

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Socialstyrelsens lägesrapport 2024

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2024-9-9223

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, september 2024

Förord

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag av regeringen att i nära samverkan följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa. Uppdraget har förlängts från 2020–2023 till att även omfatta 2024 års överenskommelse om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Myndigheterna ska följa utvecklingen och utvärdera resultaten av insatserna i regioner och kommuner i förhållande till de syften och den inriktning som anges i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020, om insatser för att stärka psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa. Vidare ska myndigheterna stödja regionerna och kommunerna i deras arbete med att genomföra insatserna. Lägesrapporter ska lämnas till Regeringskansliet årligen. Uppdraget ska slutredovisas i juni 2025.

Denna lägesrapport är den femte inom uppdraget och innehåller en redovisning av Socialstyrelsens arbete med att följa, utvärdera och stödja de insatser som genomförs inom ramen för överenskommelsen. Rapporten, tillsammans med Folkhälsomyndighetens lägesrapport, ligger till grund för de slutsatser som myndigheterna presenterar i den gemensamma promemorian. Projektledare för arbetet har varit utredarna Fanny Larsdotter och Ylvali Porander, som tillsammans med utredarna Jenny Åström Reitan och Asmir Hajdarevic har utgjort projektets arbetsgrupp. Flera andra medarbetare vid myndigheten har medverkat i arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Eva Wallin.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	6
Många insatser har ett tydligt fokus på tidiga insatser mot kriminalitet och normbrytande beteende	6
Patient-, brukar- och anhöriginflytandet behöver stärkas inom flera områden och särskilt för målgruppen barn och unga	7
Behov av samverkan och delaktighet i psykiatrisk traumavård	7
Ökade behov av tillgänglighet medför prioriteringar	8
Samverkan är alltjämt en prioriterad men utmanande del av arbetet inom psykisk hälsa	8
Fortsatt arbete inom uppdraget	9
Förkortningar	10
Inledning	11
Uppdraget	11
Överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa 2023	11
Gemensam promemoria och två lägesrapporter	12
Begreppsanvändning	13
Nationell strategi psykisk hälsa och suicidprevention	14
Agenda 2030	14
Metod.....	15
Att stödja genom uppföljning, utvärdering och riktade stödinsatser	15
Riktade stödinsatser	18
Uppföljning av 2023 års insatser.....	19
Främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri - prioriterat område 2.....	19
En mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet - prioriterat område 3	28
En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg - prioriterat område 4	37
En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen - prioriterat område 5	50
En förstärkt psykiatrisk traumavård - prioriterat område 7	58
Lärande exempel.....	66
Fortsatt uppföljning inom uppdraget	79
Utvärdering för att stödja och lära	80

Lärande utvärdering	80
Programutvärdering	164
Riktade stödinsatser	165
Stöd inom inflytande och delaktighet	165
Fortsatta stödinsatser	165
Diskussion och sammanfattande iakttagelser	166
Referenser	172
Bilaga 1. Tabeller	174
Bilaga 2. Metod lärande utvärdering	177
Om lärande utvärdering	177
Metodbeskrivning för system- och verksamhetsperspektiv	179
Metodbeskrivning för intervjuer med unga och vårdnadshavare	180
Referenser	185
Bilaga 3. Metod i statistiska analyser	186

Sammanfattning

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa. Myndigheterna ska gemensamt följa utvecklingen och utvärdera resultaten av insatserna inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Myndigheterna lämnar för 2024 en gemensam promemoria och varsin lägesrapport. Detta är Socialstyrelsens lägesrapport.

I årets lägesrapport ligger tyngdpunkten på uppföljning och utvärdering. I uppföljningen analyseras de insatser som regioner och kommuner, separat och gemensamt inom länen, genomfört med stöd av medel från överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention år 2023. I lägesrapporten redovisas också fyra lärande utvärderingar som myndigheten har genomfört inom ramen för uppdraget. I utvärderingarna har ett individperspektiv inkluderats för att fånga ungas och vårdnadshavares erfarenheter av genomförda insatser.

Socialstyrelsens har gjort följande huvudsakliga iakttagelser:

Många insatser har ett tydligt fokus på tidiga insatser mot kriminalitet och normbrytande beteende

Ett fynd i årets uppföljning är att det är vanligt med insatser som uttalat riktar sig till individer, främst unga, med koppling till kriminalitet och normbrytande beteende. Insatserna fokuserar exempelvis på att utveckla insatser eller införa nya arbetssätt – ofta i samverkan med andra aktörer – för att såväl främja psykisk hälsa som motverka normbrytande beteende, kriminalitet oc

Oh rekrytering till kriminella gäng. Ett annat vanligt exempel är olika utbildningsinsatser för personal och verksamhet. Utbildningarna kan syfta till att öka kunskapen om målgruppen och metoder inom brottsförebyggande arbete, men även till att sprida kunskap och information till samarbetsaktörer, anhöriga och allmänheten. Insatserna återfinns inom flera områden i enkätredovisningarna, men främst bland kommunernas arbete där ungefär var tionde insats inom området *en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg* har detta fokus. Resultatet kan kopplas till kommunernas ansvar för såväl skola som socialtjänst. Kommunerna har dessutom sedan juli 2023 ett lagstadgat ansvar för brottsförebyggande arbete. Inom det brottsförebyggande arbetet har Socialstyrelsen flera kunskapsstöd för

kommunernas arbete och myndigheten har också ett pågående arbete med sociala förstärkningsteam.

Patient-, brukar- och anhöriginflytandet behöver stärkas inom flera områden och särskilt för målgruppen barn och unga

I likhet med tidigare år ser Socialstyrelsen att barn och unga fortsatt inte är målgrupp för patient-, brukar- och anhöriginflytande i samma utsträckning som övriga åldersgrupper. Inom området *en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen* är barn- och unga 0–17 år målgrupp i endast 19 procent av insatserna, vilket är en minskning från föregående år då den var 29 procent. Effekterna som redovisas inom området handlar framför allt om ökad kompetens, men Socialstyrelsen observerar också effekter i form av förbättring för patienter och brukare eftersom insatser bland annat lett till en mer personcentrerad vård.

Delaktighet och inflytande i den egna vården är ett tema som även återfinns i de lärande utvärderingarna. Resultaten från intervjuer med barn, unga och vårdnadshavare visar att de ser det som viktigt att kunna framföra förslag och att bli lyssnad på. Ytterligare en aspekt som Socialstyrelsen har observerat i intervjuerna är vikten av tydlig information och planering för barnet. I intervjuerna finns flera exempel på att detta inte alltid fungerar optimalt.

Årets uppföljning bekräftar tidigare års slutsats om att det finns en bit kvar innan barn och unga inkluderas som målgrupp för inflytandearbete i samma omfattning som övriga åldersgrupper. Socialstyrelsen bedömer därför även i årets lägesrapport att det finns behov av att förstärka barns och ungas roll inom inflytandearbetet.

Behov av samverkan och delaktighet i psykiatrisk traumavård

Redovisningarna inom området *en förstärkt psykiatrisk traumavård* handlar till stor del om kompetensutveckling som riktar sig till den egna personalen och verksamheten. Detta överensstämmer väl med fokus för området i överenskommelsen. Årets uppföljning visar samtidigt att patientmedverkan i insatserna inom området förekommer i mycket liten utsträckning jämfört med flera andra områden. Inom området anger endast 3 av 21 regioner att patient-, brukar- och anhörigorganisationer medverkat i arbetet med

insatserna. Därutöver fokuserar enbart två procent av insatsernas aktiviteter på samverkan. Patientmedverkan och samverkan är förvisso inte särskilt utpekade aspekter inom området i överenskommelsen. Socialstyrelsen bedömer dock att det sannolikt finns omfattande behov av patientmedverkan och samverkan. Dels mellan kommuner och regioner, och dels med patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom området.

Inom området *en förstärkt psykiatrisk traumavård* noteras också att perspektiven hbtqi+ och jämställdhet redovisats av enbart två respektive tre regioner som särskilt framträdande i arbetet. Socialstyrelsen bedömer att båda dessa perspektiv borde ses som särskilt viktiga att arbeta aktivt med inom området en förstärkt psykiatrisk traumavård.

Ökade behov av tillgänglighet medför prioriteringar

Det är vanligt att kommuner och regioner, i enlighet med prioriteringar i överenskommelsen, redovisar insatser med målsättning att på olika sätt öka tillgängligheten till vård och behandling. Till exempel fokuserar vartannat mål inom området *främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri* på att öka tillgängligheten. Ett annat exempel är att en tredjedel av aktiviteterna inom samma område handlar om personal- och resursförstärkning. Det kan exempelvis röra sig om att anställa personal som behövs i utvecklingsarbete samt förstärka eller utöka personalstyrkan inom en verksamhet. Ytterligare ett exempel på sådan resursförstärkning är när stimulansmedel används till att upphandla externa utredningar och behandlingar hos privata vårdgivare.

Sammantaget ser Socialstyrelsen att många regioner har en pågående utmaning kopplat till såväl resurser som tillgänglighet som de aktivt arbetar med att hantera. Samtidigt finns ett behov av långsiktigt utvecklingsarbete för att arbeta i riktning mot en vård med god tillgänglighet i kombination med kontinuitet och personcentrering.

Samverkan är alltjämt en prioriterad men utmanande del av arbetet inom psykisk hälsa

Samverkan, samarbete och samordning är fortsatt prioriterade områden i huvudmännens arbete inom överenskommelsen. Till exempel ses inom området *en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet* att samverkan mellan

kommunerna och regionen varit prioriterat i mycket stor eller ganska stor utsträckning inom 19 av 21 län.

Utmaningarna kopplat till samverkan är dock flera. Resursbrist lyfts som en generell utmaning i de lärande utvärderingarna och kan påverka möjligheterna till att prioritera och arbeta med samverkan. Samtidigt kan en god samverkan på sikt bidra till att resurser utnyttjas mer effektivt. I intervjuer med barn, unga och vårdnadshavare framkommer att det upplevs vara tryggt när samverkan fungerar väl mellan olika verksamheter.

Utmaningar i samverkan handlar också ofta om gränssnitt mellan olika aktörer. I de lärande utvärderingarna handlar gränssnitten ofta om vilken verksamhet barnet eller ungdomen bedöms tillhöra utifrån barnet eller ungdomens behov. En aspekt att ta hänsyn till handlar om personcentrering och en sammanhållen vård och omsorg – där skarpa gränssnitt kan riskera att skapa ett mellanrum och en risk för att patienter och brukare hamnar mellan stolarna. Det kan finnas en utmanande balansgång mellan standardisering (genom exempelvis samverkansöverenskommelser eller vårdförlopp) och personcentrering och individanpassning. För att lyckas med samverkan behövs en god dialog och goda relationer samtidigt som samverkan som enbart förlitar sig på relationer riskerar att bli personberoende.

Sammantaget ser Socialstyrelsen att samverkan är en utmanande del av arbetet inom vård och omsorg. Tydliga strukturer och gränssnitt, i kombination med en god dialog och ett gemensamt ansvarstagande, kan vara några av vägarna framåt.

Fortsatt arbete inom uppdraget

Socialstyrelsen kommer fortsatt att följa och stödja de insatser som genomförs inom ramen för överenskommelsen och i kommande slutredovisning kommer en programutvärdering presenteras.

Förkortningar

Tabell 1. Förkortningar som används i rapporten

Förkortning	Förklaring
Adhd	Attention deficit hyperactivity disorder
BUH	Barn- och ungdomshabilitering
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
FINSAM	Finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser
Hbtqi+	Homosexuella, bisexuella, transpersoner, personer med queera uttryck och identiteter och intersexpersoner
IPS	Individanpassat stöd till arbete
KAA	Kommunernas aktivitetsansvar för ungdomar
KBT	Kognitiv beteendeterapi
NPF	Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
NP-utredning	Neuropsykiatrisk utredning
NSPH	Nationell samverkan för psykisk hälsa
RKPH	Regional koordinering psykisk hälsa i Värmland
SCB	Statistiska centralbyrån
SIP	Samordnad individuell plan
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
TBA	Tillämpad beteendeanalys
UVAS	Unga som varken arbetar eller studerar

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att i nära samverkan följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa. Myndigheterna ska i sitt uppdrag följa utvecklingen och utvärdera resultaten av insatserna i regioner och kommuner i förhållande till de syften och den inriktning som anges i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Därutöver ska myndigheterna stödja regionerna och kommunerna i deras arbete med att genomföra insatserna. Uppdraget omfattade initialt år 2020–2023 men förlängdes genom 2024 års regleringsbrev till att även innefatta år 2024 [1]. Denna lägesrapport är den femte inom uppdraget och slutrapportering kommer att ske 2025.

Överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa 2023

Myndigheternas uppdrag utgår ifrån överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2023. Överenskommelsen har sin grund i regeringens övergripande strategi inom området psykisk hälsa för perioden 2016–2020 och har det övergripande målet att:

- öka tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet och att främja psykisk hälsa och förebygga och motverka psykisk ohälsa och suicid för personer i alla åldrar
- bidra till ökad jämlikhet i hälsa, jämställdhet mellan kvinnor och män och att stärka barnrättsperspektivet i enlighet med barnkonventionen.

Överenskommelsen 2023 innehåller sju prioriterade områden, och stimulansmedlen är fördelade till dessa områden på det sätt som framgår nedan [2].

Prioriterade områden överenskommelsen 2023

1. Utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner (217 mkr till regioner och samt 197 mkr till kommuner).
2. Främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri (377 mkr till regioner samt 150 mkr till regioner och kommuner länsgemensamt, för arbete vid ungdomsmottagningar).
3. En mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet eller omfattande behov (200 mkr till regioner och kommuner länsgemensamt).
4. En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg (100 mkr till regioner och samt 100 mkr till kommuner).
5. En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen (24 mkr till regioner och kommuner länsgemensamt).
6. Ett stärkt och utvecklat suicidpreventivt arbete (200 till regioner och kommuner länsgemensamt).
7. En förstärkt psykiatrisk traumavård (50 mkr till regioner).

Gemensam promemoria och två lägesrapporter

På samma sätt som tidigare år gör Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten årets lägesrapportering genom en myndighetsgemensam promemoria och varsin myndighetsspecifik lägesrapport.

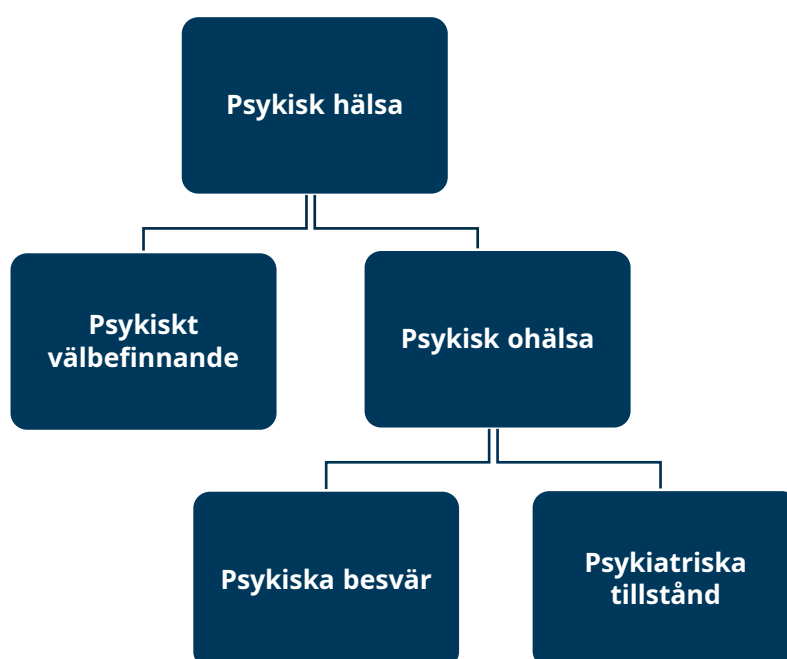
Promemorian innehåller en sammanfattning av huvudsakliga slutsatser med utgångspunkt i kommuners och regioners redovisningar av genomförda insatser 2023 [3]. De myndighetsspecifika lägesrapporterna redovisar myndigheternas analyser, resultat och slutsatser inom uppdraget.

Det här är Socialstyrelsens redovisning av det arbete myndigheten genomfört under 2023 för att följa, utvärdera och stödja regioners och kommuners insatser inom ramen för överenskommelsen.

Begreppsanvändning

I lägesrapporten utgår Socialstyrelsen från en begreppsmodell som tagits fram tillsammans med Folkhälsomyndigheten, SKR och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) [4]. Modellen visar relationen mellan begrepp som beskriver olika aspekter av psykisk hälsa. **Psykisk hälsa** används som ett samlingsbegrepp för både positiva (**psykiskt välbefinnande**) och negativa (**psykisk ohälsa**) dimensioner av psykisk hälsa (figur 1). En individ kan ha aspekter av både positiva och negativa dimensioner av psykisk hälsa på samma gång.

Figur 1. Modell för begreppsanvändning



Psykiskt välbefinnande handlar om psykisk hälsa som en tillgång för både individen och samhället. Det inkluderar förmågor som att kunna balansera positiva och negativa känslor, att känna tillfredsställelse med livet och att utveckla och uppnå sin potential. Begreppet **psykisk ohälsa** omfattar både **psykiska besvär** och **psykiatriska tillstånd**. Psykiska besvär uppstår till följd av påfrestningar och är ofta övergående. Besvären kan vara av varierande allvarlighetsgrad men uppfyller inte kriterierna för en psykiatrisk diagnos. **Psykiatriska tillstånd** innefattar symtom som uppfyller diagnostiska kriterier, såsom **psykiska sjukdomar och syndrom** eller **neuropsykiatriska funktionsnedsättningar**.

Nationell strategi psykisk hälsa och suicidprevention

Den 1 september 2023 redovisade Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten uppdraget att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention till regeringen [5]. I underlaget föreslår myndigheterna visionen för en ny strategi:

”Ett samhälle som främjar en god och jämlik psykisk hälsa i hela befolkningen, och där ingen ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara suicid”

Till visionen kopplas fyra övergripande mål:

- En förbättrad psykisk hälsa i hela befolkningen.
- Färre liv förlorade i suicid.
- Minskad ojämlikhet i psykisk hälsa.
- Minskade negativa konsekvenser på grund av psykiatriska tillstånd.

Agenda 2030

Det aktuella uppdraget knyter an till flera av målen i Agenda 2030 för hållbar utveckling. Hälsa har en central roll i Agenda 2030 som syftar till att uppnå en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar utveckling i världen. Mål 3 handlar om god hälsa och välbefinnande. God hälsa är en förutsättning för att klara skolan, arbeta, leva självständigt och bidra till samhällets utveckling. I mål 3.4 ingår att förebygga och behandla för att minska för tidig död i icke smittsamma sjukdomar och att främja psykisk hälsa och välbefinnande. Utöver detta ses också kopplingar mellan uppdraget och Agenda 2030 på flera andra sätt. Särskilt kan mål 1.3 lyftas, vilket handlar om nationellt lämpliga system och åtgärder för socialt skydd för alla. Ett annat exempel är mål 10 om att minska ojämlikheten inom och mellan länder, och särskilt delmålet om att möjliggöra och verka för att alla människor – oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning – blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet.

Metod

Att stödja genom uppföljning, utvärdering och riktade stödinsatser

I detta kapitel beskrivs de centrala metoder som Socialstyrelsen använder inom ramen för uppdraget. Myndigheten har en stödjande ansats i arbetet med samtliga delar av uppdraget. Den stödjande ansatsen beskrivs utförligare i respektive delkapitel.

Socialstyrelsen använder verksamhetslogik som ett övergripande metodologiskt ramverk för analys inom uppdraget. Att använda verksamhetslogik innebär att skapa möjligheter att beskriva samband mellan redovisade aktiviteter, målen med aktiviteterna och deras resultat. Syftet med verksamhetslogik är att beskriva

”hur olika händelser och skeden förmodas hänga samman, från mål och resurser till verksamhet och från verksamhet till prestationer och effekter” [6].

Verksamhetslogik kan generera kunskap på flera nivåer, dels om genomförandeprocessen och resultat för enskilda insatser, dels sammantaget på aggregerad nivå.

Tabell 2. Verksamhetslogik inom uppdraget

Resurser	Aktiviteter	Mål	Resultat		Syften och inriktning i överenskommelsen 2023
			Prestationer	Effekter	
Redovisade stimulansmedel.	Verksamhet som man utför för att nå resultat, det som genomförs med hjälp av stimulansmedel.	Det som regioner och kommuner velat uppnå.	De tjänster regioner och kommuner genomfört eller de produkter de tagit fram.	Förändringar som regioner och kommuner har uppnått för verksamhet och individer.	Inriktning och mål i olika delar av överenskommelsen.

Inom ramen för uppdraget använder Socialstyrelsen verksamhetslogik i flera nivåer. Dels som ett verktyg i analysen av enskilda insatser i kommuner och regioner, dels som ett verktyg för att på aggregerad nivå undersöka hur samtliga insatser, och därmed aktiviteter, sammantaget bidrar till att uppnå överenskommelsens mål och syften.

Uppföljning för att följa och stödja utvecklingen

Uppföljningen av genomförda insatser inom överenskommelsen bygger i huvudsak på de enkäter som regioner och kommuner årligen besvarar. Under uppdragets gång har enkäterna arbetats om till en gemensam enkätmodell med verksamhetslogik som bas. Socialstyrelsen ansvarar sedan 2022 för att administrera, skicka ut och samla in enkäterna. Redovisningen av 2023 års insatser omfattar totalt tio enkäter, varav två till samtliga kommuner, fyra till samtliga regioner och fyra till regioner och kommuner gemensamt – för redovisning av länsgemensamma insatser.

Som stöd till regioner och kommuner i redovisningen av insatser har Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen tillsammans med SKR bjudit in länsamordnare och kommunala kontaktpersoner till digitala träffar. Träffarna har syftat till att ge vägledning om verksamhetslogik, presentera enkäterna och ge instruktioner för hur de ska besvaras.

De inkomna enkätsvaren har på liknande vis som föregående år analyserats på insatsnivå. Varje redovisad insats har kategoriserats utifrån följande verksamhetslogiska områden:

- aktivitet
- mål
- prestation
- effekt.

Där effekter beskrivs uppföljningen innebär en effekt en förändring till följd av en prestation. Att en effekt har bedömts ha uppnåtts grundar sig i analysen av beskrivna resultat i enkätsvaren.

Inom varje verksamhetslogiskt område kodas därefter tematiska kategorier. Kodning utifrån dessa tematiska kategorier möjliggör en aggregerad analys av de insatser som genomförts. I de fall en insatsredovisning är ofullständig har den uteslutits ur analysen.

Socialstyrelsen har inför analysen av 2023 års insatser skapat ett enhetligt system med tematiska koder och underkoder. Nytt i uppföljningen av 2023 års insatser är därmed möjligheten att kunna genomföra mer precisa jämförelser mellan de olika prioriterade områdena. Ytterligare en förändring i enkäterna i 2023 års uppföljning är att det finns färre antal frågor med möjlighet till fritextsvar. Anledningen till förändringen är dels att förbättra den kvantitativa analysen och dels att färre fritextsvar innebär en minskad börda för huvudmännen när de besvarar enkäterna. Socialstyrelsen uppmärksammade också i föregående lägesrapport att frågan om beaktande av perspektiv kunde innebära en utmaning att besvara. Perspektivfrågan har

därför justerats för att omfatta mer avgränsade perspektiv som inte täcks av övriga frågor i enkäterna.

Grunden i uppföljningen och den verksamhetslogiska analysen är att följa kopplingen mellan redovisade aktiviteter, målen med dessa aktiviteter samt resultaten av dem. Den årliga uppföljningen ligger till grund för att myndigheten i slutredovisningen ska kunna beskriva vilka resultat som överenskommelsen sammantaget har bidragit till.

Socialstyrelsen vill understryka att resultatet i den årliga uppföljningen är en sammantagen och övergripande bild med utgångspunkt i regioners och kommuners enkätsvar.

Lärande exempel

Uppföljningen har också stödjande inslag: bland annat ligger enkätsvar till grund för urvalet av de lärande exempel som presenteras på sida 66.

Exemplen är framtagna i dialog med respektive verksamhet och är tänkta att ge en bild av verksamheternas erfarenheter av hur arbetet med insatser som helt eller delvis finansierats med stimulansmedel kan se ut. Syftet med lärande exempel är att stödja huvudmännen genom att exemplifiera olika typer av insatser som kan genomföras med stöd av stimulansmedel, samtidigt som exemplen belyser såväl hinder som framgångsfaktorer i genomförandet.

Utvärderingar för stöd och lärande

Lärande utvärdering

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget genomfört fyra lärande utvärderingar. Lärande utvärderingar fokuserar på insatser löpande, medan de genomförs, och grunden är en öppen och lärande ansats som möjliggör att kunna utvärdera utifrån lokala kontexter och villkor. Den lärande och löpande utvärderingen skiljer sig således från ett mer traditionellt tillvägagångssätt, som ofta främst syftar till att mäta eller granska måluppfyllelse. I den lärande utvärderingen fokuseras istället på att undersöka på vilket sätt insatser leder till prestationer, som i sin tur kan leda till effekter i flera led. Under utvärderingen återförs löpande resultat till dem som ansvarar för genomförandet. Inom det här uppdraget innebär det att huvudmännen fått möjlighet att genom dialog med Socialstyrelsen ta del av resultat och lärdomar kring ett pågående projekt eller utvecklingsarbete.

Arbetet med den lärande utvärderingen påbörjades hösten 2021 och avslutades under våren 2024. Fokus har varit på fyra insatser med barn och unga som målgrupp.

Utvärderingarna har genomförts ur tre perspektiv: system, verksamhet och individ. Socialstyrelsen har följt verksamheterna och deras förutsättningar över tid. I systemperspektivet har Socialstyrelsen fokuserat på hur övergripande förutsättningar för att genomföra insatser inom området ser ut. Det handlar om olika kvantitativa mått kopplat till exempelvis patient- eller brukargruppens storlek och sammansättning, personalförsörjning, kompetensförsörjning och tillgänglighet. Verksamhetsperspektivet, som angränsar till systemperspektivet, har handlat om att undersöka hur olika verksamheter uppfattar insatser samt hur deras förutsättningar att ge god vård och omsorg eller stödinsatser ser ut. Syftet med individperspektivet har varit att fånga patienters, brukares och anhörigas erfarenheter av insatserna. Socialstyrelsen har intervjuat patienter och brukare som tagit del av insatserna, samt anhöriga till dessa. Erfarenheter från målgrupper kan även utgöra ett stöd för utveckling på verksamhets- och systemnivå.

En fördjupad metodbeskrivning för den lärande utvärderingen återfinns i bilaga 2.

Programutvärdering

Under det avslutande året av Socialstyrelsens uppdrag kommer myndigheten genomföra en programutvärdering som sätter samtliga års insatser i relation till överenskommelsens syften och inriktning. Programutvärderingen syftar till att undersöka i vilken utsträckning insatserna som helhet har bidragit till att uppfylla överenskommelsens syften. Utvärderingens resultat kommer vara en grund för myndigheternas samlade iakttagelser i slutredovisningen. En fördjupad beskrivning av metodologiska överväganden publiceras i uppdragets slutredovisning.

Riktade stödinsatser

De riktade stödinsatserna som genomförs inom ramen för uppdraget har sin grund i en förstudie som beskrivs i 2021 års lägesrapport [7]. I förstudien identifierades olika behov av stöd, och med utgångspunkt i dessa behov genomför myndigheten riktade stödinsatser. Syftet med de riktade insatserna är att möta en prioriterad del av de behov som huvudmännen beskrivit. De genomförda och planerade stödinsatserna riktar sig såväl till huvudmän som till enskilda verksamheter och andra intresserade. Planerade och genomförda stödinsatser redovisas på sida 165. Inom ramen för det stödjande arbetet har flera olika metoder använts. Under 2023 låg tyngdpunkten i arbetet, utöver de lärande utvärderingarna, på en lärande workshop.

Uppföljning av 2023 års insatser

I detta kapitel presenteras Socialstyrelsens sammanställningar av de insatser som regioner och kommuner – enskilt och gemensamt – arbetat med inom ramen för överenskommelsen år 2023. Totalt rör det sig om 1 362 insatser.

Analysen är uppdelad efter de prioriterade områdena i överenskommelsen som Socialstyrelsen särskilt ansvarar för. Underlag för analysen är de enkätsvar som årligen samlas in gemensamt med Folkhälsomyndigheten och SKR. Tillvägagångssättet för analysen finns beskrivet i lägesrapportens metodavsnitt. Socialstyrelsen vill särskilt understryka att det som presenteras är en sammantagen och övergripande bild med utgångspunkt i regioners och kommuners enkätsvar. I årets lägesrapport genomför myndigheten inte en ekonomisk analys utan grundar analysen på de redovisade insatserna. Socialstyrelsen avser att i kommande programutvärdering även följa insatserna kopplat till använda stimulansmedel.

Efter delen med uppföljning av 2023 års insatser följer ett delkapitel med lärande exempel på insatser. Exempelen beskriver några av de insatser som redovisats i regioners och kommuners enkätsvar avseende åren 2022 och 2023.

Kapitlet avslutas med en beskrivning av det fortsatta uppföljningsarbetet inom myndighetens uppdrag.

Främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri – prioriterat område 2

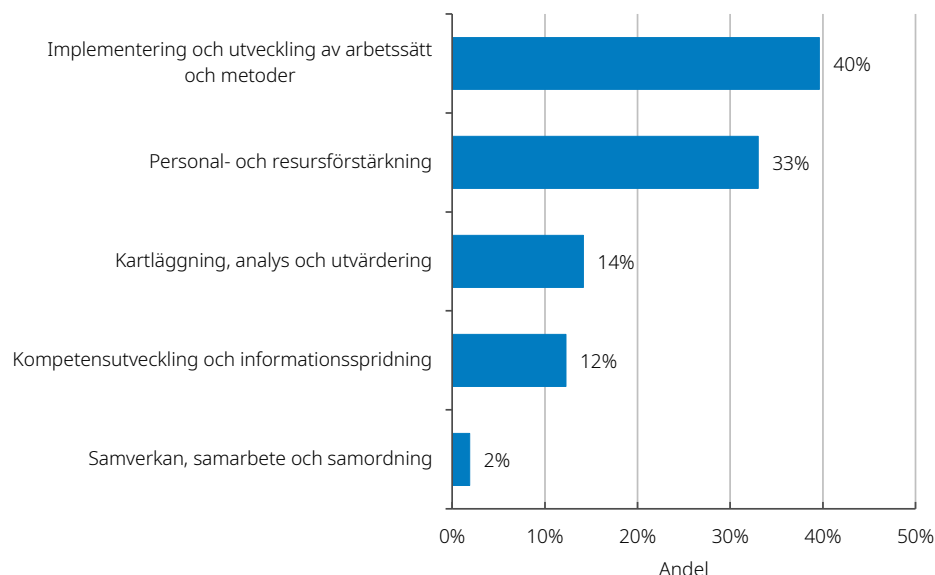
Inom området att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri har 106 insatser redovisats. Samtliga regioner har rekviderat stimulansmedel inom området till en totalsumma motsvarande 377 miljoner kronor.

Aktiviteter

Som framgår av figur 2 nedan är de vanligaste aktiviteterna **implementering och utveckling av nya arbetssätt och metoder**. Det kan till exempel vara uppstartsarbeten, digitalisering samt riktade vård- och omsorgsinsatser. Även **personal- och resursförstärkning** är en vanlig aktivitet och förekommer i var tredje redovisad insats. Det handlar exempelvis om att ha rekryterat personal och utökat befintliga verksamheter. I enkätsvaren finns även, i likhet med i 2022 års redovisning, flera exempel på att stimulansmedel använts till att finansiera eller upphandla utredning och behandling externt.

Figur 2. Aktiviteter

Kodade aktiviteter inom det prioriterade området främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri*



* 106 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade aktiviteter.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Den verksamhet som är ansvarig för att genomföra insatserna är oftast barn- och ungdomspsykiatri. Det är även vanligt att barn- och ungdomspsykiatri är en samarbetspartner i insatserna. Det finns emellertid en stor variation när det gäller såväl ansvariga verksamheter som samarbetspartner i de redovisade insatserna. Det är exempelvis vanligt förekommande att även **första linjeverksamhet, primärvård och barn- och ungdomshabilitering** både ansvarar för och deltar som samarbetspartner i genomförandet.

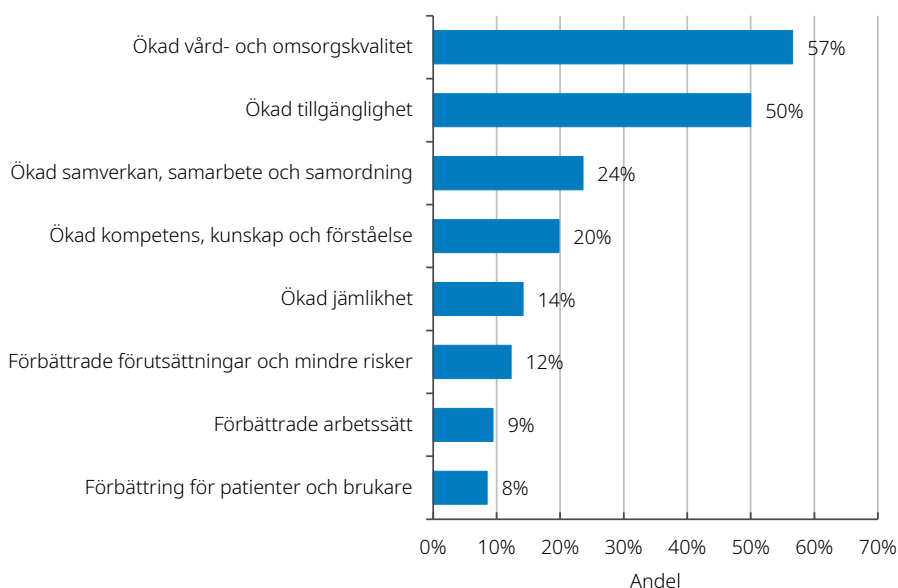
Målsättningar och målgrupper

De vanligaste målen med de redovisade aktiviteterna är **ökad vård- och omsorgskvalitet** samt **ökad tillgänglighet**. Dessa mål finns i minst

varannan redovisad insats, se figur 3. Målet ökad vård- och omsorgskvalitet kan exempelvis vara att insatserna syftar till att förbättra metoder och arbetssätt, öka patientsäkerheten och/eller stärka Första linjen och En väg in. Målet ökad tillgänglighet kan exempelvis vara att insatserna ska öka tillgången till behandling och/eller korta ned väntetider.

Figur 3. Mål

Kodade mål inom det prioriterade området främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri*

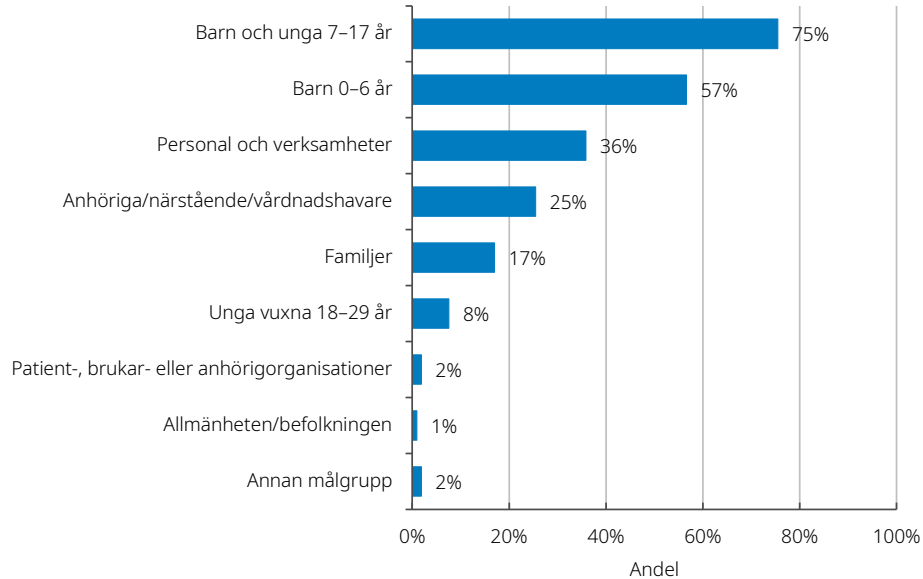


* 106 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade mål.
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Många insatser har flera målgrupper angivna, och det är exempelvis inte ovanligt att både verksamhet och vård- och omsorgstagare finns som målgrupper inom samma insats. De vanligaste målgrupperna är vård- och omsorgstagare inom olika åldersgrupper, **personal och verksamheter**, **anhöriga** samt **familjer**. Bland vård- och omsorgstagare är det vanligast att målgrupperna är **barn och unga 7–17 år** respektive **barn 0–6 år**, se figur 4. Målgruppen **unga vuxna 18–29 år** förekommer endast i åtta procent av insatserna.

Figur 4. Målgrupper

Redovisade målgrupper inom det prioriterade området främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri*



* 106 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade målgrupper.

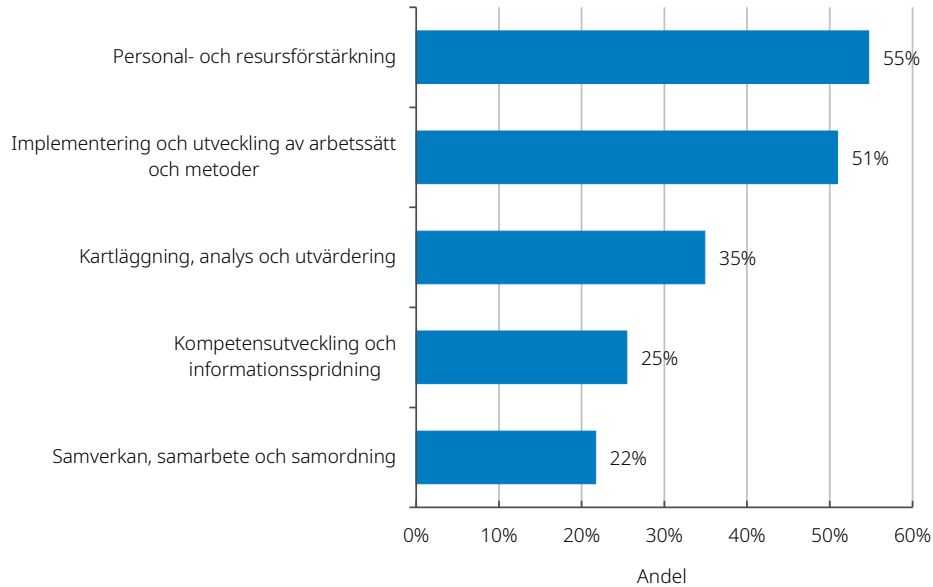
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Prestationer och effekter

Som framgår av figur 5 har prestationer i drygt varannan insats kategoriserats som **personal- och resursförstärkning** respektive **implementering och utveckling av arbetssätt och metoder**. Exempel på det senare är digitalisering och riktade vård- och omsorgsinsatser.

Figur 5. Prestationer

Kodade prestationer inom det prioriterade området främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri*



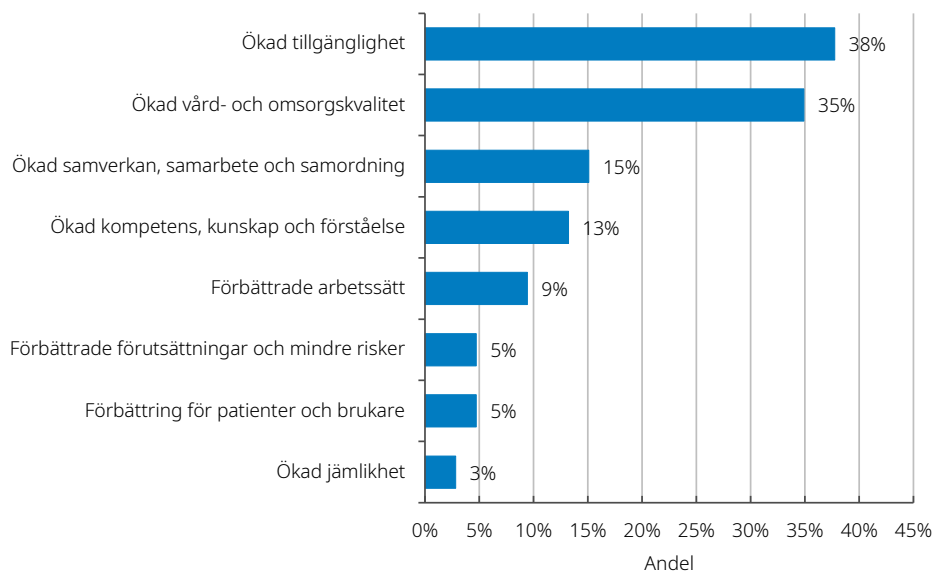
* 106 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade prestationer.
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

De vanligaste effekterna av insatserna är **ökad tillgänglighet** respektive **ökad vård- och omsorgskvalitet**, vilka bägge återfinns i drygt en tredjedel av insatserna (se figur 6). Effekten ökad tillgänglighet innebär oftast att insatserna har lett till ökad tillgång till vård och/eller kortare väntetider inom bland annat Första linjen och BUP. Effekten ökad vård- och omsorgskvalitet innebär vanligtvis att insatserna inneburit någon typ av verksamhetsutveckling som har lett till exempelvis stärkt första linjeverksamhet och En väg in eller ökad patientsäkerhet.

Resultatet visar att effekterna följer insatsernas målsättningar tämligen väl eftersom de vanligaste effekterna också är, om än i delvis annan ordning, de vanligaste målen (se figur 3 ovan). Sammantaget observeras effekter för ungefär sju av tio redovisade insatser.

Figur 6. Effekter

Kodade effekter inom det prioriterade området främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri*



* 106 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade effekter.

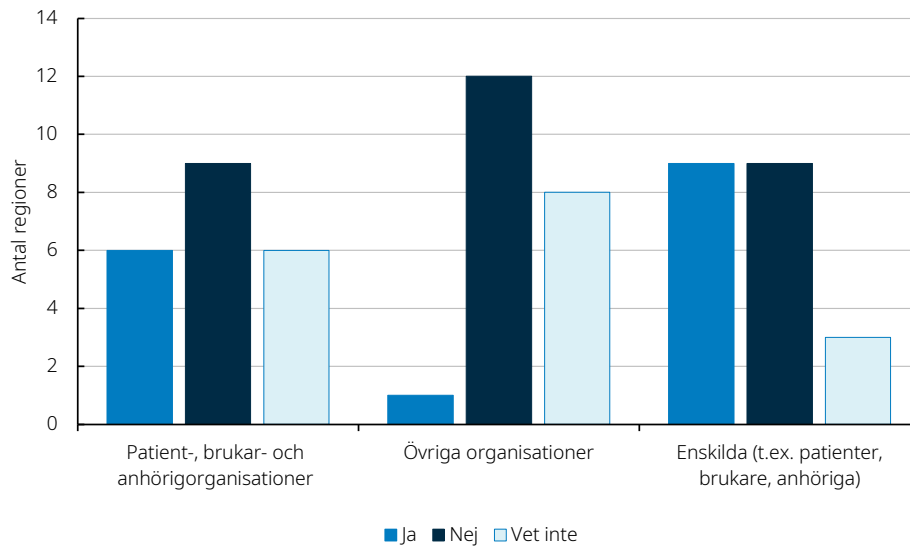
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Brukarinflytande

Som framgår av figur 7 har **patient-, brukar-, och anhörigorganisationer** medverkat i insatserna i knappt en tredjedel av regionerna. I något större utsträckning har **enskilda** (t.ex. patienter, brukare eller anhöriga) medverkat i insatserna.

Figur 7. Brukarinflytande i insatserna

Regioner har svarat på frågan: *Har patient-, brukar- och anhörigorganisationer eller enskilda medverkat i de redovisade insatserna?**

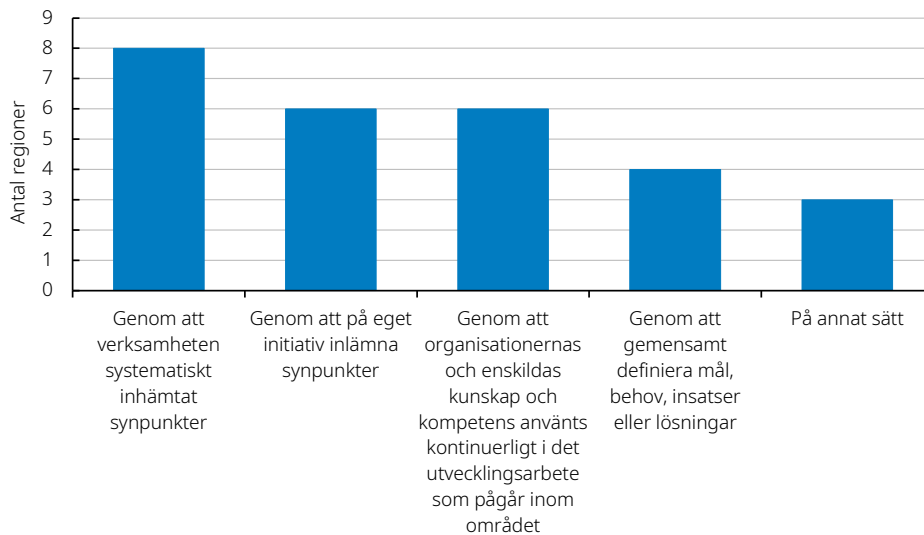


* Samtliga regioner har svarat på enkäten, och besvarat frågan.
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

På följdfrågan om hur patient-, brukar- och anhörigorganisationer har medverkat i insatserna finns det en relativt jämn spridning mellan svarsalternativen, se figur 8 nedan. Åtta regioner anger att medverkan skett **genom att verksamheten systematiskt inhämtat synpunkter**. Sex regioner svarar att den skett **genom att patienter och liknande på eget initiativ lämnat in synpunkter** respektive **genom att organisationers eller enskildas kunskap används kontinuerligt i utvecklingsarbetet**. Fyra regioner svarar att medverkan skett **genom att gemensamt definiera mål, behov, insatser eller lösningar**.

Figur 8. Hur patient-, brukar- och anhörigorganisationer och enskilda har medverkat i insatserna

Regioner har svarat på frågan: *På vilket sätt har patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda medverkat i insatserna?**



* Samtliga regioner har svarat på enkäten, och besvarat frågan.

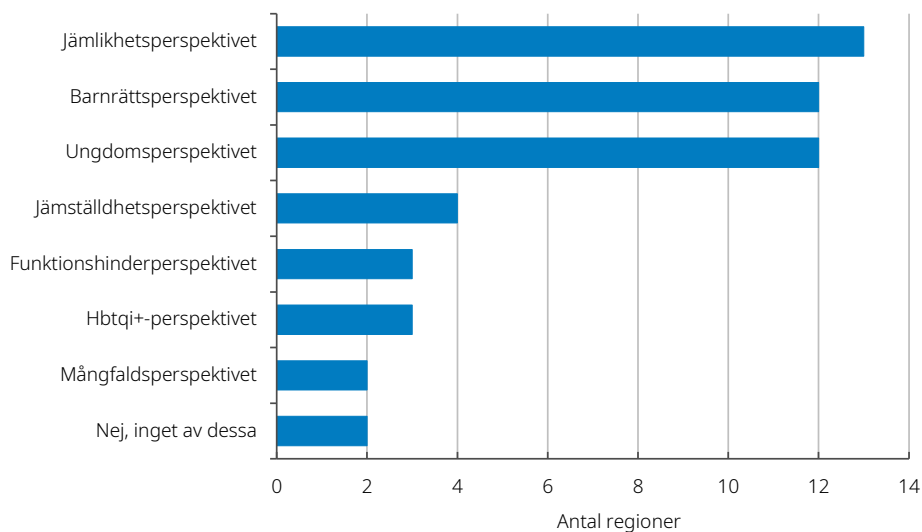
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Perspektiv och samverkan

Som framgår av figur 9 är det mest framträdande perspektivet inom området **jämlikhet**, nära följt av perspektiven **barnrätt** och **ungdom**. De perspektiv som mest sällan redovisas som särskilt framträdande är **mångfald**, **hbtqi+** och **funktionshinder**.

Figur 9. Perspektiv

Regioner har svarat på frågan: *Har något/några av dessa perspektiv varit särskilt framträdande i arbetet med de redovisade insatserna?**



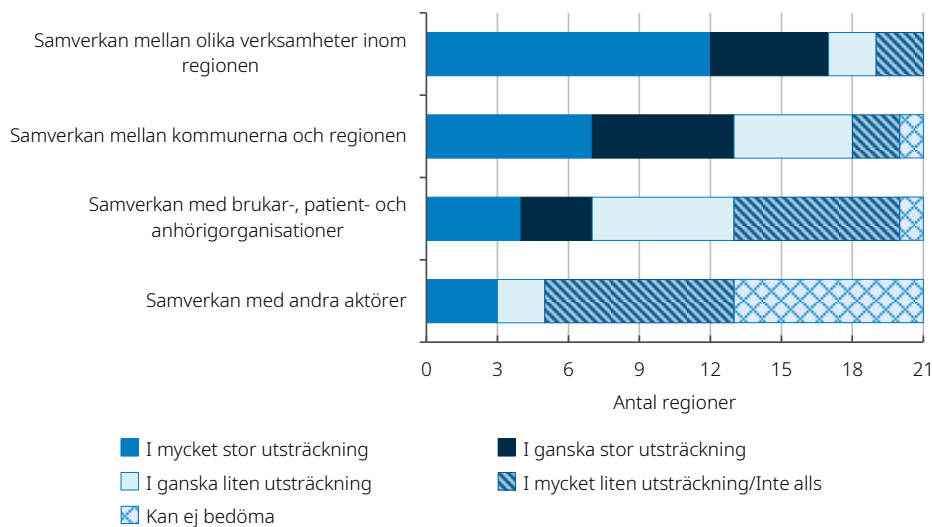
* Flera svarsalternativ har varit möjliga. Samtliga regioner har besvarat frågan.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Regionerna har även fått bedöma i vilken utsträckning olika samverkansformer har varit prioriterade i arbetet med insatserna inom området, se figur 10. Den samverkanskategori som flest regioner (17) uppger har prioriterats i mycket eller ganska stor utsträckning är **samverkan mellan olika verksamheter inom regionen**. **Samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer** är den kategori där flest regioner (13) svarar att samverkan prioriterats i mycket liten eller i ganska liten utsträckning.

Figur 10. Prioritering av samverkan i arbetet med insatserna

Regioner har svarat på frågan: *I vilken utsträckning har samverkan varit prioriterat i er regions arbete med de redovisade insatserna?**



* Samtliga regioner har svarat på enkäten, och besvarat frågan.
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten 2023

Drygt varannan region (12 av 21) redovisar att utvecklingsarbeten, som finansierats med stimulansmedel under 2022 eller tidigare, har implementerats i den ordinarie verksamheten under 2023. Liksom föregående år handlar det exempelvis om implementering av En väg in, första linjeverksamhet eller andra tidiga insatser.

Sammanfattande iakttagelser

Inom det prioriterade området *främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri*, är det vanligt att insatserna fokuserar på ökad tillgänglighet samt ökad vård- och omsorgskvalitet. Detta återspeglas såväl i målen som i effekterna av de redovisade insatserna. Insatsernas prestationer består främst av personal- och resursförstärkning respektive

implementering och utveckling av arbetssätt och metoder. I enkätsvaren finns även, i likhet med 2022 års redovisning, flera exempel på att stimulansmedel använts till att finansiera eller upphandla utredning och behandling externt.

Att involvera patient-, brukar- och anhörigorganisationer i arbetet sker endast i en begränsad omfattning – i knappt en tredjedel av regionerna har dessa organisationer medverkat i insatserna. Enskilda (t.ex. patienter, brukare och anhöriga) har medverkat i insatserna i något större utsträckning. De mest framträdande perspektiven inom området är jämlikhet, barnrätt och ungdom. Samverkan mellan olika verksamheter i regionen prioriteras i högst utsträckning, men även samverkan mellan kommunerna och regionen prioriteras i förhållandevis hög utsträckning i arbetet med insatserna. Sammantaget pågår mycket arbete inom området och en stor bredd av insatser har genomförts.

En mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet – prioriterat område 3

Inom överenskommelsens prioriterade område *en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet* har regioner och kommuner inom samtliga län gemensamt redovisat insatser. Totalt redovisas 148 insatser och sammanlagt har 200 miljoner kronor i stimulansmedel rekvirerats inom området.

Aktiviteter

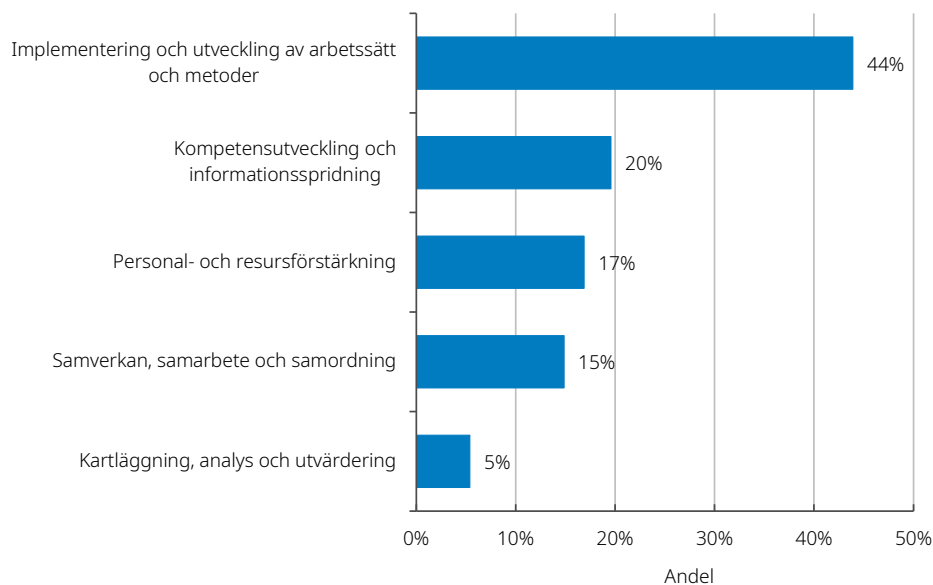
Inkomna enkätsvar visar att den vanligaste aktiviteten är **implementering och utveckling av arbetssätt och metoder**, vilket förekommer i drygt fyra av tio insatser (se figur 11). Exempel på sådana aktiviteter är utvecklingsarbeten i samverkan med andra aktörer, riktade vård- och omsorgsinsatser samt uppstarstarbeten inom ramen för beslutade insatser. Andra förhållandevis vanliga aktiviteter är **kompetensutveckling och informationsspridning, personal- och resursförstärkning**, samt **samverkan, samarbete och samordning**.

Socialstyrelsen ser också att flera insatser har ett brottsförebyggande fokus, till exempel att utveckla samverkan med relevanta aktörer samt utbilda

personal för att de bättre ska kunna bemöta individer som riskerar att hamna i kriminalitet.

Figur 11. Aktiviteter

Kodade aktiviteter inom det prioriterade området en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet*



* 148 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade aktiviteter.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

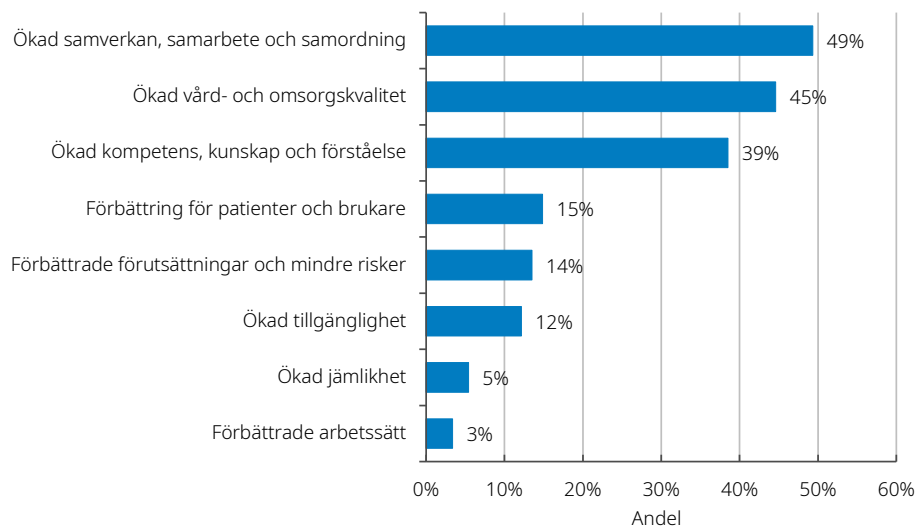
De vanligaste ansvariga verksamheterna för insatserna är **regionala samverkans- och stödstrukturer, länsövergripande verksamheter** respektive **regionövergripande verksamheter**. Vanliga samarbetspartner är **individ- och familjeomsorg, vuxenpsykiatri** samt **kommunövergripande verksamheter**.

Målsättningar och målgrupper

De vanligaste målen med de redovisade aktiviteterna är **ökad samverkan, samarbete och samordning** (t.ex. bidra till en mer sammanhållen vård och omsorg samt ökad användning av SIP) samt **ökad vård- och omsorgskvalitet** (t.ex. förbättra arbetssätt, bidra till en mer personcentrerad vård och öka patientsäkerheten). Dessa mål återfinns i nästan varannan insats, se figur 12. Även **ökad kompetens, kunskap och förståelse** (såsom olika former av utbildningsinsatser riktade mot främst personal och verksamhet men även brukare, patienter och allmänheten) är ett vanligt mål och förekommer i nästan fyra av tio insatser.

Figur 12. Mål

Kodade mål inom det prioriterade området en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet*



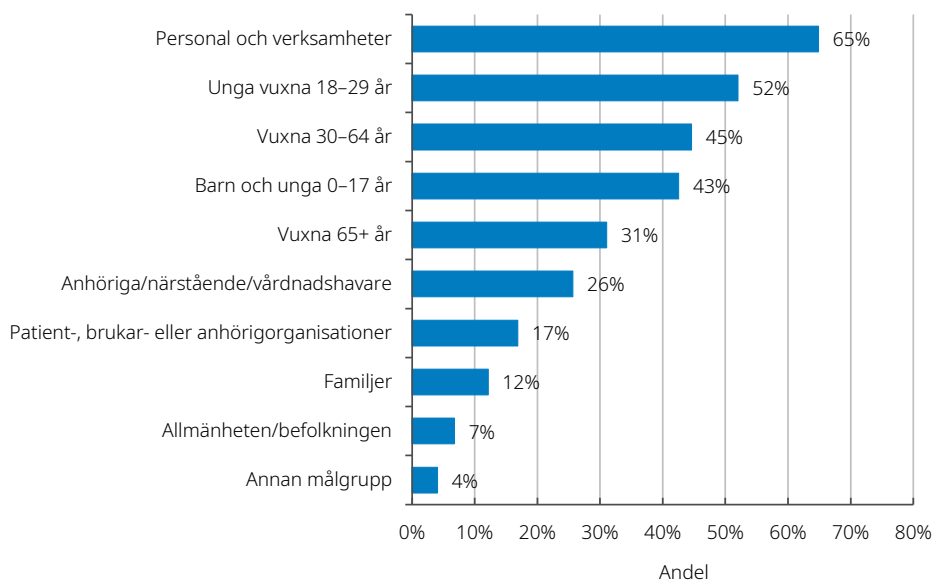
* 148 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade mål.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

När det gäller målgrupper för insatserna är **personal och verksamheter** den vanligaste gruppen – den återfinns i nästan två av tre redovisade insatser, se figur 13. Andra förhållandevis vanliga målgrupper är **unga vuxna 18–29 år**, **vuxna 30–64 år** samt **barn och unga 0–17 år**.

Figur 13. Målgrupper

Redovisade målgrupper inom det prioriterade området en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet*



* 148 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade målgrupper.

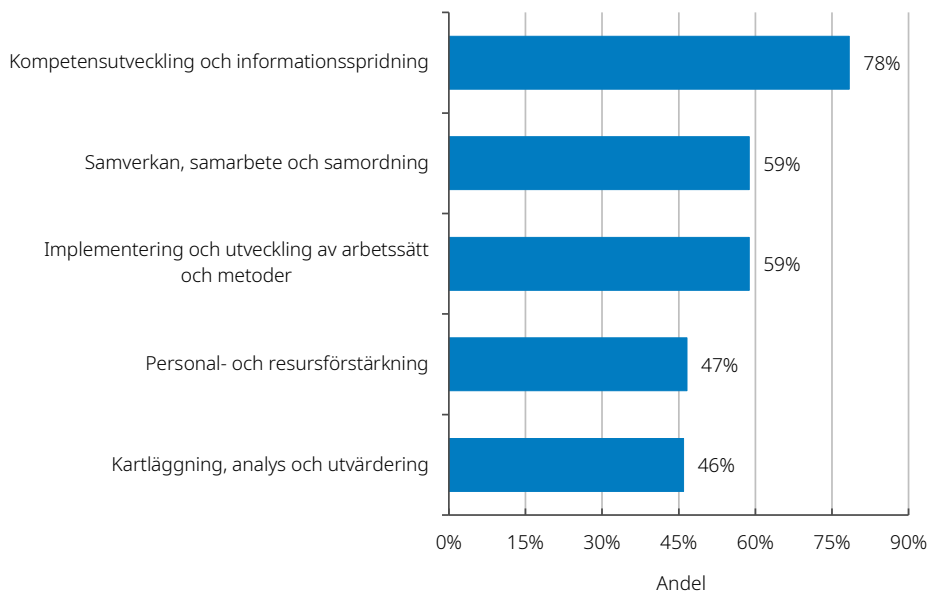
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Prestationer och effekter

Som framgår av figur 14 har prestationer i drygt tre av fyra insatser kategoriserats som **kompetensutveckling och informationspridning**. Exempel på sådana prestationer är olika kunskapshöjande aktiviteter för personal och verksamhet samt informationsinsatser till berörda målgrupper och allmänhet. Även övriga prestationer är förhållandevis vanliga och förekommer i stor andel av insatserna.

Figur 14. Prestationer

Kodade prestationer inom det prioriterade området en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet*



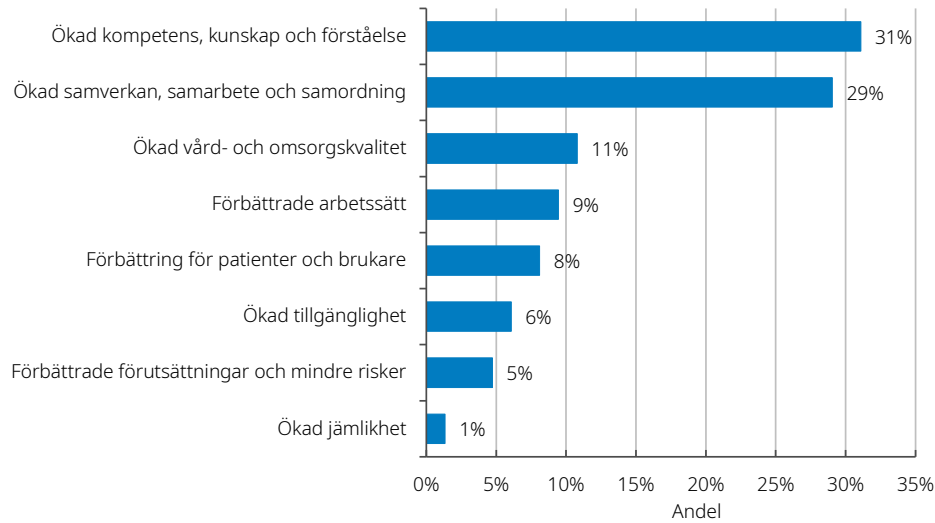
* 148 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade prestationer.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

När det kommer till effekter av prestationerna ses **ökad kompetens, kunskap och förståelse** (t.ex. hos personal och yrkesverksamma) i drygt tre av tio insatser. I nästan lika stor utsträckning ses även en effekt i form av **ökad samverkan, samarbete och samordning** (t.ex. mer sammanhållen vård och omsorg samt ökad användning av SIP). Den effekt som ses mest sällan är **ökad jämlikhet**. Sammantaget ses någon form av effekt i drygt två tredjedelar av insatserna.

Figur 15. Effekter

Kodade effekter inom det prioriterade området en mer sammanhållen, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet*



* 148 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade effekter.

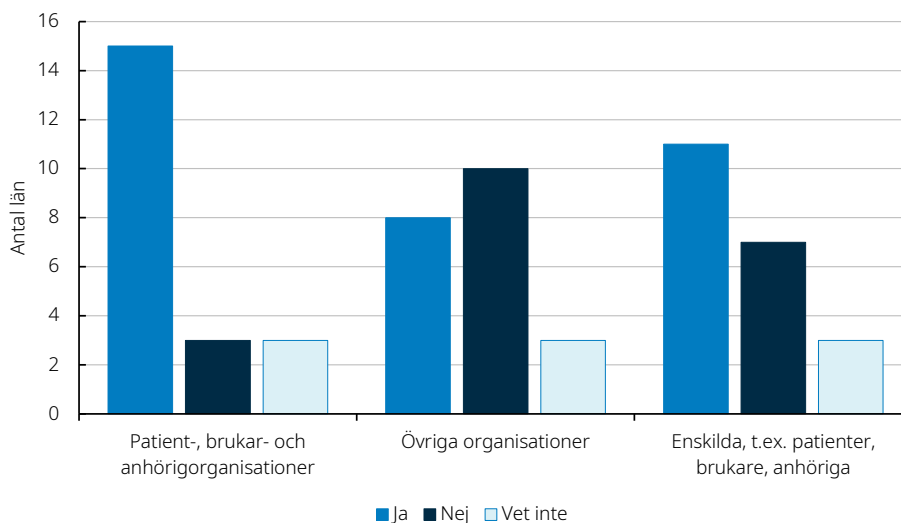
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Brukarinflytande

Totalt anger regioner och kommuner gemensamt inom 15 län **att patient-, brukar- och anhörigorganisationer** medverkat i insatserna inom området, se figur 16. **Enskilda** har deltagit i arbetet inom elva län och **övriga organisationer** har deltagit i arbetet inom åtta län.

Figur 16. Brukarinflytande i insatserna

Regioner och kommuner inom länen har svarat på frågan: *Har patient-, brukar- och anhörigorganisationer eller enskilda medverkat i de redovisade insatserna?**



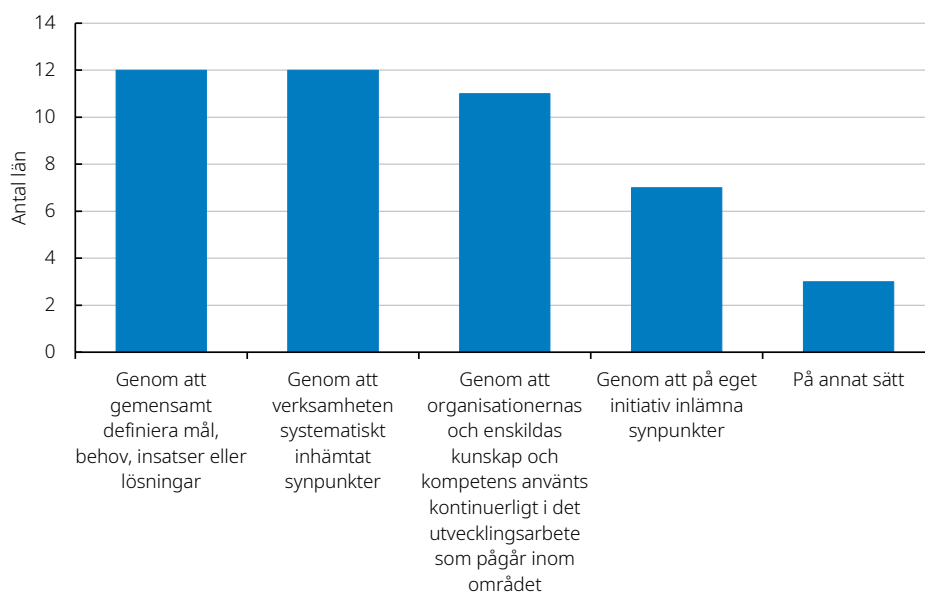
* 21 länsgemensamma enkätsvar har inkommit.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Den vanligaste typen av medverkande sker genom att **gemensamt definiera mål, behov, insatser eller lösningar** samt att **verksamheten systematiskt inhämtat synpunkter**. Dessa typer av medverkan har skett inom 12 av 21 län, se figur 17. En annan typ av medverkan som är vanlig, och som skett inom elva län, är att **organisationernas och enskildas kunskap och kompetens använts kontinuerligt i det utvecklingsarbete som pågår inom området**.

Figur 17. Hur patient-, brukar- och anhörigorganisationer och enskilda har medverkat i insatserna

Regioner och kommuner inom länen har svarat på frågan: *På vilket sätt har patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda medverkat i insatserna?**



* Flera svarsalternativ har varit möjliga. 21 läns-gemensamma enkätsvar har inkommit.

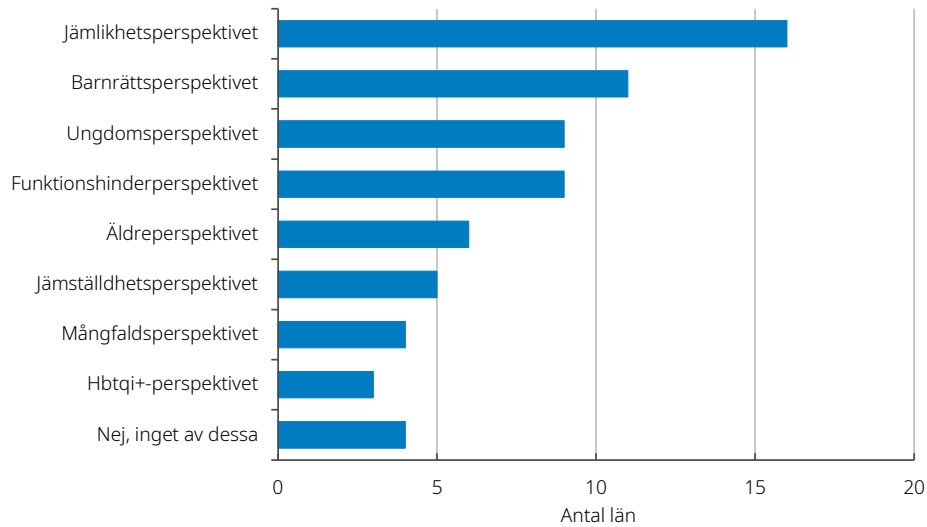
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Perspektiv och samverkan

Jämlikhet är det perspektiv som oftast är särskilt framträdande i insatserna; detta perspektiv redovisas av regioner och kommuner inom 16 län, se figur 18. Även **barnrätts-, ungdoms- och funktionshinderperspektiven** är förhållandevis vanliga och redovisas inom ungefär vartannat län. Det är ganska vanligt att flera perspektiv varit framträdande i arbetet med insatserna.

Figur 18. Perspektiv i insatserna

Regioner och kommuner har inom länen svarat på frågan: *Har något/några av dessa perspektiv varit särskilt framträdande i arbetet med de redovisade insatserna?**



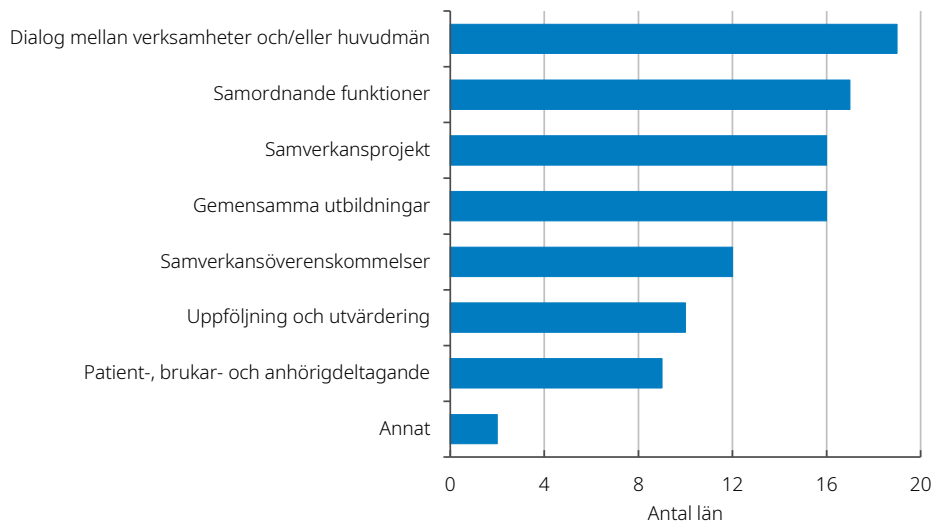
* Flera svarsalternativ har varit möjliga. 21 läns gemensamma enkätsvar har inkommit.
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Regioner och kommuner inom länen har också fått svara på om olika metoder eller arbetssätt varit särskilt framträdande i arbetet med att hitta effektiva samverkansformer och/eller erbjuda sammanhållen vård och omsorg.

Som framgår av figur 19 är det vanligaste svarsalternativet att **dialog mellan verksamheter och/eller huvudmän** varit särskilt framträdande i arbetet med att hitta effektiva samverkansformer och/eller erbjuda sammanhållen vård och omsorg i störst utsträckning. Denna metod har varit särskilt framträdande inom 19 av 21 län. Andra vanliga metoder och arbetssätt som varit särskilt framträdande är **samordnande funktioner, samverkansprojekt** och **gemensamma utbildningar**.

Figur 19. Framträdande metoder och arbetsätt

Regioner och kommuner har inom länen svarat på frågan: *Har någon/några av dessa metoder och arbetsätt varit särskilt framträdande i ert arbete under 2023 för att hitta effektiva samverkansformer och/eller sammanhållen vård och omsorg?**



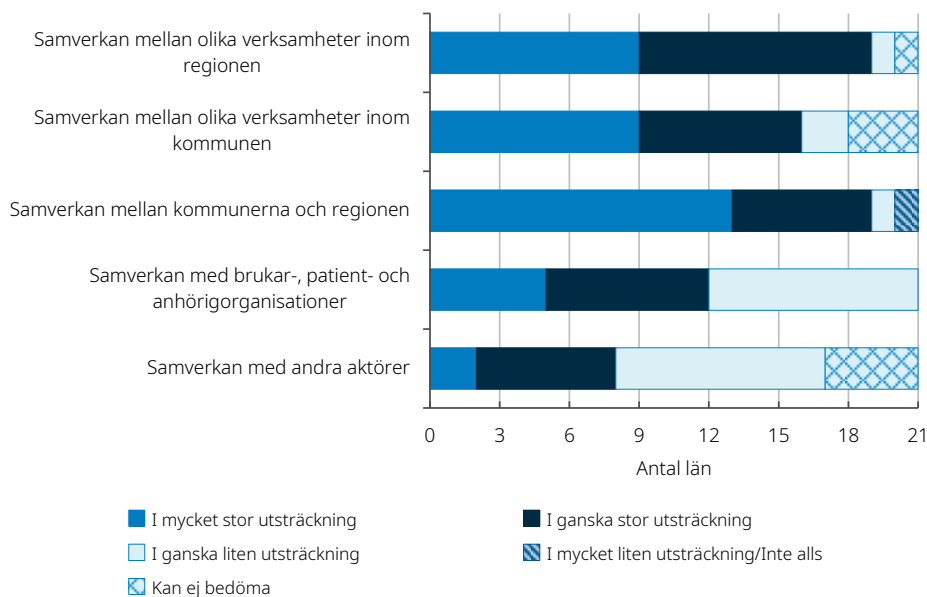
* Flera svarsalternativ har varit möjliga. 21 läns-gemensamma enkätsvar har inkommit.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Regioner och kommuner inom länen har också fått svara på i vilken utsträckning olika typer av samverkan varit prioriterat i arbetet med insatserna. **Samverkan mellan kommunerna och regionen** respektive **samverkan mellan olika verksamheter i regionen** är de områden som flest svarar har prioriterats i mycket stor eller ganska stor utsträckning, se figur 20. **Samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer** har endast prioriterats i mycket stor eller ganska stor utsträckning inom ungefär vartannat län.

Figur 20. Prioritering av samverkan i arbetet med insatserna

Regioner och kommuner har inom länen svarat på frågan: *I vilken utsträckning har samverkan varit prioriterat i ert läns arbete med de redovisade insatserna?**



* 21 läns gemensamma enkätsvar har inkommit.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten 2023

I enkäten för området svarar kommuner och regioner i 13 av 21 läns att det finns utvecklingsarbeten – vilka finansierats med stimulansmedel under 2022 eller tidigare – som har implementerats i den ordinarie verksamheten. Av enkätsvaren framgår att flera olika insatser implementerats under 2023, till exempel Case Management, Bostad först och Maria-mottagningar.

Sammanfattande iakttagelser

Sammantaget är målen med insatserna oftast att öka samverkan, vård- och omsorgskvaliteten och/eller kompetensen. Detta återspeglas också i insatsernas effekter – särskilt när det gäller ökad kompetens, kunskap och förståelse samt ökad samverkan som båda förekommer som effekt i ungefär tre av tio insatser. Insatserna fokuserar ofta på flera olika målgrupper och perspektiv, och det finns en variation av såväl ansvariga verksamheter som samarbetspartner bakom insatserna. Av redovisningarna framgår också att flera insatser har ett brottsförebyggande fokus.

Kommuner och regioner inom en majoritet av länen inkluderar patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda i sitt arbete. Deras medverkan i insatserna sker på flera olika sätt, bland annat genom att

verksamheter systematiskt inhämtar synpunkter samt gemensamt definierar mål, behov, insatser eller lösningar.

När det gäller samverkan är det vanligast att den prioriteras dels mellan huvudmännen, dels mellan olika verksamheter inom kommunen eller regionen. Detta återspeglas även i arbetet med att hitta effektiva samverkansformer och/eller erbjuda sammanhållen vård och omsorg. I det arbetet har dialog mellan verksamheter och/eller huvudmän varit den vanligaste metoden. Regioner och kommuner prioriterar inte i lika stor utsträckning samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer.

En kunskapsbaserad och säker vård och omsorg – prioriterat område 4

Inom överenskommelsens prioriterade område om *en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg* fördelas medel till både regioner och kommuner. För 2023 har samtliga regioner och 279 kommuner redovisat att stimulansmedel har rekviderats. Antalet insatser uppgår till 96 för regioner och 850 för kommuner. Sammanlagt har ungefär 199 miljoner kronor i stimulansmedel rekviderats inom området.

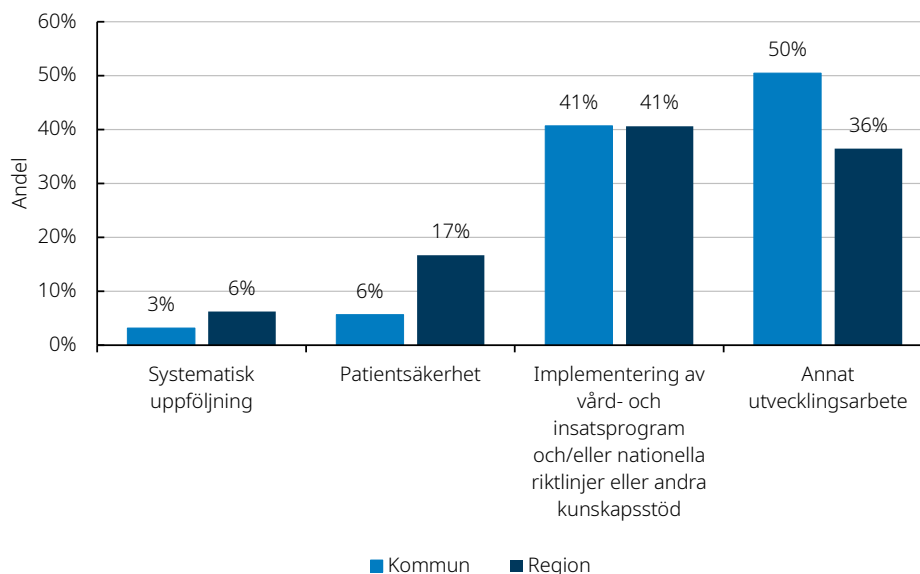
Aktiviteter

Inom området *en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg* har respondenterna fått ange det huvudsakliga syftet med insatsen. Svalternativen motsvarar nyckeldelar i överenskommelsens prioriterade område *en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg* och berör kunskapsstöd, patientsäkerhet och systematisk uppföljning. Därutöver har respondenterna haft möjlighet att även välja kategorin annat utvecklingsarbete.

Som framgår av figur 21 nedan är det vanligaste området **implementering av vård- och insatsprogram och/eller nationella riktlinjer eller andra kunskapsstöd** inom regioner, vilket anges för drygt fyra av tio redovisade insatser. Även inom kommuner är denna kategori vanlig och återkommer i lika stor andel av insatserna som i regionernas. Det vanligaste området inom kommuner är dock **annat utvecklingsarbete** som anges för varannan redovisad insats. Annat utvecklingsarbete är även vanligt inom regioner och anges i drygt var tredje insats.

Figur 21. Insatsernas område

Kommuner och regioner har svarat på frågan: *Vilket område motsvarar det huvudsakliga syftet med insatsen?**

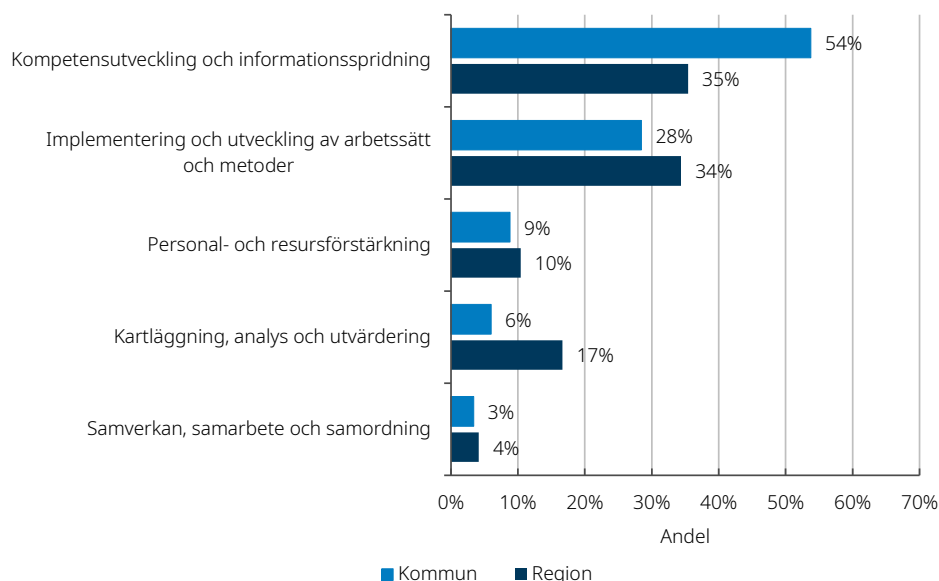


* 850 insatser har redovisats av kommuner och 96 insatser har redovisats av regioner.
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Utöver respondenternas egen kategorisering har Socialstyrelsen därefter kodat aktiviteter enligt samma logik och kodbok som övriga insatser. Den vanligaste aktiviteten för såväl regioner som kommuner är **kompetensutveckling och informationsspridning**. Som framgår av figur 22 är drygt var tredje insats inom regionerna respektive drygt varannan inom kommunerna kopplad till aktiviteter som rör kompetensutveckling och informationsspridning, till exempel utbildning för personal och verksamhet samt informationsspridning till patienter/anhöriga och allmänheten. En annan vanlig aktivitet som förekommer i ungefär tre av tio redovisade insatser inom både regioner och kommuner är **implementering och utveckling av arbetssätt och metoder**. Exempel på sådana aktiviteter är olika typer av verksamhetsutveckling samt riktade vård- och omsorgsinsatser.

Figur 22. Aktiviteter

Kodade aktiviteter inom det prioriterade området en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg*



* 850 insatser har redovisats av kommuner och 96 insatser har redovisats av regioner. En insats kan ha flera redovisade aktiviteter.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

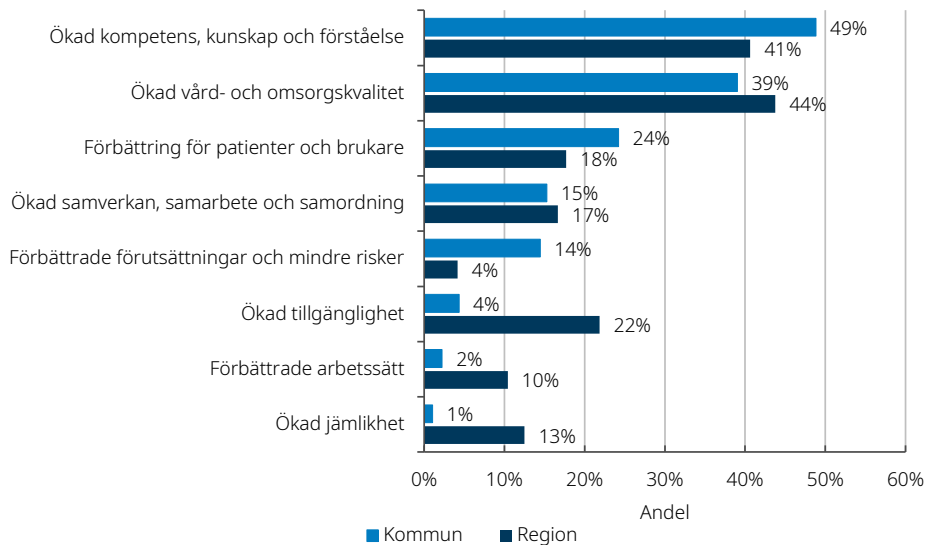
Målsättningar och målgrupper

De vanligaste målen för insatserna inom regioner är **ökad vård- och omsorgskvalitet** respektive **ökad kompetens, kunskap och förståelse**. Samma mål men i omvänd ordning är vanligast inom kommuner, se figur 23. Insatser där målet är ökad vård- och omsorgskvalitet syftar till att exempelvis uppnå förbättrade arbetssätt och/eller ökad patientsäkerhet. Inom kommuner är det även vanligt att målet fokuserar på att uppnå en mer personcentrerad omsorg. Insatser där målet är ökad kompetens, kunskap och förståelse syftar vanligtvis till att öka kompetensen hos personal och yrkesverksamma.

Några tydliga skillnader är att **ökad tillgänglighet, ökad jämlikhet** respektive **förbättrade arbetssätt** är vanligare mål i regionernas insatser än i kommunernas. Samtidigt är **förbättrade förutsättningar och mindre risker** ett vanligare mål i kommunernas insatser än i regionernas.

Figur 23. Mål

Kodade mål inom det prioriterade området en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg*



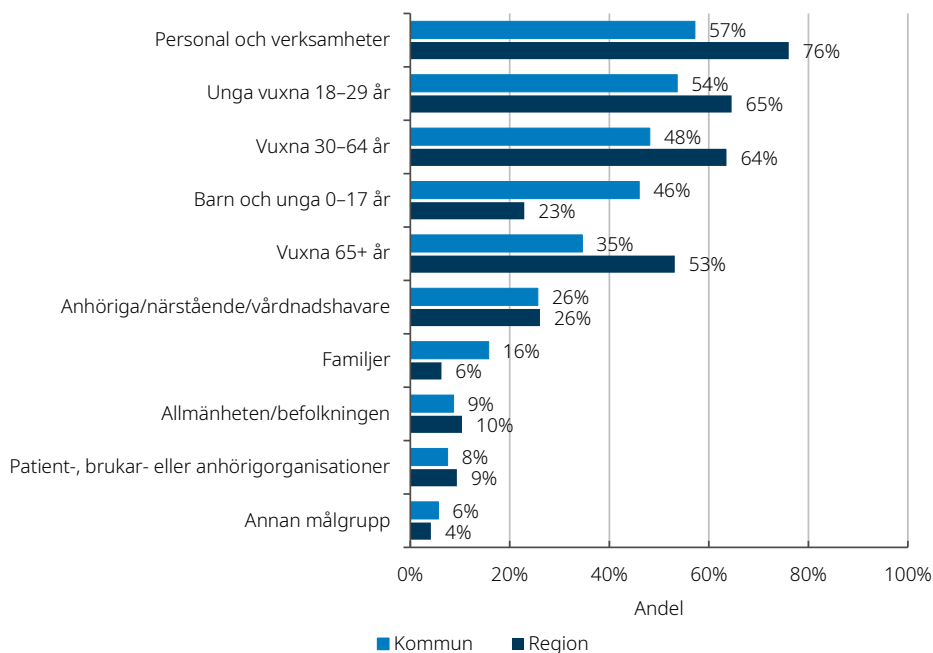
* 850 insatser har redovisats av kommuner och 96 insatser har redovisats av regioner. En insats kan ha flera redovisade mål.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

I regionernas redovisningar är det två tredjedelar av insatserna som riktar sig till **personal och verksamheter**. För kommunerna är det drygt hälften av insatserna, se figur 24. Andra vanliga målgrupper såväl i regionernas som kommunernas redovisningar är **unga vuxna 18–29 år** samt **vuxna 30–64 år**. Ofta har en och samma insats flera målgrupper angivna.

Figur 24. Målgrupper

Redovisade målgrupper inom det prioriterade området en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg*



* 850 insatser har redovisats av kommuner och 96 insatser har redovisats av regioner. En insats kan ha flera redovisade målgrupper.

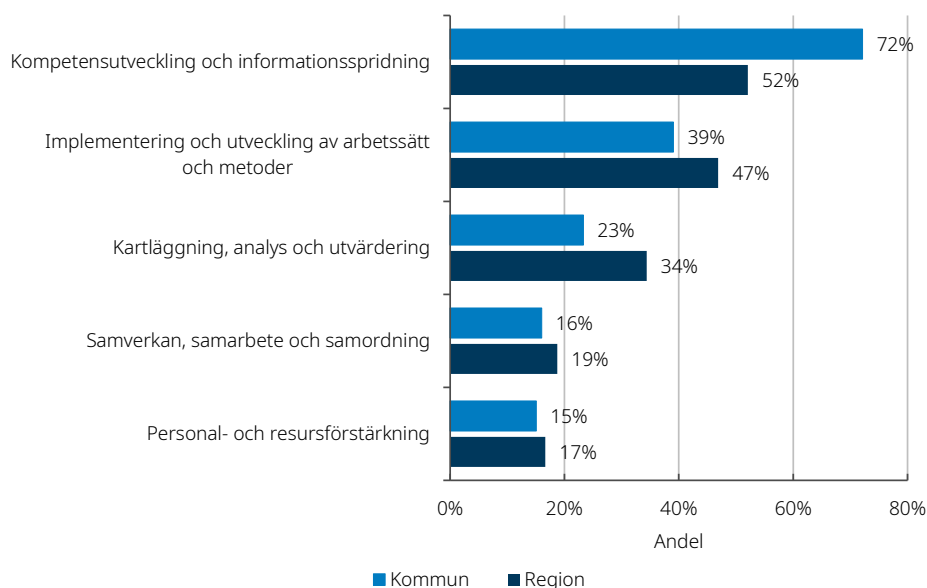
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Prestationer och effekter

De vanligaste prestationerna för både regioner och kommuner är **kompetensutveckling och informations spridning**, till exempel utbildningsinsatser för personal och verksamhet samt informations spridning till allmänheten. Även **implementering och utveckling av arbetssätt och metoder** är en vanlig prestation som förekommer i nästan varannan redovisad insats inom regionerna och i fyra av tio insatser redovisade av kommunerna, se figur 25. Dessa prestationer har inom både regioner och kommuner huvudsakligen fokuserat på uppstartsarbeten eller utvecklingsarbete i samverkan med andra aktörer, exempelvis att arbeta i kunskapsstyrningsorganisationen genom att delta i lokala och regionala programområden.

Figur 25. Prestationer

Kodade prestationer inom det prioriterade området en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg*



* 850 insatser har redovisats av kommuner och 96 insatser har redovisats av regioner. En insats kan ha flera redovisade prestationer.

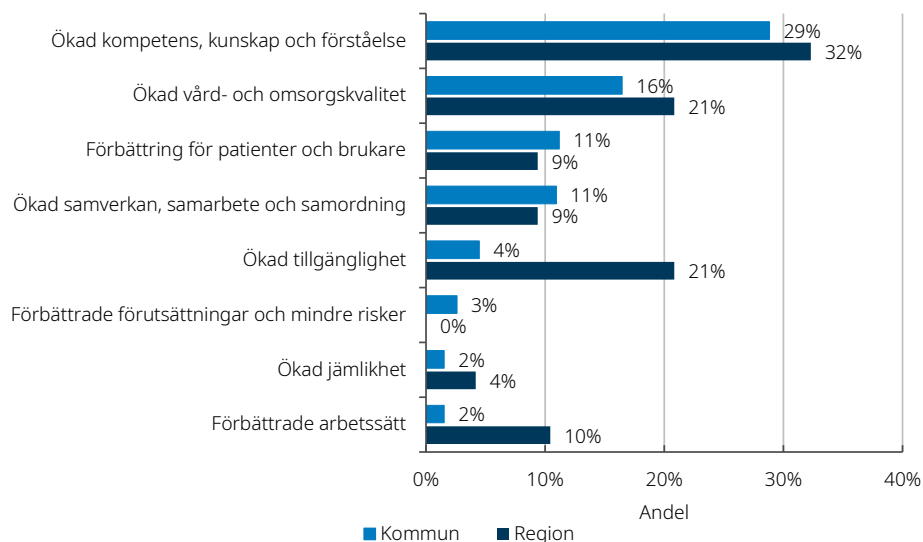
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

När det gäller insatsernas effekter förekommer oftast **ökad kompetens, kunskap och förståelse** bland både regioner och kommuner, se figur 26. Den ökade kompetensen ses främst bland personal och yrkesverksamma, men till viss del även bland patienter, brukare och allmänheten. En tydlig skillnad är att **ökad tillgänglighet** är en förhållandevis vanlig effekt inom regioner (21 procent), men ovanlig inom kommuner (4 procent). Denna skillnad överensstämmer dock ganska väl med insatsernas mål, jfr figur 23.

Totalt finns en effekt redovisad i nästan tre fjärdedelar av regionernas insatser och i drygt hälften av kommunernas insatser.

Figur 26. Effekter

Kodade effekter inom det prioriterade området en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg*



* 850 insatser har redovisats av kommuner och 96 insatser har redovisats av regioner. En insats kan ha flera redovisade effekter.

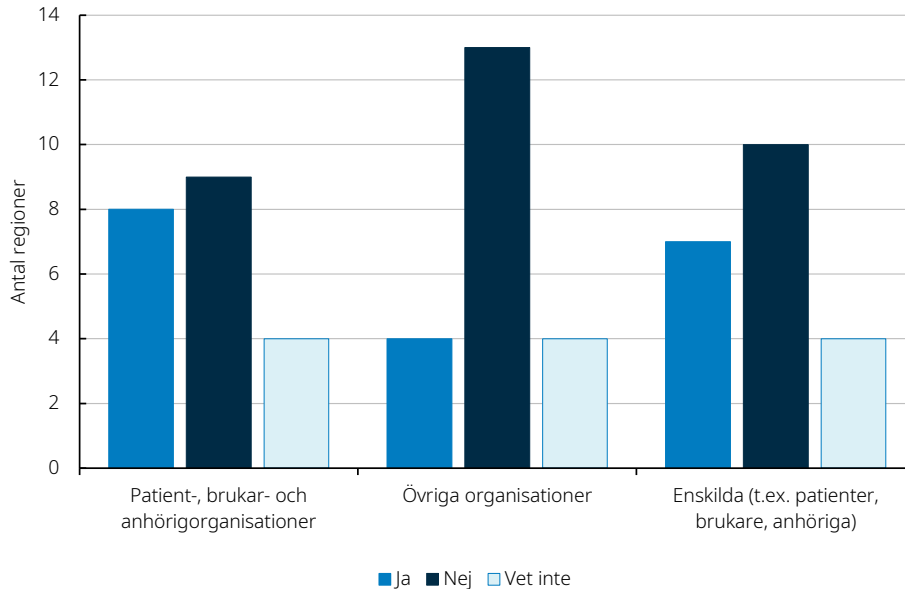
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Brukarinflytande

Brukarinflytandet i insatserna inom området är generellt lågt både i regioner och kommuner. Endast 8 regioner respektive 66 kommuner svarar att **patient-, brukar- och anhörigorganisationer** medverkat i insatserna, se figur 27 respektive figur 28. Att **enskilda** medverkat anges av 7 regioner och 105 kommuner.

Figur 27. Brukarinflytande i insatserna, regioner

Regioner har svarat på frågan: *Har patient-, brukar- och anhörigorganisationer eller enskilda medverkat i de redovisade insatserna?**

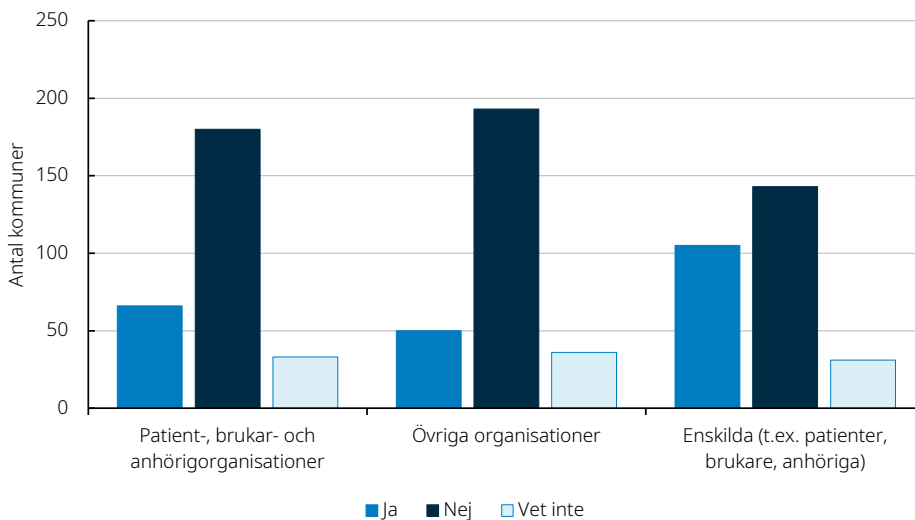


* Samtliga regioner har svarat på frågan.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Figur 28. Brukarinflytande i insatserna, kommuner

Kommuner har svarat på frågan: *Har patient-, brukar- och anhörigorganisationer eller enskilda medverkat i de redovisade insatserna?**



* 279 kommuner har svarat på frågan.

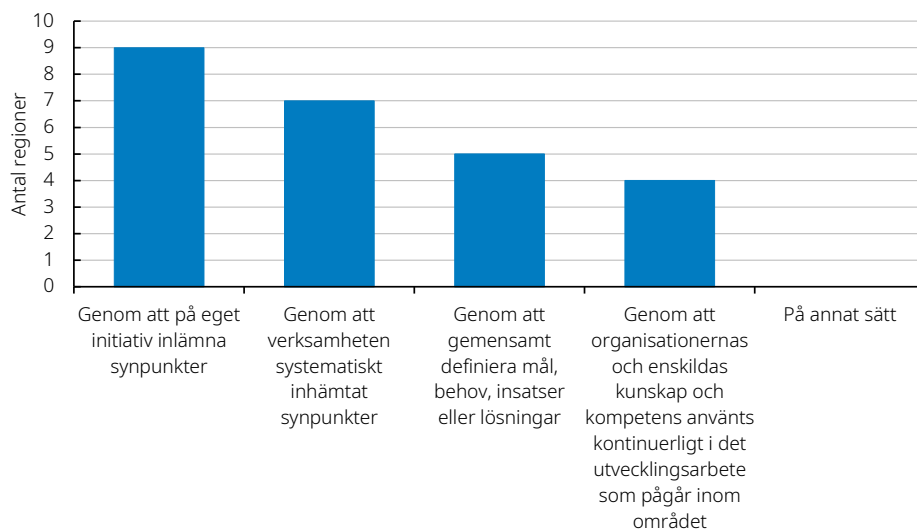
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Hur patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda har medverkat i insatserna illustreras i figur 29 och figur 30. För regionerna är det vanligast att brukarmedverkan sker **genom att på eget initiativ inlämna synpunkter** till verksamheten. Detta har angetts av nio regioner. Även det omvända, det

vill säga samverkan **genom att verksamheten systematiskt inhämtat synpunkter**, är ganska vanligt och har angetts av sju regioner.

Figur 29. Hur patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda har medverkat i insatserna, regioner

Regioner har svarat på frågan: *På vilket sätt har patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda medverkat i insatserna?**



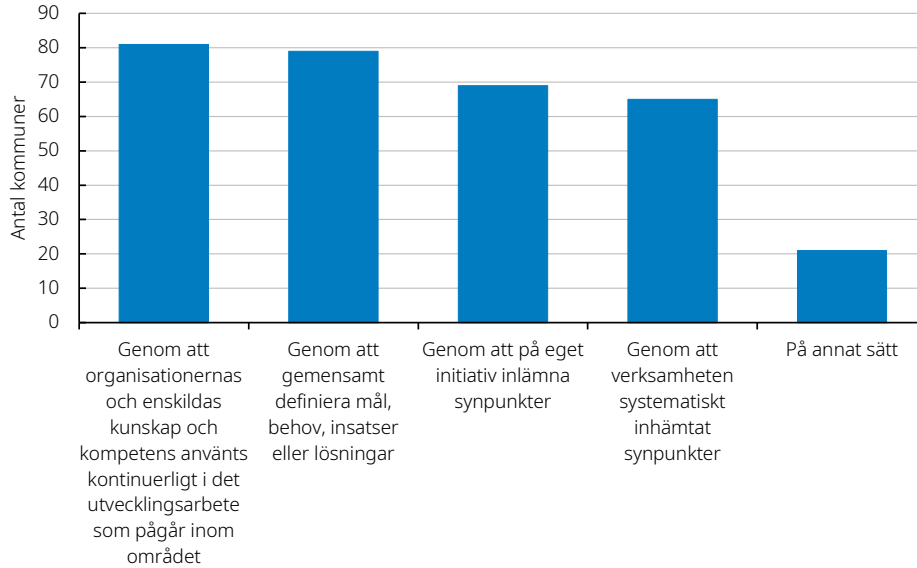
* Flera svarsalternativ har varit möjliga. Samtliga regioner har svarat på frågan.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Inom kommuner är det vanligt att medverkan sker på flera olika sätt. Särskilt vanligt är det att den sker **genom att organisationers och enskildas kunskap och kompetens använts kontinuerligt i utvecklingsarbetet** respektive **genom att gemensamt definiera mål, behov, insatser eller lösningar**. Dessa typer av medverkan har angetts av 81 respektive 79 kommuner.

Figur 30. Hur patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda har medverkat i insatserna, kommuner

Kommuner har svarat på frågan: *På vilket sätt har patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda medverkat i insatserna?**



* Flera svarsalternativ har varit möjliga. 279 kommuner har svarat på frågan.

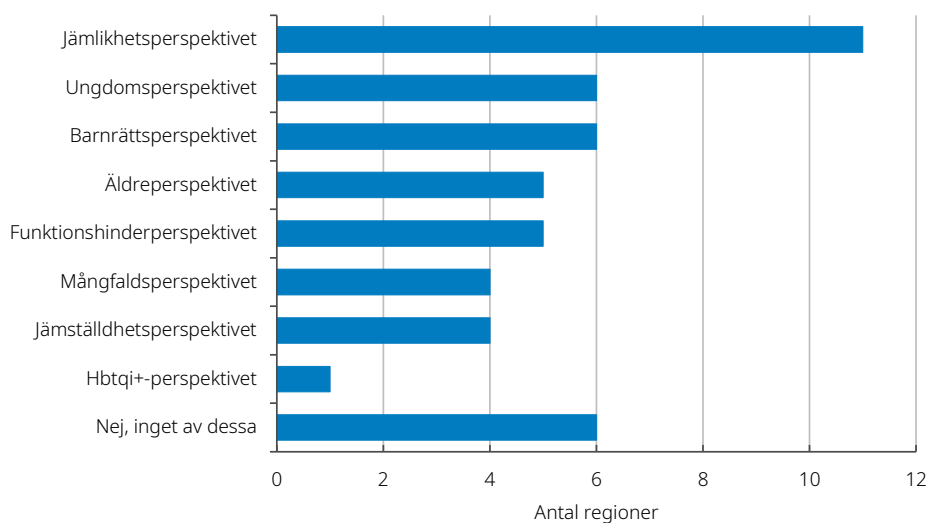
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Perspektiv och samverkan

Jämlikhet är det vanligaste framträdande perspektivet i regionernas redovisade insatser, se figur 31. Drygt hälften av regionerna (11 av 21) anger det som särskilt framträdande. **Hbtqi+** är det perspektiv som regionerna har arbetat minst med i insatserna. Sex regioner, dvs. drygt en fjärdedel, anger att inget av de valbara perspektiven i frågeställningen varit framträdande i arbetet med insatserna.

Figur 31. Perspektiv i insatserna, regioner

Regioner har svarat på frågan: *Har något/några av dessa perspektiv varit särskilt framträdande i arbetet med de redovisade insatserna?**



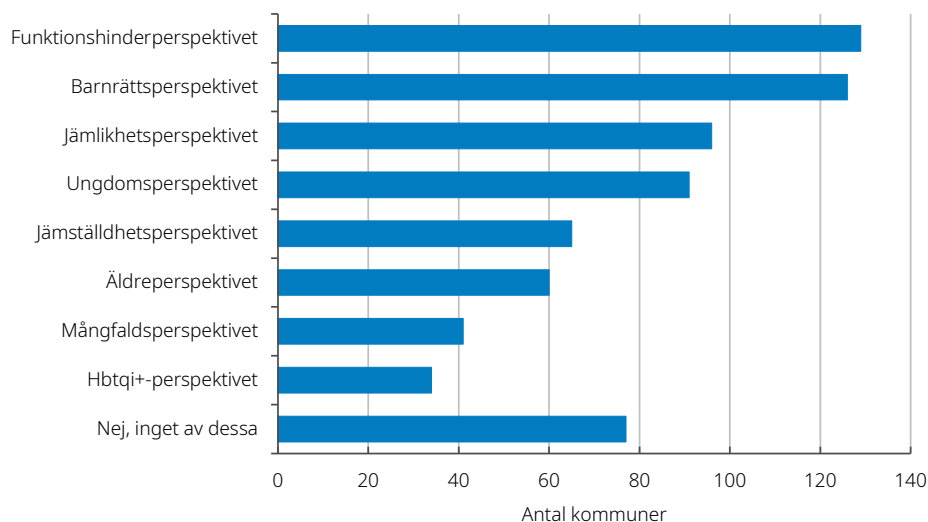
* Flera svarsalternativ har varit möjliga. Samtliga regioner har svarat på frågan.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Kommunernas redovisar att **funktionshinder** respektive **barnrätt** är de vanligaste perspektiven, se figur 32. Ungefär 130 kommuner har angett dessa perspektiv som särskilt framträdande. Liksom inom regionerna är **hbtqi+** det perspektiv som kommunerna arbetat minst med i insatserna. I likhet med regionerna anger drygt en fjärdedel av kommunerna att inget av de valbara perspektiven i frågeställningen varit framträdande i arbetet med insatserna.

Figur 32. Perspektiv i insatserna, kommuner

Kommuner har svarat på frågan: *Har något/några av dessa perspektiv varit särskilt framträdande i arbetet med de redovisade insatserna?**



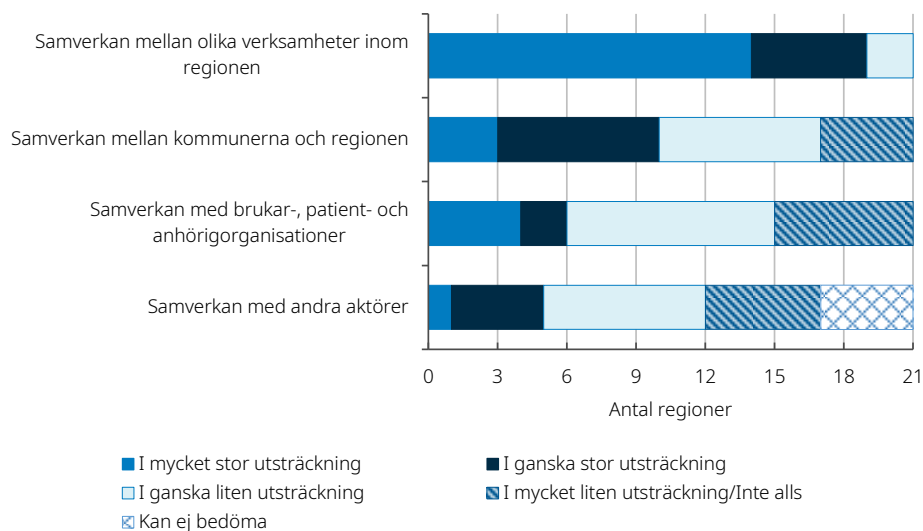
* Flera svarsalternativ har varit möjliga. 279 kommuner har svarat på frågan.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Inom området har regioner och kommuner också svarat på i vilken utsträckning olika typer av samverkan har prioriterats i arbetet med insatserna, se figur 33 och figur 34. Inom såväl regioner som kommuner har samverkan mellan olika verksamheter i regionen/kommunen prioriterats i störst utsträckning.

Figur 33. Prioritering av samverkan i arbetet med insatserna, regioner

Regioner har svarat på frågan: *I vilken utsträckning har samverkan varit prioriterat i er regions arbete med de redovisade insatserna?**



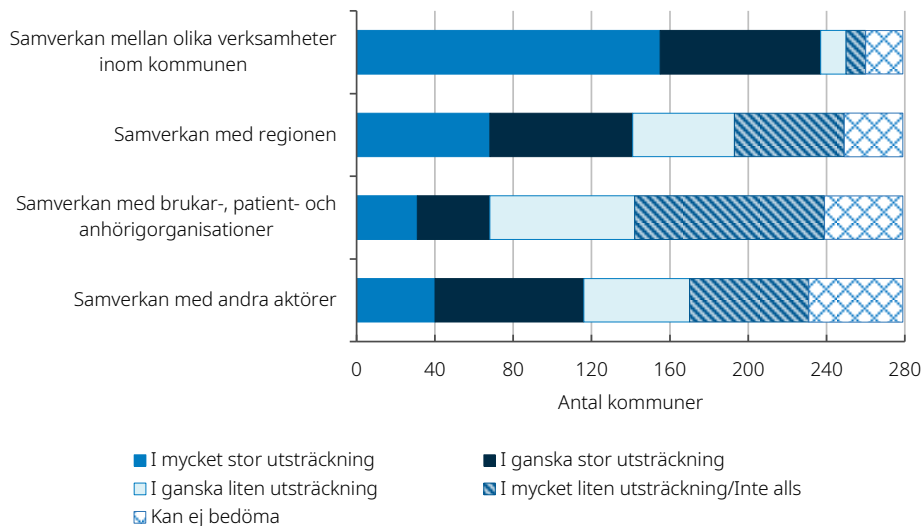
* Samtliga regioner har svarat på frågan.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Samverkan mellan olika verksamheter i regionen har prioriterats i mycket stor eller ganska stor utsträckning av 19 regioner (dvs. ca 90 procent av regionerna). **Samverkan mellan olika verksamheter i kommunen** har prioriterats i mycket stor eller ganska stor utsträckning av 237 kommuner (dvs. ca 85 procent av de 279 svarande kommunerna). **Samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer** samt **samverkan med andra aktörer** har prioriterats i minst utsträckning inom såväl regioner som kommuner.

Figur 34. Prioritering av samverkan i arbetet med insatserna, kommuner

Kommuner har svarat på frågan: *I vilken utsträckning har samverkan varit prioriterat i er kommuns arbete med de redovisade insatserna?**



* 279 kommuner har svarat på frågan.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten 2023

Drygt en tredjedel av regionerna (8 av 21) anger att det finns utvecklingsarbeten som finansierats med stimulansmedel och som har implementerats i den ordinarie verksamheten under 2023. Det rör sig om en variation av implementerade insatser såsom olika vård- och insatsprogram, förändrade arbetssätt samt digitala utvecklingsprojekt.

Av kommunerna är det cirka 44 procent (122 av 279 kommuner) som anger att utvecklingsarbeten som finansierats med stimulansmedel har implementerats i den ordinarie verksamheten under 2023. Implementerade insatser innefattar exempelvis Peer Support, utbildningar i Mental Health First Aid (MHFA) och hälsoundersökningar för placerade barn. Många, 96 kommuner, anger att de inte kan bedöma om det finns utvecklingsarbeten som har implementerats. Att så många kommuner inte kan bedöma detta kan bero på att många av de kommunala insatsernas mål är kopplade till kompetensutveckling och kunskapsspridning och/eller på att kommunerna har olika förutsättningar att återrapportera hur stimulansmedlen använts.

Sammanfattande iakttagelser

I överenskommelsens prioriterade område *en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg* är arbete med kunskapsstöd, patientsäkerhet och systematisk uppföljning särskilt beskrivet. I respondenternas egen

kategorisering av genomförda insatser framkommer att en stor del av insatserna klassificeras som *annat utvecklingsarbete* men även arbete med kunskapsstöd är vanligt. Det är betydligt mer ovanligt att respondenterna väljer att klassificera insatsen som arbete patientsäkerhet eller systematiskt uppföljning. Liknande resultat har också setts i tidigare års enkätredovisningar. Socialstyrelsen noterar också likt föregående år att det finns utmaningar för en del kommuner kopplat till redovisning av stimulansmedel [8]. Hur utmaningarna ser ut och hur de har påverkat genomförande och redovisning avser Socialstyrelsen att undersöka i kommande programutvärdering.[9]

Inom det prioriterade området *en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg* har regioner och kommuner genomfört en stor bredd av insatser. Socialstyrelsen noterar att det i kommunernas redovisning är vanligt att aktiviteterna handlar om insatser för att motverka normbrytande beteende, kriminalitet och rekrytering till kriminella gäng. Ungefär en av tio insatser har detta fokus. När det gäller insatsernas mål finns det vissa skillnader mellan regioner och kommuner – bland annat är ökad tillgänglighet ett vanligare mål inom regioner än i kommuner. Samtidigt är förbättrade förutsättningar och mindre risker ett betydligt vanligare mål i kommunernas insatser än i regionernas. När det gäller målgrupper är personal och verksamheter den vanligaste målgruppen i insatserna inom både regioner och kommuner.

När det gäller insatsernas effekter förekommer oftast ökad kompetens, kunskap och förståelse bland både regioner och kommuner. En tydlig skillnad är emellertid att ökad tillgänglighet är en förhållandevis vanlig effekt i regionernas insatser men ovanlig i kommunernas, vilket överensstämmer ganska väl med variationen som finns i insatserna mål mellan regioner och kommuner.

Det vanligaste framträdande perspektivet i regionernas insatser är jämlikhet, vilket drygt hälften av regionerna anger som särskilt framträdande. Inom kommuner är funktionshinder respektive barnrätt de vanligaste perspektiven, ungefär 130 kommuner anger dessa som särskilt framträdande. Hbtqi+ är det perspektiv som både regioner och kommuner har fokuserat minst på i arbetet med insatserna. Den samverkan som prioriterats i störst utsträckning inom både regioner och kommuner är samverkan mellan olika verksamheter i den egna huvudmannens organisation. Samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt andra aktörer har varit prioriterat i minst utsträckning, såväl inom region som kommun.

En systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen – prioriterat område 5

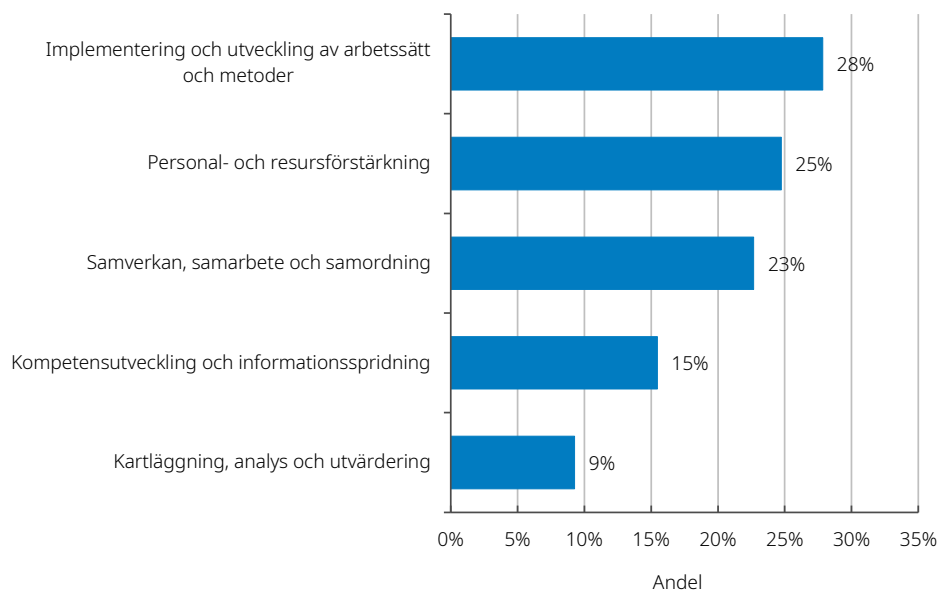
Regioner och kommuner inom samtliga län har redovisat insatser inom överenskommelsens prioriterade område *en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen*. Totalt har 97 insatser redovisats och sammanlagt har 24 miljoner kronor i stimulansmedel rekvirerats inom området.

Aktiviteter

Som framgår av figur 35 har ungefär var fjärde insats fokuserat på **implementering och utveckling av arbetssätt och metoder, personal- och resursförstärkning** och/eller **samverkan, samarbete och samordning**. Många av dessa aktiviteter har på olika sätt fokuserat på att utveckla arbetet och samverkan kopplat till patient-, brukar- och anhörigmedverkan.

Figur 35. Aktiviteter

Kodade aktiviteter inom det prioriterade området en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen*



* 97 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade aktiviteter.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Vanligast är att en **patient-, brukar- eller anhörigorganisation** ansvarar för genomförandet av insatsen. Andra verksamheter som ofta ansvarar för insatserna är exempelvis **verksamheter inom psykiatri** (främst social- respektive vuxenpsykiatri), **regionala samverkans- och stödstrukturer** samt **övergripande verksamheter för län, kommun och region**. Vanliga

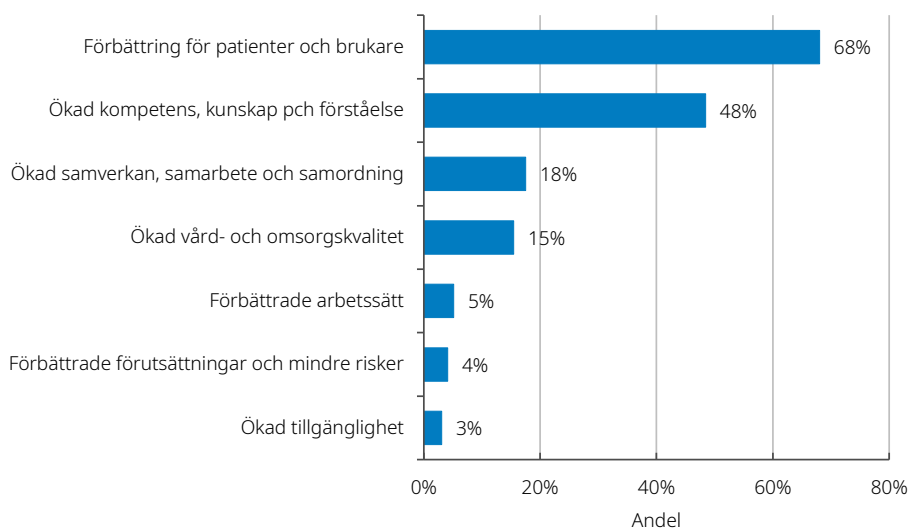
samarbetspartner är samma verksamheter som ofta är ansvariga, men också **enskilda (brukare, patienter, anhöriga)** som var samarbetspartner i drygt en tredjedel av insatserna.

Målsättningar och målgrupper

I drygt två av tre insatser var målet att bidra till **förbättring för patienter och brukare**, till exempel genom en mer personcentrerad vård och ökat inflytande. Ett annat vanligt mål med insatserna var **ökad kompetens, kunskap och förståelse** – vilket återfanns i nästan varannan redovisad insats, se figur 36.

Figur 36. Mål

Kodade mål inom det prioriterade området en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen*



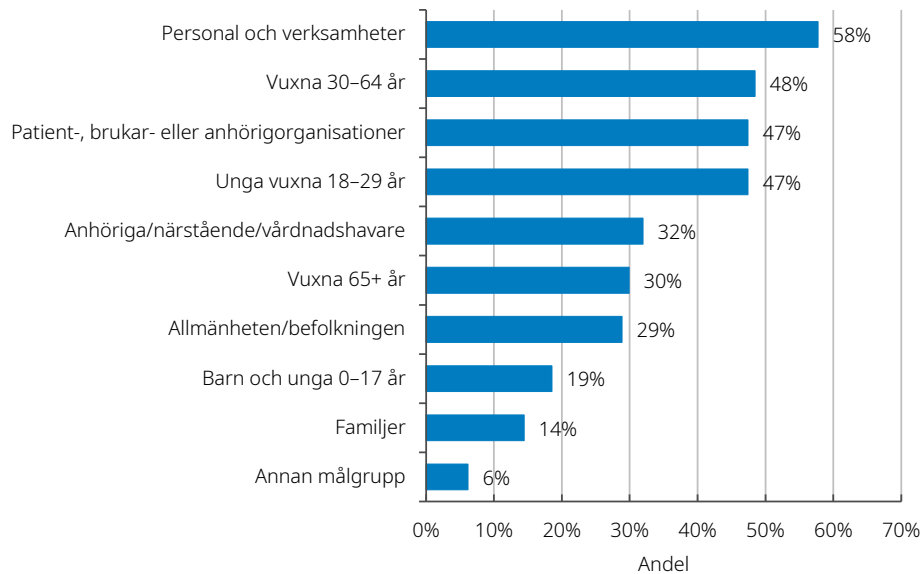
* 97 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade mål.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Det är vanligt att insatserna har flera målgrupper, till exempel **vård och omsorgstagare, personal och verksamheter** samt **anhöriga**. Bland vård- och omsorgstagare är det vanligast att målgrupperna är **vuxna 30–64 år** respektive **unga vuxna 18–29 år**, och minst vanligt att målgruppen är **barn och unga 0–17 år**.

Figur 37. Målgrupper

Redovisade målgrupper inom det prioriterade området en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen*



* 97 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade målgrupper.

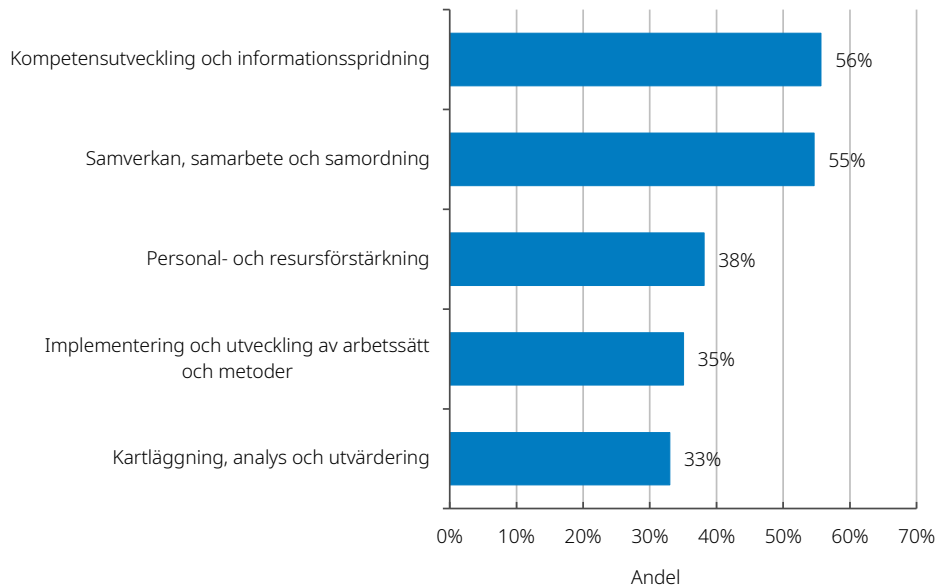
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Prestationer och effekter

I drygt varannan insats har prestationer kategoriserats som **kompetensutveckling och informationsspridning**, till exempel olika typer av kunskaphöjande insatser. Nästan lika vanlig är prestationen **samverkan, samarbete och samordning**, som exempelvis avser insatser som fokuserar på att utveckla processer och samverkansrutiner samt förstärka samordningsfunktioner. Övriga kodade prestationer återfinns i ungefär en tredjedel av insatserna, se figur 38.

Figur 38. Prestationer

Kodade prestationer inom det prioriterade området en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen*



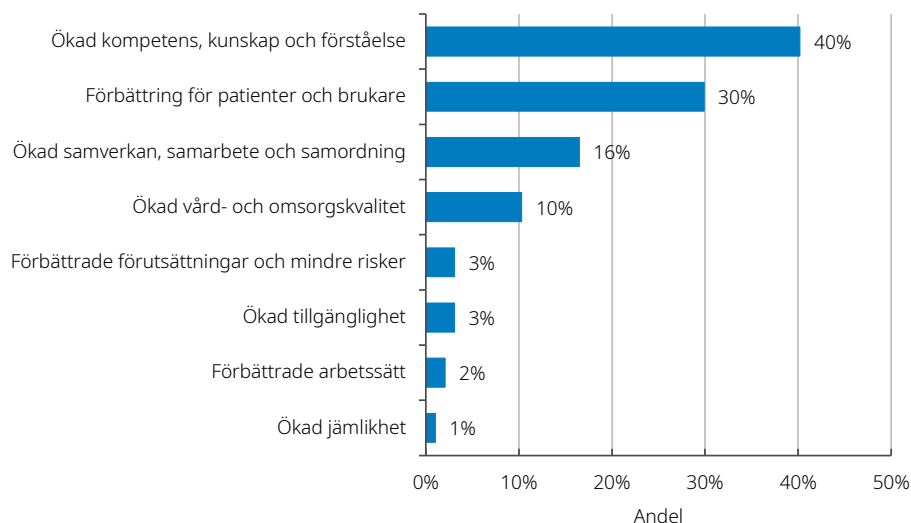
* 97 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade prestationer.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Som framgår av figur 39 nedan är de vanligaste effekterna **ökad kompetens, kunskap och förståelse** respektive **förbättring för patienter och brukare**. Dessa effekter är också de vanligaste målen inom området (jfr figur 36 ovan). När det gäller ökad kompetens, kunskap och förståelse ses effekten främst bland personal och yrkesverksamma, men även bland befolkning, patienter och brukare. Effekten förbättring för patienter och brukare ses i form av mer personcentrerad vård och ökat inflytande. Sammantaget ses någon form av effekt i drygt 70 procent av insatserna.

Figur 39. Effekter

Kodade effekter inom det prioriterade området en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen*



* 97 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade effekter.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

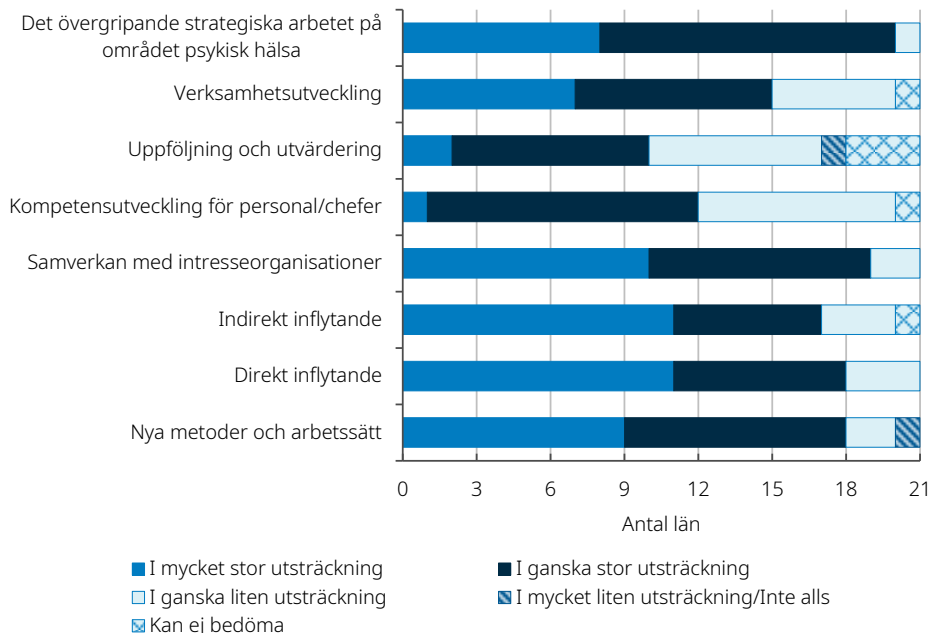
Brukarinflytande

I enkäten fick regioner och kommuner inom länen även svara på vad de prioriterat i arbetet med att stärka patient-, brukar- och anhöriginflytandet, se figur 40. Sammantaget har **det övergripande strategiska arbetet på området psykisk hälsa** prioriterats i störst utsträckning. Denna kategori har varit prioriterad i mycket stor utsträckning inom åtta län och i ganska stor utsträckning inom tolv län. Även **samverkan med intresseorganisationer, inflytande** (både direkt och indirekt) samt **nya metoder och arbetssätt** har prioriterats i stor utsträckning.

I arbetet med att stärka patient-, brukar- och anhöriginflytandet har **uppföljning och utvärdering, kompetensutveckling för personal/chefer** och **verksamhetsutveckling** prioriterats i förhållandevis liten utsträckning.

Figur 40. Prioriteringar i brukarinflytande

Regioner och kommuner inom länen har svarat på frågan: *I vilken utsträckning har följande varit prioriterat i ert läns arbete med att stärka patient-, brukar- och anhöriginflytande under 2023?**



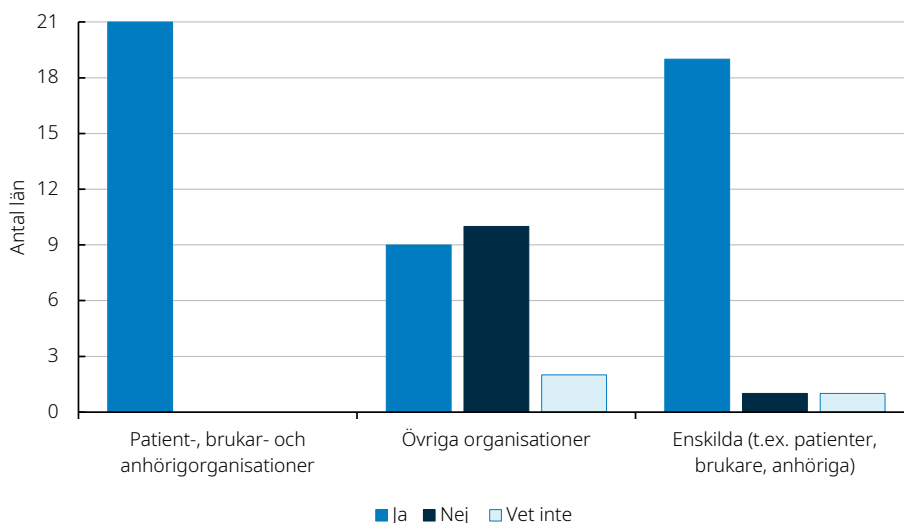
* 21 läns gemensamma enkätsvar har inkommit.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Patient-, brukar- och anhörigorganisationer har inom samtliga län deltagit i arbetet med insatserna, se figur 41. Även **enskilda** (t.ex. patienter, brukare och anhöriga) har deltagit i arbetet i nästan alla län. **Övriga organisationer** har deltagit i arbetet inom nio län.

Figur 41. Brukarinflytande i insatserna

Regioner och kommuner inom länen har svarat på frågan: *Har patient-, brukar- och anhörigorganisationer eller enskilda medverkat i de redovisade insatserna?**



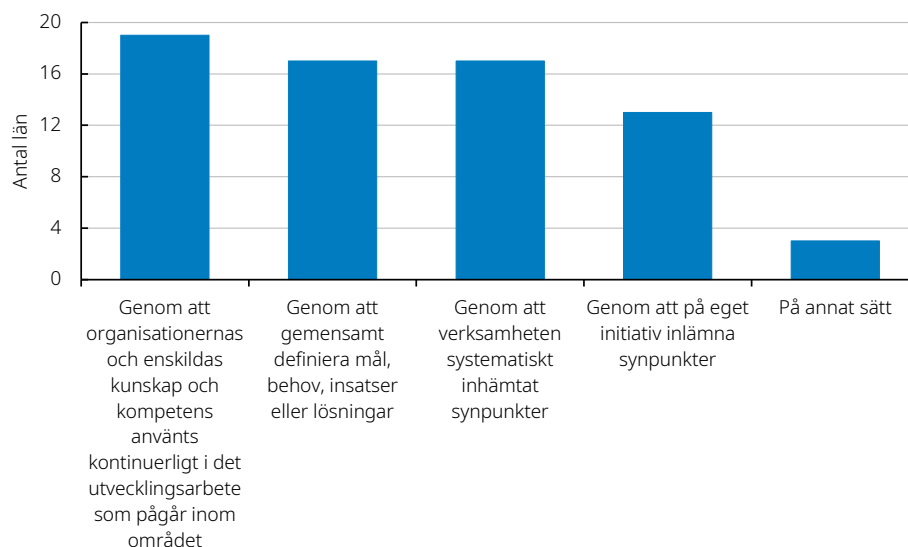
* 21 läns gemensamma enkätsvar har inkommit.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Regioner och kommuner inom 19 av 21 län anger att medverkan skett genom att **organisationers och enskildas kunskap och kompetens har använts i utvecklingsarbetet**, se figur 42. Något färre, 17 län, anger att medverkan skett genom att **gemensamt definiera mål, behov, insatser eller lösningar**. Lika många anger att det skett genom att **verksamheten systematiskt inhämtat synpunkter**.

Figur 42. Hur patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda har medverkat i insatserna

Regioner och kommuner inom länen har svarat på frågan: *På vilket sätt har patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda medverkat i insatserna?**



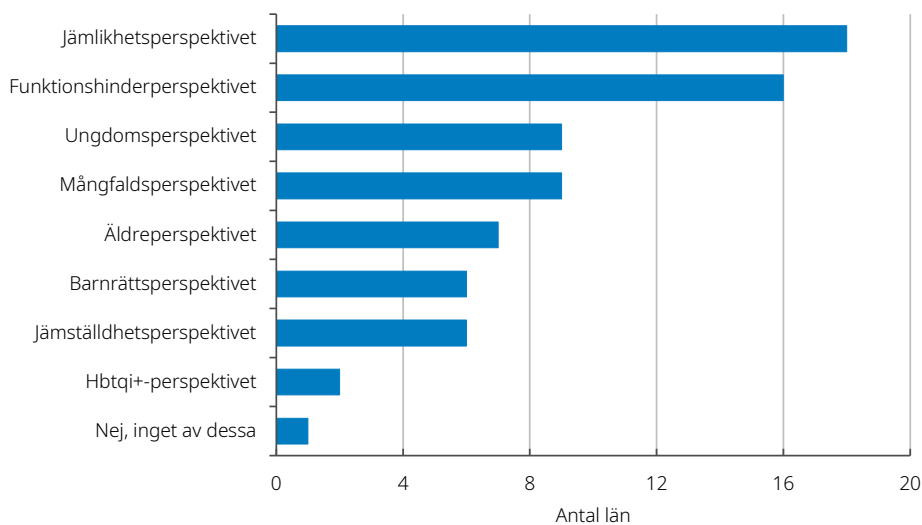
* Flera svarsalternativ har varit möjliga. 21 läns gemensamma enkätsvar har inkommit.
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Perspektiv och samverkan

Det är vanligt att flera perspektiv varit framträdande i arbetet med insatserna. **Jämlikhet** respektive **funktionshinder** är de vanligaste perspektiven och redovisas inom 18 respektive 16 län, se figur 43. Jämlikhetsperspektivet kan exempelvis vara att en insats fokuserat på att skapa likvärdiga förutsättningar och möjligheter för patient-, brukar- och anhöriginflytande.

Figur 43. Perspektiv i insatserna

Regioner och kommuner har inom länen svarat på frågan: *Har något/några av dessa perspektiv varit särskilt framträdande i arbetet med de redovisade insatserna?**

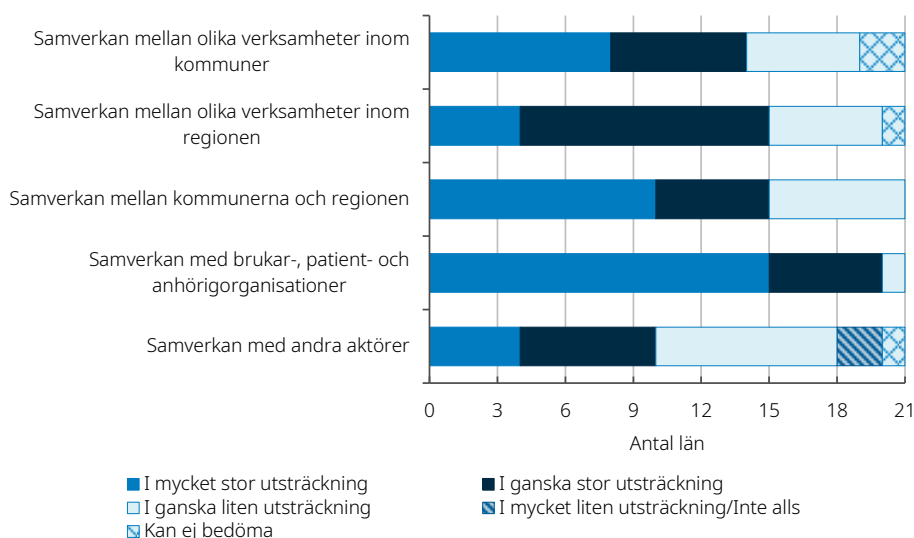


* Flera svarsalternativ har varit möjliga. 21 läns gemensamma enkätsvar har inkommit.
Källa: Enkätredovisning stimulan medel 2023, Socialstyrelsen.

Regioner och kommuner har också svarat på i vilken utsträckning olika typer av samverkan har varit prioriterad inom området. Samverkan prioriteras framför allt med **brukar-, patient- och anhörigorganisationer**, se figur 44. Denna samverkan har varit prioriterad i mycket stor respektive ganska stor utsträckning i 15 respektive 5 län. Även **samverkan mellan kommunerna och regionen** såväl som **mellan olika verksamheter inom kommunerna respektive regionen** har prioriterats i förhållandevis stor utsträckning.

Figur 44. Prioritering av samverkan i arbetet med insatserna

Regioner och kommuner har inom länen svarat på frågan: *I vilken utsträckning har samverkan varit prioriterad i ert läns arbete med de redovisade insatserna?**



* 21 läns gemensamma enkätsvar har inkommit.
Källa: Enkätredovisning stimulan medel 2023, Socialstyrelsen.

Insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten 2023

Inom området *en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen* redovisar regioner och kommuner inom tolv län att utvecklingsarbeten som tidigare finansierats med stimulansmedel har implementerats i den ordinarie verksamheten under 2023. Exempel på insatser som redovisas är peer-support, Patientforum och brukarrevisioner.

Sammanfattande iakttagelser

Av de 97 redovisade insatserna inom området *en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen* har ungefär var fjärde insats fokuserat på implementering och utveckling av arbetssätt och metoder, personal- och resursförstärkning och/eller samverkan, samarbete och samordning. Många av dessa aktiviteter har på olika sätt fokuserat på att utveckla arbetet och samverkan kopplat till patient-, brukar- och anhörigmedverkan. I drygt varannan insats har prestationerna kategoriserats som kompetensutveckling och informationsspridning respektive samverkan, samarbete och samordning. De vanligaste målen är förbättring för patienter och brukare samt ökad kompetens, kunskap och förståelse. Målen motsvarar också de vanligaste effekterna av insatserna. Barn- och unga 0–17 år är målgrupp i 19 procent av insatserna och är den åldersgrupp som mest sällan anges som målgrupp.

Regioner och kommuner arbetar med att stärka patient-, brukar- och anhörigmedverkan på olika vis. I enkätsvar framkommer att det övergripande strategiska arbetet på området prioriterats i störst utsträckning inom arbetet med att stärka medverkan. Patient-, brukar- och anhörigorganisationer har inom samtliga län deltagit i arbetet med insatserna. Även enskilda har medverkat i insatserna i mycket hög utsträckning. Medverkan sker främst genom att organisationers och enskildas kunskap och kompetens används i utvecklingsarbetet.

Som framträdande perspektiv i insatserna anges oftast jämlikhet respektive funktionshinder. Det är vanligt att flera perspektiv varit framträdande i arbetet med insatserna. I insatserna har samverkan prioriterats med främst brukar-, patient- och anhörigorganisationer.

En förstärkt psykiatrisk traumavård - prioriterat område 7

Inom överenskommelsens prioriterade område *en förstärkt psykiatrisk traumavård* har samtliga regioner redovisat insatser. Totalt rör det sig om 65

insatser och sammanlagt har 50 miljoner kronor i stimulansmedel rekviderats inom området.

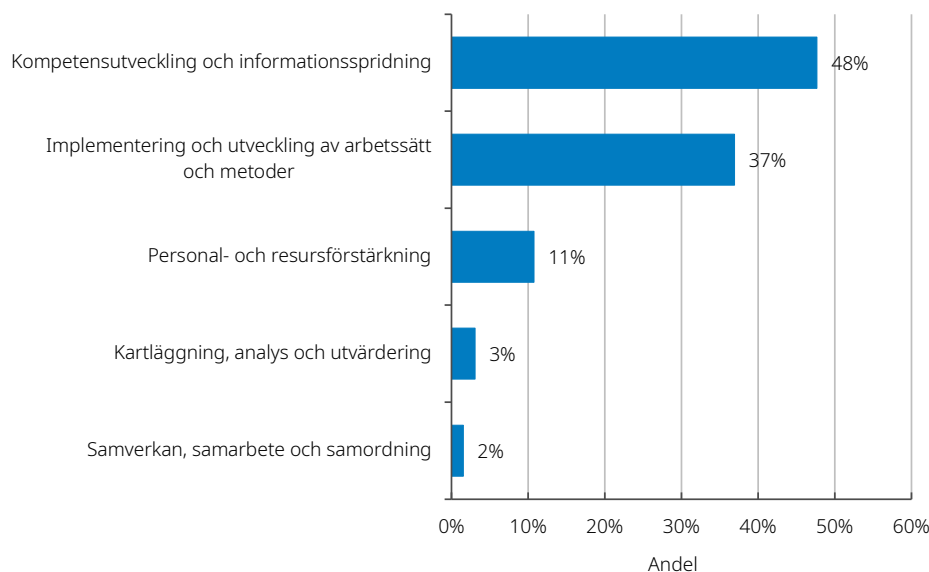
Aktiviteter

I likhet med föregående års inrapportering dominerar aktiviteter inom **kompetensutveckling och informationspridning** inom det prioriterade området. Av samtliga redovisade insatser innehåller nästan hälften aktiviteter inom kompetensutveckling och informationspridning. Exempelvis består aktiviteterna av utbildningar i psykoedukation för anhöriga och patienter, akut prehospitalt omhändertagande av traumapatienter (Prehospital Trauma Life Support, PHTLS) samt traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (KBT).

Som framgår av figur 45 nedan är även aktiviteter inom **implementering och utveckling av arbetssätt och metoder** vanligt förekommande i redovisningarna. Exempel på sådana aktiviteter är bildandet av nya mottagningar, ny behandlingar och så kallade traumateam.

Figur 45. Aktiviteter

Kodade aktiviteter inom det prioriterade området en förstärkt psykiatrisk traumavård*



* 65 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade aktiviteter.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

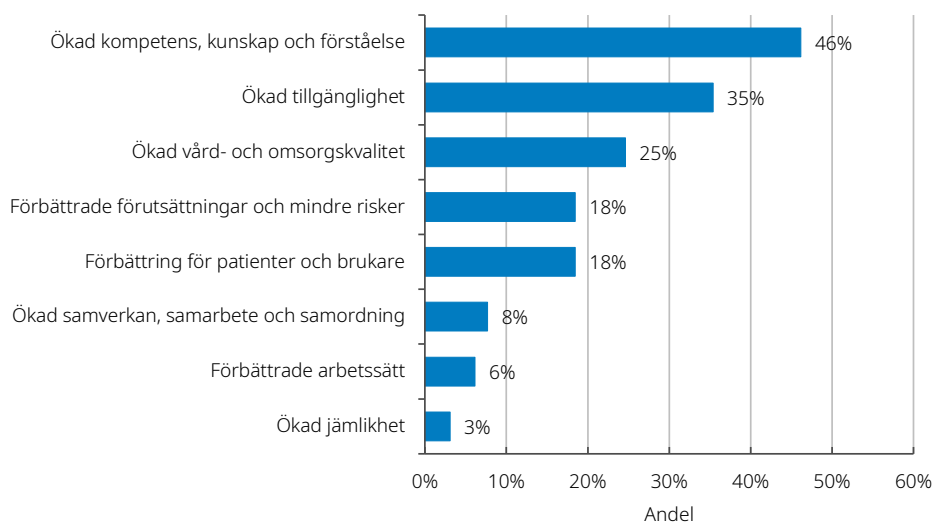
Verksamheter inom psykiatrin, riktade till såväl barn som vuxna, är de ansvariga verksamheterna som vanligtvis genomför insatser inom traumaområdet. Regionerna anger även **traumamottagning** som ansvarig verksamhet i flera av insatserna. De ansvariga verksamheterna samarbetar vanligtvis med olika former av **vuxenpsykiatri** samt med **barn- och ungdomspsykiatrin**.

Målsättningar och målgrupper

Det vanligaste målet inom området är **ökad kompetens, kunskap och förståelse** som återfinns i 46 procent av insatserna. Detta mål handlar ofta om att genom olika former av utbildningsinsatser riktade mot främst personal och yrkesverksamma öka kompetensen inom traumavård. Som framgår av figur 46 nedan är även målen **ökad tillgänglighet** respektive **ökad vård- och omsorgskvalitet** vanligt förekommande i insatserna. Målet ökad tillgänglighet handlar huvudsakligen om insatser som syftar till att på olika sätt öka tillgången till vård och behandling samt korta ned väntetider. Ökad vård- och omsorgskvalitet avser insatser som huvudsakligen syftar till att utveckla arbetssätt och metoder för att höja vårdkvaliteten.

Figur 46. Mål

Kodade mål inom det prioriterade området en förstärkt psykiatrisk traumavård*



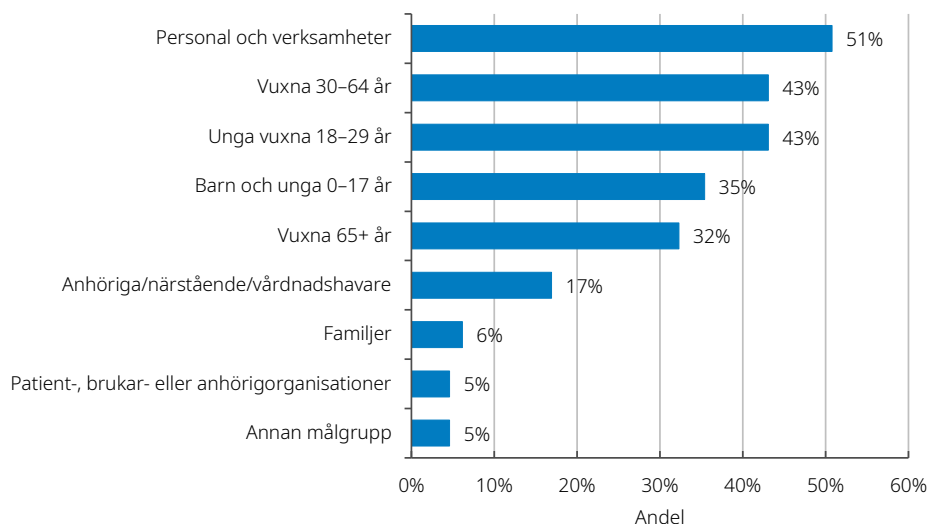
* 65 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade mål.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

När det gäller målgrupper för insatserna är **personal och verksamheter** den vanligaste gruppen, se figur 47. **Barn och unga 0–17 år, unga vuxna 18–29 år, vuxna 30–64 år** samt **vuxna 65 år och äldre** återfinns som målgrupp i ungefär 30–45 procent av insatserna. Övriga målgrupper, såsom **anhöriga/närstående/vårdnadshavare, familjer och patient-, brukar- eller anhörigorganisationer**, förekommer mer sällan.

Figur 47. Målgrupper

Redovisade målgrupper inom det prioriterade området en förstärkt psykiatrisk traumavård*



* 65 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade målgrupper.

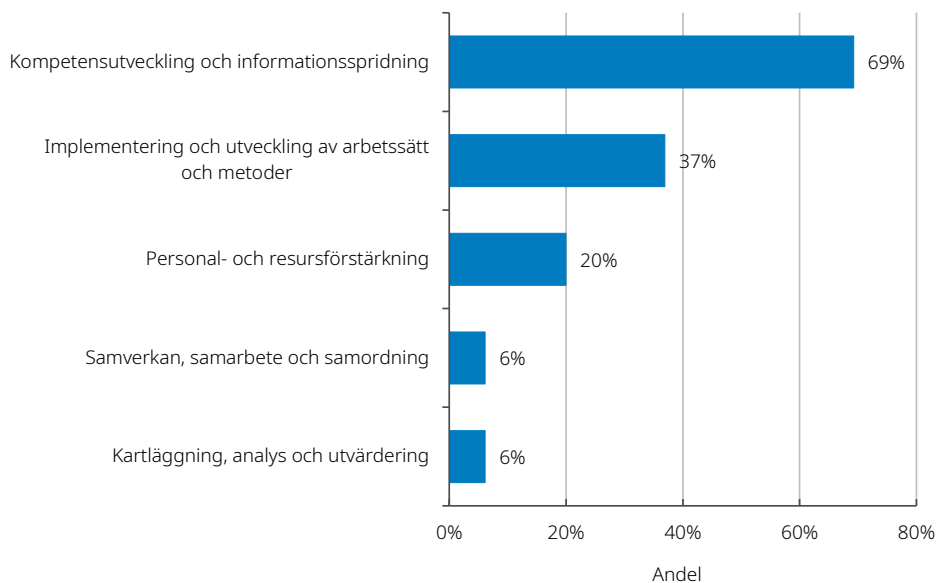
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Prestationer och effekter

Resultaten av arbetet med att förstärka traumavården illustreras i figurerna 48 och 49. I likhet med aktiviteterna finns flest prestationer inom **kompetensutveckling och informationspridning** samt **implementering och utveckling av arbetsätt och metoder**. Här återfinns exempelvis genomförda utbildningar och förändringar i vårdutbud.

Figur 48. Prestationer

Kodade prestationer inom det prioriterade området en förstärkt psykiatrisk traumavård*



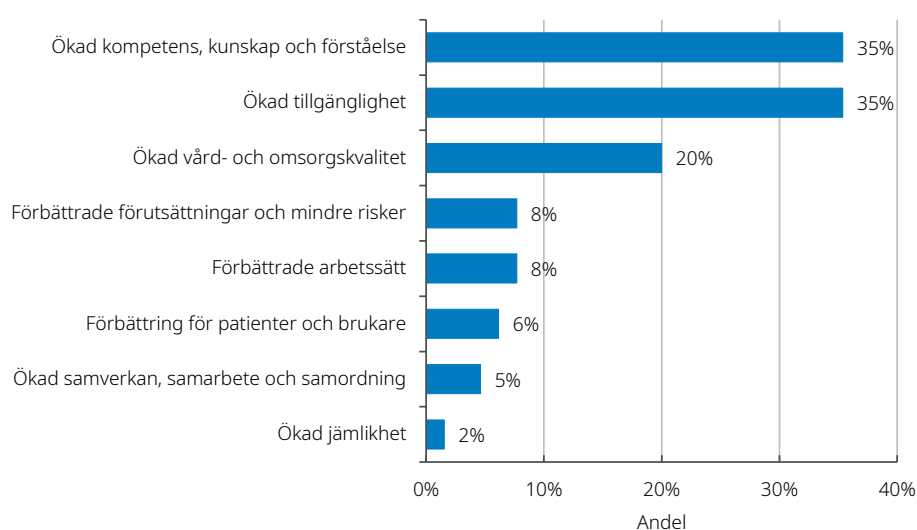
* 65 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade prestationer.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Effekterna inom området, som illustreras i figur 49 nedan, är främst **ökad kompetens, kunskap och förståelse** respektive **ökad tillgänglighet**. Drygt varje tredje insats har redovisat någon av eller båda dessa effekter. När det gäller ökad kompetens, kunskap och förståelse ses effekten främst bland personal och yrkesverksamma som genomfört olika utbildningar inom traumavård. Effekten ökad tillgänglighet ses främst i form av insatser som på olika sätt har ökat tillgången till behandling. En annan relativt vanlig effekt är **ökad vård- och omsorgskvalitet** som återfinns i var femte insats. Av samtliga redovisade insatser är det ungefär tre fjärdedelar som även har en redovisad effekt.

Figur 49. Effekter

Kodade effekter inom det prioriterade området en förstärkt psykiatrisk traumavård*



* 65 insatser har redovisats. En insats kan ha flera redovisade prestationer.

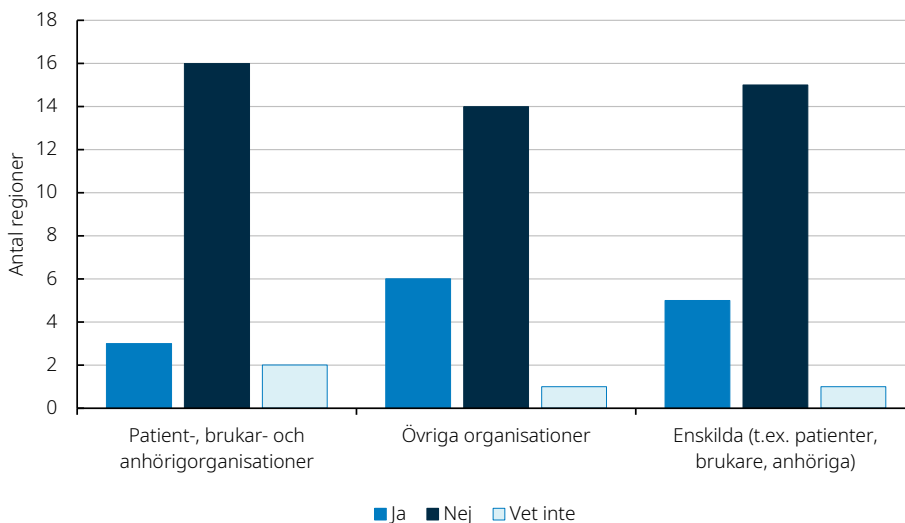
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Brukarinflytande

Inom området förekommer patient- och brukarmedverkan i låg utsträckning. Enbart tre regioner anger att **patient-, brukar- och anhörigorganisationer** medverkat i arbetet med insatserna, se figur 50.

Figur 50. Brukarinflytande i insatserna

Regioner har svarat på frågan: *Har patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda medverkat i de redovisade insatserna?**



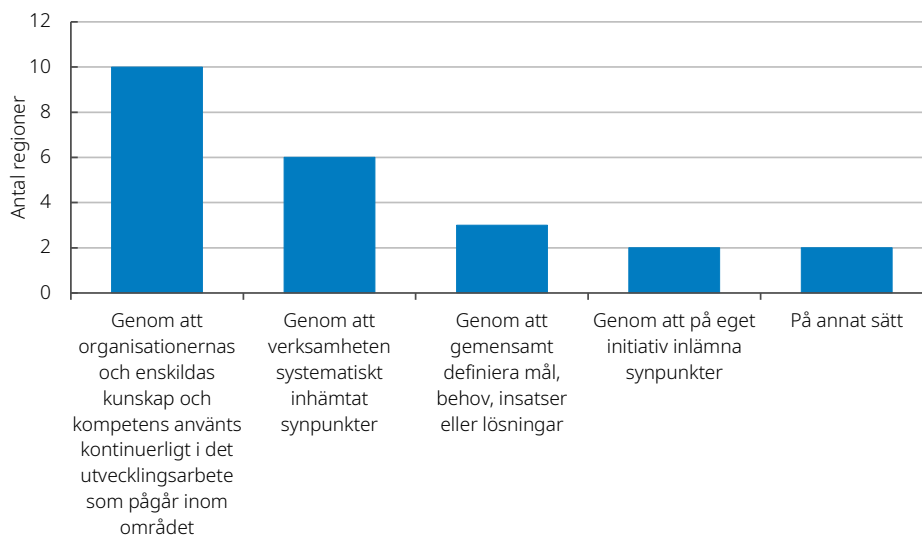
* Samtliga regioner har besvarat frågan.

Källa: Enkätredovisning stimulanmedel 2023, Socialstyrelsen.

I de förhållandevis få regioner som svarat att brukarmedverkan förekommer i insatserna, är det vanligast att medverkan skett **genom att organisationernas och enskildas kunskap och kompetens använts i utvecklingsarbetet**, se figur 51. Även medverkan **genom att verksamheten systematiskt inhämtat synpunkter** förekommer i viss utsträckning.

Figur 51. Hur patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt enskilda har medverkat i insatserna

Regioner har svarat på frågan: *På vilket sätt har patient-, brukar- och anhörigorganisationer eller enskilda medverkat i insatserna?**



* Flera svarsalternativ har varit möjliga. Samtliga regioner har besvarat frågan.

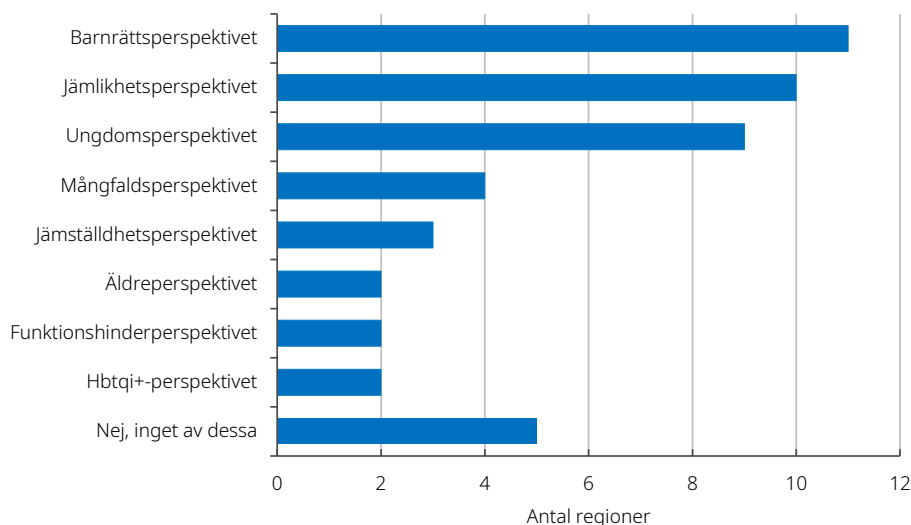
Källa: Enkätredovisning stimulanmedel 2023, Socialstyrelsen.

Perspektiv och samverkan

Som framgår av figur 52 är **barnrätt, jämlikhet** samt **ungdom** de perspektiv som varit mest framträdande i arbetet med insatserna. **Äldre, funktionshinder, hbtqi+** och **jämställdhet** har varit minst framträdande. Fem regioner anger att inget av de valbara perspektiven i frågeställningen varit framträdande i arbetet med insatserna.

Figur 52. Perspektiv i insatserna

Regionerna har svarat på frågan: *Har något/några av dessa perspektiv varit särskilt framträdande i arbetet med de redovisade insatserna?**

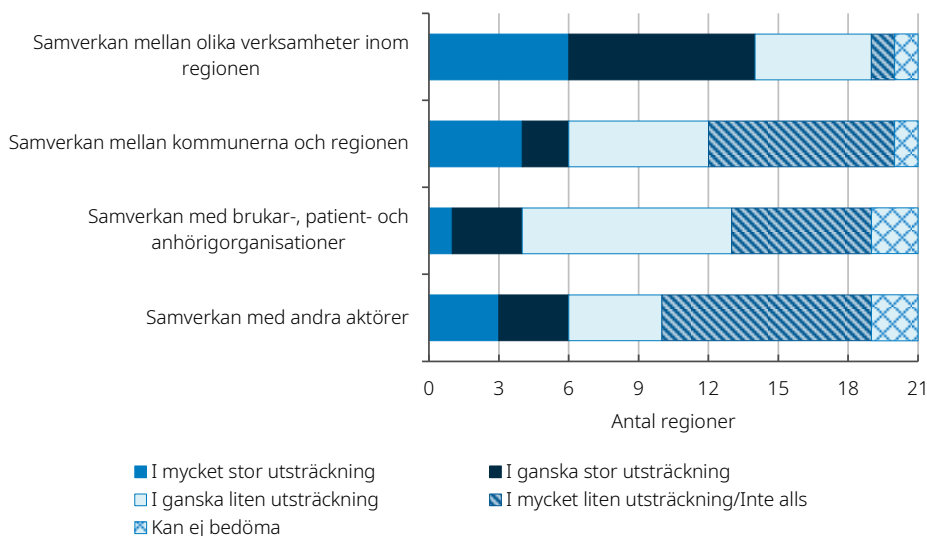


* Flera svarsalternativ har varit möjliga. Samtliga regioner har besvarat frågan.
Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Regionerna har också svarat på i vilken utsträckning olika typer av samverkan har varit prioriterad inom området en förstärkt psykiatrisk traumavård. Samverkan prioriteras framför allt **mellan olika verksamheter inom regionen**, se figur 53. Denna samverkan har varit prioriterad i mycket stor respektive ganska stor utsträckning i sex respektive åtta regioner. **Samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer** har varit prioriterad i minst utsträckning. Även **samverkan mellan kommuner och regioner** samt **samverkan med andra aktörer** har prioriterats i relativt liten utsträckning.

Figur 53. Prioritering av samverkan i arbetet med insatserna

Regioner har svarat på frågan: *I vilken utsträckning har samverkan varit prioriterat i arbetet med insatserna?**



* Samtliga regioner har besvarat frågan.

Källa: Enkätredovisning stimulansmedel 2023, Socialstyrelsen.

Insatser som beslutats bli en del av den ordinarie verksamheten 2023

Inom insatser för att förstärka traumavården anger nio regioner att det finns stimulansmedelfinansierade utvecklingsarbeten som har implementerats i den ordinarie verksamheten under 2023. I enkätsvaren redovisas exempelvis olika behandlingsmetoder såsom Psykisk livräddning (PLR) och Child Parent Psychotherapy (CPP) samt verksamheter såsom behandlings- och samtalsmottagning (BESAM) och Barnahus.

Sammanfattande iakttagelser

Inom det prioriterade området *en förstärkt psykiatrisk traumavård* är det i likhet med föregående år vanligt att insatser fokuserar på kompetensutveckling. Det vanligaste målet med insatserna är också att öka kompetensen, kunskapen och förståelsen – framför allt hos personal och verksamheter. Såväl prestationerna som effekterna är således oftast direkt kopplade till kompetensutveckling, exempelvis att en utbildning genomförts som lett till ökad kompetens hos personal eller utvecklat arbetssätt inom verksamheten.

Ökad tillgänglighet är i årets redovisning ett lika vanligt mål som ökad kompetens, kunskap och förståelse. I drygt en tredjedel av insatserna ses effekt kopplad till ökad tillgänglighet, till exempel ökad tillgång till behandling och kortare väntetider.

Få regioner redovisar patientmedverkan i arbetet med insatserna. Perspektiven äldre, funktionshinder, hbtqi+ och jämställdhet förekommer sällan som särskilt framträdande perspektiv i redovisningarna. De perspektiv som varit mest framträdande i arbetet med insatserna är barnrätt, jämlikhet och ungdom.

När det gäller samverkan är det enbart två procent av insatsernas aktiviteter som fokuserar på samverkan, samarbete och samordning. Samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt mellan kommuner och regioner har dessutom prioriterats i liten utsträckning.

En skillnad i årets redovisning jämfört med föregående år är att målet ökad vård- och omsorgskvalitet inte var det vanligaste målet i insatserna. Ökad vård- och omsorgskvalitet var emellertid ett vanligt mål även 2022 och redovisades som mål i var fjärde insats.

Lärande exempel

Liksom föregående år har Socialstyrelsen sammanställt ett antal lärande exempel. Syftet är att sprida kunskap om hur stimulansmedel kan användas i olika verksamheter inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Exemplen beskriver några av de insatser som redovisats i regioner och kommuners enkätsvar avseende åren 2022 och 2023. Exemplen ska spegla insatser hos olika huvudmän och verksamheter, men gemensamt för samtliga insatser är att de, liksom tidigare beskrivna exempel, på olika sätt berör samverkan. I förra årets lägesrapport beskrevs exempel där regioner i huvudsak ansvarade för verksamheten, och i årets lägesrapport beskrivs istället exempel ur verksamheter där kommuner ansvarar för insatserna. Exemplen har i huvudsak redovisats i de två prioriterade områdena för kommuner – *utvecklingsarbete utifrån lokala och regionala handlingsplaner* samt *en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg*.

Beskrivningarna sammanfattar erfarenheter av arbete med insatser som finansierats med stöd av stimulansmedel och baseras på information från intervjuer och enkätsvar. Socialstyrelsen återger de resultat som verksamheterna har beskrivit vilket medför att innehållet i exemplen skiljer sig åt i detaljeringsgrad. De insatser som beskrivs ska inte betraktas som viktigare än andra genomförda insatser inom överenskommelsen och exemplen ska inte ses som rekommendationer om metoder eller arbetssätt.

Gemensamma stödteamet i Västerås

Inledning

I Västerås stad hade vårdkostnaderna för barn och unga med sammansatt problematik under en tid ökat, samtidigt som många placeringar av barn och unga gjordes. Socialtjänsten såg att den familjebehandling som erbjöds inte var tillräcklig för att tillmötesgå gruppens behov och det fanns en ambition om att minska antalet placeringar inom målgruppen. Mot bakgrund av detta påbörjades projektet Gemensamma stödteamet som är ett samarbete mellan Individ och familjenämnden och Nämnden för personer med funktionsnedsättning.

Gemensamma stödteamet

Genom Gemensamma stödteamet skulle verksamheten skapa arbetssätt som möjliggjorde ett komplett stöd och en sammanhållen behandling. Inom målgruppen finns barn som har olika former av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Insatsen riktar sig till barn och unga upp till 18 år samt deras familjer. Kommunen såg att familjebehandling inte var tillräcklig för gruppen och att samverkan med andra aktörer såsom BUP var en förutsättning för att kunna ge insatser som motsvarade behoven.

Gemensamma stödteamet arbetar för att ge verktyg och förutsättningar för att kunna förhindra akuta situationer och skapa en fungerande vardag för både individen och personerna runt individen. Individ och familjenämnden och nämnden för funktionshindrade finansierar Gemensamma stödteamet som består av fem personer. Stimulansmedel från överenskommelsen används för att finansiera personalkostnader i Gemensamma stödteamet, exempelvis för att anställa ny personal.

Arbetet påbörjas direkt

Initialt ligger fokus på att etablera en relation med individen och familjen som det sedan går att arbeta vidare utifrån. Verksamheten beskriver att detta är särskilt viktigt när det handlar om ungdomar för att de exempelvis ska få en chans att acceptera en diagnos. I arbetet ingår att kartlägga individens behov. I början av projektet varade kartläggningsfasen i cirka sex månader, men en erfarenhet som verksamheten beskriver är att det är en fördel att istället påbörja arbetet direkt och ta saker vartefter.

Mallar som utarbetades i projektets början var ett bra stöd initialt, men verksamhetens erfarenhet är att det också finns risk att fastna i rutinerna i en verksamhet med behov av flexibilitet. Idag arbetar verksamheten främst utifrån inarbetade metoder och inte efter specifika mallar.

Gemensam verkstad

I arbetet med att forma Gemensamma stödteamet har en form för samverkan, Gemensam verkstad, utvecklats. Det är ett arbetssätt där de personer som möter barnet eller ungdomen i vardagen (exempelvis anhöriga och personal från skola, hälso- och sjukvård och korttidsboende) samlas runt individens behov. Gemensamma stödteamet organiserar mötena där fokus är att arbeta med ett beteende i taget och där deltagarna styr innehållet. Verksamheten beskriver att mötet ska vara ett forum för problemlösning där deltagarna gemensamt hittar strategier för att bemöta barnet på samma sätt oavsett miljö.

När Gemensamma stödteamet avslutar en insats är ambitionen att personerna som samlats runt barnet eller ungdomen även fortsättningsvis ska kunna träffas och samarbeta kring individen.

Erfarenheter av samverkan

Verksamheten beskriver att det ibland är otydligt hur ansvarsfördelningen ser ut mellan de olika aktörerna i samverkan kring individen. Fungerande kontakter med andra aktörer är en förutsättning för att teamets stöd ska fungera bra. Gemensamma stödteamet informerar om vad andra verksamheter som BUP, habilitering och LSS har för insatser och hjälper vid behov individerna och familjen med kontakt.

I projektets början var en utmaning att göra Gemensamma stödteamet känt inom olika verksamheter, och mycket arbete lades ner för att presentera verksamheten och beskriva vad teamet bidrar med.

Insatsernas längd

Insatserna varar från ungefär 6 månader upp till 3 år. Verksamheten beskriver att förändringaringsarbete för att nå en fungerande vardag tar tid och bygger på långsamma processer. Ett exempel är föräldrar som ska anpassa vardagen till barn med autism, vilket är en insats som enligt verksamheten tar uppskattningsvis 12–18 månader.

Resultat

Efter varje avslutad insats skickar verksamheten ut en enkät till både barn och unga och deras vårdnadshavare. Verksamheten beskriver att många vårdnadshavare och ett fåtal barn och unga brukar besvara enkäten. Enligt enkätsvaren har merparten av vårdnadshavarna i stort varit nöjda med kontakten med teamet och merparten tycker exempelvis att kontakten gjort att de bättre klarar vardagen samt att insatsen gjort att det fungerar bättre för barnet både hemma och i skolan [10].

Framtid

En utmaning som beskrivs är att möta samhällsutvecklingen och erbjuda insatser som möter förändrade och nya behov. Exempelvis beskrivs att familjer har mindre tid idag och större svårigheter att få vardagen att gå ihop, vilket är något som insatserna behöver anpassas för. Även risker kopplade till kriminalitet för barn i målgruppen och behovet av att arbeta förebyggande beskrivs som ett mer närvarande perspektiv idag jämfört med tidigare.

Verksamhetens bild är också att det skulle behövas merresurser för målgruppen. Ett exempel hämtas från öppenvården i kommunen där verksamheten beskriver att det finns ungdomscoacher som arbetar med unga som har problematisk skolfrånvaro. Verksamheten beskriver att ett liknande behov finns för deras målgrupp, en funktion som kan arbeta med att motivera och stödja barnet eller ungdomen i vardagen på ett annat sätt än vad familjen eller vården kan göra.

Vräkningsförebyggande arbete i Lidingö kommun

Inledning

Socialförvaltningen på Lidingö stad har sedan 2022 en uppsökande samordnare som arbetar vräkningsförebyggande samt uppsökande vid psykisk ohälsa. Bakgrunden till insatsen är att personligt ombud i kommunen, en central stödfunktion för personer över 18 år med långvarig psykisk funktionsnedsättning, uppmärksammade brister i det vräkningsförebyggande arbetet för personer med psykisk ohälsa. Dessutom hade antalet vräkningar och hot om vräkningar ökat i kommunen.

Uppsökande samordnare

En styrgrupp med chefer från olika delar av förvaltningen tillsattes för att utveckla det vräkningsförebyggande och uppsökande arbetet. Styrgruppen såg ett behov av att bland annat skapa en ny roll – uppsökande samordnare – som aktivt skulle driva det vräkningsförebyggande arbetet samt uppsökande arbete vid psykisk ohälsa.

Målet är att dels förebygga och förhindra vräkningar, dels arbeta uppsökande mot personer med psykisk ohälsa. Personer i behov ska få rätt stöd i rätt tid och den uppsökande samordnaren ska förmedla stödet och kontakterna.

Ärendegången i arbetet

Insatsen börjar vanligtvis med att ärenden som rör psykisk ohälsa, eller vräkning eller hot om vräkning kommer in via socialnämnden eller utomstående aktörer såsom hyresvärdar eller anhöriga. Därefter börjar det uppsökande arbetet oftast med att samordnaren tar kontakt med personen eller personerna i fråga. Målgrupp för insatserna är personer som är 18 år eller äldre, har psykisk ohälsa och/eller riskerar vräkning. Det kan handla om såväl ensamhushåll som sammanboende med eller utan barn. I de fall vräkning eller hot om vräkning avser hushåll med barn kopplas ärendet utan dröjsmål till handläggare på socialförvaltningen som arbetar med barn och unga.

Kontakten med individen kan ske både fysiskt (via besök eller träff) och digitalt (via telefon eller e-post). Verksamheten beskriver att rutiner har tagits fram för kontaktskapandet eftersom det är en viktig del i arbetet som av individen kan upplevas som känslig med hänsyn till den personliga integriteten. Även kontaktformulär och brevmallar har tagits fram för att ge målgruppen möjlighet att själva ta kontakt med kommunen. I arbetet har Lidingö stad inspirerats av goda erfarenheter från andra kommuner som arbetar uppsökande.

Insatser genom den uppsökande samordnaren

Den uppsökande samordnaren stöttar individer genom att kartlägga och skapa struktur i situationen, bland annat genom att informera om vilket stöd som finns. Samordnaren hjälper även till i kontakten med myndigheter och andra aktörer och stöttar för att vräkning inte ska ske framöver.

Det uppsökande arbetet vid psykisk ohälsa handlar till stor del om att fånga upp personer som är i behov av stöd och erbjuda olika stödinsatser. Det kan vara enklare stöd i vardagen såsom att följa med personen till vårdcentralen eller att samordna insatser med andra aktörer. När det gäller vräkningar eller hot om vräkningar handlar det om dels kontaktskapande och att ha motiverande samtal med personen, dels att informera om, erbjuda och eventuellt samordna insatser för att förhindra vräkning.

Beroende på hur allvarliga ärendena bedöms vara sorteras de i olika kategorier: a) direkt vräkningshot eller akut psykisk ohälsa, b) vräkningshot föreligger men inte akut, samt c) förebygga psykisk ohälsa. Inom kategorierna sker också en prioritering av de personer som inte har någon kontakt med kommunen, som kan sägas ha fallit mellan stolarna.

Uppföljning sker bland annat genom att den uppsökande samordnaren har uppföljande möten eller samtal med de individer som fått stöd. Om individerna är i behov av ytterligare stöd hänvisas de till annat stöd antingen i kommunen eller externt.

Samverkan med andra aktörer

Samverkan sker med flera olika aktörer såsom hyresvärdar och bostadsbolag, privatpersoner, myndigheter (t.ex. Kronofogden) samt andra organisationer (t.ex. olika frivilligorganisationer mot hemlöshet). När det gäller den externa samverkan har projektet också tagit initiativ till att utforma en samverkansmodell mellan relevanta aktörer i det vräkningsförebyggande arbetet. En arbetsgrupp har bildats med syftet att ta fram en modell som skapar goda förutsättningar för dialog och för att utforma gemensamma mål i det vräkningsförebyggande arbetet.

Utmaningar och framgångar med insatsen

Verksamheten beskriver att utmaningar har varit att avgränsa uppdraget och att tidigt nå ut med information till medborgarna. Rollen har utökats och det är i dagsläget två personer som arbetar som uppsökande samordnare. I jämförelse med antal ärenden är personalresurserna dock begränsade enligt verksamheten. Flera ärenden är komplexa och därför mycket tidskrävande.

När det gäller framgångar med insatsen beskriver verksamheten bland annat att närheten och tillgången till relevanta kontakter och nätverk inom kommunen har varit en fördel. Verksamheten vill verka för att tillgängligheten till kommunens olika stödfunktioner tydliggörs och underlättas för att minska avståndet mellan medborgarna och kommunen. Det finns ett ökat behov av möjligheten att mer anonymt få råd och vägledning. Eftersom verksamheten inte är myndighetsutövande kan detta behov tillgodoses.

När det gäller den nya rollen uppsökande samordnare beskriver verksamheten att många i förvaltningen ser det som en efterlängtd funktion då det vräkningsförebyggande arbetet i kommunen behövt stärkas. Att kommunen sedan tidigare arbetar med psykisk hälsa på olika sätt har också underlättat skapandet av rollen.

Resultat

Verksamheten beskriver att insatserna som genomförs inom ramen för projektet bland annat har bidragit till att personer som riskerar vräkning fångats upp tidigare. Detta har i sin tur lett till att målgruppen får stöd i rätt tid i högre utsträckning än tidigare.

Verksamheten, genom den uppsökande samordnaren, följer hanterade ärenden och genomförda insatser. Under 2023 bedömer verksamheten att över 150 kontakter har skett med medborgare med psykisk ohälsa. Av dessa bedömer verksamheten att fler än 50 stycken handlat om potentiellt förhindrade vräkningar.

Finansiering och framtid

Stimulansmedel från överenskommelsen används för att finansiera rollen och insatsen. Medlen har också använts för att anställa ytterligare en medarbetare på halvtid för att bistå den uppsökande samordnaren i det vräkningsförebyggande arbetet.

Verksamheten bedömer att den nya rollen uppsökande samordnare hittills varit kostnadseffektiv. Förhoppningen är att arbetet i framtiden ska kunna finansieras genom anslag från kommunen och att det därmed blir en etablerad verksamhet inom socialförvaltningen.

Tidsam i Piteå kommun

Inledning

I samverkan mellan öppenvård psykiatri i region Norrbotten och socialtjänsten i Piteå kommun identifierades ett behov av insatser riktade till inaktiva patienter inom öppenvård psykiatri. Med utgångspunkt i behovet startades samverkansprojektet Tidsam, tidiga samordnade insatser, för att främja individers väg mot arbete och studier.

Tidiga samordnade insatser

Inom Tidsam arbetar arbetsterapeut och studie- och yrkesvägledare tillsammans utifrån metoden IPS, individanpassat stöd till arbete, för att motivera och följa personer ut i arbete. Socialstyrelsen rekommenderar IPS till exempel i *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* [11].

Deltagare

Insatsen riktades initialt till personer med schizofreni eller annan psykosjukdom. Målgruppen har med tiden breddats till att även inkludera personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, personlighetsyndrom samt generaliserat ångestsyndrom. En anledning till detta är att det fanns möjlighet att ta emot fler deltagare eftersom antalet personer med schizofreni eller annan psykosjukdom är begränsat i kommunen. Insatsen omfattar åldersgruppen 18–65 år men merparten av deltagarna är 20–40 år.

Vägen in

Deltagare med behov av insatsen identifieras inom öppenvård psykiatri och överlämning av ärenden sker vid veckovisa möten mellan en rehabiliteringskoordinator från öppenvård psykiatri och medarbetare inom Tidsam. Verksamheten beskriver att det vore bra att även kunna fånga upp

individer innan de kommer till psykiatrin och att det därför finns ett behov av att initiera samverkan med hälsocentralen.

Insatsen

Centrala delar av arbetssättet är kartläggning och matchning utifrån individens behov, samt uppföljning. Arbetssättet fokuserar på att vara motiverande och syftar till att hjälpa individen att kunna fatta självständiga beslut utifrån egna behov och förmågor. Studiebesök och praktikperioder anordnas för att deltagarna ska få erfarenhet av olika arbetsplatser innan de mer definitivt bestämmer vilken typ av arbete som känns rätt.

Verksamheten beskriver att relationsskapande är centralt i arbetet, såväl mellan de som samarbetar inom Tidsam som mellan deltagare och arbetsgivare. En upplevd fördel är att Tidsams lokaler finns i en mer hemlik byggnad, vilket bidrar till trivsel och skapar en känsla av trygghet för deltagarna. En annan erfarenhet som verksamheten beskriver är att det är viktigt att bidra till individens självbestämmande och att verksamheten är tillgänglig för deltagarna, exempelvis när en deltagare vill avsluta en pågående insats eller önskar återkomma till projektet.

Möjligheten till promenadmöten och fika med deltagare beskrivs bidra positivt i arbetet inom projektet. Även deltagarnas fritid berörs i arbetet genom metoden Ett självständigt liv (ESL), vilket är en annan metod som används i Tidsam. Fysisk aktivitet inkluderas på olika sätt i arbetet och en fysisk grundförmåga beskrivs som viktig för vägen till arbete. Verksamheten beskriver att det är en viktig del eftersom personer i målgruppen ofta kan ha en passiv livsstil. Exempelvis anordnas aktivitetsträffar ungefär en gång per månad där bland annat deltagarna och personligt ombud deltar.

Det är möjligt att delta i insatsen oavsett vilken typ av ersättning individen har. Verksamheten berättar att även om de i arbetet inte ska fästa för stor vikt vid vilken ersättning deltagarna har, finns ett behov av att ta hänsyn till typen av ersättning eftersom den kan medföra olika krav. Exempelvis gör även Försäkringskassan kartläggningar och därför behövs ofta en dialog mellan verksamheterna. Merparten av deltagarna har försörjning helt eller delvis via försörjningsstöd alternativt ersättning från Försäkringskassan i form av aktivitetsersättning eller sjukpenning.

Inom verksamheten finns ungefär 30 aktiva deltagare. Sedan verksamhetens start har 92 personer tagit del av insatsen. Av dessa är det nu 65 procent som lönearbetar eller studerar. En erfarenhet från verksamheten är att praktik ofta leder till lönearbete.

Piteå kommun är arbetsgivare för medarbetarna inom Tidsam, men eftersom verksamheten är ett samverkansprojekt finns en gemensam chefsgrupp med öppenvårdspsykiatrin där frågor om Tidsam diskuteras.

Samverkan med andra aktörer

Eftersom IPS bygger på tidiga och samordnade insatser beskriver verksamheten att det finns ett stort behov av att samverka med andra aktörer. Huvudsakliga samarbetspartners är Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, men samarbete sker även med rehabiliteringskoordinatören hos öppenvård psykiatri samt andra aktörer. En utmaning som verksamheten beskriver är att deltagare inte önskar ha flera kontakter med olika aktörer samtidigt, vilket arbetssättet och situationen ofta medför. För att underlätta kring detta arbetar verksamheten med att stötta deltagarna och hjälpa till i kontakten med andra. Även personalförändringar i de olika verksamheterna har varit en utmaning eftersom insatsen ställer krav på samverkan mellan olika aktörer.

Arbetsförmedlingen har inte längre något kontor i Piteå kommun, vilket verksamheten beskriver försvårar för deltagarna. Det är svårare att få till möten på plats – dels för att deltagarna hänvisas till digitala möten, dels för att det närmsta kontoret, i Luleå, ligger långt bort samtidigt som många inte har tillgång till bil. Verksamhetens uppfattning är att deltagarna har behov av ett större stöd från myndigheten än vad som idag är möjligt.

Även samverkan med arbetsgivare är viktig för insatsen. Verksamheten beskriver att samarbetet med arbetsgivare fungerar bra, och att de fått positiv återkoppling från arbetsgivare. Arbetsplatser för praktik samt anställning med lönebidrag eller vanliga anställningar går bra att hitta. Den oro som arbetsgivare kan ha handlar oftast om eventuell beroendeproblematik, men det brukar gå bra att hitta arbetsplatser även för individer inom den gruppen efter dialog med arbetsplatsen.

Finansiering och framtid

Tidsam ägs gemensamt av kommunen och öppenvård psykiatri. Projektet har i huvudsak finansierats med medel från samordningsförbundet (FINSAM) och öppenvård psykiatri samt delvis med medel från överenskommelsen. Verksamheten beskriver att det är en utmaning att hitta en varaktig hemvist och finansiering, bland annat till följd av besparingar inom både kommunen och regionen. Samtidigt har medel inom överenskommelsen som är riktade direkt till kommuner minskat.

Uppsökande verksamhet i Solna stad

Inledning

Solna stads vuxenenhet ansvarar för en uppsökande insats riktad till personer över 65 år med beroendeproblematik. Enheten, som arbetar med beroendefrågor inom socialförvaltningen, såg tillsammans med omvårdnadsförvaltningen samt Solna-Sundbyberg beroendemottagning

behov av att gemensamt fånga upp målgruppen tidigare samtidigt som personer i målgruppen ofta har behov som kräver stöd från fler än en av verksamheterna.

Gemensamma hembesök

För att möta målgruppens behov påbörjades en uppsökande insats där de tre verksamheterna gjorde gemensamma hembesök. Syftet var att samordna och tidigt fånga upp behov av hjälp för personer i en målgrupp som är svårare att nå.

Ett ärende inkommer

Insatsen börjar genom att ett ärende inkommer till vuxenenheten, vilket kan ske i form av en anmälan från exempelvis hyresvärd eller anhöriga. Ärenden kan också komma in från äldreförvaltningen, och kan då handla om att exempelvis hemtjänsten uppmärksammat att en klient har beroendeproblematik.

Kontakt med individen

Därefter samordnar vuxenenheten det uppsökande arbetet med omvårdnadsförvaltningen och regionens beroendemottagning. En kontakt tas med personen som ärendet handlar om och ett gemensamt besök planeras in, givet att personen önskar detta.

Under besöket

Under besöket träffar individen medarbetare från de olika verksamheterna. I regel deltar behandlare från vuxenenheten samt biståndshandläggare från omvårdnadsförvaltningen. Tidigare deltog även en sjuksköterska från beroendemottagningen vid besöken. I dagsläget deltar beroendemottagningen inte i de gemensamma besöken regelbundet men kan avsätta personal när verksamheten kallas inom given tidsfrist.

En första bedömning av behov av insatser görs och individen informeras om vilka möjligheter till stöd och hjälp som finns. Under besöket arbetar behandlare och biståndshandläggare motiverande kring möjligheterna till insatser och sjuksköterskan kunde tidigare redan på plats exempelvis ta hand om sår och kontrollera blodtryck. Om individen bedöms ha behov av stöd från beroendemottagningen kan klienten remitteras som ett steg i en mer långsiktig planering.

Delvis etablerad verksamhet

Arbets sättet har med tiden förändrats och i dagsläget genomförs de gemensamma hembesöken av biståndshandläggare från omvårdnadsförvaltningen och behandlare från socialförvaltningens vuxenenhet. Hos förvaltningarna har det gemensamma uppsökande arbetet blivit en etablerad del av ordinarie verksamhet. Medel från

överenskommelsen har tidigare använts för att finansiera insatsen. I dag finansieras det uppsökande arbetet inom kommunens ordinarie budget. Beroendemottagningen ingår i dagsläget inte i det uppsökande arbetet men det finns en ambition om att beroendemottagningen i framtiden återigen ska ingå.

Genomförda besök

Vuxenheten följer antalet genomförda gemensamma besök, och de senaste åren har några gemensamma besök genomförts varje termin. Verksamhetens erfarenhet är att det finns behov av flexibilitet för att kunna planera in besök, samtidigt som målet är att ha fastställda tider avsatta för möjliga hembesök för att förenkla samordning mellan verksamheterna. En utmaning är att verksamheterna som deltagit i insatsen har olika behov och möjligheter att kunna erbjuda akuta tider eller planerade besök.

Vuxenhetens uppfattning är att klienter ofta känner trygghet i det gemensamma arbetssättet och uppskattar att de själva inte behöver ansvara för att söka upp var de kan ansöka om stöd och hjälp. Verksamheten beskriver att samtidigt som motiverande arbete ingår i insatsen, är det viktigt att respektera de individer som inte önskar få hjälp.

Stärkt samverkan

Verksamheten beskriver att en framgångsfaktor i arbetet har varit att man initialt ägnat mycket tid till att organisera det uppsökande arbetet mellan förvaltningarna samt tillsammans med beroendemottagningen för att skapa en gemensam målsättning och tydlig arbetsgång. Att det sedan tidigare fanns kontaktpersoner mellan de olika verksamheterna har också underlättat eftersom det fanns god kännedom om varandras verksamheter.

Vuxenheten följer hur samverkan fungerar kopplat till arbetssättet och beskriver att samverkan har stärkts tack vare det gemensamma arbetet med insatsen. Kontaktpersonerna bidrar även fortsatt till arbetet genom att dels sprida kännedom om insatsen, dels skapa den tillgänglighet till varandra som behövs för det gemensamma arbetet. Arbetet med insatsen har också bidragit till att ge medarbetare erfarenhet av teambaserat arbete.

En utmaning har varit att verksamheterna har olika behov och förutsättningar. Utmaningarna handlar om att å ena sidan kunna planera verksamheten och å andra sidan kunna agera skyndsamt. Verksamheterna har en pågående dialog för att gemensamt hitta en väg framåt kopplat till arbetssättet.

Hälsundersökningar för placerade barn i Aneby kommun

Inledning

I Jönköpings län gäller sedan 2018 en överenskommelse mellan regionen och länets kommuner om en rutin för hälsundersökning i samband med placering för barn och unga [9]. Hälsundersökning är lagstadgat för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.¹ Överenskommelsen reviderades under 2022. Det här exemplet beskriver Aneby kommuns erfarenheter av att implementera arbetssättet lokalt.

Hälsundersökningar för placerade barn

Aneby kommun placerar ungefär 0 till 15 barn per år. I kommunen sker hälsundersökningar oftast efter placering när exempelvis familjehemsföräldrar kan följa med, men de sker ibland även inför placering.

I kommunen har myndighetsenheten barn- och ungdomsvård under flera år arbetat för att förstärka familjehemsvården. Eftersom kommunen är liten beskriver verksamheten att det finns ett stort behov av att prioritera mellan möjliga utvecklingsarbeten. Stimulansmedel har använts för att kunna anställa fler medarbetare som arbetar med placerade barn. På så vis, beskriver verksamheten, möjliggör stimulansmedlen för verksamheten att arbeta vidare med att på olika sätt förstärka arbetet med familjehemsvården. Ett exempel på sådant arbete är implementeringen av arbetssättet som följer överenskommelsen om hälsundersökningar.

Implementering av överenskommelsen

Ett utvecklingsforum inom förvaltningen samt ett nätverk av chefer och medarbetare har tillsammans arbetat för att revidera lokala rutiner, mallar och arbetssätt för att de ska följa överenskommelsen om hälsundersökningar. Därefter har genomgångar gjorts med berörda arbetsgrupper för att implementera det förändrade arbetssättet.

Verksamheten beskriver att stödet som kommer med överenskommelsen i form av rutiner och mallar varit en nyckel i att få arbetssättet att fungera i Aneby. De menar också att det är särskilt värdefullt för en liten kommun att driva utvecklingsarbete tillsammans med andra. Överenskommelsen har bidragit till att det finns ett tydligt tillvägagångssätt för hur ett utredningsförfarande ska gå till, vem som ansvarar för vilken del och i vilka skeden olika steg ska genomföras.

¹ Lag (2017:209) om hälsundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

Checklista i samband med placering

I barn- och ungateamet har en checklista sedan tidigare tagits fram för alla moment som behöver göras i samband med att barn och unga placeras. Checklistan beskrivs av verksamheten som ett konkret verktyg för att underlätta arbetet med placeringar. Rutinerna kring hälsoundersökningar har inkorporerats i checklistan och är numera en obligatorisk del. Det har enligt verksamheten bidragit till att hälsoundersökningarna blivit en naturlig del i placeringsprocessen och idag genomförs hälsoundersökningar i samtliga ärenden. Verksamheten beskriver att fokus på internt lärande har bidragit till att det fungerat bra att införa den nya arbetsgången – medarbetarna arbetar tillsammans och utbildar sina kollegor för att verksamheten ska bibehålla och öka kännedomen om arbetssättet i arbetsgruppen.

Kommunal utveckling

I Jönköpings län har 13 kommuner också en gemensam funktion, Kommunal utveckling, som arbetar med att samordna utvecklingsfrågor som är gemensamma för kommunerna. Kommunal utveckling bedriver länsgemensamt utvecklingsarbete kopplat till bland annat arbetet med hälsoundersökningarna. Verksamheten beskriver att funktionen bidrar positivt till kommunens arbete med hälsoundersökningar, exempelvis genom att Kommunal utveckling stöttar i att hålla arbetet levande genom påminnelser och uppföljning.

Samverkan

När en hälsoundersökning behöver göras skickar socialtjänsten en begäran som är utformad utifrån en mall i överenskommelsen. Enligt överenskommelsen ska undersökningen göras inom en månad efter att hälso- och sjukvården eller tandvården mottagit begäran. De flesta förfrågningarna skickas till en av regionens barnmedicinska mottagningar, men orala hälsoundersökningar görs av tandvården lokalt liksom hälsoundersökningar för unga mellan 18 och 20 år som görs av husläkarmottagningen i Aneby.

I början upplevde verksamheten att det var svårt att få till hälsoundersökningarna, men idag fungerar det bra i de fall överenskommelsens rutiner kan tillämpas. När ett barn ska placeras utanför länet beskriver verksamheten att det finns en utmaning i att rutinerna inte ser likadana ut som i den regionala överenskommelsen och att det kan vara svårt att veta vad som gäller.

När det gäller orala hälsoundersökningar som utförs av tandvården lokalt i kommunen beskriver verksamheten att dessa inte har gjorts i samma omfattning eftersom de orala hälsoundersökningarna lätt missas. Även hälsoundersökningar för unga 18–20 år utförs lokalt av hälsocentralen. Verksamheten har dock inte placerat några unga 18–20 år de senaste åren. Eftersom orala hälsoundersökningar samt hälsoundersökningar för unga 18–

20 år förekommer förhållandevis sällan, medför det att samverkan med tandvården och hälsocentralen är mindre rutinartad än med den barnmedicinska mottagningen som utför övriga hälsoundersökningar.

Framtid

Verksamheten arbetar i samverkan med den lokala tandvården och hälsocentralen för att tydliggöra rutinerna för hur främst orala hälsoundersökningar, men även hälsoundersökningar för unga 18–20 år, ska hanteras för att underlätta arbetet med dessa framgent.

Fortsatt uppföljning inom uppdraget

Socialstyrelsen kommer inom ramen för uppdraget att genomföra ytterligare en enkätuppföljning. Uppföljningen kommer avse insatser som genomförts inom ramen för överenskommelsen 2024, med motsvarande enkäter som för 2023. Inför myndighetens slutredovisning av uppdraget kommer tyngdpunkten i uppföljningen läggas på den sammantagna utvecklingen under hela perioden 2020–2024, vilken kommer att redovisas som en del i programutvärderingen.

Utvärdering för att stödja och lära

Lärande utvärdering

Inledning

Socialstyrelsen påbörjade 2021 en lärande utvärdering inom uppdraget. Den lärande utvärderingen har över tid följt fyra insatser riktade till barn och unga. Två insatser är regionala, en är kommunal och en har skett på länsövergripande nivå. I den lärande utvärderingen har myndigheten följt insatserna på en system- och verksamhetsnivå och i Socialstyrelsens lägesrapport 2022 beskrevs de initiala resultaten. Under 2023 och 2024 har den löpande dialogen med verksamheterna fortsatt och en avslutande datainsamling och analys har genomförts. Under 2024 har myndigheten också undersökt individperspektivet i de genomförda insatserna. Individperspektivet har inhämtats genom att unga som tagit del av insatserna, eller deras vårdnadshavare, har fått möjlighet att delta i intervjuer.

I kommande kapitel beskrivs resultaten av de fyra lärande utvärderingarna som Socialstyrelsen har genomfört. En metodbeskrivning av de lärande utvärderingarna återfinns i bilaga 2.

Norrbottnen

Bakgrund och frågeställningar

I redovisningen av insatser 2021 inom området samverkan för personer med samsjuklighet beskrev Norrbottens län ett pågående arbete inom projektet MyKey. Projektet, som finns i Luleå kommun, beskrevs vända sig till målgruppen unga 16–25 år som varken arbetar eller studerar (UVAS). Socialstyrelsen valde i samråd med länssamordnare och den ansvariga verksamheten att genomföra en lärande utvärdering av projektet MyKey. Den centrala frågeställningen i den lärande utvärderingen handlar om vilka resultat projektet leder till för individen, verksamheten och angränsande aktörer, samt varför projektet implementeras (eller inte implementeras) i den ordinarie verksamheten. MyKey genomfördes som projekt mellan december 2021 och juni 2023. Under hösten 2023 implementerades delar av MyKey i ordinarie verksamhet i kommunen, vilket innebär att verksamheten och arbetssättet fortsätter.

Arbetsmarknadsförvaltningen i Luleå kommun (AMF) har ansvarat för projektets genomförande. Samarbetspartner har bland annat varit Norrbottens Kommuner, Region Norrbotten och Samordningsförbundet Södra Norrbotten. Projektet har varit samfinansierat med stimulansmedel och medel från Samordningsförbundet. I projektets styrgrupp har även representanter från arbetsförmedlingen, Luleå Gymnasieskola, socialförvaltningen och Sunderby Folkhögskola ingått.

Syftet med MyKey beskrivs ha varit att inom ramen för kommunens aktivitetsansvar (KAA)² erbjuda en individcentrerad insats. MyKey beskrivs också vara en hälsosatsning i form av social rehabilitering, med koppling till sysselsättning [12]. Projektet syftade därmed till att ungdomar och unga vuxna i målgruppen skulle bryta isolering och få en väg till arbetslivsinriktade insatser och därmed närma sig arbete eller studier och egen försörjning.

Inom projektet formulerades både resultatmål och individuella mål för deltagarna. Resultatmålen bestod av procentsatser och innehöll följande punkter:

- 100 procent av deltagarna får stöd utifrån sina individuella situationer
- 80 procent av deltagarna bryter sin isolering
- 60 procent av deltagarna får efter insatsen en upprättad planering inför överföring till en annan åtgärd
- 20 procent av deltagarna motiveras vidare till studier eller arbete.

Individuella mål för samtliga deltagare var följande:

- ökad livskvalitet och självkänsla
- hjälp med att bryta en eskalering av negativa hälsoeffekter
- stöd med att utöka sitt kontaktnät både med professionella och privata aktörer
- tillit till välfärdsorganisationer.

Med utgångspunkt i genomförda dialoger presenterade Socialstyrelsen 2022 ett verksamhetslogiskt schema med effekter och mål, aktiviteter som genomförs och de resurser som finns eller behövs inom projektet [13]. Verksamhetslogiken har uppdaterats under projektets gång, samtidigt som fortsatt uppföljning och utvärdering genomförts. Det verksamhetslogiska schemat visas i tabell 3.

² Se 29 kap. 9 § skollagen (2010:800).

Tabell 3. Verksamhetslogik för projektet MyKey i Luleå kommun

Resurser	Aktiviteter	Mål	Prestationer	Effekter
<p>Medel från samordningsförbundet och stimulansmedel.</p> <p>Projektägare, projektledare, projektmedarbetare.</p> <p>Styrgrupp och andra samverkanspartner.</p> <p>Lokal, m.m.</p>	<p>Aktiviteter individuellt och i grupp, hälsosatsning, social rehabilitering.</p> <p>Uppsökande arbete.</p> <p>Arbete enligt arbetsmetoder: Kartläggning och utvärderingsmaterial, SE-inspirerat arbetssätt, MI, Framtidskortet, The Path, ANDT-coach, m.fl.</p> <p>Marknadsföring av insatsen.</p>	<p>Individ: Deltagarna får stöd utifrån sina individuella behov och förutsättningar.</p> <p>80 procent bryter isolering, 60 procent har en plan för överföring till annan åtgärd och 20 procent går till studier eller arbete.</p> <p>Kommun och län: Ökad kunskap om varandras uppdrag och målgrupper i berörda verksamheter.</p>	<p>Individ: UVAS 16–25 år deltar i insatsen.</p> <p>Projekt: Fastställd process för implementering. Arbete med ett nytt sätt att fånga upp målgruppen är etablerat.</p> <p>Skapat kännedom om insatsen.</p> <p>Kommun och län: En hälsosatsning som en del i kommunens aktivitetsansvar i form av social rehabilitering med koppling till studier, sysselsättning eller arbete.</p>	<p>Individ: Minskad isolering.</p> <p>Bättre hälsa och ökad livskvalitet.</p> <p>Ökade förutsättningar till egen försörjning.</p> <p>Projekt: Insatsen är integrerad i ordinarie verksamhet.</p> <p>Att arbeta utifrån frivillighet och utan tidsbegränsning.</p> <p>Helhetstänk och individ-centrerat arbete.</p> <p>Kommun och län: Insatsen är känd bland medborgarna och att möjlighet till hjälp finns.</p> <p>En bättre och mer utvecklad samverkan med andra aktörer finns för målgruppen.</p> <p>Minskade bidrags- och sjukvårds-behov.</p> <p>Ökade skatteintäkter.</p> <p>Ökad kompetensförsörjning.</p> <p>Ökad och bättre service gentemot medborgarna.</p>

Fynd i den inledande datainsamlingen

I Socialstyrelsens lägesrapport 2022 beskrevs de initiala fynden i den lärande utvärderingen. I den inledande datainsamlingen studerades befintliga dokument, såsom projektansökan och den förstudie till projektet som genomfördes år 2020. Samtidigt intervjuades några av MyKeys samverkanspartner och andra relevanta aktörer. Sammantaget inkluderades många aktörers perspektiv på arbetet med målgruppen. Statistiska resultat visade att Norrbottens län, inklusive Luleå, ligger lägre än snittet för riket när det kommer till andel UVAS i befolkningen. Socialstyrelsens egen statistik visade över tid en ökning av psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar för ungdomar 16–24 år i Norrbotten [13].

De utvecklingsområden som identifierades i datainsamlingen kan sammanfattas på följande sätt:

- Projektformen i sig – projektmedel som betalas ut under begränsad tid – kan medföra svårigheter med att hinna jobba med projektdeltagare på ett individanpassat sätt
- Att kunna visa för beslutsfattare att ett projekt är framgångsrikt
- Att utvärdera både kvalitativt och kvantitativt
- Brister i övergripande samverkan med regionen
- Målgruppen, inklusive anhöriga, inte har kännedom om vilket stöd som finns
- Att åldersspannet är snävt och inte inkluderar äldre ungdomar
- Risker med att en ”quick fix” kan leda till att klienter tappas
- Risk för ojämlig vård och omsorg, till exempel geografiska skillnader och personberoende samverkan.

En röd tråd i de genomförda intervjuerna var vikten av kostnadseffektivitet i insatsen. Exempelvis kan det handla om att kunna se resultat ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Socialstyrelsen bidrog därför till att knyta kontakter mellan projektet och en forskargrupp vid Umeå universitet som använder sig av den hälsoekonomiska modellen KAMSO (Kalkylverktyg för insatser mot social utsatthet).

Verksamhets- och systemperspektiv

För att kunna utvärdera insatsen MyKey och vilka resultat projektet har uppnått på verksamhets- och systemnivå genomfördes uppföljande intervjuer. Under 2023–2024 intervjuades coacher i MyKey samt representanter för arbetsmarknadsförvaltningen i Luleå, gymnasieskola, socialförvaltningen, samordningsförbundet samt personliga ombud. Socialstyrelsen har också inhämtat statistik och uppgifter från MyKeys egen slutredovisning.

Genomförda aktiviteter och verksamhetens resultat

MyKey avslutades som projekt under hösten 2023 och därefter implementerades delar av MyKey i ordinarie verksamhet i kommunen. En representant för verksamheten beskriver att insatsen implementerats dels på grund av projektets goda resultat, dels på grund av att arbetet med UVAS-målgruppen är prioriterat inom kommunen.

Målgruppen var under projekttiden unga i åldern 16–24 år som varken arbetar eller studerar. Totalt deltog 24 personer och fördelningen mellan könen var jämn. Målgruppen kom i huvudsak i kontakt med MyKey antingen genom anhöriga eller genom hälso- och sjukvården. Medelåldern för deltagarna var 21–22 år [12].

Inom MyKey har exempelvis följande aktiviteter erbjudits deltagarna: studiebesök och föreläsningar, promenad- och cykelutflykter och enklare hantverkspysslar. Coacherna i MyKey har arbetat utifrån ett salutogent och lösningsfokuserat arbetssätt. Som stöd i arbetet har olika verktyg använts, till exempel Framtidskortet och planeringsapplikationen Skills. Projektet samverkade runt individerna främst med arbetsförmedlingen, socialförvaltningen, vuxenhabiliteringen och psykiatrin. Ovanstående komponenter återfinns också som prestationer i den verksamhetslogik som tagits fram inom utvärderingen, se tabell 3 ovan.

MyKeys egen uppföljning visar att projektet nått en målgrupp som tidigare varit svår att nå. För flera deltagare har insatserna också inneburit resultat i form av att de gått vidare till studier eller arbete. MyKey beskriver att 17 av deltagarna gått vidare till studier, arbete, arbetsträning eller annan insats. Projektets egen enkätuppföljning visar att deltagarna generellt uttryckte ökad livskvalitet och självkänsla och ett upplevt stöd i att bryta sitt utanförskap. Dessa effekter knyter an till flera av de förväntade effekter som återfinns i verksamhetslogiken, se tabell 3.

Under projektets gång har det slutits en överenskommelse med socialtjänsten om att MyKey kan ses som en insats för den enskilde som innebär att försörjningsstöd kan fås under deltagandet. Även för arbetsförmedlingen ses numera MyKey som en insats. Detta kan relateras till de effektmål om utökad samverkan som identifierats i verksamhetslogiken. MyKey har också stöttat deltagarna i deras kontakter och exempelvis bistått i att söka försörjningsstöd. Även flerpartssamtal och SIP-möten där MyKey deltagit har förekommit för målgruppen. Flera intervjudeltagare beskriver att MyKey inte hade blivit av utan extern finansiering i någon form.

Utveckling av samverkan

I intervjuer framkommer att samverkan utvecklats med flera aktörer och att det också inneburit ett utökat nätverk kring målgruppen. Exempelvis har det etablerats en välfungerande samverkan med habiliteringen. Kontakten med

Sunderby Folkhögskola, där många inom målgruppen börjat studera, beskrivs också som välfungerande. Samarbete med såväl vuxenutbildningen som hälsocentraler och rehabkoordinatorer har utvecklats och beskrivs i positiva ordalag. Det beskrivs också hur aktörer som möter ungdomarna har börjat hänvisa dem till MyKey.

En brist som beskrivs kopplat till samverkan är att projektet inte lyckas få till en samverkan med ungdomsmottagningen. Inte heller samverkan med vuxenpsykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri beskrivs ha fungerat optimalt. Några beskriver också att samverkan med arbetsförmedlingen och socialtjänsten kan utvecklas, även om det också beskrivs som att den fungerar bättre än tidigare. Att arbetsförmedlingen arbetar – och erbjuder insatser – utifrån andra regelverk beskrivs inledningsvis ha orsakat en krock mellan de två verksamheterna, även om det förbättrades senare under projektiden. Samverkan, och utmaningar kring detta, lyfts särskilt i slutrapporten för MyKey:

”Det är dock en stor utmaning att kunna samverka smidigt då myndigheter har olika bestämmelser att förhålla sig till vilket många gånger gör det svårt att samverka på det sätt som fordras för att respektive individ ska kunna få det stöd som behövs” [12].

I intervjuer beskrivs samverkan ibland vara personberoende och även andra faktorer, exempelvis organisationsförändringar, kan påverka möjligheten till samverkan. I slutrapporten beskrivs att det finns ett behov av tydlig styrning och ledning kopplat till samverkan och en samsyn kring det gemensamma uppdraget [12].

Statistik och hälsoekonomisk analys

I intervjuer beskriver projektmedarbetare att de upplever att de fått ett bra stöd genom samarbetet med hälsoekonomer på Umeå universitet som arbetar med den hälsoekonomiska analysmodellen KAMSO. Modellen är ett kalkylverktyg för insatser mot social utsatthet som kan användas som stöd vid val och beslut om förebyggande insatser inom barn- och ungdomsområdet. Med KAMSO anläggs ett livsloppsperspektiv och ett samhällsekonomiskt perspektiv där livskvalitetsmått ingår. Förbättring av livskvalitet mäts i CALYs – capability adjusted life years [14].

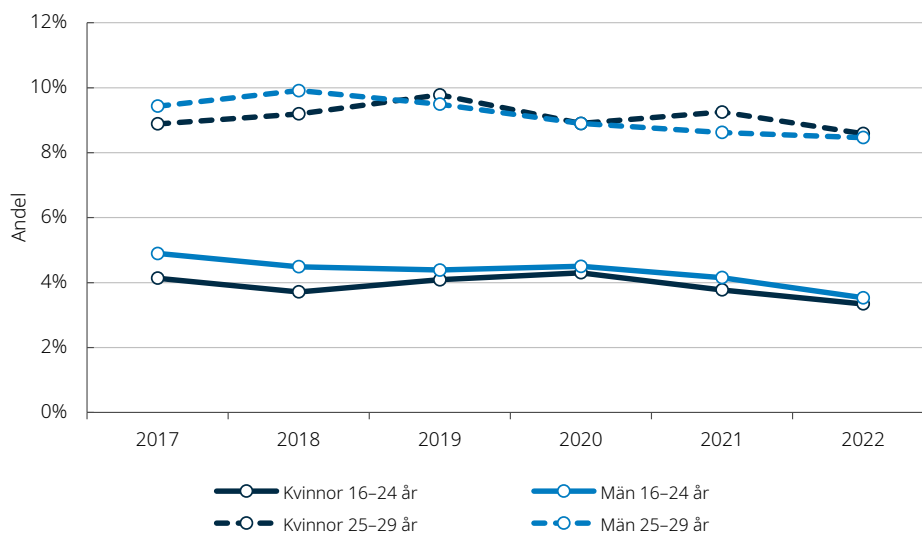
I slutrapporten för MyKey beskrivs resultatet av analysen enligt KAMSO som genomförts med stöd av Umeå universitet. Analysen visar att det räcker att *en* deltagare får ett ”vanligt liv” till följd av insatsen för att den ska anses vara kostnadseffektiv [12].

Socialstyrelsen har hämtat statistik ur Kolada som visar andelen UVAS i befolkningen. Projektet har haft relativt få deltagare och förväntas därför inte i sig ha inneburit någon förändring i statistiken, utan statistiken ska ses i relation till vilka förutsättningar som finns regionalt och lokalt. I Luleå har

andelen UVAS minskat något under perioden 2017–2022, samtidigt ses stora skillnader mellan åldersgrupperna där andelen hos gruppen 25–29 år är betydligt högre än andelen för den yngre målgruppen.

Figur 54. Andelen (%) unga som varken arbetar eller studerar (UVAS) i Luleå, 2017–2022

Uppdelat efter kön och åldersgrupperna 16–24 år och 25–29 år



Källa: Kolada, egen bearbetning (statistik hämtad 2024-05-17).

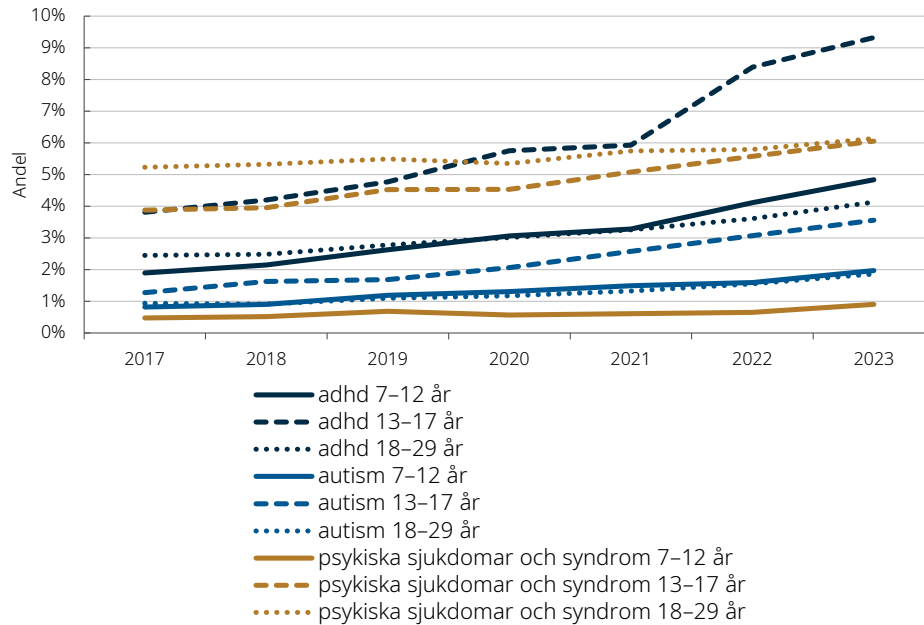
Andelen UVAS är lägre i Luleå än i länet i stort, även om andelen för hela Norrbotten också har minskat över tid. I riket som helhet har det också skett en minskning – andelen UVAS i åldersgrupperna 16–24 år respektive 25–29 år var cirka sex respektive elva procent år 2022 [15].

I såväl intervjuer som i projektets slutredovisning beskrivs utmaningar kopplade till målgruppens psykiska hälsa [12]. För att undersöka utvecklingen över tid har Socialstyrelsen hämtat statistik från patientregistret.³ Underlaget visar att förekomsten av diagnoser inom psykiska sjukdomar och syndrom har ökat inom samtliga åldersgrupper i Norrbotten, se figur 55. Statistiken fångar upp de personer som besökt en läkare inom den specialiserade vården de aktuella åren.

³ Informationen om diagnoser har hämtats från patientregistret som innehåller öppen och sluten specialistvård. Ingen skillnad har gjorts på huvud- och bidiagnoser. Diagnoserna definierades enligt ICD-10. Till psykiska sjukdomar och syndrom räknas här till exempel depression, ångest, ätstörningar och missbruk (F1–F6). Metod i samband med statistiska analyser i rapporten beskrivs i bilaga 3.

Figur 55. Andelen (%) med psykiatriska tillstånd i Norrbottens län efter diagnos och åldersgrupp, 2017–2023

Uppdelat efter adhd (ICD-10: F90), autism (ICD-10: F84) samt psykiska sjukdomar och syndrom (ICD-10: F1–F6) i åldersgrupperna 7–12 år, 13–17 år och 18–29 år



Anm.: Informationen om diagnoser har hämtats från patientregistret som innehåller öppen och sluten specialistvård. Ingen skillnad har gjorts på huvud- och bidiagnoser. Diagnoserna definierades enligt ICD-10. Till psykiska sjukdomar och syndrom räknas t.ex. depression, ångest, ätstörningar och missbruk (F1–F6). Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, och Registret över totalbefolkningen, Statistiska centralbyrån (SCB).

Samtidigt ses också att andelen unga 13–17 år med autism-diagnos har ökat från ungefär 1 till 3,5 procent mellan 2017 och 2023. När det gäller adhd-diagnos har det skett mer än en dubbling av andelen unga 13–17 år. Andelen med en adhd-diagnos har ökat från cirka fyra till nio procent mellan 2017 och 2023, vilket är högre än förändringen i riket där ökningen är från cirka fyra till sju procent för samma period och åldersgrupp, se bilaga 1.

Lärdomar – framgångsfaktorer och utmaningar

Inom ramen för intervjuerna framkommer flera olika lärdomar från genomförandet av projektet MyKey, bland annat i form av identifierade utmaningar och framgångsfaktorer.

En utmaning som nämns av flera intervjuade handlar om såväl psykisk ohälsa som funktionshinder och social utsatthet hos målgruppen. Stora sådana svårigheter kan innebära en risk att insatsen inte lyckas. Många i målgruppen beskrivs ha pågående vårdkontakter samtidigt som MyKey också stöttat flera deltagare till att få en vårdkontakt. Ett genomgående tema i intervjuerna är dock att vården, såväl psykiatrin som primärvården, behöver bli mer tillgänglig och att det kan ta lång tid innan en deltagare får den vård den behöver. Den psykiska ohälsan hos målgruppen beskrivs också ha varit en utmaning för personalen, kopplat dels till

kompetenssammansättningen i projektet, dels till en upplevd brist på personalresurser. Samtidigt beskrivs personalens kunskap om funktionsättning ha bidragit positivt till arbetet. Det nämns också att lokalerna för MyKey inte varit optimala ur målgruppens perspektiv, eftersom de är stora och inrymmer många verksamheter. Att lokalerna möjliggjort många typer av aktiviteter lyfts emellertid som positivt.

Ytterligare en utmaning som beskrivs i intervjuerna handlar om förutsättningar för deltagarna att få en egen ekonomi och ett eget boende. Särskilt inledningsvis var det svårt att få till en ekonomisk ersättning till deltagare i form av försörjningsstöd eller motsvarande. Därutöver beskrivs bostadsbristen generellt göra det svårt för unga att flytta hemifrån. Verksamhetsrepresentanter identifierar också att det i samhället generellt kan läggas ett stort ansvar på föräldrar till vuxna barn inom UVAS-gruppen. Detta kan knytas an till MyKeys övre åldersgräns, som av några intervjuade anses vara för lågt satt. Vidare beskrivs att det finns många unga vuxna över 25 år som bor hos sina föräldrar och saknar sysselsättning.

Ett återkommande tema i intervjuerna handlar om utmaningar kopplade till gränssnitt mellan arbetsförmedlingen, skolan och MyKey. Flera beskriver generella risker i form av att unga kan hamna utanför systemet och falla mellan stolarna mellan olika verksamheter och insatser. Detta beskrivs särskilt vara en utmaning vid studieavbrott under gymnasietiden eller när de åldersmässigt faller ur KAA. Initialt i projektet beskrivs också en utmaning i gränsdragningar mellan vad arbetsförmedlingen ger för insatser och vad MyKey ger för insatser. En lärdom kopplat till detta beskrivs vara att tidigt komma överens om de olika aktörers ansvar.

Projektet hade också utmaningar med att nå ut till målgruppen och identifiera möjliga deltagare. Detta innebar att det kvantitativa målet om 45 deltagare inte nåddes. Vid tidpunkten för MyKeys slutrapport hade 24 personer deltagit i projektet [12]. Samtidigt beskrivs det som positivt att deltagare själva kan söka till MyKey och att det inte krävs hänvisning eller remiss från annan aktör.

Genomgående beskrivs en av de största styrkorna med MyKey ha varit att projektet har fått arbeta med ungdomarna i deras egen takt och att insatsen inte är tidsbegränsad för deltagarna. Framgångsfaktorn beskrivs bestå i att insatsen varit individbaserad och att fokus hela tiden har varit på målgruppen och på att möta deltagarna där de befinner sig. I intervjuerna beskrivs att MyKey har erbjudit uthålliga och flexibla insatser och att det alltid har funnits en tanke bakom varje genomförd aktivitet. Ytterligare en styrka beskrivs ha varit kontinuiteten – att deltagarna alltid fått träffa samma personal. Att personalen inte heller behövt redovisa kvantitativa resultat omgående, utan fått jobba i den takt som behövs, har också underlättat. Så gott som samtliga av ovan nämnda framgångsfaktorer återfinns också som

önskade effekter i verksamhetslogiken, vilket innebär att det som sågs som en önskad effekt också var en framgångsfaktor i arbetet.

Vägen framåt

I intervjuerna framkommer att det finns ett övergripande behov av att fortsätta utveckla arbetet kring målgruppen. Behoven kan sammanfattas som mer förebyggande arbete, ökad samverkan och mer personcentrering. Inom det förebyggande arbetet beskrivs vikten av en fungerande skolgång, tillgång till meningsfull fritid och mötesplatser för unga. Även vikten av att uppmärksamma och tidigt identifiera barn och unga som riskerar att bli ”hemmasittare” lyfts fram. Här pekas särskilt skolan ut som en viktig aktör.

Inom samverkan lyfts behovet av mer samverkan kring målgruppen och att aktörerna runt individen i större utsträckning behöver överlappa varandra. Även här lyfts skolan fram som en prioriterad samverkanspart.

En ökad personcentrering handlar i detta fall om de hinder som flera av verksamheterna indirekt sätter upp kring målgruppens deltagande i insatser. Dels handlar det om ett behov av en mindre ekonomisk ersättning för deltagarna i MyKey, till exempel i form av reseersättning. Dels handlar det om ett behov av att rusta personal för att bättre möta målgruppen utifrån deras behov.

Ett annat hinder som beskrivs handlar om åldersgränser, både för att delta i MyKey och för att exempelvis kunna studera på folkhögskola. Några intervjuade beskriver att många över 25 år skulle behöva stöd i form av MyKey samt att många under 18 år skulle fungera bättre i den studiemiljö som folkhögskola ofta innebär.

Verksamhetsrepresentanter har i intervjuer fått beskriva vad som kommer hända framgent inom området. MyKey kommer att fortsätta som en del av ordinarie verksamhet med samma personalstyrka och lokaler, och kommunen kommer ansvara för finansiering. Detta var också ett uttalat effektmål i verksamhetslogiken. Samverkan med ungdomsmottagningen beskrivs i slutrapporten som en prioriterad del i det fortsatta arbetet [12]. Arbetet med MyKey beskrivs också ha fått ringar på vattnet – exempelvis planeras en liknande insats i ytterligare en kommun i Norrbotten och en folkhögskola i Luleå har ett pågående arbete kring målgruppen.

Individperspektiv

Socialstyrelsen har intervjuat sju unga som har deltagit i MyKey. I intervjuerna har de beskrivit vilken effekt insatsen har haft, vad som har varit framgångsfaktorer och vad som skulle kunna utvecklas framöver. Resultatet är en bild från intervjuerna med de som medverkat, och går inte att generalisera. För mer information om hur intervjuerna, datainsamlingen och analysen genomfördes, se metodbeskrivningen i bilaga 2.

Upplevd effekt

Flera har kommit in i arbetslivet

Alla deltagare som intervjuats har kommit vidare till sysselsättning, antingen praktikplats, arbete eller studier. Detta är också en emotsedd effekt i såväl verksamhetslogiken som i projektets egna målsättning. Flera av deltagarna berättade att coacherna ordnade kontakter med arbetsplatser och att det har skapat förutsättningar för egen försörjning, vilket lett till större möjligheter i livet. Flera beskrev att det var en bra start på arbetslivet och för vissa ledde det till permanent sysselsättning.

”Jag tänker att det mesta som hänt sen jag började i MyKey är ju tack vare att jag började där. Eftersom att innan jag var med så det jag gjorde var, jag var arbetslös, var hemma ... Det var liksom det jag hade att göra ... Tjänade inga pengar och gjorde inget. Efter det har jag tack vare att jag började jobba, tjänade pengar, har livet börjat rulla på ett annat sätt än när man inte har ett jobb. Så det mesta som hänt är ju tack vare MyKey sen jag började där.”

Meningsfullhet i arbetet

Flera upplevde att de hade arbeten som var meningsfulla och utförde arbete som var viktigt för andra, vilket var motiverande. Flera lyfte vikten av att se att de gjorde nytta, bidrog och att andra var tacksamma för arbetet de gjorde. De beskrev det som att de var del av ett viktigt sammanhang.

”Det blir ett meningsfullt arbete och så vidare, man känner inte att man gräver en grop och täcker igen den. Men bara det att ... jag tror det är viktigt att man har något som känns viktigt ... på praktikplats. För mig har det varit väldigt viktigt.”

Flera har börjat studera

Flera lyfte fram att det var coachernas stöd som gjorde att de påbörjat utbildning. Flera uttryckte att de har tagit många kliv mot självständighet samtidigt som de var del av ett sammanhang i skolan.

”Skulle väl säga att största var nog när jag träffade bara [coachen] för det var tack vare det [coachen] fixade så här ... så att jag skulle få pengar för att gå på ... och att de skrev in mig på skola och så. [Coachen] tog hand om allt för att det fungerade.”

- Flera är självständiga i kontakten med välfärdsorganisationer och andra
- professionella aktörer

Det är flera deltagare som berättat att de efter deltagande i MyKey självständigt tar kontakt med bank eller myndigheter, som Arbetsförmedlingen, Socialförvaltningen samt vuxenhabiliteringen och

psykiatrin. Samma sak gäller att beställa färdtjänst eller färdas kommunalt. De beskrev att de vet hur de ska göra det efter att coacherna har visat.

”Jag har fått den kunskapen att kunna leta och gå vidare och hitta saker för mig själv. [...] Det är inte att de gjorde saker åt mig utan de hjälpte mig att göra dem.”

Ökat socialt liv och minskad isolering

Majoriteten sa att de har kontakt med fler personer, och är mer vana vid att prata med andra sedan de började MyKey, vilket går i linje med verksamhetslogikens emotsedda effekt minskad isolering. Andra berättade att det inte var något de haft problem med innan MyKey.

”Jag skulle säga att tack vare att jag började träffa mer folk och få rutiner har jag blivit allmänt mer bekväm med att lämna huset. Innan jag gick MyKey lämnade jag aldrig huset men nu kan jag liksom gå på stan och kanske gå och fika med en kompis.”

- Ökat välmående och livskvalitet

Flera deltagare berättade att de mår bättre efter sitt deltagande i MyKey och beskrev det som att deras livskvalitet och självkänsla höjts. Detta kan kopplas till verksamhetslogikens emotsedda effekter bättre hälsa och ökad livskvalitet. Flera lyfte att MyKey gav dem rutiner och ett sammanhang, vilket påverkade deras hälsa, psykiskt och fysiskt. Flera uttryckte att de gjort en större förändring i livet än vad de trodde var möjligt.

”Jag mår ju bra av det för att saker har fallit på plats efteråt i och med att jag började ta mig ut och träffa folk och få rutin i livet. Det gjorde ju att det flöt på sen. Så jag mår ju bättre i och med att jag har gjort val i livet som gjort att det har blivit bättre liksom. Eller jag har gjort ett val överhuvudtaget.”

Upplevts som hjälpsamt

Gradvist och personcentrerat mot sysselsättning

Flera deltagare lyfte vikten av att det var gradvisa steg och anpassning mot sysselsättning. De upplevde att insatserna var i deras egen takt och utifrån där de befann sig. Detta kan relateras till den emotsedda effekt som handlar om att erbjuda ett flexibelt och individcentrerat stöd. Den individanpassningen och flexibiliteten beskrevs som trygg och viktig av många.

”Man känner sig fram lite, är man redo, att göra det här. Medan några har kommit till MyKey kommit för att de inte har ett jobb, då börjar de på jobb direkt. Men för mig behövde jag först vänja mig vid att komma ut igen. Det har varit väldigt stöttande.”

De flesta deltagare upplevde att coacherna var inkännande och tog hänsyn till vad de var redo för. Att de tittade på olika alternativ och lyssnade in om deltagarna inte kände sig redo eller ville i någon annan riktning. Flera deltagare sa att det nog var komplext för coacherna att tillgodose och verka för alla behov i gruppen eftersom de var olika.

”Aldrig så jag kände att de ville stressa mig att bli klar utan att jag går på möte med dem och sedan hade de oftast träffar - lite socialisering, komma ut igång, börja träffa folk. Så det ökade successivt. Så ökade de här grejerna som gjorde att jag blev redo för en praktikplats och kunde börja med det.”

Flera deltagare beskrev att det var bra med studiebesök innan praktik, arbete och skola – gärna tillsammans med coachen. För de som gjorde studiebesök på skola var det givande att prata med studenterna som gick där. Gemensamt för studiebesöken var att det var viktigt att komma till en plats och se hur det var och få uppgifter förklarade. Det var uppskattat att studiebesöken var anpassade för den som eventuellt skulle börja sin sysselsättning på platsen.

”Blir en helt annan grej när man får komma till en plats och se hur det är. Särskilt jag som har svårt för folk och miljöombyte kan det vara bra att få komma till en plats och så: 'Hur kändes det här, är det här en plats du kan vara på?'. Och bara: 'Jo jag kan tänka mig kanske'. Eller arbetsuppgifter när de förklaras blir det en helt annan grej om man sett hur det skulle vara.”

Alla intervjuade deltagare lyfte att coachernas kontakt och samarbete med praktikplatser, arbetsplatser och skola var väldigt viktigt för att det gick så smidigt för dem att komma ut i sysselsättning. Att det fanns så givande praktikplatser lyfte flera som en viktig del av MyKey.

Alla intervjuade deltagare uttryckte att coacherna öppnade upp för möjligheter och alternativ, som de kanske inte hade sett själva. Det var flera som uppskattat att coacherna verkade förstå vad deltagarna var intresserade av och vilka vägar som skulle kunna passa dem. Flera beskrev att om inte deras familj eller vänner hade kunskap om olika alternativa vägar framåt blev det ganska begränsande. Det lyftes också att det var uppskattat att MyKey har en högre åldersgräns.

”Ja men det är väl liksom bara generellt [coachens] kunskap, man kunde lyfta de problemen man hade, jag har mål eller jag vet inte hur jag ska nå dit eller om jag kan ta mig dit. Men att [coachen] bara: 'Jo men du kan göra så här eller så här', att de hyfsat bra anpassade sig till mig. Att man simmade runt på stora öppna havet men att [coachen] kom med livboj. Det var ganska bra, jag tror inte jag kommit lika långt utan MyKey, kände mig lite förlorad efter studieuppehåll och hur man går till väga. Jag har ofta varit motiverad och vill ta tag i saker men det kan vara

svårt om man inte vet hur, om du inte studerar måste du jobba men jaha det är ingen som vill ha mig, jag har inget CV, jag har inte gått klart gymnasiet och man blir bara avböjd av ställen och man bara: 'Ja men vad ska jag ta mig till?'. Också bra att få stöttning och socialt. Men jag gillade tydligt att [coachen] hade kontakter och bara: 'Jo men det är inte helt kört för dig, tro inte det', det fanns tydliga instanser."

Många tog upp att de enskilda mötena gav mycket för att de satte upp mål, och gjorde en plan med delmål för att nå det slutgiltiga målet. De beskrev att det gjorde det lite lättare att ta steg framåt. Det beskrevs som positivt att det individuella stödet ingick i insatsen.

"Det var väl några av de direkta mötena som [coachen] hade tipsat om grejer [...] så här sätta upp mål, vad vill man göra, hur ska man nå dem, typ arbeta mot målen och sätta upp delmål. Jag kanske inte kan göra så direkt men dela upp i mindre mål för att nå det slutgiltiga målet. Det var sånt som var givande."

Rutiner hjälpsamma i ett tryggt socialt sammanhang

Det var flera deltagare i MyKey som lyfte vikten av att ha haft ett tryggt trevligt sammanhang med andra att komma till och att få rutiner i livet. Det var många som uttryckte att det fanns en positiv förväntan från gruppen att komma dit, att de såg fram emot den bokade tiden. Flera beskrev att de även upplevde det så när de startade praktik, arbete eller studier.

"Att man har det att gå till. Minns att jag tyckte väldigt mycket om att känna att den här dagen, den här tiden gör jag det här. Då visste man att då tar man sig ut. Annars kan det vara så svårt att ta sig utanför dörren när man inte har något att se fram emot."

För flera blev det en träning i att vänja sig vid att passa en tid, resa till MyKey samt att prata med nya personer. De lyfte det som givande att kunna prata med de andra deltagarna.

"Speciellt det sociala – som sagt jag isolerade mig själv och sen kom jag ut och pratade med människor och det lättade upp mycket när jag började göra andra saker, jag har den här tiden, jag har de här människorna. Jag har bara bra saker att säga om MyKey."

Uppskattade aktiviteter

Flera deltagare nämnde att hantverkspyssel, orientering, cykelutflykt och studiebesök var uppskattade inslag. Några tyckte att planeringsapplikationen Skills var bra för att se vad som skulle hända, skicka meddelanden, boka möten, kolla kalender samt skriva upp mål och delmål.

"Ja det jag såg var liksom att det var saker som händer här i huset. Ja okej vi har yoga den här dagen, man kunde skicka

meddelanden. Man kunde boka möten och kolla kalendrar och så. Det har varit bra.”

- Coacherna gav individuellt stöd utifrån deltagarnas situation

Många lyfte vikten av att de fick praktiskt stöd från coacherna för individuella behov och förutsättningar samt att coacherna stöttat deltagarna i deras kontakter. Det kunde vara till exempel att ansöka om aktivitetsersättning/försörjningsstöd, kontakta banken, handla, kontakta Försäkringskassan och söka vård. Deltagarna lyfte fram att det var mycket hjälpsamt att personalen hade bra dialog med andra aktörer.

”Och sen så – de hjälpte mig att ansöka, stöd, hjälp med pengar. De hjälpte mig att skicka in senare när jag skickade in, sökte till [skola]: ’Okej vi ska göra det här och hitta det här’. Så det har alltid varit väldigt bra stöd. Så även om det var något jag bara var lite orolig för: ’Okej det här kanske är en dum fråga men vad är det här?’ – ’Okej men det är lugnt’, så förklarade de på ett bra sätt. Så kunde jag vara mindre orolig och gå på möten.”

Coacherna var en uppskattad del av MyKey

Många deltagare tog inte upp förbättringsområden eller uttryckte missnöje eftersom de var så nöjda, men de uttryckte att de kände att de skulle kunna göra det om de ville. De upplevde att de fått uttrycka sina tankar och kände sig uppmuntrade att göra det. Detta var också en bra övning för andra situationer i deras vardag. Det beskrevs som att det var gott om delaktighet och inflytande. Det var flera som lyfte att coacherna var ovärderliga i arbetet, att de brydde sig, hade bra bemötande och var kunniga.

Flera lyfte att de upplevde coacherna som förstående och accepterande för hur deltagarna var och även för deras svårigheter. Deltagarna beskrev att det märktes att coacherna hade träffat unga i samma situation tidigare, och visste hur de kunde stötta. Deltagarna upplevde det som positivt att de lärde känna coacherna och att det var samma coacher under tiden i MyKey.

”Men att komma till mötena ... har det alltid varit: ’Vi är så glada att se dig, att du kunde komma’. Det har alltid varit att man känner att det är jättebra att jag kom hit.”

MyKey upplevdes som tillgängligt

Flera deltagare i MyKey beskrev att coacherna skulle ha hämtat deltagarna hemma om de tyckte att det var för svårt att ta sig in själva. Att de annars antingen kunde ta bil, buss eller färdtjänst till verksamheten.

”Skulle det vara så att jag inte hade haft möjlighet att ta buss så har [coachen] möjlighet att hämta. Men vet att vissa som hade längre och buss kanske inte alltid gick så hämtade [coachen] dem. Så man kände sig aldrig som ett problem, fanns ett sätt att lösa det.”

Det beskrevs att formaten att höras i MyKey var fysiskt på plats, eller genom att ta kontakt i planeringsapplikationen Skills, ringa eller mejla. Det uttrycktes att det var uppskattat att träffarna var på plats och inte digitalt, för att det upplevdes som mer personligt. Flera berättade att de kände sig trygga med att det skulle gå fort om de behövde hjälp. Sammantaget verkade alla känna att de skulle kunna vända sig till MyKey igen om de ville, men att de för närvarande inte upplevde behovet eftersom de hade sina aktiviteter. Deltagarna beskrev att de tyckte att det var bra med bemanning och att det inte var så många deltagare med samtidigt. Flera upplevde att de träffades ungefär samma dag, och att de oftast fick veta vad de skulle göra veckan därpå och om det blev ändrade planer. Någon berättade att även de individuella träffarna gick att få samma tid i veckan om det önskades.

”Nä men det har varit väldigt att även om jag bara: 'Den här grejen kom in kan du hjälpa mig med det här?' Ja då kan vi sätta oss med ett möte. Eller: 'Ja okej men jag är upptagen just idag men kan vi göra det imorgon eller en annan dag?' Så man har fått alternativ. Inte bara: 'Ok vi gör det imorgon' utan: 'Vi kan göra det imorgon eller andra alternativ', 'Okej det finns andra dagar.' Även om de inte haft tid har de visat att de kan göra tid.”

Avslutande uppföljning och utvärdering

Många beskrev att uppföljning genomfördes i MyKey med fokus på att följa upp hur det gick och vad planen framåt var, antingen vid ett fika eller ett individuellt samtal. Det lyftes som viktigt att uppföljningen var ett personligt möte och relationsskapande.

”Ja det var som ett sista möte innan man blir utskriven. Firar, liten spotlight. Man kan berätta vad man ska göra. De kom och man fick fylla i en blankett typ 'Jag tyckte om det här' och jag höll ju precis på att söka skolan så när jag fortfarande jobbade så kom de och lämnade och bara: 'Kan du fylla i det här?' Tror det var skickat via mejl. Jag kunde bara fylla i 'Ja'.”

Flera beskrev att de fick fylla i en blankett som utvärdering av vad de tyckte om MyKey (hur det var innan och efter MyKey, vad de hade velat göra för aktiviteter och vad de tyckte om innehållet) – men alla kom inte ihåg om de fått det eller fyllt i.

”Var hur det såg ut innan och efter MyKey, vad man hade velat göra för aktiviteter och så. Vad man tyckte om lite saker. Tror det skulle skickas in till kommunen också ... Om jag minns rätt så var det ett papper när man var med i MyKey och sen fick jag ett när jag blev utskriven ur MyKey. Nä men det var bra, det var anonymt och man fick sitta där för sig själv.”

Utvecklingsområden och förbättringsförslag

MyKey kan nå ut till fler

Flera var så nöjda att de inte kunde komma på utvecklingsområden.

”Jag har väl egentligen inte framfört eller ens tänkt på nåt förbättringsområde eller ... framfört ... vad man är missnöjd med. Det har jag inte behövt!”

Alla deltagare beskrev att de ville att fler personer skulle bli hjälpta av MyKey, som de blev, och föreslog att MyKey behöver nå ut till fler – med mer information och marknadsföring. Flera beskrev att de blev tipsade om MyKey, och andra hade sett reklam på skyltar – men att de föreslog att man skulle nå ut bredare.

”På frågan om det finns något att förbättra så skulle jag vill tillägga att man skulle kunna ha bättre marknadsföring eller vad man ska kalla det, av MyKey. När jag fick reda på det så fick jag en liten egenskriven lapp med nummer och namn till MyKey [...] Det var egentligen bara tur att jag till slut hörde av mig till MyKey då jag egentligen inte visste vad det var innan jag, efter många om och men, hörde av mig till dem. Så annorlunda, bättre, mer information och marknadsföring av det.”

Det var flera som påtalade att de skulle kunna vara ambassadörer för hur det kan vara att vara med i MyKey, så att andra kan se hur det kan vara. De sa att de gärna ville att andra skulle kunna få den effekt och hjälp som de haft.

”Att lätt kunna berätta: ’Ah nä men det här har funkat. [...] Det finns andra som känt likadant som dig.’ [...] Kunna berätta för alla i olika ställen: ’Vi ska göra det här.’ Sprida ordet och kunna göra det. Det är stöttande att inte känna sig ensam i det man gått igenom. Det är också att man kan lita på det stödet som går att hitta: ’Ja men jag vet att dem vill hjälpa mig och om jag ber om hjälp kommer de göra sitt bästa för att kunna hjälpa mig utifrån vad jag behöver.’”

Deltagarna har olika önskemål och behov – förslag på utvecklingsområden i insatser

Det är tydligt att deltagarna hade olika intresse och behov av olika moment i MyKey. Utifrån intervjuerna uppfattas att det inte var de enskilda verktygen som till exempel Framtidskort eller planeringsapplikationen Skills som var viktigast. Det verkar ha varit viktigt att coacherna skapade ett tryggt sammanhang där vissa uppskattade mest att komma in i rutin och färdighetsträning, medan det för andra var viktigast med den individuella hjälpen att stegvis komma ut i sysselsättning och få stöttning i att hantera praktiska saker. Några berättade att de inte var intresserade av

gruppaktiviteter och att de gärna ville ha hjälp att komma ut i sysselsättning så fort som möjligt.

”Jag menar om man har kanske sociala problem, svårt att prata med människor eller så, så är det kanske bra när vi bara sitter i en grupp och fikar lite och småpratar. Men har man andra behov kan det vara något helt annat.”

Flera deltagare i MyKey betonade vikten av att arbetet skulle ha kontinuitet och inte vara tillfälligt – förhoppningen var att det skulle leda till en stabil inkomst.

”Det är korttid, den är ju begränsad. Det är bättre än ingenting men man vill ju ha kontinuitet.”

Flera lyfte att det var viktigt att skapa långsiktiga förutsättningar för möjlighet till sysselsättning och till den praktiska hjälpen.

”Också att man måste ... framför allt så är det ju ... det är jobb och lön. Det är det man måste få till fort. Men framför allt att man måste komma till det stadiet fort. För det är oftast det som är det akuta och det största problemet. Det steget måste hända på en gång i stort sett.”

De föreslog till exempel att det skulle ges möjlighet att prova på arbeten eller praktik innan det påbörjades, för att se om det kunde passa personen. Det gavs också som förslag att olika arbetsplatser skulle kunna berätta för coacherna att MyKey-deltagarna kan behövas där.

”Kanske kan vara prova-på-dag. Om du vill köra traktor eller något då så kanske du kan testa det och köra lite traktor. [...] Då får du prova på en dag istället för att lägga ned tid på en utbildning och blir ingenting – det är skillnad på två år och en dag.”

När det gällde olika verktyg i MyKey var det några som beskrev att planeringsapplikationen Skills var ok, men sa att de inte använde den så mycket och att den skulle kunna vara mer användarvänlig. De beskrev att den skulle kunna ha tydligare information om aktiviteten var aktuell för just den deltagaren.

”Den var helt okej var den. Ibland var den lite otydlig att hitta saker, man kunde lätt få notiser att nu har det lagts in och man bara: ’Jo’ men när man gick in i appen kunde det vara svårt att se vart det låg. Man fick också notiser och grejer i ens kalender som man inte var inskriven på. Så stod det något om ett datum och bara: ’Är det meningen att jag ska gå på det här för jag har fått notis?’ och bara: ’Jo det här ska du gå på’ eller ’Nej det här ska du vara föranmäld på’. Så det var lite förvirrande.”

Det lyftes fram att Framtidskortet fylldes i men att det inte riktigt följdes upp eller sågs resultat av det. Det kom som förslag att verktyget skulle kunna användas mer strukturerat.

”Ja alltså jag fyllde ju i dem men vi pratade inte så jättemycket om dem. [...] Jag har inte sett resultaten så mycket. Jag var lite så oklar på vad det var till för. [Coachen] bara: ’Gå igenom och sen så går vi igenom sen.’ Så jag la ner ganska mycket tid på det men sen gjorde vi inte det så mycket, la inte ner så mycket tid så sen. Så det var lite synd.”

Önskan om mer struktur

Deltagarna beskrev att de kunde vara delaktiga i att planera aktiviteter och komma med förslag. Majoriteten uppskattade att det fanns möjlighet att påverka nästa veckas program och att det fanns en flexibilitet. Flera beskrev att det var möjligt att inte vara med på den planerade aktiviteten och istället ordna någon annan aktivitet. Ett förslag var att programmet skulle vara mer strukturerat och planerat med bestämda aktiviteter, samt tydligare valalternativ.

”... de frågade oss mycket, ’Vad vill ni göra vad ska ni hitta på?’, man blev lite ställd mot väggen bara: ’Ah jag vet inte’ och många har liksom nog lite samma bakgrund så bara: ’Vad gillar ni att göra hemma?’ och man bara: ’Ja vi gör inget’ liksom så... ibland var det lite svårt att komma igång så det var bra när de hade bestämt aktiviteter: ’Det här ska vi göra.’ [...]. Sen fick vi komma in med önskemål men i alla fall tiden jag var i så var det inte många som kom in med önskemål. Jag skulle säga att vi var lite blyga och omotiverade och det var svårt att få folk att komma som sagt. Jag tycker alltid det är lättare typ om man får en lista och kryssa i utifrån än att komma på helt utifrån tomma luften. ’Vad tänker ni här?’, ’Vad är budget?’, ’Har ni saker?’, svårt att plocka från ingenting.”

Det kom fram som förslag att aktiviteterna i MyKey skulle vara obligatoriska så att det skulle vara lättare för coacherna att kunna ordna aktiviteter som inte ställdes in på grund av att för få kom. Det föreslogs att det kanske skulle kunna leda till färre sena ändringar.

”De kanske ändrat det sen men jag tror det är viktigt att gå på även gruppmötena och träffa andra personer och det var lätt att det tumrades på för det var typ obligatoriskt men ändå inte men jag tror det är bra att alla kommer. Det är lättare då att skapa aktiviteter och studiebesök, om det är många som kommer, om det kanske bara var en person så kanske det blev lite mer inställt.”

Flera deltagare ansåg att besöken kunde ha varit mer frekventa för att de gav mycket och eftersom de beskrev att de ändå inte hade mycket annat att göra. Andra upplevde att det var mycket nog att komma på ett tillfälle per vecka. En annan berättade att önska att det var fler träffar i veckan kanske var ett tecken på att det var dags att påbörja till exempel praktikplats.

”I början tyckte jag det var väldigt lagom med en gång i veckan eftersom jag varit så isolerad men sen när man blev mer varm i kläderna hade det varit kul om det var lite oftare, om man ökar rutinerna när man kommer ut ur huset. Men de menar väl att man ska komma ut i praktik eller arbetsliv eller skola då. Så nu kanske du är i stadiet att du kan börja lätt med någon liten praktik.”

Önskan om tydligare anpassning efter funktionsnedsättning

Det lyftes som förslag att de som arbetade med MyKey kunde få utbildning och erfarenhet i anpassning för funktionsnedsättningar och diagnoser. Till exempel skulle det vara bra med tydlig struktur och planering speciellt för deltagare med funktionsnedsättningar. Det var uppskattat med sensoriska leksaker och hjälpmedel att hålla under samtal, samt förslag på vårdinsats som skulle kunna passa. Det var också uppskattat att coachen försökte sätta sig in i vad som skulle kunna vara hjälpsamt för deltagaren trots att coachen inte själv arbetade inom vården.

”Men jag tror inte [coachen] hade så mycket utbildning innan det, vilket man inte alltid måste ha men jag tror det hade varit bra om man haft lite mer utbildning och erfarenhet i bemötande för olika funktionsnedsättningar och diagnoser. För det är kanske många såna som behöver såna insatser. [...] Och ibland så kunde jag känna mig dåligt bemött på den fronten, det syns inte men jag har ändå de behoven. [...] Sen kan jag fatta att de kanske har erfarenhet av att ungdomar ser ner på sig själva och inte ser sin fulla potential och vill höja dem, men jag kan tycka att om någon har en funktionsnedsättning ska man nog vara lite extra lyhörd.”

Det lyftes fram att det nog var utmanande för coacherna att möta alla deltagare med olika svårigheter, behov och önskemål.

”Alla är ju där av en anledning också. Många har ju säkert svårigheter också. Men alltså med olika saker eftersom man är ju i den situationen man hamnat i. Så många vill säkert ha det på sitt sätt, bli bemött på sitt sätt. Kan tänka mig att det är ganska svårt för dem.”

Diskussion och slutsatser

Under utvärderingen togs en verksamhetslogik fram, se tabell 4. I tabellen visas enbart effekterna i denna verksamhetslogik.

Tabell 4. Effekter verksamhetslogik

Individ	Projekt	Kommun och län
Minskad isolering. Bättre hälsa och ökad livskvalitet. Ökade förutsättningar till egen försörjning.	Insatsen är integrerad som en del i den ordinarie verksamheten. Insatsen är integrerad i ordinarie verksamhet. Att arbeta utifrån frivillighet och utan tidsbegränsning. Helhetstänk och individcentrerat arbete.	Insatsen är känd bland medborgarna och att möjlighet till hjälp finns. En bättre och mer utvecklad samverkan med andra aktörer finns för målgruppen. Minskade bidrags- och sjukvårdsbehov. Ökade skatteintäkter. Ökad kompetensförsörjning. Ökad och bättre service gentemot medborgarna.

Flera av de effektmål som identifierats i utvärderingen har uppnåtts eller är på god väg att uppnås. Snabba effekter för individer eller projekt är enklare att identifiera på kort sikt än effekter på systemnivå. Intervjuerna med deltagarna visar att insatsen har upplevts som hjälpsam och att flera har brutit sin isolering och kommit ut i arbete eller studier. Intervjuer med verksamhetsrepresentanter och underlag i form av slutrapport från verksamheten visar att även mål och effekter för projektet i stort är uppnådda. Det finns enligt intervjuerna fortsatt utvecklingsarbete att göra kring samverkan med, och gränssnitt mot, andra aktörer. Det kan också finnas utrymme för att undersöka hur ett projekt likt MyKey bäst bemannas utifrån olika kompetensområden och yrkesbakgrunder. Detta med anledning av personalens egna beskrivningar av utmaningar kopplat till behovet av rätt kompetens. Detta får även visst stöd i intervjuerna med målgruppen, där kunskap om att anpassa för funktionsnedsättning efterfrågas. Detta kan sättas i relation till underlaget från patientregistret som också visar att diagnoser kopplat till psykisk ohälsa ökar.

De emotsedda effekterna på kommun- och länsnivå behöver observeras på sikt, men den hälsoekonomiska analysen enligt KAMSO ger stöd för att insatsen på sikt kan vara kostnadseffektiv. Dessutom beskriver verksamheten att en hög andel av deltagarna nu har sysselsättning. Utöver den verksamhetslogik som tagits fram inom ramen för utvärderingen beskriver också projektet i sin slutredovisning att en majoritet av de procentuella mål som togs fram i projektstarten, se sida 81, också är uppnådda.

Ett av de mer framträdande effektmålen om att MyKey ska bli en del av ordinarie verksamhet är också uppnått. Detta beskrivs bero både på projektets resultat och kommunens vilja att prioritera målgruppen. Stimulansmedel eller annat budgettillskott beskrivs också ha varit avgörande för genomförandet av projektet och återfinns i verksamhetslogikens resursdel. På så vis kan en kedja dras från resurserna till de observerade effekterna.

Lärande observationer

Socialstyrelsen har genom utvärderingen identifierat några huvudsakliga lärande observationer som verksamheterna och andra aktörer på nationell, regional och lokal nivå kan dra nytta av.

- Det är viktigt att prioritera arbete med att utveckla samverkan mellan olika aktörer som möter en och samma målgrupp. På liknande vis kan man undersöka hur gränssnitt mellan verksamheter som möter samma målgrupp kan bli tydliga och samtidigt bidra till att ingen faller mellan stolarna.
- Det kan finnas utmaningar med att nå utsatta målgrupper – en tydlig strategi för informationsspridning och/eller uppsökande arbete kan vara en nyckel i arbetet.
- Individanpassade insatser ser ut att fungera väl för målgruppen.
- Det finns tecken på att många inom UVAS-målgruppen som behöver stöd är över 25 år. Här finns en utmaning kopplat till hur gruppen äldre ungdomar bäst fångas upp och erbjuds insatser.
- I arbetet med klienter, brukare eller patienter med en sammansatt problematik är det av värde att personalen får tillgång till nödvändig kompetens. Alternativt kan också multiprofessionella team vara en väg att möta målgruppens behov.

Socialstyrelsen har också återkopplat resultaten och de lärande observationerna till verksamheten och nyckelpersoner och haft en avslutande dialog om den lärande utvärderingen. I dialogen framkommer följande:

- Nyckelpersonerna uttrycker ett intresse för hur den äldre målgruppen av UVAS bäst ska ges insatser.
- Det beskrivs som mycket positivt att Socialstyrelsen uppmärksammat och följt arbetet i Luleå. Samarbetet under utvärderingen beskrivs också som välfungerande.
- Såväl de som arbetar med insatsen som andra nyckelpersoner beskriver att utvärderingen kan ses som en bekräftelse på att den genomförda insatsen fungerat väl.

Sörmland

Bakgrund och frågeställningar

I redovisningen av insatser inom överenskommelsen 2021 inom delområdet god vård och omsorg beskrev Region Sörmland ökade kostnader och ökad efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar. Regionen prioriterade därför att fortsätta utveckla arbetsätt för att möta behovet av utredningar. Bland aktiviteter som redovisades fanns uppstart av ett neuropsykiatriskt team (NP-team) på Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Nyköping. BUP i Nyköping är en av två barnpsykiatriska enheter i Sörmland och har ett upptagningsområde på sju kommuner. För att hitta nya sätt att möta behovet av neuropsykiatriska utredningar har BUP i Nyköping valt att utveckla ett nytt arbetsätt – så kallad stegvis utredning. Verksamhetens mål med insatsen är att genomföra individanpassade utredningar, där varken fler eller färre moment ska ingå än vad som krävs för diagnostik och behandling. Personal i verksamheten beskrev också att satsningen syftade till att:

- jobba mer i team
- säkerställa utredningsförfarandet
- smidigare förfarande
- återta den moraliska kompassen
- snabbare hjälp till patienten
- sammanhållen insats till patienten
- tryggare upplevelse för patienter och anhöriga
- återfå kontrollen av in- och utflöde av patienter.

I samråd med den ansvariga verksamheten valde Socialstyrelsen att genomföra en lärande utvärdering av insatsen. Den centrala frågeställningen var om den nya utredningsmetodikerna kan leda till en mer individanpassad, resurseffektiv och tillgänglig vård för barn och unga.

Socialstyrelsen genomförde i dialog med verksamheten bland annat en problemanalys, en processkarta, en SWOT-analys och en användarresa. Därefter tog myndigheten fram ett verksamhetslogiskt schema med effekter och mål, aktiviteter som genomförs och de resurser som finns eller behövs inom projektet [6]. Verksamhetslogiken har uppdaterats under projektets gång, samtidigt som projektet fortsatt har följts upp och utvärderats. Det verksamhetslogiska schemat visas i tabell 5.

Tabell 5. Verksamhetslogik för BUP i Region Sörmland

Resurser	Aktiviteter	Mål	Prestationer	Effekter
<p>Stimulansmedel och andra medel.</p> <p>Funktioner, yrkeskompetens.</p> <p>Ledningsgrupp.</p>	<p>Arbete med NP-team och stegvisa utredningar på BUP i Nyköping.</p>	<p>Att patienten ska få en individanpassad utredning.</p> <p>En jämlik vård med hög tillgänglighet</p> <p>Att inom divisionen göra sina egna utredningar och minska externa utredningar.</p>	<p>Individ: Barn och unga i behov av neuropsykiatrisk utredning utreds enligt stegvisa modellutredningen.</p> <p>Verksamhet: Tagit fram standardiserat utredningsförfarande. Skapat NP-team.</p>	<p>Individ: Sammanhållen vård. Tryggare upplevelse. De patienter som är i behov av utredning kan erbjudas bättre tillgänglighet.</p> <p>Verksamhet: Minskade kostnader för np-utredningar. Kontroll av in- och utflöde av patienter-</p> <p>Region: Jämlik vård i regionen. Personcentrerad vård. Minskade kostnader för np-utredningar.</p>

Socialstyrelsen publicerade 2024 uppdaterade nationella riktlinjer med rekommendationer om vård och stöd vid adhd och autism. Riktlinjerna är ett prioriteringsstöd som framförallt vänder sig till dem som har ett övergripande ansvar för att fördela resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten [16].

Sammanfattning av nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism

Gör tidiga insatser – och utredningar som pekar framåt

Vid tecken på svårigheter inom det neuropsykiatriska området, ge stöd som snart som möjligt utan att vänta på en neuropsykiatrisk utredning. För en del räcker anpassningar i vardagsmiljön eller skolan. Samtidigt är det viktigt att inte fördröja en neuropsykiatrisk utredning. Utredningen bör vara anpassad till individens behov och utföras av personal med adekvat kompetens och erfarenhet (minst en läkare och en psykolog). Utredningen bör utgå från individens styrkor, svårigheter och funktionsförmågor, och peka framåt mot de insatser som behövs.

Ibland räcker relativt avgränsade utredningar, medan större utredningar behövs när problematiken är mer komplex. Man behöver dock alltid vara öppen för flera möjliga diagnoser. Med hjälp av individanpassningen kan utredningarna förbättras och effektiviseras, så att fler får en korrekt diagnos och lämpliga insatser.

Samordna de många kontakterna

Insatserna för personer med adhd eller autism behöver hållas ihop och vara kontinuerliga – från misstanke om funktionsnedsättning till uppföljning. För detta behövs tydliga rutiner för samverkan mellan bland annat primärvården, den specialiserade psykiatrin, beroendevården, habiliteringen, socialtjänsten, förskolan, skolan och elevhälsans medicinska och psykologiska insatser.

Kombinera olika insatser

Socialstyrelsen rekommenderar flera typer av insatser för personer med adhd eller autism. Behoven skiljer sig mycket, och i hälso- och sjukvården bör flera yrkesgrupper samarbeta i team.

Prioritera utsatta grupper

Socialstyrelsen rekommenderar att prioritera utsatta grupper, såsom de med intellektuell funktionsnedsättning, svåra psykiska sjukdomar eller annan komplex problematik, exempelvis alkohol- och narkotikaproblem.

Läs riktlinjerna i sin helhet på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/adhd-autism

Utvärderingen av stegvis utredning i Sörmland ska inte ses som en bedömning av i vilken utsträckning arbetssättet följer de nationella riktlinjerna. Sörmland påbörjade också sitt arbete innan de nya nationella riktlinjerna publicerades. Inte heller syftar utvärderingen till att rekommendera eller avråda från det arbetssätt som Sörmland provat. Däremot kommer fynd i utvärderingen att sättas i relation till det som Socialstyrelsen bedömer bör prioriteras enligt de nationella riktlinjerna.

Fynd i den inledande datainsamlingen

I den inledande datainsamlingen intervjuade Socialstyrelsen verksamhetsrepresentanter och genomförde workshoppar med NP-teamet i Nyköping. Fokus i workshopparna var processen i en stegvis utredning, synen på förändringen samt möjliga konsekvenser av arbetssättet. De stegvisa utredningarna avser framför allt att lösa utmaningen med ökad efterfrågan och behov samtidigt som kvaliteten och förfarandet i utredningarna säkras. Insatsen beskrevs också kunna möjliggöra en mer effektiv resursanvändning genom att verksamheterna inte längre skulle behöva köpa in externa utredningar. I den inledande datainsamlingen beskrevs därutöver en risk för fortsatt hög personalomsättning, särskilt bland psykologer, om en förändring av verksamheten uteblir. Frågan om personalresurser, bemanning och tidsbrist är aspekter som återkom i nästan alla intervjuer.

I SWOT-analysen beskrevs i huvudsak följande möjligheter med stegvis utredning:

- bättre vård för patienter – snabbare insatser i skola och hemmet
- lättare att rekrytera psykologer
- bättre ekonomi i divisionen
- sammanhållen enhetlig kommunikation med samarbetspartner.

Svagheter som uppmärksammades bestod av följande punkter:

- för få personer i teamet
- att organisationen inte är redo för förändringen, att ”producera” fler patienter än vad BUP kan möta upp
- utredningsprocessen kan gå för snabbt för vissa familjer
- risk för överdiagnostisering
- att snabba vägar blir lätta vägar att välja
- för mycket vikt läggs på utredningsförfarandet
- inget system idag för att utvärdera patientperspektiv.

Vidare handlar utvärderingen också om barns och ungas samt anhörigas och närståendes upplevelse av BUP. Flera intervjupersoner hade ett stort fokus på slutmottagarna, det vill säga barn och deras anhöriga. Det

intervjupersonerna pekade på var att det behövs bättre anpassningar, snabbare utredningar, tidiga insatser samt bättre samordning och kommunikation mellan verksamheter.

I den första datainsamlingen sågs att andelen barn och unga på BUP i Sörmland som var nydiagnostiserade med adhd eller autism hade ökat mellan 2017 och 2021. Statistiken ger en bild av hur det såg ut innan arbetet med stegvis utredning inleddes [13].

Verksamhets- och systemperspektiv

För att kunna utvärdera insatsen stegvis np-utredning och vilka eventuella resultat som arbetet inneburit på verksamhets- och systemnivå genomförde Socialstyrelsen uppföljande intervjuer. Under 2024 intervjuades verksamhetschef och personal som arbetar med stegvis utredning på BUP i Nyköping och Eskilstuna. Socialstyrelsen har också inhämtat statistik från patientregistret.

Om stegvis utredning

Stegvis np-utredning infördes i Nyköping 2022 och i Eskilstuna 2023. Alla utredningar som genomförs på mottagningarna sker dock inte enligt stegvis modell. På respektive mottagning finns NP-team som arbetar med att sortera np-utredningar till steg 1 eller steg 2. Utredningarna blir aktuella efter antingen inkommen remiss eller egenanmälan. Till steg 1 sorteras de fall som bedöms vara okomplicerade och där det enbart handlar om möjlig adhd-diagnos. Till steg 2 sorteras andra patientfall där det finns behov av np-utredning. Inför en utredning samlas underlag in från skolan och vårdnadshavare. I region Sörmland finns ett gemensamt underlag med frågor som används i insamlingen från skolan.

Steg 1-utredningen genomförs oftast av en läkare, men i vissa fall genomförs steg 1 även av psykolog. Läkaren träffar barnet och vårdnadshavare för utredning vid ett tillfälle och ofta kan eventuell adhd-diagnos sättas samma dag. Familjen erbjuds då att påbörja medicinering direkt. Om barnet får en adhd-diagnos skriver läkaren ett utlåtande som vårdnadshavaren kan lämna till skolan. Både barnet och vårdnadshavaren erbjuds också utbildningar, såsom Strategi och Komet. I dagsläget är det främst utbildning och medicinering som ges till patienter som får en adhd-diagnos, oavsett utredningsförfarande. En steg 1-utredning kan också föras över till att bli en steg 2-utredning vid behov.

En steg 2-utredning liknar en klassisk np-utredning, även om utredningsförfarandet struktureras lite olika i Nyköping och Eskilstuna. Hur det struktureras beror på vilken eller vilka diagnoser som är aktuella. I både Eskilstuna och Nyköping genomförs steg 2-utredningar av en psykolog, men inkluderar även att läkare träffar patienten.

De huvudsakliga skillnaderna mellan Eskilstunas och Nyköpings arbete med np-utredningar är att i Eskilstuna får patienten alltid ett nybesök innan det blir aktuellt att sorteras till steg 1 eller steg 2. I Eskilstuna erbjuds ibland också andra insatser innan en utredning blir aktuell. I Nyköping hanterar NP-teamet inkomna remisser direkt och slussar vid behov till steg 1 eller 2. Utredningen sammanfaller i sådana fall med nybesöket. En generell bild som framkommer är också att psykologutredningarna i Eskilstuna innehåller fler moment än i Nyköping.

Flera i personalen i verksamheterna beskriver att det egentligen inte handlar om att de arbetar i NP-team på så vis att de arbetar gemensamt i utredningar, utan snarare sker teamarbetet i processen med att sortera utredningsärenden. Några i personalen menar också att utredningen inte är stegvis utan att det snarare handlar om ett snabbspår för tydlig adhd och att övriga ärenden utreds på klassiskt vis. Flera intervjuade beskriver också att steg 1 inte är en utredning utan en läkarbedömning. Flera beskriver att ärenden där ett barn inte får en neuropsykiatrisk diagnos ofta avslutas. Det beskrivs inte heller finnas någon struktur för hur eller om patienter eller vårdnadshavare ska informeras om att utredningen är i två olika steg.

I intervjuer beskriver psykologer och läkare genomgående att de utreder så mycket som behövs. Vid behov efterfrågas mer underlag och ibland beställs olika tester, exempelvis begåvnings tester. Ledningen lyfter att en mer fördjupad utredning genomförs om det vid en steg 1-utredning visar sig att en sådan behövs. De intervjuade beskriver också att de är uppmärksamma på möjlig differentialdiagnostik, såsom trauma eller substansbruk. Hur differentialdiagnostik fångas upp och diagnostiseras tycks skilja sig något åt – dels mellan verksamheterna, dels mellan professionerna. Ledningen beskriver att hanteringen av differentialdiagnostik inte skiljer sig mellan steg 1 och steg 2, samt att differentialdiagnostik inte följer någon särskild mall just vid NP-utredning utan sker på samma sätt som vid andra barnpsykiatriska ställningstaganden.

Verksamhetens resultat och kvantitativa fynd

I intervjuer med personal och ledning beskriver samtliga att de bedömer att utredningsförfarandet visat sig vara mycket effektivt och att fler utredningar kan genomföras på kortare tid. Däremot beskrivs det vara svårt att bedöma effekten på tillgänglighet då efterfrågan på utredningar är fortsatt hög och verksamheterna har utmaningar med vakanser. Ytterligare en faktor som gör bedömningen svår är att nästan samtliga utredningar i Nyköping tidigare gick till externt köpta utredningar och därmed fanns ingen intern väntelista. När utredningar genomfördes externt fick patienter som erhöll diagnos sättas i kö för medicinering. Den stora skillnaden i tillgänglighet handlar om att vid erhållen adhd-diagnos så kan medicinering påbörjas omgående. I Eskilstuna beskrivs köerna till utredning ha minskat sedan arbetssättet infördes. Verksamheten bedömer att fler patienter kan få hjälp snabbare idag

än tidigare. Kostnaderna för np-utredningar har inte minskat nämnvärt men mottagningarna genomför numera 65 procent av utredningarna internt, vilket är en förändring från tidigare då motsvarande andel var 40 procent.

Verksamheten beskriver att kostnaderna med största sannolikhet varit mycket högre om de inte hade ändrat arbetssätt, eftersom det totala antalet utredningar fortsätter att öka. Resultaten att en högre andel av utredningarna genomförs internt går i linje med de mål som återfinns i verksamhetslogiken, se tabell 5 ovan.

Flera intervjuade beskriver att insatsen har främjat tidiga insatser på så vis att medicinering och utbildningsinsatser kan ske nära inpå diagnossättning vid adhd. Ledningen beskriver att det sätts fler NP-diagnoser i Nyköping än i Eskilstuna, vilket även var fallet innan det nya arbetssättet infördes. Ledningen ser att tröskeln för att erbjuda utredning är olika hög i de båda länsdelarna, och genomför nu ett arbete för att förstå vad skillnaderna beror på.

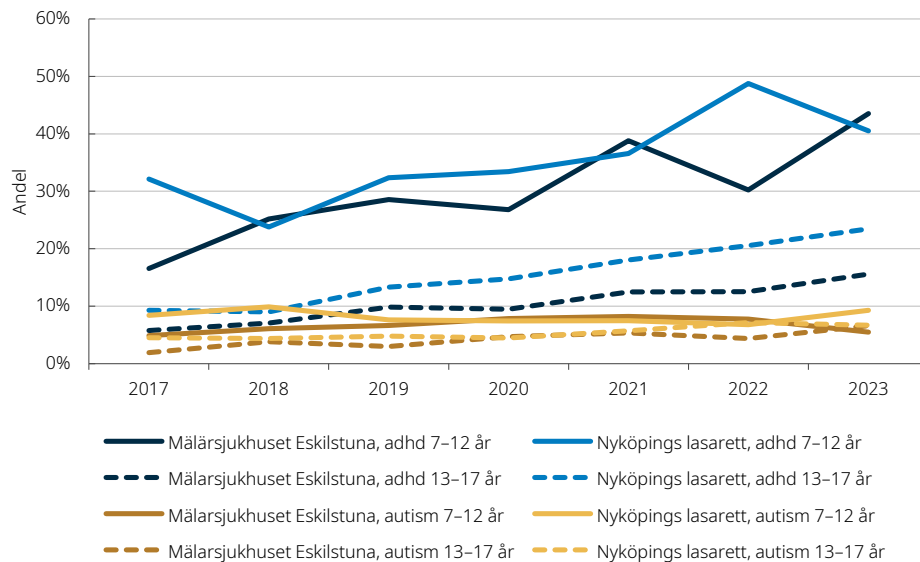
Nästan samtlig intervjuad personal beskriver att de eventuella farhågor de inledningsvis hade om över- eller feldiagnostisering har minskat med tiden eller helt försvunnit. Flera beskriver att arbetssättet blir enklare efter att personalen fått erfarenhet. Verksamheten beskriver att de fått in få klagomål från patienter eller vårdnadshavare på steg 1-utredningarna, men att det förekommer att familjer tycker att det gått för fort. I intervjuer beskrivs att familjer ofta är tacksamma när diagnos ställs och att de kan uppleva det som positivt att barnet omgående kan börja med medicinering.

De intervjuade ger olika svar på om och hur utredningen individanpassas. Flera beskriver att enbart nödvändiga utredningsmoment genomförs, vilket lyfts fram som en typ av individanpassning. Vissa beskriver att de alltid individanpassar utredningarna medan andra beskriver att utrymmet för anpassningar inte är särskilt stort.

För att få en kvantitativ bild av utvecklingen av psykiatriska diagnoser på klinikerna samt i Sörmland i stort har Socialstyrelsen tagit fram statistik från patientregistret.

Figur 56. Andelen (%) nydiagnostiserade av inskrivna patienter på BUP i Region Sörmland, 2017–2023

Uppdelat på Mälarsjukhuset Eskilstuna respektive Nyköpings lasarett efter diagnoserna adhd (ICD-10: F90) och autism (ICD-10: F84) i åldersgrupperna 7–12 år och 13–17 år



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, och Registret över totalbefolkningen, SCB.

Verksamhetschef beskriver att 70 procent av de patienter som söker sig till BUP önskar en neuropsykiatrisk utredning. Underlaget från patientregistret visar att BUP i Sörmland över tid diagnostiserar en allt större andel patienter med adhd och autism och att förändringen går längre tillbaka i tiden än vid införandet av stegvis utredning. Eftersom klinikerna har köpt in många externa utredningar kan det påverka utfallet av statistiken. Statistiken fångar också bara upp de patienter som besökt en läkare på kliniken aktuellt år.

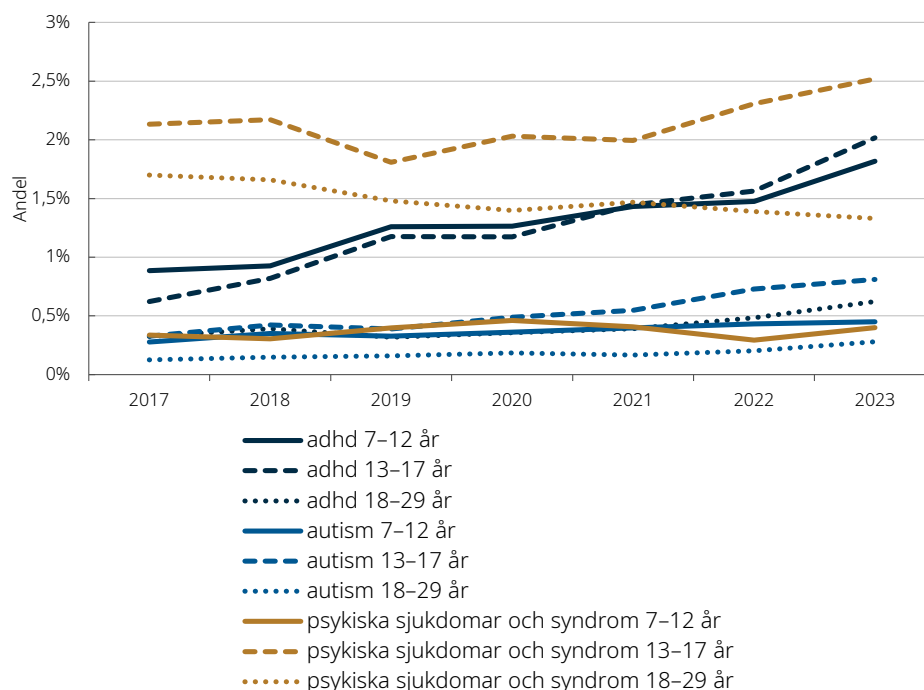
Statistik från patientregistret som visar att av patienter som besökt BUP i Nyköping respektive Eskilstuna år 2017 var 17 respektive 32 procent av patienterna mellan 7–12 år nydiagnostiserade med adhd, se figur 56. Motsvarande andelar för Nyköping respektive Eskilstuna år 2023 var 41 respektive 44 procent. Stegvis utredning infördes i januari 2022 i Nyköping; sedan dess har andelen för gruppen 13–17 år som är nydiagnostiserade med adhd ökat med några procentenheter på kliniken. För gruppen 7–12 ses dock en minskning mellan år 2022 och 2023 med ungefär tio procentenheter. Andelen av BUP:s patienter som är nydiagnostiserade med autism har också ökat mellan 2017 och 2023. För åldersgruppen 13–17 år ses en tydlig ökning, från två till närmare sju procent i Eskilstuna och från cirka fyra till sju procent i Nyköping.

Socialstyrelsen har också tagit fram ett utdrag från patientregistret som visar andelen nydiagnostiserade i Södermanlands län. I underlaget syns endast de patienter som besökt en läkare i den specialiserade vården under aktuellt kalenderår. Av figur 57 nedan framgår att andelen nydiagnostiserade med adhd år 2023 var cirka två procent i åldersgrupperna 7–12 år och 13–17 år.

Det är en förändring med 0,9 respektive 1,4 procentenheter i åldersgrupperna jämfört med 2017. I riket ses en förändring med 0,4 respektive 0,6 procentenheter för motsvarande åldersgrupper och tidsperiod. Incidensen i riket är också något lägre år 2023, se bilaga 1.

Figur 57. Andelen (%) nydiagnostiserade i Södermanlands län efter diagnos och åldersgrupp, 2017–2023

Uppdelat efter adhd (ICD-10: F90), autism (ICD-10: F84) samt psykiska sjukdomar och syndrom (F1–F6) i åldersgrupperna 7–12 år, 13–17 år och 18–29 år

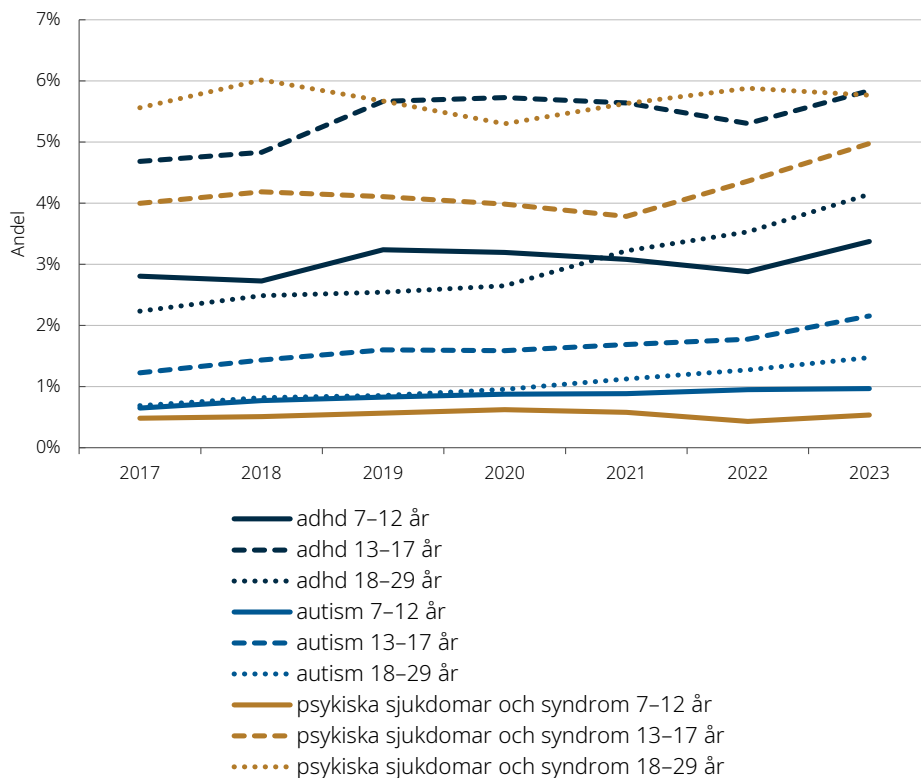


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, och Registret över totalbefolkningen, SCB.

Förekomsten av diagnoser i befolkningen i länet visas i figur 58 nedan. Där visas de som har adhd, autism respektive psykiska sjukdomar och syndrom och som har besökt den specialiserade sjukvården aktuellt kalenderår. Förekomsten av adhd har ökat i samtliga åldersgrupper. År 2023 var förekomsten drygt tre procent respektive knappt sex procent i åldersgrupperna 7–12 år respektive 13–17 år. Denna prevalens ligger i linje med uppskattad prevalens i epidemiologiska studier [17, 18]. Jämfört med riket är prevalensen ungefär densamma i länet för gruppen 7–12 år, men något lägre än i riket för personer i åldrarna 13–17 år, se bilaga 1.

Figur 58. Andelen (%) med psykiatriska tillstånd i Södermanlands län efter diagnos och åldersgrupp, 2017–2023

Uppdelat efter adhd (ICD-10: F90), autism (ICD-10: F84) samt psykiska sjukdomar och syndrom (ICD-10: F1–F6) i åldersgrupperna 7–12 år, 13–17 år och 18–29 år



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, och Registret över totalbefolkningen, SCB.

Underlaget från patientregistret visar att såväl andelen nydiagnostiserade på de två BUP-klinikerna som andelen nydiagnostiserade i befolkningen har ökat över tid.

Verksamheten har inte egna uppgifter om hur många av utredningarna som efter sorteringen av NP-teamen går till steg 1- eller steg 2-utredning. Däremot beskriver verksamheten att de kan följa hur många utredningar som stannat vid steg 1 respektive steg 2. Verksamheten berättar att det vid den senaste halvårsuppföljningen var ungefär en tredjedel av utredningarna som stannade vid steg 1. Andelen som stannar vid steg 1 beskrivs vara något högre i Nyköping än i Eskilstuna. Enligt verksamheten ledde i samma uppföljning 85 procent av utredningarna i Nyköping till diagnos, medan 90 procent av de utredningar som verksamheten köper in externt leder till diagnos.

Flera av de intervjuade beskriver att det just nu är väldigt stort fokus på neuropsykiatriska diagnoser och att efterfrågan på utredningar har ökat. Något som framkommer i så gott som alla intervjuer är skolans roll – dels för utvecklingen av utredningsbehovet, dels för utvecklingen kopplad till psykisk ohälsa. Många beskriver att skolan har förändrats och fokuserar mer

på flexibilitet och eget ansvar, vilket påverkar många barns mående och förmåga att klara skolgången. Många remisser om utredning inkommer från skolsköterska. Flera intervjuade berättar att skolan ofta vill att BUP ska genomföra en utredning innan anpassningar och insatser sätts in för en elev. Ett sådant förfarande går dock inte i linje med skollagen som specificerar att det är elevens förmåga att uppnå kunskapsmål som avgör om anpassningar ska sättas in.⁴ Efter utredning får skolan ett skriftligt utlåtande från föräldrarna. En gemensam bild från intervjuerna är att skolan därefter borde veta hur de ska anpassa för eleven. I intervjuerna framkommer dock inga stora svårigheter kring samverkan med skolan.

Lärdomar och erfarenheter

I intervjuerna beskrivs flera olika lärdomar och erfarenheter från införandet av stegvis utredning. Alla intervjuade är överens om att arbetssättet är effektivt; bland annat beskrivs det som kreativt, rationellt och sammanhållet. Flera berättar om att de inte fått mycket klagomål på utredningarna och att farhågan som några hade i början om för snabba utredningar inte har infriats. Vissa beskriver att samarbetet inom teamen har fungerat bra, och ledningen beskriver personalen som driven och engagerad.

Ett återkommande tema när det gäller vad som är särskilt positivt med stegvis utredning är att inte utreda mer än vad som behövs. Detta beskrivs vara bra för barn och familjer som inte behöver utsättas för tester i onödan.

Det lyfts också som positivt för patienterna att stegvis utredning förkortar tiden till diagnos, vilket gör att det går att få igång medicinering tidigt. Några beskriver att en diagnos kan omprövas senare vid behov. Genomgående i intervjuerna reflekteras på olika sätt kring synen på vad en neuropsykiatrisk utredning eller adhd-utredning innebär, samt hur olika aktörer ser på utredningar och diagnoser. Det framkommer att det finns vissa skillnader inom personalgrupperna när det gäller synen på diagnoser och hur väl underbyggd en diagnos ska vara. Några beskriver att en neuropsykiatrisk utredning eller diagnos har målats upp som en större sak än vad det egentligen är, men att det blir allt enklare att avdramatisera och att synsättet inom BUP och i samhället i stort håller på att skifta. Andra beskriver att en neuropsykiatrisk diagnos faktiskt är en stor sak att få. Flera intervjuade menar att det generellt utreds för mycket och att BUP är snabba på att ”tänka utredning” – och att konsekvensen av det blir att det i väntan på utredning inte görs mycket för patienten. Det beskrivs också ha blivit väldigt lätt för föräldrar att själva söka utredning, vilket bidrar till kösituationen. Flera intervjuade beskriver att familjerna i sin kontakt med BUP ofta bara vill ha svar på om barnet har en diagnos eller inte, och att familjerna kan ha en bild av att en diagnos behövs för att skolan ska kunna sätta in insatser.

⁴ Se 3 kap. 2 § och 5–12 §§ skollagen (2010:800).

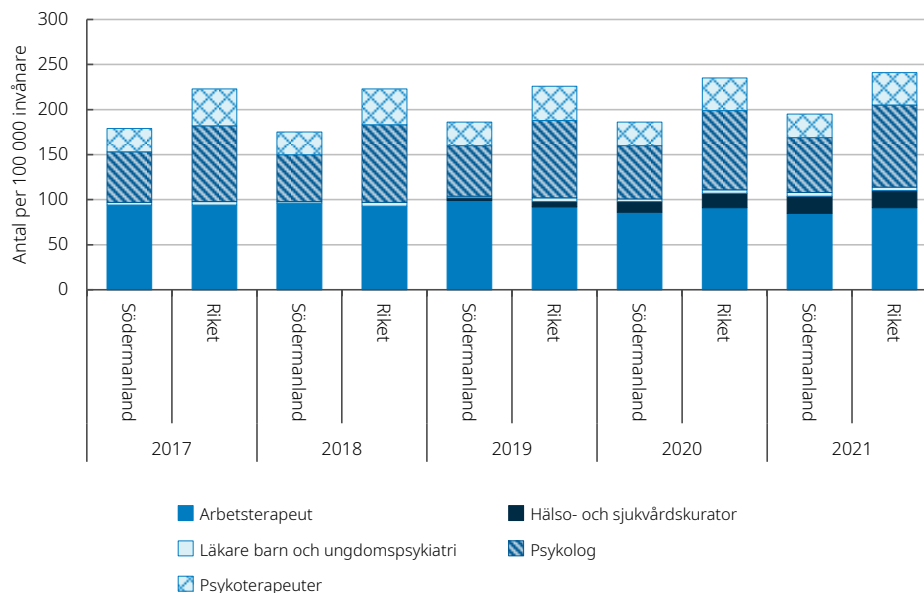
Några beskriver att utredningsförfarandet vid adhd behöver vara effektivt för att frigöra tid till insatser. Just läkemedel är en insats som inte kan ges utan diagnos. Ett effektivt utredningsförfarande beskrivs också kunna frigöra tid till de som har mer sammansatt problematik.

I intervjuer med ledning och personal framkommer ett antal utmaningar i arbetet. En särskilt framträdande utmaning handlar om vakanser och personalbrist. Ledningen beskriver att verksamheten har 20 procent vakanser. Personal som arbetat inom NP-teamen har också slutat under det pågående arbetet. I SKR:s kartläggning *Psykiatrin i siffror* ses också att Sörmland är den region som hade lägst antal årsarbetare i BUP:s öppenvård per 1 000 patienter år 2023 [19].

För att undersöka tillgången till personal i länet på totalen har Socialstyrelsen tagit fram statistik över sysselsatta inom hälso- och sjukvård. Av underlaget framgår att antalet sysselsatta psykologer per 100 000 invånare i Södermanlands län har ökat från 56 till 61 stycken mellan 2017 och 2021, se figur 59. Samtidigt är antalet betydligt lägre än snittet i riket, även om snittet i riket inte är representativt för län med liknande förutsättningar.

Figur 59. Tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal i Södermanlands län, 2017–2021

Antal sysselsatta inom hälso- och sjukvård per 100 000 invånare i Södermanlands län respektive riket efter yrkesgrupp



Källa: Förteckning över legitimerade omsorgs- och vårdayrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA), Socialstyrelsen.

Antalet sysselsatta specialläkare inom barn- och ungdomspsykiatri i Södermanlands län var 4 per 100 000 invånare år 2021, vilket motsvarade andelen för riket. I Södermanlands län har andelen dock ökat under perioden 2017–2021 medan rikets antal varit oförändrat under samma period.

I intervjuer framkommer att det finns personal som inte vill arbeta mycket med utredningar. Flera beskriver att det inte finns tillräckliga resurser för att arbeta med andra insatser än medicinering och utbildning till barnen som får en adhd-diagnos. Några beskriver att BUP numera inte har tid med längre samtal med patienterna. Flera lyfter också att en risk i utredningarna är ensamarbete, vilket innebär att personalen saknar någon att bolla med när de ska sätta diagnos.

I intervjuer framkommer också att det funnits vissa utmaningar kring återkoppling till patienter och familjer. Flera beskriver att mötet med familjerna kan vara svårt beroende på familjens egen uppfattning om möjlig diagnos. Detta beskrivs både av läkare som genomför steg 1-utredningar och psykologer som arbetar med steg 2-utredningar. Vissa familjer beskrivs själva ha efterfrågat en utredning och kan då vara väl förberedda på att barnet får en diagnos. Andra familjer har inte själva tänkt att barnet har en diagnos men skolan har remitterat till utredning, och då kan det ibland vara svårare att ta emot beskedet. Flera intervjuade beskriver att det finns fall där familjerna tycker att utredningsförfarandet gått för fort. Samtidigt beskriver personalen att den typen av klagomål har minskat med tiden. Från ledningen beskrivs att återkoppling och medicinuppföljning fortsatt kan utvecklas.

I intervjuerna med personal menar flera att det finns en viss risk för feldiagnostisering inom steg 1-utredningarna. Särskilt lyfts risken att missa trauma som orsak till barnets svårigheter. En annan utmaning som lyfts är att testerna som finns för add och adhd inte är lika träffsäkra som testerna som finns för autism.

Önskat läge och vägen framåt

I intervjuerna återkommer vissa teman i synen på en önskvärd framtid kopplad till np-utredningarna. Flera beskriver här skolan som en viktig aktör för barnens mående och funktion. Det nämns att skolan behöver bli mer anpassad för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och att skolan hade behövt ha fler insatser att erbjuda barnen. Några intervjuade beskriver att om skolan fungerade bättre skulle färre behöva utredas inom psykiatri. Många uttrycker också att samhället behöver ta ett större ansvar kring målgruppen och lyfter vikten av att se barnen i deras sammanhang och skapa ett bättre helhetsgrepp kring problematiken. Exempelvis lyfts vikten av sömn, mat och rörelse. Några beskriver att det är ett för stort fokus på npf-diagnoser och utredning. Exempelvis beskrivs att föräldrar inte ska behöva känna sig tvungna att låta utreda sitt barn.

Flera intervjuade beskriver en utmaning kopplad till resurser och ser att BUP skulle behöva både fler psykologer och läkare. I några intervjuer efterfrågas det också mer teamarbete kring komplexa fall och att alla barn får träffa en psykolog. Ledningen beskriver att ett önskat läge skulle vara att alla barn fick ett nybesök med en första helhetsbedömning varefter det kan beslutas

om barnet ska erbjudas utredning. Ledningen beskriver också att det i ett önskat läge skulle finnas god tillgänglighet till sådana besök och att insatser hade kunnat påbörjas parallellt i väntan på utredning. I ett par intervjuer beskrivs också att BUP skulle behöva arbeta mer med insatser till barnen, utöver medicinering och utbildning. Ledningen beskriver också ett behov av att anpassa återgivningen till familjerna.

Verksamheten beskriver att de avser fortsätta arbeta med stegvis utredning och att målet är att implementera stegvis utredning i hela verksamheten så att samtliga inom verksamheten utreder enligt stegvis modell. Verksamheten kommer fortsätta utveckla och sprida arbetssättet. Verksamheten har också påbörjat arbetet med att ta fram en regiongemensam vårdprocess för np-utredningar som kommer utgå från det nuvarande utredningsförfarandet. De intervjuade beskriver också att det i framtiden kommer vara viktigt att försöka fånga patienternas upplevelser och att fokusera på att arbeta med tidiga insatser. I dagsläget provar verksamheten ett upplägg där en arbetsterapeut tar emot nybesök, gör en funktionsbedömning och ger stöd med hjälpmedel i väntan på utredning.

Individperspektiv

Socialstyrelsen har intervjuat fem vårdnadshavare till barn som genomfört en stegvis utredning på BUP i Nyköping. De som har intervjuats beskriver vilken effekt insatsen har haft, vad som har varit hjälpsamt och vad som skulle kunna utvecklas framöver. Resultatet är en bild från intervjuerna med de som medverkat, och går inte att generalisera. Det kan vara bias i vilka som vill medverka och inga tillfrågade ungdomar ville vara med i intervjuerna. För mer information om hur intervjuerna, datainsamlingen och analysen genomfördes, se metodbeskrivningen i bilaga 2. Insamlingen av individperspektivet är en del i det lärande angreppssättet genom att verksamheten särskilt önskat stöd med denna typ av information i utvecklingen av sitt arbete.

Bemötande och delaktighet

Majoriteten av de intervjuade vårdnadshavarna beskrev att de har fått ett bra bemötande. Ett gott bemötande kan bidra till det emotsedda effektmålet om en tryggare vårdupplevelse. De beskrev att personalen har varit trevlig, inlyssnande, förstående och att deltagarna haft möjlighet att ge sin bild.

”Vänliga, tydliga, vänliga mot mitt barn.”

Samtidigt beskriver vissa av de intervjuade vårdnadshavarna att de har känt att de inte blivit hörda när de kommit med förslag och önskat att de varit mer delaktiga i planen framåt.

”De säger bara att de kan byta mediciner men för mig är inte mediciner lösningen. Vi behöver hjälp och stöttning men känner mig inte alls lyssnad på av [personal].”

Utredning

Några vårdnadshavare såg inget behov av diagnos eller utredning

Vissa av de intervjuade vårdnadshavarna önskade att barnet skulle genomgå utredningen. Några av de intervjuade vårdnadshavarna beskrev att det var skolan som önskade en utredning och att de själva inte kände igen de beskrivna problemen eller beteendena hemifrån. De ansåg att det var skolmiljön som behövde följas upp för att se hur den kunde förbättras för barnet. De hade själva inte sökt för utredning om inte skolan skickat remiss.

”Ville inte ha [diagnos]-utredning från början, skolan skickade en. Vi hade inte upptäckt problem hemma.”

Andra tyckte inte att diagnosen som sattes stämde utan sökte sig till en privat aktör efter utredningen på BUP.

”Men [personals] diagnos håller jag inte med om. Jag delar inte [personalens] bedömning.”

Kort utredningsförfarande

Några av de intervjuade vårdnadshavarna tyckte att utredningens omfattning och antalet träffar var tillräckligt för bedömning. Flertalet av de intervjuade vårdnadshavarna önskade en grundligare utredning och ansåg att det var för få besök för att ge en fullständig bild av problematiken.

”För mig kändes det inte trovärdigt att sätta en diagnos efter 20 min.” [...] Förtroendet var förbrukat på grund av snabbspåret, därför valde vi privat alternativ och betalade själva.”

De lyfte vikten av att personalen tar hänsyn till andra faktorer som skulle kunna påverka differentialdiagnostiken, och att det är en ny situation för barnet att göra en utredning, och att barnet kanske inte berättar allt relevant vid ett första möte. De lyfte att det kunde finnas andra anledningar till barnets mående och symtom, som exempelvis trauma, sömnbrist eller en svår skolsituation. Speciellt de vårdnadshavare som inte kände igen de beskrivna beteendena i hemmet tryckte på vikten av att se andra faktorer. Genom att lära känna barnet bättre och att barnet har förtroende att berätta viktiga saker, skulle personalen då kunna ta hänsyn till fler faktorer i bedömningen. De menade att det tar tid att bygga upp detta förtroende, och att det därför skulle behövas mer än bara korta besök. Flera vårdnadshavare lyfte att de hört om andra bekanta vars barn fått en annan typ av utredning och undrade varför det utredningsförfarande som deras ungdom tagit del av var kortare.

”Man hade behövt göra en grundligare utredning. Och viktigt att det blir likvärdigt: idag beror det på vart man utreds. En bekant vars barn gjorde en utredning i [stad] med i alla fall fyra träffar. Det skulle jag också vilja – då skulle jag mer tro på att det stämmer – att det är så att det är den diagnosen. Blev lite

mörkrädd när det gjordes en snabb utredning, ställde snabb diagnos och ville medicinera. En diagnos som inte jag vet om jag håller med om.”

Önskan om att lyfta styrkor under återgivningen

Under intervjuerna lyfte flera deltagare att de önskade att barnets styrkor hade betonats mer under återgivningen, utöver att identifiera svårigheterna.

”Inga styrkor, ja det hade varit trevligt att också nämna det. Det var mer – [barnet] har [diagnos], vill du ge medicin?”

De önskade även en beskrivning av hur de skulle kunna hantera svårigheterna som identifierades.

”De borde inte bara fokusera på problemen utan vad man kan göra istället: vad man kan göra åt problemen.”

De gav exempel på att personalen skulle kunna ge målgruppsanpassad information till barnet, till exempel i ett brev till barnet.

”Den privata gjorde det jättebra: visade Powerpoint, skrev brev till [barnet], gav mycket information anpassat för [barnet].”

Önskan om tydlig information och handlingsplan

Flera vårdnadshavare berättade under intervjuerna att de skulle ha uppskattat mer information och förklaring av upplägget för utredningen och att de hade velat veta om det fanns andra valmöjligheter. Flera noterade att utredningar kan variera mellan olika platser, till exempel mellan verksamheten där deras utredning varit och andra ställen där utredningarna kan vara längre, och undrade om de hade kunnat få en utförligare utredning.

”Hade varit bra med info om vad man kan få hjälp med. Vet inte om det skulle finnas möjligheter till mer djupgående utredningar. Andra föräldrar har fått längre utredningar med flera steg: varför har inte vi fått det? Vi kanske hamnade på ett snabbspår utan att vi kände till det. Vore bra med info om vilka möjligheter som finns, eller vad som inte behövs och varför.”

Flera önskade att det hade funnits en tydlig handlingsplan för vad som skulle hända framåt, gärna på papper, som de kunde gå tillbaka till. Flera vårdnadshavare beskrev en ovisshet kring när de skulle komma att kontaktas för insats. Dessa fynd går inte i linje med de emotsedda effekterna om en trygg och sammanhållen vård.

”En tydlig plan kan jag ju sakna. Att vi börjar här och sen går vi vidare. Det känns som att så mycket läggs på oss föräldrar, att vi ska veta vad vi behöver. Vi behöver en tydlig plan där vi kan se vad de tänkt och vilket tidsspän. Vad det finns för möjligheter vad det gäller alltihopa.”

Flera av de intervjuade vårdnadshavarna önskade mer information efter beskedet att medicinering var aktuellt.

”Det blir en osäkerhet från föräldrasidan om man inte vet vad som kan och ska göras. Även om planen inte funkar så kan man ju göra om den. Nu har vi bara fått testa en massa mediciner.”

Efter utredningen

Vårdnadshavarnas upplevelse av ungdomens diagnos

Någon vårdnadshavare upplevde att ungdomen tyckte att det varit hjälpsamt med utredningen och diagnos, för att ungdomen fick ökad förståelse för sina problem.

”För [barnet] blev det viktigt att få diagnosen: hade känt sig annorlunda och kunde nu förstå förklaringen. Att ha diagnosen och förstå vad det handlar om, där har vi fått ett stort stöd, och också kopplat till medicinska behandlingen. ”

Andra vårdnadshavare berättade i intervjuerna att de inte tyckte att det har gett ungdomen något positivt att få diagnosen.

”Har inte varit positivt alls med diagnos, [barnet] använder det som ursäkt för att bete sig dåligt. Och [barnet] har inte fått ytterligare stöd i skolan på grund av diagnos.”

Skolsituationen efter utredning

Flera vårdnadshavare beskrev att det påtalades efter utredningen att det behövdes förändringar i skolan.

”Och det påpekades att [diagnos] kom av skolmiljön. Men det gav inte mycket skillnad i BUP egentligen.”

Flertalet av de intervjuade vårdnadshavarna beskrev att det inte blev ytterligare stöd eller anpassning i skolan efter utredningen.

”Inte varit någon mer anpassning i skolan. Det kanske blir. Det vet jag inte. Det skulle vara det enda som det skulle kunna leda till.”

Medicinering efter utredning

Vissa av de intervjuade vårdnadshavarna beskrev en positiv effekt av medicineringen. Vissa tyckte att det fungerade med kontinuiteten kring medicinering.

”Efter medicineringen har [barnet] blivit lite lugnare.”

Vissa vårdnadshavare upplevde dock problem med att inte se effekt av medicinen, att det var svårt att prova olika doser och läkemedel eller att barnet inte ville ta medicinen. De vårdnadshavare som inte kände igen

barnets symtom i den satta diagnosen, beskrev att de upplevde viss press att ge medicin till barnet och önskade att det fanns andra strategier.

”Testade olika mediciner och skolan märkte ingen skillnad [...] Och jag behöver inte stoppa i [barnet] mediciner för att [barnet] ska funka i vardagen. De borde titta mer på vad skolan gjort för att [barnet] ska orka gå i skolan. Håller tummarna för att vi hittar någon medicin som funkar men jag har inte så stora förhoppningar [...] Det som från början kan vara en frivillig insats blir till ett krav.”

Insatser

Användbart med konkreta strategier

Många vårdnadshavare lyfte att de har haft användning av strategier för att hantera svåra situationer med barnet, som de fick med sig från föräldrastödsprogrammet Komet.

”Komet-utbildningen/föräldrautbildningen var bra. På grund av att de var bra att bemöta folk och visa exempel på hur det kunde gå till hemma. Och inget dömande. Det är svårt att se helikopterperspektiv när man är mitt uppe i något, det kan glömmas bort. Man kan lyfta att vara glad för det som funkar. Jag tycker vi jobbar med det men vi behöver hjälp. Att veta när man lägger sig i [...], och när man inte lägger sig i.”

Flera beskrev även att det var givande att prata med andra föräldrar i liknande situation. Föräldrautbildning via Teams var också uppskattat av flera vårdnadshavare.

”När vi hade föräldrautbildningen Komet så var det givande att träffa andra föräldrar i samma situation, och de [personal] som gav kursen var duktiga. Vi har använt strategier därifrån.”

Önskan om mer stöd än medicin, förslag på insatser

Vissa vårdnadshavare beskrev att möjligheten att anpassa insatserna efter individuell problematik var begränsad, och att alternativen var medicinering och utbildning. De lyfte att det fungerade väl när det var insatser som fanns på rutin, men svårare när det var samsjuklighet eller andra behov. Några vårdnadshavare lyfte att det är viktigt att det blir en helhet och inte separata spår för de olika diagnoserna, och berättade att det till exempel var visst överlapp i föreläsningarna om olika diagnoser på grund av samsjukligheten. Majoriteten av de intervjuade vårdnadshavarna önskade alternativa insatser än medicinering för beteendeproblem, speciellt när medicinen inte hade gett önskad effekt.

”Säger man nej till medicinering får man ingen hjälp istället. Vi har provat väldigt många mediciner liksom.”

Flera vårdnadshavare upplevde att de behövde mer individuellt föräldrastöd för hur de kunde hantera just sin situation, inte bara samtal i grupp eller föreläsningar. De lyfte det som viktigt att barn får fler verktyg för att hantera sina utmaningar och svåra situationer.

”Som föräldrar skulle vi behöva mer stöd, inte bara gruppgrupperna. Vi får ingen hjälp i hur vi ska kunna hantera situationen [...] Ska vi bara låta det vara? Det blir alltid medicineringen som är svaret om vi frågar [personal]. Vi får aldrig någon samtalsterapi, för det verkar inte finnas någon tid för.”

Det uttrycktes en oro för om barnen har verktyg att hantera sin situation när de är myndiga.

”Det finns en oro i den här övergången till vuxenlivet. Där har jag farhågor: hur kommer det här bli? Med medicinering och den uppföljningen. Och har man byggt upp verktyg för att kunna hantera de svåra situationerna? Konkreta strategier.”

En av de intervjuade gav också förslag på hur insatsen kan förbättras för att möjliggöra mer delaktighet för barnen.

”Man kanske skulle kunna göra mindre grupper för barnen så det kan träffa varandra med några personal härifrån som kan stötta och låta dem öppna upp sig för varandra, det skulle vara bra. Inte bara berätta för barnen ’så här funkar ni’ utan att de själva kan berätta det i grupp med andra de kan relatera till.”

Önskan om tydlig uppföljning och utvärdering

Vårdnadshavarna hade olika bild av hur utvärdering och uppföljning såg ut. Gemensamt var att de alla tyckte att det var viktigt med uppföljning och utvärdering – kopplat både till medicinering och andra insatser.

”Nej det känner jag inte, jag har inte fått göra någon utvärdering. Men jag tror ju på att få återkoppling. [...] Jag har inte fyllt i utvärderingar, förutom för föräldrautbildningarna. Hade varit bra att fylla i vad man önskar, kopplat till stödet.”

Flera lyfte att de önskade att det var samma personal som hållit i en insats som följde upp och återkopplade. Andra uttryckte att de önskade tydligare uppföljning om vad som skett och vad som var effekten. Vissa tryckte på att det var viktigt att följa upp hur det fungerade för barnet med livsstilsvanor och skolsituationen.

”Skulle vilja att det blev mycket djupare uppföljning: det är viktigt att BUP gör en uppföljning av hur skolan funkar, där behöver skolan blandas in mycket mer. [...] Uppföljning om mediciner är viktigt.”

Flera av de intervjuade vårdnadshavarna sa att det skulle vara hjälpsamt med en uppföljning kring föräldrakursen och de strategier som de använt därifrån. Flera lyfte att de önskade att uppföljning och utvärdering var något som skedde automatiskt och inte att vårdnadshavarna skulle ta upp kontakten om det själva.

”Jag hade föredragit en intervju med dialog och information istället för envägskommunikation. Och man vet inte vad det leder till att fylla i ett formulär. Jag skulle verkligen vilja att insatserna följdes upp, jag vet inte hur, det spelar egentligen inte så stor roll. Om det tar lång tid emellan är det svårt att komma ihåg hur det var för ett tag sen.”

Tillgänglighet

Svårt att komma fram till mottagningen via telefon

Flertalet av de intervjuade vårdnadshavarna upplevde att det var svårt att komma fram till mottagningen via telefon, men att det var lättare att boka tid när de väl var på plats. De undrade om det kunde bero på brist på bemanning.

”De har varit jättesvåra att få kontakt med för läkartider och nya mediciner. Förstår att de har fullt upp. Det går inte att mejla dem direkt eller ringa dem direkt. Man måste sitta i telefonkö och sen börja om när tiden inte funkar.”

Några vårdnadshavare noterade att svårigheter att nå personalen via telefon kunde påverka uppfattningen om bemötandet, även om själva kontakten när de väl nådde fram var positiv.

”Varför kan man inte få slippa att gå via växel för vissa frågor. Det har varit otryggt att inte komma fram, ifall något allvarligt hade hänt. Ofta är telefonkön stängd när man ringer: ’Prova nästa dag.’ Det borde finnas möjlighet att lämna meddelande om vad man vill prata om så att de kan sälla fram akuta ärenden. Det kanske beror på brist på personal. Jag vill veta att jag kan ringa om det sker något när det gäller medicin till mitt barn.”

En annan vårdnadshavare tyckte att det var lätt att boka tid och lätt att ta sig till mottagningen.

Önskan om snabbare hjälp till insats och tydligare vem som kan kontaktas

Flera beskrev att de hade långt att åka till mottagningen, men påpekade att de valt att bo på landet och att de därför räknade med att ha längre restid. På grund av restiden uppskattade de att kunna gå digitala föräldrautbildningar och diskutera medicinuppföljning över telefon. Någon vårdnadshavare beskrev att det var kort väntetid till första besöket på BUP och tyckte att det verkade vara bra bemanning.

”De ger inte något uttryck av att vara överbelastade, de har levererat. Jag har inte känt av problem med bemanning. [...] Det tog inte mer än 2–3 månader att få tid på BUP.”

Flertalet av de intervjuade vårdnadshavarna hade bilden av att det var en lång kö till BUP och upplevde att bemanningen inte var tillräcklig. Några beskrev att det tog tid att få olika insatser som läkarbesök och föräldrautbildning. De önskade att det skulle vara tydligare för dem vem de ska vända sig till i olika frågor.

”Vi vill ha en kontakt som vi kan prata med. En mentor eller kontakt, inte för att ringa dygnet runt, men ringa någon kvart och fråga hur vi ska hantera saker som dyker upp. Vore bra att man känner att det verkligen återkopplas för det känns som det inte följs upp. Nej det har varit väldigt generaliserande.”

Det framkom önskemål från de intervjuade vårdnadshavarna att det skulle vara samma läkare som skrev ut medicinen till ungdomen, för att slippa berätta samma saker varje gång och även få kontinuitet i planen för medicineringen.

”Den enda kontinuiteten har varit med [personal]. Med de andra är det olika som skriver ut medicinerna och sånt. Det borde vara samma personer. Varje gång måste vi dra alltihopa, annars får vi frågor om hur det var när [barnet] var bebis, det blir tröttsamt.”

Önskan om samordning och samverkan

Flera vårdnadshavare beskrev att de var informationsbärare mellan BUP och andra verksamheter, framför allt skolan.

”Verksamheterna har inte haft kontakt med varandra, vi har själva varit spindeln i nätet och tagit alla kontakter. Vi hade önskat något som SIP. [...] Är rädd att det blivit missar i kommunikationen när vi berättat vad andra instanser sagt.”

Flera vårdnadshavare upplevde att skolan efterfrågade mer specifikt individuellt stöd vid beteendeproblem. Det var ett återkommande mönster att vårdnadshavarna önskade att personalen i skolan skulle få mer stöd från BUP i hur de kan göra anpassningar efter barnets situation och behov. Det lyftes även att flera av de intervjuade vårdnadshavarna tyckte att skolan borde kunna anpassa efter behov, och ge tidigare insatser, oavsett diagnosen – eftersom det är samma beteenden oavsett diagnos.

”Kokar man ner det till vad skolans uppdrag är så ska det inte spela någon roll om barnen har diagnos eller inte, de ska klara av att hjälpa dem att lära sig ändå.”

Det lyftes till exempel att det vore bra med specialgrupper för de som har svårt att fokusera, färre antal elever per grupp eller fokus på att minska skärmanvändande. Flera vårdnadshavare berättade att det blir en sekretessfråga men att föräldrar kan godkänna att skola och BUP kommunicerar direkt så att de slipper gå med information emellan – men att det då blir ett större uppdrag för BUP.

”Samarbetet med skolan hade kunnat göra det ännu bättre. Stöd till skolsköterska, kurator och lärare.”

Flera vårdnadshavare beskrev att det var oklart för dem vilken yrkesgrupp som gör vad inom verksamheten, och föreslog att det skulle kunna klargöras.

” [...] Men man kunde tydliggöra vem som gör vad. Det är definitivt inte tydligt för mig och antagligen inte heller för [barnet].”

Diskussion och slutsatser

Under utvärderingen togs en verksamhetslogik fram, se tabell 6. I tabellen visas enbart de emotsedda effekterna i denna verksamhetslogik.

Tabell 6. Effekter verksamhetslogik

Individ	Verksamhet	Region
Sammanhållen vård. Tryggare upplevelse. De patienter som är i behov av utredning kan erbjudas bättre tillgänglighet.	Minskade kostnader för np-utredningar. Kontroll av in- och utflöde av patienter.	Jämlik vård i regionen. Personcentrerad vård. Minskade kostnader för np-utredningar.

På verksamhetsnivå finns det indikationer på att det skett förändring i positiv riktning mot de emotsedda effektmålen. Det gäller särskilt kopplat till att en större andel nu kan utredas internt och verksamhetens beskrivning av att ha hejdat kostnadsutvecklingen.

Om vården som bedrivs är personcentrerad och jämlik behöver följas ur ett längre perspektiv. Verksamheten beskriver att de ska ta fram en vårdprocess för stegvisa np-utredningar som blir gemensam för hela regionen, vilket skulle kunna innebära en mer jämlik vård. Samtidigt framkommer i intervjuer med personal att det stegvisa utredningsförfarandet kan medföra risker. Mest framträdande är risken att det snabba utredningsförfarandet som genomförs av enbart en person, oftast en läkare, kan skapa utrymme för feldiagnostisering eller missade differentialdiagnoser. Denna farhåga kan sättas i relation till att det i de nationella riktlinjerna för adhd och autism

fastslås att det är mycket vanligt med samsjuklighet mellan adhd eller autism och andra funktionsnedsättningar eller sjukdomar [16].

Inom verksamheten är de intervjuade överens om att det skett en positiv förändring i tillgängligheten till snabb läkemedelsbehandling vid adhd-diagnos, vilket kan styrka att insatsen kan medföra att behandling kan komma igång snabbare, detta i form av läkemedelsbehandling och utbildning. I de nationella riktlinjerna lyfts dock att det är prioriterat med tidiga insatser, såsom utbildning och anpassningar, som påbörjas redan innan eventuell utredning. I riktlinjerna lyfts också att adhd-läkemedel varken ska vara den första eller enda insatsen vid en adhd-diagnos. Läkemedel kan dock vara ett viktigt komplement till annat stöd och behandling [16]. I intervjuer uttrycker verksamheten att deras bild är att vissa rekommenderade arbetssätt i de nationella riktlinjerna har svag evidens. Detta kan ses som en möjlig delförklaring till varför verksamheten har valt ett annat arbetssätt än det som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Samtidigt brottas verksamheten med få helårsarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri och har försökt hantera det stora inflödet av utredningsförfrågningar på ett effektivt vis.

Relativt få vårdnadshavare har intervjuats i utvärderingen och det går därför inte att uttala sig med säkerhet om utfallet gällande de emotsedda effekterna på individnivå. I de genomförda intervjuerna framkommer dock tydliga gemensamma nämnare. Flertalet vårdnadshavare önskar en mer grundlig utredning medan några inte sett behov av en utredning alls. Samtidigt ses ett mönster av att vårdnadshavarna vill ha en tydligare återgivning och en planering med individuellt stöd, strategier och uppföljning. Verksamhetens bild av att skolan behöver ta ett större ansvar får visst stöd i intervjuerna med vårdnadshavare, då dessa önskar anpassningar i skolan. Många lyfte också att BUP behöver öka sin tillgänglighet, exempelvis via telefon.

Stimulansmedel beskrivs inte ha haft någon avgörande effekt på genomförandet av insatsen. Verksamheten beskriver att stimulansmedel inom området mer troligen använts till att bekosta externa utredningar i ett tidigare skede. Detta innebär dock att stimulansmedel kan ha frigjorts till andra typer av insatser till följd av att stegvis utredning införts.

Lärande observationer

Socialstyrelsen har genom utvärderingen identifierat följande huvudsakliga lärande observationer som verksamheterna och andra aktörer på nationell, regional och lokal nivå kan dra nytta av:

- Det finns utmaningar kopplade till tillgänglighet till utredning och behandling för barn- och ungdomspsykiatri i många regioner. Utmaningarna kan hanteras på olika sätt, men det är viktigt att utgå från patienternas behov. När det gäller adhd och autism är det prioriterat att ge stöd så snart som möjligt till de som behöver det, inklusive

vårdnadshavare – även innan utredning. För en del patienter räcker anpassningar i vardagen och i skolan.

- Skolan är en nyckelaktör när det gäller barns och ungas psykiska hälsa. Det finns olika bilder av verksamheternas roller när barn och unga har en neuropsykiatrisk diagnos. Här är samverkan ett prioriterat område för att säkerställa att målgruppen får rätt insatser utifrån behov.
- Det är viktigt att individanpassa neuropsykiatriska utredningar och det kan finnas ett värde i att inte utreda mer än nödvändigt. Samtidigt behöver alla neuropsykiatriska utredningar innehålla en öppenhet för flera möjliga diagnoser. Socialstyrelsen rekommenderar att både läkare och psykolog deltar aktivt i utredningarna. Ett bra teamarbete kring utredningarna kan underlätta arbetet.
- På samma sätt som utredningar kan individanpassas finns det också ett värde i att individanpassa återgivning av utredningsresultat samt anpassa fortsatt stöd eller behandling. Det är viktigt att förklara utredningsresultatet på ett tydligt sätt för barn och vårdnadshavare. Ofta behöver flera aktörer samverka runt ett barn.
- Det är viktigt att inkludera personal i pågående utvecklingsarbeten, för att gemensamt fånga upp eventuella hinder, risker eller möjliggörande faktorer för det som verksamheten vill uppnå.

Socialstyrelsen har också återkopplat resultaten och de lärande observationerna till kontaktpersoner för insatsen och haft en avslutande dialog om den lärande utvärderingen. I dialogen framkommer följande:

- Det är positivt att myndigheten hållit ihop arbetet kring utvärderingen och att dialogen kring utvärderingen har fungerat bättre det senaste året jämfört med tidigare.
- Att verksamheten kommer få ett underlag att ta del av beskrivs som positivt i det fortsatta utvecklingsarbetet.
- Det tog tid för Socialstyrelsen att genomföra datainsamlingen kopplat till individperspektivet.
- Det hade varit enklare att få fler deltagare till intervjuerna med målgruppen om intervjuerna hade kunnat genomföras digitalt.

Gävleborg

Bakgrund och frågeställningar

I redovisningen av insatser inom överenskommelsen 2021 inom delområdet barn och unga redovisade Region Gävleborg ett utvecklingsarbete på barn- och ungdomshabiliteringen (BUH). En kartläggning med syfte att ge BUH:s personal mer kunskap för att hantera lättare psykisk ohälsa hos patienter. Utifrån kartläggningen identifierades ett utbildningsbehov för att BUH ska ge psykopedagogiska insatser och enklare behandlingsinterventioner vid

lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. Gränssnitten mellan BUP och BUH har förändrats på så vis att BUH tar ansvar för lindrig till medelsvår psykisk ohälsa hos sina egna patienter. En kompetenshöjning förväntas leda till bättre flöden vid BUH och minskat ”bollande” av patienter.

Målgruppen på BUH är barn och unga 0–17 år med intellektuell funktionsnedsättning, autismspektrumtillstånd, bestående rörelsenedsättningar, medfödd eller förvärvad hjärnskada, samt vårdnadshavare till dessa målgrupper.

I samråd med vårdutvecklare och ansvariga chefer valde Socialstyrelsen att genomföra en lärande utvärdering med fokus på kompetenshöjningen kopplad till lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och även verksamheternas implementering av kompetenshöjande insatser. Fokus för utvärderingen har varit verksamhetens kompetensutveckling inom tillämpad beteendeanalys (TBA).

Socialstyrelsen genomförde bland annat en problemanalys och en användarresa och tog därefter fram ett verksamhetslogiskt schema med effekter och mål, aktiviteter som genomförts och de resurser som finns eller behövs inom projektet. Verksamhetslogiken har uppdaterats under projektets gång, samtidigt som fortsatt uppföljning och utvärdering genomförts. Det verksamhetslogiska schemat visas i tabell 7.

Tabell 7. Verksamhetslogik på BUH i Region Gävleborg

Resurser	Aktiviteter	Mål	Prestation	Effekter
Stimulansmedel och andra medel. Funktioner, yrkeskompetens. Ledningsgrupp. Rutiner, överenskommelser, styrdokument, handlingsplan psykisk hälsa 2020.	Utbildningsinsats för personal BUH. Implementeringsaktiviteter.	Patienter på BUH ska erbjudas tidiga insatser som utgår ifrån patientens behov och har god tillgänglighet”	Verksamhet: Utbildat x antal personal inom BUH mottagningar. Implementering.	Individ: Färre barn som har dubbel kontakt, dvs. kontakt med både BUP och BUH. BUH-patienter med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa kan omhändertas på BUH. Andelen patienter som kommer till BUP minskar. Verksamhet: Personal på BUH har högre kompetens

Resurser	Aktiviteter	Mål	Prestation	Effekter
				<p>inom psykisk ohälsa och TBA.</p> <p>Personal på BUH upplever att de kan bemöta och behandla lindrig till medelsvår psykisk ohälsa.</p> <p>System:</p> <p>Jämlig vård i regionen.</p> <p>Person-centrerad vård.</p> <p>Ökad samverkan och samarbete inom regionen samt mellan regionen och kommunernas verksamheter.</p>

Fynd i den inledande datainsamlingen

Socialstyrelsen beskrev i lägesrapporten 2022 de initiala fynden i den lärande utvärderingen. Inom ramen för utvärderingen av BUH:s kompetensutvecklingsinsats intervjuades ledning för BUH och BUP i Gävleborg. Socialstyrelsen genomförde också intervjuer med personal och workshoppar med personalgrupper på BUH. Resultaten visade att kompetensutvecklingsinsatsen avsåg att lösa en utmaning som bestod av flera aspekter: att kunna erbjuda patienter rätt och samordnat stöd vid psykisk ohälsa, att skapa en fungerande samverkan internt och externt, att hantera skillnader vad gäller arbetssätt, strukturer och resursbrist som gör att det blir svårare att behålla kompetens inom verksamheten. Om BUH kan stödja patienter vid psykisk ohälsa skulle det på sikt kunna leda till en mer sammanhållen vård med tydligare gränssnitt. Under intervjuerna framkom dock samtidigt fler möjliga utmaningar kopplade till kompetensutvecklingsinsatsen:

- att implementering inte genomförs
- att kunskapen inte stannar kvar i verksamheten
- resursbrist – risk att arbetsbördan ökar utan ytterligare resursförstärkning

- att kunna följa utveckling av psykisk ohälsa hos BUH-patienter över tid
- utmaningar samverkan mellan BUH och BUP
- att relationer och hierarkier stoppar förändring
- skillnader i arbetssätt och strukturer mellan Gästrikland och Hälsingland.

Workshopparna med personalgrupper på BUH visade att resursförstärkning sågs som det viktigaste för fortsatt utveckling, följt av fungerande samverkan, grundutbildning samt yrkesspecifik utbildning. Grundkunskap i psykisk ohälsa och att bibehålla sina yrkesspecifika kunskaper var också viktigt för alla personalgrupper. När det gäller kompetensutveckling visade workshopparna att behovet av systemkunskap (vem som gör vad och när) sågs som mest angeläget. Men även behovet av kunskap om psykisk hälsa och ohälsa värderades högt.

En skillnad som uppmärksammades mellan BUH i Hälsingland och Gästrikland är att i Hälsingland betonade vikten av trygga yrkesroller för personalen, ökad kunskap om psykisk ohälsa och en kompetensplan avseende lindrig och medelsvår psykisk ohälsa. I Gästrikland underströks i högre grad vikten av att tydliggöra uppdrag och gränssnitt gentemot BUP samt att kompetenshöjningen stannar kvar i verksamheten.

Socialstyrelsen undersökte också olika mått kopplade till kompetensförsörjning, psykisk ohälsa och samsjuklighet. Exempelvis framkom att Gävleborg ligger lågt jämfört med rikssnittet när det gäller antal sysselsatta psykologer, vilket dock ska sättas i relation till att koncentrationen av psykologer är hög i storstadsregionerna. Värmland och Gävleborg, som är lika varandra när det kommer till invånarantal, har ungefär lika många yrkesverksamma psykologer per 100 000 invånare. Statistik från patientregistret visade att andelen av BUH:s patienter som har diagnoser inom psykiatriska sjukdomar och syndrom har ökat över tid. Det sågs också att förekomsten av samsjuklighet mellan autism och andra psykiatriska tillstånd ökat generellt hos patienterna på BUP och BUH i Gävleborg.

Socialstyrelsen tog också fram, och återförde, ett skal till implementeringsprocess för kompetensutvecklingen med beskrivning av nuläge och önskat läge med utgångspunkt i förändringledning [13]. Förändringsledning är en modell som av bland annat Ekonomistyrningsverket beskrivs som ett strukturerat arbetssätt för att förflytta en verksamhet från ett nuläge till ett önskat läge [20]. Socialstyrelsen har därefter frågat kontaktpersoner om ytterligare stödbehov under utvärderingen men verksamheterna ville prioritera att arbeta vidare med implementeringen på egen hand.

Verksamhets- och systemperspektiv

För att följa utvecklingen kopplat till kompetensutvecklingsinsatsen har intervjuer genomförts med ledningsfunktioner för BUH, BUP och Första linjen i Gästrikland och Hälsingland. Fem digitala workshoppar för personal på BUH har genomförts 2023–2024. En för personal i Bollnäs, en för personal i Hudiksvall och tre för personal i Gävle. Representerade i workshopparna fanns olika professioner, och i workshopparna fanns möjlighet att lämna individuella svar genom en omröstningsfunktion. Resultatet från workshopparna och intervjuerna redovisas dels för hela regionen men även utifrån skillnader mellan Gästrikland (Gävle) och Hälsingland (Hudiksvall och Bollnäs).

Genomförda aktiviteter och verksamhetens resultat

I intervjuer beskrivs att personal på barn- och ungdomshabiliteringen genomgått kompetensutveckling inom psykisk ohälsa och metoder inom TBA. Utbildningarna inom psykisk ohälsa är tematiska och ett återkommande inslag i internutbildningen. Flera utbildningar ges till hela regionen. Därutöver har det även påbörjats steg 1 utbildning i KBT kognitiv beteendeterapi (KBT) för ett mindre antal i personalgrupperna. Utbildningen i TBA har skett i två steg – samtlig personal har fått en kortare utbildning och därutöver har ett mindre antal, exempelvis kuratorer och specialpedagoger, gått en fördjupad utbildning över en längre period. Vem som har fått vilken utbildning beskrivs i första hand ha varit behovsstyrt. Ovanstående utbildningsinsatser knyter an till de prestationer som finns i verksamhetslogiken, se tabell 7 ovan.

Verksamheten beskriver också att det numera finns en digital plattform för utbildning och att de försökt bygga en intern struktur för kompetensutveckling. Det har också tillsatts en grupp av de som gått fördjupad TBA i regionen. Gruppen ska arbeta med att definiera vilka barn som ska få ta del av insatser inom TBA och ta fram flöden för insatser. Barn- och ungdomshabiliteringen har också digitaliserat en beteendebildning som vid behov ges till vårdnadshavare med stöd av handledning. Denna utbildning erbjuds även all ny personal inom verksamheten.

I uppföljande workshoppar med personalgrupper beskriver ungefär hälften av deltagarna att de utbildats inom TBA de senaste två åren. Att samtliga inte har utbildats beror bland annat på att de redan har kompetens, i form av exempelvis psykologutbildning eller att de är nyanställda. En klar majoritet av personalen beskriver att de tagit del av annan kompetensutveckling inom psykisk ohälsa.

I intervjuer med verksamhetsrepresentanter beskrivs att personalen numera dels är tryggare när det kommer till psykisk ohälsa, dels känner ett större ansvar kopplat till psykisk ohälsa – vilket motsvarar en emotsedd effekt i

verksamhetslogiken, se tabell 7 ovan. I workshoppar ombads personalen att på en skala på 1–5 skatta hur trygga de var med att använda sig av metoder inom TBA (1 var det lägsta värdet och 5 var det högsta värdet). Median för personalen i Gästrikland respektive Hälsingland var 2,5 respektive 3. Personalen fick även skatta hur väl verksamheten var rustad för att möta psykisk ohälsa hos målgruppen. För detta mått var medianen för personalen i Gästrikland respektive Hälsingland 3,5 respektive 4. En jämförelse med svar från workshoppar från den första insamlingen visar att personalen då som nu var relativt trygga i sina yrkesroller på habiliteringen med medel- och medianvärden runt 3–4 på en femgradig skala.

En iakttagelse i intervjuer och workshoppar är att verksamhetsrepresentanter beskriver att det finns en skillnad i inställningen till arbetet med psykisk ohälsa och TBA mellan såväl enskilda medarbetare som olika team. Detta återspeglas också i workshoppar med personalen då det finns en stor spridning i svaren som ges inom området. Många i personalen uttrycker att det över tid blivit ett tydligare fokus på psykisk ohälsa och beteende. En del beskriver även att BUH arbetar mer aktivt med metoder och verktyg inom TBA och att de nu kan stödja föräldrarna bättre. Under workshopparna svarar samtidigt vissa att psykisk ohälsa och beteende inte är något just den personen arbetar med – att det alltså inte är deras område.

I workshopparna i Gästrikland är det 70 procent som svarat ja på frågan om huruvida utbildningen medfört någon förändring för personen när det gäller att möta målgrupperna; i Hälsingland är motsvarande andel 50 procent. Många beskriver att verksamheten har en större kunskap nu och att det inneburit positiva förändringar när det gäller hur målgruppen bemöts, vilket svarar mot ett par emotsedda effekter i verksamhetslogiken (se tabell 7 ovan). Flera beskriver dock att de inte vet hur utbildningsinsatsen implementeras och några beskriver att implementering eller uppföljning är otillräcklig. Det beskrivs att utbildningen varit bra och att kunskapen ökat men också att det finns ett behov av handledning och struktur kring insatsen.

I workshoppar fick personalen prioritera inom vilka områden de skulle behöva mer kompetens. Svaren var spridda men det som flest prioriterat högst var autism. Flera prioriterade även samsjuklighet, fysisk ohälsa, psykisk ohälsa eller andra npf-diagnoser högst. Personalen fick också prioritera vad som var viktigt för fortsatt utveckling på BUH. I svaren ses en viss skillnad mellan Gästrikland och Hälsingland även om vissa teman återkommer i båda delarna av regionen. I Gästrikland är resursförstärkning särskilt viktigt, men även behov av tydligt ledarskap väljs ofta som högst prioriterat. I Hälsingland är det kompetensutveckling, både basnivå och yrkesspecifik, som prioriteras högst. Ett annat område som prioriteras högt är samverkan, såväl extern som intern.

Samverkan, ledarskap och gränssnitt

Verksamhetsrepresentanter är i intervjuer eniga om att inga formella justeringar av gränssnitt genomförts sedan den lärande utvärderingen påbörjades. Verksamhetsrepresentanter för såväl BUH som BUP beskriver att samverkan mellan verksamheterna fungerar bättre nu än vid insatsens start. Detta går hand i hand med den emotsedda effekten om förbättrad samverkan i verksamhetslogiken, se tabell 7 ovan. Det beskrivs finnas bra rutiner för samverkan mellan verksamheterna och att rollerna blivit tydligare. I ett par intervjuer framkommer att det blivit ett bättre teamarbete runt beteende och att det skapats enklare kontaktvägar. Även personalen beskriver att gränssnitten mellan verksamheterna blivit tydligare. Samtidigt uttrycker personalen att samverkan fortsatt behöver utvecklas med både BUP, barnkliniken, skola och socialtjänst.

Från verksamhetsrepresentanter beskrivs att samverkan i huvudsak fungerar på ledningsnivå, men att det ser olika ut hur samverkan fungerar för personalen i de olika ärendena. Det beskrivs att samverkan för personalen till exempel kan vara personberoende. I en intervju illustreras det med att samverkan troligtvis blivit ännu bättre där den redan var bra, men att det inte hänt så mycket där samverkan fungerade dåligt. Samtidigt vittnar många i personalen om att ledarskapet behöver utvecklas.

Ur BUP:s lednings perspektiv tar BUH numera ett större ansvar för patienterna med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. BUH beskriver att de arbetat med att skapa en struktur för vad som ska göras för en patient inom mottagningen innan det blir aktuellt med en kontakt med BUP. Samtidigt finns det enligt intervjuer fortfarande utmaningar kopplade till gränsdragningar för vad som ska klassas som lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. Exempelvis gör verksamheterna ibland olika bedömningar av patienterna. I flera intervjuer beskrivs att andelen barn som har dubbla kontakter med BUP och BUH troligen inte har förändrats men att det är tydligare vilken aktör som ska göra vad för barnen. Samtidigt lyfts att BUP och BUH inte alltid vet hur respektive verksamhet arbetar med olika metoder, såsom TBA.

Central remisshantering för barn och unga startade i mars 2022. Arbetssättet bedöms av intervjuade innebära att remisser inte fastnar. Samverkan sker mellan Första linjen och BUP och bedöms fungera bra. Samverkan sker i viss mån mellan Första linjen och BUH i gemensamma forum. Det beskrivs att samverkan kan utvecklas mellan dessa aktörer. Ibland remitterar BUH till Första linjen. Första linjen har ingen läkare utan erbjuder samtal. BUP hanterar ofta viss medicinering för BUH och Första linjens patienter.

I Gästrikland beskrivs det som positivt att det över tid varit samma chefer på både BUH och BUP. I vissa intervjuer beskrivs samverkan dock som något enklare i Hälsingland. Det framkommer också att samverkan kan skilja sig

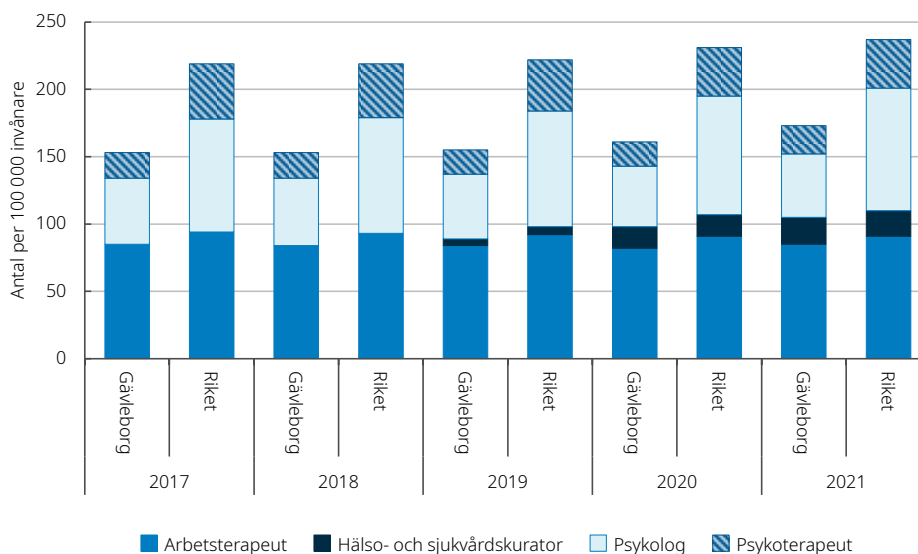
mycket mellan kommuner när det handlar om skolor och socialtjänst. När det gäller skolan beskriver många att samverkan och gränssnitten behöver förbättras och förtydligas. Samtidigt beskrivs en pågående utveckling på ledningsnivå kopplat till samverkan med skola och socialtjänst.

Kompetensförsörjning och målgruppens sammansättning

För att undersöka utvecklingen över tid och vilka förutsättningar verksamheterna har, kopplat till såväl BUH:s målgrupper samt tillgången till personal, har Socialstyrelsen hämtat statistik från patientregistret och från förteckningen över legitimerad personal. I Socialstyrelsens statistik för sysselsatta inom hälso- och sjukvård ses att Gävleborg har färre sysselsatta legitimerade psykologer, psykoterapeuter och arbetsterapeuter än snittet i riket. Särskilt för psykologer och psykoterapeuter ses en stor skillnad jämfört med snittet i riket. Gävleborg är ett av de län med lägst antal psykologer per 100 000 invånare [21].

Figur 60. Tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal i Gävleborgs län, 2017–2021

Antal sysselsatta inom hälso- och sjukvård per 100 000 invånare i Gävleborgs län respektive riket efter yrkesgrupp

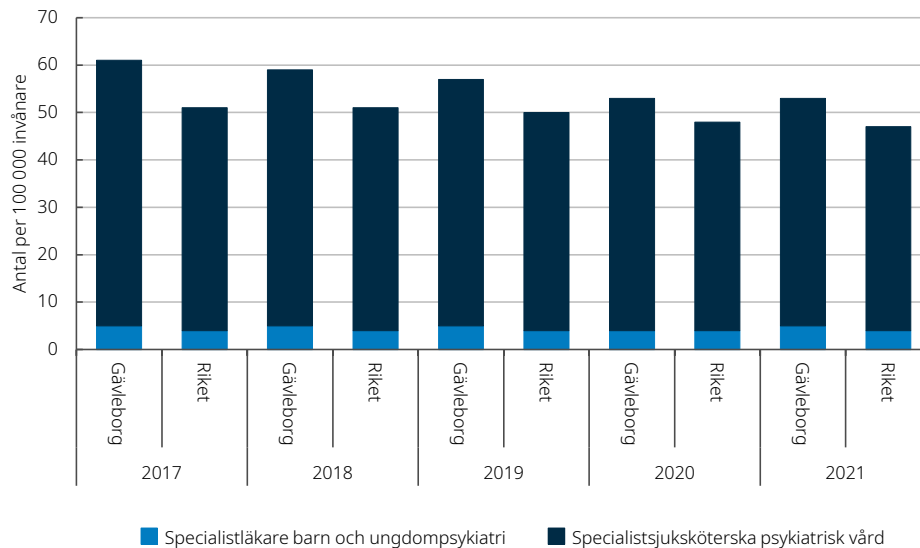


Källa: Förteckning över legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA), Socialstyrelsen.

Samtidigt är det såväl fler specialistsjuksköterskor i psykiatri som specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri som är sysselsatta i hälso- och sjukvården i Gävleborg än snittet i riket, se figur 61.

Figur 61. Tillgång till specialistläkare inom BUP och specialistsjuksköterskor i psykiatrin i Gävleborgs län, 2017–2021

Antal sysselsatta specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri och specialistsjuksköterskor i psykiatrin inom hälso- och sjukvård per 100 000 invånare i Gävleborgs län respektive riket

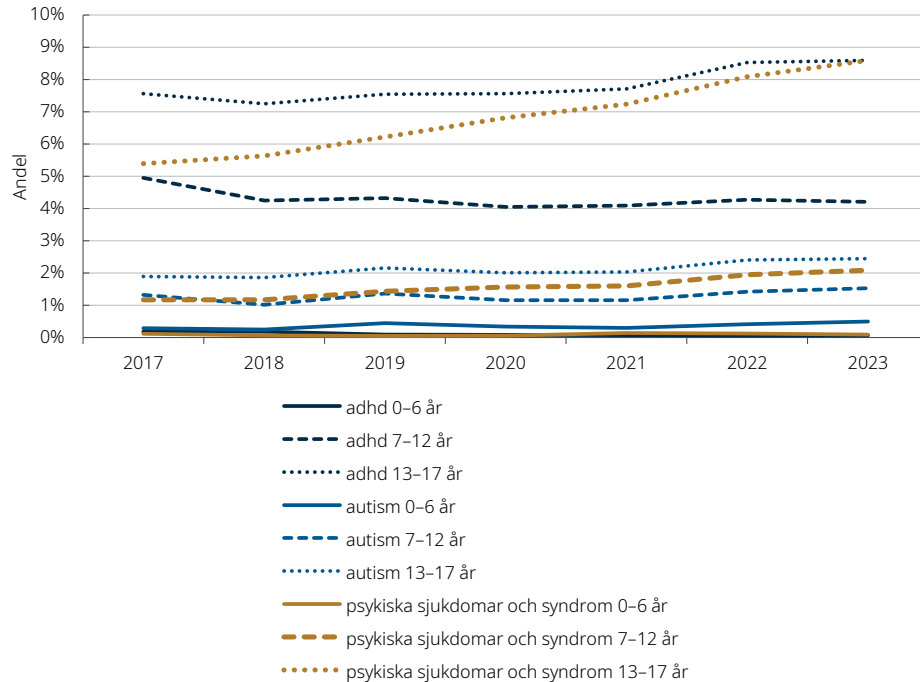


Källa: Förteckning över legitimerade omsorgs- och vårddyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA), Socialstyrelsen.

Utdrag ut patientregistret visar de barn och unga som har haft kontakt med läkare i specialistvården det aktuella kalenderåret. I Gävleborg ses en tydlig ökning mellan 2017 och 2023 för psykiska sjukdomar och syndrom i åldersgruppen 13–17 år. Andelen har förändrats från ungefär fem procent till nio procent, se figur 62.

Figur 62. Andelen (%) med psykiatriska tillstånd i Gävleborgs län efter diagnos och åldersgrupp, 2017–2023

Uppdelat efter adhd (ICD-10: F90), autism (ICD-10: F84) samt psykiska sjukdomar och syndrom (ICD-10: F1–F6) i åldersgrupperna 0–6 år, 7–12 år och 13–17 år

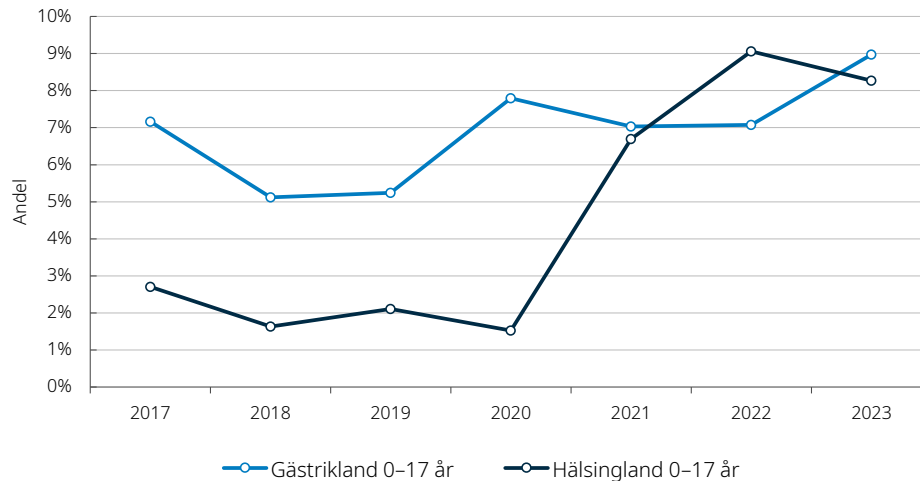


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, och Registret över totalbefolkningen, SCB.

I figur 63 nedan visas patienter på BUH-klinikerna i Gästrikland och Hälsingland. Andelen patienter som är diagnostiserade med både autism och psykiska sjukdomar och syndrom har ökat med två respektive fem procentenheter på BUH Gästrikland respektive BUH Hälsingland under perioden 2017–2023.

Figur 63. Andel (%) av BUH-patienter 0–17 år i Gästrikland respektive Hälsingland som är diagnostiserade med både autism och psykiska sjukdomar och syndrom, 2017–2023

Uppdelat på BUH-klinikerna i Gästrikland respektive Hälsingland efter autism (ICD-10: F84) och psykiatriska sjukdomar och syndrom (ICD-10: F1–F6) i åldersgruppen 0–17 år



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, och Registret över totalbefolkningen, SCB.

I intervjuerna är de flesta samstämmiga om att det inte har skett någon märkbar skillnad kring målgruppen de senaste två åren. Generellt – och över en längre tidsperiod – ser BUP en ökning av antalet patienter, patienter med ätstörningar och förfrågningar om neuropsykiatriska utredningar, exempelvis genom egen vårdbegäran. BUH beskriver att de numera generellt arbetar med svårare psykisk ohälsa, men att det inte är någon större skillnad mot tiden före insatsens start. För BUH handlar det främst om gruppen som har autism och samtidig psykisk ohälsa, och verksamheten ser ett behov av stöd för målgruppen.

Målgruppens perspektiv

I den lärande utvärderingen i Gävleborg deltog inte tillräckligt många ur målgruppen i intervjuer för att Socialstyrelsen ska kunna uttala sig om hur kompetensutvecklingsinsatsen eventuellt påverkat målgruppens erfarenheter av sjukvården. Socialstyrelsen har dock under workshopparna med personal berört målgruppens perspektiv i några frågeställningar.

Workshoppdeltagarna ombads att på en skala på 1–5 ange hur mycket patientens perspektiv involveras i utvecklingen av BUH:s verksamhet. Medianvärdet för svaren var 3 men det fanns en stor spridning mellan värdena 1 och 5. Mer brukarinflytande och delaktighet prioriterades generellt inte högt när workshoppdeltagarna fick rangordna vad som är viktigt i den fortsatta utvecklingen. I workshopparna framkom också att delaktighet och involvering av barnet inte alltid är prioriterat utan att verksamheten snarare arbetar mot föräldrarna. Det beskrivs kunna bero på barnets funktionsnedsättning. Personalen beskriver också att det förekommer

krockar mellan vad barnet och vårdnadshavare vill när det gäller stöd och behandling.

I intervjuer framkommer att det ibland finns en risk att tester och liknande upprepas mellan vårdgivare när en patient flyttas mellan mottagningar. Detta innebär risk för dubbelarbete och är inte heller optimalt för patienten. I en intervju beskrivs dock att målgrupperna troligen över tid kommer märka skillnad då BUH numera erbjuder mer anpassade insatser utifrån ett strukturerat arbetssätt.

Lärdomar – framgångsfaktorer och utmaningar

I intervjuerna och workshopparna framkommer flera olika lärdomar från arbetet med kompetensutvecklingen, bland annat i form av identifierade utmaningar och framgångsfaktorer.

En utmaning som återkommer handlar om tid och resurser. Deltagarna beskriver dels personalomsättning som inneburit utmaningar i kompetensutvecklingen, dels nedskärningar och brist på personal, samt rekryteringssvårigheter. Den uttryckta resursbristen får visst stöd i den tidigare presenterade statistiken över sysselsatt hälso- och sjukvårdspersonal, se figur 60 ovan. Ytterligare en utmaning som återkommer handlar om gränssnitten mellan BUH och BUP som beskrivits i föregående avsnitt. Dels handlar det om vem som ska göra vad, dels om att en patient inte alltid följer en specifik mall. Att personalen har olika bild av arbetet och roller beskrivs av flera som en utmaning. I några intervjuer framkommer att BUH skulle behöva viss specifik kompetens för att minska utmaningarna med gränsdragningar. Det handlar om suicidriskbedömningar, tvång och rigiditet, ätstörningar och selektiv ätstörning. Det beskrivs också att verksamheterna har olika bild av flera saker. Det handlar om exempelvis behov av, och ansvar för, orosanmälningar och vilken verksamhet som ska stötta föräldrar i ansökningar om stöd hos kommunen. Även olika typer av journalföring hos BUP och BUH beskrivs som en utmaning i arbetet med patienter.

I vissa intervjuer beskrivs det som en utmaning att få samverkan att fungera i slimmade organisationer, samt att det exempelvis kan vara svårt att få med sig alla i samverkan. Att regioner och kommuner arbetar enligt olika metoder beskrivs också i viss mån vara problematiskt. Samtidigt lyfter verksamheterna att det finns ett intresse i kommunala verksamheter för den digitaliserade beteendebildningen.

Flera beskriver att det ökade trycket på sjukvården i form av unga som behöver vård är en utmaning för verksamheterna. Köerna till olika insatser ökar och till exempel har belastningen på Första linjen också ökat. Detta kan sättas i relation till den tydliga ökningen mellan 2017 och 2023 för psykiska sjukdomar och syndrom i åldersgruppen 13–17 år, se figur 62 ovan.

Något som beskrivs som positivt i insatsen är att personalen har samma kunskapsgrund – även om den anpassats efter behov och personalgrupper. Att kunna arbeta stegvis med insatser för målgruppen beskrivs som en viktig och positiv del i arbetet. Utbildningen beskrivs också ha varit värdefull för personalen i deras arbete. Några personalgrupper beskriver också ett positivt ledarskap. Det finns också beskrivningar av en vilja att samverka, även om samverkan i sig kan vara utmanande.

Önskat läge och vägen framåt

När personal och verksamheter får beskriva ett önskat läge för verksamheterna och målgruppen framkommer i huvudsak följande punkter som särskilt önskvärda:

- ett större samhällsansvar för målgruppen
- tidiga insatser för målgruppen
- mer gemensamt arbete, och gemensam utbildning och samverkan mellan verksamheterna, liksom mer samverkan med kommunala verksamheter såsom skola och socialtjänst
- mer sammanhållen vård, exempelvis i form av gemensamma team och gemensamma vårdplaner
- tydligare gränssnitt och mer förståelse för varandras olika verksamheter
- mer vidareutbildning och ökad kunskap såsom mer KBT-kompetens på BUH och ökad kompetens inom könsdysfori
- handledning beskrivs som viktigt för att behålla kompetensen.

Mer konkreta mål handlar exempelvis om en fysisk samlokalisering av verksamheterna. Det lyfts även behov av mer samverkan kring patienter när det inte är helt tydligt om de ska få stöd av BUH eller BUP. Här lyfts exempelvis mer samverkan på team- och medarbetarnivå. Verksamheterna har också nyligen börjat arbeta för utökad samverkan mellan olika verksamheter som har barn och unga som målgrupp.

Flera beskriver att det är viktigt att inte tappa den kompetensutveckling som påbörjats och att fortsätta fylla på. Här beskrivs implementering och struktur som särskilt viktigt. En plan framåt är att inom ramen för befintlig utbildningsstruktur ta fram avsnitt som beskriver hur de olika kompetenserna på BUH ska arbeta med till exempel TBA. Detta ska förenkla för de olika yrkesgrupperna att se sin roll. En ytterligare konkretisering i gränssnitten mellan BUH och BUP beskrivs i någon intervju kunna handla om exempelvis att BUH kan ta över en välinställd medicinering som BUP satt in. I flera intervjuer beskrivs att det finns fortsatt behov av arbete kring vårdkedja och vårdansvar för gruppen med autism och normalbegåvning. Inom BUH beskrivs exempelvis att barnen med autism och psykisk ohälsa blir patienter inom vuxenpsykiatri när de blir vuxna. Från BUP:s sida lyfts ett behov av planering kring patienterna med adhd när

de blir vuxna. Det bedöms också behövas fortsatt arbete från vårdutvecklare som arbetar med helheten, vårdprogram och nationella riktlinjer. Intervjuad personal beskriver att samhället i stort behöver anpassa sina olika insatser utifrån målgruppens behov. Att arbeta med fysisk aktivitet lyfts som särskilt viktigt av flera. Några lyfter också att det är viktigt att det finns en ledning som vågar ta beslut och följa tagna beslut och att verksamheten behöver kartlägga vilka resurser som behövs i verksamheten. Personalen uttrycker att det behövs mer resurser för att fortsätta utveckla verksamheten. Resursbehovet återkommer även i några av intervjuerna med verksamhetsrepresentanter.

I Gästrikland arbetar personalen sedan september 2023 i tre olika fokusteam. Teamen arbetar utifrån beteende, psykisk hälsa respektive rörelsenedsättning. Ledningen beskriver att uppdelningen i team har varit positiv då det ger personalen möjlighet att fördjupa sig. I Gävleborg finns planer på handledning för vissa team, vilket är något som också efterfrågats.

Diskussion och slutsatser

Under utvärderingen togs en verksamhetslogik fram, se tabell 8. I tabellen visas enbart de emotsedda effekterna i denna verksamhetslogik.

Tabell 8. Effekter verksamhetslogik

Individ	Verksamhet	System
<p>Färre barn som har dubbel kontakt, dvs kontakt med både BUP och BUH.</p> <p>BUH-patienter med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa kan omhändertas på BUH.</p> <p>Andelen patienter som kommer till BUP minskar.</p>	<p>Personal på BUH har högre kompetens inom psykisk ohälsa och TBA.</p> <p>Personal på BUH upplever att de kan bemöta och behandla lindrig till medelsvår psykisk ohälsa.</p>	<p>Jämlik vård i regionen.</p> <p>Personcentrerad vård.</p> <p>Ökad samverkan och samarbete inom regionen samt mellan regionen och kommunernas verksamheter.</p>

Sammantaget observeras i den lärande utvärderingen att flera av de önskade effekter som togs fram i verksamhetslogiken kan bedömas ha uppnåtts eller är på god väg att uppnås. Underlaget i den avslutande delen av utvärderingen tyder på att BUH-patienter med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa i större utsträckning kan omhändertas på BUH. Samtidigt tyder mycket på att personalen på BUH har ökat sin kompetens inom psykisk ohälsa och TBA, och att åtminstone en del av personalen på BUH upplever att de kan bemöta och behandla lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. Andelen patienter som har dubbla kontakter har inte nödvändigtvis minskat, men det beskrivs vara tydligare vilken aktör som erbjuder olika insatser till barnet. Samtidigt beskrivs ett fortsatt behov av arbete med gränssnitt och samverkan kring grännsfall.

Av patientregistret framgår att andelen av BUIH:s patienter som har både autism och psykiska sjukdomar och syndrom har ökat över tid. Det kan inte uteslutas att en ökad kompetens på BUIH kan ha medfört att fler diagnostiseras. I Gävleborg ses också en tydlig ökning av psykiska sjukdomar och syndrom för minderåriga tonåringar.

Utifrån underlaget i denna utvärdering går det inte att dra slutsatser om huruvida vården för BUIH:s målgrupp blivit mer jämlik och personcentrerad. Det är dock tydligt att inflytande och delaktighet för den enskilda patienten inte beskrivs som ett prioriterat utvecklingsområde av personalen. Det finns indikationer på att personcentrering och delaktighet för målgruppen kan vara ett område som går att vidareutveckla. I de beskrivna önskade lägena framkommer också vikten av tidiga insatser och gemensamt arbete för målgruppen.

Det finns också tecken på en ökad samverkan och samarbete inom regionen samt mellan regionen och kommunernas verksamheter. Flera samverkansfrämjande utvecklingsarbeten pågår, samtidigt som det också finns kvarvarande utmaningar inom området.

Vårdutvecklare i regionen beskriver att stimulansmedlen påverkat genomförandet på så vis att kompetensutvecklingen kunde genomföras förhållandevis snabbt och vara omfattande, även om regionen hade satsat på kompetensutveckling oavsett tillskottet av medel. En kedja från resurserna, stimulansmedel, till de observerade effekterna i form av kompetensökning, kan därmed i viss mån dras.

Lärande observationer

Socialstyrelsen har genom utvärderingen identifierat några huvudsakliga lärande observationer som verksamheterna och andra aktörer på nationell, regional och lokal nivå kan dra nytta av.

- Det är viktigt att prioritera arbete med att utveckla samverkan mellan olika aktörer som möter en och samma målgrupp. På liknande vis kan man undersöka hur gränssnitt mellan verksamheter som möter samma målgrupp kan bli tydliga och samtidigt bidra till att ingen faller mellan stolarna.
- Det är viktigt att inkludera personal i pågående utvecklingsarbeten, för att gemensamt fånga upp eventuella hinder, risker eller möjliggörande faktorer för det som verksamheten vill uppnå. Det är även viktigt med en tydlighet inför personal som arbetar med en målgrupp kring vilka förväntningar som finns på deras arbete.
- I verksamheter med hög personalomsättning är det särskilt viktigt att arbeta aktivt, men inte administrativt belastande, med implementering och struktur för utvecklingsarbete.

- Socialstyrelsen bedömer att en prioriterad del av arbetet inom vården är att vidareutveckla delaktighet och inflytande för barn och unga med sammansatt problematik och att forma vårdinsatser efter patienternas behov.

Socialstyrelsen har också delgett resultaten och de lärande observationerna till kontaktpersoner för insatsen och BUH:s verksamhetschefer och haft en avslutande kommunikation om insatsen. I kommunikationen framkom följande:

- Kontaktpersonerna känner igen sig i den bild som Socialstyrelsen presenterar i den lärande utvärderingen.
- Kontaktpersonerna uppskattar att kommunikation och planering tillsammans med Socialstyrelsen fungerar väl under utvärderingen. Samtidigt beskrivs att det inledningsvis var svårt att se den röda tråden i arbetet och att myndigheten kunde arbetat mer med att förankra utvärderingen. Utvärderingsfokuset var också något snävare än vad verksamhetsrepresentanterna hade önskat.
- Verksamheterna kommer i framtiden eventuellt att kunna använda sig av Nationella Patientenkäten för att fånga ett brukarperspektiv, dels med anledning av att det inte var möjligt att nå individer under utvärderingen.
- Verksamheterna beskriver det som positivt att de kommer få ett underlag att ta del av och att detta kan användas i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Värmland

Bakgrund och frågeställningar

År 2020 redovisades ett länsgemensamt utvecklingsarbete kring samordnad individuell plan (SIP) i Värmland. Året därpå redovisades ett annat länsgemensamt samverkansarbete som inkluderade regionen, kommunerna i länet samt NSPH i Värmland. I arbetet ingick bland annat att revidera och implementera *Plan för god psykisk hälsa i Värmland 2021–2024* [22]. Några resultat som beskrevs i redovisningen var att planen tagits fram och att tre nycklar för framgångsrikt arbete identifierats i planen: ledning och styrning, samverkan och samordning samt systematisk brukarmedverkan. Insatser kopplade till planen kunde också ses både hos länets kommuner och i regionens verksamheter.

Samtidigt genomförde region- och kommunrevisorerna år 2021 en granskning av samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa i Värmland. Enligt granskningen bedömdes det finnas goda förutsättningar för ändamålsenlig samverkan kring målgruppen. Samtidigt lämnades rekommendationer om att fastställa processmått för samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa, och SIP för barn och unga pekades ut som ett utvecklingsområde [23].

I samråd med Värmlands representanter valde Socialstyrelsen att genomföra en lärande utvärdering av insatser inom området samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa, med fokus på SIP och delaktighet. De redovisade länsgemensamma insatserna inom området samverkan och SIP samt granskningens rekommendationer låg till grund för valet av område för den lärande utvärderingen.

I den lärande utvärderingen av det länsgemensamma utvecklingsarbetet har verksamheternas perspektiv, patient-, brukar- och anhörigorganisationers perspektiv och ett systemperspektiv inkluderats. För att även fånga enskildas perspektiv på delaktighet och inflytande – samt det stöd som de fått via samverkans- och samordningsinsatser – planerades även att inkludera ett individperspektiv genom intervjuer med barn och unga. Det var dock inte tillräckligt många personer som var med i intervjuerna, vilket innebär att individperspektivet inte kunnat inkluderas i utvärderingen.

När Socialstyrelsen slutfört utvärderingen har myndigheten valt att i huvudsak fokusera på följande inom området barn och unga med psykisk ohälsa:

- utvecklingen av samverkan på övergripande och operativ nivå
- utvecklingen inom området SIP
- delaktighet i samverkan för målgruppen
- uppföljning av samverkan inom området.

Verksamhetslogiken nedan utgår ifrån den verksamhetslogik som presenterades i lägesrapporten 2022. Verksamhetslogiken har uppdaterats av Socialstyrelsen under projektets gång, samtidigt som fortsatt uppföljning och utvärdering genomförts. Det verksamhetslogiska schemat visas i tabell 9. Utvärderingsområdena samverkan, SIP, delaktighet och uppföljning speglas i flera av de mål, prestationer och effekter som identifierats.

Tabell 9. Verksamhetslogik Värmland

Resurser	Aktiviteter	Mål	Prestationer	Effekter
Stimulans-medel. Koordinatorer och andra tjänster. Samordningsgrupp. Rutiner, överenskommelser, styrdokument M.fl.	Två regionala koordinatörer och läns-gemensam samverkans-grupp RKP är tillsatt. Samverkans-möten och dialog kring SIP. Utbildnings-insatser	Samsyn kring ansvar, uppföljning och resurssättning i gemensamma processer. Se över samordning, arbetssätt, processer och tillgänglighet. Riktlinjer och rutiner som	Att SIP används på rätt sätt och i tillräcklig utsträckning. En struktur för systematisk uppföljning av bl.a. SIP. Kunskap och förståelse hos personal för rutiner och riktlinjer.	Individ: Tydlig och effektiv vård- och omsorgskedja utifrån individers behov och delaktighet. God tillgänglighet till vården. Rätt insats på rätt nivå i rätt

Resurser	Aktiviteter	Mål	Prestationer	Effekter
	kopplade till SIP. Arbete kring barnrätt och delaktighet. Arbete kopplat till uppföljning av samverkan. Samordnare brukar-medverkan. M.fl.	gäller personcentrering är kända. Minskning, standardisering av styrande dokument. Tydliggöra huvudmännens ansvarsroller för brukare och anhöriga. En struktur för systematisk uppföljning.	Tydlighet i ansvarsfördelningen mellan aktörer. Barn, unga och anhöriga med SIP (och andra individriktade samverkansinsatser) upplever att de har fått stöd utifrån individuella behov. Företrädare för intresseorganisationer upplever att deras roll är tydlig och används på rätt sätt och att de är delaktiga i arbetet. Medarbetare upplever ökad tydlighet i ansvarsfördelning.	tid med barnets bästa i fokus. God psykisk hälsa för barnen och de unga (grupp eller individ). Delaktighet i SIP och andra samverkansprocesser. Verksamhet: Samordnat arbete med psykisk ohälsa. Mer effektivt resursutnyttjande. SIP av god kvalitet och i tillräckligt antal. Säkerställd uppföljning. System: God och jämlik psykisk hälsa. God och nära vård. Delaktiga patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

Fynd i den inledande datainsamlingen

I Socialstyrelsens lägesrapport 2022 presenterades resultatet av intervjuer och gruppintervjuer med medarbetare och ledning från flera verksamheter, såsom BUP, BUH, Barn-, unga- och familjehälsan, Första linjen, Folk tandvården, NSPH i Värmland, skola/elevhälsa och individ- och familjeomsorg i flera kommuner samt personligt ombud.

Utifrån resultatet av intervjuerna skapades en aktörskarta för att illustrera samverkanskopplingar mellan aktörer som på olika sätt arbetar med barn och unga med psykisk ohälsa i Värmland. Av aktörskartan framgick att störst utmaningar i samverkan fanns mellan BUP och socialtjänst, BUP och skola/elevhälsa samt BUP respektive socialtjänst och intresseorganisationer.

Enligt resultatet var samverkanskopplingen mellan BUP och BUH väl fungerande.

En användarresa togs fram för att beskriva önskemål kopplade till samverkan och samarbete som framkommit i intervjuerna. Bland annat beskrevs behov av tidiga och förebyggande insatser samt patientfokuserade arbetssätt som utgångspunkt för samverkan. Det fanns olika uppfattningar om hur extern samverkan mellan verksamheter samt patientfokuserade arbetssätt skulle kunna utvecklas. Utifrån användarresan tog Socialstyrelsen tillsammans med flera aktörer fram en verksamhetslogik.

Verksamhetslogiken var en vidareutveckling av den effektkedja som finns beskriven i *Plan för god psykisk hälsa* [22]. Utifrån verksamhetslogiken identifierade Socialstyrelsen i lägesrapporten 2022 ett behov av att konkretisera målbilderna i *Plan för psykisk hälsa*, att tydligare knyta dessa till planens uppföljningsområden samt att formulera tillhörande indikatorer.

I Värmland fanns redan sedan tidigare flera pågående arbeten för att på olika sätt lösa utmaningar kopplade till samverkan och samordning för målgruppen. Samtidigt beskrevs flera behov kopplade framför allt till kompetens och resurser, utveckling av arbetet med SIP, metoder för att följa upp och utvärdera och för arbete med brukarinflytande.

För att få patient-, brukar- och anhörigorganisationernas perspektiv genomförde Socialstyrelsen 2022 en intervju med NSPH Värmland och en workshop med Värmlands intresseorganisationer. Resultaten inkluderade temana ökad egenmakt och inflytande hos både brukare och anhöriga, att barn och vårdnadshavare ses som jämlika parter, att skola och BUP är jämlika i samverkan, vikten av bemötande vid SIP samt ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården i hela länet. Behovet av mer personcentrering och individanpassning av vården och omsorgen genomfördes i workshoppen.

Verksamhets- och systemperspektiv

För att kunna utvärdera utvecklingen inom områdena samverkan, SIP och delaktighet samt uppföljning av samverkan genomfördes uppföljande intervjuer. Under 2023–2024 intervjuades ledning och medarbetare i de verksamheter som tidigare deltagit i utvärderingen och som ofta är involverade i samverkan kring målgruppen barn och unga med psykisk ohälsa i Värmland. Totalt genomfördes 25 intervjuer fördelade över verksamheterna BUP, BUH, Barn-, unga- och familjehälsan, Första linjen, Folkandvården, medlemsorganisationer i NSPH i Värmland, elevhälsans medicinska insats i Karlstad, Torsby och Storfors, individ- och familjeomsorg i Säffle, Storfors och Torsby, Familjeavdelningen i Karlstad, personligt ombud i Karlstad samt länsamordnare i Värmland. Socialstyrelsen genomförde under 2024 även en uppföljande fokusgruppsintervju med intresseorganisationer samt en intervju med Samordnare för brukarinflytande i Värmland. Dessutom genomfördes en

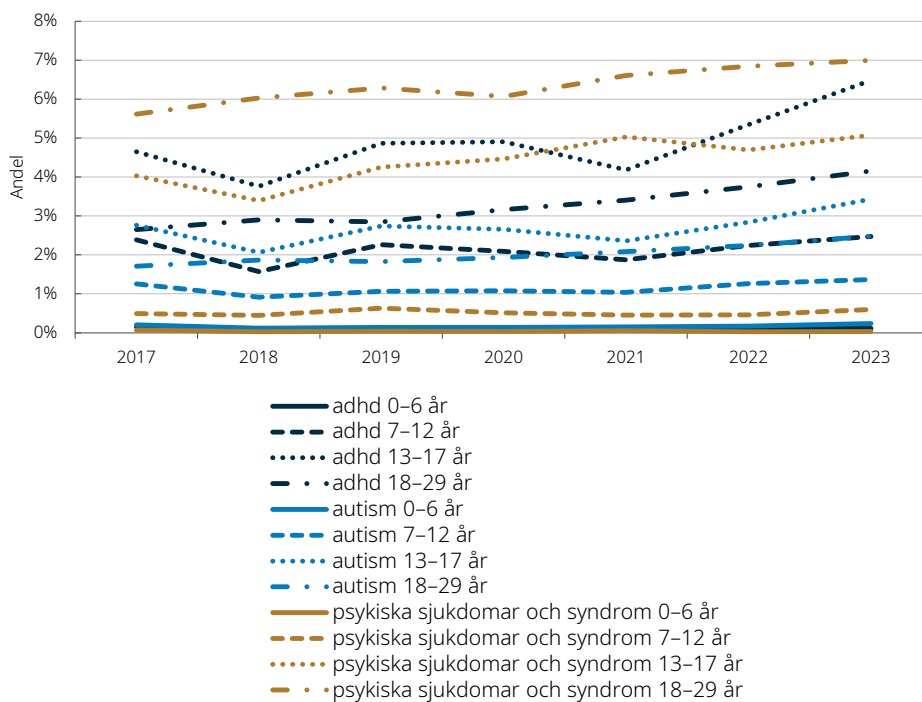
workshop med temat uppföljning av samverkan som riktades till ledning för verksamheterna.

Utvecklingen av barns och ungas mående

För att undersöka hur förutsättningarna för verksamheterna och målgrupperna har sett ut under utvärderingstiden har Socialstyrelsen hämtat statistik från patientregistret. I statistiken återfinns enbart de som haft ett läkarbesök i den specialiserade vården det aktuella året. I Värmland har andelen barn och unga med diagnoser inom psykiatriska tillstånd generellt ökat mellan 2017 och 2023, se figur 64. Exempelvis ses att andelen i gruppen 13–17 år med adhd-diagnos har förändrats från knappt fem till drygt sex procent under tidsperioden. Detta kan jämföras med riket där andelen för samma grupp år 2023 är 6,7 procent, se bilaga 1.

Figur 64. Andelen (%) med psykiatriska tillstånd i Värmlands län efter diagnos och åldersgrupp, 2017–2023

Uppdelat efter adhd (ICD-10: F90), autism (ICD-10: F84) samt psykiska sjukdomar och syndrom (ICD-10: F1–F6) i åldersgrupperna 0–6 år, 7–12 år, 13–17 år och 18–29 år

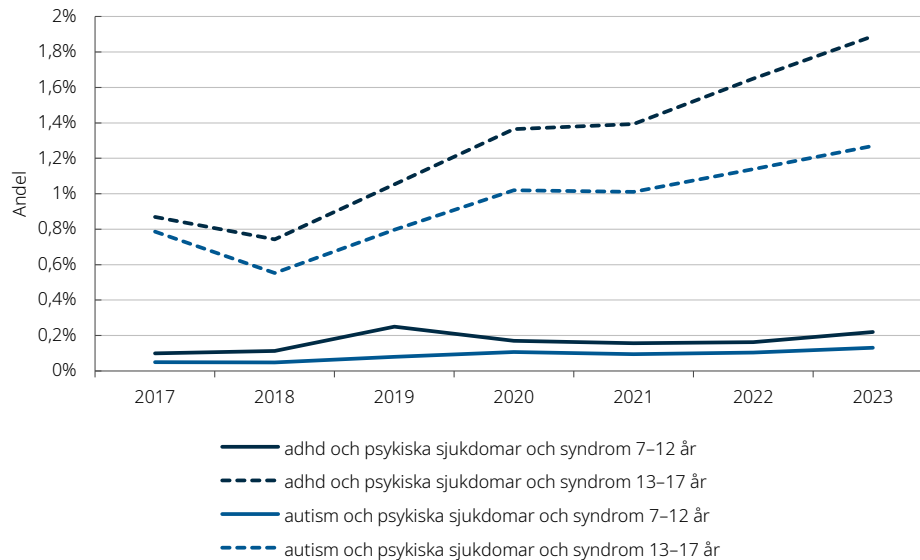


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, och Registret över totalbefolkningen, SCB.

Även andelen barn och unga med samtidiga diagnoser inom både psykiska sjukdomar och syndrom och adhd respektive autism har ökat under tidsperioden; detta ses särskilt för åldersgruppen 13–17 år (se figur 65). Flera samtidiga diagnoser medför ofta ett behov av samverkan mellan olika aktörer.

Figur 65. Andelen (%) barn och unga med psykiska sjukdomar och syndrom och adhd respektive autism i Värmlands län, 2017–2023

Uppdelat efter psykiska sjukdomar och syndrom (ICD-10: F1–F6) och adhd (ICD-10: F90) respektive autism (ICD-10: F84) i åldersgrupperna 7–12 år och 13–17 år



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, och Registret över totalbefolkningen, SCB.

För att få en bild av verksamheternas perspektiv på utvecklingen av barns och ungas mående har verksamheterna tillfrågats om hur de ser på utvecklingen av barns och ungas psykiska hälsa. Det finns skillnader i hur intervjupersonerna ser på utvecklingen av barns och ungas mående i Värmland. Merparten beskriver att barn och unga idag på olika sätt mår sämre psykiskt jämfört med för några år sedan.

Beskrivningar av på vilket sätt barn och unga mår sämre varierar mellan intervjupersonerna och handlar exempelvis om att socialtjänsten får fler anmälningar om att barn och unga mår dåligt, att det förekommer fler föräldrakonflikter, att fler yngre barn mår sämre, att problematisk skolfrånvaro har ökat och att skolmiljön och digitala arenor påverkar måendet. Några intervjupersoner har också en bild av att fler barn och unga har mer komplexa behov jämfört med tidigare.

Samtidigt beskriver några verksamhetsrepresentanter att det inte skett någon större förändring, men att behovet är stort eller att barn och unga är mer medvetna om och reflekterar mer kring psykisk ohälsa idag vilket kan göra att behovet upplevs som större.

Samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa

För att fånga hur samverkan och samordning mellan verksamheter fungerar i dagsläget, samt eventuella förändringar, har frågor om samverkan mellan olika aktörer ställts till verksamheterna och länsamordnare. Frågorna inkluderade både samverkan på länsövergripande nivå och samverkan

mellan enskilda verksamheter. Samverkan kan vara både av mer strategisk och mer operativ karaktär. Området knyter an till flera prestationer och effekter i verksamhetslogiken som på olika sätt rör samordnat arbete med psykisk ohälsa och ansvarsfördelning, se tabell 9 ovan.

Initialt planerade Socialstyrelsen att även följa utvecklingen av mängden SIP och fördelningen mellan olika verksamheter med hjälp av SIP-statistik från Värmland. Det har dock inte varit möjligt eftersom de data som finns i dagsläget inte bedöms vara tillräckligt tillförlitliga.

Insatser och arbetssätt kopplade till samverkan, samordning och delaktighet

I Värmland finns en mängd insatser och arbetssätt hos olika verksamheter som under utvärderingsperioden på olika sätt haft bäring på samverkan, samordning och delaktighet för barn och unga. Dessa insatser och arbetssätt finns antingen hos enskilda verksamheter, mellan verksamheter eller mer länsövergripande. Flera av dessa har under åren i olika utsträckning finansierats med stimulansmedel.

Resultaten visar att det finns flera olika strukturer och samverkansarenor på mer strategisk nivå som beskrivs bidra till samverkan. Ett exempel är Regional Koordinering Psykisk Hälsa (RKPH) som verkar för att samordna insatser inom området psykisk hälsa i länet inom olika insatsområden, varav ett handlar om barn och unga och ett annat om systematisk brukarmedverkan. I RKPH ingår representanter från länets kommuner, Region Värmland samt anhörig- och brukarföreningar. Fokus för arbetet har varit samverkan och samordning, ledning och styrning samt systematisk brukarmedverkan. Dessa områden har tidigare identifierats som viktiga nycklar i *Plan för god psykisk hälsa*. Enligt de länsgemensamma enkätsvaren i Socialstyrelsens uppföljning av överenskommelsen har utvecklingsarbetet bidragit till att en tydligare struktur för arbetet skapats.

Nya perspektiv, som är en samverkansarena mellan kommunerna och regionen, omnämns i flera intervjuer. Till Nya perspektiv kan gemensamma frågor lyftas. Inom Nya perspektiv finns olika fokusområden som samlar verksamheter utifrån målgrupper, till exempel Barnalivet och Ungdomslivet. Nya perspektiv har enligt några intervjuer utvecklats åt rätt håll. En annan förändring som nämns är att även skolan är delaktig i Nya perspektiv. Gemensam samverkan kring test av omställning till nära vård är ett arbete som ingår i Nya perspektiv. Piloten inkluderar flera kommuner samt Region Värmland och beskrivs på flera sätt som positiv för samverkan, bland annat genom att den medför ett behov av att skapa nya strukturer och hantera glapp mellan verksamheter.

Ett annat exempel på samverkansforum är att socialchefer och områdeschefer från hälso- och sjukvårdsledningen regelbundet träffas. Mötesforumet har utvecklats under utvärderingstiden.

Barn och unga har utifrån intervjuerna prioriterats som målgrupp på flera sätt inom läns-gemensamt utvecklingsarbete under utvärderingsperioden. I arbetet med att utveckla samverkan kring gruppen barn och unga med psykisk ohälsa har fokus varit på att hitta och utveckla hållbara strukturer och gemensamma arenor för samverkan på strategisk nivå, för att förutsättningar för samverkan sedan ska kunna skapas ute i verksamheterna. Barn och unga är ett prioriterat område för RKPH.

Det pågår även utvecklingsarbeten med gemensam ledning och styrning mellan aktörer, exempelvis uppstart av Minimaria och gemensam ledningsgrupp för familjecentralen. Samtidigt beskrivs utmaningar kopplade till att få de tilltänkta verksamheterna på plats.

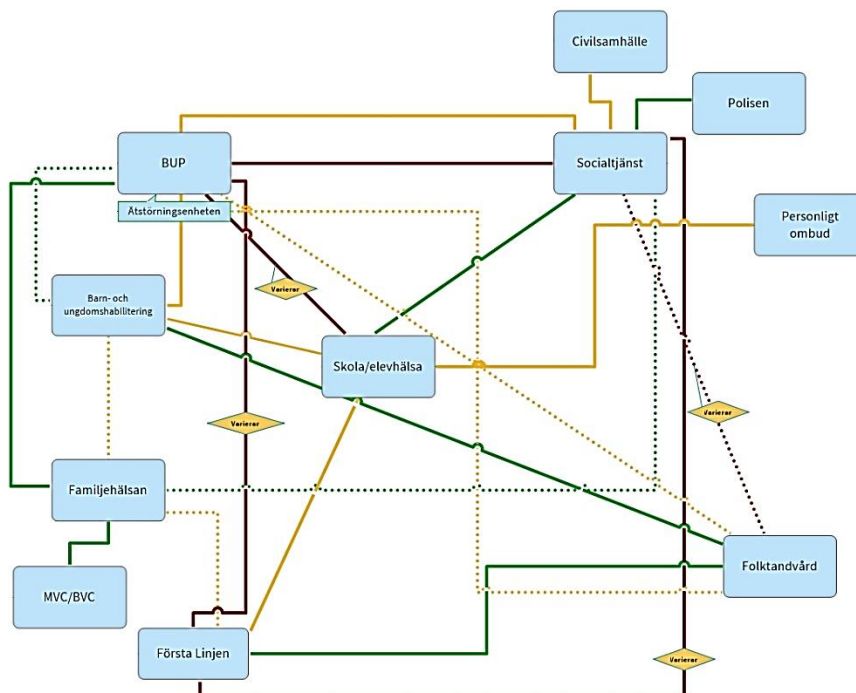
Mellan enskilda verksamheter pågår samverkan både på mer strategisk nivå eller ledningsnivå och på mer operativ nivå kring individer.

Flera beskriver att samtalet om samverkan ser annorlunda ut idag jämfört med tidigare. I några intervjuer nämns att förändringen kan vara relaterad till insatser inom ramen för den lärande utvärderingen. Exempelvis nämns i en intervju att det finns två länsamordnare för arbetet, där en är ingång mot kommunerna och en mot regionen. Den intervjuade beskriver att det har bedrivits ett aktivt arbete för att knyta ihop olika initiativ och att det vuxit fram en större medvetenhet om att lösningen inte alltid är att initiera nya arbeten. I några andra intervjuer beskrivs att det inte är någon större skillnad i hur samverkan fungerar. En utmaning som framkommer är att det finns många olika initiativ som spretar och inte hänger ihop, vilket är en utmaning som setts även tidigare under utvärderingsperioden.

Samverkansband mellan verksamheter

Socialstyrelsen tog i den första datainsamlingen fram en aktörskarta med samverkanskopplingar mellan de olika verksamheterna i Värmland [13]. För att illustrera hur samverkan mellan verksamheter bedöms fungera idag har en ny aktörskarta tagits fram utifrån intervjuerna med verksamheterna, se figur 66 nedan. Aktörskartan ger en nulägesbild av samverkan ur intervjupersonernas perspektiv. På kartan markeras fungerande samverkanskopplingar med grönt, icke fungerande med rött, och fungerande i vissa fall eller otillräckliga med gult. Kopplingarna illustreras med rött om åtminstone en av de två aktörerna berättat att samverkan inte fungerar. De gula linjerna används om åtminstone en aktör berättat att samverkan fungerar otillräckligt eller kan utvecklas.

Figur 66. Aktörskarta med samverkansband



Figur 66. Prickad linje för ökad läsbarhet, ingen skillnad mot heldragen linje.

Det finns flera likheter i jämförelse med den tidigare aktörskartan. Störst utmaningar relaterade till samverkan syns mellan socialtjänsten och BUP samt mellan skola/elevhälsa och BUP. När det gäller samverkan mellan BUP och socialtjänsten beskrivs det variera mellan olika kommuner; hos någon kommun saknas samverkansavtal och vissa beskriver att det saknas arenor för samverkan i individärenden. Samtidigt beskrivs det i en annan kommun finnas väl fungerande rutiner för kontakt. I flera fall beskrivs att samverkan fungerar dåligt eller har försämrats, och detta beskrivs vara kopplat till en ökad belastning hos BUP. Långa väntetider medför i sin tur ett ökat tryck på socialtjänsten eftersom de inte kan tacka nej när barn och unga står i kö till BUP och har behov av stöd. I några beskrivningar ses att ärenden bollas mellan BUP och socialtjänsten. Det finns önskemål om gemensamma samverkansforum och större möjlighet att konsultera BUP. Enligt flera intervjuer används SIP som verktyg för att komma i kontakt med BUP, exempelvis i fall där barnet eller ungdomen inte ännu har en etablerad kontakt istället för att använda andra kontaktvägar som att uppdatera i befintlig remiss.

Skolan/elevhälsan har otillräckliga samverkansband med flera verksamheter och beskrivs arbeta med samverkan på ungefär samma sätt som tidigare. Samarbetet med BUP beskrivs dock ha ändrats något genom att skolans kunskap om NPF hos har ökat och genom att BUP inte arbetar lika stödjande med skolan. I övrigt beskrivs samverkan mellan BUP och skolan vara

personbunden och varierande. I några intervjuer beskrivs att samverkan har förbättrats men att det finns fortsatta utmaningar. När samverkan är etablerad och eventuell sekretess är upphävd beskrivs det ofta fungera bra.

Socialtjänst och Första linjen har utifrån aktörskartan också ett otillräckligt samverkansband. I intervjuer beskrivs att Första linjen i större utsträckning har patienter med mer komplexa behov än tidigare. Detta påverkar behovet av samverkan, och har också ökat belastningen på verksamheten. Samverkan med Socialtjänsten beskrivs i några fall ha ökat samtidigt som det i något annat fall inte ses någon förändring, eller beskrivs fungera dåligt.

Utmaningar som nämns handlar exempelvis om sekretess och tillit när sekretessen upphävs. Även Första linjens samverkan med skolan visar på varierande resultat. I flera intervjuer beskrivs samverkan mellan Första linjen och skolan fungera bra, samtidigt som det i flera andra intervjuer framkommer att det varierar mycket, främst mellan olika kommuner och elevhälsoteam. En utmaning som lyfts i en intervju är kopplad till remisshanteringen och upplevd brist på tillit till de bedömningar som skolan/elevhälsan gör.

I aktörskartan ses ett fungerande samverkansband mellan skolan/elevhälsan och socialtjänsten. Samverkan fungerar bättre överlag även om det kan variera, och i något fall beskrivs det som ett resultat av aktivt utvecklingsarbete. Socialtjänstens samverkan med polisen beskrivs också ha förbättrats.

En förändring från föregående aktörskarta är samverkan mellan BUP och Första linjen som bedöms fungera sämre nu. Den centrala remisshanteringen beskrivs bidra positivt i samverkan genom att underlätta fördelningen av ärenden mellan Första linjen och BUP. Samtidigt beskrivs bristande resurser påverka båda verksamheterna och det finns fortsatta utmaningar kopplade till gränssnittet mellan verksamheterna. I några intervjuer beskrivs att skillnaderna i verksamheternas syn på ansvarsområden har ökat på senare tid. Ett arbete pågår för att ta fram rutiner för mer svårbedömda fall. Ett exempel på utvecklingsområde som beskrivs är återkoppling kring avslagna remisser.

Precis som i den första aktörskartan visar samverkansbandet mellan BUH och BUP på en i huvudsak fungerande samverkan. BUH och BUP har regelbundna möten för att diskutera ärenden och gränsdragningar, vilket beskrivs fungera bra. Ett arbete pågår med att starta en gemensam mottagning, vilket beskrivs medföra utmaningar kopplade till exempelvis olika verksamhetskulturer.

Generella iakttagelser

Resultatet från intervjuerna visar att synen på om och i så fall i vilken riktning samverkan generellt har utvecklats varierar. Detta får ses som väntat givet den stora mängden verksamheter som ingår i samverkan kring barn och unga med

psykisk ohälsa. En del av intervjupersonerna beskriver att det inte skett några större förändringar i hur samverkan fungerar idag jämfört med för några år sedan. Samtidigt har andra en bild av att samverkan och samordning har förbättrats i olika delar samt att mängden samverkan har ökat.

Samverkan med tandvården glöms ofta bort men uppfattningen är ändå att samverkan sakta förbättras. Ett exempel är ökad samverkan mellan tandvården och socialtjänsten som beskrivs ha bidragit till att placerade barn får oral hälsoundersökning i större utsträckning. Ett annat exempel är att tandvården i större utsträckning inkluderas när regionala vårdprogram och liknande tas fram. Samverkan med ätstörningskliniken är nytt och förhoppningen är att det ska leda till att klinikens patienter ska kunna komma till tandvården för information.

En generell iakttagelse är att några verksamheter beskriver att man ”växer isär” i samverkan, framför allt på grund av bristande resurser. Det tar sig uttryck i att verksamheter gör olika bedömningar av behov och inom vilken verksamhet vård och stöd ska erbjudas.

En utmaning som rör samverkan mellan flera verksamheter handlar om att bryta sekretess där bristande tillit beskrivs påverka samverkan negativt.

Samverkan beskrivs i vissa intervjuer ha blivit mer digital. Det beskrivs i någon intervju som positivt eftersom det möjliggör ökad samverkan när det inte krävs resor, samtidigt som det i en annan intervju beskrivs försvåra samverkan lokalt när en verksamhet inte befinner sig på plats.

Utveckling av arbetet med SIP

Tidigare under utvärderingen identifierades flera behov kopplade till SIP. Det handlade bland annat om tydligare processer, ökad användning av SIP, digitala SIP-möten eller hybridvarianter, kunskap om SIP-processen till exempel om hur den ska genomföras och vilken information som ska ges. Flera av dessa behov har även berörts i den avslutande datainsamlingen. Området knyter an till de prestationer och effekter i verksamhetslogiken som handlar om SIP, se tabell 9 ovan.

När det gäller utveckling av arbetet med SIP och delaktighet fortlöper införandet av systemet Cosmic Link, som möjliggör för verksamheter att arbeta med SIP i ett gemensamt system. SIP-utbildningar erbjuds till både kommunernas och regionens verksamheter. Ett arbete har också påbörjats för att förtydliga barnrättsperspektivet i SIP-processen. Arbetet med SIP fortsätter också genom kostnadsfria föreläsningar om SIP och samverkan som arrangeras av samordningsförbunden (FINSAM). *Plan för psykisk hälsa* ska revideras och uppföljning av arbetet med den tidigare planen har påbörjats. I arbetet undersöks möjligheten att ta hjälp av Unga regionutvecklare, som är delaktiga i att skapa ett systematiskt

delaktighetsarbete. Det pågår även arbete för att förbättra tillgången till SIP-data för uppföljning.

Förändring

Till övervägande del framkommer i intervjuerna att kännedomen om SIP har ökat och många nämner också att antalet genomförda SIP har ökat. Arbetet med SIP beskrivs i vissa fall ha blivit mer strukturerat, exempelvis har rutiner kopplade till SIP blivit bättre. I någon intervju framgår att även uppföljningen av mötena har förbättrats. Samtidigt menar några att det inte blivit några större skillnader i om och hur SIP genomförs.

Flera olika orsaker till förändringarna nämns, dels att SIP-utbildningar har genomförts, dels att fler verksamheter anslutit sig till Cosmic Link. SIP-utbildningarna har enligt flera intervjuade bidragit till både en ökad medvetenhet om SIP och en större trygghet i att använda SIP som verktyg. Karlstads kommuns arbete med SIP-samordnare beskrivs som en framgångsfaktor. SIP-samordnare har efterfrågats av verksamhet men är inte löst än. I intervjuerna beskrivs också att behovet av SIP har ökat till följd av att fler barn och unga har psykisk ohälsa.

I flera intervjuer framkommer att de verksamheter som kallas till SIP i större utsträckning än tidigare deltar. Det beskrivs också ha blivit enklare att genomföra fler SIP-möten på grund av möjligheten till digitala möten.

Lärdomar – framgångsfaktorer och utmaningar

I intervjuerna nämns flertalet olika lärdomar om arbetet med SIP. Kvaliteten i SIP beskrivs av flera vara personberoende, något som även framkom i lägesrapporten 2022. Ett exempel som återkommer gäller BUP. Där beskriver flera av de intervjuade att det varierar hur väl SIP fungerar beroende på om den medarbetare som kommer till planeringen är en person som känner till barnet eller ungdomen eller inte. Om den personal från BUP som deltar i SIP känner barnet eller ungdomen beskrivs det i flera intervjuer fungera väl.

Flera av de intervjuade upplever att det går bra att kalla till SIP, och att kallade verksamheter prioriterar att gå på SIP. En generell bild är att BUP kommer på SIP om de är kallade, samtidigt beskrivs att man kallar BUP till SIP för att det annars är svårt att få kontakt i ärenden. Samtidigt beskriver BUP att verksamheten ser andra möjliga vägar till kontakt och att dialog förs med socialtjänsten om detta. I flera intervjuer beskrivs att verksamheter kallar till SIP av fel anledningar, till exempel för att dela information snarare än framåtsyftande. Det handlar också om att socialtjänsten och ibland även skolan kallar BUP till SIP för att exempelvis uppmärksamma att ett barn som står i kö hos BUP behöver hjälp, eller för att få veta hur planeringen ser ut för ett barn.

Ett återkommande tema är hur arbetssätt kopplade till målformulering, protokollföring och liknande fungerar. En framgångsfaktor beskrivs vara när frågor skickas ut inför ett möte. I flera intervjuer framkommer att det finns utmaningar som exempelvis handlar om att mål inte alltid formuleras inför mötet utan i efterhand samt att dokumentation inte alltid sker tillfredsställande. I några intervjuer beskrivs utmaningar med uppföljning och måluppfyllelse. Å ena sidan att uppföljning inte sker, och å andra sidan att det hålls återkommande SIP-möten men att dessa inte för arbetet framåt på ett sådant sätt att målen uppfylls.

Det är ibland också oklart vem som ska kalla till möten och det tar lång tid att få ihop samverkan, vilket påverkar individen. Det försvårar att inte alla verksamheter använder samma system för att kalla till SIP. En annan erfarenhet som framkommer är att det kan bli möten med många deltagande verksamheter som delar information. Det kan på olika sätt göra det svårt för den som mötet är till för.

Delaktighet i samverkan för barn och unga

I den lärande utvärderingen i Värmland deltog inte tillräckligt många ur målgruppen i intervjuer för att Socialstyrelsen ska kunna uttala sig om målgruppens erfarenheter av samverkan och delaktighet i Värmland. Däremot har Socialstyrelsen ställt frågor kopplade till delaktighet till verksamhetsrepresentanter och länssamordnare. Området knyter främst an till de prestationer och effekter i verksamhetslogiken som handlar om delaktighet i samverkansprocesser och andra effekter för individen, se tabell 9 ovan.

De intervjuade har olika syn på i vilken utsträckning möjligheterna till delaktighet och inflytande i samverkan för barn och unga har förändrats. I flera intervjuer framkommer att arbetssätten kring delaktighet sett ungefär likadana ut de senaste åren. I få intervjuer beskrivs rutiner och gemensamma arbetssätt för att säkerställa barns och ungdomars rätt till delaktighet och inflytande. Samtidigt framkommer att medvetenheten om delaktighet har ökat och det beskrivs att det på övergripande nivå pågår ett intensivt arbete kring barnrätt som börjat ge resultat genom att frågor lyfts, exempelvis gällande maktfördelningen vid SIP-möten.

Länsgemensamt har ett arbete med att konkretisera vad barnrättsperspektivet innebär i SIP-processen påbörjats. I de SIP-utbildningar som har erbjudits både regionens och kommunernas verksamheter har barnrättsperspektivet inkluderats i en fördjupningsutbildning. Det handlar om barnets rätt till delaktighet och inflytande med exempel på hur barn och unga kan göras delaktiga. Inom Första linjen har verksamheterna barnrättsombud, vilket beskrivs bidra positivt till barns och ungas möjligheter till delaktighet. Inom Folktandvården utbildas personalen i barnkonventionen och de beskrivs i intervjuer vara kunniga i den typen av frågor.

Frågor kopplade till barnperspektiv och barnkonventionen beskrivs av flera vara mer närvarande på en strategisk nivå och inte lika närvarande i verksamheter i det dagliga arbetet. Samtidigt beskriver flera intervjupersoner att medvetenheten om barnrätt har ökat.

Förhållningssättet till delaktighet och inflytande för barn och unga i samverkan skiljer sig mellan intervjupersonerna. Det handlar exempelvis om i vilken utsträckning barn och unga närvarar vid SIP-möten. Orsaker till att barn och unga inte deltar kan vara att de inte vill, inte bedöms klara av det, eller inte känner att de orkar. Yngre barn beskrivs vara med i mindre utsträckning än ungdomar. I några intervjuer framkommer andra brister kopplade till delaktighet. Det kan vara att föräldrar kommer till tals men inte barn, att ungdomar inte känner sig hörda, att barn borde vara med oftare än de är, att barn glöms bort och att barnets perspektiv, deras egna erfarenheter och berättelser sällan går först. Ett annat perspektiv som kommer upp i någon intervju är den maktobalans som uppstår mellan verksamheter och vuxna och barn och unga. Ibland kan det på grund av denna obalans vara bättre att barnet eller ungdomen inte närvarar utan att någon annan är där för att representera barnet/ungdomen.

Generellt visar resultaten att många tycker att delaktighet är viktigt. En del beskriver att arbetet med delaktighet fungerar bra inom verksamheten. Barn och unga tillfrågas om de vill ha någon utöver föräldrar med sig vid SIP, och SIP beskrivs som barnets/ungdomens möte, där de får komma till tals. Några intervjupersoner beskriver att förberedande möten där barnet eller ungdomen ibland är med, ibland har man även förmöten enbart mellan verksamheter för att klargöra roller inför SIP-möten. En del beskriver anpassningar som görs för att barnet eller ungdomen ska kunna delta – det kan handla om att barnet eller ungdomen bara är med några minuter under mötet eller att de kan delta via video eller telefon.

Samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer

För att undersöka hur samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer utvecklats deltog organisationerna OCD-förbundet, Suicide Zero, Frisk och fri Värmland samt Civilisationen i en digital fokusgrupp som Socialstyrelsen bjöd in till. En uppföljande intervju med samordnaren för medverkan i Region Värmland gjordes också. I intervjuerna med verksamhetsrepresentanterna ställdes frågor om samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Området knyter an till de prestationer och effekter i verksamhetslogiken som handlar om patient-, brukar- och anhörigorganisationers roll och delaktighet, se tabell 9 ovan.

I arbetet med samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer har medel från överenskommelsen använts till att finansiera en

samordnarroll för NSPH. Detta beskrivs ha bidragit positivt i utvecklingen av samverkan med intresseorganisationer.

Samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer beskrivs som mer självklart på strategisk nivå jämfört med i olika verksamheter. Regionen beskrivs i några intervjuer ha kommit längst i att etablera samverkan, exempelvis finns patientforum inom rättspsykiatri som beskrivs fungera väl. NSPH beskrivs ha fått stort utrymme i det mer strategiska arbetet.

På verksamhetsnivå beskrivs att informationsdelning, eller att verksamheten tar del av organisationers utbildningar, sker på andra sätt än bara att verksamheter bjuder in till dialog kring utvecklingsarbete. enligt fokusgruppen har samverkan med regionen utvecklats, bland annat har man börjat arbeta med ett brukarråd. BUP har sedan lämnat arbetet för att istället arbeta på annat sätt inom området inflytande/brukarråd. De intervjuade har olika bild av hur samverkan med BUP fungerar. Å ena sidan beskrivs samverkan ha skiftat till att mer handla om att sprida information jämfört med tidigare, å andra sidan beskrivs den i en annan intervju ha förbättrats på så vis att intresseorganisationer upplever att de blir mer lyssnade på. När det gäller att inkludera barn och unga i utvecklingsarbete beskrivs att några kommuner ha kommit längre. Dessa kommuner har exempelvis anställt unga kommunutvecklare. Även regionen har anställt unga regionutvecklare. Intresseorganisationerna arbetar för att utveckla samverkan och samordning sinsemellan.

Tidigare under utvärderingen har behov kopplade till metoder för arbete med brukarinflytande identifierats. En utmaning som framkommer i den avslutande datainsamlingen är tillvägagångssätt för att få till delaktighet och inflytande för målgruppen barn och unga; det upplevs exempelvis vara svårt att hitta barn och unga för deltagande. En möjlig väg framåt i det länsövergripande arbetet beskrivs vara Unga utvecklare. Även andra former för inflytande och delaktighet har utvecklats. Exempelvis finns ett pågående arbete med ett levande bibliotek som är tänkt att finnas tillgängligt för både kommuner och regionen i Värmland.

Uppföljning av samverkan

Uppföljning av samverkan är ett område där det i början av utvärderingen konstaterades finnas förbättringsbehov, bland annat kopplat till uppföljningen av *Plan för psykisk hälsa*. Tidigare under utvärderingen har myndigheten identifierat behov kopplade till metoder för att följa upp och utvärdera samverkan. Området knyter an till de prestationer och effekter i verksamhetslogiken som handlar om uppföljning av samverkan och SIP, se tabell 9 ovan.

Som en del i att stödja verksamheterna under utvärderingen genomförde Socialstyrelsen under 2023 en workshop på temat uppföljning av samverkan

tillsammans med nyckelpersoner för samverkan i Värmland. Resultaten från workshoppen visar dels att det finns en enighet om att arbetet med att följa upp samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa fortfarande behöver utvecklas. Beskrivningarna av hur samverkan följs upp i dagsläget varierar: allt från att det inte är mycket som egentligen följs upp till flertalet beskrivningar av pågående uppföljningar av samverkan.

Workshopdeltagarna beskrev också att enskilda verksamheter genomför uppföljning och att enskilda ärenden kan följas upp, men att det inte sker någon gemensam uppföljning av samverkan mellan verksamheter och mellan huvudmännen gemensamt.

I intervjuerna med verksamhetsrepresentanter beskrivs även genomgående fortsatta utmaningar med att få till uppföljning av samverkan. Som framkommit även tidigare i processen finns funderingar om hur kvalitet i samverkan kan mätas och vilka resultat insatser ger. Liksom under workshoppen beskriver några personer uppföljning inom enskilda verksamheter där exempelvis antalet ärenden, genomförda SIP-möten och föräldrars upplevelser av insatser ingår.

I Socialstyrelsens återföring efter workshoppen konstaterades att det finns ett behov av stöd för att komma vidare i arbetet med att följa upp samverkan. Detta kan sättas i relation till svar under workshoppen som föreslog att ”bara börja” eller att börja litet i form av en pilotstudie eller liknande. Andra menade att det behövs ett större omtag i hela länet och ett gemensamt arbete med att definiera mer konkreta mål och indikatorer utöver de som återfinns i nuvarande *Plan för god psykisk hälsa* i Värmland. Socialstyrelsens slutsats är att det således finns flera möjliga vägar framåt i arbetet med att utveckla uppföljning av samverkan kopplat till målgruppen.

På läns-gemensam nivå finns idag ett pågående planeringsarbete för att utveckla uppföljningen av samverkan kopplat till *Plan för psykisk hälsa*.

Vägen framåt

I intervjuerna med framförallt ledning för verksamheterna har flera reflektioner om framtiden inom området samordning och samverkan med fokus på barn och unga i Värmland. Ett urval av dessa reflektioner sammanfattas här:

- Dagens ekonomiska läge kan komma att påverka utvecklingen av samverkan till följd av minskade resurser. Samtidigt ses en möjlighet i att prioritera det viktigaste och det påpekas att samverkan och sammanknutna verksamheter är en nödvändighet om resurserna är knappa.
- Att se på hälsan i helhet, både den fysiska och psykiska tillsammans, beskrivs som ett önskat läge både av verksamhetsrepresentanterna och i fokusgruppen med patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Ett tema

som framkommer är ett önskat läge där det finns ett större fokus på främjande och förebyggande arbete jämfört med idag. Länsövergripande beskrivs att det finns en vilja att styra utvecklingen i den riktningen.

- Att lyfta barnfrågorna ytterligare i regionen, inkluderat barns rätt till delaktighet.
- Många beskriver att det behövs en konkretiserad och länsövergripande uppföljning på flera nivåer. Det finns en tydlig önskan om att enas om vad som egentligen ska följas upp.

Plan för psykisk hälsa ska revideras och kopplas samman med den kommande nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention. Även länsöverenskommelser inom olika områden som rör samverkan ska revideras under 2024. Framöver fortsätter arbetet med att renodla avtal och tydliggöra uppdrag för bland annat Första linjen samt att fortsätta säkerställa att SIP används.

Diskussion och slutsatser

Under utvärderingen togs en verksamhetslogik för samverkan och samordning med fokus på SIP och delaktighet för barn och unga med psykisk ohälsa i Värmland fram, se tabell 10. I tabellen visas enbart de emotsedda effekterna i verksamhetslogiken.

Tabell 10. Effekter verksamhetslogik

Individ	Verksamhet	System
<p>Tydlig och effektiv vård- och omsorgskedja utifrån individers behov och delaktighet.</p> <p>God tillgänglighet till vården.</p> <p>Rätt insats på rätt nivå i rätt tid med barnets bästa i fokus.</p> <p>God psykisk hälsa för barnen och de unga (grupp eller individ).</p> <p>Delaktighet i SIP och andra samverkansprocesser.</p>	<p>Samordnat arbete med psykisk ohälsa.</p> <p>Mer effektivt resursutnyttjande.</p> <p>SIP av god kvalitet och i tillräckligt antal.</p> <p>Säkerställd uppföljning.</p>	<p>God och jämlik psykisk hälsa.</p> <p>God och nära vård.</p> <p>Delaktiga patient-, brukar- och anhörigorganisationer.</p>

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att flera av de förväntade effekterna i den lärande utvärderingen är på god väg att uppnås. Det gäller framför allt effekter inom verksamhetsperspektivet där det finns indikationer på positiva förändringar i samverkan och samordning både mer generellt, och gällande samverkan mellan verksamheter genom SIP.

I arbetet med att förbättra samverkan har fokus varit på systemet som helhet och samverkan på mer övergripande nivå bedöms utifrån underlaget ha ökat. Många olika initiativ är på gång dock sedan tidigare eller är kopplade till andra utvecklingsarbeten, vilket gör det svårt att bedöma i vilken utsträckning resultaten är kopplade till utvärderingsområdet. När det gäller mer operativ samverkan mellan verksamheter är den sammantagna bedömningen utifrån aktörskartorna att det inte skett några större förändringar i hur samverkan kopplat till barn och unga med psykisk ohälsa generellt fungerar. Samtidigt tycks samverkan ha utvecklats ur vissa aspekter, till exempel mellan socialtjänsten och skolan. Utmaningar kvarstår kopplat till bland annat ansvarsfördelning mellan verksamheter såsom BUP och Första linjen samt BUP och socialtjänsten.

Utifrån intervjuerna bedömer Socialstyrelsen att samverkan genom SIP har förbättrats, både när det gäller kännedomen om SIP och hur vanligt det är att genomföra SIP-möten. De SIP-utbildningar som erbjuds både kommuners och regionens verksamheter har bidragit till förändringen, bland annat genom att öka kännedomen om vad SIP är och hur verksamheter kan arbeta med SIP. Det finns dock fortsatt utmaningar kopplade till kvalitet i SIP, till delaktighet för barn och unga samt till uppföljning.

När det gäller effekter avseende delaktighet för barn och unga respektive patient-, brukar- och anhörigorganisationer bedömer Socialstyrelsen att det trots en viss förändring i positiv riktning finns stort utrymme för fortsatt utvecklingsarbete. Medvetenheten om delaktighet uppfattas ha ökat. Samtidigt beskriver få verksamheter att de har strukturerade arbetssätt kopplade till delaktighet, och verksamheternas syn på hur och i vilken utsträckning barn och unga bör vara delaktiga i samverkan och SIP skiljer sig åt. Patient-, brukar- och anhörigorganisationer inkluderas i samverkan i större utsträckning på strategisk nivå, men i liten utsträckning i verksamheterna – samverkan handlar då ofta om informationsdelning. Socialstyrelsen kan, med anledning av de få deltagarna i intervjustudien, inte uttala sig om effekter i verksamhetslogikens individdel.

Effekt målet om säkerställd uppföljning bedöms inte vara uppfyllt, men det har varit en fråga som löpt med i den lärande utvärderingen under tid och det finns fortsatt ambitioner att utveckla uppföljningen av samverkan. Övergripande strukturer eller rutiner för att följa upp SIP eller annan samverkan har inte tagits fram. Det handlar dels om att prioritera vilken samverkan som behöver följas upp, dels om hur kvalitet i samverkan ska följas.

I vilken utsträckning arbetet i Värmland har bidragit till en god och jämlik psykisk hälsa för barn och unga behöver följas över tid. Förändringar i samverkan och samordning skulle på sikt kunna bidra till en ökad och mer jämlik psykisk hälsa.

Lärande observationer

Socialstyrelsen har genom utvärderingen identifierat några huvudsakliga lärande observationer som verksamheterna och andra aktörer på nationell, regional och lokal nivå kan dra nytta av.

- Det är viktigt att prioritera arbete med att utveckla samverkan mellan olika aktörer som möter en och samma målgrupp. På liknande vis kan man undersöka hur gränssnitt mellan verksamheter som möter samma målgrupp kan bli tydliga och samtidigt bidra till att ingen faller mellan stolarna.
- SIP är ett viktigt verktyg för att samordna vård- och omsorg när barn eller unga behöver ha kontakt med flera aktörer. Det är viktigt att SIP upprättas tillsammans med barn och vårdnadshavare och att barnets medverkan anpassas utifrån barnets behov och önskemål. Syftet med SIP är att ta fram en individuell plan för att samordna insatser utifrån barnets behov. Tre principer i SIP är att planen utgår ifrån samtycke, delaktighet och att arbetet ska påbörjas utan dröjsmål.
- Socialstyrelsen bedömer att en prioriterad del av arbetet inom vården är att vidareutveckla delaktighet och inflytande för barn och unga med sammansatt problematik och att forma vårdinsatser efter patienternas behov.
- Patient-, brukar- och anhörigorganisationer kan vara en nyckelpart i arbetet med delaktighet och inflytande, såväl på system- och verksamhetsnivå som på individnivå.
- Uppföljning av samverkan kan bidra till att identifiera utvecklingsområden och säkerställa kvaliteten i genomförda insatser. Det finns dock utmaningar kopplat till uppföljning av samverkan. Uppföljning kan ske på flera olika sätt, och genom att exempelvis påbörja pilotprojekt eller kortare uppföljningsinsatser kan verksamheter identifiera lämpliga uppföljningsformer.

Socialstyrelsen har också återkopplat resultaten och de lärande observationerna till kontaktpersoner för insatsen och haft en avslutande dialog om den lärande utvärderingen. I dialogen framkom följande:

- Den lärande utvärderingen har bidragit till att arbetet hålls vid liv.
- Kontaktpersonerna känner igen sig i den bild som myndigheten presenterar i den lärande utvärderingen.
- Socialstyrelsens kontaktpersoner uppskattar att utvärderingen skett genom en öppen dialog och att myndigheten haft en tydlig plan och vilja att fortsätta även när utvärderingen stött på hinder. Ett hinder som uppstod tidigt i utvärderingen handlade om olika bilder av val av målgrupp, och utfallet av en workshop som myndigheten genomförde.
- Det hade varit en fördel om båda parter var för sig och gemensamt tydligare hade formulerat mål och syfte för arbetet.

Individer och slutmottagare i den lärande utvärderingen

Inom ramen för den lärande utvärderingen har Socialstyrelsen intervjuat sammanlagt åtta unga och åtta vårdnadshavare eller motsvarande, för att lyfta fram deras synpunkter om insatser de har tagit del av inom psykisk hälsa. I detta kapitel beskrivs en sammantagen bild av målgruppens erfarenheter av insatserna. De teman som tas upp är bemötande, delaktighet och inflytande, personcentrering, samverkan, tillgänglighet, kontinuitet, uppföljning och utvärdering.

Bemötande

Flera deltagare beskrev att ett vänligt välkomnande intryck och att personalen visade omtanke var viktigt för att de skulle känna förtroende. Många framhävde personalens viktiga insats när de bemött deltagarna på ett kunnigt, vänligt och accepterande sätt samt lyssnat in. Flera deltagare uppskattade när personalen träffat andra i liknande situationer och visat förståelse och acceptans.

”Jag tycker det var jättebra plus att de verkligen lyssnade på [barnet] och mig. Man blev inte ifrågasatt.”

Andra deltagare lyfte att personalen skulle kunna lyssna mer på vad de önskade utan förutfattade meningar. Relationsskapande var en annan nyckelfaktor. Att byta till en ny kontaktperson kunde vara utmanande. Det upplevdes som positivt om det var tydligt vem som ansvarade för vad och vem man kunde vända sig till.

”Spelar ingen roll med ålder men det är det med att träffa olika personer, det spelar ingen roll om mamma eller pappa är med för ’du’ är ju en person som man inte känner. Så blir det ganska ... börja om från början varje gång man träffar en ny. Relationsskapande är jag helt övertygad om är viktigt.”

Delaktighet och inflytande

Ett tydligt mönster var att deltagarna ville kunna framföra förslag och bli lyssnade på, men även bli hörda och ha inflytande. Deltagare upplevde det som positivt när personalen lyssnade in deltagarnas behov, föreslog alternativ, diskuterade vilka hinder som kunde finnas och tillsammans tog fram en handlingsplan.

”Alltså det har varit väldigt att de har fokuserat att lyssna på vad jag vill. Vad jag känner mig redo för. Vad jag vill göra. Så här: ’Jag tror att det skulle vara bra för dig.’ [...] Väldigt mycket att om man vill göra nåt eller ändra nåt så har de lyssnat.

De som från början haft tydliga kartläggningsmöten med personalen och fått en djupare förståelse för vad som skulle hända och kunde påverka planen, upplevde det som positivt.

”Så hade vi några kartläggningsmöten, då vi pratade om vad jag behövde hjälp med och vad jag gått igenom så [personal] kunde förstå djupare – ’Okej då tänker du så här då kanske du inte vill göra så här just nu’ – verkligen så jag inte skulle vara pressad att göra något jag inte ville. Väldigt positivt.”

Det beskrevs att vissa ungdomar var tysta under möten, eller sa att de inte ville vara med, men att de uppskattade att bli tillfrågade om de ville ta upp något på mötet och få en sammanfattning efteråt.

”Lyssna på vad jag har att säga, vad jag tycker. Det är jag som mår dåligt – vet jag det bättre själv. De behöver inte alltid göra som jag säger, jag har inte alltid rätt, men vill alltid att de ska lyssna, höra vad jag säger. [...]”

Vikten av att lyssna på barn betonades i intervjuer med vårdnadshavare, men också att vuxna samtidigt har en viss bestämmanderätt eftersom barnen är omyndiga.

Personcentrering

Flera deltagare beskrev att insatserna anpassades efter individuella behov. Det upplevdes som positivt när personalen visade förståelse och anpassade för funktionshinder. Exempel på sådant som uppskattades var när personalen lyssnade noggrant, anpassade sitt språk, pratade tydligt och erbjöd konkreta förslag som passade den enskilda personen. Å andra sidan upplevde vissa deltagare att insatserna inte var tillräckligt personcentrerade och önskade mer anpassning baserat på funktionsnedsättning och diagnos. Sådan anpassning kunde innebära tydligare strukturer, förhandsplanering, och att ha sensoriska leksaker eller hjälpmedel tillgängliga under samtal. Flera vårdnadshavare med barn i skolålder hade önskemål om mer anpassning i skolan. Flera lyfte relationsskapande som en central del av arbetet. Det togs upp att när man har en god förståelse för ungdomen blir det lättare att föreslå nya strategier som kan fungera för just den individen. Flera deltagare lyfte det som viktigt att barn får fler verktyg för att hantera sina utmaningar och svåra situationer men också för att lyfta fram sina styrkor.

”Får inte bli fokus på att allt är svårt och jobbigt. [...] Är du tonåring med problematik så behöver du få hjälp och göra positiva saker för att lyckas. Precis som att packa ryggsäcken med böcker eller vad det än handlar om – barn behöver olika hjälp. Så är det ju, vi är olika och har olika behov och

förutsättningar. Men det finns alltid goda egenskaper – alltid förutsättningar för att man ska kunna lyckas. Där behöver ju – ju äldre de blir behöver man ha ett samtal ... 'Vad tycker du?' Menar inte bara att göra det man tycker är kul men man måste få göra de saker man har en styrka i för att skapa en meningsfullhet.”

Kontinuitet

Ett mönster som framträdde i intervjuerna var att förutsägbarhet i träffar och vad som skulle hända framåt beskrevs som viktigt. Alla deltagare önskade kontinuitet med vilken kontakt de träffade och att det var viktigt att veta vem man kunde vända sig till. Det lyftes även fram som viktigt att ha en handlingsplan för hur insatsen ser ut framåt samt en tydlig uppföljning och utvärdering. Handlingsplanen kunde inkludera information inklusive skriftlig dokumentation med tidsplan och beslut om vad som skulle hända. Detta ansågs vara viktigt för att deltagarna skulle veta vad de hade att förhålla sig till.

”Man skulle kunna ha en mer utförlig plan framåt: hur gör vi nu? Det har jag inte sett alls. Det finns ingen handlingsplan.”

Vissa deltagare upplevde annars att de själva behövde driva på för att något skulle hända och uttryckte oro för att inte bli kontaktad igen. De uppskattade mycket när de visste att återkoppling skulle ske.

”I början tror man att man ska få mer hjälp. Man tror att det ska rulla på när man väl är inne. Men inget sker med automatik.”

Samverkan

Deltagare lyfte det som väldigt positivt när personalen från verksamheter hade god kontakt med andra aktörer. Det är även något som flera verksamheter i insatserna på olika sätt arbetar för att åstadkomma.

När samverkan fungerade väl mellan olika verksamheter upplevdes det som tryggt och att överlämningarna var smidiga. Speciellt när det rörde sig om dubbeldiagnoser var det tryggt att verksamheterna samordnade och att det var tydligt vilken verksamhet barnet hade uppföljning hos. Flera vårdnadshavare berättade att de var informationsbärare mellan BUP och andra verksamheter som skolan, och de uttryckte oro över att det hade blivit missar i kommunikationen när de berättade vad andra instanser sagt.

”Vi fick berätta vad de andra sagt. Nästan allt ansvar ligger hos oss föräldrar att vidarebefordra informationen. Det blir väldigt konstigt.”

Detta speglar också utmaningar som verksamheterna själva ofta beskriver i insatserna, där det exempelvis handlar om utmaningar kopplat till gränssnitt och resurser.

Flera deltagare lyfte positiva effekter av samordnad individuell plan (SIP). Exempelvis upplevde de att kommunikationen mellan verksamheterna hade blivit bättre och att familjen inte behövde vara informationsbärare i samma utsträckning. De uppskattade när det funnits en tydlig agenda för mötet, att alla som kallades visste vad som skulle tas upp, och även att det sattes mål under mötet som dokumenterades och som följdes upp efter mötet. Deltagarna lyfte det som positivt att de på så sätt kunde se vad som bestämdes, samt vem som var ansvarig för vad. Det togs även upp att det var viktigt att lyfta vad som fungerar och vad som kan utvecklas och inte bara diskutera problemen. Deltagarna berättade att de tillfällen när SIP inte fungerade så väl var när det hölls möten utan agenda och mötesordning, när mötet enbart gällde informationsdelning och när mötet inte följdes upp eller ledde till något.

”Oavsett om det är på BUP, avdelning, försäkringskassan, skola – så är det så här att föräldrarna i det här kanske inte kommer ihåg allt, det är känslösamt. Sitta på BUP med ett barn som inte mår bra och fokus på fel faktorer. Då behöver man kunna gå tillbaka och se vad man kom överens om egentligen, vem var ansvarig för vad.”

Önskemål som lyftes var också att en samordnare skulle hålla i mötet och fokusera på att det blev en konstruktiv plan med lösningar.

”Jag skulle vilja att det var en som höll i mötet som samordnare som knyter ihop det: ’Har vi pratat om det här, vad ska vi göra åt det?’ Det skulle jag vilja. Med skolan och socialtjänsten, kurator: ’Vi tänkte så här’ – men så blev det inte. Ännu ett möte – vad gav det? ’Nu testas det här.’ Bara ord. Man blir trött. Tid man kunde lagt på något konstruktivt.”

Det beskrevs som negativt om det var för många människor med under mötet. Några av de intervjuade sa att det inte var ett självändamål att unga är med under hela SIP-mötet om språket på mötet inkluderade facktermer. Förslag kom upp om att barnet kan vara med en stund, ha en avstämning under ett förmöte och en sammanfattning efter. Flera deltagare lyfte att de önskade att individen var i centrum för professionernas samarbete. De tog upp att det kunde vara många personer inblandade från verksamheterna och ibland svårt att förstå hur de samarbetade. De föreslog att det skulle kunna tydliggöras vem som gör vad.

”Det är ju det här med tydlighet. Vem tar ansvar ... Jag tror att det är sådana saker. Tydlighet. Relationsskapande. Och individen i centrum för professionernas samarbete.”

Tillgänglighet

När det gäller tillgänglighet var det få gemensamma mönster eftersom både insatserna och var insatserna ges i landet skiljde sig åt. Ur verksamhetsperspektivet kommer det i flera insatser fram att tillgänglighet är en pågående utmaning.

De flesta som bodde långt från verksamheterna beskrev att de väntade sig att det skulle ta tid att ta sig dit. Men andra föreslog lösningar som till exempel att professionen kom närmare patienterna.

” [...] Det kan jag tänka – har jag tänkt i många år – men kanske lättare om professionen kommer ut till oss, rullande i månaden. Jag vet ju inte hur logistiken skulle funka med det men jag tänker att det är som andra yrken t.ex. specialistkirurgi – just den här veckan tar vi hit proffset.”

Vissa uppskattade möjligheten att på grund av långa resvägar kunna få digitala föräldrautbildningar och telefonsamtal om medicinuppföljning. Andra lyfte vikten av att ha träffar på plats och menade att de upplevde videomöten som opersonligt. När det handlade om de verksamheter där det varit svårt att komma fram via telefon, upplevdes det som speciellt otryggt om det gällde frågor om medicin.

”När det är lämpligt och funkar tycker jag vi ska lära oss av covid-restriktionerna – man måste inte alltid åka. Digitala möten kan vara bra ibland men det beror på. Är det SIP kan det vara vilket som, är det planeringsmöte med individen – nä så kanske inte en SIP är lämplig – då kanske man måste se kroppsspråk.”

För utredningar var det i regel få besök och även om flera var nöjda, upplevde andra att det har varit för få besök för att ge en fullständig bild av problematiken. Vissa upplevde att det skulle behövas en grundligare utredning för att det fanns andra förklaringar till barnets mående, och de upplevde att personalen missade att se barnets historik. Några lyfte vikten av tidiga insatser och sa att det hade varit hjälpsamt att få stöd redan när det började bli problem snarare än när det var svårt att ta sig ur det. Det berättades om att barn kan ha mycket i ryggsäcken, och att det är viktigt att fånga upp vad de bär på sedan tidigare för att ge stöd i hur man kan hantera det. Flera önskade individuellt föräldrastöd, att med en behandlare kunna diskutera strategier.

Uppföljning och utvärdering

De deltagare som beskrev att det var en uppföljning eller utvärdering tillsammans med personalen där de pratade om insatsen uppskattade det.

”Ja men man sammanställde ju lite. Och så visste vi ju hur det skulle se ut sen och vad som kommer.”

Det lyftes som viktigt att det var ett personligt möte för uppföljning om insatsen och eventuell effekt, och inte bara att fylla i en enkät som de inte fick återkoppling på. Vissa önskade mer fokus på det positiva vid uppföljning. Några tog upp att fokus på möten och uppföljning blev att summera vad barnet inte gjort, snarare än lösningar, och att det kunde vara jobbigt för barnet att vara med på. Det kom upp som förslag att fokusera på beteendemål som följs upp, för att se vad som har förändrats och beroende på vad, samt fokusera på att arbeta med det.

”Ja – ibland stirrar man sig blind – man ser inte alla förändringar lika fort. För de här barnen är det små steg – förändrar sig inte över en natt.”

Alla beskrev att de skulle uppskatta utvärdering. Vissa lyfte vikten av att skattningsformulären var förståeliga eller förklarades bra.

”Jag fick ringa till [personalen] och fråga: 'Jag förstår inte vad jag ska svara på.'”

Programutvärdering

Socialstyrelsen har tidigare beskrivit att myndigheten planerar en programutvärdering för att undersöka i vilken utsträckning kommuners och regioners insatser sammantaget och över tid har bidragit till att uppfylla överenskommelsens syften och inriktning. Med anledning av förlängningen av myndigheternas uppdrag kommer resultatet av utvärderingen att beskrivas i den slutredovisning som görs 2025. Under 2023 och våren 2024 har förberedande arbete genomförts.

Riktade stödinsatser

Socialstyrelsen genomför löpande olika insatser för att stödja kommuners och regioners arbete inom ramen för överenskommelsen. Under 2023 har stödet i huvudsak rört områdena inflytande och delaktighet för barn och unga med psykisk ohälsa samt uppföljning av samverkan.

Stöd inom inflytande och delaktighet

Under hösten 2023 bjöd Socialstyrelsen in till ett seminarium om delaktighet för barn och unga med psykisk ohälsa. Syftet var att synliggöra barn och unga med psykisk ohälsa som målgrupp för arbete med delaktighet inom vård och omsorg och identifiera utvecklingsbehov inom området. Seminariet vände sig till verksamma inom hälso- och sjukvård och socialtjänst eller annan omsorg som på olika sätt arbetar med delaktighet.

Under seminariet berördes vad som gäller kring delaktighet i vård och omsorg för barn och unga samt konkreta exempel på arbetssätt. Seminariet berörde även hur barn och unga mår och varför det är viktigt att involvera dem. Patient-, brukar- och anhörigorganisationer deltog i seminariet och berättade om sitt arbete inom området. Även verksamheter inom vård och omsorg deltog och beskrev sina konkreta erfarenheter av att arbeta med inflytande för barn och unga.

Fortsatta stödinsatser

Socialstyrelsen planerar att under uppdragets avslutande år hålla ett uppföljande, digitalt, seminarium på temat inflytande och delaktighet för barn och unga med psykisk ohälsa. Under seminariet kommer fokus att vara på konkreta tillvägagångssätt för att involvera gruppen barn och unga med psykisk ohälsa i utvecklingsarbete och strategiskt arbete. Seminariet kommer även beröra arbetssätt för att öka delaktigheten för enskilda individer inom gruppen i vård- och omsorgsinsatser.

Socialstyrelsen planerar även en stödjande aktivitet kopplad till metoder för uppföljning av samverkan under uppdragets avslutande år. Behovet av stöd inom området identifierades initialt i arbetet med den lärande utvärderingen i Värmland. Med anledning av det genomförde Socialstyrelsen under 2023 en workshop om uppföljning av samverkan och samverkansprocesser runt barn och unga med psykisk ohälsa i Värmland, vilket beskrivs i denna rapport utvärderingsdel. Utifrån Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens tidigare iakttagelser inom uppdraget samt innehållet i överenskommelsen bedömer Socialstyrelsen att det är relevant att erbjuda även andra kommuner och regioner stöd inom området.

Diskussion och sammanfattande iakttagelser

I detta avslutande kapitel beskriver Socialstyrelsen sina sammanfattande iakttagelser från uppföljningen av 2023 års insatser samt det övriga arbete myndigheten bedrivit inom uppdraget.

Socialstyrelsen observerar i årets uppföljning ett redovisat resultat i form av effekter i drygt 60 procent av de genomförda insatserna, vilket är något högre än föregående år [8]. Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att effekterna bygger på det som regioner och kommuner själva har redovisat i sina enkätsvar. Socialstyrelsen ställer inte några krav på hur effekter ska mätas eller redovisas. Effekter som återfinns i årets redovisning handlar exempelvis om ökad kompetens, tillgänglighet, och samverkan. Det finns därutöver många exempel på insatser som har blivit en del av ordinarie verksamhet i regioner och kommuner. Socialstyrelsen ser samma tydliga övervikt av satsningar på implementering av nya arbetssätt och metoder samt insatser inriktade mot kompetensutveckling som tidigare år. Ofta är målgrupperna för insatserna personal och verksamhet men också indirekt brukare och patienter, vilket exempelvis ses i utbildningssatsningar som leder till att slutmottagarna får ta del av en ny metod.

Många insatser har ett tydligt fokus på tidiga insatser mot kriminalitet och normbrytande beteende

Liksom föregående år ses hur större samhällstrender återspeglas i hälso- och sjukvårdens och omsorgens genomförda insatser. I tidigare års uppföljningar har bland annat pandemin tydligt påverkat insatserna inom överenskommelsen, genom till exempel insatser som fokuserade på ökad digitalisering. En annan omvärldsfaktor som har speglats i insatserna är det pågående kriget i Ukraina där aktiviteter har handlat om flyktingmottagande [8].

Ett tema som kan skönjas i årets lägesrapport är insatser som uttalat riktar sig till individer, främst unga, med koppling till kriminalitet och normbrytande beteende. Brottsförebyggande rådet publicerade 2023 en studie av barn och unga i kriminella nätverk. I rapporten framkommer att antalet misstankar gällande flera brottstyper de senaste åren har ökat i stor omfattning för barn under 18 år, både de som är straffmyndiga och de som är under 15 år [24]. Det är möjligt att den pågående samhällstrenden påverkar valet av insatser som genomförs inom överenskommelsen. De insatser som Socialstyrelsen observerar inom området fokuserar exempelvis på att utveckla befintliga insatser eller införa nya arbetssätt – ofta i samverkan med andra aktörer – för att såväl främja psykisk hälsa som

motverka normbrytande beteende, kriminalitet och rekrytering till kriminella gäng. Ett annat vanligt exempel på insatser är olika utbildningar för personal och verksamhet. Utbildningarnas syfte kan vara att öka kunskapen om målgruppen, introducera metoder för brottsförebyggande arbete, eller öka kompetens hos och sprida information till samarbetsaktörer, anhöriga och allmänheten. Insatserna återfinns inom flera områden i enkätredovisningarna, men främst bland insatser i kommunerna; där har ungefär var tionde insats inom området *en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg* detta fokus. Resultatet kan kopplas till kommunernas ansvar för såväl skola som socialtjänst. Kommunerna har dessutom sedan juli 2023 ett lagstadgat ansvar för brottsförebyggande arbete.⁵ Inom det brottsförebyggande arbetet har Socialstyrelsen flera kunskapsstöd för kommunernas arbete. Myndigheten har också ett pågående arbete med sociala förstärkningsteam som ska stärka socialtjänstens brottsförebyggande arbete med barn och unga, vilket syftar till att bidra till en mer kunskapsbaserad socialtjänst [25, 26]. Socialstyrelsen avser att i kommande programutvärdering beskriva utvecklingen av denna typ insatser över tid.

Patient-, brukar- och anhöriginflytandet behöver stärkas inom flera områden och särskilt för målgruppen barn och unga

I lägesrapporten som publicerades 2022 såg Socialstyrelsen en utveckling av patient-, brukar- och anhöriginflytandet på så sätt att brukare och patienter i större utsträckning faktiskt involveras i insatser. I lägesrapporten som publicerades 2023 uppmärksammades samtidigt att barn och unga inte var målgrupp för patient-, brukar- och anhöriginflytande i samma utsträckning som övriga åldersgrupper [8, 13]. I likhet med tidigare år ser Socialstyrelsen att insatser kopplade till patient-, brukar- och anhöriginflytande ofta handlar om verksamhetsutvecklande insatser. Effekterna som redovisas handlar framför allt om ökad kompetens, men också effekter i form av förbättring för patienter och brukare då insatser bland annat lett till en mer personcentrerad vård.

Årets uppföljning visar liksom förra årets uppföljning att barn och unga fortsatt inte är målgrupp för patient-, brukar- och anhöriginflytande i samma utsträckning som övriga åldersgrupper. Inom området *en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen* är barn och unga 0–17 år målgrupp i 19 procent av insatserna, vilket är en minskning från föregående år (29 procent). Exempelvis handlar insatserna inom området om att anställa brukarsamordnare eller peer supporters, genomföra

⁵ Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete.

brukarrevisioner, eller införa brukarråd eller liknande insatser som oftast inte införs i verksamheter som arbetar primärt med barn och unga.

Samtidigt visar svaren på vilka perspektiv som varit mest framträdande i överenskommelsen att barnrätt är ett av de två perspektiv som oftast angetts. Ett undantag är att barnrätt som perspektiv inte är särskilt framträdande inom området *en systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen*. För perspektivet barnrätt fokuserar de insatser som genomförs i stor utsträckning på att förbättra förutsättningarna och möjligheterna för barns och ungas delaktighet och inflytande. Av FN:s konvention om barns rättigheter, som är lag i Sverige sedan 2018, framgår i artikel tolv att barn har rätt att uttrycka sig i alla frågor som rör barnet och att barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Delaktighet och inflytande i den egna vården är ett tema som återfinns i de lärande utvärderingarna. I ett par utvärderingar ser Socialstyrelsen att det ur verksamhetsperspektivet kan finnas olika bilder av barns och ungas delaktighet. Resultaten från intervjuerna med barn, unga och vårdnadshavare visar att det ses som viktigt att kunna framföra förslag och att bli lyssnad på. När det finns ett gott bemötande upplevs detta som mycket positivt. Ytterligare en aspekt som myndigheten har observerat i intervjuerna är vikten av tydlig information och planering för barnet. I intervjuerna finns flera exempel på att detta inte alltid fungerar optimalt.

Årets uppföljning stödjer tidigare års slutsats om att det är en bit kvar innan barn och unga inkluderas som målgrupp för inflytandearbete i samma omfattning som övriga åldersgrupper [8]. Socialstyrelsens bedömning är därför även i årets lägesrapport att det finns behov av att förstärka barns och ungas roll inom inflytandearbetet. Under hösten planerar Socialstyrelsen att genomföra ytterligare en stödjande aktivitet i form av ett seminarium på temat delaktighet för barn och unga, med psykisk ohälsa, inom vård och omsorg.

Behov av samverkan och delaktighet i psykiatrisk traumavård

Redovisningarna inom området *en förstärkt psykiatrisk traumavård* handlar till stor del om kompetensutveckling som riktar sig till den egna personalen och verksamheten. Målsättningar handlar i sin tur ofta om ökad kompetens eller tillgänglighet. Detta överensstämmer väl med fokus för området i överenskommelsen, där både kompetensutveckling och tillgänglighet lyfts fram som angelägna frågor att arbeta med.

Socialstyrelsen observerar att patientmedverkan i insatserna inom området förekommer i liten utsträckning jämfört med flera andra områden och enbart två procent av insatsernas aktiviteter handlar om samverkan. Regionerna har även angett i vilken utsträckning olika typer av samverkan prioriterats inom

området. Både samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer och samverkan mellan kommuner och regioner har prioriterats i liten utsträckning. Dessa områden är inte heller särskilt utpekade inom området i överenskommelsen, men Socialstyrelsen bedömer att det sannolikt finns omfattande behov av samverkan med både kommuner och patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom området.

Socialstyrelsen har i tidigare lägesrapporter beskrivit hur arbetet med olika perspektiv kan utvecklas [8, 13]. Även i årets insatser är de perspektiv som sällan redovisas hbtqi+, mångfald, jämställdhet och äldres perspektiv – detta ses generellt i de områden som Socialstyrelsen följer. Inom området *en förstärkt psykiatrisk traumavård* noteras särskilt att hbtqi+ respektive jämställdhet redovisats som särskilt framträdande av enbart två respektive tre regioner. Socialstyrelsen bedömer att båda dessa perspektiv borde ses som särskilt viktiga att arbeta aktivt med inom området en förstärkt psykiatrisk traumavård.

Ökade behov av tillgänglighet medför prioriteringar

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att psykisk ohälsa, hos barn och unga till och med 17 år fortsätter att öka [27]. Det är vanligt att kommuner och regioner i enlighet med prioriteringar i överenskommelsen redovisar insatser med målsättning att på olika sätt öka tillgängligheten till vård och behandling. Till exempel handlar en tredjedel av aktiviteterna inom området *främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga samt insatser för att stärka första-linjens vård och barn- och ungdomspsykiatrin* om personal- och resursförstärkning. Det kan röra sig om att anställa personal som behövs i utvecklingsarbete eller att enbart förstärka eller utöka personalstyrkan inom en verksamhet. Ytterligare ett exempel på sådan resursförstärkning är när stimulansmedel används till att upphandla externa utredningar och behandlingar hos privata vårdgivare.

Socialstyrelsen ser tendenser till att det omfattande behovet av vård och stöd kan medföra utmaningar kopplade till prioriteringar mellan tillgänglighet och andra aspekter. Den lärande utvärderingen om Sörmland visar att BUP där har anpassat sitt arbetsätt för att hantera efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar och en stor andel av patienterna har idag en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Behovet av att minska köer genom att prioritera utredningar kan samtidigt påverka utrymmet för att erbjuda andra typer av insatser. I den lärande utvärderingen om Värmland ses utmaningar kopplade till önskemål om mer stöd från, eller samverkan med, BUP. Det kopplas delvis samman med att Första linjen och socialtjänsten beskriver en ökad komplexitet i barnens behov.

Sammantaget ser Socialstyrelsen att många regioner har en pågående utmaning kopplad till såväl resurser som tillgänglighet som de aktivt arbetar med att hantera. Samtidigt finns ett behov av långsiktigt utvecklingsarbete för att arbeta i riktning mot en vård med god tillgänglighet i kombination med kontinuitet och personcentrering.

Samverkan är alltjämt en prioriterad men utmanande del av arbetet inom psykisk hälsa

Ett område som fortsatt återkommer inom många insatser är olika former av samverkan, samarbete och samordning inom och mellan vård- och omsorgsgivare samt andra aktörer. Lägesrapportens lärande exempel beskriver ett urval insatser som på olika sätt inkluderar samverkan mellan flera aktörer. Det kan handla om att gemensamt identifiera behov, bedriva gemensam verksamhet och att samverka med andra för att framgångsrikt kunna utföra verksamhetens uppdrag. Även i flera av de lärande utvärderingarna är samverkan en central del.

Utmaningarna kopplade till samverkan är flera. Resursbrist lyfts ofta som en generell utmaning i de lärande utvärderingarna, och det är något som kan påverka möjligheterna att prioritera och arbeta med samverkan. Samtidigt kan en god samverkan på sikt bidra till att resurser utnyttjas mer effektivt.

I intervjuerna med barn, unga och vårdnadshavare i den lärande utvärderingen framkommer att det upplevs tryggt när samverkan fungerar väl mellan olika verksamheter. Speciellt när det rör sig om barn med flera diagnoser var det viktigt att det fanns en samordning och en tydlighet kring vilken verksamhet barnet hade uppföljning hos. Flera föräldrar berättade att de var informationsbärare mellan BUP och andra verksamheter, vilket medförde en oro för föräldrarna. I det lärande exemplet om Gemensamma stödteamet i Västerås beskrivs ett arbetssätt som bidrar till samordning. Arbetssättet Gemensam verkstad samlar personer som möter barnen i olika situationer för att tillsammans komma fram till gemensamma lösningar. Ambitionen är att personerna som samlats runt barnet ska fortsätta samverka efter att insatsen avslutats.

Utmaningar i samverkan handlar också ofta om gränssnitt mellan olika aktörer, vilket Socialstyrelsen även noterade i lägesrapporten 2023 [8]. En del i utmaningarna med gränssnitt handlar också om att sjukdomstillstånd inte är statiska och bedömningen av ett tillstånd kan skilja sig mellan olika aktörer och funktioner. I de lärande utvärderingarna handlar gränssnitten ofta om vilken verksamhet barnet eller ungdomen bedöms tillhöra utifrån barnets eller ungdomens behov. Samtidigt återfinns många exempel på hur samverkan utvecklats för att hantera gränssnitten, och samverkan är generellt ett prioriterat arbete. I Värmland beskrivs fortsatt vissa utmaningar kopplade till gränssnittet mellan vilka patienter som utifrån sina behov hör

hemma hos Första linjen respektive BUP. I Gävleborg framkommer att gränssnitten nu är relativt tydliga men att samverkan kring gränsfall fortsatt behöver utvecklas. I Norrbotten beskrivs i sin tur att gränssnitten mellan exempelvis arbetsförmedlingen och MyKey medförde utmaningar i inledningen av projektet.

Ytterligare en aspekt att ta hänsyn till handlar om personcentrering och en sammanhållen vård och omsorg – där skarpa gränssnitt kan riskera att skapa ett mellanrum och en risk för att patienter och brukare hamnar mellan stolarna. Det kan finnas en utmanande balansgång mellan standardisering, genom exempelvis samverkansöverenskommelser eller vårdförlopp, och personcentrering och individanpassning. För att lyckas med samverkan behövs en god dialog och goda relationer samtidigt som samverkan som enbart förlitar sig på relationer riskerar att bli personberoende. Att samverkan tenderar att fungera olika väl beroende på vilka enskilda personer som samverkar är något som myndigheten observerat i flera av de lärande utvärderingarna. I det lärande exemplet om hälsoundersökningar för placerade barn i Aneby beskrivs samtidigt hur implementeringen av en överenskommelse om hälsoundersökningar har bidragit till att samverkan fungerar bättre i de fall överenskommelsens rutiner är applicerbara. Socialstyrelsen har tidigare noterat att en samordningsfunktion för olika arbeten och insatser ofta har varit lyckosamt [8]. Sammantaget ser myndigheten att samverkan är en utmanande del av arbetet inom vård och omsorg. Tydliga strukturer och gränssnitt, i kombination med en god dialog och ett gemensamt ansvarstagande, kan vara några av vägarna framåt.

Referenser

1. Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende Socialstyrelsen. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2023.
2. Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2023. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Regeringskansliet; Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
3. Lägesrapport 2024 – myndighetsgemensam promemoria. Följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Stockholm: Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten; 2024.
4. Begrepp inom området psykisk hälsa – Version 1.1. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinskt och social utvärdering, Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.
5. Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023. Stockholm: Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen; 2023.
6. Vägledning – Verksamhetslogik. Ekonomistyrningsverket; 2016.
7. Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020-2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner – Delredovisning 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
8. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention - Socialstyrelsens lägesrapport 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
9. Överenskommelse om rutin för hälsoundersökning i samband med placering för barn och unga mellan Region Jönköpings län och länets kommuner. <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/40ced66f-8952-4490-8717-f94927d97b0a?pageId=24556&blockId=24817> hämtad: 2024-06-13; Region Jönköpings län; 2024.
10. Öppenvård barn, betygsrapport - GST, Gemensamma stödteamet. Inkommet till myndigheten: Västerås kommun; 2024.
11. IPS (Individanpassat stöd till arbete). <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/individanpassat-stod-till-arbete/> Hämtad: 2024-06-14; Socialstyrelsen; 2023.
12. Slutrapport Mykey. Arbetsmarknadsförvaltningen, Luleå Kommun; 2023.
13. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention – Socialstyrelsens lägesrapport 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
14. KAMSO - Kalkylverktyg för insatser riktade mot social utsatthet. Umeå Universitet; 2022.
15. Unga som varken arbetar eller studerar [dataset] Sökning gjord 2024-05-27 från <https://www.kolada.se/verktyg/fri-sokning/?kpis=145212,145213&years=30200,30199,30198,30197,30196,30195,30194&municipals=16820,27513,82304&rows=municipal,kpi&visualization=bar-chart>. Kolada; 2024.

16. Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
17. Thomas R SS, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015.
18. Posner JP, Guilherme V;Sonuga-Barke, Edmund. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2020.
19. Psykiatrin i Siffror. Barn- och ungdomspsykiatrin 2023. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner 2024.
20. Att leda förändring i offentlig verksamhet. Ekonomistyrningsverket; 2017.
21. Hälso- och sjukvårdspersonal per 100 000, Psykolog, Offentlig och privat regi, Sysselsatta inom hälso- och sjukvård, Alla näringsgrenar, 2021 [Dataset] Sökning gjord 2024-05-29 från <https://sdb.socialstyrelsen.se/>. Socialstyrelsen; 2024.
22. Plan för god psykisk hälsa i Värmland 2021–2024. <https://www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/samverkan-avtal-och-vardval/psykisk-halsa/regional-koordinering-psykisk-halsa-rkph/om-regional-koordinering-psykisk-halsa-i-varmland-rkph/plan-for-god-psykisk-halsa-i-varmland> hämtad: 2024-09-10: Region Värmland.
23. Granskning av samverkan mellan region och kommun kring barn och unga med psykisk ohälsa - Helseplan; 2021. <https://www.regionvarmland.se/download/18.1a8c237f17a8346c8a326e56/1625701852255/Granskning%20samverkan%20avseende%20psykisk%20oh%C3%A4lsa%20bland%20barn%20och%20unga%20-%20RAPPORT.pdf> hämtad: 2024-09-10: Region Värmland; 2021.
24. Barn och unga i kriminella nätverk - En studie av inträde, brott, villkor och utträde. Stockholm: Brottsförebyggande rådet 2023.
25. Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende Socialstyrelsen. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2023.
26. Barn och unga som begår brott. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/unga-som-begar-brott/>: Socialstyrelsen; 2023.
27. Förekomst av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Aspekter av socioekonomiska utmaningar och förutsättningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

Bilaga 1. Tabeller

Andelen (%) med psykiatriska tillstånd i Riket efter diagnos och åldersgrupp, 2017–2023⁶

Diagnos	År	Ålder	Incidens_andel	Prevalens_andel
adhd	2017	7-12	0,8	2,3
adhd	2018	7-12	0,8	2,3
adhd	2019	7-12	0,9	2,5
adhd	2020	7-12	1,1	2,7
adhd	2021	7-12	1,2	2,9
adhd	2022	7-12	1,2	3,1
adhd	2023	7-12	1,2	3,3
autism	2017	7-12	0,3	0,9
autism	2018	7-12	0,3	1,0
autism	2019	7-12	0,3	1,1
autism	2020	7-12	0,3	1,1
autism	2021	7-12	0,3	1,2
autism	2022	7-12	0,4	1,2
autism	2023	7-12	0,4	1,3
psykiska sjukdomar och syndrom	2017	7-12	0,4	0,5
psykiska sjukdomar och syndrom	2018	7-12	0,4	0,6
psykiska sjukdomar och syndrom	2019	7-12	0,4	0,6
psykiska sjukdomar och syndrom	2020	7-12	0,4	0,7
psykiska sjukdomar och syndrom	2021	7-12	0,5	0,7
psykiska sjukdomar och syndrom	2022	7-12	0,5	0,7
psykiska sjukdomar och syndrom	2023	7-12	0,5	0,8

⁶ Informationen om diagnoser har hämtats från patientregistret som innehåller data om öppen och sluten specialistvård. Ingen skillnad har gjorts på huvud- och bidiagnoser. Diagnoserna definierades enligt ICD-10. Till psykiska sjukdomar och syndrom räknas här till exempel depression, ångest, ätstörningar och missbruk (F1–F6). Metod i samband med statistiska analyser i rapporten beskrivs i bilaga 3.

adhd	2017	13-17	0,9	4,2
adhd	2018	13-17	0,9	4,5
adhd	2019	13-17	1,0	4,8
adhd	2020	13-17	1,2	5,2
adhd	2021	13-17	1,3	5,6
adhd	2022	13-17	1,4	6,1
adhd	2023	13-17	1,6	6,7
autism	2017	13-17	0,4	1,6
autism	2018	13-17	0,4	1,7
autism	2019	13-17	0,4	1,9
autism	2020	13-17	0,5	2,0
autism	2021	13-17	0,5	2,1
autism	2022	13-17	0,5	2,2
autism	2023	13-17	0,6	2,5
psykiska sjukdomar och syndrom	2017	13-17	1,9	3,7
psykiska sjukdomar och syndrom	2018	13-17	2,0	4,0
psykiska sjukdomar och syndrom	2019	13-17	2,0	4,2
psykiska sjukdomar och syndrom	2020	13-17	2,0	4,3
psykiska sjukdomar och syndrom	2021	13-17	2,2	4,7
psykiska sjukdomar och syndrom	2022	13-17	2,2	4,9
psykiska sjukdomar och syndrom	2023	13-17	2,3	5,2
adhd	2017	18-29	0,3	2,2
adhd	2018	18-29	0,3	2,3
adhd	2019	18-29	0,4	2,5
adhd	2020	18-29	0,4	2,7
adhd	2021	18-29	0,4	3,0
adhd	2022	18-29	0,5	3,2
adhd	2023	18-29	0,5	3,7
autism	2017	18-29	0,1	0,9

autism	2018	18-29	0,1	1,0
autism	2019	18-29	0,1	1,1
autism	2020	18-29	0,2	1,2
autism	2021	18-29	0,2	1,3
autism	2022	18-29	0,2	1,4
autism	2023	18-29	0,2	1,5
psykiska sjukdomar och syndrom	2017	18-29	1,4	5,0
psykiska sjukdomar och syndrom	2018	18-29	1,4	5,1
psykiska sjukdomar och syndrom	2019	18-29	1,4	5,2
psykiska sjukdomar och syndrom	2020	18-29	1,2	5,0
psykiska sjukdomar och syndrom	2021	18-29	1,3	5,2
psykiska sjukdomar och syndrom	2022	18-29	1,2	5,2
psykiska sjukdomar och syndrom	2023	18-29	1,2	5,3

Bilaga 2. Metod lärande utvärdering

Om lärande utvärdering

För att fånga resultat och effekter av det utvecklingsarbete som pågår i regioner och kommuner, och samtidigt kunna stödja en fortsatt utveckling, har Socialstyrelsen utformat de utvärderande delarna av uppdraget utifrån ett lärandeperspektiv. Denna typ av utvärdering fokuserar på insatser medan de genomförs, dvs. under en viss period, och innebär en öppen och lärande ansats som är nödvändig för att kunna analysera och utvärdera utifrån lokala kontexter och villkor.

Till skillnad från ett mer traditionellt utvärderingssätt, som främst syftar till att mäta och granska måluppfyllelse, undersöker lärande utvärdering på vilket sätt insatser leder till leverans av prestationer som i sin tur kan orsaka effekter i flera led. Det handlar om prestationsnära effekter som är konsekvenser av användning av stimulansmedel, och berör därmed direkta målgrupper av insatser. Det kan även handla om effekter på medellång och lång sikt som kan ha påverkat fler målgrupper och verksamheter. Hit hör även insatser som har integrerats i ordinarie verksamhet. Utvärderarna återför löpande resultat, synpunkter och råd till dem som ansvarar för genomförandet. Denna typ av utvärdering innebär att huvudmännen får möjlighet att i dialog med Socialstyrelsen ta del av erfarenhetsåterföring och lärdomar från ett urval av utvecklingsarbeten. Utifrån dessa erfarenheter och lärdomar kan sedan pågående insatser justeras.

Arbetet med den lärande utvärderingen påbörjades hösten 2021. Fokus var på insatser för barn och unga, och ett målgruppsperspektiv hade anlagts på ett urval av satsningar inom överenskommelsen. I ett första steg inventerades möjliga utvärderingsobjekt på regional och lokal nivå. Urvalet baserades bland annat på en analys av insatsredovisningar. Mer specifikt rörde det identifiering av verksamheter som fokuserat på barn och unga. I nästa steg identifierades några regionala miljöer där regionala, kommunala och andra aktörer bedriver olika typer av verksamhet. Detta gjordes för att fånga bredden i det arbete som genomförts för att påverka målgruppens situation. Vidare ingick analys av en förstudie som genomfördes under 2020–2021, och utifrån den identifiering av aktörer som uttryckt behov av stöd för att utvärdera insatser som rör barn och unga. Urvalet bygger därmed på en sortering av identifierade aktörer mot en uppsättning strukturella kriterier. Mot denna bakgrund utgör utvärderingen även verksamhetsnära stöd i fyra utvecklingsarbeten.

Inom ramen för utvärderingen har Socialstyrelsen undersökt hur vissa insatser fungerar, samt vilka faktorer som direkt eller indirekt inverkat respektive inte inverkat på resultatet. Socialstyrelsen har utvärderat insatserna ur tre perspektiv – individperspektivet, verksamhetsperspektivet och systemperspektivet.

Utifrån individperspektivet har Socialstyrelsen fokuserat på barns och ungas samt vårdnadshavares erfarenheter av vissa insatser som finansieras eller delfinansieras med stimulansmedel. Socialstyrelsen har även undersökt dessa gruppers upplevelser av samverkan, tillgänglighet, delaktighet, bemötande och kontinuitet i vården och omsorgen i samband med att stimulansmedel använts. För att belysa detta har myndigheten genomfört workshoppar och intervjuer med företrädare för intresseorganisationer samt genomfört intervjuer med unga och anhöriga – läs vidare om intervjuer med barn och unga i bilaga 2.

För verksamhetsperspektivet har den huvudsakliga frågeställningen varit hur verksamheternas förutsättningar att ge en god vård och omsorg uppfattas av yrkesverksamma samt hur förutsättningarna utvecklats. Exempelvis kan det handla om samverkan, arbetssätt, bemanning och kompetensutveckling. För att belysa detta har Socialstyrelsen genomfört intervjuer och workshoppar med ledning och medarbetare i såväl de regionala och kommunala verksamheter vars insatser vi utvärderar, som i samverkande verksamheter. Det handlar om verksamheter så som barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabilitering, första linje, socialtjänst, skola och elevhälsa, tandvård med flera. Socialstyrelsen har regelbundet för dialog med berörda verksamheter, ledningsgrupper och styrgrupper. Vidare har vi analyserat styrdokument, överenskommelser och rutiner relaterade till berörda verksamheter. Utvärderingen med de fyra länen syftar också till att belysa hälso- och sjukvårdens och omsorgens kontexter och villkor när det gäller att prioritera, planera och följa upp kostnader och insatser. Verksamhetslogik har använts som en modell i detta sammanhang och anpassats efter de olika verksamheterna.

När det gäller systemperspektivet har Socialstyrelsen tittat på övergripande utmaningar och framgångsfaktorer i arbete med målgruppen barn och unga med psykisk ohälsa samt i olika former av utvecklingsarbeten som genomförs med hjälp av stimulansmedel. Personalförsörjning, regionala och lokala utvecklingsbehov, tillgänglighet och ohälsotal är exempel på parametrar som legat till grund för våra analyser ur ett systemperspektiv.

Metodbeskrivning för system- och verksamhetsperspektiv

För system- och verksamhetsperspektivet anlades ett verksamhetslogiskt metodramverk. För systemperspektivet har Socialstyrelsen i datainsamlingen 2023–2024 hämtat statistik från patientregistret, se bilaga 1. Därutöver har statistik över personalförsörjning och UVAS-målgruppen analyserats. Verksamheterna har fått beskriva utveckling kopplat till tillgänglighet, barns och ungas situation och mående samt betydelsen av stimulansmedel.

För verksamhetsperspektivet har verksamhetsföreträdare och personal fått beskriva utveckling kopplat till bland annat samverkan, arbetssätt, inflytande och delaktighet, bemanning och kompetensutveckling. Intervjuerna och workshopparna har varit semistrukturerade och utgått från gemensamma teman med viss anpassning utifrån utvärderingsområdet.

Sörmland

Digitala intervjuer har genomförts med verksamhetschef och personal som arbetar med stegvis utredning på BUP i Nyköping och Eskilstuna.

Norrbottnen

Digitala intervjuer har genomförts med coacher på MyKey, chef på arbetsmarknadsförvaltningen i Luleå, personliga ombud, representant gymnasieskola, representant socialförvaltningen, chef samordningsförbundet.

Gävleborg

Digitala intervjuer har genomförts med ledningsfunktioner för BUH, BUP och Första linjen i Gästrikland och Hälsingland. Fem digitala workshoppar för personal på BUH har genomförts: en för personal i Bollnäs, en för personal i Hudiksvall och tre för personal i Gävle. Representerade i workshopparna fanns olika professioner. Resultatet redovisas utifrån Gästrikland (Gävle) och Hälsingland (Hudiksvall och Bollnäs).

Värmland

Totalt genomfördes 25 digitala intervjuer fördelade över verksamheterna BUP, BUH, Barn-, unga- och familjehälsan, Första linjen, Folkandvården, medlemsorganisationer i NSPH i Värmland, elevhälsans medicinska insats i Karlstad, Torsby och Storfors, individ- och familjeomsorg i Säffle, Storfors och Torsby, Familjeavdelningen i Karlstad, personligt ombud i Karlstad samt med länsamordnare i Värmland. En uppföljande digital fokusgruppsintervju

med intresseorganisationer samt en intervju med samordnaren för medverkan i region Värmland genomfördes också under 2024.

En digital workshop med temat uppföljning av samverkan som riktades till ledning för verksamheterna genomfördes också.

Metodbeskrivning för intervjuer med unga och vårdnadshavare

Bakgrund och syfte

En del av den lärande utvärderingen av fyra insatser inom psykisk hälsa var att genomföra intervjuer med barn, unga och vårdnadshavare för att lyfta fram deras synpunkter efter att ha tagit del av insatser. Detta dokument beskriver intervjumaterial, datainsamling, analys och plan för rapportering.

Syfte

En del i uppdraget var att inkludera ett individperspektiv och lyfta fram tankar och erfarenheter från de målgrupper som har tagit del av insatserna. Intervjuerna syftade till att utforska synpunkter på insatser inom vård och omsorg från barn, unga och vårdnadshavare för att identifiera vad som fungerat för deltagarna och vad som kan utvecklas.

Metod

Intervjumanus

I intervjumanus och i intervjuerna inkluderades öppna frågor om vad informanterna tycker har varit framgångsfaktorer och möjliga utvecklingsområden i insatsen som är del av den lärande utvärderingen. Teman som inkluderades var samverkan, delaktighet och inflytande, kontinuitet, tillgänglighet, bemötande, personcentrering samt utvärdering och återkoppling. Intervjuerna avslutades med att informanterna fick möjlighet att ställa frågor eller dela allmänna reflektioner. Intervjuerna var semi-strukturerade. Intervjuguiden modifierades något efter testning. Informanter som upplevde det som hjälpsamt hade tillgång till bildstöd som var utformat genom <https://bildstod.vgregion.se/>. Det fanns under intervjuerna möjlighet att rita med papper och pennor, då detta visat sig hjälpa till i intervjusituationer [1].

Insamling av data

Förankring om intervjuerna med de olika verksamheterna skedde med guidande informationsblad om samtyckesförfarande, personuppgiftshantering

och informations-/dataöverföring till Socialstyrelsen. Samtycke till att medverka i utvärderingen inhämtades av personal i verksamheterna. När det gällde barn som inte själva lämnar samtycke, skulle de ändå så långt möjligt informeras om intervjun och utvärderingen. Om barnet var 15 år eller äldre och insåg vad utvärderingen innebar för barnets del kunde barnet självt ge sitt samtycke till deltagande. Samtyckesprocessen inkluderade skriftlig och muntlig information om personuppgiftshantering, frivillighet och möjligheten att avbryta när som helst. Utöver den muntliga informationen, skulle även enklare informationsblad, samt samtyckesbladet ges ut. Endast de som har tagit del av insatserna följdes upp och erbjöds intervju. En jämn köns- och åldersfördelning eftersträvades. Exklusionskriterier inkluderade behov av tolk, begränsad förståelse av informationsbladet, bedömd svårighet att svara på intervjufrågor samt akut eller instabilt mående och att en intervju skulle kunna påverka personen negativt. Det var önskvärt om personerna utöver det frågades relativt slumpmässigt. Intressenter informerades om att de hade möjlighet att ringa eller e-posta den som höll i intervjuerna (medicine doktor, legitimerad psykolog) eller Socialstyrelsen om de ville veta mer. Möte bokades in med respondenten och hölls i verksamheternas lokaler, och tog ungefär en timme. En forskare/utredare höll i intervjun och en utredare antecknade (under två intervjuer antecknade den som höll intervjun). Respondenten hade ingen annan med sig under intervjun. Respondenterna erbjöds möjlighet att se anteckningarna direkt efter intervjun för att kunna kommentera och/eller rätta dem.

Hantering av personuppgifter och sekretess

Att information och skriftligt samtycke lämnades ut och samlades in av verksamheterna skiljer sig från det tidigare föreslagna förfarandet i Konsekvensbedömningen, där information skulle skickas per post från Socialstyrelsen efter att samtycket lämnats in. Denna förändring gjordes för att det var viktigt att personen haft möjlighet att läsa information om utvärderingen och personuppgiftbehandlingen så att personen kunde ge informerat samtycke. En annan förändring jämfört med konsekvensbedömningen var att det nu var verksamheten som kontaktade respondenten för att koordinera tid och plats för intervjun. Denna förändring skedde eftersom Socialstyrelsen inte hade möjlighet att boka rum i de olika verksamheterna. Samtliga vårdnadshavare behövde samtycka för att ett barn under 15 år skulle kunna delta i intervjun.

Respondenterna fick information om att det är Socialstyrelsen som är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som behandlas i denna utvärdering. Det betyder att Socialstyrelsen är skyldig att se till att all information skyddas och hanteras på rätt sätt. I utvärderingen behandlas bara de uppgifter som är nödvändiga för att Socialstyrelsen ska kunna genomföra uppdraget. De uppgifter som behandlas är namn, telefonnummer, adress och de uppgifter om hälsa som lämnas. Personuppgifterna behandlas i arbetet med förebyggande hälso- och sjukvård samt social omsorg och behandlingen är

nödvändig för att Socialstyrelsen ska kunna utföra en uppgift av allmänt intresse. Inhämtandet av samtycke är en integritetshöjande åtgärd. Respondenterna informerades även om att de hade rätt att begära ett registerutdrag, få felaktiga uppgifter rättade eller raderade och rätt att begära begränsning av personuppgiftsbehandlingen. De informerades om att de hade rätt att lämna in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten om de var missnöjda med hanteringen av personuppgifter. De fick även information om att de kunde kontakta Socialstyrelsens dataskyddsombud. Respondenterna informerades även om att de åsikter som lämnades under intervjun inte kopplas till dem efter att intervjun är avslutad. De fick även information om att Socialstyrelsen kommer sammanställa resultaten från intervjuerna på gruppnivå och presentera dem i en rapport som publiceras hösten 2024.

Diarieföring

Dessa dokument diarieförs: informations- och samtyckesblad till barn, unga och vårdnadshavare, intern etisk bedömning, intervjumanus, slutgiltig rapport och tjänsteanteckning gällande mottagna samtycken och kontaktuppgifter, vägledande information till verksamheterna och en metodplan. När projektet avslutas är dokumenten, inklusive personuppgifter, inte längre relevanta och ska gallras. Gallring verkställs av projektledningen.

Dataskydd

Utredarna som höll i intervjun och antecknade kunde spara anteckningarna i datorn när de var utanför Socialstyrelsens lokaler för intervjuerna. Data var krypterade och det fanns tvåfaktorsautentisering. Samtycken och kontaktuppgifter sparas under utvärderingens tid i säker förvaring på Socialstyrelsen. Samtycken skickades med rekommenderad post från verksamheterna till Socialstyrelsen. Kontaktuppgifter skickades till Socialstyrelsen via en säker överföring på krypterat USB-minne med rekommenderad post. I konsekvensbedömningen står det att det andra alternativet att skicka personuppgifter var via krypterad e-post. Eftersom det bedömdes säkrare att överföra via krypterat USB-minne användes bara det alternativet. Samtycken och kontaktuppgifter inkom till registrator på Avdelningen för analys som sedan lämnade dokumenten till ansvarig för intervjuerna. Adressen till registrator på Avdelningen för analys fanns på ytterkuvert, och adress till ansvarig för intervjuerna stod på innerkuvert tillsammans med en notis om att innehållet är sekretessbelagt. I de fall informanten inte ville skriva på samtycket i verksamhetens lokaler, kunde samtycket skrivas på hemma och sedan skickas tillbaka till verksamheten med förfrankerad rekommenderad post, alternativt skickas med rekommenderad post från Socialstyrelsen via utredaren till Socialstyrelsen. En anmälan av ny personuppgiftsbehandling genomfördes i Socialstyrelsens förteckning.

Summering av etiska övervägningar och intern bedömning

Den interna bedömningen är att de åtgärder kopplade till potentiella risker som beskrivs i konsekvensbedömningen gällande dataskydd för undersökningar inom psykisk hälsa (i enlighet med artikel 35 i dataskyddsförordningen) samt i denna del bedöms vara tillräckliga för att minimera riskerna med intervjuerna. Under processen med att utvärdera insatserna har i samråd med Etiska rådet diskussion skett om intervjuer med barn och unga bör inkluderas utöver vårdnadshavare. Etiska rådet rekommenderade att barn och unga bör erbjudas intervjuer, utöver vårdnadshavare. Det etiska rådet betonade vikten av att inkludera barn och att särskilt sårbara grupper som barn kan bli diskriminerade om de exkluderas. Vidare rekommenderade Etiska rådet att den person som ansvarar för intervjuerna och som har forskarutbildning genomför en intern etisk bedömning före intervjuerna. Rekommendationer från Socialstyrelsens etiska råd har införlivats i processen. Den samlade bedömningen är att fördelarna med att inkludera barn och ungdomar i intervjuerna överväger eventuella risker. Genom att samla in information från barn, unga och vårdnadshavare kan vi följa utvecklingssatsningarna ända till de slutliga mottagarna och därigenom öka förståelsen för hur målgrupperna upplever insatserna. Att belysa deras perspektiv bidrar det till tydliggöra dess betydelse. Detta är i linje med Socialstyrelsens fokus på att alltid ha målgruppers bästa för ögonen.

Antal intervjuer och mättnad av data

Planen var att intervjua 6–10 barn och ungdomar (6–17 år) samt 6–10 vårdnadshavare från respektive region (Sörmland, Gävleborg och Värmland) samt 6–10 unga vuxna (16–25 år) i Luleå kommun. När informanterna säger ungefär samma saker och mättnad är nådd behövs inte fler intervjuer [2]. Enligt en studie av Guest med flera [3] verkar mättnad av data nås vid så få som sex deltagare. Åtta ungdomar eller unga vuxna samt åtta vårdnadshavare eller motsvarande vårdnadshavare intervjuades.

Metodologiskt ramverk och studiedesign

Metoden för analys behövde inte fastställas före datainsamlingen, men ansatsen var att ramverket skulle vara kvalitativ innehållsanalys av text baserad på intervjuer. En strukturerad kategoriseringsmatris som beskrivs i en studie av Elo & Kyngäs [4] användes. I den användes de teman som beskrivits ovan utifrån den lärande utvärderingen utifrån en deduktiv ansats. De aspekter som inte passade kategoriseringsramen kunde användas för att skapa egna begrepp, baserat på principerna för induktiv innehållsanalys.

Datahantering och programvara

Programvarorna som användes var Word för text, NVivo för kodning samt 7-Zip för kryptering av filer.

Analys och resultat

Analysenheten för denna utvärdering utgjordes av anteckningar från intervjuer [5], både vad deltagaren sagt och notering av suckar, skratt, pauser och annat som vid analysen kunde ge kontext till hur deltagaren sagt något. Anteckningarna lästes noggrant flera gånger för att skapa en helhetsförståelse. Kategoriseringsmatrisen utvecklades med huvudkategorier och testades av projektgruppen för att säkerställa kvaliteten och öka trovärdigheten [4]. Kategoriseringsmatrisen som användes i NVivo hade följande teman: bemötande, delaktighet och inflytande, personcentrering, samverkan, tillgänglighet, kontinuitet, uppföljning och utvärdering, upplevts som hjälpsamt, upplevd effekt, utvecklingsområden och beskrivning av insatser. Projektgruppen (två utredare och forskaren) diskuterade eventuella svårigheter med att använda kategoriseringsmatrisen och skillnader i hur analysenheten tolkades. Som ett resultat av dessa diskussioner modifierades kategoriseringsmatrisen lite. Därefter hade en utredare/forskare huvudansvaret för att koda all text, dra slutsatser från kodade data samt rapportera metod och resultat.

I integritetshöjande syfte beskrevs data från alla informanter sammantaget i en del för att inte röja informationer om individer från de insatser där det är få deltagare. Till denna del i utvärderingen blev det följande teman som återspeglar tidigare rapporter i utvärderingen: bemötande, delaktighet och inflytande, personcentrering, samverkan, tillgänglighet och kontinuitet samt uppföljning och utvärdering.

I Luleå kommun och Region Sörmland, där fler deltog i intervjuer, analyserades data mer specifikt för insatserna och nya teman skapades under analysen.

Rapportering

Rapporten och denna metabilaga inkluderar resultat, urvalsprocess samt datainsamlings- och analysmetoder enligt riktlinjer för kvalitativ metod [6]. Citat används för att exemplifiera teman och resultat. Alla informanterna godkände muntligt att citat från dem inkluderas i rapporten. Citaten är valda för att täcka samtliga informanternas synpunkter.

Resultat och validitet

Vi har inte samlat in information om kön, ålder och annan karakteristik av integritetshöjande skäl. Förfrågan om att delta gjordes på olika sätt. I Värmland, Region Gävleborg samt Norrbotten tillfrågades intressenter vid

ett personligt möte eller via telefon, medan intressenter i region Sörmland fick information skickad till sig med posten. I de verksamheter där inte alla deltagare som har haft insatsen tillfrågades finns bias i urvalet av informanter. Detta beror på att det är personalen i verksamheterna som har frågat om intresse, och därmed har valt vilka de frågar om medverkan. Vi vet inte hur många som tackade nej till att medverka eller varför de inte ville medverka. Det kan även finnas ett bias i vilka som vill medverka. Resultatet är en bild från intervjuerna med de som medverkat, och går inte att generalisera.

Referenser

1. Woolford, J., Patterson, T., Macleod, E., Hobbs, L., & Hayne, H. Drawing helps children to talk about their presenting problems during a mental health assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2015;20(1), 68–83.
2. Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative Health Research* 2016;26(13), 1753–1760.
3. Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. How many interviews are enough?: an experiment with data saturation and variability. *Field Methods* 2006;18(1), 59–82.
4. Elo, S., & Kyngäs, H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2008;62(1), 107–115.
5. Graneheim, U. H., & Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004;24(2), 105–112.
6. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007;19(6), 349–357.

Bilaga 3. Metod i statistiska analyser

Metod

Information om diagnoser baseras på Socialstyrelsens rikstäckande populationsbaserade patientregister. Patientregistret innehåller alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård och läkarbesök i specialiserad öppenvård. Patientregistret innehåller inte uppgifter om primärvård eller uppgifter om patienter som behandlats av enbart annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom somatisk öppenvård.

Studiepopulationen baserades på data från patientregistret mellan år 2017 och 2023 och omfattar personer med minst ett vårdtillfälle (slutenvård) och/eller minst ett specialistbesök (specialiserad öppenvård) med ICD-10-diagnoser (huvud- eller bidiagnoser): F1–F6; psykiska sjukdomar och syndrom, F84; autism och F90; adhd.

Vid beräkningar av andelar har en referensgrupp använts (nämnare).

Exempel på nämnare:

- antal patienter på ett visst sjukhus ett visst år
- antal patienter inskrivna på barn- och ungdomshabilitering/barn- och ungdomspsykiatri ett visst år
- antal personer i befolkningen ett visst år.

Om nämnaren avser befolkningen har befolkningsunderlag den 31 december innevarande år använts.

Tabell 1. Termer och definitioner

Term	Definition
Psykiska sjukdomar och syndrom	F1–F6
Autism	F84
Adhd	F90
Diagnostiserade	Personer som vid en viss tidpunkt har diagnosen i fråga oavsett tidigare diagnoshistorik
Nydiagnostiserade	Personer som för första gången får diagnosen i fråga
Prevalens	Det totala antalet fall av en viss sjukdom i en specificerad population vid en bestämd tidpunkt. Det skiljer sig från

Term	Definition
	incidens, som avser antalet nya fall i befolkningen vid en given tidpunkt.
Incidens	Antalet nya fall av en given sjukdom under en given tidsperiod i en viss population. Begreppet används även för ökningstakten av nya fall i en given population. Det måste särskiljas från prevalens, som avser samtliga sjukdomsfall, gamla och nya, hos en population vid en given tidpunkt.



Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner
om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention
(artikelnr 2024-9-9223) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.