och förväntade resultat av ett samordnat arbete.

Utgångspunkter

Den nationella strategin för psykisk hälsa som utredningen föreslår tar sin utgångspunkt i den nationella folkhälsopolitiken. Den nationella folkhälsopolitiken utgår från ett övergripande nationellt mål för folkhälsoarbetet och en sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur som baseras på åtta målområden (se vidare kapitel 2). Målområdena fokuserar på ett stort antal bestämningsfaktorer inom centrala områden som är av betydelse för människors hälsa, däribland den psykiska hälsan. Inom vart och ett av dessa målområden har utredningen i avsnitt 2.5.3 gjort en övergripande beskrivning av läget och i det följande redogörs för utredningens överväganden vad gäller den önskvärda inriktningen på politiken för att skapa förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa.

Att strategin för psykisk hälsa harmonierar med folkhälsopolitiken skapar förutsättningar för att strategin ska kunna utgöra en prioriterad del i Folkhälsomyndighetens uppdrag att verka för att det av riksdagen fastställda nationella folkhälsomålet ska uppnås.

Prioriterade åtgärdsområden och resultatmål

Utredningen har valt att, utifrån den sektorsövergripande målstrukturen med åtta målområden som styr det nationella folkhälsoarbetet, identifiera angelägna *åtgärdsområden* och *resultatmål* som ska utgöra basen för arbetet med att främja psykisk hälsa och motverka ohälsa och dess konsekvenser.

Sammanställningen av prioriterade åtgärdsområden utgår från livsområden och problem som identifierats av tidigare utredare men också av myndigheter, huvudmän och av utredningen i mötet med

patienter, brukare och medborgare. Åtgärdsområdena kan komma att behöva kompletteras eller omdefinieras under den tid strategin gäller, från år 2020–2030, men utredningens bedömning är att det är angeläget att arbeta med alla åtgärdsområden, samtidigt och samordnat, för att nå resultat när det gäller att öka det psykiska välbefinnandet hos befolkningen, minska den självupplevda psykiska ohälsan hos barn, vuxna och äldre samt säkerställa att förekomsten av suicid minskar.

De resultatmål som utredningen föreslår under respektive målområde ska bidra till att det övergripande målet för det förslagna politikområdet – att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar – uppnås. Resultatmålen utgår från ett *systemperspektiv* på insatser och åtgärder. Det innebär att det är de sammantagna effekterna på systemnivå – dvs. på befolkningsnivå – som eftersträvas och *inte* resultat på individnivå eller hos en enskild huvudman eller verksamhet. Genom att anlägga ett systemsynsätt minskar, enligt utredningens mening, risken att för stor tonvikt läggs vid varje enskild del i den statliga styrningen. Bara för att varje del, t.ex. en myndighet eller huvudman, uppnår sina mål betyder inte det att det övergripande målet nås. Ett sådant sätt att hantera och försöka påverka komplexa system riskerar att bidra till fragmentering och stuprörsagerande som inte leder fram till önskvärda mål för befolkningen.[8]

Vad gäller prioriterade aktiviteter, delmål, etappmål och resultatmål föreslår utredningen vidare att Folkhälsomyndigheten uppdras att, tillsammans med övriga berörda aktörer, ta fram åtgärdsplaner inom respektive målområde i syfte att ytterligare konkretisera arbetet (se avsnitt 5.3.5).

Målområde 1 Det tidiga livets villkor

För att möta behov av utveckling och ökad kapacitet när det gäller målområde 1 Det tidiga livets villkor behövs samtidiga och samordnade insatser inom de *prioriterade åtgärdsområden* som beskrivs i det följande.

[8] Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar (2018), s. 63 f.

Kunskap om psykisk hälsa och ohälsa i verksamheter som når barn

Att ha grundläggande kunskap om psykisk hälsa och ohälsa hos barn och familjer samt om de risk- och skyddsfaktorer som kan främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa är av grundläggande betydelse för de professioner som i sin verksamhet når barn. Genom förebyggande insatser och tidiga åtgärder från samhällets sida kan problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö från födelsen och framåt vidtas i syfte att ge barn så lika förutsättningar som möjligt.

Kunskap om barnet som rättighetsbärare i enlighet med barnkonventionen

Målet för regeringens barnrättspolitik har fastställts av riksdagen (prop. 2009/10:232) och grundar sig bl.a. på de åtaganden som Sverige har gjort genom att ratificera FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och andra internationella överenskommelser. Målet innebär att alla barn, oavsett bl.a. ålder, kön och funktionsnedsättning, ska få sina rättigheter tillgodosedda.[9] I syfte att säkerställa barns delaktighet och verka för att barnets rättigheter stärks bör alla verksamheter som når och möter barn ha kunskap om barnkonventionen samt hur dess tillämpning ska säkerställas i respektive verksamhet.

En tillgänglig och hälsofrämjande mödra- och barnhälsovård

Mödra- och barnhälsovården når i princip alla mödrar och barn och där finns möjlighet att tidigt identifiera problem i barnets hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. Mödra- och barnhälsovården behöver därför ha kompetens och kapacitet för att bedriva universella hälsofrämjande insatser och en riktad prevention mot kända riskfaktorer och riskgrupper. Inom ramen för verksamheten bör vidare finnas möjlighet för såväl generellt som riktat föräldraskapsstöd, uppsökande verksamhet och screening för psykisk ohälsa. Ny kunskap behöver tas fram och integreras i en rad utbildningar men också i verksamheters fortbildning och interna styrdokument. Det krävs också ett långsiktigt arbete för att ta fram och sprida kunskap om

[9] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 9, s. 155 f.

metoder, liksom praktiska förutsättningar för professionella i verksamheten att arbeta med förebyggande, främjande och uppsökande metoder.

En hälsofrämjande elevhälsa

Enligt 2 kap. 25 och 26 §§ skollagen, förkortad SkolL, ska det för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan anordnas elevhälsa med tillgång till medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska kompetenser. Elevhälsan ska främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande och även stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Skollagens krav på elevhälsa omfattar inte förskolor utan gäller först från förskoleklassen och uppåt, även om förskolechefen har ansvar för att barn som behöver särskilt stöd får det (2 kap. 25 § och 8 kap. 9 § SkolL). I syfte att tidigt upptäcka de barn som är i behov av särskilt stöd bör elevhälsans förebyggande och främjande arbete förstärkas. Arbetet bör vara inriktat på hälsofrämjande och förebyggande insatser, genom universell prevention, och verka för att tidigt upptäcka barn i behov av särskilt stöd, t.ex. barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Arbetet bör också utvidgas till att omfatta barn i förskoleåldern.

Ett förstärkt stöd till barn som anhöriga

Att tidigt identifiera och uppmärksamma de barn som befinner sig i utsatta situationer och där det i familjen finns förekomst av t.ex. våld, skadlig konsumtion av alkohol och narkotika samt psykisk ohälsa är av stor betydelse för barnets fortsatta utveckling. Barn som anhöriga till en person som plötsligt avlider, t.ex. genom suicid, är också en särskilt utsatt grupp. De behöver uppmärksammas och regelmässigt erbjudas stöd och hjälp, enskilt och/eller tillsammans med sin familj. Det kan röra sig om t.ex. föräldraskapsstöd eller andra typer av lättillgänglig och effektiv behandling för föräldrar som har beroendeproblematik eller psykisk ohälsa, att utveckla lättillgängligt råd och stöd till barn som anhöriga liksom att stödja kommunerna i genomförandet av ett samordnat och familjeorienterat arbetssätt i socialtjänsten.

Ett ändamålsenligt föräldraskapsstöd

Ett effektivt föräldraskapsstöd kan vända den negativa utvecklingen av barn och ungdomars psykiska och fysiska hälsa. Stöd och hjälp i föräldraskapet kan öka andelen barn som har goda relationer med föräldrarna och därigenom öka barnens möjligheter till en god hälsa och ett gott liv.[10] Det är därför av stor vikt att åtgärder vidtas för att stärka stödet till föräldrar i föräldraskapet. Detta bör bl.a. ske genom ett tydligt familjeorienterat arbetssätt inom t.ex. hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt genom insatser för att stärka samspel och anknytning mellan föräldrar och det späda barnet. Föräldraskapsstödet ska utgå från barnets och familjens rättigheter och vara jämställt och jämlikt. Professionella som möter barn och familjer behöver kunna erbjuda föräldraskapsstöd, antingen själva eller genom att hjälpa familjen till andra aktörer som har kompetens och kapacitet.

En effektiv social barn- och ungdomsvård

De barn och unga som är i behov av insatser från socialtjänsten tillhör i många fall de mest sårbara och utsatta i samhället. En stark och väl fungerande socialtjänst som möter barn och vuxnas behov och ger personalen möjlighet att arbeta under stabila och långsiktiga arbetsförhållanden är sålunda av stor vikt för att barn och unga får det stöd och den hjälp som de behöver. En förutsättning för att dessa åtgärder ska kunna omsättas i praktiken är dock att medarbetare och chefer inom den sociala barn- och ungdomsvården får goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Den sociala barn- och ungdomsvårdens verksamhet styrs av ett stort antal lagar, förskrifter och riktlinjer och den administrativa bördan är hög. I den rapport som överlämnades till regeringen av den nationella samordnaren inom den sociala barn- och ungdomsvården (2017), och som bygger på enkätundersökningar med socialsekreterare, konstateras att de omfattande dokumentationskraven innebär att professionerna oftast inte får tid för samtal och möten med barn, unga och deras familjer eller tid för återhämtning.[11] I syfte att frigöra tid, möjliggöra att socialsekreterarna får använda sin kompetens samt för att säkerställa att alla barn får rätt insatser i rätt tid bör det regelverk som styr den

[10] Regeringskansliet (2018a), s. 7 ff.
[11] Den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården (2017), s. 37 ff.

sociala barn- och ungdomsvården ses över. Översynen bör syfta till att förenkling och minskad administrationen utan att rättssäkerheten för den enskilde eftersätts.

Resultatmål inom målområde 1 Det tidiga livets villkor

Genom ändamålsenliga åtgärder inom samtliga åtgärdsområden ska följande resultat uppnås:

- ökat psykiskt välbefinnande hos barn och unga,
- minskad självupplevd psykisk ohälsa hos barn och unga samt
- minskat antal suicid i åldersgruppen 0 till 25 år.

Målområde 2: Kunskaper, kompetenser och utbildning

För att möta behov av utveckling och ökad kapacitet när det gäller målområde 2 Kunskaper, kompetenser och utbildning behövs samtidiga och samordnade insatser inom de *prioriterade åtgärdsområden* som beskrivs i det följande.

Barns och ungas möjlighet att påverka beslut eller åtgärder som gäller dem behöver stärkas

Enligt Barnkonventionens artikel 12 ska staten tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet, varvid barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till ålder och mognad. Rättigheten tillkommer både det enskilda barnet och barn som kollektiv.[12] För att barnets rättigheter ska påverka beslut eller åtgärder i den praktiska verksamheten behöver beslutsfattare känna till att det finns rättigheter för barn, förstå vad dessa rättigheter innebär för organisationen och känna till hur rättigheterna ska tillämpas. En viktig komponent är också att göra barn och unga delaktiga genom att inhämta deras synpunkter och erfarenheter.[13] I enlighet med barnkonventionens

[12] Prop. 2009/10:232, s. 1
[13] Prop. 2009/10:232, s. 15.

artikel 12 – barnets rätt att uttrycka sina åsikter – är det därför nödvändigt att beslutsfattare utvecklar former för att ta del av barn och ungas perspektiv. Insatser för att säkerställa barn och ungas delaktighet inom områden som berör dem behöver således utvecklas på samtliga nivåer.

En ändamålsenlig, effektiv elevhälsa

Skolan ska säkerställa att eleverna har en bra miljö för sin kunskapsutveckling och personliga utveckling. En viktig resurs i arbetet med att skapa en god lärandemiljö i skolan är elevhälsan. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser och främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Det innebär att elevhälsan ska bidra till att skapa miljöer som främjar elevernas lärande, utveckling och hälsa. Ett sådant arbete behöver emellertid, mot bakgrund av den ökade psykiska ohälsan i barn- och ungdomsgruppen, även inriktas på frågor kring psykisk hälsa. Det handlar dels om att stärka elevhälsans arbete med främjande åtgärder i syfte att stärka det friska hos individer och i befolkningen, dels om att arbeta förebyggande genom att rikta uppmärksamhet mot de faktorer som påverkar risken för sjukdom. Vidare bör elever i samtliga skolformer, genom de hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller enligt 2 kap. 27 § Skollagen (2010:800), förkortad SkolL, erbjudas samtal om psykisk hälsa och andra aspekter av betydelse för det psykiska välbefinnandet.

En läroplan som är relevant, tydlig och begriplig

Studien Skolbarns hälsovanor, där barn tillfrågas om hälsa, levnadsvanor, miljön i skolan och i hemmet, visar att det finns ett samband mellan att vara stressad av skolarbetet och psykosomatiska symtom. Skolstressen är dessutom utbredd bland eleverna. I den senaste mätningen uppgick andelen ganska eller mycket stressade till 49 procent bland flickorna och 29 procent bland pojkarna.[14] I ett flertal undersökningar, där elever själva tillfrågats, sägs orsakerna bl.a. bero på hög arbetsbelastning med periodvis mycket läxor och uppgifter, s.k. ”arbetstoppar,” samt kunskapsmål och kursplaner som upplevs som

[14] Folkhälsomyndigheten (2018c), s. 74 f.

svårbegripliga och otydliga vilket bl.a. resulterar i att eleverna inte vet vad som förväntas av dem.[15] I syfte att få fler barn att klara kunskapsmålen, minska stressen och öka den psykiska hälsan i barn- och ungdomsgruppen bör gällande kunskapsmål och kursplaner genomgå en revidering mot ökad tydlighet, förutsebarhet och relevans. För detta ändamål krävs goda kunskaper om pedagogik, inlärningspsykologi, kognitionsvetenskap och särskild ämneskunskap.

Psykisk hälsa som en del av läroplanen

Skollagen slår bl.a. fast att utbildningen inom skolväsendet syftar till att elever ska inhämta och utveckla kunskaper och värden. Den ska främja alla elevers utveckling och lärande samt bidra till en livslång lust att lära. Av läroplanen för samtliga skolformer framgår vidare att hälso- och livsstilsfrågor ska uppmärksammas samt att skolan, vid sidan av hemmet, har en viktig roll när det gäller att säkerställa att eleverna ges förutsättningar till personlig trygghet och självkänsla. Mot bakgrund av den ökade psykiska ohälsan i barn och ungdomsgruppen bör kunskap om psykisk och psykosocial hälsa integreras i de styrdokument som reglerar samtliga skolformer. Utgångspunkten bör vara att alla elever ges möjlighet att utveckla kunskaper om hur den psykiska hälsan kan bibehållas och utvecklas samt strategier för att hantera ohälsa. Kunskapen kan t.ex. integreras som ett i undervisningen ämnesövergripande område eller inom ramen för ämnet Idrott och hälsa.

Ökad kunskap om psykisk hälsa och ohälsa

En viktig arena för möten mellan barn och unga och vuxna finns i civilsamhället, i synnerhet i föreningslivet och inom idrotten. Vuxna som möter barn i egenskap av ledare inom t.ex. fotbollslaget eller musikskolan spelar en stor roll för barns och ungdomars trygghet och utveckling. Dessa vuxna har en betydelsefull roll också när det kommer till att uppmärksamma tecken på att ett barn inte mår bra. Att ha bra verktyg med sig när man upptäcker att någon mår dåligt är viktigt och kunskapen om psykisk hälsa och ohälsa bland barn riktad till vuxna i civilsamhället behöver således öka.

[15] Se t.ex. Utredningen om ungdomars psykiska hälsa (2006), s. 108 ff.

Vuxna behöver generellt ha en god kunskap om psykisk hälsa och ohälsa. Ökad kunskap och kännedom om psykisk hälsa bygger på flera komponenter. Alla behöver viss kunskap om vad psykisk ohälsa innebär och hur den kan upptäckas, liksom kunskap om vad som orsakar psykisk ohälsa, och vad som motverkar psykisk ohälsa. Det är också angeläget att ha grundläggande kunskap om strategier som kan motverka ohälsa liksom kunskap om var man kan få hjälp om man drabbas av ohälsa.

Tidigt stöd till barn som riskerar att inte klara kunskapsmålen

Under 2017 beräknades 127 600 unga i åldern 15–29 år stå utanför studier och arbete i Sverige.[16] De barn och unga som riskerar att inte klara kunskapsmålen måste få ett tidigt och individanpassat stöd. Detta för att förhindra att barnet eller den unge hamnar i ett utanförskap som i förlängningen kan leda till en bristande anknytning till arbetsmarknaden med stora sociala och individuella konsekvenser som följd. Där så är nödvändigt ska relevanta aktörer samverka för att motverka en sådan utveckling. Arbetet med det kommunala aktivitetsansvaret behöver förstärkas när det gäller såväl kvalitet som effektivitet, och förutsättningarna för en sådan utveckling behöver förstärkas. Dessutom bör riktade preventiva insatser kunna vidtas lokalt och arbetet för att motverka att unga hamnar i en situation där de varken arbetar eller studerar behöver intensifieras.

Resultatmål inom målområde 2 Kunskaper, kompetenser och utbildning

Genom ändamålsenliga åtgärder inom samtliga åtgärdsområden ska följande resultat nås:

1. ökat psykiskt välbefinnande i befolkningen,
2. minskad upplevd psykisk ohälsa hos barn och unga,
3. större andel barn och unga som klarar skolmålen varje termin samt
4. minskat antal unga som varken arbetar eller studerar.

[16] Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar (2018), s. 12.

Målområde 3: Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

För att möta behov av utveckling och ökad kapacitet när det gäller målområde 3 Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö behövs samtidiga och samordnade insatser inom de *prioriterade åtgärdsområden* som beskrivs i det följande.

Insatser för en god psykosocial arbetsmiljö

Arbetet spelar en viktig roll för individens möjligheter att utveckla och bibehålla en god psykisk hälsa. Omvänt kan arbetet – i de fall det präglas av längre perioder av höga krav och litet handlingsutrymme för den anställde – bidra till psykisk ohälsa hos individen. För att motverka en sådan ohälsoutveckling hos individer och i samhället är det av stor vikt att det förebyggande arbetsmiljöarbetet intensifieras. En central aktör i detta arbete är arbetsgivaren. Flera aktörer, som Sunt arbetsliv, arbetsmarknadens parter och Uppdrag Psykisk hälsa på SKL, har utarbetat metodstöd i form av checklistor, goda exempel och liknande de senaste åren. Detta kan utvecklas, men framför allt är det avgörande att dessa metoder implementeras på arbetsplatserna. Det kräver ökade incitament hos arbetsgivarna, vilket kan åstadkommas på olika sätt. Inom ramen för detta bör även åtgärder som motverkar stigmatisering och diskriminering innefattas samt åtgärder för att stärka arbetsmiljökunskaperna bland t.ex. skyddsombud och andra nyckelpersoner.

Fokus på psykosocial arbetsmiljö i offentlig sektor

Psykosociala arbetsmiljöförhållanden bidrar kraftigt till den arbetsrelaterade sjukligheten, särskilt i kvinnodominerade sektorer av arbetsmarknaden. Statistik från Arbetsmiljöverket (2016) visar att andelen arbetssjukdomar som lett till psykosociala besvär är högre och ökar snabbare bland kvinnor än bland män samt att besvären är vanligare inom vissa sektorer, däribland bland offentligt anställda i kommuner och landsting. I yrkeskategorin psykologer, socialsekreterare m.fl. hade så mycket som en av fyra besvär till följd av psykiska påfrestningar under 2016. Även inom pedagogiska yrken, såväl bland grundskollärare som förskollärare och fritidspedagoger var andelen med

besvär hög.[17] I syfte att minska sjukfrånvaron i offentlig sektor och bidra till en bättre arbetsmiljö behövs en aktiv arbetsmiljöpolitik som stärker förutsättningarna för en arbetsmiljö som förebygger ohälsa och olycksfall och som motverkar att människor utestängs från arbetslivet. Vidare behövs en stärkt kunskapsutveckling inom området, en effektiv och lärande tillsyn samt ett bättre nyttjande av de verktyg som staten förfogar över vad gäller t.ex. utbildning, forskningsstöd, regelarbete och offentlig upphandling.

En ändamålsenlig företagshälsovård

Arbetsmiljölagstiftningen utgår i huvudsak från att arbetsgivaren har kontroll över arbetsmiljön och arbetsplatsen där den anställde arbetar. En del av arbetsmiljöarbetet utförs av företagshälsovården. Företagshälsovården ska bidra både till att förebygga ohälsa och främja hälsa samt till att skapa goda och säkra arbetsplatser där de anställda inte riskerar att skadas eller bli sjuka. Tillgången till god företagshälsovård, för såväl förebyggande arbetsmiljöarbete som anpassning av arbetet till den enskildes förutsättningar är sålunda av stor vikt för att kunna skapa en god och säker arbetsmiljö. För att åstadkomma ett effektivt arbetsmiljöarbete på arbetsplatserna behöver företagshälsovården stärkas.

Rehabilitering för personer med psykisk funktionsnedsättning

Att arbeta, studera eller ha en annan meningsfull sysselsättning har många positiva dimensioner utöver inkomst till försörjning. Det ger struktur på dagen och veckan, är en arena för sociala kontakter, skapar delaktighet i samhället och stärker självkänslan. Flera utredningar har pekat på behovet av en ny eller förändrad rehabiliteringsprocess för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Bl.a. konstaterar Nationell psykiatrisamordning (2006) att personer med psykiska funktionsnedsättningar får mindre arbetsrehabilitering, senare i processen och att tidsgränsen i rehabiliteringen är för snäv för att vara ändamålsenlig för gruppen.[18] I syfte att stärka rehabiliteringen för personer med psykiska funktionsnedsättningar bör gruppen, i

[17] Arbetsmiljöverket (2016), s. 20.
[18] Se t.ex. Nationell Psykiatrisamordning (2006), s. 271.

högre uträckning än i dag, erbjudas arbetsrehabiliterande åtgärder som komplement till öppen verksamhet eller strukturerad sysselsättning. Detta arbete involverar flera aktörer – arbetsgivare och försäkringskassans insatser är viktiga men även att det finns adekvat vård och behandling att tillgå. Vidare bör regelverket ses över i syfte att öka och stimulera utbudet av rehabiliterande verksamheter och sysselsättningar, optimera och samordna samhällets resurser, stärka den enskildes rätt och förstärka anknytningen till arbetsmarknaden.

Ändamålsenlig arbetsmarknad för personer med psykisk funktionsnedsättning

Personer med psykisk funktionsnedsättning har en svag förankring på arbetsmarknaden och många saknar helt sysselsättning i vidare mening. Gruppen är också generellt fattigare och beroende av bidrag för sin ekonomiska trygghet. Att ha ett arbete ökar delaktigheten i samhället. Dessutom kan närvaron av personer med psykisk funktionsnedsättning på arbetsmarknaden vara en mycket viktig del i arbetet mot stigmatisering. Insatser för att underlätta för personer med psykisk funktionsnedsättning att ta sig in på arbetsmarknaden är därför nödvändiga. För en del personer krävs särskilda anpassade arbeten som i så hög utsträckning som möjligt bör inrättas inom ramen för reguljära verksamheter, vara meningsfulla och fungera som en brygga till arbetsmarknaden. Vidare bör formerna för särskilda arbeten utvecklas i syfte att åstadkomma en högre delaktighet för gruppen samt för övriga personer som i dag står långt ifrån arbetsmarknaden.

Resultatmål inom målområde 3 Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Genom ändamålsenliga åtgärder inom samtliga åtgärdsområden ska följande resultat nås:

- ökat psykiskt välbefinnande hos vuxna,
- minskad upplevd psykisk ohälsa hos vuxna,

- minskad sjukfrånvaro p.g.a. psykisk ohälsa, samt
- ökad närvaro på arbetsmarknaden för personer med långvarig psykisk ohälsa/funktionsnedsättning.

Målområde 4: Inkomster och försörjningsmöjligheter

För att möta behov av utveckling och ökad kapacitet när det gäller målområde 4 Inkomster och försörjningsmöjligheter behövs samtidiga och samordnade insatser inom de *prioriterade åtgärdsområden* som beskrivs i det följande.

En sjukförsäkring som motverkar sjukskrivning och utslagning

Sjukförsäkringens regelverk, arbetssätt och ersättningssystem behöver vara anpassade för att möjliggöra återhämtning för personer som drabbas av psykisk ohälsa. För att säkerställa att socialförsäkringen bidrar till en ökad psykisk hälsa, ökade möjligheter till återhämtning och att motverka fattigdom bland personer med psykisk ohälsa krävs ett ändamålsenligt regelverk, effektiv kunskapsstyrning, kunskap om insatser och dess effekter samt en effektiv rehabiliteringskedja.

Motverka fattigdom hos personer med långvariga psykiska funktionsnedsättningar

Personer med psykisk funktionsnedsättning har en svag förankring på arbetsmarknaden och många saknar helt sysselsättning i vidare mening och är därför i hög utsträckning beroende av bidrag för att säkra sin ekonomiska trygghet. I syfte att trygga gruppens inkomst- och försörjningsmöjligheter krävs insatser och åtgärder inom flera områden. Det rör sig bl.a. om förändringar i socialförsäkringen som tryggar gruppens rätt till en skälig levnadsstandard men också effektiva insatser för att möjliggöra att personer med psykisk funktionsnedsättning får möjlighet till etablering på arbetsmarknaden. Det behövs också personligt stöd för att kunna nå, få och behålla ett arbete. Relevanta myndigheter behöver också ha god kunskap om livsvillkor och problem hos gruppen och säkerställa att personer med psykisk funktionsnedsättning inte faller mellan stolarna.

Öka möjligheten för personer med psykisk ohälsa att studera

Att ha en utbildning är centralt för att komma in på arbetsmarknaden, och inte minst för möjligheterna att vara kvar på arbetsmarknaden. Utan fullföljd gymnasieutbildning ökar risken att åter bli arbetslös. Vissa typer av psykisk ohälsa som dystymi, depression och bipolär sjukdom, liksom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar debuterar tidigt och det är angeläget att säkerställa att unga som drabbas av psykisk ohälsa har möjlighet att genomföra och avsluta sina studier. Detta kräver kunskap om anpassning av lärandemiljön och hjälpmedel, tillgång till tidiga tillgängliga insatser men också att det finns reella och trygga förutsättningar för att genomföra studier trots psykisk ohälsa.

Resultatmål för målområde 4 Inkomster och försörjningsmöjligheter

Genom ändamålsenliga åtgärder inom samtliga åtgärdsområden ska följande resultat nås:

- minskad relativ fattigdom i gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning samt
- ökad närvaro på arbetsmarknaden för personer med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning.

Målområde 5: Boende och närmiljö

För att möta behov av utveckling och ökad kapacitet Målområde 5, Boende och närmiljö, behövs samtidiga och samordnade åtgärder inom de prioriterade åtgärdsområden som beskrivs i det följande.

Ökat fokus på psykisk hälsa i boende- och närmiljön

Med ett hälsofrämjande perspektiv inom samhällsplanering kan förändringar åstadkommas som påverkar människors levnadsvillkor och minskar ojämlikhet i hälsa. Detta gäller även när det kommer till människors psykiska välbefinnande. I syfte att stärka friskfaktorerna i människors boende- och närmiljö bör samhällsplaneringen beakta

faktorer för att främja psykisk hälsa i bostadsområdet och bostadsmiljön. En angelägen del i detta arbete är att genomföra åtgärder som minskar tillgängligheten till medel och metoder för suicid. Även vid nybyggnation och planering av offentliga lokaler t.ex. sjukhus, skolor, arbetsplatser och särskilda boenden bör aspekten att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa beaktas. Det krävs också ökad kunskap om hur boende- och närmiljön kan bidra till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa.

Flexibelt boendestöd i tillräcklig omfattning

Den vanligaste insatsen enligt socialtjänstlagen (2001:453) till personer under 65 år med funktionsnedsättning är boendestöd.[19] Med boendestöd avses bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till personer med funktionsnedsättning i eget boende. Boendestöd kan vara ett såväl praktiskt som socialt stöd för att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället. Enligt beprövad erfarenhet ger boendestöd i eget boende bl.a. ökad förmåga att självständigt klara av sitt hemliv, ökad delaktighet i aktiviteter i samhället och ökad funktionsnivå. Det kan också vara en förutsättning för att skapa förutsättningar för en person att bo i egen bostad. I syfte att stärka den enskildes möjligheter till en god boendemiljö, motverka avhysningar och öka livskvaliteten bör insatser för att utveckla insatsen boendestöd genomföras. Boendestödet bör vara tillgängligt, rätt dimensionerat, högkvalitativt och anpassat efter individens behov och önskemål. Det handlar bl.a. om att öka kunskapen om innehållet, se över hur insatserna kan utformas och säkerställa att utformningen blir mera likvärdig i landet.

Tillgång till fullgoda och ekonomiskt överkomliga bostäder

Befolkningsundersökningar visar att personer med psykiska funktionsnedsättningar bor sämre än befolkningen i övrigt, men inte sämre än andra funktionshindergrupper. De uppgifter som finns från enskilda forskningsstudier om den undergrupp som har stora och omfattande funktionsnedsättningar ger dock bilden av att deras

[19] Socialstyrelsen, hämtad 2018-11-22.

bostadsförhållanden många gånger är bristfälliga.[20] Det finns ingen aktuell kunskap om boendelösningar för personer med psykisk ohälsa eller sjukdom. Det kan emellertid konstateras, som beskrivs i avsnitt 2.5.3, att personer med psykisk ohälsa löper en större risk än i befolkningen generellt att bli avhysta och därmed riskerar att hamna i akut hemlöshet, befinner sig i hemlöshet samt har bristande försörjningsmöjligheter vilket påverkar möjligheten att kunna hyra eller äga en bostad. Det är angeläget att på kort och lång sikt vidta åtgärder för att stärka förutsättningarna för målgruppens möjligheter att ha tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad. Det kräver dels att personer med psykisk sjukdom och/eller funktionsnedsättning har ekonomiska möjligheter att efterfråga en bostad och den faktiska tillgången till bostäder med god kvalitet som motsvarar olika behov för alla människor oavsett t.ex. socioekonomi, ålder och funktionsförmåga. Detta gäller oavsett om det handlar om en egen lägenhet i det vanliga bostadsbeståndet eller en fullvärdig lägenhet i en bostad med särskild service i kommunal eller enskild regi.

Motverka avhysningar och hemlöshet

Få händelser skapar en så stor risk för hemlöshet och en drastiskt försvagad position på bostadsmarknaden som att bli avhyst. De hushåll som befinner sig i farozonen för att bli avhysta har ofta svaga nätverk och små ekonomiska marginaler. Det är sedan tidigare känt att personer med missbruksproblem är en riskgrupp när det gäller avhysning och hemlöshet. Ytterligare en riskgrupp är personer med psykiska funktionsnedsättningar.[21] Socialtjänstens arbete med att förebygga avhysningar utgör en betydelsefull del i samhällets samlade insatser mot hemlöshet, men arbetet med att motverka avhysningar och hemlöshet är emellertid ett ansvar för hela samhället som effektivt och målinriktat bör arbeta för att undvika att personer med psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättning förlorar sin bostad och lämnas utan ett hem. I det allmännyttiga bostadföretagandet ingår ett samhällsansvar och i arbetet med bostadsförsörjning och socialt ansvarstagande bör situationen för personer med psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättning i kommunen beaktas. Det behöver

[20] Nationell Psykiatrisamordning (2006), s. 23 ff.
[21] Socialstyrelsen (2017b), s. 15 ff.

också finnas en uppsökande verksamhet för personer som inte har kontakt med relevanta samhällsaktörer men riskerar avhysning samt en god kunskap om levnadsförhållandena i kommunen.

Resultatmål för målområde 5 Boende och närmiljö

Genom ändamålsenliga åtgärder inom samtliga åtgärdsområden ska följande resultat nås:

- ökad tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad för personer med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning samt
- färre personer med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning i hemlöshet.

Målområde 6: Levnadsvanor

För att möta behov av utveckling och ökad kapacitet när det gäller målområde 6 Levnadsvanor behövs samtidiga och samordnade insatser inom de prioriterade åtgärdsområden som beskrivs i det följande.

Ökad tillgång till digitalt stöd för bättre levnadsvanor

En angelägen samhällsutveckling är en ökad tillgänglighet till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter. Detta är inte minst viktigt för att främja psykisk hälsa och motverka ohälsa, såväl hos barn som vuxna och äldre. Ett kostnadseffektivt sätt att främja goda levnadsvanor i befolkningen är genom att öka tillgången till digitala stöd i form av t.ex. hälsoappar, egenvårdsprogram och information på internet som syftar till att stödja människor att göra hälsosamma val och leva hälsosamma liv och som tar hänsyn till både fysiska, psykiska och sociala aspekter. Detta arbete kräver god kunskap och utveckling av befintlig kunskap om hur goda levnadsvanor kan främjas, liksom teknisk kompetens och en långsiktig strategi för att vidmakthålla och utveckla plattformar som är lättillgängliga för alla svenskar.

Hälsostödjande insatser till personer med psykisk ohälsa

Personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar har i regel sämre levnadsvanor jämfört med befolkningen som helhet. Det är bl.a. vanligare att personer i målgruppen röker dagligdags, har en stillasittande fritid, lider av övervikt och konsumerar frukt och grönt i lägre utsträckning än andra. Vidare är det vanligt med skadligt bruk av alkohol och kopplingarna mellan psykisk ohälsa och samtidig beroendeproblematik är stark.[22] Det krävs således insatser för att utveckla vården och omsorgens möjligheter att arbeta hälsofrämjande i syfte att åstadkomma livsstilsförändringar i målgruppen. Personer i målgruppen behöver också få tillgång till adekvat somatisk vård vid behov. För att skapa förutsättningar för ökad fysisk aktivitet kan det också behövas personligt stöd och arenor som stimulerar till fysisk aktivitet och i detta arbete kan såväl kommunalt boendestöd som civilsamhället vara viktiga aktörer. Även ekonomiska begränsningar kan utgöra ett hinder för att delta i aktiviteter som är hälsosamma.

Insatser inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet

Inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet (ANDT) har det sedan 2011 funnits en nationell strategi för regeringens arbete med målet: ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk. I den nuvarande strategin (skr. 2015/16:86), som gäller till och med 2020, betonar regeringen att jämlikhets- och jämställdhetsperspektiven måste tydliggöras och genomsyra allt ANDT-arbete på alla nivåer. Strategin innehåller sex mål som tillsammans ska bidra till att uppnå det övergripande målet. Målen handlar om att 1) minska tillgången, 2) minska antalet barn och unga som börjar använda ANDT, 3) reducera antalet som utvecklar skadligt bruk, 4) ökad tillgänglighet till individanpassad vård och stöd till av god kvalitet, 5) minska antalet dödsfall samt 5) att verka för en folkhälsobaserad syn på ANDT inom EU och internationellt.[23] Strategin tar tydligt utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer och betonar att ett strukturerat, långsiktigt, målinriktat, tvärprofessionellt och

[22] Kommissionen för jämlik hälsa (2017), s. 185.
[23] Skr. 2015/16:86, s. 36 f.

sektorsövergripande arbete på samhällets alla nivåer krävs för att nå målet. Utredningen ser positivt på det arbete som bedrivs inom ramen för strategin och anser att detta arbete fortsatt bör prioriteras av regeringen.

Resultatmål för målområde 6 Levnadsvanor

Genom ändamålsenliga åtgärder inom samtliga åtgärdsområden ska följande resultat nås:

- minskad överdödlighet i somatiska sjukdomar för personer med psykisk ohälsa/funktionsnedsättning samt
- skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska.

Målområde 7: Kontroll, inflytande och delaktighet

För att möta behov av utveckling och ökad kapacitet inom Målområde 7, Kontroll, inflytande och delaktighet, behövs samtidiga och samordnade åtgärder inom de prioriterade åtgärdsområden som beskrivs i det följande

Ett jämlikt deltagande i allmänna val

Personer med psykisk funktionsnedsättning och besvär av ångest och oro är mindre delaktiga i demokratin än den övriga befolkningen. Detta avspeglar sig dels i valdeltagandet, dels i representationen i politiska församlingar. Det är främst personer med nedsatt syn, nedsatt rörelseförmåga samt besvär av oro, ångest och ängslan som röstar i lägre utsträckning än personer utan dessa nedsättningar eller besvär.[24] Även om vissa förändringar genomförts under senare tid i syfte att förbättra tillgängligheten och bidra till att öka valdeltagandet bland personer med funktionsnedsättning är ytterligare insatser nödvändiga. Åtgärder som syftar till att säkerställa lika möjligheter till delaktighet och inflytande i politiska beslutsprocesser för alla medborgare, oavsett funktionsförmåga, behöver därmed

[24] Statistiska centralbyrån (2015), s. 7 ff.

utvecklas. Det är också angeläget att säkerställa att vallokaler, information om valet och partierna är tillgängliga för personer med olika typer av psykiska funktionsnedsättningar.

Ett samhälle fritt från stigma och diskriminering

För personer med psykisk sjukdom utgör stigma och diskriminering allvarliga hinder för hinder för full delaktighet i samhället. Forskning visar att det är vanligt förekommande med negativa attityder till samt diskriminerande beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom. Likaså är det vanligt med bristfälliga kunskaper om psykisk sjukdom.[25] I syfte att säkerställa att personer med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning inte stigmatiseras eller diskrimineras behövs kraftfulla åtgärder vidtas. Bl.a. behövs insatser för att öka kunskapen om psykisk ohälsa och funktionsnedsättning och på det sättet förbättra allmänhetens attityder mot gruppen personer med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. Ett offensivt arbete kan med fördel bedrivas av myndigheter tillsammans med den organiserade patient-, brukar-, och anhörigrörelsen på såväl lokal som regional och nationell nivå. Även arbetsgivare är viktiga i arbetet, eftersom stigma på arbetsplatser kan motverka att personer med psykisk ohälsa/funktionsnedsättning kommer i arbete men arbetsgivare är också viktiga för att minska negativa effekter för personer på arbetsplatsen som drabbas av psykisk ohälsa.

Stärkt patient- och brukarinflytande på alla nivåer

Ett patientcentrerat hälso- och sjukvårdssystem är ett system där patienterna har tillgång till den information de behöver för att fatta välgrundade beslut om sin hälsa och sin hälso- och sjukvård. Svensk hälso- och sjukvård brister alltför ofta i att tillgodose patienternas behov, preferenser och värderingar.[26] Detta gäller även inom verksamheter i socialtjänsten. Att personer som får vård, stöd, service eller omsorg blir delaktiga och kan utöva inflytande över insatsernas genomförande är centralt och grundar sig i respekten för människors rätt till självbestämmande och integritet. Det är också angeläget att

[25] Socialstyrelsen (2018d), s. 7 ff.
[26] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2012), s. 11 ff.

patienter, brukare och deras företrädare har inflytande på de verksamheter de använder. Detta är dels ett sätt att öka egenmakten hos individer och dels ett sätt att öka kvaliteten och effektiviteten i verksamheterna och göra dem ändamålsenliga för de personer som använder dem. Slutligen måste personer med psykisk ohälsa och/eller funktionshinder vara delaktiga på policynivå och ses som en kompetens och viktiga intressenter i beslut som berör dem.

Ett förstärkt arbete med att motverka tvångsåtgärder

Att bli föremål för en tvångsåtgärd är starkt integritetskränkande för patienten och kan leda till skador av olika svårighetsgrad och i värsta fall dödsfall.[27] I syfte att säkerställa att patienter får en god vård och inte utsätts för inskränkningar i sin självbestämmanderätt som inte är absolut nödvändiga krävs ett kontinuerligt och långsiktigt arbete på sjukvårdsinrättningarna för att minska antalet åtgärder som vidtas med tvång. Detta arbete innefattar bl.a. kunskaps- och kompetensutvecklande insatser, en kraftfull förstärkning av insynen i verksamheterna och åtgärder för att utveckla en lärande tillsyn. Vidare krävs initiativ för att utveckla uppföljningen och inrapporteringen till register samt åtgärder för att stärka delaktigheten och öka rättssäkerheten för de individer som tvångsvårdas.

Resultatmål för målområde 7 Kontroll, inflytande och delaktighet

Genom ändamålsenliga åtgärder inom samtliga åtgärdsområden ska följande resultat nås:

- personer med psykisk ohälsa/funktionsnedsättning deltar i allmänna val i samma utsträckning som övriga befolkningen,
- minskad stigmatisering och ökad kunskap om psykisk ohälsa i befolkningen,

[27] Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (2017), s. 17 ff.

- patienter i psykiatrisk vård ska ha samma upplevelse av delaktighet och inflytande som patienter i somatisk vård samt
- färre tvångsåtgärder i den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.

Målområde 8: En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

För att möta behov av utveckling och ökad kapacitet inom Målområde 8, En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård, behövs samtidiga och samordnade åtgärder inom de *prioriterade åtgärdsområden* som beskrivs i det följande.

En tillgänglig primärvård med psykosocial kompetens

Centralt för en god och jämlik hälsa att vården är tillgänglig för alla som behöver den. Primärvården är i allmänhet den del av hälso- och sjukvården som har det formella ansvaret för att ge medicinsk och psykologisk behandling till de flesta svenskar som drabbas av psykisk ohälsa. I syfte att stärka primärvården i dessa delar behövs bl.a. åtgärder för att säkerställa primärvårdens kompetens i att identifiera och behandla barn, vuxna och äldre som drabbas av psykisk ohälsa. Vidare behövs utveckling när det gäller rutiner och kompetens för ändamålsenlig triagering, metoder för självskattning, arbetssätt för psykisk ohälsa, e-hälsa och samarbete med specialistpsykiatrin.

En tillgänglig, ändamålsenlig kommunal hälso- och sjukvård

Äldre med psykisk ohälsa har inte har samma tillgång till specialiserad psykiatrisk vård som den yngre befolkningen, trots att det psykiatriska vårdbehovet bedöms vara minst lika stort bland äldre. Dessutom är tillgången till psykologisk behandling låg för äldre med psykisk ohälsa. De flesta äldre personer behandlas i den kommunala hälso- och sjukvården. Det är sålunda av stor vikt att professionerna i den kommunala hälso- och sjukvården ges förutsättningar att tidigt identifiera och behandla äldres psykiska ohälsa. Aktiviteter för att arbeta hälsofrämjande och förebygga sjukdom bör också ingå i ett

sådant arbete. Ett annat angeläget utvecklingsområde är att förbättra samverkan med den specialiserade hälso- och sjukvården för att kunna ta ett övergripande ansvar för att personer med psykisk ohälsa får sina sammantagna behov av vård, socialt stöd och rehabilitering tillgodosedda. Det kan också finnas skäl att belysa tillgång till adekvat och anpassad kommunala hälso- och sjukvård för personer med psykisk ohälsa och om befintlig lagstiftning och organisering stödjer målet om en minskad psykisk ohälsa i befolkningen.

Analysera och säkerställa kompetensförsörjning

Problemen med kompetensförsörjning förekommer inom flera verksamhetsområden inom området psykisk hälsa. Tillgången på personal påverkas av ett stort antal olika faktorer, däribland antalet utbildningsplatser, tillgången på praktikplatser och handledare, antal examinerade samt hur många personer som kommer till Sverige med en utländsk utbildning. Efterfrågan på personal påverkas bl.a. av befolkningens ålderssammansättning, nationellt och regionalt, och mer allmänna strukturförändringar inom sektorn.[28] I syfte att förbättra kompetensförsörjningen inom bl.a. den psykiatriska vården och bidra till en ändamålsenlig kompetenssammansättning i verksamheterna med olika professioner bör arbetet med att analysera kommande vård- och kompetensbehov utvecklas. Utvecklingen bör bedrivas i nära samverkan mellan stat, kommuner och landsting/regioner samt övriga berörda intressenter, däribland lärosätena.

Riktade insatser till särskilt utsatta grupper

Alla som drabbas av psykisk ohälsa ska få tillgång till en jämlik, tillgänglig, god och säker vård och omsorg i enlighet med bästa tillgängliga kunskap. Med en sådan ambition är det viktigt att vara medveten om att olika grupper och olika individer har olika behov och förutsättningar. Därför behöver vissa grupper synliggöras, de som visat sig mer utsatta på olika sätt. Det rör sig både om grupper som riskerar psykisk ohälsa i ökad utsträckning och därför bör uppmärksammas tidigt, men också de grupper som av olika skäl har svårt att få tillgång till samhällets vård- och stödutbud. Det kan t.ex. röra

[28] Socialstyrelsen (2018e), s. 7 ff.

sig om asylsökande och nyanlända, ensamkommande barn, hbtq-gruppen, de nationella minoriteterna samt personer födda utanför Sverige. Åtgärder för att öka kunskapen om gruppernas vård- och stödbehov bör således vidtas och effektiva metoder för prevention och hälsofrämjande insatser utvecklas.

Resultatmål för målområde 8 En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Genom ändamålsenliga insatser inom samtliga åtgärdsområden ska följande resultat nås:

- minskad upplevelse av psykisk ohälsa i befolkningen,
- minskad sjukfrånvaro p.g.a. psykisk ohälsa,
- ökad närvaro på arbetsmarknaden för personer med långvarig psykisk ohälsa/funktionsnedsättning, samt
- minskad överdödlighet i somatiska sjukdomar för personer med psykisk ohälsa/funktionsnedsättning.

5.3.5 Folkhälsomyndigheten bör ha en nationellt samordnande och stödjande roll

Utredningens bedömning: Folkhälsomyndighetens nationellt samordnande roll inom området psykisk hälsa bör förtydligas och stärkas. Det bör av myndighetens instruktion, eller på annat sätt, framgå att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att:

- Stödja genomförandet av politiken för psykisk hälsa och verka för att det övergripande föreslagna målet för området uppnås,
- Stödja statliga myndigheter, kommuner, landsting/regioner och andra aktörer i deras arbete med utveckling och uppföljning av arbetet inom området, samt
- Sammanställa och redovisa åtgärdsplaner inom respektive målområde till regeringen och ansvara för en samlad verksamhetsrapportering av insatser och resultat.

Utgångspunkter

Utredningen har inledningsvis konstaterat att en stor del av problemen i statens styrning inom området psykisk hälsa har varit att det har funnits brister i den statliga styrningen. För att politiken för psykisk hälsa ska få ett faktiskt genomslag på lokal, regional och nationell nivå krävs det enligt utredningens bedömning en stark nationellt pådrivande aktör och en väl upparbetad tvärsektoriell myndighetssamverkan.

Utredningen har övervägt om en ny myndighet, alternativt en funktion utanför Regeringskansliet, t.ex. en delegation bör inrättas för att utgöra en nationellt samordnande och stödjande funktion. Detta har gjorts inom andra sektorsövergripande områden t.ex. inom jämställdhetspolitiken, där en myndighet med ansvar för samordning och stöd av jämställdhetspolitiken nyligen inrättats, och inom området segregation där en delegation i form av en enrådsmyndighet har till uppgift att bidra till att minska och motverka segregation i samhället och förbättra situationen i socioekonomiskt utsatta områden.

Utredningen kan visserligen se vissa fördelar med att tillskapa en ny myndighet för psykisk hälsa, bl.a. skulle en ny myndighet kunna svara för en samlad analys, samordning och utvärdering och kunna bidra till att ge tyngd åt frågorna inom alla berörda sektorer. En sådan konstruktion riskerar emellertid att leda till särlösningar i en fråga som kräver ett sektorsövergripande arbete med ägarskap i alla delar och därmed resultera i en tillbakagång av utvecklingen inom sakområdet. Utredningen anser inte heller att de kostnader som tillskapandet av en ny myndighet skulle föra med sig skulle vara proportionerliga i förhållande till den nytta som myndigheten bedöms kunna bidra med.

Mot bakgrund av det ovan anförda är det utredningens bedömning att en *befintlig* myndighet bör ges i uppdrag att stödja genomförandet av politiken för psykisk hälsa. En myndighet med ett tydligt utpekat ansvar för nationell samordning och stöd kan enligt utredningens bedömning förbättra förutsättningarna för långsiktighet och kontinuitet i insatserna.

Förtydligande i Folkhälsomyndighetens instruktion

Folkhälsomyndigheten har redan i dag en rad uppdrag inom området psykisk hälsa som i huvudsak anges i myndighetens regleringsbrev. Det innefattar bl.a. att samordna det nationella suicidpreventiva arbetet och att bygga upp och utveckla samordningen av det nationella arbetet inom psykisk hälsa-området.[29]

Enligt utredningens mening bör Folkhälsomyndighetens uppdrag breddas till att omfatta *hela* området psykisk hälsa och sammanföras med de förnyade uppgifter som tillkommer myndigheten i enlighet med utredningens förslag. Utredningen bedömer därför att det är angeläget att uppdraget framgår av myndighetens instruktion. Dels skapar en sådan ordning förutsättningar för en större långsiktighet, dels harmonierar detta med regeringens allmänna förvaltningspolitiska ambitioner. Av instruktionen bör tydligt framgå att myndigheten ska verka för att det föreslagna nationella målet för politikområdet, dvs. att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar, ska nås.[30] En sådan formulering sätter fokus på samhällets långsiktiga ambitioner med politiken och förtydligar att det krävs ett brett och sektorsövergripande angreppssätt inom alla de folkhälsopolitiska målområdena och de av utredningen föreslagna åtgärdsområdena.

Stödja genomförandet av politiken för psykisk hälsa och verka för att det övergripande föreslagna målet för området uppnås

Samordningen av insatser inom området psykisk hälsa bör stärkas och organiseras på så sätt att utrymme ges för ett strategiskt och långsiktigt arbete som omfattar samtliga målområden och de av utredningen föreslagna åtgärdsområdena hos samtliga berörda myndigheter och huvudmän. Detta kräver en organisationsform och ett arbetssätt som möjliggör att kunna bistå *dels* regeringskansliet, *dels* statliga myndigheter i det löpande arbetet med frågor kring psykisk

[29] Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017a), dnr. S2017/07302/RS.

[30] För jämförelse kan nämnas att det av instruktionerna för flera andra myndigheter med sektorsansvar, t.ex. Myndigheten för delaktighet och Jämställdhetsmyndigheten, framgår att myndigheterna ska verka för att målen för respektive politikområde uppnås (se Förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet, 4 § samt Förordning (2017:937) med instruktion för Jämställdhetsmyndigheten, 3 §).

hälsa. För att åstadkomma utveckling inom området behöver operativ samverkan mellan olika aktörer kring insatser och åtgärder inom olika delområden stimuleras. Vidare behövs en tydlig samordning av arbetet inom folkhälsopolitikens målområden och tillhörande åtgärdsområden som utredningen föreslagit. Det finns också behov av en nationell samordningspunkt gentemot t.ex. kommuner, landsting/regioner och organisationer inom det civila samhället som arbetar med frågor kring psykisk hälsa eller närliggande områden.

Uppgiften för myndigheten bör därför vara att samordna de myndigheter och aktörer som behöver samverka för att stödja den föreslagna strategin för psykisk hälsa. Myndigheten bör vidare, i samarbete med övriga berörda myndigheter, sammanställa och sprida kunskap baserad på forskning och bästa tillgängliga kunskap och bidra till att stödja kunskapsutveckling inom området.

Ett sådant samordningsansvar innebär *inte* några förändringar i gällande ansvarsförhållanden mellan myndigheter. Varje statlig myndighet har fortsatt ett ansvar för frågor kring psykisk hälsa och ohälsa inom ramen för sitt verksamhetsområde. De uppgifter som åligger myndigheterna i dag, enligt lagar, förordningar, föreskrifter, instruktioner, regleringsbrev och regeringsbeslut ligger således fast. Arbetet bör inriktas på att förbättra samverkan och samordning av insatser utifrån en helhetsbild av utvecklingen inom området.

I myndighetens uppgifter bör vidare ingå att analysera styrningen av politiken för psykisk hälsa och återkoppla iakttagelser och analyser till regeringen. Det innebär bl.a. att uppmärksamma och till regeringen rapportera behov av ändringar i regelverk eller behov av förtydliganden som rör regeringens styrning av myndigheter och verksamheter. Vidare bör myndigheten kunna ta initiativ och utforma insatser inom ramen för uppdraget utifrån de prioriteringar som myndigheten bedömer som angelägna för att uppnå strategins mål.

Stödja statliga myndigheter, kommuner, landsting/regioner och andra aktörer i deras arbete med utveckling och uppföljning av arbetet inom området

Uppföljning är en avgörande faktor för en ändamålsenlig styrning. Utan kunskap om resultat och effekter är det inte möjligt att göra förnyade analyser och vidta åtgärder för att motverka en oönskad utveckling på ett område, eller åtgärder för att stimulera en önskad

utveckling. Trots upprepade försök att åstadkomma nyckelindikatorer som speglar utvecklingen på området psykisk hälsa finns i dagsläget ingen sådan sammanställd kunskap (se kap. 4).

De föreslagna resultaten för strategin inom området psykisk hälsa är ett ökat psykiskt välbefinnande hos hela befolkningen, mindre upplevd ohälsa samt minskat antal personer som dör av suicid. Denna utveckling behöver mätas och analyseras löpande.

I avsnitt 5.3.2 anges ett antal resultat som strategin ska leda till. Folkhälsomyndigheten bör följa och kommunicera utvecklingen av dessa resultat löpande och återrapportera till regeringen och andra myndigheter i syfte att möjliggöra korrigeringar och vid behov intensifiera åtgärder på områden där resultaten inte förbättras. Eventuella förändringar bör också analyseras ur ett systemperspektiv vilket kräver samverkan mellan flera olika tillsyns- och analysmyndigheter. I detta syfte bör de myndigheter som i avsnitt 5.3.6 föreslås medverka i den nationella samordningen inom området och i uppföljningen av strategin åläggas att till Folkhälsomyndigheten, redovisa de åtgärder som vidtagits inom de åtgärdsområden som ligger inom respektive myndighets ansvar samt en bedömning av verksamhetens resultat. Syftet är att Folkhälsomyndigheten löpande ska kunna få och presentera en helhetsbild av utvecklingen inom området.

Myndigheten ska följa arbetet och sammanställa resultaten inom alla föreslagna åtgärdsområden. Detta innebär att arbetet också inkluderar insatser som inte uteslutande tar sikte på förebyggande och främjande åtgärder, som vissa utvecklingsområden inom exempelvis hälso- och sjukvård, arbetsmarknad, sjukförsäkring och skola. Det innebär inget inskränkt ansvar hos andra berörda myndigheter.

Data om resultat och patient-/brukarnära mått saknas i dag i stor utsträckning. Huvudsakligen följs processer, utbud och tillgänglighet men det är svårt att se skillnader i resultat mellan olika kommuner och landsting när det gäller resultat för patienter och brukare. Av detta skäl föreslår utredningen att regeringen ger ett uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att ta fram sådana indikatorer (se avsnitt 5.3.9) och utredningens förslag är att dessa integreras i Folkhälsomyndighetens analys och rapportering till regeringen.

Ansvaret att följa och återrapportera utvecklingen på området innebär inte att myndighetens statistikansvar med nödvändighet förändras, myndigheten kommer i arbetet att behöva inhämta statistik från andra myndigheter. Det kommer också att finnas behov

av att tillsammans med relevanta aktörer på området, som patient- och brukarorganisationer, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och andra aktörer för att identifiera vilka som är de viktigaste måtten att samla och rapportera till regeringen för att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig styrning.

Sammanställa och redovisa åtgärdsplaner inom respektive målområde till regeringen och ansvara för en samlad verksamhetsrapportering av insatser och resultat

Utredningen lämnar flera förslag i syfte att förstärka ett politiskt fokus på frågor som påverkar utvecklingen av psykisk ohälsa i samhället. Det är angeläget att varje framtida regering hålls underrättade om utvecklingen på området och löpande kan följa den nationella strategins resultat.

Utredningen föreslår därför att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att sammanställa åtgärdsplaner inom respektive åtgärdsområde där ingående aktörer och pågående arbete och resultat presenteras. Åtgärdsplanerna ska bidra till att säkra ett löpande arbete med tydliga mål och ägarskap av berörda aktörer. Åtgärdsplanerna bör tas fram i nära samverkan mellan berörda intressenter och de myndigheter som behöver medverka i den tvärsektoriella samverkan inom området. I åtgärdsplanerna bör konkreta delmål, etappmål och resultatmål formuleras. Målen ska kunna följas upp genom det uppföljningsramverk som föreslås utvecklas av Folkhälsomyndigheten i nära samråd med övriga berörda aktörer. Åtgärdsplaner som täcker samtliga målområden bör finnas på plats senast 2021. Arbetet med åtgärdsplanerna bör följas upp regelbundet och utvärderas i slutet av strategiperioden. Folkhälsomyndigheten bör vidare uppdras att årligen lämna en samlad rapport om den verksamhet som under föregående år har genomförts inom de målområden och de åtgärdsområden som anges strategin samt en bedömning av verksamhetens samlade resultat. Rapporten ska omfatta den verksamhet som Folkhälsomyndigheten och andra berörda myndigheter genomfört under föregående år. Uppföljningen ska kunna fungera som ett underlag för att identifiera möjliga samverkansområden, synliggöra utvecklingen inom olika insatsområden och lyfta frågor som kan behöva prioriteras på nationell, regional och lokal nivå.

5.3.6 Tvärsektoriell myndighetssamverkan

Utredningens bedömning: Myndigheter vars uppdrag har bäring på utvecklingen inom området psykisk hälsa bör ges i uppdrag att medverka operativt i den nationella samordningen inom området psykisk hälsa och suicidprevention samt i uppföljningen av insatserna inom området.

Utgångspunkter

Möjligheterna att nå den övergripande målsättningen för politikområdet är avhängiga insatser inom ett stort antal områden. Arbetet inom området psykisk hälsa kännetecknas sålunda, liksom andra systemövergripande frågor, av att resultat uppnås genom att frågorna integreras i och utgör en del av samtliga berörda politikområden och verksamheter.

Olika statliga myndigheter har i dag ansvar för olika områden och verksamheter samt dithörande mål inom befintliga politik- och verksamhetsområden. Myndigheterna har detta ansvar i enlighet med lagar, förordningar, instruktioner, regleringsbrev och särskilda regeringsbeslut. Förslagen i föreliggande betänkande innebär, som tidigare påpekats, inte några ändringar av gällande ansvarsfördelning mellan myndigheterna. Utredningens förslag till övergripande mål för politiken för psykisk hälsa och tillhörande målstruktur innebär emellertid att de myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som kan påverka utvecklingen av hälsoläget också ska beakta effekter på den psykiska hälsan och säkerställa att den egna verksamheten bidrar till en positiv utveckling inom området. Det övergripande målet för området och tillhörande målområden ska vara vägledande för arbetet med att utveckla verksamhetsmål och delmål samt åtgärdsstrategier för de statliga myndigheter som har ett ansvar i arbetet med frågor kring psykisk hälsa.

Långsiktigt hållbar samverkan

Utredningen anser att det är av stor vikt att skapa förutsättningar för en *långsiktig* myndighetssamverkan inom området och bidra till att samtliga berörda myndigheter ser sin roll i insatsernas genomförande. Syftet är att skapa ägarskap för frågorna och underlätta en ordning där myndigheternas arbete skapar synergieffekter och en snabbare utvecklingstakt på området. Utredningens bedömning är därför att samtliga berörda myndigheter vars verksamhet påverkar området psykisk hälsa bör ges en uttalad roll i den av utredningen förslagna strategins genomförande. Utredningen anser därför att regeringen bör uppdra åt i vart fall följande myndigheter att medverka i operativa samarbeten inom de prioriterade åtgärdsområden som utredningen föreslår, vilket innebär att avsätta resurser för problemanalys och konkret arbete, i den nationella samordningen inom området psykisk hälsa och suicidprevention samt i uppföljningen av insatserna inom området:

- Arbetsförmedlingen,
- Arbetsmiljöverket,
- Barnombudsmannen,
- Diskrimineringsombudsmannen,
- E-hälsomyndigheten,
- Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd,
- Försäkringskassan,
- Inspektionen för vård och omsorg,
- Kriminalvården,
- Läkemedelsverket,
- Migrationsverket,
- Myndigheten för delaktighet,
- Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd,
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor,
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap,

- Polismyndigheten,
- Socialstyrelsen,
- Specialpedagogiska skolmyndigheten,
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering,
- Statens Institutionsstyrelse,
- Statens Skolverk,
- Trafikverket samt
- Vetenskapsrådet.

I myndigheternas uppdrag, som bör omfatta hela strategiperioden 2020–2030, bör ingå att identifiera och redovisa mål och aktiviteter som myndigheterna, enskilt och gemensamt, vidtagit under strategiperioden med utgångspunkt i de åtta målområdena och de tillhörande åtgärdsområden som föreslagits. Myndigheterna bör vidare uppdras att årligen, i enlighet med vad som framgår i avsnitt 5.3.5, till Folkhälsomyndigheten redovisa de åtgärder som vidtagits inom den de åtgärdsområden som ligger inom respektive myndighets ansvar samt en bedömning av verksamhetens resultat Redovisningen ska ligga till grund för den samlade verksamhetsrapportering som Folkhälsomyndigheten föreslås ansvara för.

Skapa utrymme för prioritering

Myndigheterna har redan i dag ett formellt uppdrag att samverka med andra myndigheter. Emellertid anser utredningen att detta inte alltid fungerar tillfredställande, särskilt inte långsiktigt, varför uppdraget att samverka inom området psykisk hälsa bör regleras i myndigheternas instruktioner. Detta kan ses som en avgörande åtgärd för att säkerställa aktivt deltagande i en långsiktig samverkan.

Utredningens bedömning är att myndigheterna behöver finansiell förstärkning för att säkerställa att arbetet kan prioriteras och genomföras. Storleken på finansieringen är beroende av hur mycket merarbete respektive myndighet bedöms få. Större myndigheter vars verksamhet berör och berörs av flera åtgärdsområden bör tilldelas

mer resurser medan myndigheter som berörs av färre åtgärdsområden behöver mindre. Finansiering bör därför utgå med mellan 2 miljoner kronor och 10 miljoner kronor per år och myndighet beroende på hur respektive myndighet påverkas av uppdraget.

5.3.7 Statsbidrag för utveckling av preventionsarbete till länsstyrelserna

Utredningens bedömning: Folkhälsomyndigheten bör ges i uppdrag att fördela statsbidrag till länsstyrelser och resurscentra som gemensamt bedriver utvecklingsarbete och genomför aktiviteter för att förstärka preventionsarbete och stärka främjande arbete på området psykisk hälsa samt suicidpreventivt arbete i länet. För ändamålet bör en förordning tas fram där statsbidrag avsätts för åren 2020–2030.

Utgångspunkter

Ansvaret för förbyggande och främjande insatser på området psykisk hälsa inkluderar och delas av flera olika aktörer. Folkhälsomyndigheten ska enligt sin instruktion (SFS 2013:1020) allmänt verka för god hälsa och vidare utvärdera effekter av metoder på området, följa hälsoläget i befolkningen och bygga upp och sprida kunskap. Folkhälsomyndigheten har också ansvaret för att verka för att det av riksdagen fastställda nationella folkhälsomålet uppnås och verksamheten omfattar samtliga åtta målområden.

Länsstyrelserna är en annan viktig aktör i sammanhanget, med uppgift att verka för att de nationella målen för folkhälsopolitiken får genomslag i länet men också utifrån ett helhetsperspektiv arbeta sektorsövergripande och samordna olika samhällsintressen (SFS 2017:868). Flera länsstyrelser har en intern samordning av tvärsektoriella uppdrag från olika politikområden som har bäring på varandra. Vidare har kommunerna ett omfattande uppdrag inom folkhälsoområdet då de är huvudsakligt ansvariga för flera verksamheter som är viktiga ur folkhälsosynpunkt t.ex. skola och barnomsorg, fysisk planering och bostadsförsörjning. Även landsting och regioner har vissa uppgifter som är viktiga ur folkhälsosynpunkt bl.a. att säkerställa att den vård

som erbjuds befolkningen är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

Inom ramen för de överenskommelser som träffats mellan staten och SKL har sex regionala resurscentra byggts upp i Sverige. Ett resurscentrum har i uppgift att främja psykisk hälsa och arbeta för att förebygga psykisk ohälsa, bl.a. med inriktning på primärvårdens möjligheter att förebygga psykisk ohälsa.[31]

Länsstyrelser och resurscentrum i samverkan

Utredningen bedömer att länsstyrelserna och resurscentra behöver ges förutsättningar för ett förstärkt samarbete när det gäller att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa lokalt och regionalt. Av det skälet föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att fördela statsbidrag till länsstyrelser och resurscentra som gemensamt bedriver utvecklingsarbete och genomför aktiviteter för att förstärka preventionsarbete och stärka främjande arbete på området psykisk hälsa samt suicidpreventivt arbete i länet. Arbetet ska ske tillsammans med kommunerna i länet och ha tydliga prioriteringar och uppföljningar och bygga på en nära samverkan mellan alla relevanta aktörer i länet, inklusive det civila samhället. Folkhälsomyndighetens uppdrag samt förutsättningarna för att få ta del av statsbidragen bör regleras i förordning.

Utredningens förslag är att de resurscenter och länsstyrelser som har för avsikt att gemensamt under ett kalenderår gemensamt arbeta med att sprida kunskap, konkret och i samarbete med övriga berörda aktörer i länet eller regionen när det gäller främjande och förebyggande insatser ges möjlighet att rekvirera medel från Folkhälsomyndigheten i början på året. I slutet av året ska de länsstyrelser och resurscentra som tilldelats medel redovisa sitt utvecklingsarbete till Folkhälsomyndigheten och myndigheten ska då bedöma om aktörerna har levt upp till de krav som anges i förordningen. I det fall aktörerna bedöms gemensamt ha gjort ett fullgott utvecklingsarbete kan samma resurscenter/länsstyrelser rekvirera medel även för nästkommande år med utgångspunkt i den förordning som bör reglera verksamheten. För kommuner/landsting/regioner som inte lever upp till

[31] Prop. 2017/18:249, s. 28.

kraven i förordningen ges inte möjlighet att ta del av medlen nästkommande år.

Kraven bör utformas med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap på området samt de erfarenheter som gjorts inom ramen för tidigare samarbeten. Folkhälsomyndigheten bör under 2019 uppdras att utforma kriterier för vad som krävs för länsstyrelserna och resurscentra under respektive år i en uppbyggnad av ett tvärsektoriellt arbete med länsövergripande insatser för att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa. I detta arbete kan myndigheten med fördel använda erfarenheter från de två pilotprojekt som syftar till att utveckla metoder och arbetssätt för samordning av ett regionalt arbete för en god och jämlik folkhälsa utifrån bestämningsfaktorerna i de åtta målområdena som beslutats inom ramen för folkhälsopolitiken.[32] Arbetet ska ske i nära samverkan med övriga berörda aktörer i länet och länsstyrelserna som rekvirerar medel ska kunna redovisa kort- och långsiktiga mål för utvecklingsarbetet, planerade och genomförda aktiviteter samt i vilken utsträckning de uppsatta målen nåtts. Länsstyrelserna ska också redovisa hur medlen använts.

De medel som avdelas för detta bör syfta till att skapa utrymme för samarbete, vissa utbildningsinsatser till berörda aktörer i länet och nödvändig administration. En länsstyrelse bör därför kunna rekvirera 3 miljoner kronor för samarbete med ett resurscentrum varav 500 000 kronor ska gå oavkortat till det resurscentrum som ingår samarbetet. Ett resurscentrum kan ha samarbete med flera olika länsstyrelser inom sin region.

[32] Prop. 2017/18:249, s. 41.

5.3.8 Kunskapsstöd och långsiktigt statsbidrag till kommuner och landsting

Utredningens bedömning: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att årligen fördela statsbidrag för utvecklingsinsatser inom området psykisk hälsa till kommuner och landsting under åren 2020–2030 vilket bör regleras i förordning.

Socialstyrelsen bör vidare ges i uppdrag att följa utvecklingsarbetet i landsting och kommuner under samma tid och årligen sammanfatta och utvärdera utvecklingen i regioner/landsting och kommuner.

Utgångspunkter

Det är angeläget att staten vidgar sitt fokus på området psykisk hälsa till att även omfatta ett folkhälsoperspektiv. Emellertid är det avgörande att vården och omsorgen är tillgänglig, ändamålsenlig och effektiv för att målen på området ska uppnås. Tillgängliga, effektiva och jämlika insatser till personer som drabbats av psykisk ohälsa, sjukdom och/eller funktionsnedsättning är ett fundament för en gynnsam utveckling på befolkningsnivå.

De landstingskommunala huvudmännen har de senaste åren fått statligt stöd genom ett särskilt riktat statsbidrag för att underlätta utvecklingsarbete och kvalitetsförbättring. Utredningen bedömer att detta är fortsatt nödvändigt för att skapa förutsättningar för ett fortsatt utvecklingsarbete lokalt och regionalt och föreslår därför att medel ska gå ut för detta ändamål under hela den tid strategin varar, år 2020–2030.

Förordning bör ersätta överenskommelser

Kommuner och landsting/regioner som deltagit i det utvecklingsarbete som prioriterats av regeringen har sedan 2012 erhållit medel genom en årlig överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). SKL har inom ramen för den årliga överenskommelsen betalat ut medlen till de kommuner och landsting/regioner som visat att de deltar aktivt i arbetet. Utredningen

bedömer att dessa bidrag har haft en viktig funktion för att möjliggöra utvecklingsarbete lokalt och regionalt, ofta i samverkan mellan kommuner och landsting och med regionala patient- och brukarorganisationer. Mot denna bakgrund är det utredningens bedömning att medel i samma storleksordning som i dag bör utgå till huvudmännen i syfte att utveckla kvalitet och tillgänglighet när det gäller vård, skola och omsorg.

För att åstadkomma ett långsiktigt hållbart utvecklingsarbete i ordinarie strukturer, där förutsättningarna för att erhålla medel är förutsebara för huvudmännen, är det utredningens bedömning att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utbetala medel till kommuner och landsting som deltar i utvecklingsarbete för verksamheter inom området psykisk hälsa i enlighet med regeringens inriktning på området. Detta bör regleras i förordning och ersätta den ordning som finns i dag där medelstilldelning regleras i en årlig överenskommelse mellan staten och SKL. Det skapar förutsättningar för huvudmännen att planera för långsiktiga utvecklings- och omställningsarbeten liksom att förstärka verksamheter som möter personer med psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättning långsiktigt.

Det är utredningens mening att kommuner och landsting/regioner som har för avsikt att under ett kalenderår aktivt arbeta med utvecklingsarbete i sina verksamheter inom området psykisk hälsa och ohälsa ges möjlighet att rekvirera medel från Socialstyrelsen i början på året. I slutet av året ska de kommuner och landsting/regioner som tilldelats medel redovisa sitt utvecklingsarbete och resultat till Socialstyrelsen och myndigheten ska bedöma om kommunen eller landstinget/regionen levt upp till de krav som anges i förordningen. I det fall kommunen/landstinget/regionen bedöms ha gjort ett fullgott utvecklingsarbete kan samma kommun/landsting/region rekvirera medel även nästkommande år med utgångspunkt i förordningen. För kommuner/landsting/regioner som inte lever upp till kraven ges inte möjlighet att ta del av medlen nästkommande år.

Arbete ska ske inom de åtta målområden och tillhörande åtgärdsområden som utredningen pekat ut i sitt förslag till strategi på området psykisk hälsa 2020–2030 och de huvudmän som rekvirerar medel ska kunna redovisa kort- och långsiktiga mål för utvecklingsarbetet, planerade och genomförda aktiviteter samt i vilken utsträckning de uppsatta målen nåtts och vilka effekter arbetet fått. Vidare ska huvudmännen kunna redovisa hur medlen använts.

Statsbidragets omfattning och varaktighet

Utredningens bedömning är att statsbidraget ska uppgå till 1 miljard kronor per år kronor varav:

- 300 miljoner kronor fördelas till landstingen/regionerna för generellt utvecklingsarbete,
- 300 miljoner kronor fördelas till landstingen/regionerna i syfte att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och effektiv primärvård för personer i alla åldrar som har eller riskerar att få psykisk ohälsa,
- 300 miljoner kronor fördelas till kommuner för generellt utvecklingsarbete,
- 50 miljoner kronor fördelas till kommuner och landsting/regioner för gemensamt länsövergripande arbete med gemensamma utvecklingsinsatser,
- 20 miljoner fördelas till länen för samverkan med patient-, brukar- och anhörigföreträdare samt
- 30 miljoner kronor fördelas till de landsting/regioner som driver resurscentra i syfte att stimulera utvecklingen för dessa.

Medelstilldelningen ska i likhet med dagens system bygga på befolkningsunderlaget och summan ska i sin helhet delas mellan de kommuner och landsting/regioner som har kvalificerat sig för att kunna ta del av dessa.

5.3.9 Uppdrag att ta fram indikatorer för att mäta patient- och brukarnära resultat

Utredningens bedömning: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ges i uppdrag att ta fram patient- och brukarnära indikatorer för att kunna mäta kvalitet och resultat i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Syftet ska vara att utveckla uppföljningen och skapa förutsättningar för en löpande analys av vårdens och omsorgens resultat för personer med psykisk ohälsa.

Utgångspunkter

I syfte att förbättra uppföljningen inom området psykisk hälsa har utredningen föreslagit att Folkhälsomyndigheten, i bred samverkan med aktörer på nationell, regional och lokal nivå, ges i uppdrag att ytterligare utveckla sitt arbete med uppföljningen av resultat och åtgärder inom området psykisk hälsa och suicidprevention (se avsnitt 5.3.5). Uppföljningssystemet bör utgå från en kärna av nyckelindikatorer som följer *utvecklingen på befolkningsnivå.* Denna utveckling ska kunna följas över tid på nationell nivå och utgöra ett viktigt underlag för regeringen, statliga myndigheter och kommuner, landsting/regioner i arbetet med att vidta ändamålsenliga åtgärder inom området psykisk hälsa.

Emellertid är det också av stor vikt att följa hur samhällets insatser utvecklas när det gäller insatser till personer som drabbats av psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionshinder. En tydlig brist i dagens arbete på området är avsaknaden av indikatorer för att kunna mäta *patient- och brukarnära resultat och kvalitet*, dvs. mått som lyfter fram vårdens och omsorgens resultat för den enskilde patienten/brukaren. Sådan kunskap är angelägen för att kunna följa den del av utvecklingen som syftar till en bättre psykisk hälsa genom vård, stöd och behandling och för att kunna göra jämförelser mellan landsting, kommuner och olika utförare.

Mått för jämförelser och uppföljning

Det kan konstateras att det är ett trubbigt mått att uteslutande mäta utbudet av vård och stödinsatser vilket är det huvudsakliga fokuset i dagens uppföljning. Att det finns tillgång till en insats säger ingenting om insatsens kvalitet eller vilka resultat som insatsen får. Detta kan driva en utveckling där funktioner inrättas eller behålls för att det efterfrågas i årliga enkäter trots att de håller låg kvalitet eller inte fyller sitt syfte. Det är resursslöseri och kan motverka utveckling och innovation. Ett annat problem är att psykiatrins, primärvårdens och socialtjänstens insatser och processer mäts i olika system vilket motverkar helhetssyn och resultatorientering för personen som får insatserna.

Utredningen har övervägt om Folkhälsomyndigheten, som i avsnitt 5.3.5 föreslås ansvara för att utveckla uppföljningen inom

området psykisk hälsa, bör uppdras att föreslå en uppsättning indikatorer som ger underlag för att bedöma utvecklingen för patienter och brukare på regional och lokal nivå. Mot bakgrund av Folkhälsomyndighetens instruktionsenliga roll och ansvar har utredningen emellertid gjort bedömningen att uppgiften att utforma patient- och brukarnära mått på vården och omsorgens kvalitet och resultat bättre lämpar sig för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Varför myndigheten för vård- och omsorgsanalys?

Enligt förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har myndigheten till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg (1 §) genom att 1. följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt, 2. effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter, samt 3. inom sitt verksamhetsområde bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning (2 §). Myndigheten har därmed en tydligt utpekad roll för att, ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom bl.a. hälso- och sjukvården och socialtjänsten som är verksamheter som har stor betydelse för personer med psykisk ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättning. Utredningen bedömer därför att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ges i uppdrag att ta fram patient- och brukarnära indikatorer för att kunna mäta kvalitet och resultat i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Syftet ska vara att utveckla uppföljningen och skapa förutsättningar för en löpande analys av vårdens och omsorgens resultat för personer med psykisk ohälsa. Uppdraget bör genomföras i nära samverkan med patient/brukarföreträdare, Socialstyrelsen, SKL, forskare och övriga relevanta aktörer.

5.3.10 Forskningsprogram

Utredningens bedömning: Regeringen bör besluta att ett långsiktigt, tvärvetenskapligt forskningsprogram inom området psykisk hälsa ska inrättas. Programmet ska vara en bred satsning som ska bidra till att generera ny kunskap på området psykisk hälsa och stärka samverkan mellan forskningsutförare, forskningsfinansiärer och andra samhällsaktörer. Det nationella forskningsprogrammet ska bygga på en gemensam nationell forskningsagenda för området psykisk hälsa och stödja strategin för psykisk hälsa 2020–2030. Inom ramen för programområdet bör också forskarskolor erbjudas.

Utgångspunkter

Forskningen inom de sociala och medicinska områdena är av stor betydelse för tillgången på evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvård och socialtjänst men också förståelsen av hur olika livsomständigheter påverkar människors liv och hälsa. Den psykiska ohälsan måste betraktas som den just nu största folkhälsoutmaningen vilket ställer stora krav på hela samhället. För att kunna vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder är tillgången på kunskap, inte minst hur olika metoder och insatser fungerar i den svenska kontexten avgörande. En bättre förståelse av sambanden mellan biologiska verkningsmekanismer, livsstil, miljö och sociala faktorer kan innebära stora vinster för folkhälsan.

Den medicinska forskningen har tillsammans med förbättrade sociala och ekonomiska förutsättningar varit avgörande för att genom åren förbättra hälsa och livskvalitet för personer med långvariga psykiska funktionsnedsättningar. Men fortfarande finns stora behov av att utveckla och implementera som är relevanta i den svenska kontexten. Ett annat angeläget område är att öka kunskapen om hur en arbetsplats bäst motverkar sjukfall och vad som är den mest effektiva hjälpen för att återkomma i arbete. En väl utvecklad forsknings- och utvecklingsaktivitet inom ett område innebär inte bara att resultaten kommer till direkt nytta i verksamheter som möter medborgarna, utan bidrar också till att höja områdets status

och intressera kompetenta människor att arbeta där. Det kan också bidra till ett ökat förtroende i samhället.

Behov av samordning och samarbete

I dag finns över 400 kunskapsluckor som handlar om psykisk hälsa, ohälsa och funktionsnedsättning sammanställda hos Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Den stora mängden kunskapsluckor beror enligt uppgift på att det genomförs ett relativt stort antal primärstudier men det krävs fler studier för att kunskapsluckorna ska kunna fyllas.

I 2016 års forskningsproposition Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50) konstateras att psykisk ohälsa är ett av våra största hälsoproblem som påverkar såväl individen och dess anhöriga som samhället som helhet och ofta innebär svårigheter och sämre levnadsförhållanden för den enskilde. Viss forskning på området ligger inom ramen för ett tioårigt nationellt forskningsprogram om tillämpad välfärdsforskning medan annan forskning hamnar under ett tioårigt nationellt forskningsprogram om arbetslivsforskning. Det finns också utrymme för klinisk forskning som förstärktes i denna forskningsproposition. Denna indelning speglar den stuprörsmentalitet som råder på området där psykisk ohälsa betraktas med utgångspunkt i befintliga system i samhället snarare än ur ett systemiskt perspektiv där delarna hör ihop och påverkar varandra.

Under den tioåriga satsningen på arbetslivsforskning, som nämnts ovan, konstateras i propositionen att sjukfrånvaron och längden på sjukskrivningstider ökat i Sverige sedan 2010. Av detta skäl är det angeläget att forskningen om psykisk ohälsa och sjukfrånvarons utveckling stärks.[33] Samtidigt konstaterar Inspektionen för socialförsäkringen att utfallet i sjukförsäkringssystemet bestäms av ett komplext samspel i ett system med många olika aktörer – den försäkrade, arbetsgivaren, läkaren, Försäkringskassan och domstolarna. Dessa har inbördes en positiv återkopplingseffekt, det vill säga en förändring i den primära efterfrågan förstärks och leder till en

[33] Prop. 2016/17:50, s. 90.

förändring i utfallet som kan vara långt större än vad den ursprungliga förändringen skulle låta förmoda.[34] Även frågan om barns och ungas psykiska hälsa behöver förstås ur ett systemperspektiv där både barnets biologi, hemmiljö och skolmiljö kommer att påverka hälsoutvecklingen, och vi vet att förhållandena under barn- och ungdomsåren har stor betydelse för både den psykiska och fysiska hälsan under hela livet. Folkhälsomyndigheten konstaterar att det är troligt att såväl brister i skolans funktion, som en större medvetenhet om de ökade kraven på arbetsmarknaden, har bidragit till ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga.[35]

Det finns exempel på samverkan och forskningsanslag som inkluderar flera perspektiv. Ett sådant är uppdraget att utlysa treåriga forskningsbidrag om Psykosociala insatser för personer med omfattande och komplex psykiatrisk problematik där Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) utlyser medel för tvärprofessionell forskning. Den inbegriper samverkan mellan aktörer inom vård, omsorg, arbetsmarknad, Försäkringskassan och andra aktörer liksom forskning i syfte att stärka den vetenskapliga basen för arbetet med målgruppen. Bidragen avses framför allt främja forskning om former för samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och i nära samverkan med företrädare för profession och brukare. Några av de forskargrupper som fick bidrag har också fått särskilt stöd, efter ansökan för att skapa nätverk för erfarenhetsutbyte och spridning av information.[36]

Forskningsråden Vetenskapsrådet, Forte, Formas och Vinnova har tillsammans sedan 2012 ett samarbete kring forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa. Ett antal programbidrag och projektbidrag har beviljats under en sexårsperiod, och beredning pågår om nya programbidrag. Syftet har varit att stärka den vetenskapliga kunskapsbasen inom området, samt att främja samverkan och nyttiggörande av forskningen. En utvärdering av programmet har nyligen genomförts som nu analyseras av finansiärerna.[37]

[34] Inspektionen för socialförsäkringen (2015), s. 7 ff.
[35] Folkhälsomyndigheten (2018), s. 5 ff.
[36] Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, hämtad 2018-12-17.
[37] Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, hämtad 2018-12-16.

Forskning på området psykisk hälsa kräver ett systemperspektiv

En forskningssatsning inom området psykisk ohälsa måste vara bred och omfattande. Mot bakgrund av områdets systemiska karaktär är det angeläget att ha en tvärsektoriell ansats även när det gäller forskningen. För att skapa kunskap om hur sjuktalen ska minska krävs ett angreppssätt där både människans biologi och psykologi inkluderas liksom arbetsmiljö och generell kunskap om vad som driver sjukskrivning ur ett samhällsperspektiv och vad som främjar psykisk hälsa hos vuxna. Det krävs också kunskap om såväl främjande som förebyggande metoder, behandling, rehabilitering och återhämtning. För att utveckla skolan till att bli mer hälsofrämjande krävs samverkan mellan olika discipliner, medicinsk och social och juridisk forskning måste exempelvis kompletteras och samordnas med pedagogisk forskning och ett ökat behov av digitalisering och hjälpmedel kräver teknisk och arbetsterapeutisk kompetens.

Mot bakgrund av detta är det utredningens bedömning att det är angeläget att psykisk hälsa blir ett eget forskningsprogram mellan 2020–2030, med ett uttalat syfte att stödja strategin på området. För att skapa en solid kunskapsutveckling om psykisk hälsa, ohälsa och funktionsnedsättning som är långsiktig och relevant för en svensk kontext bör ny satsning utformas för att skapa långsiktiga planeringsförutsättningar för tvärvetenskaplig och tvärsektoriell samverkan. Ett långsiktigt forskningsprogram ska skapa kraftfulla synergier mellan aktörer som kompletterar varandra vad gäller kunskap, erfarenheter och uppdrag. Programmet bör inriktas på:

1. Förebyggande av och tidiga insatser vid psykisk ohälsa

Med psykisk ohälsa menas här ångest och depression och vissa andra psykiska besvär av mindre allvarlig natur. Forskningen ska inriktas mot att utveckla och utvärdera metoder för förebyggande och tidiga insatser, eller forskning om hur evidensbaserade metoder kan implementeras i verksamheten. Förebyggande och tidiga insatser kan avse grupp- och befolkningsnivå, exempelvis på arbetsplatser, i skolan eller riktat mot definierade målgrupper. Det kan också avse individinriktade insatser, exempelvis i primärvården, i socialtjänsten, i företagshälsovården.

2. Samordnade insatser för personer med svår psykiatrisk problematik

Med svår psykiatrisk problematik avses exempelvis kroniska psykoser eller svår och långvarig depression. Forskningen ska inriktas mot att finna vägar att åstadkomma bättre och mer samordnade insatser för denna grupp, eller forskning om hur evidensbaserade metoder kan implementeras i verksamheten. Fokus ligger på samverkan mellan olika aktörer, och engagemang av brukare (patienter, anhöriga, professioner) är väsentligt.

3. Barns och ungdomars psykiska hälsa

Det är av stor vikt att öka förståelsen av villkor för barn och unga och förstå den ohälsoutveckling som kan ses i enkätundersökningar. En satsning rörande barn och ungdomar bör ligga i linje med den satsning som redan pågår i samverkan med andra finansiärer, och kan ha inriktning tydligare på intervention och implementering av insatser för att främja psykisk hälsa.

4. Implementering

Det är angeläget att den forskning vi stödjer kan omsättas i policy och praktik. Behov av kunskapsutveckling omfattar då även forskning om faktorer som främjar respektive hindrar att evidensbaserade metoder. Alla tre tidigare nämnda områden för forskning om psykisk hälsa är betjänta av implementeringsforskning.

Uppdraget ska inkludera alla relevanta forskningsmyndigheter, i första hand SBU, Forte och Vetenskapsrådet. Myndigheterna ska årligen rapportera utvecklingen inom forskningsprogrammet till regeringen med avseende på prioriterade forskningsområden, hur den gemensamma nationella forskningsagendan svarar mot behov av kunskap hos såväl brukare/patienter som landstingskommunala och statliga aktörer. Vidare ska myndigheterna rekommendera nya allmänna eller riktade forskningssatsningar på området med utgångspunkt i de erfarenheter som görs. Patienter, brukare och närstående ska vara delaktiga i problemformulering och prioriteringar. Internationella erfarenheter och lösningar ska tas till vara och forskningssatsningen ska bidra till större öppenhet och beredvillighet för

flexibilitet och förändringsbenägenhet. Forskningen ska även stödja styrningen med kunskap på området och den tvärsektoriella samverkan på området som utredningen föreslår.

Eftersom forskningsområdet psykisk hälsa/ohälsa är stort och brett med ett omfattande behov av forskning behövs en gedigen satsning med ett ansenligt resurstillskott. Sett utifrån behovet och att forskningsanslag kan komma att fördelas till forskargrupper och forskare verksamma inom ett flertal områden som medicin, humaniora, juridik och samhällsvetenskap, natur-, teknik- och utbildningsvetenskap bedömer utredningen att 100 miljoner kronor behöver avsättas för ändamålet under åren 2020–2030. I uppdraget ingår även att utveckla en forskningsinfrastruktur anpassad till området.

5.3.11 Stärkt internationellt samarbete

Utredningens bedömning: Regeringen bör ta fram en färdplan för det internationella samarbetet inom området psykisk hälsa. Färdplanen ska syfta till att: 1) Sverige under åren 2020–2030 etablerar sig bland de länder som mest aktivt driver internationell policyutveckling inom området och 2) en högre utvecklingstakt ska uppnås genom ett aktivt internationellt samarbete för kunskapsspridning och innovation mellan statliga, regionala och lokala aktörer liksom civilsamhället i Sverige och deras relevanta motsvarigheter i andra länder.

Utgångspunkter

Psykisk hälsa och ohälsa har återkommande under de senaste åren lyfts som en viktig prioritering av flera internationella organ, däribland World Health Organization (WHO), Världsbanken, Förenta Nationerna (FN) och Europeiska Unionen (EU)och befolkningens psykiska hälsa har under lång tid pekats ut som en av de stora framtidsutmaningarna. Detta bl.a. mot bakgrund av de stora internationella ohälsotalen i psykiska diagnoser och den allt större bördan som psykisk ohälsa utgör på världens ekonomier. I detta arbete betonas att människors psykiska välbefinnande dels är ett angeläget mål i sig men också att de finansiella resurser som investeras i områden som

påverkar människors psykiska hälsa leder till att stärka hela samhällets utveckling, såväl socialt som ekonomiskt. På flera håll pågår också ett arbete med att integrera frågor kring psykisk hälsa till andra globala handlingsplaner och strategier som godkänts av de internationella samfunden, däribland Agenda 2030.

Sverige är en attraktiv samarbetspartner i internationella sammanhang och den svenska samhällsmodellen bygger på samarbete och samverkan, såväl nationellt som internationellt. Svenskt internationellt arbete med hälsofrågor har under åren främst fokuserat på mödra- och barnaöverlevnad och smittsamma sjukdomar, med bistånd som främsta redskap. Hälsoutvecklingen i världen under de senaste 30 åren har emellertid inneburit förändringar i hälsopanoramat vilket ställer krav på nya eller förändrade arbetsmetoder. Vid Förenta Nationernas (FN) toppmöte i september 2015 antog världens stats- och regeringschefer Agenda 2030 med 17 globala mål för hållbar utveckling, varav mål tre (SDG3) fokuserar på hälsa och välbefinnande. Regeringen har som ambition att Sverige ska vara ledande i genomförandet av Agenda 2030, både nationellt och internationellt, och att politiken för global utveckling (PGU) fortsatt ska vara ett centralt verktyg i genomförandet. Agenda 2030 kräver därmed ett fördjupat samarbete både nationellt och globalt och ett gemensamt ansvarstagande för global utveckling.

Samarbete för en högre utvecklingstakt

Det är utredningens bedömning, som framgår av avsnitt 5.3.2, att frågor kring psykisk hälsa bör tydliggöras i Sveriges samlade arbete med Agenda 2030-strategin. Detta gäller även för det arbete som pågår inom t.ex. Norden, EU och FN. Detta kan dels motiveras med att psykisk ohälsa har en mycket stor inverkan på folkhälsan, dels om de mycket stora individuella och samhälleliga konsekvenserna av ohälsan, inte minst ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Inte minst är människors psykiska hälsa av stor betydelse för ett hållbart samhälle och en hållbar samhällsutveckling. Utredningens bedömning är därför att Sveriges engagemang i det internationella samarbetet inom området psykisk hälsa bör stärkas.

Detta bör ske genom att Regeringen tar fram en färdplan som ska syfta till att: 1) Sverige under 2020–2030 etablerar sig bland de länder

som mest aktivt driver internationell policyutveckling inom området och 2) uppnå en högre utvecklingstakt genom ett aktivt internationellt samarbete för kunskapsspridning och innovation mellan statliga, regionala och lokala aktörer liksom civilsamhället i Sverige och deras relevanta motsvarigheter i andra länder.

Ett effektivt samarbete med ökade synergier och effektiva resultat kommer att vara beroende av engagemang från en rad aktörer i det svenska samhället. Det krävs tydliga roller och resurser, men också samverkan, uppföljning och lärande. Därför bedömer utredningen att en färdplan för utveckling av internationellt samarbete kan ge möjligheter att legitimera och prioritera dessa frågor. Det är inte minst viktigt för att säkerställa att den strategi som utredningen föreslår kan bygga på bästa möjliga erfarenheter och exempel kring policy och praktik från vår omvärld. Samarbeten för kunskapsspridning och innovation har vidare möjlighet att höja utvecklingstakten inom området och bidra till en näringspolitisk potential där innovativa lösningar kan kommersialiseras. För att säkra samordning och långsiktig hållbarhet i dessa samarbeten behöver färdplanen identifiera formerna för hur dessa relationer aktivt kan stödjas och vilka former för kunskapsspridning som är mest lämpliga. En samlad färdplan möjliggör att det internationella samarbetet får en specifik finansiering, kan samordnas och följas upp. Samtidigt är det helt avgörande att internationellt samarbete integreras i alla andra relevanta uppdrag som föreslås i strategin.

För att möjliggöra såväl samordning som integrering i de relevanta uppdragen föreslås att 3 miljoner kronor årligen allokeras till samordning av det internationella arbetet på nationell, regional och lokal nivå. Av dessa medel bör 2 miljoner kronor användas för att täcka kostnader för internationell samordning på myndighetsnivå och 1 miljon kronor för att betala medlemskap i International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL) och för vissa tillkommande uppdrag till t.ex. regioner, kommuner eller det civila samhället.

6 Konsekvenser av utredningens förslag

6.1 Inledning

I det följande redovisas konsekvenserna av utredningens överväganden, bedömningar och förslag. Av 14–15 §§ kommittéförordningen (1998:1474) framgår att om förslagen i ett betänkande påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda samt samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting, ska kommittén föreslå en finansiering. Kommittén ska även bedöma konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen samt eventuella konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet samt för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags. Kommittén ska också bedöma konsekvenserna för jämställdheten mellan kvinnor och män och för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Utredningen har även valt att bedöma förslagens konsekvenser för barn.

6.2 Psykisk hälsa – en investering för samtiden och framtiden

De ärftliga förutsättningarna för människors hälsa förändras ytterst långsamt. Det innebär att den positiva hälsoutveckling som skett i den svenska befolkningen under 1900-talet och framåt framför allt beror på hur vi som samhälle har valt att ta ställning till de olika förhållanden som påverkar människors livsvillkor och levnadsvanor och

var vi har valt att inrikta våra resurser. Allting talar för att en fortsatt positiv utveckling av människors hälsa och psykiska välbefinnande är möjlig men att detta förutsätter en politik som verkar för samhällets ekonomiska, sociala och miljömässiga utveckling och som främjar förutsättningar för människors hälsa, för jämställdhet mellan könen och för människors delaktighet i samhället.

De samhällsekonomiska kostnaderna för den psykiska ohälsan i Sverige är stora och består av både direkta kostnader, i form av t.ex. kostnader för sluten vård, öppen vård och läkemedel, och indirekta kostnader bl.a. i form av kostnader för produktionsbortfall och ersättningar från de sociala trygghetssystemen. För närvarande ökar sjukförsäkringskostnaderna och läkemedelskostnaderna, vilket kan antas ha ett samband med bl.a. människors villkor i arbetslivet.[1] Dessa villkor och andra bestämningsfaktorer för hälsan, däribland den psykiska hälsan, kan påverkas genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder.

Utredningen har, genom förslagen till ett övergripande nationellt mål för det förslagna politikområdet psykisk hälsa och de till den nationella strategin hörande målområden som tar sin utgångspunkt i den nationella folkhälsopolitiken, satt fokus på ett stort antal bestämningsfaktorer för den psykiska hälsan. Utgångspunkten är att åtgärder som inriktas på att förbättra människors livsvillkor och levnadsvanor främjar det allmänna psykiska välbefinnandet i befolkningen, bland kvinnor och män, flickor och pojkar, och även förebygger specifika sjukdomar i viss omfattning. Det är också angeläget att staten även fortsättningsvis stimulerar kommuner och landsting att utveckla, förbättra och förstärka vård och omsorg till personer med psykisk ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättning.

Effekterna av dessa åtgärder kommer emellertid att ta olika lång tid. Förbättringar när det gäller t.ex. vissa livsstilsfaktorer kan gå förhållandevis snabbt medan förbättringar när det t.ex. gäller självskattad psykisk hälsa eller förekomsten av suicid visar sig på längre sikt. Arbetet för att åstadkomma samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande samt att motverka ohälsa i befolkningen är sålunda både långsiktigt och tvärsektoriellt. Det vi som samhälle gör i dag har effekter i framtiden för såväl nuvarande som för kommande generationer. Dessa förhållanden måste tas i beaktande när politiska initiativ tas kring

[1] Se t.ex. Försäkringskassan (2017), s. 15.

olika åtgärder. Att lägga resurser på att förbättra människors psykiska hälsa är en investering både för samtiden och för framtiden. En sådan investeringsprincip innebär emellertid att effekterna av eventuella åtgärder kommer vid en senare tidpunkt än kostnaderna. Mot bakgrund av detta har bl.a. World Health Organization (WHO) använt sig av begreppet ”Invest in mental health” för att markera att människors psykiska välbefinnande dels är ett angeläget mål i sig men också att de finansiella resurser som vigs åt investeringar inom områden som påverkar människors psykiska hälsa leder till att stärka hela samhällets utveckling, såväl socialt som ekonomiskt.[2]

6.3 Ekonomiska konsekvenser

6.3.1 Ekonomiska konsekvenser för staten

Utredningens bedömning: Staten beräknas få nya permanenta kostnader om cirka 170 miljoner kronor per år. Kostnaderna följer av förslaget om Folkhälsomyndighetens utökade uppdrag inom området psykisk hälsa samt de bedömningar som i övrigt berör de statliga myndigheternas verksamhet. Detta innefattar förslaget om tvärsektoriell myndighetssamverkan, förslaget om att ta fram patient- och brukarcentrerade indikatorer, förslaget om ett Agenda 2030-sekretariat, förslaget om statsbidrag till vissa länsstyrelser och resurscentrum, förslaget om en stärkt forskningsförsörjning samt förslaget om ett förstärkt internationellt samarbete.

Förslaget om ett nationellt mål för politikområdet psykisk hälsa och en sektorsövergripande målstruktur

Förslaget i avsnitt 5.3.2 om att ett övergripande nationellt mål bör antas för det samlade arbetet med frågor kring psykisk hälsa samt bedömningen i avsnitt 5.3.4 om att en sektorsövergripande målstruktur, med utgångspunkt i folkhälsoarbetet, ska vara vägledande för insatser och åtgärder inom området psykisk hälsa medför inte några

[2] World Health Organization (2013), s. 7 ff.

kostnader eller intäkter för staten. Utredningens förslag och bedömningar i denna del innebär att det övergripande nationella målet för det föreslagna politikområdet samt den målstruktur som föreslås i syfte att förbättra insatserna inom området ska kunna inordnas i den målstruktur som regeringen redan tillämpar i fråga om folkhälsopolitiken.[3] Berörda myndigheter beräknas inte heller belastas ytterligare i dessa delar då de sektorsövergripande målområdena som påverkar folkhälsan, inom vilken insatserna inom området psykisk hälsa föreslås inordnas, i hög grad redan finns i dag.

Förslaget att verksamhetsområdet psykisk hälsa blir ett nytt politikområde

Bedömningen i avsnitt 5.3.1 att verksamhetsområdet psykisk hälsa blir ett nytt politikområde innebär i sig inte några merkostnader för staten. Det finns redan i dag ett särskilt anslag inom utgiftsområde 9, Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:8 *Bidrag till psykiatri*, som får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa samt till utgifter för forskning inom psykiatri och psykisk hälsa.[4] Utredningens bedömning är att detta anslag bör överföras till det föreslagna politikområdet psykisk hälsa och att inga vidare transfereringar från andra utgiftsområden är nödvändiga.

Förslaget om en strategi för psykisk hälsa som en del av folkhälsopolitiken

Bedömningen i avsnitt 5.3.2 att en strategi för psykisk hälsa under åren 2020–2030 bör vara en uttalad del av folkhälsopolitiken antas inte generera några merkostnader för staten eller för de statliga myndigheterna. Som inledningsvis påpekats finns redan ett etablerat ramverk för folkhälsopolitiken med ett övergripande nationellt mål och en sektorsövergripande målstruktur med åtta målområden (prop. 2017/18:249). Denna målstruktur tillämpas redan i dag och innebär därför inte något utvidgat åtagande för staten eller för de statliga myndigheterna.

[3] Se prop. 2017/18:249, s. 1 ff.
[4] Se t.ex. prop. 2017/18:1, s. 61.

Förslaget om ett Agenda 2030-sekretariat

Utredningens bedömning i avsnitt 5.3.3 att Agenda 2030-delegationens förslag, att det bör skapas ett särskilt sekretariat i Regeringskansliet för övergripande samordning av arbetet med Agenda 2030 och frågor kring hållbar utveckling, däribland frågor kring psykisk hälsa, torde medföra kostnader för staten.

Agenda 2030-delegationen bedömde att det finns behov av nyrekrytering motsvarande tre heltidstjänster vilket skulle uppgå till sammanlagt 3 miljoner kronor per år. Sekretariatet ansågs dock behöva vara resursstarkt och varför delegationen förslog att sekretariatet skulle kompletteras av ytterligare minst åtta heltidstjänster som skulle tillsättas genom omfördelningar inom Regeringskansliet.[5] Utredningen gör ingen annan bedömning än delegationen.

Förslaget att Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll bör förtydligas och stärkas

Bedömningen i avsnitt 5.3.5 att Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll bör förtydligas och stärkas kommer att generera kostnader för myndigheten och därigenom för staten. Dessa kostnader kan preciseras i två huvudsakliga kategorier. Det rör sig dels om *kostnader för samordning och stöd* (t.ex. kostnader för löner och sociala utgifter, s.k. overhead-kostnader, samt kostnader för övriga expenser och framtagande av t.ex. kunskapsstöd), dels om *kostnader för ett utvidgat uppföljningssystem* (t.ex. utgifter för analys och utvärdering, kostnader för framtagande av indikatorer och strategier samt drift och förvaltning av uppföljningssystemen).

Vid bedömningen av vilka kostnader som tillkommer för myndigheten såvitt gäller kostnader för samordning och stöd har utredningen utgått från att myndighetens förstärkta uppdrag i denna del kommer att innebära en årlig kostnad om cirka 14 miljoner kronor. Detta inkluderar kostnader för personal[6] (dvs. löner, sociala avgifter och kostnader för gemensam styrning, samordning, administration

[5] Agenda 2030-delegationen (2017), s. 135 f.
[6] Beräkningen baserar sig på att en årsarbetskraft genererar en sammantagen kostnad om 1 miljon kronor. Detta inkluderar löner, sociala avgifter och oh-kostnader om cirka 250 000 kronor per årsmedarbetare, se Ekonomistyrningsverket (2005), s. 12.

och lokaler samt utgifter för resor och andra expenser) samt kostnader för framtagande av kunskapsstöd och utgifter i samband med beställningar av t.ex. färdigbearbetad statistik.[7] Vidare tillkommer kostnader för ett utvidgat uppföljningssystem. Utredningen beräknar att detta kommer att generera en årlig kostnad för myndigheten om cirka 11 miljoner kronor årligen. Häri innefattas kostnader för löpande analys och uppföljning, framtagande av strategier och indikatorer samt kostnader för licenser, underhåll och drift av register.[8]

Bedömningen att Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll bör förtydligas och stärkas, inklusive arbetet med ett utvecklat uppföljningssystem, kommer således att generera en total kostnad för staten om 25 miljoner kronor per år. Folkhälsomyndigheten bör sålunda tillföras ett medelstillskott om totalt 10 miljoner kronor per år för att fullfölja de uppgifter som föreslås åläggas myndigheten.[9] Finansieringen av de ökade kostnaderna bedöms kunna ske genom transfereringar från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Förslaget om tvärsektoriell myndighetssamverkan

Bedömningen i avsnitt 5.3.6 om att cirka22 myndigheter ges i uppdrag att, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, delta i den nationella samordningen inom området psykisk hälsa samt att till Folkhälsomyndigheten årligen redovisa de åtgärder som vidtagits och de resultat som uppnåtts inom respektive verksamhets ansvarsområde kommer att generera en kostnadsökning för de berörda myndigheterna och därmed för staten. Utredningen estimerar den sammanlagda årliga kostnaden för de myndigheter vars verksamhet omfattar ett eller två av de föreslagna målområdena till cirka 2 miljoner kronor

[7] Kostnadsestimeringen baserar sig på Folkhälsomyndighetens egna uppskattningar av resursbehovet, dels på en jämförelse med andra myndigheter som ålagts liknande uppgifter.
[8] Beräkningen baserar sig på Folkhälsomyndighetens egna uppskattningar av resursbehovet för en utökad uppföljning inom området inklusive analys, uppföljning och framtagande av indikatorer och strategier.
[9] Det totala medelstillskott om 25 miljoner kronor årligen som av utredningens bedöms bör tillföras myndigheten innefattar omkostnader för dels de uppgifter som redan följer av Folkhälsomyndighetens befintliga uppdrag om nationell samordning och styrning med kunskap inom områdena psykisk hälsa och suicidprevention (se Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017a), dnr. S2017/07302/RS), dels de nya uppgifter som föreslås åläggas myndigheten.

per år.[10] Detta genererar en årlig kostnad för staten om 16 miljoner kronor. Utredningen uppskattar vidare att de myndigheter vars verksamhet berör fler än två av de föreslagna målområdena bör tillföras ett medelstillskott om minst 5 miljoner kronor per år. Detta innebär en kostnad för staten om minst 70 miljoner kronor per år. Utredningens bedömning om en tvärsektoriell myndighetssamverkan genererar sålunda en total årlig kostnad för staten om cirka 86 miljoner kronor. Finansieringen av de ökade kostnaderna bedöms kunna ske genom transfereringar från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri.*

Förslaget att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ges i uppdrag att ta fram patient- och brukarnära indikatorer

Bedömningen i avsnitt 5.3.9 om att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ges i uppdrag att ta fram patient- och brukarnära indikatorer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst kommer att medföra vissa merkostnader för myndigheten och därmed för staten. Utredningen beräknar att ett sådant uppdrag bör generera en kostnad om cirka 5 miljoner kronor årligen under tre år vilket innebär en total kostnad för staten om 15 miljoner kronor.[11] Finansieringen av de ökade kostnaderna bedöms kunna ske genom transfereringar från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

[10] De tänkta nya uppgifterna handlar i huvudsak om stöd och samordning, men även om analys och uppföljning. Delar av dessa uppgifter bör kunna genomföras inom ramen för redan existerande verksamhet. Utredningen bedömer emellertid att det är nödvändigt att tillföra ytterligare medel. Beräkningen baserar sig på att myndigheterna, beroende på dess storlek och verksamhetens omfattning, kommer att behöva 2–5 årsarbetskrafter för att fullfölja uppdragets genomförande och att en årsarbetskraft omfattar en kostnad om cirka 1 miljon kronor per år.

[11] Siffrorna baserar sig på en beräkning av vad myndigheter med liknande uppdrag årligen har tilldelats i form av medelstillskott.

Förslaget om insatser för att stärka forskningsförsörjningen i form av ett nationellt forskningsprogram

Bedömningen i avsnitt 5.3.10 att det bör inrättas ett nationellt forskningsprogram i syfte att säkra forskningsförsörjningen inom området psykisk hälsa kommer att generera kostnader för staten. Utredningen beräknar att en sådan forskningssatsning kommer att belasta statsbudgeten med omkring 10 miljoner kronor per år.[12] Detta genererar en sammantagen utgift för staten om 100 miljoner kronor under en tioårsperiod. Finansieringen av de ökade kostnaderna bedöms kunna ske genom transfereringar från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Förslaget om statsbidrag till kommuner och landsting/regioner

Bedömningen i avsnitt 5.3.8 om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att, genom förordning, fördela medel till kommuner och landsting/regioner för utvecklingsinsatser inom området psykisk hälsa innebär inte några merkostnader för staten. Utredningens bedömning baserar sig på att de stimulansmedel som i dag avsätts för utvecklingsarbete i kommuner och landsting/regioner genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting (SKL) inom området psykisk hälsa i stället bör fördelas genom den föreslagna statsbidragsförordningen. Sålunda innebär utredningens förslag om att statsbidragsförordningen bör omfatta 1 miljard kronor per år, vilket genererar en kostnad för staten om totalt 10 miljarder kronor under en tioårsperiod, inte några merkostnader för staten. Det medelstillskott som föreslås för Socialstyrelsen, i avsnitt 5.3.6, bedöms täcka myndighetens kostnader för administration, information och handläggning i samband med ansökningsförfarande och bedömningar av ansökningar. Utredningens förslag medför sålunda inte några merkostnader för staten.

[12] Beräkningen baseras på uppgifter från forskningsmyndigheterna Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Statens beredning för social- och medicinsk utvärdering (SBU) och Vetenskapsrådet.

Förslaget om statsbidrag till länsstyrelser och resurscentrum m.m.

Bedömningen i avsnitt 5.3.7 om att Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att, genom förordning, fördela medel till länsstyrelser och de regionala resurscentrumen inom området psykisk hälsa i syfte att förstärka det preventiva arbetet kommer att generera vissa merkostnader för Folkhälsomyndigheten och därmed för staten. Dessa merkostnader är förknippade med de medel som bör tillföras myndigheten och som enligt utredningens mening bör omfatta 63 miljoner kronor årligen. Detta baseras på att länsstyrelserna till antalet är 21 och att varje länsstyrelse bör få möjlighet att rekvirera 3 miljoner kronor för att skapa utrymme för samarbete, vissa utbildningsinsatser till berörda aktörer i länet och nödvändig administration. Utredningen bedömer i övrigt att förordningen kan tas fram inom befintliga ekonomiska ramar samt att det medelstillskott som föreslås för Folkhälsomyndigheten, i avsnitt 5.3.5, täcker myndighetens kostnader för administration, information och handläggning i samband med ansökningsförfarande och bedömningar av ansökningar. Bedömningen att Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att, genom förordning, fördela medel till länsstyrelser och de regionala resurscentrumen inom området psykisk hälsa generar sålunda en kostnad om 63 miljoner kronor per år för staten. Finansieringen av de ökade kostnaderna bedöms kunna ske genom transfereringar från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Förslaget om ett förstärkt internationellt samarbete

Bedömningen i avsnitt 5.2.11 om att regeringen bör ta fram en färdplan för ett förstärkt internationellt samarbete kommer att generera vissa kostnader för staten. Färdplanen ska syfta till att: 1) Sverige under 2020–2030 etablerar sig bland de länder som mest aktivt driver internationell policyutveckling inom området och 2) uppnå en högre utvecklingstakt genom ett aktivt internationellt samarbete för kunskapsspridning och innovation mellan statliga, regionala och lokala aktörer liksom civilsamhället i Sverige och deras relevanta motsvarigheter i andra länder. För att möjliggöra såväl samordning som integrering i de relevanta uppdragen bedömer utredningen att 3 miljoner

kronor årligen bör allokeras till samordning av det internationella arbetet på nationell, regional och lokal nivå. Av dessa medel bör 2 miljoner kronor användas för att täcka kostnader för internationell samordning på myndighetsnivå och 1 miljon kronor för att betala medlemskap i International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL) och för vissa tillkommande uppdrag till t.ex. regioner, kommuner eller det civila samhället. Finansieringen av de ökade kostnaderna bedöms kunna ske genom transfereringar från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

6.3.2 Ekonomiska konsekvenser för landstingen

Utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar innebär inte några ekonomiska konsekvenser för landstingen.

Utredningens förslag och bedömningar innebär inte några nya åtaganden för kommuner och landsting. Den av utredningen föreslagna mål- och uppföljningsstrukturen bör kunna fungera som stöd och inspiration i arbetet på lokal och regional nivå. Strukturen bör även ge möjlighet för kommuner och landsting att formulera mål och delmål så att de blir uppföljningsbara och användbara utifrån olika aktörers behov och förutsättningar. Eftersom det föreslagna övergripande nationella målet för politikområdet och tillhörande målstruktur inte påverkar nuvarande lagstiftning, innebär utredningens förslag inte några nya åtaganden för kommuner eller landsting och därmed inte några ökade kostnader.

6.3.3 Samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt

Utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar förväntas leda till positiva samhällsekonomiska konsekvenser.

Utredningens förslag och bedömningar syftar sammantaget till att utveckla insatserna inom området psykisk hälsa hos staten, de statliga myndigheterna och andra offentliga aktörer. Det är utred-

ningens bedömning att ett tydligare och utvecklat ramverk för insatser inom området psykisk hälsa kommer att innebära bättre möjligheter att disponera de offentliga medlen mer träffsäkert. Ett ökat genomslag för frågor kring psykisk hälsa kommer vidare att bidra till att människors psykiska välbefinnande ökar och att den psykiska ohälsan minskar. Detta leder i sin tur till att fler människor har möjlighet att slutföra sina studier, tillgodogöra sig arbete, delta i samhällslivet etc. Ett ökat fokus på frågor kring psykisk hälsa tillsammans med ett intensifierat tvärsektoriellt arbete på alla samhällsnivåer kommer sålunda att innebära positiva samhällsekonomiska konsekvenser på såväl kortare som längre sikt. Omfattningen av dessa konsekvenser för samhällsekonomin är emellertid svåra att beräkna då samhällets totala utgifter för psykisk ohälsa i allt väsentligt inte är kända.

Samhällsekonomiska kostnader för psykisk ohälsa

Som beskrev i kapitel 2 har flera försök gjorts att beräkna de samhällsekonomiska kostnaderna för den psykiska ohälsan i Sverige. Utifrån dessa beräkningar är det möjligt att konstatera att den samhällsekonomiska kostanden för den psykiska ohälsan i Sverige, kan uppskattas till cirka 142 miljarder kronor årligen.[13] Kostnaderna består av såväl *direkta* kostnader, i form av bl.a. utgifter för vård och omsorg och ersättningar från de sociala trygghetssystemen, och *indirekta* kostnader, i form av t.ex. produktionsbortfall, sociala avgifter och indirekta och direkta skatter. Dessa kostnader innebär *reala effekter* på samhällsekonomin dvs. det är kostnader som påverkar tillväxten och den materiella välfärden i samhället.

Beräkningar av de samhällsekonomiska kostnaderna för den psykiska ohälsan bör i en adekvat konsekvens- och kostnadsanalys ställas i relation till dels ett *nollalternativ* dvs. de samhällsekonomiska kostnaderna som uppstår i det fall som insatser uteblir, dels ett scenario där de samhälleliga kostnaderna för den psykiska ohälsan *ökar*. Mot bakgrund av att det är mycket svårt att med precision avgöra effekterna av utredningens förslag och bedömningar har vi valt att inte genomföra några sådana beräkningar. Det är emellertid

[13] För jämförelse se t.ex. Livförsäkringsbolaget Skandia (2015), s. 2 ff.

utredningens bedömning att en förbättring av styrningen inom området och ett intensifierat arbete för att minska psykisk ohälsa och öka psykiskt välbefinnande i hela befolkningen kommer att innebära stora samhällsekonomiska vinster. Det rör sig bl.a. om minskade kostnader för sjukskrivningar i psykiska diagnoser, ett högre arbetsmarknadsdeltagande, förbättrade möjligheter att tillgodogöra sig utbildning, bättre förutsättningar och villkor för barn m.m.

Förutom vinster för samhällsekonomin torde utredningens förslag leda till lägre *humankostnader* dvs. kostnader för förlust av människors liv och hälsa. Svensk och internationell forskning har visat att psykisk ohälsa ofta leder till nedsatt livskvalitet och kan medföra svårigheter för individen att t.ex. fullfölja studier, tillgodogöra sig arbete eller delta i samhällsgemenskapen. Att drabbas av psykisk ohälsa kan också medföra långdragna sjukdomsförlopp och ett fortsatt behov av psykiatrisk vård och läkemedelsbehandling. Det finns även en förhöjd risk för suicidförsök och suicid över tid. Ur ett individperspektiv är den psykiska ohälsan sålunda förödande och kan få genomgripande konsekvenser för hela individens liv och tillvaro. Till detta tillkommer att den psykiska ohälsan, förutom att drabba individen, har en stor påverkan på personer i individens nätverk t.ex. anhöriga och närstående. Här är barn som anhöriga kanske särskilt utsatta. Vinsterna för enskilda, deras familjer och för samhället i stort av att skapa bättre och mer likvärdiga förutsättningar i syfte att förbättra den psykiska hälsan inom alla de målområden som föreslås av utredningen är sålunda betydande. Givet de stora individuella och samhällsekonomiska kostnaderna som är knutna till den psykiska ohälsan finns en stor samhällsekonomisk potential att använda våra gemensamma resurser på ett bättre sätt. Det finns t.ex. omfattande belägg för att prevention och tidiga insatser, i synnerhet i det tidiga livet, är av stor betydelse för att minska de långsiktiga samhällskostnaderna för den psykiska ohälsan och det stora individuella lidandet.

6.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar innebär inte några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Av 1 kap. 1 § regeringsformen, förkortad RF, framgår att den svenska folkstyrelsen förverkligas genom kommunal självstyrelse. Enligt 14 kap. 2 § RF sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § RF inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Då utredningens förslag och bedömningar inte innebär några nya åtaganden eller förändrade förutsättningar för kommuner och landsting bedömer utredningen att förslag och bedömningar därmed inte har några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

6.5 Konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet

Utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar kan innebära vissa positiva konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet.

Målet för kriminalpolitiken är att minska brottsligheten och att öka människors trygghet. Regeringens mål för den brottsförebyggande verksamheten är att brottsligheten ska minska och att antalet brottsoffer ska bli färre.[14] Utredningens bedömning att 8 sektorsövergripande målområden, som tar sin utgångspunkt i folkhälsopolitiken, ska styra insatserna inom området psykisk hälsa kan inverka positivt på brottsligheten och utgöra en viktig del av det brottsförebyggande arbetet. Det är känt att det mest effektiva sättet att förebygga brottslighet är att hindra den nyrekrytering till en kriminell bana som oftast startar under den tidiga ungdomen. Det finns t.ex. ett starkt samband mellan hur väl barn lyckas i skolan och senare brottslighet. Hur det inre arbetet i skolan är organiserat och vilket stöd och vilken träning som ges till skolungdomar är därför viktigt för möjligheterna att förebygga brottslighet. Detsamma gäller möjligheterna att ge särskilt stöd till föräldrar med små sociala och

[14] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 4, s. 13 ff.

ekonomiska resurser. Barnomsorg och fritidsverksamhet kan här spela en viktig roll liksom insatser för att förbättra de uppväxtmiljöer som är ogynnsamma för en bra start i livet. Utredningen bedömer därmed att förslagen i förlängningen kan ha en viss positiv inverkan på brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet.

6.6 Konsekvenser för jämställdheten

Utredningens bedömning: Utredningens förslag om ett nationellt mål för psykisk hälsa innebär att jämställdhetsperspektivet tydliggörs i syfte att det ska leda till effektivare insatser som är anpassade till de skilda behov som kan finnas hos kvinnor och män, flickor och pojkar.

Målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:AU1, rskr. 2008/09:115). De jämställdhetspolitiska delmålen fungerar som en precisering av det övergripande riksdagsbundna jämställdhetspolitiska målet och skapar därmed ett politiskt fokus och ett förtydligande av regeringens prioriteringar inom ramen för jämställdhetspolitiken. Regeringen arbetar från och med november 2016 utifrån 6 delmål för jämställdhetspolitiken: en jämn fördelning av makt och inflytande, ekonomisk jämställdhet, jämställd utbildning, jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet, jämställd hälsa samt att mäns våld mot kvinnor ska upphöra.[15]

På ett övergripande plan syftar utredningens förslag till att etablera ett ramverk för insatser inom området psykisk hälsa för staten, de statliga myndigheterna och andra offentliga aktörer. Det yttersta syftet med ett sådant ramverk är att förbättra den psykiska hälsan och öka det psykiska välbefinnandet i befolkningen, bland män och kvinnor, flickor och pojkar. Utredningens bedömning är att förslagen och bedömningarna har en tydlig koppling till delmålet jämställd hälsa inom jämställdhetspolitiken och därmed inverkar positivt på jämställdheten mellan kvinnor och män. Utredningens förslag till nationellt mål innebär vidare att jämställdhetsperspektivet tydliggörs i syfte att det ska leda till effektivare insatser som är

[15] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 13, s. 58.

anpassade till de skilda behov som kan finnas hos kvinnor och män, flickor och pojkar. Utredningens samlade bedömning är sålunda att utredningens förslag och bedömningar kan inverka positivt på jämställdheten mellan kvinnor och män.

6.7 Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

Utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar syftar genomgående till att skapa förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa för hela befolkningen vilket kan innebära positiva konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Målet för integrationspolitiken är lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Målet uppnås, enligt regeringen, främst genom generella åtgärder för hela samhället, vilket innefattar åtgärder inom områden som t.ex. arbetsmarknad, utbildning, hälso- och sjukvård och bostadsbyggande.[16]

Utredningens förslag och bedömningar syftar genomgående till att skapa förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa för hela befolkningen. Ett förstärkt arbete för ett ökat psykiskt välbefinnande har enligt utredningens bedömning, potential att medverka till förbättrade förutsättningar, villkor och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Utredningen bedömer därför att utredningens förslag och bedömningar kan innebära positiva konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

6.8 Konsekvenser för barn

Utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar bedöms sammantaget inverka positivt på livsvillkoren för barn och bidra till att barn får sina rättigheter tillgodosedda.

[16] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 13, s. 14.

Målet för barnrättspolitiken är att barn ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande. Målet för regeringens barnrättspolitik har fastställts av riksdagen (prop. 2009/10:232) och grundar sig bl.a. på de åtaganden som Sverige har gjort genom att ratificera Förenta Nationernas (FN) konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen) och andra internationella överenskommelser. Målet innebär att alla barn, oavsett bl.a. ålder, kön eller funktionsnedsättning, ska få sina rättigheter tillgodosedda.[17]

Det övergripande målet i utredningens förslag är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland män och kvinnor, flickor och pojkar. Det nationella målet för det förslagna politikområdet psykisk hälsa syftar till att bidra till effektivare insatser som är anpassade till de skilda behov som kan finnas hos alla barn, flickor och pojkar. Vidare innebär utredningens förslag och bedömningar insatser inom ett stort antal områden som påverkar barn och deras föräldrars förutsättningar och möjligheter vilket på sikt kan inverka positivt på barns livsvillkor. Utredningens bedömning att ett av de sektorsövergripande målområdena ska utgå från det tidiga livets villkor innebär vidare ett ökat fokus på barns förutsättningar och möjligheter. På ett liknande sätt bedömer utredningen att det ökade medelstillskott som, i avsnitt 5.3.6, föreslås för Barnombudsmannen kan bidra till att säkerställa och främja barns rättigheter nationellt, regionalt och lokalt. Utredningens sammantagna bedömning är därmed att förslagen och bedömningarna kommer att inverka positivt på livsvillkoren bland barn och bidra till att barn får sina rättigheter tillgodosedda.

6.9 Övriga konsekvenser

Utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar torde inte ha några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service eller för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till stora företags. Förslagen och bedömningarna bedöms vidare inte ha någon inverkan på den personliga integriteten.

[17] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 9, s. 155 f.

Utredningens förslag och bedömningar torde inte ha några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service eller för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags. Förslagen och bedömningarna bedöms vidare inte ha någon inverkan på den personliga integriteten.

Referenser

Propositioner

Prop. 1993/94:218, Psykiskt stördas livsvillkor.

Prop. 1999/2000: 149, Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.

Prop. 2000/2001:1, Budgetpropositionen för 2001.

Prop. 2002/03:35, Mål för folkhälsan.

Prop. 2007/08:110, En förnyad folkhälsopolitik.

Prop. 2008/09:1, Budgetpropositionen för 2009.

Prop. 2009/10:1, Budgetpropositionen för 2010.

Prop. 2009/10:175, Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt.

Prop. 2009/10:232, Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige.

Prop. 2014/15:1, Budgetpropositionen för 2015.

Prop. 2016/17:50, Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.

Prop. 2017/18:1, Budgetpropositionen för 2018.

Prop. 2017/18:249, God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.

Regeringens skrivelser

Skr. 2008/09:185, En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Skr. 2015/16:86, En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020.

Departementsserien (Ds)

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014a), En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst, Ds 2014:9, Elanders Sverige AB Stockholm 2014.

Statens Offentliga Utredningar (SOU)

2014 års Demokratiutredning (2016), Låt fler forma framtiden! Del A, Betänkande av 2014 års Demokratiutredning – Delaktighet och jämlikt inflytande, Stockholm 2016, SOU 2016:5, Elanders Sverige AB, Stockholm 2016.

Agenda 2030-delegationen (2017), Agenda 2030 – I riktning mot en hållbar välfärd, Agenda 2030-delegationens nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för genomförandet av Agenda 2030 för hållbar utveckling, SOU Fi 2016:01.

Ansvarskommittén (2007), Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Slutbetänkande av Ansvarskommittén. Stockholm 2007, SOU 2007:10, Edita Sverige AB, Stockholm 2007.

Delegationen för romska frågor (2010), Romers rätt – en strategi för romer i Sverige, Betänkande av Delegationen för romska frågor. Stockholm 2010, SOU 2010:55, Elanders Sverige AB, Stockholm 2010.

Den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården (2017), Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid, Slutrapport från den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården, Stockholm 2017.

En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (2016), Effektiv vård, Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, SOU 2016:2, Stockholm 2016, Elanders Sverige AB, Stockholm 2016.

Kommissionen för jämlik hälsa (2016), Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete, SOU 2016:55, Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, Stockholm 2016, Elanders Sverige AB, Stockholm 2016.

Kommissionen för jämlik hälsa (2017), Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa, Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa, SOU 2017:47, Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, Stockholm 2017, Elanders Sverige AB, Stockholm 2017.

Nationella Folkhälsokommittén (2000), Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan, SOU 2000:91.

Nationell Psykiatrisamordning (2006), Ambition och ansvar, Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder, Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning, SOU 2006:100, Stockholm 2006.

Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (2017), För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård, Betänkande av Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa, SOU 2017:111, Stockholm 2017, Elanders Sverige AB, Stockholm 2018.

Nationella samordnaren mot våld i nära relationer (2014), Våld i nära relationer – en folkhälsofråga, Förslag för ett effektivare arbete, Betänkande av Nationella samordnaren mot våld i nära relationer, SOU 2014:49, Stockholm 2014, Elanders Sverige AB, Stockholm 2014.

Psykiatriutredningen (1992), Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda, Slutbetänkande av Psykiatriutredningen, SOU 1992:73, Stockholm 1992, Norstedts Tryckeri AB, Stockholm 1992.

Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar (2018), Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar, Slutbetänkande av Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar, SOU 2018:11, Elanders Sverige AB, Stockholm 2018.

Tillitsdelegationen (2018), Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn, Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen, Stockholm 2018, SOU 2018:47, Elanders Sverige AB, Stockholm 2018.

Utredningen om ungdomars psykiska hälsa (2006), Ungdomar, stress och psykisk ohälsa, Analyser och förslag till åtgärder, Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa, SOU 2006:77, Stockholm 2006, Edita Sverige AB Stockholm 2006.

Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (2017), Kunskapsbaserad och jämlik vård Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård, Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården, SOU 2017:48, Elanders Sverige AB, Stockholm 2017.

Regeringsbeslut m.m.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2009), Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa, Protokoll I:4 vid regeringssammanträde 2009-02-26, S2006/9394/HS samt S2007/5550/HS.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2011), Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättringar inom den psykiatriska heldygnsvården, Protokoll I:18 vid regeringssammanträde 2011-12-20, S2008/8096/FS.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012a), PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016, S2012.006, Edita Västra Aros, Västerås, 2012.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012b), Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Protokoll I:5 vid regeringssammanträde 2012-05-24, (S2012/39006/FS).

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2012c) Uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016, dnr S2012/4529/FS.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014b), Uppdrag att föreslå en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt självmordspreventivt arbete, Regeringsbeslut I:2, S2014/3988/FS.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015a), Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015b), Uppdrag att samordna det nationella suicidförebyggande arbete, Regeringsbeslut III:6, S2015/3986/FS.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016a), Uppdrag att följa upp och analysera överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018, Regeringsbeslut III:3, 2016-10-19, S2016/06530/FS.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016b), Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Bilaga till regeringsbeslut 2016-12-20, nr III.23, S2016/07839/FS.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016c), En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018, Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde nr I:4 2016-12-14, S2016/07725/SF.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017a), Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Folkhälsomyndigheten, Regeringsbeslut 1:9, S2017/07302/RS.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017b), Insatser inom psykisk-hälsa området 2018, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde nr 1:10, 2017-12-21, S2017/07520/FS.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2018a), En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd, 30 augusti 2018.

Rapporter från myndigheter

Arbetsförmedlingen (2016), Arbetsmarknadsrapport 2016, Arbetsförmedlingen, Stockholm 2016.

Arbetsmiljöverket (2016), Arbetsorsakade besvär 2016, Arbetsmiljöstatistik. Rapport 2016:3. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Diskrimineringsombudsmannen (2012), Rätten till sjukvård på lika villkor – rapport, R4 2012, Danagård Litho, Ödeshög, 2012.

e-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2017), Patient- och brukarorganisationers delaktighet i den statliga styrningen med kunskap, Slutredovisning till Rådet för styrning med kunskap.

Ekonomistyrningsverket (2005), Nyckeltal för OH-kostnader, Vad är en rimlig kostnad för myndigheternas styrning, samordning och administration? ESV 2005:3, Blomberg & Janson offsettryck AB, Stockholm 2005.

Folkhälsomyndigheten (2014), Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14, Grundrapport, Edita, 2014.

Folkhälsomyndigheten (2015), Struktur för kunskapsbaserad suicidprevention – Ett förslag till samordnad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt suicidförebyggande arbete.

Folkhälsomyndigheten (2016a), Folkhälsan i Sverige 2016, Årlig rapportering, artikelnummer 16005, ISY Information System AB, Halmstad.

Folkhälsomyndigheten (2016b), Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för ”En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016”, Dnr 00599/2014, 15 mars 2016.

Folkhälsomyndigheten (2016c), Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention, Artikelnummer: 16001, Edita Bobergs AB, Falun 2016.

Folkhälsomyndigheten (2018a), Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag om att ta fram en kunskapssammanställning om bestämningsfaktorer för en jämlik psykisk hälsa, S2016/05699/FS, 2018-09-17.

Folkhälsomyndigheten (2018b), Suicidprevention 2017, En lägesrapport om det nationella arbetet med att förebygga självmord, 2018-01-10.

Folkhälsomyndigheten (2018c), Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014, Folkhälsomyndigheten, 2018, Artikelnummer: 18023.

Försäkringskassan (2017), Socialförsäkringen i siffror 2017, FK 141, TMG Tabergs, 2017.

Inspektionen för socialförsäkringen (2014a), Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser, En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen, Stockholm 2014, Rapport 2014:22, Elanders Sverige AB Stockholm 2014.

Inspektionen för socialförsäkringen (2014b), Utvecklingen av socialförsäkringsförmåner sedan 1990-talet, En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen, Stockholm 2014, Rapport 2014:4, TMG Taberg, Jönköping 2014.

Inspektionen för socialförsäkringen (2015), Ett systemperspektiv på sjukfrånvaron, ISF kommenterar 2015:1, En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen, Stockholm 2015, Elanders Sverige AB Stockholm 2015.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2015), Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid, Publikationsnummer MSB946 – december 2015.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2014), Fokus 14 – ungas fritid och organisering, Taberg Media Group AB.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2012), Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård, En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring, Rapport 2012:5, TMG Sthlm, Stockholm 2012.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a), En mer jämlik vård är möjlig, Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande, Rapport 2014:7, TMG Sthlm, Stockholm 2014.

Myndigheten för vård- och omsorganalys (2015), Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995, rapport 2015:10, TMG Sthlm., Stockholm 2015.

Riksrevisionen (2009), Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet, RiR 2009:10, Riksdagstryckeriet, Stockholm 2009.

Riksrevisionen (2015), Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner, RiR 2015:19, Riksdagens interntryckeri, Stockholm 2015.

Riksrevisionen (2016), Nationella samordnare som statligt styrmedel, RIR 2016:5, Riksdagens interntryckeri, Stockholm 2016.

Riksrevisionen (2017), Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet, (RiR 2017:3).

Rådet för styrning med kunskap (2017), Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst, Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2017.

Socialstyrelsen (1970), Principplan för psykiatriska vården med tillämpning i första hand på Västmanlands län, Socialstyrelsen, Stockholm 1970.

Socialstyrelsen (1973), Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation, Socialstyrelsen, Stockholm 1973.

Socialstyrelsen (1978), Psykiatrisk hälso- och sjukvård. Förslag till principprogram, Socialstyrelsen, Stockholm 1978.

Socialstyrelsen (1979), Psykiatrisk långvård, Socialstyrelsen, Stockholm 1979.

Socialstyrelsen (1999), Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärdering av 1995 års psykiatrireform, Socialstyrelsen 1999-15-1.

Socialstyrelsen (2005), Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder, Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004, Stockholm, Socialstyrelsen 2005.

Socialstyrelsen (2006a), Psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder, artikelnr. 2006-131-12, publicerad på www.socialstyrelsen.se, april 2006.

Socialstyrelsen (2006b) Individbaserad verksamhetsuppföljning för personer som insjuknat i stroke och personer med psykiska funktionshinder, Artikelnr 2006-124-5, Publicering www.socialstyrelsen.se, juli 2006.

Socialstyrelsen (2007a), Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006, Socialstyrelsens uppföljning, artikelnummer. 2007-103-3.

Socialstyrelsen (2007b), Psykosocial kompetens i primärvården. Socialstyrelsens förslag till åtgärder för att öka tillgången till psykosocial kompetens i primärvården, Artikelnr 2007-107-22 Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2007.

Socialstyrelsen (2009), Satsning på hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa 2008, Uppföljning av statsbidrag, Artikelnr 2009-126-181, Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2009.

Socialstyrelsen (2010), Öppna jämförelser i socialtjänsten Handlingsplan för socialtjänst och hemsjukvård 2010–2014, Artikelnr 2010-6-12, Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2010.

Socialstyrelsen (2012a), Att inventera behov – Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning, Artikelnummer 2012-1-34, publicerad på www.socialstyrelsen.se, januari 2012.

Socialstyrelsen (2012b), Nationell uppföljning och utvärdering av psykiatriområdet Utveckling av grunddata och nationella indikatorer, Artikelnr 2012-6-44, Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2012.

Socialstyrelsen (2012c), Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning Utvärdering av statsbidrag under åren 2009–2011, Artikelnr 2012-5-27, Publicerad: www.socialstyrelsen.se, maj 2012.

Socialstyrelsen (2013a), Psykisk ohälsa bland unga – underlagsrapport till Barns och Ungas hälsa, vård och omsorg 2013, 2013-5-43, Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2013.

Socialstyrelsen (2013b), Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni, Indikatorer och underlag för bedömningar, 2013-6-7, publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2013.

Socialstyrelsen (2013c), Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012, Artikelnr 2013-9-14, Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2013.

Socialstyrelsen (2013d), Att ge ordet och lämna plats, Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård, Artikelnr 2013-5-5, Edita Västra Aros, Västerås, maj 2013.

Socialstyrelsen (2015a), Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter, Ett kunskapsunderlag för primärvården, Artikelnummer 2015-1-19, Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2015.

Socialstyrelsen (2015b), Att utveckla grunddata och indikatorer för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik, Artikelnummer 2015-3-2, Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2015.

Socialstyrelsen (2016), Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap, artikelnummer 2016-2-23, publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2016.

Socialstyrelsen (2017a), Hemlöshet 2017 – omfattning och karaktär, Artikelnummer 2017-11-15, Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2017.

Socialstyrelsen (2017b), Stöd för socialtjänsten i arbetet med att förebygga avhysningar, Artikelnummer 2017-11-11, Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2017.

Socialstyrelsen (2017b), Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud 2017, 2018-05-08, Dnr 9.2-4553/2017.

Socialstyrelsen (2018a), Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2018, artikelnummer 2018-3-4, Åtta.45 Tryckeri AB, april 2018.

Socialstyrelsen (2018b), Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre, Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser, 2018-9-12, www.socialstyrelsen.se, oktober 2018.

Socialstyrelsen (2018c), Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Delrapport 2018, Artikelnummer 2018-5-14, Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2018.

Socialstyrelsen (2018d), Allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar samt attityder till och avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom Befolkningsundersökning 2017, 2018-5-11, Publicering www.socialstyrelsen.se, maj 2018.

Socialstyrelsen (2018e), Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård Nationella planeringsstödet 2018, 2018-2-23, www.socialstyrelsen.se, februari 2018.

Socialstyrelsen (2018f), Öppna jämförelser 2018, Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri, Öppna jämförelser socialtjänst, Artikelnummer 2018-6-7, 2018-06-14.

Statens folkhälsoinstitut (2006), Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland HBT-personer, Statens folkhälsoinstitut 2006:08, Elanders Gotab ab, Stockholm, 2006.

Statens folkhälsoinstitut (2010a), Hur mår Sveriges nationella minoriteter? Kartläggning av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna samt förslag till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder.

Statens Folkhälsoinstitut (2010b), Bostadsområdet – en hälsofrämjande arena, Östersund 2010, R 2010:18, Elanders 2010.

Statistiska centralbyrån (2013), Integration – en beskrivning av läget i Sverige, Integration: rapport 6, SCB-Tryck, Örebro 2013.12.

Statistiska centralbyrån (2015), Valdeltagande bland personer med funktionsnedsättning, Demokratistatistik, Rapport 18, SCB-Tryck, Örebro 2015:04.

Statskontoret (2006), På tvären – styrning av tvärsektoriella frågor, 2006:13, Statskontoret 2006.

Statskontoret (2011), Tänk efter före – Om viss styrning av kommuner och landsting, rapport 2011:22.

Statskontoret (2012a), Statens psykiatrisatsning 2007–2011 – delrapport, Rapport 2012:4, Statskontoret 2012.

Statskontoret (2012b), Statens psykiatrisatsning 2007–2011 – slutrapport, 2012:24, Statskontoret 2012.

Statskontoret (2013), Stärk kedjan! Erfarenheter från 20 analyser av statlig styrning och organisering. Statskontoret 2013.

Statskontoret (2014a), Nationella samordnare, Statlig styrning i otraditionella former? Om offentlig sektor, Statskontoret 2014.

Statskontoret (2014b), Överenskommelser som styrmedel, Om offentlig sektor, Statskontoret 2014.

Statskontoret (2018), Strategier och handlingsplaner, Ett sätt för regeringen att styra? Om offentlig sektor, Statskontoret 2018.

Övriga rapporter m.m.

Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum.

Beck Jørgensen, T. B., och Vrangbæck, K (2004), Det offentlige styrningsunivers. Fra government till governance? Danska magtudredningen.

Bremberg Sven, Dalman Christina, (2015), Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd: en kunskapsöversikt. Stockholm: Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova, 2015.

Bull Thomas, Sterzel Fredrik (2010), Regeringsformen en kommentar, SNS förlag Norhaven A/S Danmark 2010.

Den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa (2018), Insatser inom området psykisk hälsa 2019–2020, Förslag till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting samt tillhörande uppdrag, Komm2018/00899/S 2015:09.

Fred Mats (2018), Projectification: The Trojan horse of local government, Malmö.

Levinsson, H., & Jiborn, M. (2013), Minuskontot: Ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH).

Livförsäkringsbolaget Skandia (2015), Betydelsen av förebyggande insatser kring psykisk ohälsa, En rapport om den ökade psykiska ohälsan och dess långsiktiga samhällskonsekvenser, Strömbergs 2015.

Markström Urban (2003), Den Svenska Psykiatrireformen – Bland brukare, eldsjälar och byråkrater, WS Bookwell, Finland 2003.

Mental Health Commission of Canada, (2015), Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada, Ottawa, ON: Author.

OECD (2018), Recommendation of the Council on Integrated Mental Health, Skills and Work Policy, OECD/LEGAL/0420.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Sametinget (2016), Kunskapssammanställning om samers psykosociala ohälsa, Kiruna, Sametinget.

Sveriges Kommuner och Landsting (2007), Tillgänglighet till insatser för att möta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar, SKL 2007-12-17.

Sveriges Kommuner och Landsting (2015), Internationell utblick – Psykiatrisamordning i Australien, England, Nya Zeeland, Ontario och Skottland, LTAB 2015.

Sveriges Kommuner och Landsting (2017a), Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, ärendenr. 15/06658, Meddelande från styrelsen nr. 9/2017, dnr. 17/00003, 2017-05-12.

Sveriges Kommuner och Landsting (2017b), Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatrin i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa, Sveriges Kommuner och Landsting, 2017.

Sveriges Kommuner och Landsting (2018a), Slutrapport 2017, Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, dnr. 16/06741.

Sveriges Kommuner och Landsting (2018b), Hälso- och sjukvårdsrapporten 2018, Öppna jämförelser, Stockholm, juni 2018.

World Health Organization (2011), Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level: Report by the Secretariat, World Health Organization 2011.

World Health Organization (2013), Investing in mental health: evidence for action, World Health Organization 2013.

Östgötakommissionen (2014), Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport, Exakta Printing, Uppsala 2014.

Utländskt offentligt tryck

Australien

Australian Government, Department of Health (2017), Review of the National Mental Health Commission, Final Report, May 2017.

Commonwealth of Australia (2014), Fourth National Mental Health Plan – An agenda for collaborative government action in mental health 2009–2014, 6200.

Commonwealth of Australia (2017), The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan, 11926, October 2017.

Department of Health and Ageing (2010) National Mental Health Report 2010: Summary of 15 Years of reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993–2008. Commonwealth of Australia, Canberra.

Healy Judith, Sharman Evelyn, Lokuge Buddhima (2006), Australia: Health system review. Health Systems in Transition 2006; 8(5): 1–158.

Human Rights and Equal Opportunity Commission (1993) Human Rights and Mental Illness: Report of the National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness, AGPS, Canberra.

National Mental Health Commission (2017), The 2016 Report on Mental Health and Suicide Prevention. Sydney: NMHC; 2017.

National Mental Health Strategy Evaluation Steering Committee, for the Australian Health Ministers Advisory Council (1997) Evaluation of the National Mental Health Strategy: Final Report, Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Family Services, December 1997.

OECD (2015), Mental Health and Work: Australia, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris.

National Mental Health Commission (2014), The National Review of Mental Health Programmes and Services. Sydney: NMHC Published by: National Mental Health Commission, Sydney.

Finland

Social-och hälsovårdsministeriet (2009), Plan för mentalvårds- och missbruksarbete, Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015, Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:20.

Social- och hälsovårdsministeriet (2013), Hälso- och sjukvården i Finland, Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer 2swe (2013), Helsingfors 2013, Juvenes Print – Finlands Universitets tryckeri Ab, Tammerfors 2013.

Social- och hälsovårdsministeriet (2016a), Plan för främjande av psykisk hälsa och alkohol- och drogarbete 2009–2015: Slutlig utvärdering av planen och styrgruppens förslag, Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2016:3, Helsingfors 2016.

Social- och hälsovårdsministeriet (2016b), Bedömningspromemorior om reformen av mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård, Sammandrag av utlåtanden, 6.6.2016.

Social- och hälsovårdsministeriet, Finansministeriet (2017), Vård- och landskapsreformen, Regeringens Reform, Lagstiftning om social- och hälsovårds- och landskapsreformen, Sammandrag av de centrala frågorna i regeringens proposition, 2.3.2017.

Statsrådets kansli (2017), Lösningar för Finland: En halvtidsöversyn, Regeringens handlingsplan för 2017–2019, Regeringens publikationsserie 6/2017.

Kanada

Marchildon Gregory P. (2013), Canada: Health system review. Health Systems in Transition; 15(1): 1–179.

Mental Health Commission of Canada. (2012), Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada. Calgary, AB: Author.

Mental Health Commission of Canada (2016a), Advancing the Mental Health Strategy for Canada: A Framework for Action (2017–2022), Ottawa, ON: Mental Health Commission of Canada.

Mental Health Commission of Canada (2016b), Mental Health Commission of Canada – Strategic Plan 2017-2022, Ottawa, ON.

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (2006), Out of the shadows at last – Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada, May 2006.

Nya Zeeland

Mental Health Commission (2002), Annual report of The Mental Health Commission for the period ended 30 June 2002, Presented to the House of Representatives pursuant to section 44A of the Public Finance Act 1989, E 68, Wellington: The Mental Health Commission.

Minister of Health (1994), Looking Forward – Strategic Directions for the Mental Health Services, June 1994, Wellington: Ministry of Health.

Minister of Health (1997), Moving Forward – The National Mental Health Plan for More and Better Services, July 1997, Wellington: Ministry of Health.

Minister of Health (2005), Te Tähuhu – Improving Mental Health 2005–2015: The Second New Zealand Mental Health and Addiction Plan, June 2005, Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health (2012), Rising to the Challenge. The Mental Health and Addiction Service Development Plan 2012–2017, December 2012, Wellington: Ministry of Health.

The Mental Health Commission (1998), Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How Things Need to Be, December 1998, Wellington: The Mental Health Commission.

World Health Organization (2014), New Zealand health system review, Health Systems in Transition, Vol.4 No. 2 2014, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.

Webbsidor

Dagens samhälle, hämtad 2018-11-25
https://www.dagenssamhalle.se/nyhet/vi-onskar-innovation-men-vi-far-projekt-21219

Folkhälsomyndigheten, hämtad 2018-10-08
https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/suicid-sjalvmord/

Folkhälsomyndigheten, hämtad 2018-10-09
https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, hämtad 2018-12-16.
https://forte.se/publikation/barns-och-ungdomars-psykiska-halsa/

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, hämtad 2018-12-17.
https://forte.se/app/uploads/2014/04/psykosociala-insatser-sv-140414.pdf

Försäkringskassan, hämtad 2018-10-05
https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d57be02c-46dc-4079-b68d-760739441f11/korta-analyser-2017-1.pdf?MOD=AJPERES&CVID=

Kunskapsguiden, hämtad 2018-10-09
www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/Teman/psykisk-ohalsa-hos-barn-unga/Sidor/Vad-ar-psykisk-ohalsa.aspx

Läkartidningen, hämtad 2018-11-07
http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/-Originalstudie/2014/10/Var-femte-som-besokte-vardcentral-fick-hjalp-mot-psykisk-ohalsa/

Mental Health Inquiry, hämtad 2018-06-29
https://www.mentalhealth.inquiry.govt.nz/

Nationellt kompetenscentrum anhöriga, hämtad 2018-10-25
www.anhoriga.se/stod-och-kunskap/fakta-om-anhorig/fakta-om-barn-som-anhoriga/

Socialstyrelsen, hämtad 2018-10-26
http://termbank.socialstyrelsen.se/#results

Socialstyrelsen, hämtad 2018-11-22
https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21060/2018-9-4.pdf

Sveriges Kommuner och Landsting, hämtad 2018-10-03
https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/

Sveriges Kommuner och Landsting, hämtad 2018-10-04
https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/etablering-av-regionala-resurscentra/

Sveriges Kommuner och Landsting, hämtad 2018-11-27
https://skl.se/download/18.5eadaba015ee6d85938d9a97/507806015867/ÖJ%20policy%2020170922.pdf

Kommittédirektiv 2015:138

Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa

Beslut vid regeringssammanträde den 17 december 2015

Sammanfattning

En särskild utredare – en nationell samordnare – ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå.

Samordnarens huvuduppdrag ska vara att:

- stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå,
- identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder som ryms inom ramen för de medel som är avsatta i statsbudgeten på anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg,
- följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting, med fokus på effekter för folkhälsan, patienter, brukare och anhöriga, samt
- föreslå hur utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur.

Arbetet ska ske i nära samverkan med företrädare för berörda departement, berörda statliga myndigheter, andra samordningsfunktioner inom närliggande områden, Sveriges

Kommuner och Landsting, hälso- och sjukvårdens huvudmän, kommuner och det civila samhället. Resultatet av arbetet ska slutredovisas senast den 31 december 2018.

Bakgrund

Även om hälsan i Sverige generellt sett är god har förekomsten av psykisk ohälsa, definierat som nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen, ökat sedan början av 1990-talet. Det finns en tydlig tendens att ungdomar, i ökande utsträckning, är nedstämda, oroliga, har svårt att sova samt har andra psykosomatiska besvär. Unga konsumerar också mer psykiatrisk vård, både öppenvård och sjukhusvård, än tidigare. Det finns också tydliga skillnader mellan pojkar och flickor vad gäller psykisk ohälsa.

Även bland andra grupper i samhället har den psykiska ohälsan ökat. Bland äldre lider uppskattningsvis cirka 20 procent av personerna över 65 år av psykisk ohälsa i någon form och psykiska problem utgör nu den enskilt största sjukskrivningsorsaken bland personer i arbetsför ålder. I befolkningen som helhet (16–84 år) lider cirka 15 procent av männen och 21 procent av kvinnorna av nedsatt psykiskt välbefinnande i någon form.[1] En annan grupp som särskilt bör uppmärksammas är nyanlända, som kan ha behov av stöd och/eller vård.

Bortsett från att förekomsten av psykisk ohälsa ofta innebär ett stort lidande för den som drabbas, och dennes anhöriga, där barn som anhöriga ofta drabbas särskilt hårt, medför förekomsten av psykiska besvär hos individen inte sällan en sämre fysisk hälsa, kortare livslängd, ökad risk för att hamna utanför arbetsmarknaden och försämrade möjligheter att etablera sig i samhället i jämförelse med befolkningen som helhet. Vid sidan av detta är de sociala och ekonomiska kostnaderna för den psykiska ohälsan betydande. I Sverige står psykiska diagnoser för cirka 40 procent av alla pågående sjukskrivningar som ersätts av Försäkringskassan. OECD uppskattar att den psykiska ohälsan kostar det svenska samhället över

[1] Folkhälsomyndigheten (2013), *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*.

70 miljarder kronor årligen genom förlorad produktivitet och utgifter för vård och omsorg.[2]

PRIO-planen (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa) 2012–2016

Mellan 2007 och 2011 avsatte regeringen cirka 3,7 miljarder kronor för att stimulera utvecklingen på psykiatriområdet. År 2012 konstaterade regeringen att de aktiviteter och den kraftsamling som påbörjats behövde fortsätta och intensifieras om vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa långsiktigt skulle kunna uppnå en nivå som svarar mot samhällets ambitioner och medborgarnas behov. Utgångspunkten var att personer med psykisk ohälsa ska ha samma tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad och tillgänglig vård av god kvalitet som personer med somatisk ohälsa.

Regeringen beslutade därför en handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO) för åren 2012–2016 för att skapa förutsättningar för ett samordnat och långsiktigt förbättringsarbete i vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa.[3] PRIO-planen har tagit sikte på två grupper, barn och unga respektive vuxna med svår eller komplicerad psykiatrisk problematik. Inom ramen för handlingsplanen har cirka 850 miljoner kronor avsatts årligen. Medlen har fördelats genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting och har innefattat dels omfattande utvecklingsinsatser, dels prestationsmedel som har tilldelats kommuner och landsting under förutsättning att de levt upp till vissa av kraven och målen i den av regeringen beslutade handlingsplanen. Som stöd för arbetet har två samordningsfunktioner, en på Socialdepartementet och en på Sveriges Kommuner och Landsting, varit knutna till arbetet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (tidigare Myndigheten för vårdanalys) har haft regeringens uppdrag att årligen följa upp och utvärdera PRIO-handlingsplanen. I 2014 års utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa (2014:6) konstaterar myndigheten att satsningen har bidragit till att synliggöra situationen för personer med psykisk ohälsa och de brister som finns i vården och

[2] OECD (2013), *Mental Health and Work: Sweden*, OECD Publishing.
[3] Socialdepartementet (2012), *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*, Dnr. S2012.006.

omsorgen för dessa grupper. Vidare konstaterar myndigheten att flertalet av de insatser som bedrivits har uppvisat goda resultat. Myndigheten menar dock att det fortfarande kvarstår flera kvalitets-, jämlikhets- och effektivitetsutmaningar i vården och omsorgen för målgruppen och att satsningens inriktning på flera avgörande punkter behöver utvecklas. Myndigheten anser bland annat att en framtida satsning bör vara långsiktig, utformas i samråd med berörda aktörer och mot bakgrund av satsningens omfattning och komplexitet förstärkas med ytterligare analyskapacitet. Detta görs för att säkerställa hög effektivitet i det arbete som bedrivs men också för att styra satsningen mot dess övergripande mål.

Fem fokusområden fem år framåt – strategi för statens insatser inom området psykisk hälsa 2016–2020

Regeringen har under 2015 initierat en bred översyn av statens insatser inom området psykisk hälsa. Översynen har genomförts för att bättre möta den ökande psykiska ohälsan i Sverige och de utmaningar som den psykiatriska vården står inför. Översynen har också varit en viktig del i regeringens mål att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Arbetet har genomförts i bred dialog med företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting, sjukvårdens huvudmän, kommuner, berörda statliga myndigheter, professionsföreningar, brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt det civila samhället.

I överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting redovisar regeringen en ny strategi för statens insatser inom området psykisk hälsa under åren 2016–2020. Syftet med regeringens strategi är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och strategiskt arbete, med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer. Målet är att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förstärka tidiga insatser till personer som drabbas av psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser. Strategin ska ligga till grund för statens insatser inom området psykisk hälsa under de kommande fem åren, för att därefter utvärderas och vid behov omformuleras.

En av de centrala beståndsdelarna för att uppnå regeringens målsättningar och stödja genomförandet av strategin är ett fortsatt arbete med överenskommelser tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting. Syftet med överenskommelsen är bland annat att stärka utvecklingen på området och samordna statens och huvudmännens arbete. I 2016 års överenskommelse avsätts 890 miljoner kronor för att stödja insatser inom landsting och kommuner för att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa och för att bättre kunna erbjuda rätt insatser, i rätt tid, till de personer som drabbas av psykisk ohälsa. Regeringen anser att en överenskommelse, i syfte att vidmakthålla uppnådda resultat och skapa uthållighet, långsiktighet och förutsägbarhet på området, bör ingås med Sveriges Kommuner och Landsting även under 2017 och 2018. Regeringens satsning på området psykisk hälsa ska utgå från de fem prioriterade fokusområden som nämns ovan under perioden 2016–2020. Fokusområdena beskrivs i överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Nedan följer en sammanfattning av fokusområdena.

Fokusområde 1: Förebyggande- och främjandearbete

Om man räknar i förlorade friska levnadsår är psykisk ohälsa i dag en av de stora sjukdomskategorierna. Att drabbas av psykisk ohälsa är inte bara en stor belastning för den enskilda individen utan medför också stora sociala och ekonomiska konsekvenser. Möjligheterna att genom hälsofrämjande insatser minska den psykiska ohälsan är stora, men i alltför hög grad outnyttjade, och de samband som finns när det gäller ojämlikheter i livsvillkor och ohälsa är lika starka för psykisk som för kroppslig ohälsa. En inriktning som tar sikte på att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa är således avgörande för framtiden, för såväl barn och unga som vuxna och äldre. De viktigaste insatserna på området är bland annat att identifiera bästa tillgängliga kunskap, identifiera eventuella brister och stimulera en utveckling för att öka tillgången på hälsofrämjande insatser i befolkningen.

Fokusområde 2: Tillgängliga tidiga insatser

Personer med psykisk ohälsa eller risk för psykisk ohälsa – oavsett ålder och kön, liksom art och grad av ohälsa – måste räkna med att kunna få tillgång till rätt insatser. Insatserna ska vara anpassade till olika gruppers särskilda behov och sättas in i rätt tid för att motverka en ohälsoutveckling. Två grundläggande förutsättningar för att detta ska kunna uppnås är att det finns god kompetens bland dem som träffar personer med psykisk ohälsa, eller med risk för att utveckla psykisk ohälsa, att känna igen tidiga tecken på psykisk ohälsa samt att det finns god tillgänglighet till bedömning, utredning och behandling när detta bedöms som nödvändigt. Det gäller både vård- och stödinsatser på specialistnivå, i primärvården och elevhälsan. Det är inte ändamålsenligt med en enhetlig organisering för hela Sverige eftersom befolkningens behov varierar i olika delar av landet och inom olika landsting. Det är däremot avgörande att minska en fragmentisering och suboptimering av de insatser som erbjuds den enskilde och säkerställa att kunskapsbaserade insatser kan erbjudas en individ tidigt i en ohälsoutveckling. Det gäller såväl psykiatriska vårdinsatser som somatiska insatser till personer med psykisk ohälsa.

Fokusområde 3: Enskildas delaktighet och rättigheter

Trots goda intentioner och en hög ambitionsnivå har regeringens målsättningar när det gäller god vård, sysselsättning och delaktighet för personer med allvarlig psykisk sjukdom och/eller funktionsnedsättning inte uppnåtts till fullo. Personer med allvarlig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning har, även vid jämförelse med grupper med kroppslig sjukdom eller funktionsnedsättning, fortfarande en sämre fysisk hälsa, en kortare medellivslängd och sämre upplevd livskvalitet jämfört med befolkningen som helhet.

En stor utmaning för att förbättra vården och omsorgen för dessa personer är att vid sidan av medicinska insatser öka vårdens och omsorgens fokus på faktorer som främjar och vidmakthåller hälsan hos den enskilde. Vid sidan av denna utmaning finns ett behov av att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa. I denna perspektivförskjutning ingår att avveckla synen på den enskilde som en passiv mottagare för en medicinsk eller social intervention och i stället se vård- och omsorgssituationen som

en överenskommelse mellan den enskilde och vårdgivaren, där den enskilde tillåts vara aktiv i planeringen och genomförandet av de insatser som ges. För personer med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning är detta inte bara en viktig förutsättning för återhämtning utan också en viktig del i att säkerställa den enskildes delaktighet och rättigheter. Det finns vidare skäl att fortsatt analysera och vidta åtgärder för att förbättra levnadsvillkoren för de barn, unga, vuxna och äldre som lever med psykisk ohälsa.

Fokusområde 4: Särskilt utsatta grupper

De barn, unga, vuxna och äldre som drabbas av psykisk ohälsa ska erbjudas en tillgänglig, god och säker vård och omsorg i enlighet med bästa tillgängliga kunskap. Med en sådan ambition är det viktigt att vara medveten om att olika individer har olika behov och förutsättningar. Det finns inte en lösning eller modell som passar alla, och grupperna har olika mönster för att söka vård och få det stöd som behövs. Av det skälet är det angeläget att särskilt synliggöra skillnader i psykisk hälsa och förutsättningar för psykiskt välmående som varierar med avseende på kön, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck eller etnisk tillhörighet och att lyfta fram de grupper som har visat sig vara mer utsatta på olika sätt. Det rör sig både om individer tillhörande grupper som riskerar psykisk ohälsa ökad utsträckning, och därför bör uppmärksammas tidigt, och individer tillhörande grupper som av olika skäl har svårt att få tillgång till samhällets stödinsatser.

Fokusområde 5: Ledning, styrning och organisation

Psykisk hälsa och psykisk ohälsa berör sammantaget mycket stora delar av samhället och dess funktioner. Alla verksamheter som möter människor, från mödra- och barnhälsovården och arbetsplatser till skolor och äldreboenden, påverkar och påverkas av en utveckling för att stärka den psykiska hälsan i Sverige. Samtidigt möter en person som lever med psykisk ohälsa inte sällan många olika typer av välfärdsinstanser under stora delar av sitt liv, både som ung, vuxen och gammal. Ett väl fungerande samarbete och gemensamt ansvarstagande ställer stora krav på organisationer och ledare att motsvara de

behov som finns. Organisationer måste samarbeta och samorganiseras för att motverka fragmentering för den enskilde och suboptimering för samhället. Ledare måste ha god kunskap om bästa tillgängliga metoder och vilka verktyg som har stöd i forskning och praktik, och i en snabbt föränderlig värld är förmågan att leda i förändring grundläggande. För att möta de utmaningar som samhället och enskilda står inför krävs en mobilisering av ledarskap och ökade kunskaper på alla nivåer och i olika samhällssektorer, i kombination med en organisering som möjliggör samarbete och resurseffektivitet.

Behovet av en nationell funktion inom området psykisk hälsa

Då den nuvarande samordningsfunktionen för statens insatser inom området psykisk hälsa upphör den 31 december 2015 anser regeringen att det är angeläget att det arbete som har bedrivits inom ramen för PRIO-planen fortsätter och att genomförandet av regeringens strategi inom området psykisk hälsa kontinuerligt styrs, följs upp och analyseras. Det finns därför ett behov av att tillsätta en nationell funktion i form av en nationell samordnare med uppdraget att samordna, följa upp och stärka utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa och verka för att regeringens ambitioner inom området fullföljs.

Denna organisationsform bidrar till att ett flexibelt och sammanhållet arbete med frågor som berör psykisk hälsa kan säkerställas samt en möjlighet att kontinuerligt samordna, följa upp och analysera utvecklingen inom flera olika områden på ett effektivt och målinriktat sätt.

Uppdraget

Samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. I uppdraget ingår att främja erfarenhetsutbyte, samverkan mellan berörda aktörer och samordning mellan verksamheter hos samma huvudman och fortlöpande identifiera utvecklingsbehov inom området och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder. Vidare ska samordnaren följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet

med Sveriges Kommuner och Landsting, med fokus på effekter för patienter, brukare och anhöriga och verka för att regeringens ambitioner inom området fullföljs. Till grund för samordnarens uppdrag ligger regeringens målsättning om ett långsiktigt och strategiskt arbete, med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer. Målet är att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förbättra tidiga insatser till personer som drabbas av psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser. Samordnarens förslag ska förhålla sig till det strategiska arbetet för en hållbar utveckling, i såväl ekologiskt och ekonomiskt som socialt hänseende och genomgående uppmärksamma skillnader i psykiskt välmående som har samband med kön. I arbetet ska även särskilt utsatta grupper i samhället, såsom hbtq-personer, personer med utländsk bakgrund, det samiska folket och personer som tillhör nationella minoriteter uppmärksammas

Samordnaren ska tillämpa ett tvärsektoriellt perspektiv vid analysen av såväl utvecklingen inom området psykisk hälsa som av tänkta förslag. Vidare ska samordnaren också överväga betydelsen av såväl universella främjande insatser som insatser riktade till specifika målgrupper i arbetet för att stärka vården och omsorgen till personer med psykisk ohälsa. Om samordnaren, i sitt arbete, skulle identifiera väsentliga kunskapsluckor som motiverar särskilda forskningsinsatser bör detta belysas i den löpande rapporteringen. I arbetet och vid utformningen av förslagen ska relevanta resultat och erfarenheter från liknande initiativ på lokal och regional nivå i Sverige, i andra länder samt i EU-samarbetet och övrigt internationellt samarbete beaktas. Arbetet ska resultera i förslag riktade till såväl staten som kommuner och landsting samt till andra relevanta samhällsaktörer. Samordnaren ska ha följande huvuduppdrag:

Stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå

Samordnaren ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. I detta arbete ska funktionen kontinuerligt samverka med, och inhämta synpunkter från, företrädare för berörda statliga myndigheter, aktörer på lokal

och regional nivå, Sveriges Kommuner och Landsting, professions-, patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt det civila samhället. Samordnaren ska vid de tidpunkter och i den form som beslutas i dialog med Regeringskansliet (Socialdepartementet) informera om arbetet i denna del.

Identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder

Samordnaren ska identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder. Samordnaren ska vid de tidpunkter och som beslutas i dialog med Regeringskansliet (Socialdepartementet) informera om arbetet i denna del. De förslag som samordnaren presenterar ska rymmas inom ramen för de medel som är avsatta i statsbudgeten på anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting, med fokus på effekter för folkhälsan, patienter, brukare och anhöriga

Samordnaren ska fullfölja de ambitioner som regeringen har beslutat om samt följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting, med fokus på effekter för folkhälsan, patienter, brukare och anhöriga. Vidare ska samordnaren lämna förslag på områden som kan bli föremål för statens överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

Konsekvensbeskrivningar

Förslagens konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). I de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det offentliga ska förslag till finansiering redovisas.

Arbetets bedrivande och redovisning av uppdraget

Samordnaren ska på olika sätt presentera sina iakttagelser av nuläget och diskutera utvecklingen inom området psykisk hälsa och ohälsa med olika aktörer på lokal, regional och nationell nivå samt med professions-, brukar- och anhörigorganisationer och det civila samhället. Samordnaren ska, genom ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt, aktivt verka för att de lägesrapporter och förslag som presenteras har goda förutsättningar att få genomslag bland olika men är inte begränsat till, hälso- och sjukvårdens huvudmän, professionsföreningar, brukar- och anhörigorganisationer, det civila samhället och forskarsamhället. Samordnaren ska samråda med aktörer som berörs av dess arbete, berörda statliga myndigheter, andra samordningsfunktioner inom närliggande områden, Sveriges Kommuner och Landsting samt företrädare för kommun- och landstingssektorn. Samordnaren ska dessutom samråda med företrädare för lokala och regionala initiativ inom området psykisk hälsa samt främja synergieffekter mellan likartade initiativ på olika nivåer.

I arbetet ingår också att på olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som berör uppdraget och stödja initiativ som syftar till att etablera forum för inflytande, dialog och samverkan och i detta ta hänsyn till berörda gruppers olika förutsättningar, till exempel när det gäller ålder, funktionsnedsättning och andra faktorer som kan påverka deras medverkan. Samordnaren ska beakta andra pågående arbeten som är relevanta för de uppdrag som anknyter till dess arbete, exempelvis det arbete som bedrivs inom ramen för Kommissionen för jämlik hälsa (S2015:02) och Rådet för styrning med kunskap (förordning 2015:155).

Samordnaren ska fortlöpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete och regelbundet presentera förslag och andra resultat av arbetet. Samordnaren ska 2016 och 2017, senast den 1 oktober, lämna delrapporter med analyser av utvecklingen inom området psykisk hälsa samt förslag till åtgärder. Resultatet av arbetet ska slutredovisas senast den 31 december 2018. Redovisningen ska innehålla en samlad bedömning av möjliga åtgärder som kan bidra till utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa och därmed bidra till regeringens ambitioner inom området. Redovisningen ska också innehålla förslag på hur utveckling och samord-

ning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur. Den samlade bedömningen ska även omfatta såväl de direkta ekonomiska som de samhällsekonomiska konsekvenserna av åtgärderna.

Avgränsningar av uppdraget

Samtliga förslag som lämnas ska rymmas inom de medel som är avsatta på statsbudgeten på anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Förslag som lämnas ska inte innebära ett utvidgat offentligt åtagande.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2016:106

Tilläggsdirektiv till Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09)

Beslut vid regeringssammanträde den 8 december 2016

Sammanfattning

Regeringen beslutade den 17 december 2015 att en särskild utredare – en nationell samordnare – ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå (dir. 2015:138).

Utredaren ges genom dessa tilläggsdirektiv i uppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Vid översynen ska utredaren bedöma om det finns tvångsåtgärder som bör avskaffas, ersättas av andra tvångsåtgärder eller ändras. Utredaren ska vid behov lämna förslag till ny lagstiftning på området. Utgångspunkten för förslagen ska vara att minska eller om möjligt avskaffa användningen av tvångsåtgärder utan att försämra förutsättningarna att bereda barn nödvändig vård. Syftet med uppdraget är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn som tvångsvårdas samt bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på tvångsvården. En utgångspunkt för utredarens arbete ska vara att tillvarata barnets bästa samtidigt som barnets rätt till integritet och självbestämmande ska beaktas.

Tilläggsuppdraget ska redovisas senast den 31 december 2017.

Bakgrund

Sveriges ratificerande av FN:s konvention om barnets rättigheter har bidragit starkt till en utveckling mot en fokusering på barns rättigheter. Av denna konvention framgår barns rätt till likabehandling och lika värde, barns rätt att få komma till tals och att få påverka sin situation samt barns rätt till skydd vid utsatthet.

Kritik från FN:s Barnrättskommitté

Under 2015 fick Sverige kritik från FN:s Barnrättskommitté gällande den psykiatriska vården för barn. Kommittén riktar kritik bland annat mot användningen av bältesläggning och isolering inom barn- och ungdomspsykiatrin och Sverige uppmanades att omedelbart förbjuda dessa tvångsåtgärder. Vidare menade kommittén att Sverige även borde utbilda vårdpersonal i behandlingsmetoder som inte inbegriper våld och tvång (Convention on the Rights of the Child, Concluding observations on the fifth periodic report of Sweden, March 2015).

Flickor är kraftigt överrepresenterade i statistiken när det gäller tvångsåtgärder

Ur Socialstyrelsens statistikdatabas kan det utläsas att 278 barn mellan 0 och 17 år tvångsvårdades 2014. Av dessa barn var 99 pojkar och 179 flickor. Det finns stora skillnader mellan pojkar och flickor när det gäller olika former av tvångsåtgärder. Av 186 fastspänningar gällde 176 flickor. När det gäller avskiljning syns samma mönster, 7 pojkar och 59 flickor hade avskilts. Även när det gäller läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande dominerar flickorna stort, av 126 åtgärder gällde 109 flickor och 17 pojkar.

Stora satsningar har gjorts på att minska tvångsåtgärderna – med begränsat resultat

I en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen från december 2009 enades parterna om en treårig satsning på den psykiatriska heldygnsvården under perioden

2010–2012. Under åren 2010–2013 satsade regeringen 186 miljoner kronor på ett systematiskt förbättringsarbete för att minska behovet av tvångsåtgärder. I en utvärdering av överenskommelsen om att förbättra den psykiatriska heldygnsvården drog Socialstyrelsen slutsatsen att punktinsatser med statliga stimulansmedel endast i liten grad bidrar till att långsiktigt lösa de resurs-, kompetens- och strukturproblem som fortfarande finns inom psykiatrin. Socialstyrelsen menade att sådana förändringar ofta tar tid och behöver bedrivas systematiskt under flera år. Socialstyrelsen ansåg att det behövs fortsatta åtgärder för att stärka baskompetensen och specialistkompetensen hos olika personalgrupper. Verksamheterna behöver dessutom fortlöpande utvärdera insatsernas resultat för att säkerställa att vården blir bättre för patientgruppen tvångsvårdade.

Uppdraget

Utredaren ges i uppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt LPT. Utredaren ska vid behov lämna förslag till ny lagstiftning på området. Utgångspunkten för förslagen ska vara att minska eller om möjligt avskaffa användningen av tvångsåtgärder utan att försämra förutsättningarna att bereda barn nödvändig vård. Syftet med översynen är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn som tvångsvårdas enligt LPT samt bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på tvångsvården. En utgångspunkt för utredarens arbete ska vara att tillvarata barnets bästa samtidigt som barnets rätt till integritet och självbestämmande ska beaktas. Utredaren ska:

- göra en översyn av bestämmelserna om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT,
- se över vilka förutsättningar som ska gälla för barn som vårdas enligt LPT,
- utreda de eventuella åtgärder som behöver vidtas på nationell nivå om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT ska kunna minska eller avskaffas på ett rättsäkert sätt,

– analysera de eventuella åtgärder som behöver vidtas hos landsting och regioner om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT ska kunna minska eller avskaffas på ett rättsäkert sätt,
– analysera orsaker till att tvångsåtgärder tillämpas i högre utsträckning vid vård av flickor än av pojkar.

Utredaren ska föreslå nödvändiga författningsändringar. Tilläggsuppdraget ska redovisas senast den 31 december 2017.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska, i enlighet med vad som anges i dir. 2015:138, redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av förslagen enligt 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). I de delar av förslagen som innebär kostnader eller minskade intäkter för det offentliga ska förslag till finansiering lämnas. De analyser, överväganden och förslag som presenteras ska utgå från flickors respektive pojkars behov och villkor.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med de aktörer som berörs av uppdraget. Detta omfattar, men är inte begränsat till, berörda statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting samt hälso- och sjukvårdens huvudmän. Utredaren ska också inhämta synpunkter från professionsföreningar, brukar-, patient-, och anhörigorganisationer, det civila samhället och övriga organisationer som berörs av utredarens uppdrag. Utredaren ska vidare beakta andra pågående arbeten som är relevanta för de uppdrag som anknyter till arbetet, exempelvis de förslag som Barnrättighetsutredningen lämnat i betänkandet Barnkonventionen blir svensk lag (SOU 2016:19).

Utredaren ska fortlöpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om hur arbetet fortskrider.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2018

Kronologisk förteckning

1. Ett reklamlandskap i förändring – konsumentskydd och tillsyn i en digitaliserad värld. Fi.
2. Stärkt straffrättsligt skydd för blåljusverksamhet och andra samhällsnyttiga funktioner. Ju.
3. En strategisk agenda för internationalisering. U.
4. Framtidens biobanker. S.
5. Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet. S.
6. Grovt upphovsrättsbrott och grovt varumärkesbrott. Ju.
7. Försvarsmaktens långsiktiga materielbehov. Fö.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2018. Beslut under osäkerhet. M.
9. Ökad trygghet för studerande som blir sjuka. U.
10. Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Myndighetsgemensam indelning – författningsändringar till följd av ny landstingsbeteckning. Volym 2. Fi.
11. Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar. U.
12. Uppdrag: Samverkan 2018. Många utmaningar återstår. A.
13. Finansiering av infrastruktur med skatt eller avgift? Fi.
14. Bidragsbrott och underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen – en utvärdering. Fi.
15. Mindre aktörer i energilandskapet – genomgång av nuläget. M.
16. Vägen till självkörande fordon – introduktion. Del 1 + 2. N.
17. Med undervisningsskicklighet i centrum – ett ramverk för lärares och rektorers professionella utveckling. U.
18. Statens stöd till trossamfund i ett mångreligiöst Sverige. Ku.
19. Forska tillsammans – samverkan för lärande och förbättring. U.
20. Gräsrotsfinansiering. Fi.
21. Flexibel rehabilitering. A.
22. Ett ordnat mottagande – gemensamt ansvar för snabb etablering eller återvändande. A.
23. Konstnär – oavsett villkor? Ku.
24. Tid för utveckling. A.
25. Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering. Fi.
26. Några frågor i skyddslagstiftningen. Fö.
27. Ekonomiska sanktioner mot terrorism. UD.
28. En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser. Ju.
29. Validering i högskolan – för tillgodoräknande och livslångt lärande. U.
30. Förenklat förfarande vid vissa beslut om hemlig avlyssning. Ju.
31. En lag om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland. Fö.
32. Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. S.
33. Aggressionsbrottet och ändringar i Romstadgan. Ju.
34. Vägar till hållbara vattentjänster. M.
35. Ett gemensamt bostadsförsörjningsansvar. N.
36. Rätt att forska. Långsiktig reglering av forskningsdatabaser. U.
37. Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld. S.

38. Styra och leda med tillit. Forskning och praktik. Fi.
39. God och nära vård. En primärvårdsreform. S.
40. Vissa fredspliktsfrågor. A.
41. Statliga skolmyndigheter. – för elever och barn i en bättre skola. U.
42. Tryggad tillgång till kontanter. Fi.
43. Statliga servicekontor – mer service på fler platser. Fi.
44. Möjligt, tillåtet och tillgängligt – förslag till enklare och flexiblare upphandlingsregler och vissa regler om överprövningsmål. Fi.
45. Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för arbetsmiljökunskap. A.
46. En utvecklad översiktsplanering. Del 1: Att underlätta efterföljande planering. Del 2: Kommunal reglering av upplåtelseformen. N.
47. Med tillit växer handlingsutrymmet. – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. Fi.
48. En lärande tillsyn. Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg. Fi.
49. F-skattesystemet – några särskilt utpekade frågor. Fi.
50. Ett oberoende public service för alla – nya möjligheter och ökat ansvar. Ku.
51. Resurseffektiv användning av byggmaterial. N.
52. Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. S.
53. Översyn av maskinell dos, extempore, prövningsläkemedel m.m. S.
54. En effektivare kommunal räddningstjänst. Ju.
55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv. Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning. S.
56. Bättre kommunikation för fler investeringar. UD.
57. Barns och ungas läsning – ett ansvar för hela samhället. Ku.
58. Särskilda persontransporter – moderniserad lagstiftning för ökad samordning. N.
59. Statens gruvliga risker. M.
60. Tillträde till Rotterdamreglerna. Ju.
61. Rättssäkerhetsgarantier och hemliga tvångsmedel. Ju.
62. Kamerabevakning i brottsbekämpningen – ett enklare förfarande. Ju.
63. Behandlingen av personuppgifter vid Försvarsmakten och Försvarets radioanstalt. Fö.
64. Utökad tillsyn över fastighetsmäklarbranschen. Ju.
65. Informationsutbyte vid samverkan mot terrorism. Ju.
66. Ett mer konkurrenskraftigt system för stöd vid korttidsarbete. Fi.
67. Ett snabbare bostadsbyggande. N.
68. Nya regler om faderskap och föräldraskap. Ju.
69. Ökat skydd mot hedersrelaterad brottslighet. Ju.
70. En arvsfond i takt med tiden. En översyn av regelverket kring Allmänna arvsfonden. S.
71. En andra och en annan chans – ett komvux i tiden. U.
72. Expertgruppen för digitala investeringar. Slutrapport. Fi.
73. Studiemedel för effektiva studier. U.
74. Lite mer lika. Översyn av kostnadsutjämningen för kommuner och landsting. Fi.
75. Vissa polisfrågor – säkerhet vid förhör samt kränkningsersättning. Ju.
76. Mindre aktörer i energilandskapet – förslag med effekt. M
77. Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter. U.
78. Ökad attraktionskraft för kunskapsnationen Sverige. U.

79. Analyser och utvärderingar för effektiv styrning. Fi.
80. Samspel för hälsa. Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring. S.
81. YA lär dig jobbet på jobbet. U.
82. Kompletteringar till den nya säkerhetsskyddslagen. Ju.
83. Att förstå och bli förstådd – Ett reformerat regelverk för tolkar i talade språk. U.
84. Det går om vi vill. Förslag till en hållbar plastanvändning. M.
85. Slopad straffrabatt för unga myndiga. Ju.
86. Verkställbarhet av beslut om lov. N.
87. Aggressionsbrottet i svensk rätt och svensk straffrättslig domsrätt. Ju.
88. Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen. Del 1 & 2. S.
89. Tydligare ansvar och regler för läkemedel. S.
90. För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa. S.

Statens offentliga utredningar 2018

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Uppdrag: Samverkan 2018. Många utmaningar återstår. [12]

Flexibel rehabilitering. [21]

Ett ordnat mottagande – gemensamt ansvar för snabb etablering eller återvändande. [22]

Tid för utveckling. [24]

Vissa fredspliktsfrågor. [40]

Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för arbetsmiljökunskap. [45]

Finansdepartementet

Ett reklamlandskap i förändring – konsumentskydd och tillsyn i en digitaliserad värld. [1]

Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Myndighetsgemensam indelning – författningsändringar till följd av ny landstingsbeteckning. Volym 2. [10]

Finansiering av infrastruktur med skatt eller avgift? [13]

Bidragsbrott och underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen – en utvärdering. [14]

Gräsrotsfinansiering. [20]

Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering. [25]

Styra och leda med tillit. Forskning och praktik. [38]

Tryggad tillgång till kontanter. [42]

Statliga servicekontor – mer service på fler platser. [43]

Möjligt, tillåtet och tillgängligt – förslag till enklare och flexiblare upphandlingsregler och vissa regler om överprövningsmål. [44]

Med tillit växer handlingsutrymmet. – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. [47]

En lärande tillsyn. Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg. [48]

F-skattesystemet – några särskilt utpekade frågor. [49]

Ett mer konkurrenskraftigt system för stöd vid korttidsarbete [66]

Expertgruppen för digitala investeringar. Slutrapport. [72]

Lite mer lika. Översyn av kostnadsutjämningen för kommuner och landsting. [74]

Analyser och utvärderingar för effektiv styrning. [79]

Försvarsdepartementet

Försvarsmaktens långsiktiga materielbehov. [7]

Några frågor i skyddslagstiftningen. [26]

En lag om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland. [31]

Behandlingen av personuppgifter vid Försvarsmakten och Försvarets radioanstalt. [63]

Justitiedepartementet

Stärkt straffrättsligt skydd för blåljusverksamhet och andra samhällsnyttiga funktioner. [2]

Grovt upphovsrättsbrott och grovt varumärkesbrott. [6]

En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser. [28]

Förenklat förfarande vid vissa beslut om hemlig avlyssning. [30]

Aggressionsbrottet och ändringar i Romstadgan. [33]

En effektivare kommunal räddningstjänst. [54]

Tillträde till Rotterdamreglerna. [60]

Rättssäkerhetsgarantier och hemliga tvångsmedel. [61]

Kamerabevakning i brottsbekämpningen – ett enklare förfarande. [62]

Utökad tillsyn över fastighetsmäklarbranschen. [64]

Informationsutbyte vid samverkan mot terrorism. [65]

Nya regler om faderskap och föräldraskap. [68]

Ökat skydd mot hedersrelaterad brottslighet. [69]

Vissa polisfrågor – säkerhet vid förhör samt kränkningsersättning. [75]

Kompletteringar till den nya säkerhetsskyddslagen. [82]

Slopad straffrabatt för unga myndiga. [85]

Aggressionsbrottet i svensk rätt och svensk straffrättslig domsrätt. [87]

Kulturdepartementet

Statens stöd till trossamfund i ett mångreligiöst Sverige. [18]

Konstnär – oavsett villkor? [23]

Ett oberoende public service för alla – nya möjligheter och ökat ansvar. [50]

Barns och ungas läsning – ett ansvar för hela samhället. [57]

Miljö- och energidepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2018. Beslut under osäkerhet. [8]

Mindre aktörer i energilandskapet – genomgång av nuläget. [15]

Vägar till hållbara vattentjänster. [34]

Statens gruvliga risker. [59]

Mindre aktörer i energilandskapet – förslag med effekt. [76]

Det går om vi vill. Förslag till en hållbar plastanvändning. [84]

Näringsdepartementet

Vägen till självkörande fordon – introduktion. Del 1 + 2. [16]

Ett gemensamt bostadsförsörjningsansvar. [35]

En utvecklad översiktsplanering. Del 1: Att underlätta efterföljande planering. Del 2: Kommunal reglering av upplåtelseformen. [46]

Resurseffektiv användning av byggmaterial. [51]

Särskilda persontransporter – moderniserad lagstiftning för ökad samordning. [58]

Ett snabbare bostadsbyggande. [67]

Verkställbarhet av beslut om lov. [86]

Socialdepartementet

Framtidens biobanker. [4]

Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet. [5]

Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. [32]

Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld. [37]

God och nära vård. En primärvårdsreform. [39]

Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. [52]

Översyn av maskinell dos, extempore, prövningsläkemedel m.m. [53]

Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv. Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning. [55]

En arvsfond i takt med tiden. En översyn av regelverket kring Allmänna arvsfonden. [70]

Samspel för hälsa. Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring. [80]

Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen. Del 1 & 2. [88]

Tydligare ansvar och regler för läkemedel. [89]

För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa. [90]

Utbildningsdepartementet

En strategisk agenda för internationalisering. [3]

Ökad trygghet för studerande som blir sjuka. [9]

Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar. [11]

Med undervisningsskicklighet i centrum – ett ramverk för lärares och rektorers professionella utveckling. [17]

Forska tillsammans – samverkan för lärande och förbättring. [19]

Validering i högskolan – för tillgodoräknande och livslångt lärande. [29]

Rätt att forska. Långsiktig reglering av forskningsdatabaser. [36]

Statliga skolmyndigheter. – för elever och barn i en bättre skola. [41]

En andra och en annan chans – ett komvux i tiden. [71]

Studiemedel för effektiva studier. [73]

Framtidens specialistsjuksköterska

– ny roll, nya möjligheter. [77]

Ökad attraktionskraft för kunskapsnationen Sverige. [78]

YA lär dig jobbet på jobbet. [81]

Att förstå och bli förstådd – Ett reformerat regelverk för tolkar i talade språk. [83]

Utrikesdepartementet

Ekonomiska sanktioner mot terrorism. [27]

Bättre kommunikation för fler investeringar. [56]