

EN LÅNGSIKTIG GEMENSAM HANDLINGSPLAN FÖR

Psykisk hälsa

INOM SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING
KONGRESSPERIODEN 2012-2016

Förord

Vid den ordinarie kongressen 9-10 november 2011 behandlades förslagen till inriktning av verksamheten för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för den kommande kongressperioden. Kongressen uppdrog till SKL att bl.a. utarbeta en långsiktig gemensam handlingsplan för psykiatrin, där samverkan mellan huvudmännen ska utgöra en central beståndsdel.

Föreliggande dokument utgör leveransen av det uppdraget och är en handlingsplan som omfattar det gemensamma uppdrag som landsting, regioner och kommuner har när det gäller att erbjuda sjukvård och sociala insatser till personer med psykisk ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättning. Handlingsplanen ska ses som ett verktyg för förbundet att verka på medlemmarnas uppdrag när det gäller det psykiatriska vård- och omsorgsområdet.

Det övergripande målet med handlingsplanen är att skapa en långsiktig struktur för att stödja kommuner och landsting i ledning och styrning samt utveckling av vården och omsorgen för de nämnda målgrupperna.

SKL:s styrelse beslutade den 25 maj 2012 att anta handlingsplanen samt att informera styrelserna i kommuner, landsting och regioner om beslutet.

Stockholm i maj 2012

A handwritten signature in black ink on a light pink rectangular background. The signature is cursive and reads "Anders Knape".

Anders Knape

Innehåll

Inledning	5
Bakgrund	5
Mål och syfte med handlingsplanen	6
Prioriterade målgrupper och områden	6
Handlingsplan 2012-2016	8
Barn och unga	8
Långsiktigt mål	8
Inriktningsmål	8
Process- och strukturmål	8
Personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning	9
Långsiktigt mål	9
Inriktningsmål	9
Process- och strukturmål	9
Tio framgångsfaktorer för en förbättrad psykisk hälsa	10
Strategier och aktiviteter för att stödja utvecklingen	11
Bilaga 1: Bakgrund och faktabeskrivning	13
Den psykiska ohälsan i Sverige	13
EU-perspektivet	14
Långtidseffekter av en utbredd psykisk ohälsa	14
Avgränsning av målgruppen	14
Behov av vård, stöd och hjälp	16
Bilaga 2: Möjligheter och utmaningar	17
En mer jämlik och jämställd vård och omsorg	17
Mångfaldsperspektivet	17
Bättre samverkan mellan huvudmännen	17
Fler blir äldre	19
Förbättrad kvalitetsuppföljning	19
Patientsäkerhet, vårdskador och missförhållanden	19
Bemötande, delaktighet och inflytande	20
Förbättrad tillgänglighet	21
Arbete, sysselsättning och övriga sociala insatser	21
Personal- och kompetensförsörjning	22
Hälsa- och sjukvården	22
Socialtjänsten	23
Kunskaps- och forskningsutveckling	23

Inledning

Bakgrund

Den svenska välfärden är bland de högsta i världen och folkhälsan har avsevärt förbättrats med undantag av den psykiska hälsan. Att främja bättre psykisk hälsa och motverka den ökande psykiska ohälsan är utifrån ett folkhälsoperspektiv en av sociala välfärdens största utmaningar. Förutom ett stort mänskligt lidande för den som drabbas av psykisk ohälsa och sjukdom, och deras närstående, får det också långsiktigt mycket negativa effekter på hela välfärdssamhället.

För mer bakgrund och fakta samt nulägesbeskrivning utifrån möjligheter och utmaningar hänvisas till bilaga 1-2.

I syfte att åstadkomma konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning har omfattande satsningar genomförts de senaste åren i landstingen och kommunerna. SKL har i flera av dessa haft en mycket aktiv roll bl.a. genom överenskommelser med staten. Under kongressperioden 2007-2011 har följande större områden varit föremål för särskilda satsningar:

1. **Barn och ungas psykiska hälsa** genom ”Modellområdesprojektet”, ”Bättre stöd till utsatta barn” och ”Förstärkt vårdgaranti vid psykisk ohälsa”. Förbundet har sedan 2010 ett positionspapper om ”Psykisk hälsa, barn och unga”. Vidare kan nämnas att ”Bättre resultat i skolan”, ”Unga till arbete” och ”Bättre stöd till utsatta barn” är tre av 12 prioriterade frågor som SKL bedömt som särskilt viktiga för medlemmarna att fokusera på under 2012.¹
2. **Den psykiatriska heldygnsvården** genom projekten ”Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården”, ”Bättre vård – mindre tvång”, ”Utveckling av psykiatrin med hjälp av nationella kvalitetsregister”. Sedan 2007 finns ett positionspapper om ”Psykiskt störda lagöverträdare”. SKL har också deltagit i Psykiatrilagsutredningen, Utredningen av transporter av frihetsberövade och Självmordspreventionsutredningen.

¹ http://www.skl.se/vi_arbetar_med/prioriteringar2012

3. **Missbruks- och beroendevården:** Sedan 2008 har SKL, genom utvecklingsarbetet ”Kunskap till praktik”, bedrivit en satsning på att förbättra vård och stöd till personer med riskbruk, missbruk eller beroende. Sedan hösten 2011 omfattar också satsningen ”Att förstärka barn- och föräldraperspektivet i missbruks- och beroendevården”. SKL har också under perioden deltagit i Missbruksutredningen.
4. **Rehabiliteringsgarantin** som syftar till att minska sjukskrivningarna och åstadkomma en återgång i arbete genom evidensbaserade rehabiliteringsinsatser som exempelvis KBT.

I syfte att fortsätta och ytterligare förstärka det påbörjade förbättrings- och utvecklingsarbetet kommer förbundet och dess medlemmar även under den kommande kongressperioden att behöva göra fortsatta gemensamma och kraftfulla satsningar inom området; delvis med stöd av särskilt avsatta statliga medel, vilket kan komma att innebära fortsatta överenskommelser mellan regeringen och SKL om satsningar inom området psykiatri och psykisk hälsa.

Mål och syfte med handlingsplanen

I november 2011 uppdrog kongressen till styrelsen att utarbeta en långsiktig gemensam handlingsplan för psykiatrin, där samverkan mellan huvudmännen ska utgöra en central beståndsdel. Syftet med handlingsplanen är att skapa en långsiktig struktur för att stödja kommuner och landsting i ledning och styrning samt utveckling av vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättning. Handlingsplanen kommer också att utgöra underlag för förbundets arbete med att skapa bästa möjliga förutsättningar för medlemmarna i utvecklingen av den psykiatriska vården och omsorgen. Handlingsplanen ger inriktningen under 2012-2016. Aktuella aktivitetsplaner utifrån handlingsplanen får tas fram årsvis.

Prioriterade målgrupper och områden

När det gäller inriktningen och arbetet med att stödja förbundets medlemmar i utvecklingen av den psykiatriska vården den kommande kongressperioden ser förbundet behovet av att kraftsamla kring följande två målgrupper:

- **Barn och unga** mellan 0-25 år som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa och sjukdom. Här handlar det om tidiga insatser och förebyggande hälsofrämjande arbete – såväl insatser i första linjen som specialistnivån omfattas.
- **Personer med allvarlig psykisk sjukdom och långvarig psykisk funktionsnedsättning.** För att avgränsa den här målgruppen utgår förbundet från definitionen som Nationell psykiatrisamordning

presenterade under sitt arbete² (se också bilaga 1). Här handlar det om alla åldrar med fokus på dem som har de största behoven och inte sällan också behov av samordnade vård-, stöd- och rehabiliteringsinsatser från flera olika aktörer.

² Vad är psykiskt funktionshinder? Rapport 2006:5, Nationell psykiatrisamordning.

Handlingsplan 2012-2016

Barn och unga

Långsiktigt mål

- **Ett långsiktigt mål för barn och unga mellan 0-25 år är en god psykisk hälsa och goda skolresultat.**

Detta kan uppnås genom att kommuner och landsting kan erbjuda en hälsofrämjande skola och effektiva vård-, stöd- och hjälpinsatser vid psykosocial ohälsa. Strävan ska vara att barns och ungas psykosociala ohälsa ska mötas, bedömas och behandlas utifrån ett biopsykosocialt perspektiv och synsätt. Vidare att barn, unga och deras närstående ska få rätt och adekvat hjälp inom rimlig tid och på rätt vårdnivå.

Inriktningsmål

Arbetet med att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet för barn och unga ska under kongressperioden 2012-2016 aktivt inriktas på följande fyra parametrar:

1. Att minska den psykiska ohälsan hos barn, ungdomar och unga vuxna.
2. Att minska förekomsten av självskadande beteende, självmordsförsök och självmord hos barn, ungdomar och unga vuxna.
3. Att barn och ungdomar som uppvisar tecken på psykosocial problematik eller psykisk ohälsa ska erbjudas och ges extra stöd för att klara skolans mål.
4. Att öka möjligheten för att unga med psykisk ohälsa ska kunna arbeta, studera eller ha meningsfull sysselsättning.

Process- och strukturmål

Medel för att nå inriktningsmålen är att det finns:

- ✓ en skola, hälso- och sjukvård samt socialtjänst som arbetar aktivt med att synliggöra barnens behov och arbetar aktivt med att implementera FN:s konvention om barnets rättigheter,

- ✓ en väl utvecklad mödra-, barn-, ungdoms-, och elevhälsa med kunskap om riskfaktorer för psykisk ohälsa och metoder för att identifiera riskgrupper samt metoder för att ge riktade förebyggande och hälsofrämjande insatser till barn, unga och deras närstående,
- ✓ väl utvecklade verksamheter både i första linjen och på specialistnivå som dels kan möta barn och ungdomar med psykisk ohälsa, dels har kunskap och metoder för att upptäcka, behandla och vårda barn och unga med självskadebeteende, missbruk eller annan svår psykisk ohälsa,
- ✓ väl utvecklade samverkansmodeller och metoder som gör det möjligt att möta, bedöma och behandla unga vuxna med psykosocial problematik utifrån ett biopsykosocialt synsätt.

Personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning

Långsiktigt mål

- **Ett långsiktigt mål är goda levnadsförhållanden inom viktiga livsområden för personer med allvarlig psykisk sjukdom och funktionsnedsättning.**

Genom samordning av olika insatser mellan kommun, landsting, Arbetsförmedling och Försäkringskassan kan allvarliga psykiska, fysiska och sociala konsekvenser minskas hos personer som lider av allvarlig psykisk sjukdom och därigenom säkerställa en bättre kvalitet inom alla livsområden.

Inriktningsmål

Arbetet med att utveckla den psykiatriska vården och omsorgen för målgruppen ska under kongressperioden 2012-2016 aktivt inriktas på följande fyra parametrar:

1. Att minska risken för förtida död hos målgruppen, orsakad av somatisk sjukdom och/eller självmord.
2. Att minska behovet av tvångsåtgärder och förbättra patientens upplevelse vid tvångsåtgärd inom den psykiatriska heldygnsvården.
3. Att öka patient- och brukarinflytande inom vården och omsorgen såväl på organisations- och verksamhetsnivå som på det individuella planet.
4. Att öka andelen som har meningsfull sysselsättning och höja arbets- och sysselsättningsgraden för målgruppen.

Process- och strukturmål

Medel för att nå inriktningsmålen är att:

- ✓ det finns kompetens och god kunskap inom primärvården, specialistpsykiatri och den kommunala hälso- och sjukvården om lång-

variga psykiska funktionsnedsättningar och dess konsekvenser samt om betydelsen att behandla somatisk sjukdom hos personer tillhörande målgruppen,

- ✓ det finns utvecklade integrerade och teambaserade behandlingsmodeller för personer med komplexa och svåra vårdbehov,
- ✓ det finns integrerade mottagningar alternativt väl fungerande samverkan inom sjukvården och mellan sjukvården och socialtjänsten kring missbruks- och beroendevård,
- ✓ landsting och kommuner har implementerat och arbetar efter aktuella och förekommande nationella riktlinjer.

Tio framgångsfaktorer för en förbättrad psykisk hälsa

Förutom inriktningen i utvecklingen av vården för respektive målgrupp finns det, med tydligt fokus på samverkan och samordning, ett antal generellt viktiga framgångsfaktorer för att förbättra den psykiska hälsan och åstadkomma konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning. Följande tio faktorer kan framhållas som särskilt viktiga:

1. Att det finns lättillgänglig information och stöd för egenvård och behandling i olika former och anpassad efter olika målgruppers behov, att den är av god kvalitet och har anknytning till den lokala vården och omsorgen.
2. Att det finns skriftliga samarbetsöverenskommelser som tydliggör ansvarsfördelningen inom och mellan kommun och landsting.
3. Att det finns vårdprogram, riktlinjer och rutiner för att säkerställa att alla vård- och stödinsatser som erbjuds och ges är i överensstämmelse med aktuell kunskap och beprövad erfarenhet samt anpassade efter olika grupperns speciella behov.
4. Att alla patienter och brukare som har behov av insatser från båda huvudmännen ska erbjudas en individuell plan.
5. Att landsting och kommuner har rutiner för samordnad vårdplanering och informationsöverföring samt att det finns system för att säkra att rutinerna efterlevs.
6. Att hälso- och sjukvårdsverksamheter använder sig av och registrerar i aktuella och förekommande psykiatriska kvalitetsregister.
7. Att det utvecklas grunddata och kvalitetsindikatorer i syfte att få till stånd en regelbunden och systematisk uppföljning av psykiatrins och socialtjänstens verksamheter för det psykiatriska området.
8. Att det finns en ändamålsenlig kunskap och kompetens inom samtliga vårdnivåer och att det sker ett aktivt arbete med att rekrytera

läkare, specialistsjuksköterskor, legitimerade psykoterapeuter och psykologer till den specialiserade psykiatrin.

9. Att kommun och landsting arbetar aktivt med att synliggöra och ta tillvara patienternas, brukarnas och anhörigas kunskap, synpunkter och erfarenheter, såväl på individnivå som på verksamhets- och enhetsnivå, samt stärka stödet till anhöriga och närstående.
10. Att det lokalt och regionalt finns en organisation och struktur för samordnad arbetsinriktad rehabilitering mellan landstinget, kommunen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Strategier och aktiviteter för att stödja utvecklingen

SKL ska stödja kommuner och landsting i utvecklingen av vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättning. För att skapa de bästa förutsättningarna i det arbetet under den kommande kongressperioden kommer följande fem strategier och aktiviteter att vara särskilt viktiga:

1. **Omtag när det gäller särskilda statliga satsningar 2012-2014:** Kan fungera som en katalysator med prestationsbaserade stimulansmedel till kommuner och landsting med årliga målnivåer som stödjer en långsiktig utveckling. Förbundet får en viktig roll i att stödja kommuner och landsting att utveckla den psykiatriska välfärden inom ramen för dessa satsningar.
2. **Utvecklingsstöd:** Förutom sedvanligt linjearbete med intressebevakning, utvecklingsarbete bl.a. utifrån prioriterade frågor och medlemservice från SKL:s sida är det viktigt att myndigheter och organisationer ges ett tydligt uppdrag för kunskapsstöd, uppföljning och datahantering samt framtagande av verktyg och hjälpmedel för att stödja utvecklingen. Vidare är det viktigt med fortsatt utveckling och användning av exempelvis psykiatriska kvalitetsregister, öppna jämförelser, väntetidsrapportering.
3. **Lagar och regelverk:** Det är viktigt att det finns ett regelverk som stärker den enskildes rättigheter och tydliggör ansvarsfördelningen mellan olika myndigheter och huvudmän samt att det stödjer förbundets medlemmar i att tillgodose behovet av god vård och socialtjänst. SKL har en viktig uppgift att bevaka, skapa opinion och agera kraftfullt för att de lagar och regelverk som finns är ändamålsenliga och stödjer en fortsatt utveckling.
4. **Personal- och kompetensförsörjning:** Förbundet ska stödja medlemmarna i personal- och kompetensförsörjningsfrågor, framför allt när det gäller rekrytering inom områden där det finns stora brister. Förbundet har också en stor uppgift att påverka kraftfullt att de utbildningar som bedrivs på universitet och högskolor är av hög kvalitet, tillräcklig mängd och ger dem som studerar adekvat kunskap

och kompetens för att tillgodose kommunernas och landstingens behov.

5. **Kunskaps- och forskningsutveckling:** Förbundet ska verka för att det sker en ökad grund- och klinisk forskning inom det psykiatriska fältet samt verka för att stärka sambandet mellan vården och universiteten avseende kunskaps- och forskningsutveckling.

Bilaga 1: Bakgrund och faktabeskrivning

Den psykiska ohälsan i Sverige

Den svenska välfärden är bland de högsta i världen och befolkningens folkhälsa har avsevärt förbättrats i de flesta avseenden men inte när det gäller vår psykiska hälsa. Psykisk ohälsa är svårdefinierad och svår att mäta men de senaste folkhälsoundersökningarna tyder, med undantag av psykossjukdomarna, på en markant ökning av den självrapporterade psykiska ohälsan. Utvecklingen har skett sedan 1990-talet och fortsatt under 2000-talet och den största ökningen märks bland kvinnor i åldersgruppen 16-34 år. Parallellt med att den självrapporterade psykiska ohälsan har ökat bland unga vuxna, finns också data på att gruppen i allt större utsträckning vårdas inom den psykiatriska slutenvården, framför allt för depressions- och ångestproblematik samt självmordsförsök. Den samtida ökningen av den självrapporterade ökningen och konsumtionen av psykiatrisk slutenvård bland unga talar för att ökningen inte kan avfärdas med att det enbart skulle vara ett uttryck för ökad benägenhet bland unga att rapportera psykiska symtom och besvär.³ Psykiatriska diagnoser är idag 2012 den vanligaste bakomliggande orsaken till sjukskrivning och frånvaro från arbetsmarknaden⁴.

Något som uppmärksammas mycket de senaste åren är de neuropsykiatriska diagnoserna (ADHD och autismspektrumtillstånd (AST)). Antalet personer som får sådana diagnoser har ökat kraftigt de senaste decennierna. Det finns därav en oro att normala utvecklingsproblem medikaliseras och att diagnosen får en styrande effekt på resurstilldelningen t.ex. i skolan. Bland barn i skolåldern har prevalensen av ADHD uppskattats till 3–10 procent beroende på hur man tillämpar diagnostiken. Cirka 3–4 procent av den vuxna befolkningen beräknas ha ADHD och av de patienter som vårdas inom vuxenpsykiatri beräknas andelen med diagnosen ADHD vara ännu större. Mycket talar också för att en betydande andel av personer inom

³ Folkhälsorapport 2005, 2009. Socialstyrelsen; Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet. Delrapport 2011, Socialstyrelsen.

⁴ <http://statistik.forsakringskassan.se/portal/page/portal/intstat/sjf/sjfall/diag/Pagsjukfall>

kriminalvården har en underliggande ADHD-problematik. För autismspektrumtillstånden hos barn visar senare epidemiologiska studier på att förekomsten i västvärlden är cirka 0,6–1,0 procent. Vad gäller förekomsten hos vuxna med autismspektrumtillstånd finns studier som talar för en förekomst på cirka 1 procent⁵.

EU-perspektivet

Även på EU-nivå är psykiatrifrågor uppmärksammade och siffror från 2005 säger att mer än 27 % av den vuxna europeiska befolkningen beräknas utveckla någon form av psykisk ohälsa under loppet av ett år. I och med den *Grönbok* som släpptes 2005 har arbetet fortsatt mot en strategi för psykisk hälsa i Europeiska unionen. Ett av stegen var att skapa en europeisk pakt för psykisk hälsa och välbefinnande vilken tog fram fem prioriterade områden:

- Arbete för att förebygga depressioner och självmord.
- Psykisk hälsa hos ungdomar och inom utbildningen.
- Psykisk hälsa på arbetsplatsen.
- Psykisk hälsa hos äldre.
- Arbete mot stigmatisering och social utslagning.

Långtidseffekter av en utbredd psykisk ohälsa

Att främja bättre psykisk hälsa och motverka den ökande psykiska ohälsan är utifrån ett folkhälsoperspektiv en av sociala välfärdens största utmaningar. Förutom ett stort mänskligt lidande för den som drabbas av psykisk ohälsa och sjukdom, och deras närstående, får det också långsiktigt mycket negativa effekter på hela vårt välfärdssamhälle.

Psykisk ohälsa utgör för många barn och ungdomar ett hinder för att uppnå goda resultat i grundskolan, bli antagna till och/eller fullfölja gymnasieutbildningen, vilket i sin tur gör det svårt att ta sig in på arbetsmarknaden och få ett arbete för att kunna bli självförsörjande. Risken för arbetslöshet och utanförskap är överhängande stor.

Avgränsning av målgruppen

Alla människor som har psykisk ohälsa har inte per definition en psykiatrisk diagnos och alla människor som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos eller störning tillhör inte målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Däremot är förutsättningen för att de svårigheter som medför att en person har en psykisk funktionsnedsättning, att det ska vara en konsekvens av en psykiatrisk diagnos.

⁵ SBU 2012. Om psykiatrisk diagnos och behandling – en sammanställning av systematiska litteraturöversikter.

För att avgränsa målgruppen personer med en psykisk funktionsnedsättning utgår förbundet från definitionen som Nationell psykiatrisamordning⁶ presenterade under sitt arbete.

En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.

Definitionen hänvisar till konsekvenser för individen av den psykiska störningen snarare än diagnosen som sådan. Gruppen är svår att avgränsa men erfarenhetsmässigt utgörs den av personer med:

- schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd
- svåra bipolära syndrom eller långvariga depressioner
- svåra personlighetsstörningar
- svåra neuropsykiatriska tillstånd eller
- med någon av ovanstående i kombination med missbruk och beroende, s.k. samsjuklighet.

Det är svårt att uppskatta målgruppens storlek men en siffra som man brukar hänvisa⁷ till är att 0,7-1,0 % av den vuxna befolkningen beräknas ha en psykisk funktionsnedsättning som föranleder kontakt med sjukvård och/eller socialtjänst. Beräknad utifrån befolkningens mängd per 2011-11-01⁸ skulle målgruppens storlek då vara någonstans mellan 50 000-80 000.

Sammantaget kan vi med en förenklad beskrivning dela upp den stora målgruppen personer med psykisk ohälsa, sjukdom och/eller funktionsnedsättning i följande kategorier:

Personer med

1. upplevd psykisk ohälsa utan att en psykiatrisk diagnos kan konstateras
2. en psykiatrisk diagnos eller med samsjuklighet av flera diagnoser och som inte tillhör målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning
3. en psykiatrisk diagnos eller med samsjuklighet av flera diagnoser och som tillhör målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning.

⁶ Vad är psykiskt funktionshinder? Rapport 2006:5, Nationell psykiatrisamordning.

⁷ Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen.

⁸ Statistiska centralbyrån, <http://www.scb.se>

Behov av vård, stöd och hjälp

En persons behov av stöd och hjälp varierar beroende på art och grad av den psykiska ohälsan samt det aktuella hälsotillståndet men också på ålder och den sociala situationen. Behovet av hjälp kan också variera över tid. Inom målgruppen finns personer som endast har kontakt med någon del av hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, medan andra personer, t.ex. de som har en psykisk funktionsnedsättning till följd av den psykiatriska diagnosen, kan ha mer komplexa vårdbehov och behöva samtida insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För att den sistnämnda gruppen ska få sina behov tillgodosedda är det viktigt att de olika vårdaktörerna samverkar med varandra och att samordning av insatser sker. Vidare är det viktigt med informationsöverföring mellan olika förvaltningar inom respektive huvudman och mellan huvudmännen.

Utifrån Socialstyrelsens regeringsuppdrag⁹ ”Utveckling av grunddata och kvalitetsindikatorer samt förbättring av verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet” har tre epidemiologiska studier genomförts som ringar in tre förhållanden som bör vara föremål för särskild uppmärksamhet och uppföljning för den psykiatriska välfärden de närmaste åren:

- Personer med psykisk sjukdom riskerar sämre hälsa och förtida död och får inte lika vård vid somatisk sjukdom.
- Unga personer med psykisk sjukdom vårdas allt oftare inom den psykiatriska slutenvården. Ökningen gäller hela ungdomsgruppen och kan inte enbart förklaras av psykosocialt belastande faktorer.
- Personer som insjuknat i schizofreni har en ekonomiskt utsatt situation och etablerar sig inte på arbetsmarknaden i samma utsträckning.

Förutom en nedsättning av den sociala funktionsförmågan orsakar också den psykiatriska diagnosen inte sällan en nedsättning i den kognitiva funktionsförmågan vilket gör att det kan vara mycket svårt att hantera vardagen. Kunskapen kring såväl behovet av hjälpmedel som kognitiva nedsättningar har utvecklats avsevärt de senaste åren vilket har gjort att det numera finns enkla och effektiva metoder för att få ett stöd i sin vardag genom kognitiva hjälpmedel. Förutom nytta för individen kan även stora ekonomiska besparingar göras genom att hjälpa personen ut i arbetslivet eller att stanna kvar i sysselsättning. Men framförallt minskar behovet av stödinsatser från kommun och landsting, såväl som från anhöriga och närstående. Vad förbundet erfarit är att det finns stora skillnader över landet när det dels gäller kunskap och kompetens kring kognitiva nedsättningar och hjälpmedel, dels tillgänglighet och tillgång till hjälpmedel för den enskilde.

⁹ Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet. Delrapport 2011, Socialstyrelsen.

Bilaga 2: Möjligheter och utmaningar

En mer jämlik och jämställd vård och omsorg

SKL har under de senaste åren arbetat för en bättre jämlikhet och jämställdhet inom olika välfärdsområden. Under 2012 är exempelvis ”Jämlika välfärdstjänster” en av förbundets 12 prioriterade frågor¹⁰. De senaste årens fokusering och arbete för en mer jämlik hälsa och vård har gett avtryck, då man kan se en positiv utveckling hos flera aktörer, inklusive myndigheter och flera landsting. Men fortfarande är vården ojämlig för flera grupper.

Mångfaldsperspektivet

Mångfaldsperspektivet innebär att all verksamhet beaktar och tillvaratar likheter och olikheter när det gäller könsidentitet, ålder, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder och sexuell läggning. Psykiatrin, precis som andra vård- och omsorgsverksamheter, behöver inta ett mer normkritiskt perspektiv, d.v.s. få en förståelse och medvetenhet för de personer som inte ingår i den norm som råder inom den specifika verksamheten.

Bättre samverkan mellan huvudmännen

Psykiatrins målgrupper hör inte sällan till de grupper där samverkan är nödvändig. De har ofta behov av insatser från flera aktörer och samverkan är därav nödvändig för att åstadkomma goda resultat och för ett mer effektivt gemensamt resursanvändande.

Även om det alltså finns brister inom många områden när det gäller samverkan finns det tecken på förbättringar. En del av de förbättringar som kan nämnas är t.ex. att det tillkommit fler samverkansavtal och överenskommelser mellan huvudmännen vilket förefaller vara en följd av den tydligare lagstiftningen som började gälla i både HSL och SoL fr.o.m. 2010. Olika former av nationella satsningar, regionala och lokala samverkansprojekt har

¹⁰ http://www.skl.se/vi_arbetar_med/prioriteringar2012

också bidragit till den positiva utvecklingen, t.ex. samverkan kring barn och unga.

Erfarenheterna från det nationella utvecklingsarbetet inom missbruks- och beroendevården *Kunskap till praktik* visar att integrerade mottagningar där man erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst under ett och samma tak har visat sig vara framgångsrika. Sådana mottagningar ger bra förutsättningar för samordning av samtidiga insatser till personer som behöver det och har ofta ett brett utbud att erbjuda av stöd- och behandlingsinsatser.

De brister i samverkan som uppmärksammas beror inte sällan på att det råder oklarheter om vilken huvudman som ansvarar för vad. Detta försvårar samverkan mellan olika aktörer, t.ex. när det gäller barn och ungdomar. Även när det gäller de lagstadgade kraven på upprättande av individuella planer för enskilda som behöver insatser från båda huvudmännen finns utrymme för förbättringar.

För ökad effektivitet, kortare väntetider och minskat glapp mellan olika vård- och stödinsatser är det viktigt att skapa kontinuitet i vårdkedjan. Här är det viktigt att samverkan mellan olika aktörer kring den enskildes behov fungerar och att det finns rutiner för samordnad vårdplanering och informationsöverföring mellan slutenvård och öppenvård samt mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, t.ex. vid in- och utskrivning vid psykiatrisk slutenvård. Vidare krävs att samverkan och ansvarsfördelningen fungerar mellan den specialiserade psykiatrin och primärvården, mellan allmänpsykiatrin och rättspsykiatrin samt i övergången mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin.

Behovet av samverkan kommer att växa och bli ännu större i framtiden i takt med att sjukvården och socialtjänsten blir alltmer specialiserad. Därtill får läggas en utveckling mot fler utförare inom vård- och omsorgssektorn. Behovet av fungerande och effektiv samverkan kommer också att öka som en följd av den demografiska utvecklingen med allt fler äldre bland våra vårdtagare.

Organisation, kultur, ekonomi, regelverk och styrning är de viktigaste faktorerna som både utgör hinder och möjligheter för en välfungerande samverkan. Utvecklingen mot mer specialiserade enheter med mer eller mindre fristående budgetansvar riskerar att varje verksamhet ser till sina egna intressen och inte tar ansvar för helheten. Det kan i praktiken innebära att en aktör, av ekonomiska skäl, avstår från att sätta in förebyggande och tidiga insatser med den konsekvensen att en annan del av välfärdssektorn kan få betydligt större utgifter för samma individ längre fram i vårdkedjan. Ett sådant ”stuprörstänkande” riskerar att missgynna personer med komplexa vårdbehov som har behov av insatser från flera huvudmän. Goda exempel på att hantera den verkligheten och skapa möjligheter istället för att se hindren är t.ex. kommuner där man avsatt medel för s.k. sociala investeringar. I de kommuner där man provat metoden har man avsatt en del av sitt över-

skott till en särskild fond för sociala investeringar. Det handlar inte om någon engångsinsats utan om att styra om resursanvändningen över tid så att ett nytt förhållningssätt kan få fäste, med ett större fokus på tidiga och förebyggande insatser. Sociala investeringar kan vara ett sätt att minska kommunens kostnader i framtiden samtidigt som mänskliga vinster uppnås. Sociala investeringar är ett verktyg för ekonomisk styrning som förbundet ser positivt på och följer med stort intresse.

Fler blir äldre

Den demografiska utvecklingen de kommande åren innebär att allt fler män och kvinnor blir äldre och kommer att behöva insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Det innebär också att populationen äldre med psykisk ohälsa kommer att öka vilket kommer att ställa särskilda organisations- och kompetenskrav på båda huvudmännen. Många äldre med psykisk ohälsa felbehandlas eller underbehandlas t.ex. vid depressioner vilket markant ökar risken för självmord. Psykisk ohälsa bland äldre är således ett område som mer behöver uppmärksammas.

Förbättrad kvalitetsuppföljning

Utvecklingen av verktyg och metoder för att säkerställa kvalitet inom sjukvården och socialtjänsten är ett prioriterat arbete. Öppenhet med möjlighet att göra olika jämförelser är nödvändigt för att vårdkvaliteten ska utvecklas och förbättras samt en förutsättning för att den enskilde patienten/brukaren ska ha möjlighet att kunna jämföra vårdkvalitet, upplevd kvalitet och servicenivå. Det är också viktigt för att förbundet utifrån huvuduppdraget ska kunna påverka utvecklingen av den psykiatriska vården och omsorgen i syfte att förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. I syfte att få till stånd en regelbunden och systematisk uppföljning av psykiatrins och socialtjänstens verksamheter för målgruppen är SKL delaktiga i ett nationellt pågående arbete med att utveckla grunddata och kvalitetsindikatorer samt förbättra verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet. Målet med det arbetet är att lägga grunden till ett varaktigt och utvecklingsbart nationellt uppföljningssystem. Satsningen på att utveckla och öka användningen av de psykiatriska kvalitetsregistren är vidare ett exempel som bidrar till en förbättrad kvalitetsuppföljning.

Patientsäkerhet, vårdskador och missförhållanden

Arbetet för en säkrare hälso- och sjukvård är en av förbundets prioriterade frågor under 2012 och utgår från en nollvision av antalet undvikbara skador i vården. Efter att den nya patientsäkerhetslagen började gälla fr.o.m. 1 januari 2011 kan det konstateras att både patienter och vårdpersonal i allt högre utsträckning anmäler skador i vården vilket är en positiv utveckling för en säkrare hälso- och sjukvård¹¹.

¹¹ http://www.skl.se/vi_arbetar_med/prioriteringar2012/minska-vardskadorna

Med stöd av lagstiftning har den psykiatriska hälso- och sjukvården rätt att med tvång vårda och behandla personer som utifrån en medicinsk bedömning har en allvarlig psykisk störning. Det ställer särskilda krav på den psykiatriska sjukvården och rättssystemet vad gäller patient- och rättssäkerhet. Det ställer också särskilda krav på dem som arbetar inom den psykiatriska slutenvården att tvångsvården sker med respekt för patientens självbestämmande och integritet. Brister som uppmärksammas när det gäller tvångsvården är att det förekommer frihetsberövanden utan lagstöd, felaktig begäran om polishandräckning, otillåtna tvångsåtgärder, otillåtet förfarande kring tvångsåtgärder som fastspänning och avskiljande samt avsaknad av aktuella och relevanta vårdplaner. Förbundet ser att bristerna till viss del kan kopplas till bristande kunskaper inom den specialiserade psykiatriska vården vilket bekräftar vikten av förbättringsarbete som exempelvis ”Bättre vård – mindre tvång” som syftar till att minska tvångsåtgärderna inom den psykiatriska heldygnsvården. Genom de aktiviteter som genomförts inom ramen för det förbättringsarbetet har förbundet erfarit att det behövs ökade kunskaper inom framför allt etik och juridik.

Andra brister med bäring inom patientsäkerhet är att suicidriskbedömningar görs i alldeles för liten omfattning. Bristen på suicidriskbedömningar är särskilt oroande inom primärvården, där man behandlar många patienter med depression där risken för suicid ofta hör till sjukdomsbilden.

Frågor kring patientsäkerheten måste således ständigt vara i fokus inom det psykiatriska vårdområdet; det är att likna vid ett ständigt pågående och icke avstannande förbättringsarbete.

Bemötande, delaktighet och inflytande

De senaste årens fokus på ökat brukar- och patientinflytande har varit mycket positivt och medfört att den psykiatriska vården och omsorgen inklusive missbruks- och beroendevården har tagit ett stort steg framåt när det gäller de frågorna. Det finns dock förbättringar att göra. Sammanställningar från inkomna anmälningar till landstingens patientnämnder visar att de flesta ärenden som rör psykiatri handlar om klagomål på bemötandet. Det bekräftas också av de nationella patientenkätundersökningar som genomförts inom hälso- och sjukvården, där den psykiatriska slutenvården får sämst omdöme med drygt 50 procent av de tillfrågade som anger att bemötandet är dåligt. Även om svarsfrekvensen är låg måste resultaten beaktas. Utlandsfödda personer tenderar att skatta bemötandet sämre än andra grupper. Personer som haft kontakt med den psykiatriska vården upplever sig inte sällan diskriminerade och orättvist behandlade på olika sätt på grund av sin psykiska ohälsa.

En god vård ska genomföras i samråd med patienten och med respekt för hans eller hennes självbestämmande och integritet. Att säkerställa och öka den enskilde patientens/brukarens inflytande och delaktighet i och information om beslut om sin psykiatriska vård och behandling är en stor utmaning.

Förbättrad tillgänglighet

De senaste årens satsningar på ökad tillgänglighet, där SKL haft en mycket aktiv del, har gett goda resultat. De prestationsbaserade stimulansmedel som betalats ut till landstingen har gjort att väntetiderna och köerna minskat. Men i takt med att den psykiska ohälsan ökar i samhället ligger det en stor utmaning i att fortsätta arbeta för att öka tillgängligheten till såväl hälso- och sjukvård som social tjänst för personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning.

Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten

Kunskapen om sociala insatser och arbetsmetoders resultat för personer som behöver stöd från socialtjänsten är otillräcklig. När det gäller specifikt målgruppen personer med psykiska funktionsnedsättningar finns det ett stort behov av kunskapsutveckling och mer forskning. För att åstadkomma en långsiktig hållbar utveckling kraftsamlar nu regeringen och SKL för att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Målet är att brukarna ska få ta del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap.

Arbete, sysselsättning och övriga sociala insatser

Arbetslinjen gäller också för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Den psykiska ohälsan utgör dock för många ett alltför stort hinder för att komma in på eller ta sig tillbaka till arbetsmarknaden. Inte minst gäller det målgruppen unga vuxna vilket bekräftas av det stora antalet unga som har aktivitetsersättning p.g.a. psykiska skäl. Särskilda svårigheter att bistå med rehabiliteringsinsatser upplevs med den gruppen som har neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller misstänks ha. Att ta sig in på arbetsmarknaden för en ung vuxen försvåras ytterligare av att den psykiska ohälsan inte sällan också varit ett hinder för att nå kunskapsmålen i skolan och fullfölja gymnasieutbildning.

Personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning står i regel långt från arbetsmarknaden och flera undersökningar gör gällande att det är den gruppen bland dem med olika funktionsnedsättningar som är sysselsatta i lägst utsträckning.

För att enskilda personer med nedsatt arbetsförmåga p.g.a. psykisk sjukdom och funktionsnedsättning ska få tillgång till det sammansatta stöd de behöver för att kunna få och behålla ett arbete krävs att kommuner och landsting också har en väl upparbetad samverkan och samarbete med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan¹².

¹² Samordna rehabiliteringen för personer med psykisk funktionsnedsättning: [http://www.skl.se/vi-arbetar-med/arbetsmarknad-och-sysselsattning/nyheter I/samordna-rehabiliteringen](http://www.skl.se/vi-arbetar-med/arbetsmarknad-och-sysselsattning/nyheter/I/samordna-rehabiliteringen)

De traditionella formerna för sysselsättning och daglig verksamhet som ofta erbjuds målgruppen kan behöva kompletteras med mer individuella lösningar där stödet till individen är baserat på egna val och preferenser. Stödet till den enskilde ges av särskilda specialister på arbetsrehabilitering och ska vara en väl integrerad del av det samhällsbaserade psykiatriska stödsystemet.

Olika former av boendestöd är idag väl utbyggt i kommunerna och erbjuds målgruppen vardagar. Däremot erfar förbundet att stödet efter kontorstid och helger inte är lika utbyggt. Inte sällan avstår också den enskilde från att ta emot boendestöd, även om det står klart att behov föreligger, för att insatsen är avgiftsbelagd; vilket kan vara ett dilemma för kommunerna i strävan att ge en person med funktionsnedsättning erforderligt stöd å ena sidan, och det egna ansvaret hos individen över sin boendesituation, ekonomi m.m. å andra sidan. Många kommuner har väl utvecklade boendelösningar för målgruppen men från brukarorganisationerna anges att det behöver utvecklas fler och mer varierade boendelösningar för målgruppen.

Kommunernas förutsättningar och förmåga att tillgodose målgruppens behov varierar inte minst beroende av storlek. Det är naturligtvis lättare för stora kommuner att erbjuda olika former av sociala insatser och att ha egna verksamheter inom t.ex. boende och sysselsättning som svarar upp mot enskildas behov jämfört med småstads kommuner med mindre antal olika verksamheter, färre antal personer tillhörande målgruppen, mindre budget m.m. Det finns därför enligt förbundets bedömning stora möjligheter till kvalitets- och effektivitetsvinster när flera kommuner samarbetar om olika lösningar.

Personal- och kompetensförsörjning

Tillgången på kompetent personal är avgörande för att verksamheterna ska kunna ge patienterna och brukarna den vård och omsorg som de har behov av. Många anställda inom psykiatrisk verksamhet har en relativt sett hög medelålder och inom en snar framtid ökar rekryteringsbehoven för att ersätta all personal med lång yrkeserfarenhet som går i pension. Men det finns även ett stort rekryteringsbehov redan idag då det råder brist på flera yrkeskategorier inom den specialiserade psykiatrin. Parallellt med det stora rekryteringsbehovet ser också SKL ett stort behov av att öka intresset för att arbeta inom psykiatrisk vård och omsorg och att behålla och utveckla redan anställda vilket är en stor utmaning.

Hälso- och sjukvården

När det gäller läget inom den specialiserade psykiatrin är det stora svårigheter att rekrytera psykiatriker. Behovet av specialistsjuksköterskor, legitimerade psykoterapeuter och psykologer med KBT-inriktning är också stort. Inom vissa geografiska regioner är det synnerligen svårt vilket leder till stora variationer mellan olika landsting i tillgången till personal med specialistkompetens för patienter med psykisk ohälsa.

Av intresse för psykiatri är också rekryteringen av kompetens till primärvården. Förutom specialister inom allmänmedicin finns också ett behov av att generellt höja den psykosociala kompetensen utifrån primärvårdens ansvar i att vara 1:a linjens psykiatri.

Socialtjänsten

Kommunerna satsar alltmer på personalens kompetens och erbjuder såväl kompetensutveckling som handledning till personal som ger stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning. Många kommuner har dessutom tagit fram fleråriga kompetensutvecklingsplaner.

Mer och fördjupad kunskap efterfrågas inom områden som t.ex. missbruks- och beroendeproblematik och neuropsykiatriska diagnoser eftersom dessa målgrupper kommit att bli mer aktuella inom exempelvis boendestöd. Inom särskilda boendeformer, där kommunen också enligt lagen har ett hälso- och sjukvårdsansvar, har förbundet erfarit att kommunerna behöver ha en högre kompetens när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor.

Något som påtalats av såväl förbundet och dess medlemmar som Svenska Psykiatriföreningen för Skötare, Socialstyrelsen, fackförbundet Kommunal och NSPH är att det saknas en nationell grundutbildning för baspersonal inom såväl landsting som kommun. Man ser behovet av en utbildning som är baserad på en nationell kursplan på eftergymnasial nivå. Det ger en tydlig och enhetlig kompetens som gör att utbildningen blir gångbar i hela landet. Det ger också möjligheten att säkerställa att nivån på utbildningen är av god kvalitet vad gäller såväl den teoretiska som verksamhetsförlagda delen.

Kunskaps- och forskningsutveckling

Kunskapsutvecklingen inom området är stort och vi har idag tillgång till fler vetenskapligt beprövade metoder för olika psykiatriska tillstånd jämfört med tidigare. Men alltså finns det stora kunskapsluckor och det behövs mer forskning för att veta hur samhället ska kunna hjälpa personer med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar på bästa sätt. Men det handlar inte enbart om huvudmannaskap, ideologi och pengar. Sambandet mellan vården och universitetet behöver stärkas både avseende grundforskning och klinisk forskning.

En långsiktig gemensam handlingsplan för psykisk hälsa

Inom Sveriges Kommuner och Landsting kongressperioden 2012-2016

I november 2011 fick SKL uppdraget av den ordinarie kongressen att ta fram en långsiktig gemensam handlingsplan för psykiatri, där samverkan mellan huvudmännen ska utgöra en central beståndsdel.

Föreliggande handlingsplan utgör resultatet av det uppdraget och omfattar det gemensamma uppdrag som landsting, regioner och kommuner har när det gäller att erbjuda hälso- och sjukvård samt socialtjänst till personer med psykisk ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättning.

Handlingsplanen anger inriktningen på arbetet under den kommande kongressperioden och det övergripande målet är att skapa en långsiktig struktur för att stödja kommuner och landsting i ledning och styrning samt utveckling av den vården och omsorgen för de nämnda målgrupperna.

Upplysningar om innehållet och distribution
Mikael, Malm, mikael.malm@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2012
ISBN: 978-91-7164-817-4
Text: Mikael Malm
Tryck: ABA Kopiering AB

Ladda ner på
www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/overenskommelse/handlingsplan-2012