

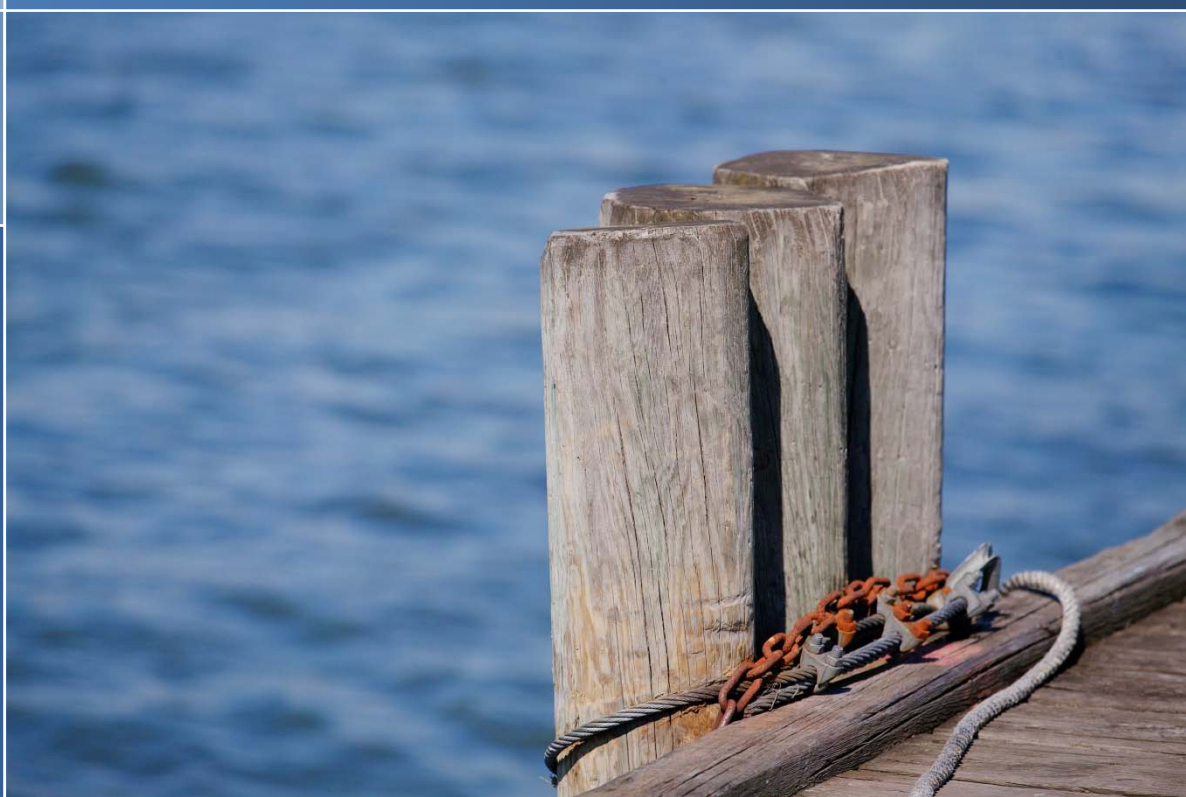


Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

# Från reformintention till praxis

Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst  
översatts till konkret stöd i Norden

Rafael Lindqvist, Steen Bengtsson, Lars Fredén, Frode Larsen,  
David Rosenberg, Torleif Ruud, Kristian Wahlbeck



NHVs Rapportserie 2011:4 R



Nordiska ministerrådet



NHV-rapport 2011:4 R

ISBN: 978-91-86739-11-9

ISSN: 0283-1961

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, 2011. Författarna är helt ansvariga för rapporten.

Kontakt: [lars.freden@nhv.se](mailto:lars.freden@nhv.se), [rafael.lindqvist@socwork.gu.se](mailto:rafael.lindqvist@socwork.gu.se)

Bild framsida: Anna Hult

# Förord

---

Den här forskningsrapporten, som finansierats av Nordiska ministerrådet, är en komparativ studie av hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkreta vård- och stödsatser i fyra nordiska länder: Danmark, Finland, Norge och Sverige. Att Island utelämnats beror på att vi inte funnit någon intresserad forskarkollega som haft möjlighet att anta utmaningen. Arbetet med projektet ingår i den s.k. Handlingsplanen för Psykisk hälsa där ytterligare ett antal projekt har genomförts. Samtliga dessa projekt har organiserats av Nordiska Akademin för forskning om psykisk hälsa vid NHV och med docent Lars Fredén som huvudansvarig.

Rapporten innehåller dels en inledande komparativ analys och därefter följer en beskrivning av reformutvecklingen i varje enskilt land. Rapporten ger en bild av hur policyintentioner, servicesystem, arbetsformer och samverkansformer gestaltar sig i de fyra nordiska länderna och i vilka avseenden likheter och skillnader finns. Trots att det finns stora kulturella likheter mellan länderna finns också olikheter som bl.a. innebär skillnader i hur begrepp och terminologi används. I ett par av länderna, Danmark och Finland, är det tveksamt om man överhuvudtaget kan tala om specifika psykiatrireformer eftersom det handlar om en utveckling med ett tämligen långt utdraget förlopp där olika politikområden berörs. I Norge och Sverige kan vi däremot iaktta relativt specifika och avgränsade reformer. En annan aspekt som rör begrepp och terminologi är att man i Finland och Norge använder begreppet psykiatri när man mer entydigt refererar till den aktuella medicinska disciplinen, medan man använder sig av begreppen mentalvårdsarbete respektive psykisk helsearbeid när vill inkludera socialtjänstens och andra organisationers insatser för personer med psykisk ohälsa. I Danmark och till viss del även i Sverige använder man sig av begreppet socialpsykiatri för motsvarande verksamhet. Vi har valt att inkludera länderrapporterna skrivna med den i landet gängse terminologin eftersom den återspeglar de diskussioner och ställningstaganden man gjort vad gäller policyinriktning och servicestruktur. I den komparativa analysen har vi delvis frångått detta språkbruk till förmån för en mer enhetlig begreppsapparat. Vi kan bara hoppas att läsaren gör sina egna reflektioner om hur utvecklingen av policy och servicestruktur återspeglas i vår analys.



# Innehåll

---

|                                                                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. En jämförande analys</b>                                                                                                  | <b>7</b>  |
| <i>Från reformintention till praxis – hur reformer inom psykiatri och socialtjänst<br/>översatts till konkret stöd i Norden</i> |           |
| 1.1. Vård och socialt stöd till personer med psykisk ohälsa – finns en nordisk modell?                                          | 8         |
| 1.2. Psykiatrireformer i ett komparativt perspektiv                                                                             | 10        |
| 1.3. Policyperspektivet                                                                                                         | 12        |
| 1.4. Servicesystem                                                                                                              | 18        |
| 1.5. Arbetsformer, arbetsmetoder och samverkan                                                                                  | 22        |
| 1.6. Reformernas resultat                                                                                                       | 26        |
| 1.7. Slutsatser                                                                                                                 | 29        |
| Referenser                                                                                                                      | 31        |
| <b>2. Danmark</b>                                                                                                               | <b>35</b> |
| <i>Fra reformintention til praksis – hvordan konkret støtte til mennesker med<br/>sindslidelser udvikles uden reform</i>        |           |
| 2.1. Reformen                                                                                                                   | 36        |
| 2.2. Service systemet                                                                                                           | 42        |
| 2.3. Arbejdsmetoder og samarbejdsformer                                                                                         | 48        |
| 2.4. Resultater                                                                                                                 | 53        |
| Referenser                                                                                                                      | 62        |
| <b>3. Finland</b>                                                                                                               | <b>65</b> |
| <i>Från reformintention till praxis:<br/>Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990</i>                                   |           |
| 3.1. Reformen                                                                                                                   | 67        |
| 3.2. Servicesystemet                                                                                                            | 73        |
| 3.3. Arbetsmetoder och samverkansformer                                                                                         | 83        |
| 3.4. Reformernas resultat                                                                                                       | 88        |
| Referenser                                                                                                                      | 93        |

|                                                                                                                                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>4. Norge</b>                                                                                                                    | <b>101</b> |
| <i>Fra reformintensjon til praksis</i>                                                                                             |            |
| <i>Reformer for psykisk helse i Norge 1990 - 2010</i>                                                                              |            |
| 4.1. Policynivå                                                                                                                    | 102        |
| 4.2. Servicesystemet                                                                                                               | 107        |
| 4.3. Arbeidsmetoder og samarbeidsformer                                                                                            | 111        |
| 4.4. Reformenes resultat                                                                                                           | 116        |
| Referenser                                                                                                                         | 128        |
| <b>5. Sverige</b>                                                                                                                  | <b>131</b> |
| <i>Från reformintention till praxis - hur reformer inom psykiatri och socialtjänst<br/>översatts till konkret stöd 1990 - 2010</i> |            |
| 5.1. Reformen                                                                                                                      | 132        |
| 5.2. Servicesystemet                                                                                                               | 135        |
| 5.3. Arbetsmetoder och samverkansformer                                                                                            | 140        |
| 5.4. Reformernas resultat                                                                                                          | 147        |
| Referenser                                                                                                                         | 158        |
| <b>Förteckning över NHV-rapporter</b>                                                                                              | <b>161</b> |

# 1. En jämförande analys

---

**Från reformintention till praxis – hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden**

**Rafael Lindqvist, David Rosenberg, Steen Bengtsson, Lars Fredén,  
Frode Larsen, Torleif Ruud, Kristian Wahlbeck**

## ***Inledning***

Fram tills för några decennier sedan behandlades personer med psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar i de nordiska länderna vanligtvis på någon mer eller mindre sluten institution. Dessa sjukhus och vårdhem blev slutna världar avskilda från det övriga samhället. Det var där patienten skulle behandlas och tillfriskna under överinseende av medicinsk personal, framför allt läkare, men också personal som stimulerade till sysselsättning, arbete och i viss utsträckning meningsfull fritid – allt inom institutionens grindar. Idag sker behandling på slutna institutioner i allt mindre grad och vi ser både förebyggande insatser och konsekvenserna i vardagslivet av psykisk ohälsa som centrala aspekter. Vi talar i dag i de nordiska länderna allt mer om psykiska problem i termer av funktionsnedsättning. Det hänger i sin tur samman med att normaliserade livsvillkor på olika sätt betonas i den nationella socialpolitik som berör personer med psykisk ohälsa. Men det hänger också samman med internationella initiativ som t.ex. FNs standardregler (1993), WHO:s klassifikationssystem ICF (2001), och FN-konventionen om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning (2007) som de nordiska länderna förväntas ta hänsyn till. Dessa dokument betonar alla delaktighet, tillgänglighet och att personer med funktionsnedsättning ska ha med andra jämlika livsvillkor. Förändringar i den riktningen har fått varierande genomslag. Många menar att de före detta patienterna inte får tillräckligt stöd när den akuta vården är över; hälsocentralerna har ofta svårt att möta och ge adekvat vård till denna grupp av patienter och de sociala myndigheterna har haft svårt att klara av att skapa ändamålsenliga och tillräckligt differentierade stöd- och rehabiliteringsformer. Man talar i det sammanhanget om en transinstitutionalisering, dvs. att vårdhem, gruppboenden, inackorderingshem m.fl. nu tillgodoser det behov av vård, omsorg och sysselsättning som tidigare var en uppgift för de slutna psykiatriska institutionerna.

Sålunda finns det i de nordiska länderna en ny betoning på integration och normalisering av livsvillkoren, dvs. människor med psykisk ohälsa funktionsnedsättning ska ha möjlighet att leva som andra. Denna förskjutning i synsätt kommer till uttryck på lite olika sätt i samband med den utveckling som skett på detta område i Danmark, Norge, Finland och Sverige. Nu när reformverksamheten konsoliderats är det angeläget att resa frågan hur har det gått! Har det på den lokala nivån skapats stabila strukturer och arbetsformer för att infria reformernas målsättningar? Har ändamålsenliga vård- och boendeformer, sysselsättnings- och rehabiliteringsmodeller skapats och har man inom ramen för den socialpsykiatriska verksamheten kunnat ge gruppen en meningsfull fritid? I den här rapporten kommer vi att beskriva policyinriktningen i de olika länderna, servicesystemets struktur, och vilka arbetsformer och samverkansformer som tillämpas i servicesystemet. Tyngdpunkten i analysen ligger på servicesystemen och de arbetsmetoder som används. Men vi betraktar dessa i ljuset av den inriktning som psykiatrireformerna har i respektive land och vi kommer också att uttala oss om resultatet av reformerna, även om detta inte görs på ett heltäckande sätt. Avslutningsvis försöker vi också ringa in de utvecklingsbehov som framstår som angelägna i respektive land.

### ***1.1 Vård och socialt stöd till personer med psykisk ohälsa – finns en nordisk modell?***

Den nordiska välfärdsmodellen uppfattas vanligtvis som om den har ett antal gemensamma karaktärsdrag som innefattar relativt generösa socialförsäkringsförmåner, vård och social service av hög kvalitet som täcker ett brett spektrum av medborgarnas behov. Ett annat kännetecken som ofta nämns är förekomsten av inkomstrelaterad socialförsäkring som stimulerar till lönearbete och som ger ett ekonomiskt stöd som i det närmaste motsvarar en levnadsstandard jämförbar med den

som individen har när han eller hon lönearbetar. Till bilden har också hört att ambitionen varit att den offentliga sektorn ska vara den huvudsakliga leverantören av bidrag och stöd, och i andra hand privata och korporativa organisationer (1). Denna bild stämmer i varierande grad överens med de faktiska förhållandena i de olika nordiska länderna, men likväl framstår det i litteraturen om välfärdsstaten och dess olika regimer som om det existerar en mer eller mindre distinkt nordisk modell. Det faktum att medborgarnas behov inom olika livsområden tillgodoses av välfärdsstaten i jämförelsevis hög utsträckning torde ligga till grund för detta.

Esping-Andersens (1990) typologi över olika välfärdsregimer, baserad på en genomgång av socialförsäkringssystemen, torde vara den mest kända. Han karaktäriserar de nordiska länderna som socialdemokratiska välfärdsregimer, i kontrast till de liberala anglosaxiska välfärdssystemen som i högre grad sätter sin tillit till marknadskrafterna, och de mer konservativa välfärdssystem som finns i Mellaneuropa och som har sina rötter i den bismarckska tankemodell som bygger på en fördelning av åtaganden mellan staten, arbetsgivarna och fackföreningarna (2). Senare har man kompletterat denna bild och föreslagit att det även finns en sydeuropeisk modell som till stor del baseras familjen som den viktigaste enheten (subsidiaritetsprincipen) – och även flera andra modeller med varierande karaktärsdrag (3,4). Om man hävdar att det finns en nordisk modell som inrymmer alla välfärdstjänster, innebär det som bl.a. Carpenter (2001) påpekat att man generaliserar från socialförsäkringssystem till social service eftersom de typologier som finns i liten utsträckning inrymmer just social service och vård (5). Det finns forskning som visar att analyser som inkluderar vård, service och tjänster tenderar att ge helt andra mönster än dem som har socialförsäkringssystemen i fokus (6, 7, 8).

### **Enhetlig modell – eller institutionell fragmentisering?**

En annan synpunkt som framförts ifrågasätter om det överhuvudtaget finns en (gemensam) nordisk modell. Även om det finns en konvergens på den övergripande samhällsnivån ifråga om reforminriktning, som i sin tur grundar sig i liknande klasstruktur, parlamentariska förhållanden, policyideal och att de nordiska länderna är relativt öppna samhällen där medborgare tillåts framföra sin kritik osv. så kan det finnas betydande skillnader ifråga om servicestruktur. Välfärdsstaten består ju i de nordiska länderna i praktiken av ett stort antal kommuner och andra lokala organ som ansvarar för medborgarnas välfärdstjänster. Hur tillämpningen av de olika vård- och stödformerna gestaltar sig avgörs inom ramen för ett komplicerat samspel mellan nationella policymål och lokala, mer eller mindre specifika förhållanden som varierar avsevärt mellan de olika länderna. Därtill kommer att välfärdspolitikens tillämpning också inrymmer ett stort antal organisationer med varierande uppdrag, regler och ibland motstridiga intressen vilket gör att utfallet av politiken är svårt att förutse. Utrymmet för variation inom ramen för ett enskilt land kan vara stort (8, 9, 10). Rausch (11) talar i det sammanhanget om institutionell fragmentisering som ett sätt att förstå variationer mellan länder inom samma välfärdsmodell. För de nordiska ländernas vidkommande konstaterar han att barnomsorg och äldreomsorg kännetecknas av långtgående institutionell fragmentisering när det gäller policyimplementering: dels vad gäller relationen mellan stat och lokal nivå, dels mellan olika aktörer på den lokala nivån (däribland frivilligorganisationer). Lokala aktörer har, även om de måste följa relevant lagstiftning, avsevärda möjligheter att i praktiken använda sig av "veto möjligheter" när den nationella policyn ska tillämpas. Melke (8) som jämfört psykiatrireformerna i Sverige, Frankrike och England kommer också till slutsatsen att servicesystemet och stödformerna i respektive land är så mångfasetterade att det knappast går att sortera in respektive land i någon förutbestämd regimtyp. Variationsrikedom kompliceras ytterligare av den roll som olika professioner spelar i de olika länderna. Uppsättningen professionella yrkesgrupper som deltar i både sjukhusvården och den samhällsbaserade socialpsykiatrin kan variera, men de har en sak gemensamt, nämligen att de är

"grindvakter" vad gäller stöd och service vars utfall är betingat av mötet mellan individen och den professionelle (12, 13).

Om begrepp som "welfare regimes" erbjuder ändamålsenliga verktyg för att analysera likheter och skillnader mellan länder vad gäller mer allmänna karaktäristika för socialpolitik, så tenderar sådana begrepp att bli för trubbiga för att studera skillnader i serviceutbudet och hur detta tillämpas för olika målgrupper. Man ska också hålla i minnet att typologier om välfärdssystem (välfärdsregimer) snarast ska uppfattas som idealtyper, dvs. som stiliserade beskrivningar som inte till fullo återspeglar hur ekonomiska bidrag, social service och vård ges i den konkreta verkligheten. I den här undersökningen kommer vi att analysera i vilken mån och i vilka avseenden det handlar om flera nordiska modeller. Det vi studerar är dock inte välfärdregimer i sin helhet, utan ett case av välfärdspolitik (som visserligen inrymmer fler än ett policyområde), nämligen insatser som riktar sig till personer med psykisk ohälsa.

## ***1.2 Psykiatrireformer i ett komparativt perspektiv***

Vår studie är en komparativ fallstudie i vilken vi beskriver och jämför reformverksamhet med inriktning mot personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning i fyra nordiska länder. Den design studien har kan benämnas "lika utfallsdesign" (48), dvs. fenomenet, "psykiatrireformer", finns i alla fyra länderna och det som undersöks är faktorer som är gemensamma i dessa länder, men som kan tänkas leda till olikartat utfall.

Som ett sätt att organisera den komparativa framställningen fortsättningsvis kommer vi att flexibelt och selektivt använda oss av en modell, The Mental Health Matrix, utformad av Thornicroft och Tansella (14). Matrisen förser oss med en ram för att beskriva vård, stöd och service som dessa kommer till uttryck i de nordiska psykiatrireformerna. Genom att använda matrisen som ett raster hoppas vi få ett grepp om det komplexa socialpolitiska sammanhang som reformerna och servicestrukturen ingår i och i vilken mån det kan fungera som ett underlag för att frilägga brister och förtjänster och därmed också vara en utgångspunkt för socialpolitiska prioriteringar inom området psykisk ohälsa.

Matrisen, som är relativt komplex, har en rumslig/social dimension och en tidsdimension. Den rumsliga dimensionen inrymmer en nationell, regional/lokal nivå och individnivå- och tidsdimensionen kan delas upp i en input-, process- respektive utfallsfas (outcome). Dessa nivåer ingår i ett komplext samspel, och bygger på de sociala, politiska och ekonomiska förutsättningar som finns i respektive land. De föreställningar politiker, professioner och den allmänna opinionen har om psykisk ohälsa och hur den bör åtgärdas kan sägas vara viktiga förutsättningar för hur servicesystemets struktur utformas och hur det används av involverade aktörer. Medan policy kan betraktas som en input på nationell nivå, liksom förekomsten av lagstiftning, ska servicestrukturer, vård- och stödinsatser och personaluppsättning ses som input på regional nivå. Sett ur individens perspektiv är personalens kompetens, färdigheter och bemötande viktiga input, liksom det vårdinnehåll som patienten erbjuds.

I tidsdimensionen kan man grovt urskilja det som är input, process och resultat (outcome); men i praktiken länkar de in i varandra och kan ses som olika aspekter av ett större dynamiskt samspel inom psykiatriområdet. De styrformer som tillämpas, i form av ideologiska normer, ekonomiska incitament, organisations- och informationsstyrning osv. är viktiga delar av processen, liksom de arbetsformer som i praktiken tillämpas när servicesystemet tas i bruk. Sett ur patientens synvinkel är behovsbedömning, bemötande och inflytande över vård- och stödinsatserna viktiga inslag i

processen. Viktiga indikatorer som kan säga något om resultatet av reformverksamheten är kvalitetsindikatorer för vården, förekomsten av sysselsättning och arbetslöshet, självmordsfrekvens osv. hos målgruppen. På regional/lokal nivå kan tillgång till vård- och socialt stöd och otillfredsställda behov vara viktiga indikatorer. Och för de enskilda individerna är nöjdheten i vid mening en viktig indikator på utfallet

**Tabell 1. En matris för psykiatrireformer.**

| <b>Tidsdimension</b>                           |                                                                                                                                                     |                                                                                                     |                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Social/rumslig dimension</b>                | <b>Input</b>                                                                                                                                        | <b>Process</b>                                                                                      | <b>Utfall</b>                                                                                                                                      |
| <b>Nationell nivå</b>                          | D, F, N, S:<br>Psykiatrireformernas inriktning<br>Intentioner/ideologi<br>Lagstiftning<br>Målgrupp<br>Relation till andra politikområden<br>Ekonomi | D, F, N, S:<br>Styrformer (normer, ekonomiska incitament, lagtillämpning, projektverksamheter osv.) | D, F, N, S:<br>Utveckling av vårdplatser/soc stöd<br>Sysselsättning/arbetslöshet<br>Sjukskr/förtidspensionering<br>Självmord<br>Medicinförbrukning |
| <b>Regional/lokal nivå (Upptagningsområde)</b> | Servicesystemet (struktur, insatser)<br>Professioner<br>Brukarstyrd verksamheter                                                                    | Arbetsformer (vård, socialtjänst)<br>Samverkansformer<br>Innovativa insatser                        | Tillgänglighet<br>Ottillfredsställda behov<br>Personalbrist (läkare, psykologer osv.)                                                              |
| <b>Patient/brukarnivå</b>                      | Innehållet i vård/socialt stöd:<br>Trösklar (eligibility criteria)                                                                                  | Behovsbedömning<br>Bemötande/synsätt på patienten<br>Brukarinflytande                               | Nöjdhet<br>"Falla mellan stolarna"<br>Undvika vård                                                                                                 |

Källa: Modifierad efter Thornicroft & Tansella (2006) *The Mental Health Matrix*, A Manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press, s 2.

Matrisen kan användas för att beskriva policyinriktning, servicestruktur, arbetsformer och resultat på ett likformigt sätt, bättre förstå den historiska utvecklingen av vård och socialt stöd till personer med psykisk ohälsa; och underlätta vid prioritering mellan olika vägval (14). I den här studien betraktar vi den regionala och lokala nivån som de viktigaste, som en lins med vilken man kan se hur reformpolitikens ambitioner, översätts till vård- och stöd för patienterna och brukarna. Ett skäl för detta är att det är den nivå där man kan se hur olika komponenter i vård- och stödsystemet samverkar eller kommer i konflikt med varandra. Här aktualiseras bl.a. frågor om samarbete mellan sjukhus- och distriktpsikiatri och mellan primärvård, socialtjänst, socialförsäkring och arbetsförmedling. Ett annat skäl är att denna nivå är den mest relevanta för att formulera strategier för förändring eftersom man kan se brister, möjligheter och utvecklingsbehov. Ytterligare ett skäl är att denna nivå är relevant för att bedöma behoven i en avgränsad population; man kan bedöma hur en given servicestruktur motsvarar behoven och dessa kan eventuellt tillgodoses lokalt i öppna former utan att individen behöver vistas på någon institution. På den lokala nivån blir utmaningen att bygga nätverk och allianser mellan nyckelaktörer från organisationer inom hela välfärdslandskapet, inklusive bostadsbolag, arbetsgivare och frivilligorganisationer. Enligt Thornicroft & Tansella (14, s 55) är "locality ... the central organising theme for the efficient planning, organisation and delivery of mental health treatment and care". I det perspektivet är patienten/brukaren en viktig aktör som behöver involveras i sin egen behandling. Om han eller hon

är informerad om den tilltänkta behandlingen, och får ge sin syn på sina problem och behov, kan patienten/brukaren bli en samarbetspartner i behandlingen.

### **1.3 Policyperspektivet**

Policyutvecklingen inom hälso- och sjukvårdssystemen kännetecknas av långa perioder av gradvis förändring, avbrutna av tillfälliga episoder av mer genomgripande och radikal förändring (15) Det är genom organisationernas verksamhet som policymål översätts i konkreta vård- och stödinsatser. Uppifrånstyrning blir problematisk när den lokala nivån varierar och är mångfacetterad. Begreppet policy är inte helt lätt att ringa in. Ham (16) menar att begreppet inrymmer ett stort antal beslut som är relaterade till varandra och ett stort antal aktörer – en del har ansvaret för själva policyutformningen, medan andra har ansvar för implementeringen. Pilgrim och Rogers (17) ger policy för psykisk hälsa (mental health policies) följande innebörd:

The term mental health policy at the turn of the twenty-first century refers to legal arrangements, policy directives and service investments in relation to the aggregate picture which have accumulated over the past hundred years. It is partly about the control of behaviour, partly about promoting well-being, partly about ameliorating distress and partly about responding to dysfunction.

Givet denna komplexa bild kan översättningar av nationella policyprogram skifta beroende på hur den lokala kontexten ser ut; det sätt på vilket lokala resurser och övriga medel som står till buds används gör att policymålen omtolkas och omgestaltas. När således behandlingspsykiatri, förebyggande insatser och inte minst socialpsykiatrin ska formas i ett landskap av välfärdsorganisationer sker således tillämpningen i ett ömsesidigt samspel mellan lokala villkor och nationella reformpolitiska principer.

#### **Psykiatrireformernas inriktning**

Utvecklingen av reformpolicys på psykiatriområdet skiljer sig åt i det avseendet när man jämför de nordiska länderna. I ett par av länderna kan vi urskilja relativt distinkta reformer som beslutats och genomförts under en begränsad tidsperiod. Så är fallet i Norge och Sverige, medan reformprocessen i Finland har ett mer utdraget förlopp. I Danmark är det svårt att se något sammantaget specifikt reformprogram som man kan kalla policy för personer med psykisk ohälsa. Det handlar snarare om en rad spridda initiativ motiverade av det faktum att läkemedelsbehandling blivit allt mer effektiv och att behovet av slutenvårdsplatser av det skälet minskat.

*Danmark:* Reformverksamheten i Danmark utformades i slutet av 1960-talet som en del av en större välfärdsreform som omfattade omsorg om utvecklingsstörda, äldre- och barnomsorg, samt kontantstöd. Kommunerna och de dåvarande amterna fick från 1970 ett utvidgat ansvar i och med att sjukhusplatserna reducerades, men de ekonomiska resurserna ökade inte i motsvarande grad. Intentionen var dock att decentralisera psykiatrin, men detta förverkligades inte i praktiken pga. av ekonomiska skäl. Det var först under 1990-talet som staten genomdrev en decentralisering till kommunerna av det man kallar socialpsykiatri med hjälp av ekonomiskt tillskott från skattemedel (s.k. puljemidler) som de politiska partierna och andra berörda organisationer slöt upp kring (18).

I Danmark höll reformarbetet på psykiatriområdet en låg profil ideologiskt sett. Det handlade till en början om en administrativ överföring av vårdplatser från staten till den lokala nivån, vilket innebar att antalet vårdplatser minskade pga. av effektivare medikamentell behandling.

Avinstitutionalisering i termer av ett normativt policyideal tycks inte ha artikulerats, även om den s.k. biopsykosociala modellen gradvis vann gehör. Däremot uppmärksammades det som man uppfattade som ett alltför släpphänt och godtyckligt användande av tvång. Det ledde till skärpta villkor för tvångsanvändning när lagstiftningen förändrades från 1989 och framåt. Bortsett från användandet av tvång undvek politikerna på olika nivåer att ta ställning till innehållet i reformen; de fokuserade enbart de administrativa ramarna. Förebyggande arbete har på senare tid betonats som ett sätt att minska antalet förtidspensionärer pga. psykiska sjukdomsbesvär, något som idag ingår i regeringens handlingsplan för psykiatri. I ett vidare perspektiv har aktivering av arbetslösa varit ett centralt inslag i dansk arbetsmarknadspolitik under 1990-talet (19). Men samtidigt tycks arbete åt gruppen personer med psykisk ohälsa inte ha haft någon framträdande plats i policyprogrammen i Danmark.

*Finland:* I de finska policydokumenten var intentionen att minska anstaltsvården parallellt med att främja hela befolkningens psykiska hälsa. Policyinriktningen har varit att skapa en klientnära, behovsanpassad och helhetlig service. Man kan särskilja dels en socialpsykiatrisk ideologi, där det centrala var att skapa möjligheter för social delaktighet för personer med psykiska funktionshinder, dels en bredare folkhälsoideologi som hävdade att psykisk hälsa skall betraktas som en del av folkhälsan (20). Där ingår satsningar på hälsofrämjande och preventiva åtgärder bl.a. självmordsförebyggande verksamhet. Begreppet "mentalvårdsarbete" är centralt i det finska reformarbetet. Det innebär att individens psykiska välbefinnande, handlingsförmåga och personlighetsutveckling ska främjas för att förebygga bota och lindra psykiska sjukdomar och störningar. Det är en central del i den finländska folkhälsopolitiken och berör alla medborgare. Ökad jämlikhet och minskade hälsoklyftor har inte varit framträdande mål i reformarbetet i Finland, men personer som lider av ett flertal psykiska problem, äldre, funktionshindrade, missbrukare och långtidsarbetslösa omnämns som grupper som behöver prioriteras. Till skillnad från Danmark har reformarbetet i Finland tydligare artikuleras i sociala termer.

Att minska stigma kring psykiska problem och att göra den psykiatriska vården mera tillgänglig var också viktiga inslag. Reformarbetets intentioner kom att bromsas upp av den kraftiga ekonomiska depressionen i Finland 1990–1993. Utbyggnad av öppenvården kunde inte ske som planerat. Arbetsmöjligheter för gruppen med psykisk ohälsa betonades inte som något explicit policymål, men kan sägas ingå i folkhälsomålet och inriktningen på förebyggande åtgärder. I likhet med de övriga nordiska länderna har Finland också slagit in på en aktiveringslinje vad gäller arbetslösa med olika former av understöd. Ekonomiska incitament till aktivering genom olika arbetsmarknadsprogram tycks fungera motiverande för de som har relativt goda förutsättningar på arbetsmarknaden, medan motsatt effekt gäller för dem som har en utsatt situation på arbetsmarknaden (21).

*Norge:* Den norska Opptappingsplanen som skulle genomföras under perioden 1999 till 2008, bygger på fyra huvudprinciper: decentralisering, jämlikhet, kvalitet och brukarmedverkan (22). Regionalisering, decentralisering och nivådifferentiering har varit ett tema i norsk hälso- och sjukvårdspolitik sedan mitten av 1970-talet. Planen hade en mer konkret karaktär jämfört med reformen i de övriga nordiska länderna i och med att den slog fast ett antal kvantitativa mål vad gäller vårdplatser, polikliniska konsultationer, tjänster och bemanning med mera. Den innehöll också en plan för en ny infrastruktur på området vård- och stöd till personer med psykisk ohälsa, som pekade ut hur arbetsfördelningen mellan olika nivåer skulle vara. De principer som i övrigt betonades var förebyggande insatser där så är möjligt, ansvaret för att ge vård och socialt stöd ska följa den ansvarsfördelning som normalt gäller för annan vård och socialtjänst, patienten i centrum, behoven ska avgöra vilka insatser som kommer ifråga, mest möjlig frivillighet samt inriktning på

normaliserade levnadsförhållanden. I policydokumenten beskrevs reformen i huvudsak i sociala termer, dvs. i första hand som en plan för psykisk hälsa och i andra hand en plan för vård och behandling. Fokus är på brukarna (patienter och anhöriga) och på förebyggande arbete som är kommunernas ansvarsområde. Att främja psykisk hälsa ligger underförstått i planens intentioner och att de flesta personer med psykisk ohälsa ska bo i sina hemkommuner. Genom allmänpraktiserande läkare (fastlegene) skulle kontinuitet i utredning och behandling säkerställas liksom samarbetet mellan specialistvården och primärvården för den enskilde patienten. Specialistvården skulle bli mer tillgänglig när distriktpsychiatriska centra och barn- och ungdomspsykiatriska kliniker byggdes ut. Ojämlighet vad gäller tillgång till hälso- och sjukvård mellan olika grupper togs inte uttryckligen upp i policydokumenten, men kan sägas ligga implicit i målsättningarna. Arbetslivsinriktad rehabilitering, aktivering, betonades som en viktig aspekt i reformpolicyn, något som skulle ske i samarbete de sociala myndigheterna och arbetsmarknadsmyndigheterna (senare NAV) (23, 24).

*Sverige:* Policyns inriktning i Sverige när psykiatrireformen infördes 1995 var att målgruppen skulle kunna "leva som andra", kunna ha valfrihet, integritet och självbestämmande. Policyintentionerna när reformen förbereddes utgick från konsekvenserna av en psykisk störning i vardagslivet; värdet av sociala insatser i lokalsamhället betonades. Enligt policyn skulle kommunerna se till att målgruppens boende, sysselsättning, fritid och sociala behov tillgodosågs, medan vårdorganisationens uppgift blev att enbart fokusera vård och behandling (25). I jämförelse med de andra nordiska länderna hade den svenska reformpolicyn till en början ett starkt fokus på funktionshinderaspekten, och mindre på vården och dess innehåll. Efterhand uppmärksammades brister i vården framförallt den låga tillgängligheten och det faktum att de olika vårdnivåerna inte synkroniserades med varandra. Däremot nämndes knappast samhällsskyddsaspekterna. Reformen kom efterhand att i ökad utsträckning uppmärksamma samhällsskyddet, dvs. att förhindra våldsbrott utförda av psykiskt sjuka personer, vilket antogs hänga samman med brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänsten. Även arbetslinjen, dvs. att insatser ska utformas så att de stärker den enskildes möjligheter till arbete, fick generellt en framträdande plats i socialpolitisk retorik och praktik. Under 1990-talet utvecklades arbetslinjen i riktning mot att individen förutsattes ha ett eget ansvar att göra sig anställningsbar, vilket tolkats som ett skifte från en arbetslinje till en aktiveringslinje i vilken individens skyldigheter att arbeta blir tydligare (26). Det innebar att psykiatrireformens normer och ideal inte integrerades med arbetsmarknadspolitikens inriktning. Psykiatrireformen och dess genomförande påverkas också av de förändringar som genomfördes i sjukförsäkringen och förtidspensionssystemet från mitten av 1990-talet och framåt. Dessa förändringar innebar en alltmer strikt bedömning av sjukdomsbegreppet och begreppet arbetsförmåga för att få sjukpenning, vilket gjort att det sociala skyddsnätet blivit grovmaskigt för personer med psykiskt funktionshinder (27).

### **Målgrupper**

Vilka målgrupper som ska omfattas av psykiatrireformerna är inte naturgivet. Ingram och Schneider (28) menar att reformers målgrupper blir socialt konstruerade genom att de i reformtexter, lagstiftning, riktlinjer, tillämpningsföreskrifter beskrivs på ett positivt eller negativt sätt, som grupper som antingen förtjänar stöd eller behöver utsättas för kontroll. Sådana föreställningar faller i sista hand tillbaka på allmänhetens attityder. Utformning av policys på psykiatriområden kan därför ses som en spänning som inrymmer olika idéer om vilka som ska ingå i målgruppen. Det faktum att målgruppen kan vara socialt definierad, eller utifrån diagnoskriterier, eller bådadera talar för att det ligger en hel del i tanken att målgrupper är socialt konstruerade. Att nya (postmoderna) lidanden som får nya diagnoser efterhand inkluderas i målgruppen talar också för att målgruppen bestäms i ett socialt sammanhang.

Reformens målgrupper i Danmark finns inte utpekade i några policydokument och har varierat sedan mitten av 1970-talet. Vid den tiden fokuserades personer med schizofreni, psykoser, bipolär sjukdom och neuroser som skulle lämna den slutna psykiatriska vården. Från och med 1990-talet har målgruppen utvidgats till att omfatta personer med depression, ångesttillstånd, tvångssyndrom, personlighetsstörning, Asperger och ADHD, och inte personer med psykotiska sjukdomstillstånd i största allmänhet. Det är i första hand en diagnostisk kultur som fått definiera vilka som ingår i målgruppen.

I Finland finns en kombination av diagnostisk kultur och socialt perspektiv på hur målgruppen bestäms. Det sociala perspektiv som tillämpas innebär å ena sidan att policyns målgrupper inte är personer med specifika psykiska störningar; tyngdpunkten ligger på problemområden inom folkhälsan som självmordsdödligheten, förtidspensioneringarna, ökningen i psykofarmakaförskrivning. Men också på att förebygga kronisk sjukdom genom att snabbt gripa in i ett tidigt skede av psykisk ohälsa. Å andra sidan: mentalvården definieras som tjänster för personer som fyller medicinska kriterier för en psykiatrisk störning, fastställda av läkarkåren. Under senare år har nya grupper kommit i fokus som t.ex. personer som lider av stress- och utmattningssyndrom relaterat till ökade krav i arbetslivet.

Opptrappingsplanen i Norge använder sig i liten grad av diagnostisk terminologi, men nämner som en prioriterad grupp "pasienter med alvorlige lidelser og langvarige og sammensatte behov". Detta innebär i praktiken människor med långvarig och allvarlig sjukdom som schizofreni, psykoser, bipolär sjukdom. I policyn utpekades två målgrupper särskilt: människor med allvarliga, sammansatta och långvariga psykiska hälsoproblem och förebyggande arbete riktat till barn och ungdomar.

I Sverige definierades målgruppen i reformprocessens inledningsskede som psykiskt störda personer, men senare som personer med psykiskt funktionshinder "som har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid" (29). De begränsningar det gäller ska vara en konsekvens av psykisk störning; detta gav socialtjänsten i kommunerna en central roll i policyns tillämpning. Sverige utmärker sig genom att ha ett utpräglat funktionshinderperspektiv på vem som ska ingå i målgruppen som den kommunala socialpsykiatrin ska arbeta med. Sjukvårdens målgrupp preciserades senare till "personer med allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder". Barn och ungdomar som riskerar att utveckla sådana sjukdomar och funktionshinder räknades också till målgruppen.

### **Styrformer och lagstiftning**

Styrning (governance) innebär försök att nå kollektiva mål inom ett verksamhetsområde. För att styrningen ska bli optimal bör policyn vara genomtänkt och baserad på kunskap eller åtminstone rimliga antaganden om relationen mellan programmets mål, föreslagna insatser och förväntade resultat (30). Det traditionella top-down-perspektivet som innebär att politiker fattar besluten och tjänstemännen genomför dem med hjälp av professionerna som slutgiltig "leverantör" av tjänsten fångar inte hela komplexiteten i styrningsprocessen. Rollfördelningen mellan politiker, administration och professioner är nämligen ofta oklar (31, 32). Beslut och implementering tenderar att gå in i varandra eller i varje fall påverka varandra och policyns mål omvandlas ofta genom förhandlingar och kompromisser mellan involverade aktörer. Ett samspel mellan uppifrån- och underifrån styrning, där policy både formas och uttolkas genom en ömsesidig process, där allmänheten, brukargrupper, professioner eller enskilda individer deltar framstår som mer rimlig.

Det finns flera olika styrningstekniker att tillgå för att förverkliga givna policymål. Staten kan genom lagstiftning försöka förmå vårderna och de sociala myndigheterna att direkt eller indirekt handla i enlighet med en formulerad policy. En annan metod är organisationsstyrning, dvs. staten ställer krav på att organisationen ska utformas på ett visst sätt (genom organisationsinterna regler, rutiner) och samverkansformerna ska se ut på ett visst sätt så att reformimplementeringen håller rätt kurs. Ekonomiska stimulansmedel kan användas för att organisationen ska uppnå vissa i förväg givna mål. Regeringen kan t.ex. besluta om att betala ut stimulanspengar eller öronmärkta pengar till kommuner och regionala organ för satsningar på specifika områden. Ytterligare en styrform innebär att staten försöker skapa legitimitet för en reform genom att aktivt påverka medborgarna och deras åsikter, s.k. normstyrning så att dessa harmoniserar med den formulerade policyn (33). Att övertyga medborgarna om att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska ha normaliserade livsvillkor är ett exempel på normstyrning. Utöver lagstiftning kan det handla om att införa olika standards, riktlinjer eller rekommendationer för vad som betraktas som god vård – eller social omsorg. Sådana riktlinjer kan utformas av någon statlig myndighet inom det aktuella fältet eller av tongivande professioner inom området. De kan vara mer eller mindre precisa, men vanligtvis erbjuder de ett visst tolkningsutrymme och vissa valmöjligheter för de organisationer och professioner som ska tillämpa bestämmelserna. Man kan utgå från att styrning i en så komplex verksamhet som vi beskriver här använder sig av en kombination av metoder.

*Danmark:* Den styrningsform som kom till användning i den gradvis pågående reformen i Danmark var dels styrning via lagstiftning – 1976 års sociallagstiftning (bistandsloven) och den lag som reglerade överföringen av de statliga sjukhusen till amterna – och de återkommande fleråriga avtalen baserade på s.k. puljemidler, mellan regeringen och amterna (från 2007 regionerna), kommunerna och riksdagspartierna. Den relevanta lagstiftningen består av Psykiatriloven, Sundhedsloven, och Den Sociale Servicelov – de två senare har karaktär av ramlag. Det viktigaste styrningsredskapet efter kommunalreformen 2007 är de s.k. sundhedsaftal som sluts mellan enskilda regioner och dess kommuner. För att säkerställa att kommunerna tar sitt ansvar för socialpsykiatri finns sedan 1995 en lag som tvingar dessa att betala för de patienter som ligger kvar på sjukhus men som är färdigbehandlade. I Danmark förekommer knappast någon normstyrning alls; det dominerande är ekonomisk styrning via avtal inom lagstiftningens ramar.

*Finland:* I Finland har speciallagstiftningen inom mentalvården (från 1991 men med flera uppdateringar) format ramarna för mentalvården. Mentalvårdslagen innehåller allmänna riktlinjer och en stor mängd detaljregler om bl.a. villkoren för tvångsätgärder. Det är genom förändringar i den allmänna lagstiftningen för social- och hälsovården som grundläggande förändringar inom psykiatri kunnat genomföras. Staten styr också genom att finansiera eller subventionera olika utvecklingsinsatser och utvecklingsprogram, medan den reguljära verksamheten inom social- och hälsovården finansieras av kommunerna. I motsats till de andra nordiska länderna, har det i Finland sedan 1993 inte funnits öronmärkta statsbidrag riktade till mentalvården. De ekonomiska resurser (statsandelar), baserade på regionala och sociodemografiska kriterier, som staten förser kommunerna med, är inte förbundna med någon specifik styrning från statens sida. Kommunerna har frihet att inom ramen för gällande lagstiftning besluta om hur hälsovården och socialtjänsterna ska anordnas. Sedan 1993 har ett centralt styrningsmedel varit informations- och normstyrning, bl.a. genom att statliga myndigheter utarbetat kvalitetsrekommendationer för mentalvården och boendeverksamheten. Dessutom utövar staten styrning i form av sanktioner från tillsynsmyndigheten om kommunerna inte håller rätt kurs. Finland utmärker sig till skillnad från sina nordiska grannar i det att lagstiftningen kräver att arbetsgivarna ordnar kostnadsfri företagshälsovård (delvis finansierad av Folkpensionsanstalten), som även erbjuder de anställda hjälp vid psykiska problem.

*Norge:* Opptrappingsplanens styrningsformer har i första hand gått ut på att skapa en ny organisationsstruktur för behandling på specialistnivå (sjukhus) och lokalt i distriktpspsykiatriska centra (DPS) och att bygga upp socialt stöd och psykiskt hälsoarbete i kommunerna. Den andra centrala styrningsformen var öronmärkta pengar till i huvudsak kommunerna och till DPS och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) på specialistnivån. Därigenom förväntades de respektive verksamheterna uppnå ett antal kvantitativa mål vad gäller vårdplatser, polikliniska konsultationer, fler anställda av olika yrkeskategorier. Någon styrning av innehållet vården och de sociala tjänsterna förekom i liten grad. Styrningen gick ut på att skapa en ny infrastruktur och inte påverka själva innehållet i utbudet av vård och socialtjänster. De norska lagar som har betydelse för personer med psykisk ohälsa är lagar som reglerar specialistvården, de statliga regionala hälsoföretagen och kommunernas verksamhet inom socialtjänstområdet. Dessa har när så behövs anpassats till krav som ställs i Opptrappingsplanen, t.ex när det gäller patienträttigheter och mer strikta kriterier för användning av tvång. Den ideologiska och normativa påverkan som reformen har är i första hand betoningen på psykisk hälsa och inte betoning på sjukdom, vilket kan ses som ett led i att avstigmatisera psykisk sjukdom. Ett viktigt inslag i normstyrningen är också en betoning på att så många som möjligt ska bo i sina hemkommuner och får den hjälp de behöver där.

*Sverige:* Den styrform som tillämpats i Sverige, både från 1995 och när reformen senare reviderats, var en kombination av styrning genom ekonomiska öronmärkta stimulansmedel, myndighetsstyrning och delvis genom normstyrning. Styrning genom ny lagstiftning har inte praktiserats särskilt mycket i Sverige; inga radikala förändringar har gjorts i socialtjänstlagen. Undantaget är en ny lag om tvång i öppenvård och att kommunerna enligt lag efter viss tid måste betala vården för patienter i psykiatrisk heldygnsvård som av läkare bedömts utskrivningsklara. Nytt är också att det sedan 2008 finns en lag om valfrihet när det gäller utförare av sociala tjänster. Normstyrningen innebär en kraftfull betoning på att målgruppen hade rätt att leva som andra i lokalsamhället. De lokala aktörerna hade stor frihet att själv bestämma vilken sorts verksamhet man skulle bygga upp (med hjälp av stimulanspengar till projekt och försöksverksamheter) för att nå målen. Ett annat inslag i styrningen var att Socialstyrelsen, som statlig myndighet, fick en central roll som förändringsagent för att förmedla, förankra och följa upp reformens policy. I tillägg till detta praktiseras styrning i efterhand genom tillsyn av kommunernas verksamhet via Socialstyrelsen och landets länsstyrelser så att tillämpningen ligger i linje med reformens policyintentioner. Eftersom de nationella policymålen var vaga stimulerade staten till kunskapsstyrning genom att stödja nätverk som sprider kunskap om relevanta behandlings- och samverkansformer.

Det finns stora likheter mellan de nordiska länderna vad gäller policymål och intentioner. Decentralisering och mer tonvikt på öppenvård finns i alla de fyra länderna. En inriktning på minskat tvång i vården är också genomgående, låt vara att Finland avviker från mönstret genom att ha en betydande andel tvångsinläggningar. Det finns skillnader i reformernas inriktning såtillvida att betoningen på ett socialt perspektiv kontra medicinskt perspektiv varierar. I Sverige framstår funktionshinderperspektivet (konsekvenserna i vardagen av psykisk ohälsa) tydligare i reformretoriken jämfört med de andra länderna, medan i Finland folkhälsoperspektivet i kombination med en diagnostisk kultur för behandling, är särskilt framträdande. Inriktningen i Norge har karaktär av en social plan för verksamhetsområdet, där intentionen varit att skapa en infrastruktur för en mer decentraliserad och förebyggande vård. I Danmark har intentionen också varit att med administrativa och organisatoriska förändringar skapa en mer decentraliserad vård och behandling och socialpsykiatrisk verksamhet. I alla länderna används styrningsformer som är kombinationer av lagstiftning, ekonomisk och organisatorisk styrning samt normstyrning. I Danmark och Sverige har ramlagstiftning inom området möjliggjort att försöksverksamheter och projekt (stimulerade av staten) fått relativt stort utrymme för att förverkliga reformintentionerna,

medan policymålen i Finland knutits till lagstiftning och kvalitetsrekommendationer som kommunerna relativt självständigt tillämpat; i Norge har ekonomisk och organisatorisk styrning varit framträdande. I tabellen nedan sammanfattas de viktigaste särdragen vad gäller policyinriktning, målgrupper och styrningsformer.

**Tabell 2. Policyinriktning inom psykiatriområdet i fyra nordiska länder.**

|                          | Danmark                                                     | Finland                                                                                                                 | Norge                                                             | Sverige                                                                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Policyinriktning:</b> | Administrativ decentralisering<br>Förebygga<br>Minska tvång | Decentralisering<br>Bättre folkhälsa<br>Förebygga<br>Minska tvång                                                       | Decentralisering<br>Ny infrastruktur<br>Förebygga<br>Minska tvång | Decentralisering<br>Normalisering<br>Minska funktionshinder                                               |
| <b>Målgrupper</b>        | Psykosser (men efterhand breddad målgrupp)                  | Befolkningsperspektiv<br>Socialt utsatta grupper + allvarligt psykiskt sjuka                                            | Långvarigt och allvarligt psykiskt sjuka<br>Barn och unga         | Psykiskt funktionshindrade + allvarligt psykiskt sjuka                                                    |
| <b>Styrningsformer</b>   | Avtal mellan regioner - kommuner<br>Ramlag                  | Normstyrning (förebyggande arbete)<br>Kunskapsstyrning (kvalitetsrekommendationer)<br>Detaljlagstiftning (tvångsvården) | Ekonomisk och organisatorisk styrning (öronmärkta medel)          | Ekonomisk styrning (öronmärkta medel)<br>Normstyrning<br>Myndighetsstyrning<br>Kunskapsstyrning<br>Ramlag |

## 1.4 Servicesystem

Om servicesystemet ska fungera som den lins med vars hjälp man kan förstå hur policymål översätts till konkreta vård- och stödsatser måste intentionerna vara klara och tydliga och baserade på en teori om orsak och verkan. Lokala aktörer måste också ha tillgång till en servicestruktur anpassad till målgruppen för att kunna tillämpa policyn. Policyprogrammet måste också ges tillräckligt med ekonomiska resurser och kvalificerad personal. Problem att översätta det som är vetenskaplig kunskap till konkreta vård- och stödåtgärder är också ett dilemma. Om olika reformprogram är på kollisionskurs med varandra uppstår också problem (34). Det gäller i synnerhet efter avinstitutionaliseringen när både stöd- och service och målgrupperna är utspridda i lokalsamhället. Där förutsätts de få det stöd de behöver av offentliga (och ibland privata aktörer), som finns i ett nätverk av vård- och omsorgsrelationer löst sammankopplade (eller inte alls) till en rad olika policies. Parr (35) talar i det sammanhanget om "a new geography of deinstitutionalisation". Detta reser frågor om välfärdsstatens stödsystem är helt ändamålsenligt konstruerade för personer med sammansatta behov, när (den lokala) välfärdsstaten består ett antal segment, vilka är mer eller mindre tydligt avgränsade från varandra.

### Struktur och insatser

*Danmark:* I och med 2007 års kommunreform är psykiatrin i Danmark uppdelad på behandlingspsykiatri som är regionernas ansvar och socialpsykiatri som är kommunernas uppgift. I Danmark, liksom i de övriga nordiska länderna, finns både öppna och slutna avdelningar som tar akutfall och svårt sjuka personer), distriktpsychiatri, olika slags uppsökande team, psykiatriska skadestuer (mer eller mindre öppna dagmottagningar, ibland även öppna nattetid) och en socialpsykiatri som tillhandahåller boende, sysselsättning, stödpersoner och en rad olika projekt. Till bilden hör också praktiserande psykiatriker, psykologer och allmänpraktiserande läkare. De psykiatriska mottagningarna har expanderat sedan 1990-talet och allt fler patienter söker sig dit. Socialpsykiatri är en bred benämning på alla de sociala insatser (främst boende, träffpunkter, sysselsättning) som uppstått i kommunerna från början av 1990-talet och som syftar till att

underlätta vardagslivet för personen ifråga och att förbygga återinläggning på sjukhus. Privata aktörer som erbjuder insatser i socialpsykiatri och behandling finns, men är inte särskilt stort. Utbyggnaden av distriktspsykiatri och stödformen kontaktperson är centrala inslag i reformverksamheten. Till den bilden hör också former för tidig behandling av psykoser och etableringen av uppsökande team vilka startat sin verksamhet under 2000-talet. När de olika kommunala insatserna inordnades i den psykiatriska verksamheten och när även den specialiserade socialpsykiatriska verksamheten fördes till kommunerna (från amterna) i och med den andra kommunalreformen 2007 var detta ett uttryck för en utveckling mot mainstreaming. I och med distriktspsykiatrins utveckling stimulerades tillkomsten av uppsökande team som fick till uppgift att identifiera personer med psykoser i ett tidigt stadium där behandlingsutsikterna var goda. Allmänt sätt har det varit en flora av försöksverksamheter inom socialpsykiatri under 1990-talet. Sysselsättningsmöjligheterna har inte utvecklats som man skulle kunna förvänta sig givet reformintentionerna; ett undantag är dock en viss expansion av skyddad sysselsättning som skett under senare år.

*Finland:* I Finland ligger huvudansvaret för den psykiatriska vården, eller mentalvården som man föredrar att kalla den, hos kommunerna, som kan bilda s.k. samkommuner för att gemensamt producera tjänster. Den är uppdelad på primärvården, socialvården och den psykiatriska specialsjukvården och är en del av folkhälsoarbetet och av socialvården. Primärvårdens hälsostationer erbjuder grundläggande mentalvårdstjänster. För att få psykiatrisk specialsjukvård krävs i allmänhet remiss från primärvårdsläkare. Primärvården, omfattar förutom hälsocentralerna även företagshälsovård och skolhälsovård. Den skall enligt policydokumenten vara ingången till all mental- och missbruksvård och behandla okomplicerade fall av psykisk ohälsa, såsom depression, ångestsyndrom, beteendestörningar och missbruk. På basnivå deltar förutom primärvården också t.ex. elevvården och familjecentralerna i arbetet för psykisk hälsa, vilket indikerar att arbetet har stor bredd. Socialtjänsten i kommunerna har ansvar för olika former av arbetsverksamhet, vägledning och stöd till sysselsättning och rehabilitering. Enligt socialvårdslagen skall kommunen också anordna boendeservice för personer som behöver sådant stöd. Den tredje sektorn har kommit att spela en allt större roll när det gäller denna typ av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning. Många av de boendeformer som erbjuds har en institutionsliknande karaktär; även det stöd som ges i hemmen bygger i vissa avseenden på ett kvardröjande institutionstänkande.

I den nationella planen för mental- och missbrukarvården från 2009 kan man se ett tydligare fokus på arbete och sysselsättning för psykiskt funktionshindrade och missbrukare. Vid sidan om de särskilt anpassade sysselsättningsprojekt som växte fram under 1990-talet som sociala företag och klubbhusverksamhet utvecklas en s.k. mellanarbetsmarknad. Genom lagstiftning konsolideras sociala företag för att minska marginalisering och förtidspensionering på grund av psykisk ohälsa. Folkpensionsanstalten (FPA), som ansvarar för socialförsäkringen, spelar en viktig roll i samband med rehabiliteringstjänster och yrkesinriktad rehabilitering för psykiskt funktionshindrade ofta tillsammans med andra organisationer och myndigheter. FPA kan finansiera stöd i form av rehabiliteringskurser, arbetsprövning och träning, yrkesorienterad medicinsk rehabilitering och psykoterapi. Det är ett stort antal aktörer som blir involverade i det breda mentalvårdsarbete som bedrivs i Finland, vilket ger en splittrad bild och påtalar behov av samverkan.

*Norge:* I Norge är det kommunerna och hälsoföretagen (helseforetak) (från 2002) som har ansvaret för vård- och sociala tjänster - hälsoföretagen för den mest specialiserade vården. Kommunerna är skyldiga att bedriva ett "psykisk helsearbeid" som i huvudsak utförs av sjuksköterskor och socionomer. Det har skett en expansion och förstärkning s.k. distriktspsykiatriska centra (DPS) med

poliklinik, sängplatser, dagenheter och mobila team – och även av barn- och ungdomspsykiatriska enheter (BUP). Utbudet av privata vårdalternativ inom specialistvården är mycket begränsat. Specialistvården är organisatoriskt en del av de statliga hälsoföretagen (sedan 2002), likaså DPS och BUP, medan psykiskt hälsoarbete är en del av den kommunala verksamheten. Det inkluderar hemsjukvård för personer med psykisk ohälsa och en del sociala tjänster som inte utförs inom ramen för NAV. Från 2009 finns också ekonomiskt stöd för att etablera s.k. ACT-team (Assertive Community Treatment).

Opptrappingsplanen sjösatte en ny arbetsfördelning vad gäller personer med psykisk ohälsa. Patienten ska i första hand ha en anknytning till hälso- och sjukvården i kommunen, inklusive det psykiska hälsoarbetet, vilket skapar en stor variation eftersom Norge i jämförelse med de andra nordiska länderna har många små kommuner. Hälften av kommunerna i Norge har mindre än 5 000 invånare. Det finns inte heller några tvingande krav på samarbete mellan kommunerna för att göra utbudet mer likartat. Patienternas primärvårdsläkare (fastlege) har en central roll i det sammanhanget men dessa har i varierande grad levt upp till förväntningarna om att ha en tydlig roll i det psykiska hälsoarbetet. Tanken är också att kommunerna ska få vägledning i detta från specialistsjukvården inom DPS-verksamheten – och att detta samarbete ska formaliseras. Inom specialistvården skulle sjukhusavdelningarna ägna sig åt de mest allvarliga och komplicerade fallen som krävde dygnetruntbehandling, medan sängplatserna på DPS-enheterna skulle tas i anspråk av mindre resurskrävande patienter. Människor med psykisk ohälsa har när det gäller sociala stödinsatser kontakt med NAV (som integrerar socialtjänst, arbetsförmedling och arbetsrehabilitering). Där kan de få hjälp med bedömning av arbetsförmåga och hjälp till att utveckla sina resurser med sikte på arbete.

*Sverige:* I Sverige kom psykiatrireformen främst att beröra kommunerna, medan landstingen (17 till antalet och 4 regioner) som har ansvaret för huvuddelen av sjukvården skulle renodla sin verksamhet till att handla om vård och behandling. Psykiatrisk heldygnsvård (slutenvård) finns i alla landsting. Flertalet landsting har också mer eller mindre intensiva öppenvårdsmottagningar under dagtid och mobila team som ger behandling och omvårdnad i patientens hem. Drygt var femte vårdplats är inriktad på psykosvård, men det förekommer i varierande grad specialisering mot affektiva tillstånd (depressioner, bipolära sjukdomstillstånd), missbruks och äldrepsykiatri. Mellanvårdsenheter, motsvarande de norska DPS och skadestuer i Danmark, är mycket sällsynta i Sverige (36). Primärvården är den första vårdnivån och utgör därmed basen i all sjukvård. Den inkluderar bl.a. hälsocentraler, distriktssköterskemottagningar, mödra- och barnavårdcentraler. Vad gäller psykiskt funktionshindrade ska den svara för vård som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser, och där målgruppens medicinska behandling inte kräver specialistpsykiatriska insatser.

Kommunerna har ansvar för frågor som sysselsättning och boende för personer med psykiskt funktionshinder. Sysselsättningsverksamheterna har varierande ambitionsnivå: från träffpunkter till mer strukturerade aktiviteter och finns i nästan alla kommuner. Gruppboendestäder eller vanliga bostäder för personer med psykiska funktionsnedsättningar med stöd från personal från en näraliggande gemensamhets har expanderat kraftigt. Gruppboendestäder, har inte sällan en institutionsliknande karaktär och ska ses som en kvarstående struktur från avinstitutionaliseringens tidigare fas då kommunerna till följd av reformen tog över sjukhusavdelningar som visade sig svåra att förändra eller utveckla. Gruppboendestäderna har allt mer börjat ifrågasättas av yngre personer. Boendestöd, ett flexibelt och diversifierat stöd till personer med psykisk ohälsa, som även omfattar stöd utanför bostaden är en annan kommunal stödform. I merparten av kommunerna finns också personliga ombud. Insatsen, som är ett frivilligt åtagande ges till personer med ett

omfattande psykiskt funktionshinder och med komplexa behov av vård och stöd. Det personliga ombudet ska tillsammans med klienten identifiera dennes behov och se till att olika huvudmän planerar, samordnar och genomför sina insatser. Ombudet har en fristående roll i förhållande till myndigheterna och företräder den enskilde i kontakten med dessa och ser till att klientens rättigheter blir tillgodosedda.

### **Professioner**

Den uppsättning professionella som deltar i psykiatrireformernas tillämpning varierar något mellan de olika länderna. Men man kan iaktta en gemensam trend: ju mer vården och stödinsatserna ges i öppna former, desto fler yrkesgrupper blir involverade. I Danmark innebär distriktspsykiatris utveckling att ett flertal professionella yrkesgrupper involverades och verksamheten är nu inte lika läkarstyrd som tidigare. Domänkonflikter kommer särskilt till uttryck vad gäller sättet att organisera distriktspsykiatrin och socialpsykiatrin och vilken roll dessa ska spela inom ramen för en helhetligt psykiatrisk verksamhet. På motsvarande sätt har vården som helhet blivit mer mångprofessionell i Finland, samtidigt som det uppstått oklarheter om hur samarbetet mellan socialvården och hälsovården ska ske. Rollfördelningen blir problematisk när alltfler yrkesgrupper involveras i verksamheten, som allmänläkare, psykiatriker, psykiatriska sjukskötare, psykologer, socialarbetare, hälsovårdare, närvårdare, depressionsskötare och olika terapeuter uppstår lätt oklarhet i rollfördelningen mellan dessa. I den mån samarbetet gnisslar och kunskaper i att bemöta psykisk ohälsa upplevs bristfälliga, tenderar hjälpen att bli mera problemcentrerad och mindre inriktad på självständig återhämtning. Från socialvårdens sida i Finland opponerar man sig mot en alltför kraftig betoning av hälsovård på bekostnad av socialvården. I Norge tenderar vården också att bli mångprofessionell (men med betydande lokala variationer pga. personalbrist). Det finns inga tvingande regler om vilka yrkesgrupper som ska delta i det psykiska hälsoarbetet i kommunerna, men i regel är sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatri involverade, liksom socionomer, vernepleier och pedagoger. En strävan är att få fler psykologer i kommunerna. Det förutsätts att arbetet sker i nära samarbete med primärvården, skolpsykologer och specialpedagoger och den sociala barnvården. Inom specialistvården möter vi också ett flertal yrkeskategorier: psykiatriker, psykologer, sjuksköterskor, socionomer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. I Sverige är också ett flertal yrkesgrupper involverade, därbland läkare, sjuksköterskor och, psykologer, kuratorer, rehabiliteringspersonal och skötare; merparten av patienternas kontakter med psykiatrin sker med annan personal än läkare. Två angelägna problem är att åtgärda bristen på läkare inom sjukvården - och att utveckla en mer professionaliserad kunskap om hur det sociala stödet i kommunerna ska utformas.

### **Brukarinflytande – brukarstyrda verksamheter**

Brukarinflytande är centralt i reformretoriken i alla de nordiska länderna, liksom att stimulera till brukarstyrda verksamheter. Brukarstyrda verksamheter finns i alla de fyra länderna. De utgör ofta ett innovativt inslag i servicestrukturen, även om de är relativt få till antalet. Brukar- och /eller anhörigorganisationer finns i alla de fyra länderna; de har vanligtvis en opinionsbildande och kamrattstödande roll. Brukarinflytande har institutionaliserats på olika sätt; det sker på systemnivå men också på organisationsnivå. I Danmark har utövas brukarinflytande genom de s.k. psykiatriska patientklagenævn vars uppgift är att se till att det tvång som används i vården redovisas och sker enligt gällande lagstiftning. I Finland finns bestämmelser om klientens ställning och rättigheter i en specifik lagstiftning, men trots detta har det gått trögt för brukarorganisationerna att få ett rejält inflytande. I Norge finns brukarrepresentanter både den på kommunala nivån och inom specialistvården (genom brukarråd inom hälsoförstegen och i de psykiatriska institutionernas kontrollkommissioner). Enligt lag ska brukarna ges möjlighet att aktivt medverka i utformningen

och dimensioneringen av specialistvården. Däremot finns inga krav på brukarmedverkan i de formella samarbetsorgan som inrättas mellan specialistsjukvården, DPS-systemet och det psykiska hälsoarbetet i kommunerna. I utformningen av individuella planer och samverkansgrupper (ansvarsgrupper) för personer med omfattande och långvariga behov av stöd ska den enskilde individen delta. Också i Sverige finns brukarinflytande både på systemnivå och på landstings- och kommunnivå. Ett nationellt nätverk av brukarorganisationer, NSPH, driver brukarfrågor och det finns brukarråd inom sjukvården där patienternas synpunkter fångas upp.

**Tabell 3. Servicesystemets struktur i fyra nordiska länder.**

|                                     | Danmark                                                                                                      | Finland                                                                                                        | Norge                                                                                          | Sverige                                                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicestruktur<br/>Insatser</b> | Behandlingspsykiatri (specialistvård)<br>Distriktspsykiatri (skadestuer, uppsökande team)<br>Socialpsykiatri | Psykiatrisk specialistvård<br>Primärvård<br>Socialvård – mentalvårdsarbete (inkl fhv, elevvård, fam centraler) | Hälsoföretag (specialistvård)<br>inkl. DPS/BUP<br>Psykiskt hälsoarbete<br>NAV(social tjänster) | Psykiatriska kliniker<br>Öppenvård/mobila team<br>Primärvård<br>Socialtjänst |
| <b>Professioner</b>                 | Mångprofessionell (men läkarstyrd)                                                                           | Mångprofessionell (men läkarstyrd)<br>Primärvård – annan sjuv person central roll                              | Mångprofessionell<br>Sjuksköt. –central roll i psyksikt hälsoarbete                            | Mångprofessionell                                                            |
| <b>Brukar-<br/>inflytande</b>       | Begränsat till patientklagenævn                                                                              | Generellt lagreglerad (i praktiken begränsad)                                                                  | Både i hälsoföretag och i kommunalt psykiatriskt hälsoarbete                                   | Både på systemnivå och vårdenhetsnivå                                        |

### **1.5 Arbetsformer, arbetsmetoder och samverkan**

Processer på organisationsnivån är ofta en central länk för att förstå relationen mellan idéer och praktiker inom psykiatriområdet (37). En bred förståelse av de lokala förutsättningarna för att tillgodose målgruppens behov kombinerat med en övertygelse om att man har adekvata arbetsmetoder och tillgång till personliga nätverk kan underlätta tillämpningen (38). Det är välkänt sedan länge att om medlemmarna i de organisationer som har att tillämpa policyn inte följer policyriktlinjerna så misslyckas programmet (39). Det som kännetecknar arbetsvillkoren för många handläggare inom den sociala sektorn är att de har stor frihet att bedöma hur klientens problem ska tolkas och åtgärdas, samtidigt som de är bundna av organisationens regler och procedurer (12). Värderingsgapet mellan beslutsfattare och utförare måste överbryggas för att organisationsmedlemmarna ska kunna tillämpa den statliga policyn utifrån de organisatoriska villkor de arbetar under (33). Ju större värderingsgap, desto mer problematisk kommer policyprocessen att bli. Samverkan mellan olika organisationer inom fältet är en vital fråga för att förverkliga polymålen. Det handlar om arbetsformer och arbetsmetoder inom behandlingspsykiatri, om arbetsformer för samverkan mellan olika nivåer inom sjukvården – och om samverkan mellan olika organisationer inom det sociala stödsystemet och detta systems samverkan med sjukvården.

*Danmark:* Arbetsformerna inom dansk behandlingspsykiatri varierar mellan ett övervägande medicinskt till socialt perspektiv beroende på vilken verksamhet det gäller. Inom distriktspsykiatri behandlas de flesta med medikamentella metoder i kombination med psykologiska metoder och socialt stöd i någon form. Inom distriktspsykiatri är uppsökande psykoteam ett viktigt inslag. De innehåller både medicinsk-biologisk, psykologisk, pedagogisk och

social expertise. Patienten har en primär kontaktperson (klinisk case manager), men hela teamets kompetens kan komma att användas. Dessa team kan även vara tillgängliga nattetid. Behandling inom distriktpsychiatri är frivillig, och den utgör en viktig länk mellan primärvården och specialistpsychiatri eftersom personalen där är de som först observerar att patienten har behov av tvångsvård eller någon specialiserad behandling. Insatserna går i hög grad ut på psykosocial rehabilitering. Verksamheten byggdes upp genom en systematisk försöksverksamhet, finansierad genom s.k. satspuljemedel och utvecklades av eldsjälär.

Distriktpsychiatri har en potential att reducera antalet inläggningar i slutenvård men då krävs också ett samarbete mellan de båda verksamheterna som inte kommer till automatiskt. Formella organisationsstrukturer skapar strikta gränser som inte så lätta att komma över. Samverkan framtvings dock av att utskrivningsavtal enligt lag (från 1999) måste slutas mellan slutenvården och distriktpsychiatri som säkerställer att patienten kan flytta hem eller till något boende när dygnet-runt vård vid ett sjukhus inte längre är medicinskt motiverat. Eftersom kommunerna (från 2007) har hela ansvaret för sociala insatser finns en organisatorisk gräns mellan socialpsychiatri och behandlingspsychiatri. Behandlingspsychiatri anser ofta att kommunerna inte har de stödinsatser som behövs, och kommunerna anser ofta att patienterna inte är tillräckligt friska när de lämnar behandlingspsychiatri. Kommunerna anser också att de inte får det stöd från distriktpsychiatri som de borde få. Givet det system som finns i Danmark med sjukhuspsychiatri, distriktpsychiatri och socialpsychiatri har samverkansformerna mellan de tre verksamheterna inte utvecklats som förväntats. Behandlingspsychiatri utvecklas ständigt och när allt fler patientkategorier kan behandlas på kortare tid ökar bördan för socialpsychiatri utan att motsvarande resurser överförs.

*Finland:* Slutenvård i Finland äger rum på psykiatriska sjukhus eller psykiatriska avdelningar. Behandlingen består vanligtvis av en kombination av medicinsk behandling och behandlingsformer med betoning på växelverkan, bl.a. individ- och gruppsamtal. Familje- och nätverkssamtal hör även till behandlingen och är centrala inom barnpsychiatrisk slutenvård. Behandlingen inom slutenvården är läkarstyrd men mångprofessionell. I allmänhet tillämpas ett system med egenvårdare, dvs. varje patient har en ansvarsperson som till utbildningen är sjukskötare eller närvårdare. Avdelningarna har i regel även tillgång till tjänster av psykolog, ergoterapeut och fysioterapeut. Inslag av miljöterapi finns även; på många avdelningar hålls regelbundna avdelningsmöten för patienter och personal. Tvångsåtgärder, såsom isolering, spännbälten och tvångsmedicinering förekommer relativt ofta och frekvensen varierar kraftigt mellan olika sjukhus. Liksom i Danmark har strävan i Finland varit att minska användningen av tvång; förutsättningarna för detta är reglerat i detalj sedan 2002; men hur långt man ska gå för att tillgodose omhållsskyddsaspekterna har inte varit centrala i diskursen om tvångsvård.

Den psykiatriska öppenvården kräver ofta traditionell tidsbeställning och i akuta fall erbjuds dygnet runt mentalvårdstjänster ofta enbart i form av sjukhusvård. Behandlingen är i princip läkarstyrd, men professionerna arbetar rätt självständigt. Vården innehåller ofta psykofarmakabehandling, och inkluderar alltid stödsamtal, ibland regelrätt psykoterapi, som i allmänhet är individuell korttidsterapi. Bristande kunskaper om psykosociala vårdformer och psykoterapi i primärvården styr behandlingen mot medicinska insatser. Inom primärvården har behandlingsinsatserna i ökande grad flyttats över från läkare till vårdpersonal, bland annat genom att depressionsskötare införts inom primärvården.

Det finns krav i lagstiftningen på att olika myndigheter ska samverka. I kommunerna finns samarbetsgrupper för rehabilitering där flera yrkeskategorier från olika myndigheter samverkar både om allmänna ärenden och enskilda klientärenden. På sjukvårdsdistriktsnivå finns

rehabiliteringssamarbetskommissioner, tillsatta av regionförvaltningen, vilka behandlar centrala frågor kring klientsamarbete, samt planerar, främja och följer samarbetet de olika myndigheterna, sammanslutningarna och inrättningarna emellan. På nationell nivå finns i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet en delegation för rehabiliteringsärenden, vars uppgift är att styra, utveckla och samordna samarbetet mellan myndigheter, sammanslutningar och inrättningar. Förutom de s.k. officiella samarbetet sker samarbete i det dagliga arbetet olika aktörer emellan.

För att motverka social utslagning sker samverkan i servicecenter för arbetskraft där socialvårdens, hälsovårdens och den lokala arbetsförvaltningens tjänster integreras i ett och samma center. Servicecentrens verksamhet har framförallt främjat samarbetet emellan socialvården och arbetskraftsbyråerna. Hälsovårdens tjänster inom servicecentren har upplevts som goda, men det behövs ett bättre samarbete med primärvården. Brist på information och kunskap om andra aktörers roll och arbetsmetoder, resurser och insatser är ofta ett hinder för samverkan.

*Norge:* Den biopsykosociala modellen har en lång tradition inom specialistvården. De sista tio åren har kognitiva behandlingsformer fått större utrymme. Familjeinterventioner förekommer också när det gäller psykotiska tillstånd, liksom gruppbehandling både poliklinisk och inom slutenvården. Inom den specialiserade psykiatrin har DPS-enheterna en central plats, med den förväntan om samverkan som behöver ske med slutenvården. Inte minst vad gäller inläggning på sjukhus via DPS och BUP. DPS/BUP är också tänkt att vara en brygga mellan specialistnivån och det kommunala psykiska hälsoarbetet. Det finns ett uttalat mål att öka andelen inläggningar på akutavdelningar från DPS-systemet, och inte från primärvårdsläkarna; detta ses som en garant för en rationell arbetsfördelning så att DPS-enheterna först använder sina sängplatser och när detta inte längre går ska patienten föras över till sjukhusvård. Det tryck som finns på DPS-enheternas sängplatser är i sin tur beroende på hur utbudet av stöd i boende och annat är i kommunen och av det polikliniska utbud som finns inom DPS.

Det finns inga tvingande anvisningar om hur samarbetsformerna ska se ut. Arbetsformerna och samverkan kan i praktiken se mycket olika ut eftersom utbudet av tjänster varierar påtagligt beroende på kommunstorlek. Brukarna involveras i samverkan i samband med att individuell plan upprättas och när ansvarsgruppen träder i aktion, och i hälsoföretagens brukarråd. Samverkan mellan olika instanser inom den kommunala hälso- och sjukvården förekommer regelmässigt, men primärvårdsläkarnas roll i det sammanhanget varierar. Arbetsformerna hänger samman med vilket utbud som finns i kommunerna i form av professionella yrkesutövare, specialister, men också vilka boendeformer som finns. Kommunerna har också stor frihet att organisera socialtjänstinsatserna utifrån de lokala förhållanden som råder.

Bland de nordiska länderna har Norge kommit längst när det gäller att integrera arbetsförmedling, socialförsäkring och socialtjänst. Genom den s.k. NAV-reformen inordnas dessa i nya enheter: dels genom samlokalisering, dels genom att de olika organisationernas uppgifter och utbud ska samordnas så att brukarens behov tillgodoses. En individuell plan upprättas för personen ifråga och det inrättas en s.k. ansvarsgrupp med personal som har ansvar för det psykiska hälsoarbetet, primärvårdsläkaren, NAV och någon representant från DPS. Brukaren får en systematisk bedömning av sina resurser, arbetsförmåga och stödbehov i förhållande till de krav som ställs på arbetsmarknaden. I detta s.k. kvalificeringsprogram tar staten och kommunen ett gemensamt ansvar för att ge stöd till personer som har nedsatt arbetsförmåga och som samtidigt får låg ersättning från socialförsäkringssystemet.

*Sverige:* Behandlingsformerna i den psykiatriska slutenvården är företrädesvis psykofarmaka-behandling; samtalsbehandling, psykoterapi och stödinsatser förekommer i mindre utsträckning. Den psykiatriska tvångsvården domineras av relativt ensidiga insatser med läkemedelsbehandling som den vanligaste åtgärden. Även i öppenvården dominerar läkemedelsbehandling. Hälsocentralerna inom primärvården tillgodoser inte heller patienternas önskemål om mer samtalsbehandling och de har sällan tillämpade diagnoskriterier eller bedömningsinstrument. Slutenvården har ingen tydlig roll i den samhällsbaserade psykiatrin, vilket hänger samman med både bristande resurser och otillräckligt utvecklade arbetsmetoder. Ett ökat fokus på öppenvårdsformer har lett till att slutenvårdspsykiatrin används mer som en sista utväg istället för att vara ett centralt inslag i individens behandling, rehabilitering och återhämtning.

Det finns samverkansproblem på flera nivåer: mellan specialistpsykiatrin och primärvården, där det är svårt att dra tydliga gränser mellan organisationernas uppgifter, mellan psykiatrin och socialtjänsten och mellan socialtjänsten, socialförsäkringsmyndigheterna och arbetsförmedlingen. Ett problem som följer av bristande samarbete mellan socialtjänsten och arbetsförmedlingen är att det visat sig svårt att bereda målgruppen plats i mer arbetslivsinriktade åtgärder som leder till arbete på den öppna marknaden. Psykiatrin är fortfarande den vanligaste samverkansparten för kommunernas socialpsykiatriska verksamheter. Trots olika försök att styra samverkan är den i de flesta verksamheter frivillig och avgörs av behovet på den lokala nivån. Olika försök att styra samverkan med stimulanspengar och liknande har ofta visat positiva men kortsiktiga resultat. Den lag om finansiell samordning som finns sedan år 2004 har dock inneburit en ökad samverkan i form av samordningsförbund i vilka personal från landstinget, kommunen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen deltar.

**Tabell 4. Arbetsformer inom psykiatri och socialtjänst i fyra nordiska länder.**

|                            | Danmark                                                                                                                                      | Finland                                                                                                                                                                          | Norge                                                                                                                                | Sverige                                                                                                                                                      |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vård<br/>Behandling</b> | Specialist sjukvård:<br>biomedicinskt synsätt<br><br>Distriktpsychiatri<br>(DPS): biopsykosocialt<br>synsätt<br><br>Uppsökande<br>psykosteam | Specialist sjukvård:<br>medicinsk behandling<br>– inslag av<br>samtalsterapi<br>Tvång relativt vanligt<br><br>Primärvård:<br>psykofarmaka +<br>samtalsbehandling                 | Biopsykosocial<br>modell inom<br>specialist sjukvård<br>och DPS/BUP<br>Ökat inslag av<br>samtalsbehandling<br>- alla nivåer          | Sjukhusvård:<br>psykofarmaka med<br>inslag av samtals-<br>behandling<br>Hälsocentraler:<br>psykofarmaka med<br>inslag av samtals-<br>behandling              |
| <b>Socialtjänst</b>        | Socialpsykiatri:<br>psykosocial<br>rehabilitering                                                                                            | Brett orienterat<br>mentalvårdsarbete<br>(flera aktörer<br>involveras)                                                                                                           | Brett orienterat<br>psykiskt<br>hälsoarbete                                                                                          | Brett orienterat<br>socialt vardagsstöd                                                                                                                      |
| <b>Samverkan</b>           | Bristande samverkan:<br>sjukhus-DPS-<br>socialtjänst<br><br>Bristande samverkan:<br>socialpsykiatri-<br>arbetsmarkn<br>myndigheter           | Bristande samverkan<br>mellan olika<br>välfärdssektorer<br><br>Samverkan i<br>rehabilitering,<br>Samverkan i<br>servicecentra:<br>socialvård-<br>arbetsförmedling-<br>primärvård | Samverkan mellan<br>vårdnivåer –<br>primärvårdsläkare<br>svag länk<br><br>Tvärsektoriell<br>samverkan inom<br>kommunen, inkl.<br>NAV | Samverkansproblem<br>mellan vårdnivåer<br><br>Samverkansproblem:<br>socialtjänst-<br>arbetsförmedling<br>Tvärsektoriell<br>samverkan i<br>samordningsförbund |

|                            |                                                            |                                                                             |     |                  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|
| <b>Innovativa insatser</b> | Kontakt-stöttepersion<br>Uppsökande team: unga schizofrena | Förebyggande insatser:<br>barn o unga samt unga män som riskerar utslagning | NAV | Personligt ombud |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|

NAV = samarbete mellan social- och arbetsmarknadsmyndigheterna

BUP = barn- och ungdomspsykiatri

## 1.6 Reformernas resultat

Resultatet av reformerna på nationell nivå visar i vissa avseenden på ett gemensamt mönster. Antalet vårdplatserna i den psykiatriska sjukhusvården har trendmässigt minskat i alla de fyra länderna. Omkring 2007-2008 var antalet vårdplatser per 100 000 invånare i slutenvårdspsykiatri i Finland 85, Danmark 57, Norge 53 och Sverige 48 (40). Antalet vårddygn per 1 000 invånare var vid samma tidpunkt flest i Finland 300, därefter Danmark 207, Sverige 163 och Norge 146 (41). Neddragningen av slutenvårdsplatser hade således gått längst i Sverige och Norge, likaså är antalet vårddygn (per 1 000 invånare) jämförelsevis lägst i dessa båda länder. Konsumtionen av psykofarmaka har överlag ökat i alla de fyra länderna. En svag ökning av antipsykotiska läkemedel (mätt som daglig dos per 1 000 invånare) märks under perioden 2004-2008 där Finland tar täten följt av Danmark, Norge och Sverige. När det gäller antidepressiva läkemedel ligger Sverige i topp följt av Danmark, Finland och Norge (42).

Parallellt med att slutenvården krympt i volym har boendetjänster ökat kraftigt. I Sverige och Finland står den privata sektorn för en betydande del av den aktuella ökningen. Dödlighet i självmord kan ses som en indikator på resultatet av reformer inom psykiatriområdet. Forskning tyder på att sådan dödlighet bland personer som vårdats i slutenvårdspsykiatri under den senaste tjugoårsperioden, minskat i Danmark, Finland och Sverige (Norge ingick inte undersökningen) med undantag för svenska män. Förklaringen kan vara att avinstitutionaliseringen, och som en konsekvens av den, utbyggnaden av socialpsykiatri och socialtjänst för målgruppen minskar stigmatiseringen av psykisk ohälsa. Men det krävs också målmedvetna och riktade hälsofrämjande insatser (43). Reformerna inom psykiatriområdet i de fyra länderna har i varierande grad koppling till reformer inom arbetsmarknadspolitik och socialförsäkring. Det faktum att andelen arbetslösa och förtidspensionerade bland personer med psykisk ohälsa fortfarande är hög indikerar att psykiatireformernas målgrupper inte prioriterats när det gäller arbete på den reguljära arbetsmarknaden.

*Danmark:* Utvecklingen i Danmark medförde att sjukhusvården kompletterades med distriktspsykiatri som också ger behandling, och socialpsykiatri som ger socialt stöd i olika former. Återinläggning på sjukhus har minskat genom dessa insatser. De uppsökande team som arbetar med personer med psykos betyder också ökad tillgänglighet till en behovsanpassad vård. Sjukhuspsykiatri har dock behållit sin starka maktposition i Sundhedsstyrelsen och i regionerna. De sociala insatserna framstår som utvecklade i och med att de kom igång sent och de har inte heller fått tillräckligt med resurser. Detta trots att de sundhetsavtal som slutits mellan regioner och kommuner och som reglerar samverkan mellan dessa båda parter anses som ett lyckat inslag. Det som fungerat väl i Danmark är att tillgängligheten ökat genom distriktspsykiatri. Fokus har ökat på uppsökande verksamhet och tidig intervention, liksom på möjligheterna att tillfriskna och att kunna rehabiliteras. Att målgruppen ska inkluderas i samhället, få inflytande över vård-, behandling och sociala insatser och minskad stigmatisering av personer med psykisk ohälsa är också framgångsfaktorer.

En problematisk aspekt är att tillgängligheten till vård för de unga och de med de största psykiska problemen är låg, något man försöker komma till rätta med genom att införa utredningsgaranti för unga och vuxna. Det förfaller också som om den uppsökande verksamheten sker på mycket olika villkor, dels uppstår gränsproblem (oklarheter om roller och uppgifter) mellan distriktpsykiatriens uppsökande team och kontaktpersonsystemet. En grupp som faller mellan stolarna är invandrargrupper med psykiska problem. Behandlingskapaciteten anses vara för liten och allt för många behandlas med medicinering. Utskrivningsavtal upprättas alltför sällan när det gäller personer som inte själva kan klara av sin livssituation eller som inte vill samarbeta – och samarbetet mellan psykiatri och socialpsykiatri, men också arbetsmarknadsmyndigheterna och utbildningsväsendet kan bli bättre. I likhet med Norge varierar kvalitet och utbud kraftigt mellan olika kommuner och mellan olika avdelningar.

*Finland:* Förändringarna i den finska mentalvården sedan 1990-talet återspeglar ett ideologiskt och strukturellt nytänkande i form av satsning på social delaktighet i kombination med ökande marknadsekonomiska inslag i de offentliga tjänsterna, samt en vilja att decentralisera servicestrukturen. Den psykiatriska sjukhusvårdens volym är numera mindre än en fjärdedel av volymen på 1970-talet, men resurstilldelningen till den psykiatriska slutenvården har inte minskat i motsvarande grad. Utvecklingen har inte lett till en tillräcklig öppenvård. Förekomsten av tvångsvård är hög i Finland. Tillgängligheten till mentalvård för dem som lider av psykisk ohälsa brister, dels på grund av hinder i hälso- och sjukvårdens finansieringssystem, dels på grund av stigmatisering av psykisk ohälsa. Reformprocessen i Finland tycks ha varit effektiv, då antalet självmord används som utfallsmätare. Reformerna har inte medfört geografisk jämlikhet och tillgången till vård samt vårdens karaktär varierar i olika delar av landet. Problem i tillgången till mentalvård för barn och unga har varit ett återkommande inslag i den allmänna debatten om mentalvården. Till en del är detta beroende på problem som är inbyggda i hälso- och sjukvårdens allmänna finansieringssystem. Tillgången till vård är sämre för dem som står utanför företagshälsovården, vilket alla barn och unga samt många personer med psykisk ohälsa gör.

*Norge:* Att förstärka infrastrukturen på den kommunala nivån var det mest centrala målet i reformen. I huvudsak har man uppnått de kvantitativa mål som uppställts, det totala antalet vårdplatser i sjukhusvården har minskat, vilket inte var vad reformen syftade till. Psykiatriska sjukhemsplatser har i det närmaste avvecklats. Tillgängligheten till det polikliniska hälsovårdsutbudet (psykiskt hälsoarbete, BUP, DPS) och sociala stödinsatser har ökat. Öronmärkning av de ekonomiska resurserna har varit ett viktigt medel för att säkra utbyggnaden. Små och perifera enheter har emellertid svårt att få kvalificerad personal. Brukarinflytandet har ökat generellt sett, både på individnivå och på systemnivå. När Opptrappingsplanen avslutas har man dock mycket lite kunskap om kvaliteten och innehållet i tjänsterna. De kommunala boendeplatserna, öronmärkta för personer med psykiska problem, har kompenserat för minskningen av sjukhusplatser, liksom ett utbyggt och kvalitativt bättre psykiskt hälsoarbete i kommunerna. Givet den heterogenitet som präglar norska kommuner, i sociodemografiskt hänseende, kan man se den nationella satsningen i Opptrappingsplanen som ett sätt att kompensera för dessa skillnader.

*Sverige:* Från 1970-talet och framåt har det i Sverige skett en påtaglig minskning av vårdplatserna inom psykiatri, utan att någon motsvarande ökning skett av andelen personer med allvarlig psykisk sjukdom. Samtidigt som detta skett har särskilda boendeformer expanderat, särskilt de i privat regi, och andra former för stöd i boendet. Det har således skett en betydande förflyttning av ansvar från den psykiatriska slutenvården till kommunerna när det gäller gruppen personer med psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar (44) Tillgängligheten till psykiatrisk

slutenvård är otillfredsställande; slutenvården är generellt sett mycket tungt belastad vilket på verkar vårdmiljö och vårdinnehåll (45) Vårdinnehållet är också relativt ensidigt och mobila team behöver byggas ut för att motsvara de krav på tillgänglighet som brukarorganisationer och patienter ställer. Till skillnad från Danmark och Norge finns i Sverige inte något som motsvarar DPS, verksamheter för vistelse vid kortvariga svikttillstånd finns endast på några få platser. Boendestöd är den kommunala insats som utvecklats mest under åren efter det att reformen trädde i kraft. Det är ett diversifierat vardagsstöd som finns att tillgå främst under vardagar och sällan under kvällar och helger. Det har inslag av rehabilitering och återhämtning som är anpassat till brukarens specifika behov. Personligt ombud framstår som en stödform som har fungerat väl i Sverige. Det är främst det flexibla arbetssättet och att det är brukaren och ombuden som identifierar de problem man tillsammans arbetar med. Att få hjälp med kontakter med olika myndigheter och service organ är också mycket uppskattat. Det finns många exempel på framgångsrika projekt, inte minst inom området rehabilitering, men även projekt för vissa grupper, t.ex. personer med dubbeldiagnos, tidigt omhändertagande vid psykos, stöd till vuxna med ADHD samt insatser för personer med komplexa vård- och stödbehov på grund av missbruk i kombination med psykisk sjukdom. Stödinsatser för att främja arbete och sysselsättning för personer med psykisk ohälsa ges av både arbetsförmedlingen och kommunen. Idag finns ett relativt stort utbud av sådana insatser till målgruppen jämfört med för tjugo år sedan, ändå är personer med psykiska funktionsnedsättningar en av de grupper som har lägst arbetsmarknadsdeltagande.

**Tabell 5. Några resultat av psykiatrireformerna i fyra nordiska länder.**

|                                   | Danmark                                                      | Finland                                                                                                             | Norge                                                                                              | Sverige                                                                                                               |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Slutenvårdsplatser</b>         | Kraftig minskning                                            | Kraftig minskning (från hög nivå)                                                                                   | Kraftig minskning                                                                                  | Kraftig minskning                                                                                                     |
| <b>Vårddyg/1000 invånare</b>      | Högt/Medel                                                   | Högt                                                                                                                | Medel                                                                                              | Medel                                                                                                                 |
| <b>Konsumtion av psykofarmaka</b> | Medel                                                        | Hög                                                                                                                 | Låg                                                                                                | Låg/medel                                                                                                             |
| <b>Själv mord</b>                 | Minskning                                                    | Minskning                                                                                                           | Ingen minskning-                                                                                   | Minskning (undantag män)                                                                                              |
| <b>Tillgänglighet</b>             | DPS ökad tillgänglighet<br>Sociala insatser svagt utvecklade | Bristande tillgänglighet:<br>slutenvård<br>+öppenvård<br>Ökad tillgång till sociala insatser (gm mentalvårdsarbete) | DPS/BUP ökad tillgänglighet<br>Ökad tillgång till psykiskt hälsoarbete<br>Stora lokala variationer | Bristande tillgänglighet:<br>slutenvård<br>+öppenvård<br>Ökad tillgång till sociala insatser (sysselsättning, boende) |
| <b>Eftersatta grupper</b>         | Barn och unga<br>Invandrargrupper                            | Invandrare<br>Personer med psykisk ohälsa och missbruk<br>Funktionshindrade                                         | Äldre med psykisk ohälsa                                                                           | Barn och unga (långa köer till BUP)<br>Personer med psykisk ohälsa och missbruk<br>Äldre med psykisk ohälsa           |

Resultatet för patienterna eller brukarna kan relateras till i vilken utsträckning dessa är nöjda och efterfrågar vård, behandling och stöd. Det finns anledning att anta att tyngdpunktsförskjutningen från en institutionsbaserad psykiatri till en samhällsbaserad öppenvårdpsykiatri minskar stigmatiseringen av målgruppen när personerna finns i det öppna samhället vilket också gör vård- och behandling mindre stigmatiserande. Men servicesystemen i de fyra nordiska länderna har en

mer eller mindre svåröverskådligt karaktär, vilket gör att patienten eller brukaren ibland faller mellan stolarna eller hamnar i rundgång mellan olika myndigheter; det är då inte lätt för personalen av samverka och det är inte lätt realisera ett brukarinflytande när systemet är komplext. Vi har i denna rapport inga uppgifter på i vilken mån individerna är nöjda, eller blir illa behandlade eller helt enkelt vänder systemet ryggen. En indikation är dock att många patienter inte känner sig tillfreds med den ensidiga betoningen på psykofarmakabehandling; de förefaller mer nöjda när de får stödsamtal och är delaktiga i beslut om behandling, och när de känner att doktorn visar intresse för hela livssituationen. Servicesystemet och de arbetsformer som detta leder till utgör utan tvekan en lins som är relevant för att frilägga patienterna och brukarnas erfarenheter. Bristande individuell planering och systematisk behovsbedömning och uppföljning är också ett problem, liksom brist på samordning av planering med andra insatser utanför verksamheten.

## **1.7 Slutsatser**

Det är svårt att tala om en enda nordisk välfärdsmodell inom psykiatriområdet. Om policyintentionerna är relativt likartade är variationerna desto större när det gäller servicestruktur och arbetsformer – och därmed även resultatet för patienterna och brukarna. Tyngdpunktsförskjutningen från slutna institutioner till samhällsbaserad öppenvårdspsykiatri har medfört en rad olika serviceformer som gör det svårt att hitta renodlade typologier som länderna passar in i. Om vi befinner oss på policyintentionernas nivå kan vi möjligen urskilja en nordisk modell som har som gemensamma inslag: universell men decentraliserad vård, stöd och service, minskad slutenvård och tvångsvård, förebyggande insatser, ökat brukarinflytande. Likartade policyintentioner kan ses mot bakgrund av en delvis gemensam historia, likartad klasstruktur och politisk kultur. Men när det gäller styrningsformer, implementering, servicestruktur och arbetsformer finns stora variationer som gör att vi har flera nordiska modeller. I ett avseende kan man säga att Finland uppvisar ett drag som mer relaterar till den kontinentala välfärdsmodellen (inspirerad av Bismarck), eftersom arbetsgivarna via företagshälsovården tilldelats ett stort ansvar för sina anställdas hälsa.

Vi kan med Rauch (11) tala om både en legal och implementeringsmässig fragmentisering. Lagstiftningens karaktär (ramlagar eller detaljregler) skiftar mellan länderna och lagstiftningen som styrningsmetod används i kombination med andra styrformer i varierande former. Målgruppen för reformerna har också konstruerats på delvis olika sätt. När de lokala aktörerna stått inför uppgiften att översätta policyintentionerna till konkreta serviceinsatser har de utgått från den servicestruktur som redan existerar, men utrymmet för att skapa något nytt har varierat. I Danmark och Sverige har ramlagstiftningen gett utrymme för försöksverksamheter och projekt (stimulerade av staten) på ett annat sätt än i Finland och Norge där detaljlagstiftning i kombination med statsbidrag respektive en målmedveten organisatorisk och ekonomisk styrning länkat in reformerna i delvis andra spår. Ett inslag i denna fragmentisering är införandet av marknadsanpassade styrformer, New Public Management, från 1980-talet och framåt. Syftet var att minska det offentliga åtaganden genom att stärka de politiska beslutsfattarnas och ledarskapets inflytande på bekostnad av byråkratins och de professionellas inflytande. Tanken var att öka valfriheten för medborgarna, men också kvaliteten på tjänsterna, genom att tillåta privata välfärdsaktörer konkurrera (med billigare pris) på en (kvasi)marknad där de producerar tjänster som upphandlas med offentliga medel (46). I Sverige och Finland är detta ett tydligt inslag vad gäller boendeformer och i viss mån behandling och rehabilitering av personer med psykisk ohälsa.

Floran av vård-, socialt stöd- och social service bildar i alla de fyra länderna ett tämligen fragmentiserat välfärdslandskap som reformens tillämpare hanterat på olika sätt. I Norge och

Finland försöker man hålla samman de insatser som målgruppen behöver inom ramen för psykiskt hälsoarbete respektive mentalvårdsarbete, medan i Danmark och Sverige benämningar som socialpsykiatri täcker (men knappast håller samman) de sociala insatser som ges lokalt. Fragmentiseringen innebär i alla de fyra länderna utmaningar för samverkan både vertikalt och horisontellt mellan de som ger vård och behandling och de som ger sociala insatser. Trots att samverkan påbjuds eller möjliggörs enligt lagstiftning i de olika länderna är det svårt att finna framgångsrika etablerade exempel av rikstäckande karaktär. Den s.k. NAV reformen, när den fått några år till på nacken, kan mycket väl visa sig vara ett sådant exempel.

En problematik som finns i alla de fyra länderna är hur primärvårdens roll ska kunna bli mer tydlig och effektiv i vård- och stödsystemet: både i förhållande till slutenvårdspsykiatri och i förhållande till socialtjänstens roll. Ett annat dilemma handlar om socialpsykiatrins roll och utformning. Den finns i den kommunala sfären där den måste samexistera och samarbeta både med sjukvården och med den övriga socialtjänsten. Det gör att dess roll blir otydlig; socialpsykiatrins kunskapsbas tenderar också att (för)bli svag jämfört med den biomedicinska expertkunskapen och det finns ett stort behov av evidensbaserade arbetsmodeller. Ytterligare ett annat dilemma handlar om att återhämtningslogiken (recovery) i form av en målmedveten psykosocial rehabilitering tenderar att få stå tillbaka för en omsorgslogik trots att arbetslinjen gäller i alla länderna. Denna omsorgslogik betonar mer upprätthållandet istället för utvecklandet funktionsförmåga, omhändertagande istället för exponering för risker, segregerade verksamheter istället för normaliserade verksamhetsformer. Ytterligare en iakttagelse är att brukarinflytandet, som en strävan efter delaktighet har påbörjats, men det har inte institutionaliserats i vård- och stödsystemet som helhet och inte funnit sina strukturella former. Det är också uppenbart att jämlik vård är svårt att förverkliga, inte minst i länder som har glest befolkade områden och många små kommuner. Avslutningsvis står de nordiska psykiatrireformerna, givet betoningen på delaktighet och normaliserade livsvillkor, såsom detta uttrycks både internationella och nationella policydokument, inför dilemmat att verka för attitydförändring, motverka stigma och diskriminering.

Med referens till Thornicroft och Tansellas matris ville vi använda servicestrukturen som en lins för att frilägga hur policyintentioner återspeglas i skilda vård- och stödinsatser och arbetsformer, men också hur dessa inverkar på resultatet. Det är en varierande bild som framträder. Sett i ett utvecklingsperspektiv ligger det mycket i det som Thornicroft och Tansella benämner "a balanced approach" (47), dvs en blandning av både sjukhuspsykiatri och socialpsykiatri. Det är således en komplex och något ambivalent situation som präglar de nordiska psykiatrireformerna. Frågan är om det behövs specifika psykiatrireformer som i Sverige och Norge – eller om verksamheten kan utvecklas lika bra ändå genom ett gradvist reformarbete, som i Danmark och Finland, och som anpassas till utvecklingen inom andra samhällssektorer inklusive framsteg inom medicinen. De nordiska psykiatrireformerna står, när de nu fortsätter, inför dilemmat att både öka och förbättra behandlingsutbudet – och utbudet av sociala insatser, och att ge brukarna ett ökat inflytande över vårdens innehåll.

## Referenser

- 1) Esping-Andersen, G. (1999) *Social foundations of postindustrial economies*, Oxford: Oxford University Press. Ellingsæter, A-L & A Leira (eds.) 2006 *Politicising parenthood in Scandinavia. Gender relations in welfare states*, Bristol: Policy Press.
- 2) Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity.
- 3) Leibfried, S (1992) Towards a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes into the European Community. I: Ferge, Z. & J.E. Kolberg (eds) *Social Policy in a Changing Europe*. Frankfurt: Campus.
- 4) Ferera M. (1996) The "Southern Model" of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6, 1, 17-37.
- 5) Carpenter, M. (2001) 'It's a small world': mental health policy under welfare capitalism since 1945. In: J. Busfield (2001) *Rethinking the Sociology of Mental Health*. Oxford: Blackwell.
- 6) Anttonen, A. & J. Sipilä, J (1996) European Social Care Services: Is it possible to Identify Models. *Journal of European Social Policy*, 6: 87-100.
- 7) Bambra C.L. (2005) Worlds of Welfare and the Health Care Discrepancy. *Social Policy and Society* 2005, 4, 31-41.
- 8) Melke, A. (2010) *Mental Health Policy and the Welfare State. A Study on How Sweden, France and England addressed a target group at the Margins*. University of Gothenburg: Department of Public Administration.
- 9) Goodwin, S. (1997) *Comparative Mental Health Policy. From Institutional to Community Care*. London: Sage.
- 10) Lindqvist, R., Markström, U. & D. Rosenberg (2010) *Psykiska funktionshinder i samhället*. Gleerups: Malmö.
- 11) Rauch, D. (2005) *Institutional Fragmentation and Social Service Variations. A Scandinavian Comparison*. Umeå University, Department of Sociology: Diss. No 41.
- 12) Lipsky, M. (2010) *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York, Russell Sage Foundation.
- 13) Hasenfeld, Y. (2009) The nature of human service organizations. In: Y. Hasenfeld, ed. *Human services as complex organizations*. Newbury park: Sage 2<sup>nd</sup> edition, 3-24.
- 14) Thornicroft, G. & Tansella, M. (2006) *The Mental Health Matrix. A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 15) Lester, H. & Glasby, J. (2006) *Mental Health Policy and Practice*. London: Palgrave-Macmillan, p 18.
- 16) Ham, C. (1999) *Health Policy in Britain: the politics and organisation of the National Health Services*. 4<sup>th</sup> edition. Basingstoke: Palgrave-Macmillan
- 17) Pilgrim, D. & Rodgers, A. (1999) *A sociology of mental health and illness* (2<sup>nd</sup> ed.) Buckingham: Open University Press, p 226.
- 18) Se vidare Steen Bengtsson kapitel 2 i denna rapport. Se även P. Munck-Jørgensen (2006) Nordic European countries. I: Thornicroft, G. & M. Tansella *The Mental Health Matrix. A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 228-248.
- 19) Torfing, J. (1999) Workfare with Welfare: recent reforms of the Danish welfare State, *Journal of European Social Policy*, 9(1): 5-28.
- 20) Se vidare Nina Karlsson & Kristian Wahlbeck, kapitel 3 i denna rapport.
- 21) Malmberg-Heimonen, I. & J. Vuori (2005) Activation and discouragement – the effect of enforced participation on the job search training. *European Journal of Social Work*, 8 (4): 451-467.

- 22) Se vidare Frode Larsen, Per Inge Langeng & Torleif Ruud, kapitel 4 i denna rapport. Se även A. Kolstad & H. Hjort (2006) *Mental Health Services in Norway*. In, R.P Olson (ed.) (2006) *Mental Health Systems Compared. Great Britain, Norway, Canada and the United States*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher, pp 81-137.
- 23) Hvinden B. & Johansson, H. (eds). (2007) *Citizenship in Nordic Welfare States: Dynamics of choice, duties and participation in a changing Europe*. London: Routledge.
- 24) Lødemel, I & Trickey (2001) *'An offer you can't refuse.'* *Workfare in International Perspective*. Bristol: Policy Press.
- 25) Se vidare Rafael Lindqvist & David Rosenberg, kapitel 5 i denna rapport. Se även U. Markström (2003) *Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Umeå: Boréa.
- 26) Johansson, H (2006) *Svensk aktiveringspolitik i nordiskt perspektiv*. Rapport till ESS, Expertgruppen för Studier i Samhällsekonomi, 2006:3. Stockholm: Finansdepartementet.
- 27) Junestav, M (2009) Sjukskrivning som politiskt problem. Sociala normer, institutionell förändring och det politiska språket. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, Årg 15, Nr 4, s 9-27.
- 28) Ingram, H & Schneider, A (2005) How Public Policy Constructs Deservedness. I: Schneider, A & Ingram, H (eds) *Deserving and Entitled: Social Construction of Public Policy*. Albany: SUNY Press, pp 1-34.
- 29) SOU 2006:5, Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder, s 6.
- 30) Rossi, P.H., Freeman, H.E. & W. Lipsey, (2004) *Evaluation: A Systematic Approach*. London: Sage.
- 31) Sabatier, P. (1986) "Top-down" and "bottom-up". *Approaches to Implementation Research. Journal of Public Policy*, 6 (1), 21-48.
- 32) Sannerstedt, A. (2001) Implementering. Hur politiska beslut genomförs i praktiken. I Rothstein, B (red.) *Politik som organisation*. Stockholm, SNS förlag, tredje upplagan.
- 33) Lundqvist, L. (1992) *Förvaltning, stat och samhälle*. Lund, Studentlitteratur.
- 34) Mazmanian, D. A. and Sabatier, P.A. (1983) *Implementation and Public Policy*. Glenview, Ill.: Scott, Foresman.
- 35) Parr, H. (2008) *Mental Health and Social Space. Towards Inclusionary Geographies?*. London: Blackwell Publishing.
- 36) Sveriges kommuner och landsting, SKL (2010) *Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården*. Stockholm: SKL, s 23-32.
- 37) Rosenheck, R. (2001). Organizational process: a missing link between research and practice. *Psychiatric Services*, 52, 1607-1612.
- 38) Greenhalgh, T., et al., (2005) *Diffusion of innovations in health service organisations. A systematic literature review*. Oxford: BMJ Books, Blackwell Publishing.
- 39) Van Meter, D.S. & Van Horn, C.E. (1975). The Policy Implementation Process: a Conceptual Framework. *Administration and Society*, 6, 445-87.
- 40) NOMESCO (2010) *Health Statistics in the Nordic Countries with data from 2008*. Köpenhamn, s 277.
- 41) NOMESCO (2010) *Health Statistics in the Nordic Countries with data from 2008*. Köpenhamn, s 280.
- 42) NOMESCO (2010) *Medicines Consumption in the Nordic Countries 2004-2008*. Köpenhamn, s 94, 98.
- 43) Wahlbeck, K. Westman, J. Nordentoft, M. Gissler, M. & T. Munck Larsen (2011) Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders in Denmark, Finland and Sweden 1987-2006. Kommande i: *British Journal of Psychiatry*.
- 44) Socialstyrelsen (2010) *Psykiatrisk vård – ett steg på vägen*. Öppna jämförelser och utvärdering 2010., s 34.

- 45) Socialstyrelsen (2009) *Innehållet i den psykiatriska tvångsvården*, s 8.
- 46) Pollitt, C.& Bouckaert, G. (2000) *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- 47) Thornicroft, G. & M. Tansella (2004) Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community hospital care: overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry* 2004, 185: 283-290.
- 48) Blomberg, H. (2008) Komparativ välfärdsforskning. I: Meewisse, A., Swärd, H., Eliasson-Lappalainen, R., & K. Jacobsson (2008) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur & Kultur. Se även: Hantrais, L. (1999) Contextualization in cross-national comparative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 1999, Vol 2, No 2, 93-108.



## 2. Danmark

---

**Danmark venter stadig på sin psykiatrireform**

**Steen Bengtsson**

## 2.1 Reformen

Fra 1950'erne og frem til 1993 reduceredes antallet af senge på psykiatriske sygehuse som følge af medikamentel behandling, en udvikling der forstærkedes efter udlægningen til amterne i 1976. Fra cirka 1990 opbyggedes distriktspsykiatrien med temarunder som værktøj, og siden 1997 har udviklingen foregået ved hjælp af tre- og fireårige psykiatriaftaler mellem staten og amterne, nu regionerne. Først i 2000 tallet skete en yderligere reduktion af sengepladser. Den medikamentelle behandling har skabt behov for en omfattende social indsats, og bid for bid er en del af denne imødekommet. Men nogen reform kan man ikke tale om.

I 1976 blev statshospitalerne overført fra den statslige særforborg til amternes hospitalsvæsen. Der havde været tanker om et kvalitetsløft, men krisen fra midt i 1970'erne gjorde at politikerne holdt igen med udgiftskrævende beslutninger. Man talte om distriktspsykiatri, som først betegnede udgående funktioner fra sygehusafdelinger, men efterhånden kom til at betyde selvstændige centre placeret i lokalområdet. Sidst i 1990'erne var hele landet dækket med distriktspsykiatri, og der skete et kvalitetsløft såvel i hospitals- som distriktspsykiatrien. Det var også tiltrængt. Der var på det tidspunkt stadig kun få enestuer, der manglede mulighed for skærmning af patienter, og afdelingerne var for store.

Med bistandsloven fra 1976, som var en del af Seierups socialreform, var den sociale indsats over for mennesker med psykiske lidelser placeret i det kommunale system, især i amternes socialafdelinger. I 1993 begyndte man imidlertid også at betragte kommunens indsats som en del af indsatsen i forhold til gruppen. Med den anden kommunalreform fra 2007 fik kommunerne ansvar for finansieringen. De kunne lade selve driften af de specialiserede tilbud ligge i regionen, men valgte i de fleste tilfælde at overtage også den.

I 2000'erne begyndte vi at se en distriktspsykiatri, der virkelig var i stand til at følge op på den behandling som patienterne havde fået på sygehuset og reducere hyppigheden af genindlæggelse betydeligt. Nogle personer fra distriktspsykiatrierne havde tanker om at disse skulle udvikles til meget mere, have et hovedansvar for behandlingen af de fleste af patienterne med psykoser, som de jo havde ansvaret for den største del af tiden, og desuden skulle tage sig af de mange ikke psykotiske lidelser, systemet nu blev præsenteret for.

Udviklingen adskiller sig på flere punkter fra reformerne i Sverige og Norge. Den blev tænkt i 1967 som en del af den store velfærdsreform man da planlagde, som kom til at omfatte et specialområde som udviklingshæmmede og senere områder som ældrepleje, børnehaver og kontanthjælp. Kommuner og amter blev styrket med sociale funktioner på disse felter og stærkt øgede ressourcer. Også psykiatrien blev decentraliseret, men reform blev der ikke råd til.

De sociale behov blev først imødekommet op i 1990'erne, da folketing og regering havde engageret sig, og der blev skaffet finansiering gennem centrale puljemidler, og især da man fandt på at den store satspulje kunne bidrage med hundreder af millioner. Mens standardforbedringen for udviklingshæmmede var kommet på amternes initiativ, skete der således intet for de sindslidende før centralmagten kom ind i billedet med puljemidler og psykiatriaftaler. Udviklingen foregik for forsøgsmidler og med foreløbige aftaler.

Puljer er noget specielt dansk, de har siden midten af 1980'erne dannet rammen om mange forsøg og projekter på det sociale område. Et andet specifikt dansk begreb er socialpsykiatri. Ordet betegner den sociale støtte som gives til mennesker med sindslidelse i bolig og dagligdag. Det er dog et

spørgsmål om det er hensigtsmæssigt at dele op i behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. Med den nye kommunalstruktur er socialpsykiatrien skilt fra behandlingspsykiatrien og blevet kommunernes ansvar. Men da den sociale indsats er meget vigtig i forhold til psykiatriske patienter, er det ikke sikkert at denne opdeling i social- og behandlingspsykiatri er særlig heldig.

Psykiatriaftalerne 1997-99, 2000-02, 2003-06 og 2007-10 har været grundlag for udviklingen i psykiatrien, og finansieringen er kommet fra satspuljemidlerne. Der er kommet en større andel af enestuer på de psykiatriske afdelinger, der er sket en faglig udvikling med opsøgende teams både på sygehusafdelinger og i distriktpspsykiatrier og tidlig indsats overfor alvorlige psykoser og andre sindslidelser. I oplæggene til næste psykiatriaftale taler både Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen om at få større sammenhæng i indsatsen og styrke den sociale indsats. Men kommunerne tror ikke der kan skaffes den nødvendige finansiering. De synes de mangler psykologisk ekspertise og de er bange for nu at blive sorteper.

Meget af det nødvendige indhold i en moderne psykiatrisk indsats er således kommet på plads lidt efter lidt, men der har været tale om ad hoc løsninger og knopskydninger for midlertidige penge, og aldrig om nogen samlet reform. På det sidste kommer Kommunalreformen 2007 ind i billedet og griber dybt ind i den kommunale struktur, uden at indeholde bare antydningen af en psykiatrireform. Den er tværtimod en trussel for det socialpsykiatriske arbejde, som netop var ved at opstå i amterne, og nu skal holde flyttedag. Man forsøger at redde stumperne gennem sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner. Igen en ny lille krølle på et system, der aldrig er blevet tænkt som et samlet hele.

### **Reformens intentioner**

Betænkning 826 (1) taler kun om en administrativ overførsel af statshospitalerne fra staten til amterne, og sætter ikke spørgsmålstegn ved sygdomsmodellen. Antipsykiatrien, som har gjort sig gældende i debatten i Danmark i årene omkring 1980, bliver slet ikke nævnt. Det er dog muligt at den har spillet en rolle på det politiske niveau, idet den stemte med amtspolitikernes ønske om at fremme ambulant behandling. Den medvirkede dermed til at legitimere, at man nedlagde et stort antal senge. Fagligt skete der en brobygning mellem den biologiske, psykodynamiske og sociologiske forståelsesramme. Man taler fra Niels Reisby (2) om den bio-psyko-sociale model, som langt de fleste nu tilslutter sig.

### *Anvendelsen af tvang*

Landspolitisk tages der ikke stilling til spørgsmålet om afinstitutionalisering, det overlades til politikerne i amterne. Den landspolitiske debat handler næsten kun om tvang i psykiatrien. En revision af sindssygeloven af 1938 diskuteres gennem 1970'erne og 1980'erne, indtil loven endelig revideres i 1989. Sigtet med denne revision er at ajourføre anvendelsen af tvang i forhold til den tidligere sindssygelov af 1938. En undersøgelse havde vist at en af lovens væsentligste paragraffer, kriteriet om at personen skulle være sindssyg for at kunne tvangsindlægges, ikke var opfyldt i op mod 30 % af tvangsindlæggelserne (3).

Især diskuteredes bestemmelserne om at legalisere den gældende praksis med at tvangsindlægge ikke sindssyge, etablering af en klageinstans og nødvendigheden af at tilføre området flere ressourcer. Politikerne fokuserede på de ydre rammer, dvs. forudsætningerne for at gennemføre frihedsbegrænsende foranstaltninger og hvordan disse kan kontrolleres, mens læger og jurister pegede på at kontrol ikke var nok, men at det i lige så høj grad var nødvendigt at forbedre hospitalernes fysiske og personalemæssige ressourcer. Det ville imidlertid være dyrt at indfri de krav, der fra faglig side blev stillet til ressourcerne.

1989-loven foreskrev tre betingelser for tvangsindlæggelse, hvoraf mindst en skulle være opfyldt: Begrundet formodning om at personen var syg, akut behov for psykiatrisk behandling, og at det er uforsvarligt ikke at indlægge, fordi personen er til fare for sig selv eller andre. Klageinstans for tvangsindlæggelse og tilbageholdelse blev domstolene, for tvangsbehandling, tvangsfiksering mm. blev klageinstansen Sundhedsstyrelsens patientklagenævn.

Schepelern et al (4) har foretaget undersøgelser af tvang udført på psykiatrisk afdeling på Frederiksberg Hospital før og efter indførelsen af den ny psykiatrilov. De interesserede sig specielt for, om loven havde ført til den nedbringelse i antallet af tvangsfikseringer, som var sigtet. Undersøgelsen foregik i perioden februar 1988 til september 1991, således at der både var en periode før og en periode efter loven trådte i kraft 01.10.89. I perioden blev 145 patienter tvangsfikseret.

Undersøgelsen fandt ingen ændring i antallet af tvangsfikseringer i forbindelse med lovændringen, men i det sidste år af observationsperioden steg antallet med 37 %. Varigheden af fikseringer steg med 42 % i forbindelse med lovændringen, og denne stigning er senere fortsat. Antallet af tvangsmedicineringer som sker i forbindelse med tvangsfiksering er steget efter lovændringen. På baggrund af disse ting konkluderer artiklen, at den nye psykiatrilovs intention om at begrænse brugen af tvangsfikseringer og afkorte fikseringstiden ikke er opfyldt.

Psykiatriloven er ændret med virkning fra 01.01.99 og virkningerne af denne ændring er undersøgt af Rambøll Management. Undersøgelsen omfatter de punkter hvor der har været ændringer, derunder registrering og indberetning af tvang. Rambølls overordnede konklusion er at psykiatriloven generelt opfylder sit formål om at sikre de sindslidendes retstilling i forbindelse med frihedsberøvelse og anvendelsen af anden tvang i psykiatrien i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling.

Rambøll foreslår dog at det præciseres under hvilke omstændigheder skærmning kan sidestilles med tvangsanvendelse og at der udarbejdes overordnede retningslinjer for husordener. På flere punkter foreslår Rambøll lettere adgang til at anvende tvang: at klager sjældnere skal have opsættende virkning, og at man kan sikre overholdelse af udskrivningsaftaler via ambulant tvang. De foreslår desuden, at overlægen skal have ansvaret for, at alle patienter sikres den nødvendige opfølgning på behandlingen efter udskrivning.

På baggrund af en høring i 2003 og Rambøll undersøgelsen er psykiatriloven igen ændret med virkning fra 01.01.07. Alle ændringer har været motiveret med et ønske om at minimere og nedbringe anvendelsen af tvang, men alligevel er denne alt i alt steget en smule.

### *Forebyggelse*

Hverken landspolitikere eller lokalpolitikere synes at være særlig optaget af forebyggelse i løbet af reformperioden. Landspolitikerne undgår at røre ved selve indholdet, og holder sig til at skaffe finansieringen. Lokalpolitikere vil gerne gå over til ambulant behandling. De vil også gerne flytte hospitalernes asylfunktion over i det sociale system. Kruse (5) foreslår sorg- og krisebearbejdning i forhold til børn og unge. Det har endvidere indenfor de seneste par år været foreslået at nedbringe antallet af førtidspensioner på psykiatrisk grundlag ved at behandle psykiske lidelser tidligere. I de allerseneste par år er emnet forebyggelse dog taget op i to udgivelser fra Sundhedsstyrelsen (6), som giver en omfattende kortlægning af den mentale sundhed. Forebyggelse indgår også i regeringens nye handlingsplan for psykiatrien.

## **Reformens relationer til andre politikområder**

Selv om det ikke har været intentionen med reformen i 1976, og selv om psykiaterne næppe har ønsket det, kommer udlægningen til amterne til at betyde, at det psykiatriske område bliver nærmere forbundet med de sociale områder. Mentalhygiejne og psykisk sundhed generelt tematiseres så at sige ikke. Først i de senere år har vi haft en debat om stress og udbændthed, som nævnes i psykiatriplaner og lignende.

### *Lighed*

De få store statshospitaler før 1976 havde meget store optageområder. Det er blevet påvist at dette i realiteten kom til at betyde, at der blev optaget færre patienter fra yderområderne. Der var således en stærk geografisk skævhed i optaget. Med udlægningen af statshospitalerne til amterne blev psykiatrien således i højere grad lige tilgængelig for alle uanset bopæl. Efter udlægningen er jeg ikke stødt på betragtninger om lighed i forbindelse med psykiatriområdet.

En anden form for lighed består i, at lovgivningen gradvis har ligestillet de psykiatriske patienter med andre patienter. Det gælder fx i forhold til frit valg, der som udgangspunkt også gælder for denne gruppe – selv om der kan gøres undtagelser.

### *Arbejdslinie*

Arbejde havde indgået i behandlingen allerede før 1976. Det er vanskeligt at overskue, om afinstitutionaliseringen kom til at betyde mere eller mindre arbejdslinie. På den ene side betød den, at et antal tidligere indlagte, som nu kom ud i egen bolig eller bofællesskab, mistede adgang til sygehusets værksted. På den anden side kunne nogle få adgang til amtets tilbud om beskyttet beskæftigelse. Men alt tyder på at det har drejet sig om ganske få personer. Selv om arbejde nævnes i mange tekster, gøres der ikke meget for at fremme psykiatriske patienters vej ind på arbejdsmarkedet.

Omkring 2. kommunalreform ser man, at andelen af sindslidende i beskyttet beskæftigelse fordobles på de to år 2005-2007. Der opstår en interesse for supported employment, det vil sige ansættelse af mennesker med begrænset arbejdsevne på almindelige arbejdspladser med støtte, som kan udgå enten fra kommunen eller fra et beskyttet værksted (7). Målgruppen for supported employment er i høj grad sindslidende.

### *Konsekvensberegninger*

Arbejdsmarkedskommissionen (8) er inde på at antallet af tilkendelser af førtidspension på psykiatrisk grundlag kan reduceres, især når det gælder unge mennesker. Den viser med tal at antallet af tilkendelser af førtidspension på psykiatrisk grundlag er steget betydeligt over en længere årrække, så man nu er oppe på at det gælder næsten hver anden tilkendelse. I gruppen under 40 år gælder det mere end hver anden tilkendelse.

Da man i dag fra psykiaterside mener at de fleste af disse mennesker kunne forblive arbejdsdygtige, hvis de behandles tidssvarende ved første henvendelse til behandlingssystemet, når kommissionen til den konklusion at det med en øget indsats i den tidlige fase af psykiske lidelser vil være muligt at nedbringe antallet af førtidspensionstilkendelser ganske betydeligt. Kommissionen mener dog ikke der er basis for at foretage en konkret beregning af hvor mange tilkendelser der vil kunne undgås.

## **Reformens målgrupper**

I forhold til dette spørgsmål må udviklingen deles op i flere dele: Udlægningen af statshospitalerne til amterne i 1976, opbygningen af distriktskykiatrien i 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne,

styrkelsen af psykiatrien fra 1990'erne, den styrkede indsats mod psykoser i 2000'erne, og den videreførelse af udviklingen der aktuelt planlægges.

Allerede før 1976 havde der fundet en reduktion af indlæggelsestider sted i forbindelse med indførelsen af medikamentel behandling af fx skizofreni, bipolare lidelser og neuroser. Det betød at det blev muligt at behandle flere personer med disse lidelser, men ikke at man supplerede de traditionelle målgrupper med nye i perioden før 1976. En af grundene til det har givetvis været, at der var et utilstrækkeligt antal psykiatriske sengepladser set i forhold til det behov, som man dengang mente der var.

I 1980'erne skete afinstitutionaliseringen meget hurtigt. Gennem 1980'erne og 1990'erne blev det ofte fra psykiaterside fremført, at selv om dette havde betydet bedre forhold for en stor gruppe mennesker med lettere sindssygdomme, var det til gengæld gået ud over dem med sværere lidelser. Til dem manglede man nu velegnede tilbud. Målgruppen for indsatsen på sengeafdelingerne var dog stadig primært mennesker med alvorlige psykoser.

Fra 1990'erne tales der om nye grupper der henvender sig med ønske om behandling. Det drejer sig om ikke-psykotiske lidelser som depression og angst, udviklingsforstyrrelser som Asperger og ADHD, og personlighedsforstyrrelser som tvangshandlinger, tvangstanker og anoreksi. Det er dog stadig i 00'erne begrænset, hvor stor en del af systemets ressourcer disse grupper lægger beslag på. Indførelsen af ICD10 i 1994 udgrænser fx en tidligere målgruppe som personer til afrusning.

### **Reformens styreformer**

Beslutningen om at decentralisere det psykiatriske sygehusvæsen blev taget i 1967 efter at socialreformkommissionen havde anbefalet det og den første kommunalreform var under forberedelse. Denne beslutning var led i en omfattende reformproces styret fra centralt politisk hold, og udtryktes i en lov 1976. Det indgik i forestillingerne om decentralisering at der skulle ske en serviceforbedring, på samme måde som det gjorde på åndssvageområdet.

Mens udlægningen for udviklingshæmmede betød mindre og venligere institutioner, bofællesskaber og egne boliger, betød den for sindslidende i de første mange år kun hurtigere behandlingstider og gentagne indlæggelser. Situationen er genstand for omfattende debat og angribes med temaplanrunder fra sidst i 1980'erne. Der nedsættes et såkaldt fremrykningsudvalg. Statslige puljer oprettes for at støtte forsøg på det socialpsykiatriske område. En dagsorden i Folketinget 1991 bliver anledning til at regeringen udarbejder årlige statusredegørelser. En dagsorden i Folketinget 1996 indleder psykiatriaftalerne.

Siden 1997 har udviklingen været styret af først treårige siden fireårige aftaler mellem regeringen, amterne (siden 2007 regionerne) og kommunerne samt de fleste folketingspartier. I evalueringen af psykiatriaftalen for 2003-2006 (9) omtales aftalen dog i indledningen som en aftale mellem regeringen og satspuljepartierne, hvilket vil sige de politiske partier bortset fra Enhedslisten. Dette er næppe formelt korrekt, men skal nok ses som et tegn på at satspuljepartierne – som kontrollerer finansieringen af aftalerne – i realiteten er part i aftalerne. I disse aftaler er der afsat årlige millionbeløb til udbygning af psykiatrien, opdelt på en række felter.

Psykiatriaftalerne knytter sig til den særlige finansieringsform, man siden 1997 har benyttet til udbygning af psykiatrien: Satspuljefinansiering. Udbygningen finansieres med flere hundrede millioner kroner årligt fra den såkaldte satspulje. Det kræver en aftale med de partier der står bag denne. Finansieringsformen gør på den ene side at emnet er oppe mellem mange partier i Folketinget regelmæssigt. På den anden side gør det området ugennemskueligt fordi der mangler en

samlet oversigt over hvad der bruges og hvilke tilbud der er. Dette forhold er blevet kritiseret af Rigsrevisionen (10).

Ved revisionen af psykiatriloven i 1989 blev denne overført fra Justitsministeriet til Sundhedsministeriet, og i stedet for en lov som kun handler om den retssikkerhed der er nødvendig når man beskytter befolkningen mod sindslidende blev det til en lov som også handler om psykiatri som en service til befolkningen. Det gav sig udslag i regler om sygehusstandard, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Fra Strukturkommissionen – som designede den anden kommunalreform – blev nedsat i 2002, har situationen været præget først af spekulationer om en ny arbejdsdeling mellem de decentrale niveauer, siden af den konkrete udmøntning af udviklingen. Inden kommunalreformen havde amter og kommuner koordinationsudvalg som følge af grundtakstreformen fra 1998 til at aftale, hvor meget amterne skulle tage sig af og hvor meget kommunerne selv klarede på det specielle område. Fra 2007 har forholdet været reguleret af de såkaldte sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner. De har været det vigtigste styringsinstrument.

### *Lovgivning og regler*

1976-loven om udlægning af statshospitalerne til amterne handler kun om den administrative struktur, men lader form og omfang af indsatsen være op til amterne. Udviklingsprocessen fra midt i 1990'erne, hvor distriktskykiatrien blev udbygget og standarden på de psykiatriske sygehuse øget markant med større andel enestuer, blev gennemført rent administrativt gennem forhandlinger mellem staten og amterne, og ikke støttet på lovgivning. Den seneste psykiatriaftale gælder for periode 2007-2010, hvor en ny aftale skal forhandles.

De enkelte amter skulle herefter selv dække behovet for psykiatrisk behandling på egne institutioner, som de allerede gjorde på det somatiske område. De måtte selv vælge, hvordan opgaven skulle løses, og hvor store ressourcer der skulle afsættes til det. Tidligere havde man haft en senge-norm på 2,5 senge/1000 indbyggere. Den blev nu droppet. Sengetallet på psykiatriske sygehuse blev reduceret med 60 % (59,7) fra 1976 til 1990, mens det steg en smule på de psykiatriske afdelinger. Alt i alt var der tale om omkring en halvering af sengetallet. De sociale tilbud til sindslidende, bofællesskaber, boligformer og beskyttede jobs, blev imidlertid ikke udbygget tilsvarende, så Ugeskrift for læger talte om en "pølsevognspsykiatri" (11).

Viborg amtsråd gik et skridt længere i den administrative omlægning, og erstattede sidst i 1980'erne de åbne psykiatriske afdelinger på sygehusene med døgnhuse i socialt regi. Disse er dog igen nedlagt for nylig. Århus amt skilte psykiatrien ud fra sygehusene og socialpsykiatrien ud fra socialafdelingen og samlede de to områder i en psykiatriforvaltning. Nordjylland og Ringkøbing amter flyttede psykiatrien fra sygehusafdelingen til socialafdelingen.

### *Ideologisk påvirkning*

Antipsykiatrien gør sig gældende i nogle år omkring 1980. Der dannes en såkaldt "Galebevægelse", som udgiver et tidsskrift "Amalie" og en række bøger. Bevægelsen findes stadig, men den har siden midten af 1980'erne været ret usynlig. Den har aldrig fået større indflydelse, men nogle mener at den trods alt har haft en vis effekt med hensyn til at legitimere den stærke reduktion i antal sengepladser som fandt sted i 1980'erne. Den var muligvis også medvirkende til, at selv de mest biologisk orienterede psykiatere tidligt fandt ud af at adoptere den såkaldte bio-psyko-sociale model, hvad der var med til at afideologisere feltet.

### *Økonomiske incitament*

I 1995 indførte Sundhedsministeriet i sygehusloven en bestemmelse om, at der af kommunen kan opkræves betaling for færdigbehandlede patienter, herunder psykiatriske patienter, som ikke kan udskrives fordi det relevante sociale tilbud mangler. Idet sygehussengen er betydelig dyrere end det sociale tilbud, skulle kommunerne derved have et økonomisk incitament til at sørge for, at disse var til stede.

## **2.2 Service systemet**

Med kommunalreformen i 2007 blev psykiatrien delt op i en behandlingspsykiatri som er regionernes ansvar og en socialpsykiatri som er kommunernes. Kommunerne er blevet den finansielt ansvarlige myndighed for den samlede sundhedsindsats. Med den udvikling der er sket i psykiatrien siden 1990'erne, som man uden at overdrive godt kan kalde en revolution, er der skabt en distriktspsykiatri og en socialpsykiatri. Målgruppen for indsatsen er udvidet, men behandlingen af og forsorgen for mennesker med psykoser lægger stadig beslag på den største del af ressourcerne. Udbygningen af distriktspsykiatrien og støttekontaktpersonordningen er nogle af de vigtigste fornyelser fra 1990'erne. Med denne udvikling er en bred vifte af professioner kommet ind på det psykiatriske felt. Muligheden for tidlig behandling af psykoser og de opsøgende teams er den vigtigste fornyelse i 00'erne.

### **Lovgivning**

#### *Målgruppe*

Den relevante lovgivning er Sundhedsloven, Psykiatriloven og Den Sociale Servicelov. For dem gælder at målgruppen er personer som lovligt bor i Danmark og har behov for ydelser. Sundhedsloven siger at behandling forudsætter informeret samtykke og giver regler for når der kan behandles hvis personen varigt mangler evnen til at give dette. Psykiatriloven siger at tvang kan anvendes, hvis udsigten til en afgørende bedring ellers bliver væsentligt forringet eller hvis personen frembyder en væsentlig fare for sig selv eller andre. Den giver også regler for husorden på psykiatriske afdelinger og skærmning af patienter.

Den Sociale Servicelov taler om nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt om særlige sociale problemer – om børn benyttes dog udtrykket særlige behov. Den tilbyder bl.a. ophold i midlertidige eller varige boformer, beskyttet beskæftigelse, 15 timers ledsagelse om måneden, praktisk hjælp og støttekontaktperson. Hvis det er nødvendigt er det muligt at optage en person i en særlig boform mod dennes ønske.

#### *Rammelovgivning / detaljeret regulering*

Sundhedslovgivningen: Der er i meget høj grad tale om en rammelov, idet man i 1976-loven om udlægning hverken stiller krav til indholdet eller omfanget af den psykiatriske behandling som amterne tilbyder. Det var tanken at også hospitalspsykiatrien skulle styrkes, men pga. den økonomiske situation sattes der ikke måltal herfor. Styrkelsen af psykiatrien i 1990'erne byggede på puljer og lokale ildsjæle kombineret med en generel styrkelse af amternes økonomi – det var derimod op til amterne at definere det konkrete indhold af indsatsen. Også sociallovgivningen er en rammelov, og kommunerne har stor frihed med hensyn til at administrere den. Der er dog samtidig tale om rettigheder, og den enkelte afgørelse kan ankes.

#### *Borgernes rettigheder*

En tydelig definition af psykisk sygdom er essentiel for at kunne fastlægge ressourcebehovet (12) og for at hindre vilkårlighed for retslige forhold (13). Indførelsen af ICD10 i 1994 har medvirket til at afklare hvad psykisk lidelse er, og dermed hvem der har ret til psykiatrisk behandling. Selv om

der er tilbud om psykiatrisk behandling til en gruppe, kan ventetider i realiteten begrænse disse rettigheder. Om retten til sociale tilbud kan der siges noget lignende. Det afgøres ved visitation om man har behov eller har en tilstrækkelig betydelig og varig funktionsnedsættelse. Afgørelsen kan ankes, og i tilfælde af at man ikke får medhold kan den indbringes for domstolene.

#### *Myndigheders og andres forpligtelser*

Udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien blev indført fra henholdsvis 1/8 2008 og 1/1 2009 for børn og unge under 19 år. Reglerne fastsætter en ret for disse patienter til behandling på et privat aftalesygehus, hvis ikke bopælsregionen kan påbegynde udredning eller behandling indenfor 2 måneder efter modtagelse af henvisning/afsluttet udredning. Der er ligeledes netop indført behandlingsret i voksenpsykiatrien i forbindelse med de nye psykiatriaftaler.

#### **Ansvarlig myndighed**

Ansaret for den psykiatriske indsats er – ligesom ansvaret for den somatiske indsats er – delt mellem to myndighedsniveauer. Regionerne har ansvar for behandlingspsykiatrien, det vil sige for psykiatriske sygehuse og afdelinger med døgn- eller dagbehandling samt distriktspsykiatrier, opfølgende teams og almen praksis, mens kommunerne har ansvar for socialpsykiatrien med bosteder, væresteder og forskellige projekter, samt for beskæftigelsesindsatsen.

Det påhviler regioner (før 2007 amter) og fra 1993 (lovfæstet 1998) kommuner at stille tilbud til rådighed for sindslidende. I 2007 får kommunerne hele ansvaret for finansieringen af de socialpsykiatriske tilbud, også de specialiserede som amterne tidligere havde haft et medansvar for. Kommunerne kan overtage driften af tilbuddene, men regionerne har et forsyningsansvar hvis kommunerne ikke overtager. Det vigtigste styringsredskab er med sundhedsaftalerne mellem den enkelte region og kommunerne i området. Forholdet mellem amt og kommuner var ligeledes reguleret af aftaler fra grundtakstmodellen blev indført i 1998.

Før 1976 havde vi statshospitalerne. Desuden drev Københavns kommune (som også fungerede som amt) Sct. Hans hospital. De amtslige sygehuse havde dog efterhånden opbygget psykiatriske afdelinger, hvor man behandlede patienter med mindre alvorlige sindslidelser. 1976-2006 var amterne den ansvarlige myndighed for psykiatriske sygehuse og afdelinger samt for distriktspsykiatrier. Fra 2007 og frem er regionerne ansvarlig myndighed for sygehuse og distriktspsykiatrierne, og kommunerne er ansvarlige for de sociale tilbud, hvor regionerne dog også har et ansvar for at der er tilbud til rådighed.

#### *Arbejdsdeling og samarbejdet mellem myndigheder*

I 1990'erne blev kommunerne inddraget i det psykiatriske behandlingssystem. Mange kommuner havde længe haft tilbud – fx botilbud og væresteder – til denne gruppe. Nogle amter oprettede dialogfora mellem dem og kommunerne, og i statusrapporten fra 1995 opfordrede regeringen til at man gjorde dette overalt, således at den sindslidende kom til at opleve et sammenhængende system og en samlet vifte af tilbud i lokalområdet.

Det fik man med grundtakstfinansieringen fra 1998, som ledsagedes af årlige aftaler mellem den enkelte amt og kommunerne. Med den anden kommunalreform i 2007 fik man sundhedsaftaler mellem hver af regionerne og kommunerne i området til at regulere tilbuddet. Der var endvidere i 1990'erne eksempler på tværkommunalt samarbejde om etablering og drift af socialpsykiatriske tilbud, hvor kommunerne i fællesskab etablerede forsøgs- og udviklingsprojekter for ikke-indlagte psykiatriske patienter og socialt isolerede sindslidende mennesker i form af bofællesskaber, væresteder og støtte- og kontaktpersonordninger (15).

### *Privat service*

Der er flere private tilbud som indeholder primært elementer af socialpsykiatri, men også i et vist omfang af behandlingspsykiatri. Et eksempel er Granhøjen i Nykøbing Sjælland. Det er et specialiseret tilbud som benyttes af kommuner over hele landet til mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser af enhver art, som kommunen ikke selv kan rumme i deres egne tilbud. De kan sendes til Granhøjen i 3-6 år for et månedligt beløb, og så kan kommunen håbe den derefter selv kan klare det.

Granhøjen har 65 pladser fordelt på 8 bosteder, og derudover 60 selvstændige boliger hvortil der er knyttet bostøtte, samt en række værksteder. Det kalder sig et miljøterapeutisk tilbud, og der er et tværfagligt personale. Det pædagogiske personale på stedet gennemgår en 3-årig uddannelse i systemisk og narrativ terapi og har på den måde en fælles referenceramme for deres aktivitet.

En del af Granhøjen er et psykiatrihospital med to afdelinger med i alt 25 pladser, hvor den behandlingsansvarlige overlæge er tidligere administrerende overlæge for sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland for psykisk syge kriminelle.

### **Service**

Ved udlægningen 1976 blev amterne pålagt at udarbejde psykiatriplaner under hensyntagen til distriktspsykiatriske principper. Derved forstod man dengang geografisk afgrænsning og øget vægt på ambulant arbejde i samarbejde med primærsektor og sociale sektor. Frederiksen & Søgaard (16) nævner at distriktspsykiatri i nogle projekter er en del af hospitalsafdelingerne, i andre er selvstændige enheder. Den første selvstændige enhed oprettedes i Viby ved Århus i 1985 (17). I 1982 fandt en undersøgelse 14 distriktspsykiatriske projekter (dvs. ved sygehuse, ikke selvstændige centre) på forsøgsbasis. I 1987 var der i alt 37 projekter. Nedlæggelsen af psykiatriske sengepladser var således langt fremskreden før man i noget nævneværdigt omfang var begyndt at etablere distriktspsykiatri (14).

I årene omkring 1990 var der megen debat om mangelen på distriktspsykiatri og social støtte til personer med psykiske lidelser. En Folketingsdagsorden i 1991 krævede forbedring af vilkårene for gruppen gennem mere ambulant behandling og tilbud om boliger og omsorg i stedet for de sengepladser, der var nedlagt, og en pulje (15 millioner årligt) til forsøg på området blev etableret. Endvidere skulle regeringen hvert år udarbejde statusrapporter om tilbuddene til sindslidende. I 1993 blev en ny og større pulje (Storbypuljen, 50 millioner årligt) etableret. En ny folketingsdagsorden i 1996 pålægger amterne at udbygge distriktspsykiatrien, forbedre standarden på de psykiatriske sengeafdelinger og lave forsøg med udrykningstjenester.

Der havde gennem nogle år været et forsøg i gang med støtte- og kontaktpersoner til mennesker med sindslidelser i Københavns kommune (se afsnit 4.1). 1996-dagsordenen forlangte at denne ordning blev gjort permanent og landsdækkende. Dette skete så et par år senere.

### *Mainstreaming*

Udlægningen til amterne i 1976, inkorporeringen af psykiatriske sygehuse i det somatiske sygehussystem, inddragelsen af kommunale tilbud i behandlingssystemet, overførelsen af ansvaret for også de specialiserede socialpsykiatriske tilbud til kommunerne med den 2. kommunalreform i 2007 er alt sammen udtryk for mainstreaming.

Endvidere må man sige, at hele den danske sociallovgivning er udtryk for mainstreaming. Der er således ikke nogen speciel lov om indsats i forhold til handicap, men denne indsats er rummet i den

generelle lovgivning om social service og aktiv social indsats. Traditionen for mainstreaming i sociallovgivningen går tilbage til Steinckes socialreform 1933.

### *Målgruppe*

De første visioner for distriktpsychiatrien så denne som det totale psykiatriske behandlingstilbud til befolkningen hvor alle frit kunne henvende sig hvis de oplevede psykiske problemer. Det viste sig imidlertid (15) at de svære og langvarigt syge psykotiske patienter blev en væsentlig målgruppe, fx skizofrene. Andre primære målgrupper blev personer med akut forbigående psykoser, depressioner, manier, samt svære personlighedsforstyrrelser.

Mennesker med neuroser, psykosomatiske lidelser eller belastning som følge af kriser kan i et vist omfang få hjælp hos den praktiserende læge, psykiater eller psykolog. I 2000'erne sker en udvidelse af klientellet i distriktpsychiatrien, hvilket afspejles i en stigning i antal mennesker der behandles. Det er imidlertid først med de senest udgivne psykiatriplaner man sætter det som mål virkelig at gøre noget for store grupper af mennesker med mindre svære depressioner, angst, personlighedsforstyrrelser, ADHD mm.

### *Innovativ versus traditionel service*

Efter distriktpsychiatriens udbygning er der opstået forskellige former for opsøgende teams, som i nogle tilfælde har haft tilknytning til distriktpsychiatrien, i andre tilfælde har haft tilknytning til en psykiatrisk afdeling. De såkaldte OPUS (Opsporing af Unge Skizofrene) teams har således haft til opgave at identificere psykoser i startfasen hvor der er større mulighed for behandling og helbredelse. Det er lykkedes at behandle unge skizofrene, så de forbliver rimelig velfungerende og ikke længere invalideres i samme grad som tidligere.

På det socialpsykiatriske område har der været et utal af forsøg med innovativ service siden først i 1990'erne inden for rammerne af 15M puljen og storbypuljen. Især må Støttekontaktperson ordningen nævnes. Her er det ikke nytænkning der mangler, men snarere at man gør erfaringerne op og etablerer et mere stabilt system til finansiering af indsatsen, således at man kan begynde at omsætte de mange erfaringer til praksis.

### *Brugerstyre og brugerindflydelse*

Personalets, og især overlægens uindskrænkede magt var et af de kritikpunkter der blev ført frem af galebevægelsen, og man kan gennem hele forløbet se en modsætning mellem læger på psykiatriske afdelinger repræsenteret ved Dansk Psykiatrisk Selskab på den ene side og professionelle overvejende fra distriktpsychiatrier og socialpsykiatri samt patienter fra disses organisationer på den anden side. Et af stridspunkterne er optimal behandling versus mindsteindgrebsprincippet. Optimal behandling skal man være psykiater for at vide hvad er. Indgreb er noget patienten mærker.

Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende (18) nævner som eksempler fra forskellige amter på brugerindflydelse: De landsdækkende patient og pårørendeundersøgelser, fokusgruppeinterview, brugerindflydelse i aktivitetshusene, evaluering af brugernes oplevelse af bostøtte i eget hjem, brugerråd i distriktpsychiatrien, tværfaglig styregruppe med bruger- og pårørendeforeninger repræsenteret til at udarbejde samlet plan for psykiatrien i det enkelte amt, repræsentation i følgegruppe, og dialogmøder med psykiatriudvalget under amtsrådet. Af patient- og pårørendeorganisationer findes Landsforeningen SIND (patienter, pårørende, personale), Landsforeningen Pårørende til Sindslidende, Landsforeningen af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP), Det Sociale Netværk, Bedre Psykiatri, PsykiatriFonden. Galebevægelsen,

som stadig findes og udgiver bladet Amalie, har aldrig været en organisation, og siden først i 1980'erne har den ført en yderst stilfærdig tilværelse. Danske Patienter har for nylig udgivet en pjece om emnet (19).

En anden form for brugermagt repræsenteres af de psykiatriske patientklagenævn. Lovændringen i 1998 i Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven) betød, at de psykiatriske patientklagenævn hvert år skal offentliggøre en beretning om deres virksomhed i samarbejde med de psykiatriske afdelinger under det enkelte nævns område. Lovændringen betød en udvidelse af nævnenes kompetence, idet de nu er første instans for klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel. Tidligere havde de kun tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering. Endvidere har klager med opsættende virkning fået en absolut sagsbehandlingsfrist på 7 dage.

Nævnene behandlede i 1999 1400 klager over frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse, 528 over tvangstilbageholdelse, 346 over tvangsbehandling (icl. medicinering), 171 over tvangsindlæggelse, 128 over tvangsfiksering, 59 over beroligende medicin. En betydelig del af klagesagerne tilbagekaldes inden afgørelse. Ca. 5 % af afgørelserne tilsidesættes af nævnene. Knap ¼ af klagerne om frihedsberøvelse ankes til domstolene, som kun har tilsidesat 2 af disse afgørelser (1 %). Ca. 1/6 af afgørelserne om anden tvangsanvendelse ankes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, som giver patienten ret i 16 % af tilfældene. Gennemsnitlig sagsbehandlingstid var knap 8 hverdage (20).

### **Professioner**

Målsætninger for kvalitet i distriktpsychiatrien (14) nævner at læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter og fysioterapeuter arbejder på området. Når socialpsychiatrien tages med, må man endvidere nævne pædagoger:

Læge: Den voksenpsykiatriske speciallægeuddannelse omfatter psykopatologi, biologisk psykiatri, socialpsykiatri og psykoterapi. Administrative og ledelsesmæssige forpligtelser samt varetagelse af behandlingsansvaret. Forestår udredning, behandler, har lægeligt ansvar, koordinerer tværfagligt, står for supervision, faglig vejledning, evaluerer effekt, udfærdiger attester og erklæringer. 1994 skabtes specialområdet børne- og ungdomspsykiatri ved sammenlægning af det gamle speciale børnepsykiatri og fagområdet ungdomspsykiatri (15).

Psykiatrisk sygeplejerske. Specialuddannelse i psykiatri indenfor sygeplejen samt psykiatriske efteruddannelser ved de enkelte sygehuse. Sygeplejersken indgår tit i ledelsen af den distriktpsychiatiske behandlingsenhed. Bygger på natur, human og socialvidenskabelige teorier. Hjemmebesøg er en væsentlig del af arbejdet. Basis for udvikling af et særligt ekspertområde.

Psykolog. Uddannelsen har givet omfattende viden i personligheds, biologisk, pædagogisk og social psykologi. Autorisationsordningen for kliniske psykologer sikrer at en række krav er opfyldt. Oftest videreuddannelse i psykoterapi indenfor en eller flere teoretiske behandlingsrammer: psykodynamisk, systemisk, kognitiv psykologi mm. Uddannet i psykologisk testning. Dansk Psykologforening er garant for kvalifikationer som autoriseret, specialistuddannet, supervisoruddannet psykolog. Psykologisk, psykoterapeutisk behandling. Regionernes psykiatriplan 2009 foreslår en uddannelse til specialpsykolog.

Socialrådgiver. Integrerer socialfaglige komponenter i den distriktpsychiatiske behandling. Viden om samfunds- og lovgivningsforhold. Bred erfaring og psykiatrisk uddannelse. I den distrikts-

psykiatriske behandlingsenhed indgår socialrådgiveren som en integreret del af det tværfaglige behandlingstilbud og er almindelig behandler for en del patienter. Foretager udredning af den sociale situation, forsørgelsesgrundlag, beskæftigelsesmuligheder, boforhold, fritidsaktiviteter, social handleplan, samarbejde med socialforvaltningen, visitation til botilbud mm. Samarbejde med arbejdsgivere, uddannelsessteder, boligforeninger.

Ergoterapeuter. Indgår i distriktpsikiatriske team med sin psykiatriske uddannelse og specielle viden om udvikling gennem aktiviteter og arbejde. Udvikler motoriske, processuelle (planlægge, organisere, evaluere), interaktionsfærdigheder. Står for ADL træning (Almindelig daglig livsførelse). Kræver bred psykiatrisk erfaring og uddannelse. Vurderer funktionsniveau og daglige færdigheder. Træner det fysiske, psykiske, kognitive, sociale funktionsniveau. Træning i ADL i behandlingsenheden, i eget hjem eller nærmiljø. Formidler samlet funktionsbeskrivelse til kolleger og samarbejdspartnere.

Fysioterapeuter. Har den faglige indfaldsvinkel til kroppens bevægefunktion og sammenhæng mellem kropsudtryk og psyke. Kræver bred psykiatrisk viden og erfaring. Grunduddannelsen er suppleret med undersøgelses- og behandlingsmetoder ud fra psykodynamiske principper. Giver kropsbevidsthedstræning i grupper og individuelt. Almen fysisk træning, integration af fysisk aktivitet i daglig livsførelse. Idrætslige aktiviteter, færdigheder i forhold til sociale kontakter. Kropsforståelse, fysisk træning.

Grænsestridigheder kommer især til udtryk på den måde, at der er meget forskellige opfattelser af, hvordan distriktpsikiatri og socialpsykiatri skal være organiseret, og hvilken rolle de skal spille. Forskellige høringsvar gennem processen giver indtryk heraf. Således anfører Raben Rosenberg og Bent Rosenbaum i Dansk psykiatrisk Selskabs (21) kommentarer til "Målsætning for kvaliteten i distriktpsikiatrien" en del punkter hvor de er uenige med Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår af høringsvaret at DPS er uenig i at decentralisering er kodeord for den distriktpsikiatriske organisationsform. Decentralisering, mener DPS, splitter sygehus- og distriktpsikiatri og øger potentielt modsætningsforholdet mellem dem, og den øger vanskeligheden ved at udvikle og fastholde viden om selv almindelig forekommende patologiske tilstande. Det kan vel kun betyde, at DPS helst ser at tyngdepunktet for behandlingen ligger i hospitalssektoren. DPS fremhæver endvidere, at de ser den psykiatriske behandling som lægeligt funderet, hvilket inkluderer viden om kroppens og hjernens biologi, psykoterapeutisk ekspertise samt socialpsykiatrisk perspektivering. Sagt på jævnt dansk vil det vel sige, at de ser sygehuslægen i en meget central rolle i behandlingen.

I denne forbindelse kunne det også være relevant at nævne begrebet "mindste indgrebs metode". Det er et begreb der kendes fra socialområdet, hvor det gælder om at yde en støtte, men respektere borgerens valg i det omfang, disse ikke stiller sig i vejen for denne støtte. På sundhedsområdet taler man tværtimod om at yde den optimale indsats.

Stillingtagen til "mindste indgrebs metode" illustrerer hvordan psykiatri kan forstås enten som noget der handler om almindelig sygdom eller som noget der handler om patientens liv. Vendsborg (23) nævner princippet som nødvendigt for at respektere patientens person og livsvalg, og ikke et spareprincip. DPS tager i ovennævnte høringsvar afstand fra princippet, og ser ingen grund til at fravige det almindelige lægelige princip om optimal behandling.

**Tabell 1 Personale i psykiatrien 1976-2007, i udvalgte grupper og i alt.**

|             | Læger | psykologer | sygeplejersker | assistenter og sygehjælpere * | fysio-, ergo-<br>terapeuter | Personale<br>i altt |
|-------------|-------|------------|----------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| <b>1976</b> | 379   | 0          | 1.541          | 4.587                         | <=                          | 10.046              |
| <b>1982</b> | 387   | 0          | 1.601          | 4.552                         | <=                          | 9.781               |
| <b>1988</b> | 456   | 0          | 1.461          | 2.743                         | 617                         | 7.811               |
| <b>1993</b> | 694   | 67         | 2.459          | 2.363                         | 163                         | 5.826               |
| <b>1996</b> | 649   | 123        | 2.640          | 2.273                         | 319                         | 6.882               |
| <b>1999</b> | 909   | 226        | 3.071          | 2.916                         | 367                         | 9.003               |
| <b>2002</b> | 1.165 | 394        | 3.172          | 3.219                         | 440                         | 9.267               |
| <b>2005</b> | 1.222 | 520        | 3.246          | 3.030                         | 433                         | 9.185               |
| <b>2007</b> | 1.277 | 596        | 3.104          | 2.933                         | 456                         | 9.179               |

1976-1999 andet sundhedspersonale, 1976-1982 inklusive fysio og ergoterapeuter.

Kilde: 1976-99 Psykiatriens 25 år i amterne. 2002-2008 Bevægelsesregistret, Sundhedsstyrelsen – Læger = speciallæger i psykiatri og speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. 2002-2007 Danske Regioner: Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til sindslidende.

### **2.3 Arbejdsmetoder og samarbejdsformer**

Systemet omfatter åbne og lukkede psykiatriske afdelinger og ambulant behandling på sygehus, distriktpsychiatri, forskellige typer opsøgende teams, psykiatriske skadestuer, og en socialpsykiatri med boformer, dagtilbud, støttekontaktperson og en række projekter i kommunerne. Desuden behandler praktiserende psykiatere, psykologer og alment praktiserende læger mange patienter med psykiske lidelser. Systemet er præget af forskellig tankegang, fra overvejende biologisk til overvejende social. Der kan på den ene side ses modsætninger, på den anden side tyder undersøgelser på, at samarbejdet ofte går godt nok i praksis.

#### **Arbejdsmetoder**

Arbejdsmetoderne er præget af at selv personer med svære psykotiske lidelser i dag overvejende behandles i distriktpsychiatrien, af at der benyttes medikamentelle, psykologiske og sociale metoder i forskellige sammensætninger, og af at der foregår en forskningsvirksomhed hvor alle disse metoder inddrages med henblik på at begrænse, forhindre eller helbrede disse sygdomme.

Skizofreni er den sværeste, mest kroniske og invaliderende af de psykotiske lidelser. På dette felt har vi i 00'erne haft OPUS-projektet (Opsporing af Unge Skizofrene) samt Det Nationale Skizofreniprojekt (DNS). OPUS har vist at man ved bedre beskrivelse af forvarselssymptomerne og tidlig opsporing i mange tilfælde kan hindre et invaliderende forløb af lidelsen, og DNS viser en lignende effekt af behandling.

Tidlig behandling fremhæves stadig oftere som vigtig, og man har nu en hypotese om at en psykose i sig selv har en neurotoksisk effekt (24). Incidensen af psykoser hos unge 13-19-årige i Danmark

opgjort efter indlæggelser er 37/100.000 for piger og 62/100.000 for drenge, men det er vanskeligt at erkende dem hos unge, og man er bange for at sygeliggøre nogle som så senere viser sig ikke at fejle noget alvorligt.

Psykiatriske skadestuer er modtagelser som er mere eller mindre åbne (17). De kan være åbne for personer som i forvejen er psykiatriske patienter, eller døgnåbne for alle, der henvender sig. Der er oprettet flere og flere psykiatriske skadestuer, som er blevet stadig mere åbne, og de får stadig flere henvendelser, selv om andre forhold peger på at den psykiske helse som sådan ikke forværres tilsvarende.

Psykiatriske sygehusafdelinger er stedet hvor de alvorligste sindslidelser behandles i deres værste akutte faser. Indlæggelsestiden er reduceret løbende gennem hele perioden siden 1960'erne. Enkelte afdelinger, fx på Sct. Hans Hospital, satser på at tage unge mennesker ved det første udbrud af sindslidelse og bruge flere måneder på at gøre tilstanden væsentlig bedre. Det almindelige er dog kort tids indlæggelse og videre behandling i distriktpsychiatrien, måske bortset fra enkelte kritiske faser.

De fleste afdelinger er åbne afdelinger, men der er også lukkede afdelinger. Andelen af tvangsindlæggelser har udviklet sig fra 4,6 % i 1976, 3,6 % i 1988, 5,2 % i 1993 til 4,5 % i 1999. Nu er det ca. 6 % af indlæggelserne. Anvendelse af tvangsforanstaltninger i det hele taget fandt i 2006 og 2007 sted over for 21 % af patienterne, et tal som dog i nogle amter var mere end dobbelt så højt som i andre. Det seneste tal for tvangsindlæggelser på behandlingsindikation er 2,4 % i 2008. I den ambulante behandling kan der ikke benyttes tvang. En arbejdsgruppe under Dansk Psykiatrisk Selskab behandlede spørgsmålet, men et flertal var imod (22).

Vendsborg (23) beskriver distriktpsychiatriens arbejdsmetoder overfor mennesker med langvarige psykoselidelser som bestående af tre områder: forebyggelse af tilbagefald, optræning og rehabilitering, og sociale hjælpeforanstaltninger. Tilbagefald forekommer i gennemsnit op mod en gang om året, hvis patienten ikke modtager behandling. Ved en intensiv indsats med en opsøgende funktion kan intervallet øges til 5-10 år. Optræning og rehabilitering er nødvendig for at genvinde og vedligeholde funktionsniveauet, og sociale hjælpeforanstaltninger er i mange tilfælde nødvendige.

Indsatsen skal ifølge Vendsborg (23) ske efter mindste middel princippet. Ikke for at begrænse ressourceanvendelsen, men for at betone at den enkelte psykisk syge skal leve en så selvstændig og selvvalgt tilværelse som muligt. Behandling i eget hjem er således ikke noget man foretrækker af principielle grunde, men kun noget der anvendes når det er nødvendigt. Og det er fx i mange tilfælde nødvendigt at opretholde kontakten til patienten.

Et element i distriktpsychiatrien er opsøgende psykoseteam. De indeholder både biologisk-medicinsk, psykologisk, pædagogisk og social ekspertise. Patienten har en primær kontaktperson (klinisk case manager), men hele teamets viden kan komme i spil i forhold til den enkelte patient. Den planlagte kontakt finder sted om dagen eller i de tidlige aftentimer, men teamet kan kontaktes hele døgnet. Som regel kan problemerne dog klares over telefonen i første omgang.

Det vigtigste for et godt behandlingsresultat er en alliance mellem den kliniske case manager og patienten, den terapeutiske alliance. Den kræver en åben, ærlig og ligeværdig kontaktform, som giver patienten tillid til, at det er hans behov og ønsker som respekteres, og at han er i centrum for indsatsen. Hvis der er mål i indsatsen som patienten ikke kan acceptere er det væsentligt, at dette

klart fremgår. Case manageren må åbent udtrykke at han ser nogle behov, som han forsøger at få patientens samtykke til at inddrage i behandlingsplanen.

Psykotterapi og samtalebehandling, psykoedukation, genoptræning af praktiske færdigheder og træning i sociale færdigheder indgår i behandlingen i distriktspsykiatrien. Mennesker, som lider af en langvarig psykose, vil næsten altid blive tilbudt medicin som kan dæmpe de psykotiske symptomer. De nye medikamenter er mere effektive og har færre bivirkninger.

Behandlingen i distriktspsykiatrien er frivillig, og der kan ikke anvendes tvangsforanstaltninger. De læger der indgår i distriktspsykiatrien kan heller ikke tvangsindlægge en patient, idet loven kræver at dette gøres af en udenforstående læge. Distriktspsykiatriens medarbejdere kan dog være dem som først observerer, at en patient har brug for tvangsindlæggelse, og dermed dem der tilkalder patientens egen læge med henblik herpå.

Psykiatrisk akutteam er et forsøg i Odense som sigter til at imødekomme kritikken af distriktspsykiatriens afgrænsede målgruppe og begrænsede tilgængelighed (25). Akutteamet har været organiseret i tilknytning til distriktspsykiatrien. Hertil har alle med et akut opstået psykiatrisk problem kunnet henvises, dog undtagen demens. Første samtale med patienten sker inden for 48 timer efter henvendelse på hverdage og teamet kan have kontakt til patienten i op til 3 måneder.

Forsøget giver mulighed for tidlig intervention over for nyopståede psykoser og mulighed for bostøtte der eventuelt kan hindre indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Teamet kan afklare om der er tale om psykisk sygdom, gennemføre samtaler med henblik på problemløsning, vurdere behovet for medicinsk behandling og starte denne op, inddrage pårørende i behandlingen, etablere kontakt til sociale myndigheder og formidle generel viden om psykiatriske sygdomme.

Målgruppen er alle aldersklasser, men det viste sig at man fik en aldersprofil med mange flere under 30 og over 70 end distriktspsykiatrien havde. Ligesom i distriktspsykiatrien er de fleste behandlede kvinder. De fleste patienter (74 %) havde diagnoserne depression (49 %), angst eller OCD. 8 % havde psykoser, sammenlignet med at dette gælder 70 % af patienterne i distriktspsykiatrien. Kun 5 % har haft misbrug. Et stort flertal af patienterne var stadig i arbejde eller studerende. For den fortsatte tilknytning til arbejdsmarkedet er det vigtigt, at der hurtigst muligt efter henvendelsen kan startes en sufficient behandling.

60 % af de praktiserende læger har benyttet akutteamet. Det var forventet at tilbuddet især ville blive benyttet af patienter med svære psykotiske lidelser, men de er kommet til at udgøre en lille del af patienterne. Til gengæld har man fået kontakt til en stor gruppe patienter, hvoraf mange tidligere har været behandlet i almen praksis, mens andre ikke har været behandlet før. Det skyldes formentlig at der hidtil har manglet tilbud til disse grupper.

De praktiserende psykiatere betegnes af Brødsgaard (26) som "Den hemmelige psykiatri". Han anfører at mens 70-80.000 personer (på det tidspunkt) har kontakt med sygehuse og distriktspsykiatrier, hvor 8-10.000 patienter beslaglægger ca. 1/3 af ressourcerne, behandler de psykiatriske speciallæger årligt 40-45.000 andre. 103 psykiatere praktiserer i private konsultationer, og derudover er der knap 10 børne- og ungdomspsykiatere. 43 deltidspraksis bliver drevet først og fremmest af hospitalsansatte læger. Derudover har nogle få psykiatere nedsat sig uden at have overenskomst med sygesikringen, hvorfor der ikke er nogle oplysninger om dem.

De praktiserende psykiatere med overenskomst modtager i gennemsnit ca. 200 nye patienter pr. år, i alt mere end 20.000, og har i gennemsnit kontakt med næsten 400 patienter om året. Blandt

patienterne er flere kvinder end mænd. De fleste kommer med depressioner, dernæst angstsygdomme som panikangst og fobier, tvangstanker og tvangshandlinger (OCD), samt personlighedsforstyrrelser som fx borderline. Desuden behandles personer med spiseforstyrrelser, skizofreni, paranoide tilstande, begyndende demens, misbrugsproblemer, kronisk belastningssyndrom og posttraumatisk belastningssyndrom. Over halvdelen af patienterne behandles med medicin, ca. 1/5 med psykoterapi og resten med terapeutiske samtaler og rådgivning.

Socialpsykiatri er betegnelsen for hele det område som er opstået i kommunerne fra begyndelsen af 1990'erne med udgangspunkt i de sociale tilbud til sindslidende, først og fremmest boformer. Denne sektor har mest karakter af en række tilbud, som kommunerne stiller til rådighed. Formålet med disse er primært at støtte et fungerende dagligliv for den sindslidende, således at det undgås at sociale belastninger kommer til at betyde, at en genindlæggelse bliver nødvendig.

Socialpsykiatrien beskæftiger sig med at støtte sindslidende med deres sociale problemer. Der drives ikke psykiatrisk behandling, men derimod psykosocial rehabilitering. Socialpsykiatrien er en vigtig forudsætning for at mennesker med sindslidelse bliver i stand til at leve et liv udenfor sygehuset. Socialpsykiatrien blev bygget op gennem en systematisk forsøgsvirksomhed. SUM forsøget sidst i 1980'erne omfattede alle sociale områder, mens 15M puljen fra 1991 og Storby-puljen fra 1993 specielt sigtede på det socialpsykiatriske område. De mange forsøg skabte en gruppe forsøgsmagere, ofte betegnet "ildsjæle" (27), som spillede en stor rolle i udviklingen af den kommunale og amtslige socialpsykiatri.

### *Medikalisering*

Man får indtryk af at medicin spiller en meget stor rolle i behandlingen. Medicin var grundlaget for at antallet af psykiatriske sengepladser kunne reduceres samtidig med at flere patienter kom i behandling allerede inden udlægningen i 1976, og at der kunne ske en fortsat kraftig reduktion skønt aktiviteten i distriktspsykiatrien var ganske lav i 1980'erne.

Medicin spiller fortsat en hovedrolle i behandlingen af skizofreni, især hos Gerlach (28), men også hos Krarup & Galløe (29). Skønt disse lægger stor vægt på kognitiv terapi, anfører de at denne især giver meget lovende resultater sammen med medicin. De lægger vægt på kriseintervention, hjælp til at erkende og acceptere sygdommen, problemløsningsstrategier, rådgivning og vejledning samt psykoedukation. Da patienten i mange tilfælde ikke er i stand til at overføre det lærte fra en situation til en anden, er det vigtigt at en stor del af indsatsen sker i dennes hjem og øvrige daglige omgivelser og ikke i hospitalsregi.

Medicin er en del af behandlingen, i hvert fald af sværere psykoser, og i hvert fald på sengeafdelinger, selv om man ikke finder psykiatere der slår til lyd for at medicin skal være den eneste behandlingsform. Op til revisionen af psykiatriloven i 1999 foreslog folketingets retsudvalg at der blev oprettet medicinfri afdelinger. Dette forslag vandt imidlertid ingen genklang i faglige kredse, med fik tværtimod en hård medfart i Ugeskrift for Læger (30).

### *Empowerment, recovery*

Internationale opfølgingsundersøgelser viser, at mellem halvdelen og to tredjedele kommer sig efter skizofreni, flest i u-lande (31). Alligevel har en del medicinere været mere end tøvende med at anerkende begrebet recovery. I dag er tankegangen på psykiatriområdet gennemgående præget af, at sygdomsforløb kan bremses, standses eller vendes hvis man tager fat ved den første kontakt med behandlingssystemet, enten man tænker overvejende i medicinsk behandling eller i distriktspsykiatrisk retning. Jensen (32) mener recovery begrebet kan spille en rolle i det faglige identitetsarbejde, som må komme i socialpsykiatrien nu hvor kommunerne har fået det fulde

ansvar for den socialpsykiatriske indsats. Psykosocial rehabilitering ser efter hendes mening ud til at kunne blive et nyt fagligt omdrejningspunkt for socialpsykiatriens professionelle bidrag til menneskers arbejde med at komme sig.

## **Samarbejdsformer**

### *Hospitalspsykiatri – distriktskykiatri*

Selv om distriktskykiatrien er blevet hovedelementet i det psykiatriske behandlingssystem, spiller hospitalet stadig en rolle. En intensiv distriktskykiatrisk indsats kan reducere behovet for indlæggelse stærkt, men ikke helt fjerne det. Men selv om det betyder et åbenlyst behov for samarbejde mellem den hospitalsbaserede psykiatri og distriktskykiatrien, er dette ikke noget der opstår af sig selv. De formelle organisationsstrukturer trækker nogle grænser, som man skal opfinde særlige former for at overvinde.

For at sikre samarbejdet har man opfundet begrebet udskrivningsaftaler. Da behandlingstiden i hospitalspsykiatrien blev kortet betydeligt ned, søgte man at videreføre behandlingen ambulant i hospitalets regi (dette kaldtes i årene omkring 1980 "distriktskykiatri"), men det viste sig at mange patienter ikke var i stand til at opretholde kontakten. Det blev bedre med de nye distriktskykiatriske centre. For at styrke samarbejdet udviklede man udskrivningsaftaler, og de blev lovfæstet ved ændringen af psykiatriloven med virkning fra 1999.

### *Samarbejde mellem sundheds- og socialområdet*

Psyriske lidelser belaster personen på en måde, så det er svært at undgå at mennesker med disse lidelser i mange tilfælde bliver lovbydere og sociale klienter. Der er derfor naturligt et samarbejdsfelt såvel til det retslige som til det sociale område. Stigningen i retspsykiatriske patienter er et særligt dansk fænomen. Men forskellen kan være at vi ikke fængsler så meget.

Fra 2007 har kommunerne fået ansvaret for alle sociale tilbud til mennesker med sindslidelser. Det har betydet en organisationsmæssig adskillelse mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. Fra behandlingspsykiatriens side har man det indtryk at kommunerne ikke stiller de tilbud til rådighed, som de burde.

Fra kommunernes side oplever man situationen sådan at der sker en opgaveglidning, idet patienterne bliver hurtigere færdigbehandlet men så til gengæld stiller større krav til den sociale indsats. Desuden oplever man at den støtte, kommunerne tidligere fik fra distriktskykiatrien til deres boformer, nu er forsvundet. Kommunerne mener derfor det er nødvendigt for dem at opruste med ekspertise på det psykologiske område.

### *Samarbejde mellem socialområdet og arbejdsmarkedet*

På de gamle statshospitaler var der værksteder, hvor patienterne kunne beskæftiges. I den senere udvikling er et forhold til beskæftigelse og arbejdsmarked imidlertid aldrig rigtig blevet etableret. I de seneste par år er der imidlertid ved at ske noget. Andelen af sindslidende på beskyttede værksteder er på et par år (2005-2007) fordoblet fra 10 til 20 %. Der er endvidere opstået interesse for støttet beskæftigelse, hvor sindslidende ofte hører til målgruppen. Det er en interesse der har sin rod på en del af de beskyttede værksteder og i nogle få kommuner, men som endnu ikke har præget lovgivningen (7).

### *Hindringer for samarbejde*

Med et system bestående af hospitalspsykiatri, distriktskykiatri og socialpsykiatri, hvor den første del er blevet stærkt nedroslet og de to øvrige bygget op, er det oplagt at der bliver et behov for

samarbejde. De mange nye initiativer udgør ikke automatisk noget sammenhængende system, de vil i mange tilfælde pege i forskellige retninger eller gøre at opgaver tages op af folk som ikke er tilstrækkelig rustet til dem. Det er imidlertid et spørgsmål om man kan sige der direkte er hindringer for samarbejde. Der er derimod, som Stenager et al (33) efterlyser, brug for at der etableres et mere struktureret samarbejde mellem sektorerne.

Vendsborg (23) beklager sig over at hjælpesystemet er opsplittet og ukoordineret med dobbeltarbejde og modstridende indsatser. Distriktpsychiatrien står for den medikamentelle behandling, men derudover er det uklart hvem der har ansvaret for hvad. Han fremhæver herimod integrerede systemer som Madison modellen i USA, hvor man tilbage i 1970'erne udførte forsøg med opsøgende psykoseteam. Vendsborg mener at en socialpsychiatrisk distriktpsychiatri burde samle alle personrettede behandlende aktiviteter, alle professionelle tilbud som søger at opbygge en personlig relation til den syge, enten de er af medikamentel, psykologisk, pædagogisk eller social art.

De sociale tilbud burde derimod efter Vendsborgs mening holde sig til at varetage den økonomiske og praktiske bistand til de psykisk syge, ligesom den gør det i forhold til andre borgere. *Der skal også tilbydes beskyttede arbejdspladser, væresteder, undervisningstilbud, sport og andre fritidstilbud.* Vendsborg siger her indirekte, at han mener det sociale system burde holde sig fra alt der kan minde om behandling. I praksis er det imidlertid et spørgsmål om der kan trækkes en sådan skarp grænse.

## **2.4 Resultater**

Sygehusbehandlingen af psykiske lidelser er blevet suppleret med en distriktpsychiatri der varetager behandling og en socialpsychiatri der tager sig af den sociale situation for personer med sindslidelse, med det resultat at hyppigheden af genindlæggelse er blevet meget mindre. Der har også været forsøg med udgående teams der foretog tidlig opsporing og behandling af psykoser og andre sindslidelser med gode resultater. Alligevel har hospitalspsychiatrien bevaret en magtposition især i Sundhedsstyrelsen og i nogen grad i regionerne. Den sociale indsats overfor gruppen, socialpsychiatrien, er endnu ikke rigtig kommet i gang. Det hænger især sammen med at den hverken er blevet tilført tilstrækkeligt med midler eller har fået en stilling som ligeværdig med behandlingspsychiatrien.

I de næste par år vil overgangsproblemerne i forbindelse med den seneste kommunalreform også virke hæmmende på den kommunale indsats. Kommunalreformen blev lanceret og gennemført af grunde, der intet havde med psykiatriområdet at gøre, og den blev heller ikke udformet sådan, at den kunne gavne psykiatriområdet. Tværtimod kom den på et tidspunkt, hvor amterne netop var i gang med at integrere deres socialpsychiatriske med deres behandlingspsychiatriske indsats. Kommunalreformen slog denne proces i stykker, idet den skilte de to psykiatrier helt ad. Efter den kunne man begynde forfra med en ny integrationsproces. Her er udsigterne knap så gode, idet det nu drejer sig om at integrere to forskellige organisationer. Sundhedsaftalerne er det middel, der nu er til rådighed, og et stort antal forsøg er allerede etableret.

### **Hvad har fungeret godt**

Videnscenter for Socialpsychiatri fremhæver følgende otte punkter hvor systemet i Danmark som følge af udviklingen er kommet til at fungere godt: 1. Øget grad af tilgængelighed lokalt via distriktpsychiatriske enheder - og lokal socialpsychiatri i alle kommuner. 2. Opmærksomhed på tidlig intervention og opsøgende virksomhed. 3. Mere fokus på bedringsmuligheder og rehabilitering, sikring af mere stabilt og indholdsrigt hverdagsliv, og arbejde med handleplaner og pædagogiske planer. 4. Mere fokus på netværkets betydning og på inklusion i samfundet. 5. Italesættelse af

problemer med tabuisering af sindslidende. 6. De nye sundhedsaftaler mellem den enkelte kommune og regionen om samarbejdet . 7. Brugerinddragelse på flere niveauer. 8. Mere opkvalificering af personale.

#### *Et eksempel*

Et af de mest vellykkede projekter på psykiatriområdet er forsøget med en Støttekontaktpersonordning (SKP-ordningen) i København, som løb i årene 1993-1997 hvorefter modellen kom med i Lov om Social Service i 1998. Forsøget blev evalueret af Benny Karpatschof (34) ved kvalitative interview foretaget af psykologistuderende som blev specielt trænet til opgaven i løbet af en dag. Interviewene blev foretaget på den måde, at SKP'eren havde aftalt med den enkelte sindslidende hvor og hvornår det skulle foregå, og derefter mødte op sammen med interviewer. I de tilfælde hvor det var muligt gik SKP'eren en tur mens selve interviewet foregik. Derefter kom han eller hun tilbage og talte interviewet igennem med respondenter.

Resultatet af evalueringen er stærkt positiv. Det er klart fra de mange ting der refereres, at SKP'eren har en helt afgørende positiv betydning for de mennesker, der benytter ordningen. I evalueringens konklusion opsummeres det at SKP opfylder fire typer behov for brugerne: Praktiske behov, eksistentielle behov, sociale behov og behandlingsmæssige behov.

De praktiske behov spænder fra enkle men vigtige ting i hverdagen såsom at holde orden i boligen, ikke så meget fordi SKP'eren hjælper med det, men mere fordi hun eller han støtter og inspirerer brugeren til selv at gøre det. SKP'eren hjælper med kontakter til myndigheder og behandlere, som ofte kan være et stort problem for mennesker med sindslidelser. Endelig hjælper SKP'eren sin bruger med at holde styr på økonomien, og det kan jo volde virkelige problemer hvis den ikke er i orden.

De eksistentielle behov handler om at føre fortrolige samtaler om personlige problemer. En stor del af de undersøgte brugere har kun SKP'eren at betro sig til, og til at drøfte tilværelsens sværeste og vigtigste problemer med. SKP'eren er en samtalepartner, der letter byrden for personen med sindslidelse. Det er en funktion som brugerens sociale netværk ikke har kompetencer til, da det overvejende består af personer der har samme vanskeligheder med at tackle sine problemer. De professionelle kontakter tager sig heller ikke af det.

De sociale behov varetager SKP'eren på to måder. Dels ganske simpelt ved at være en kontakt for brugeren, og i mange tilfælde brugerens eneste kontakt her i verden. Men også ved at arbejde for at brugeren bliver i stand til at få kontakter til andre, og der er det jo en forudsætning at der er de sociale kompetencer som er trænet gennem SKP'erens egen kontakt med bruger.

De behandlingsmæssige behov er et tricky punkt. Sagen er nemlig at det er et udgangspunkt for ordningen og for socialpsykiatrien i det hele taget at der ikke sker behandling. I princippet varetager SKP'eren derfor de behandlingsmæssige behov ved at formidle og opretholde kontakten til behandlingssystemet. I virkeligheden forholder SKP'eren sig imidlertid også til brugerens psykiske problemer, og i 2/3 af interviewene fremgår det at dette er med stor succes. SKP'erne har dermed en stabiliserende effekt og er på den måde en vigtig støtte for behandlingen.

Evalueringen opstiller en række egenskaber ved relationen mellem SKP'er og bruger, som det fremgår af interviewene er vigtige for at imødekomme de nævnte behov for brugerne. Det drejer sig om fortrolighed og tillid, respekt og ligeværdighed, ærlighed, ingen krav men opmuntring, at kontakten også opretholdes når brugeren har det dårligt, at SKP'erne er brugerens advokat, og at

der er tilstrækkelig tid og kontinuerlig kontakt. Endvidere er det vigtigt at interaktionen rummer udfordring og humor.

### **Hvad har fungeret mindre godt**

Videnscenter for Socialpsykiatri fremhæver følgende seks punkter hvor systemet i Danmark som følge af udviklingen er kommet til at fungere mindre godt:

1. Man når især mellemgruppen, og ikke i tilstrækkelig grad de unge, og ej heller de sværest belastede (dobbeltdiagnoser). 2. Opsøgende virksomhed er meget forskelligt anlagt lokalt i forhold til målgrupper, normering, tilbud, osv., og der kan være grænseproblemer mellem distriktspsykiatriens opsøgende teams og støtte- og kontaktpersonordning. Meget tyder på at man bl.a. ikke i tilstrækkelig grad får fat i personer med sindslidelser fra etniske minoriteter og ej heller har tilbud der er tilstrækkelig inkluderende i forhold til denne gruppe. 3. behandlingskapaciteten er for lille og alt for mange får stadig kun tilbud om medicinering. 4. der udarbejdes for sjældent udskrivningsaftaler og koordinationsaftaler i de situationer, hvor man skønner at patienten ikke selv kan magte sin situation eller ikke vil samarbejde. Der udarbejdes måske kun 10 % af de aftaler der er behov for. Det betyder at flere mennesker involveres i personfarlig kriminalitet. 5. samarbejdet mellem sektorerne, her psykiatri og socialpsykiatri, men også arbejdsmarked og uddannelsesområdet skal blive meget bedre. Systemerne indrettes sådan at det er vanskeligt for borgeren at varetage egne interesser. 6. kvaliteten og de tilbud man som borger kan forvente varierer stadig enormt fra område til område og fra afdeling til afdeling.

### *Et eksempel*

Som eksempel på noget der har fungeret mindre godt vil jeg tage samspillet mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. Dette samspil var fra 2001 genstand for behandling i et særligt udvalg som var nedsat af Sundhedsministeriet og Socialministeriet i fællesskab. I overensstemmelse med anbefaling fra dette udvalg er samspillet mellem de to sektorer efterfølgende blevet evalueret af en flerårigt projekt på Videnscenter for Socialpsykiatri (35) med Klaes Guldbrandsen som projektleder.

Evalueringen anlægger et brugerperspektiv på dette samspil. Det viser sig at brugerne har svært ved at relatere til begrebet "samspil" idet de ikke har noget klart billede af systemets dele, men at de derimod har en fuldstændig klar opfattelse af hvad sammenhæng i indsatsen er. Det er når man får den rigtige hjælp til at genvinde sine kompetencer og værdier fra tilværelsen før sindslidelsen på det rigtige tidspunkt og af de rigtige fagpersoner. Brugerne har et stærkt ønske om at indsatsen skal hænge sammen, at den hænger tæt sammen med deres personlige udvikling og at der hele tiden er tiltag som er rettet mod at normalisere deres situation.

Brugerne giver udtryk for at de har behov for akuttilbud når deres tilstand pludselig forværres. Det fandtes dengang kun nogle steder i landet. De oplever at der sker en stigmatisering som følge af sindslidelsen, men de oplever at en del af denne stigmatisering ikke stammer fra sindslidelsen som sådan men fra selve indsatsen. Sådan stigmatisering opleves primært i sygehuspsykiatrien, men forekommer også i distriktspsykiatrien og i socialpsykiatrien. Nogle tilbud opleves som lukkede reservater. Tvangsmedicinering og magtanvendelse forstærker oplevelsen af stigmatisering, mens tilknytning til arbejdsmarkedet reducerer den. Mange oplever at de udskrives før de føler sig færdigbehandlede. Det understreges stærkt at der er brug for en plan for hvad der skal ske efter udskrivning. De tilbud der er efter udskrivning opleves ofte som utilstrækkelige, især mener man at der er for lidt personale.

Delundersøgelsen af amter og kommuners indsats finder at de primære konflikter mellem behandlings- og socialpsykiatri består i en meget forskellige fagkultur. Sundhedssektoren har et perspektiv om behandling og apparatfejl, mens den sociale sektor bygger på et borgerrets-perspektiv. Det betyder at systemerne ofte taler forbi hinanden. Professionerne kan blive en barriere for kommunikationen. Som eksempel nævnes at praktiserende læger ofte vil forlange at tale med overlægen, hvis de skal kommunikere med sygehuset, selv om det i en konkret sag kan være en anden der har den relevante viden.

Forløbsundersøgelsen dækker fire typer forløb som er de mest almindelige. Det er stabile forløb med få skift af tilbud og relativt få parter og med indsatser fra distriktpsychiatri og kommunal socialpsykiatri, ustabile forløb med mere komplekse problemstillinger og skiftende tilbud med flere parter og indsatser fra alle sektorer fra sygehus- og distriktpsychiatri til både amtslig og kommunal socialpsykiatri. Endelig er der dels stabile, dels ustabile forløb for patienter der også har misbrug. Her indgår længerevarende amtslige botilbud og misbrugsbehandling sammen med indsatser fra sygehuspsychiatrien.

De fleste borgere og medarbejdere er tilfredse med sammenhængen mellem tilbuddene. Der er imidlertid mindre positive tilkendegivelser fra beskæftigelses- og aktivitetstilbud samt fra private tilbud. Her oplever man at kommunikationen med sygehus-, distrikts- og behandlingspsychiatrien er mangelfuld. Medarbejderne mener at problemerne er manglende dialog fordi kommunerne ikke har tid til det, fordi man ikke i forvejen kender hinanden, at der er ventetid på kommunale tilbud, og at der er mangel på arbejdsrettede tilbud. Der er bedre samspil i de såkaldte integrerede ordninger end i de øvrige.

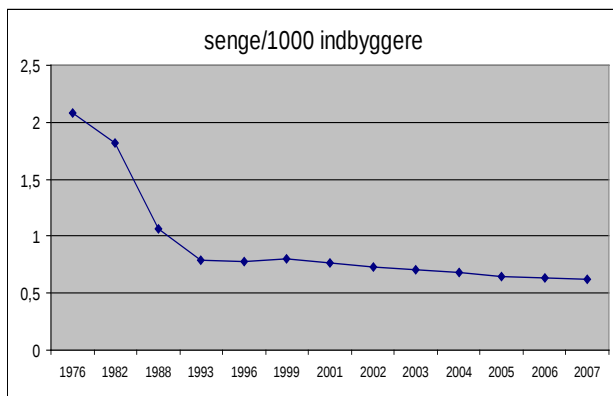
Et samspilsproblem er ventetid ved overgang fra et tilbud til et andet. Der er ventetid mange steder i systemet. Det viser sig imidlertid at det er et problem man ofte løser i praksis. Det kan fx løses ved at sygehuset beholder patienten i længere tid hvis der er mangel på sociale tilbud. I andre tilfælde kan det løses ved at en part holder kontakt med brugeren, selv om vedkommende egentlig er færdig med det pågældende tilbud og venter på et nyt.

Når systemer skal arbejde sammen er det vigtigt at de supplerer hinanden. Det kritiseres ofte at der i en sektor etableres funktioner, som man i forvejen har i en anden. Det viser sig imidlertid i undersøgelsen at praksis har fjernet sig fra tankegangen om at det samlede tilbud bør bestå af komplementære ydelser. Der er en stor grad af overlapning, og det er gennemgående positivt. Der er dog ting som borgerne efterspørger mere end de tilbydes. Det drejer sig om tilbud der retter sig mod arbejdsmarkedet, psykologbistand, personlig kontakt, og noget der skaber sikkerhed og struktur i hverdagen.

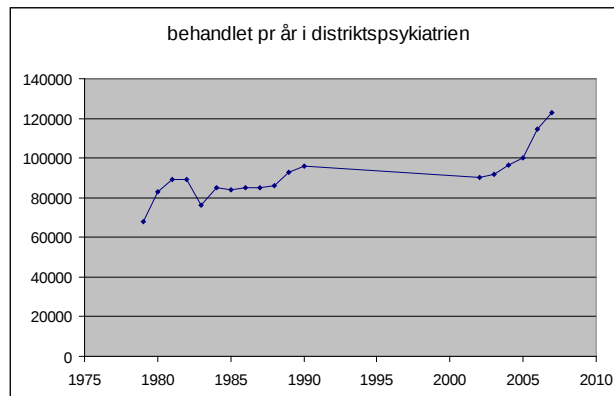
I forsøget på at skabe sammenhæng i indsatsen har man indført forskellige lovbestemmelser om handleplaner. Det viser sig imidlertid at disse lovbestemte planer kun i de færreste tilfælde er en vigtig del af styringen af indsatsen. De ruster ikke medarbejderne til at skabe og bibeholde overblik over forløbet og anlægge en helhedsvurdering. I stedet administrerer de samspillet med mundtlig kommunikation og møder mellem medarbejderne på implementeringsniveauet. I nogle situationer foregår således den kommunikation som er formålet med en udskrivningsaftale, blot uden at der er en formel aftale som ramme. Det sker med udgangspunkt i et personligt båret ansvar på baggrund af kendskab til borgeren.

I mange tilfælde mangler der dog en klar opfattelse af hvor ansvaret for kommunikation skal ligge, især når forløbet er komplekst. Idet distriktpsykiatrien er centralt placeret og har kontakt med patienten den største del af tiden foreslår undersøgelsen, at tovholderfunktionen placeres her.

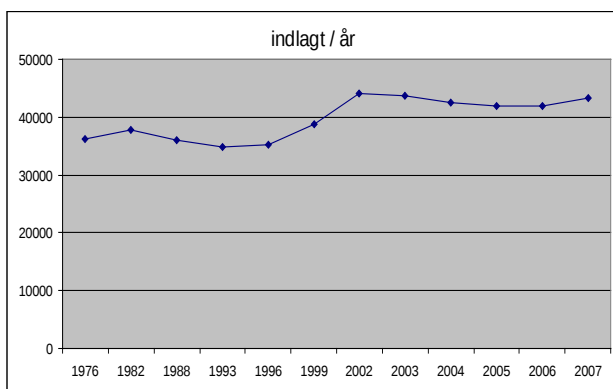
## Figurer 1-6: Resultat indikatorer



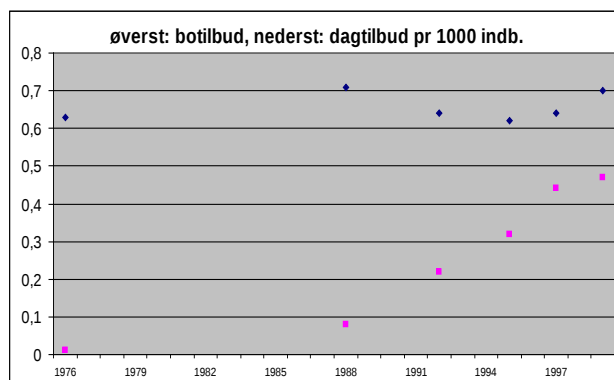
Kilder: til 1990: Merete Bjerrum. Derefter:  
Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud



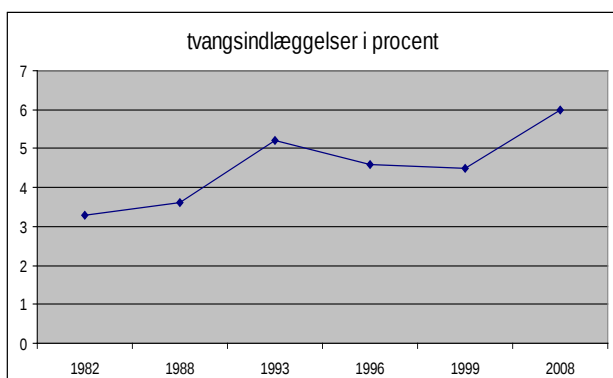
Kilder: til 1990: Merete Bjerrum. Derefter:  
Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud



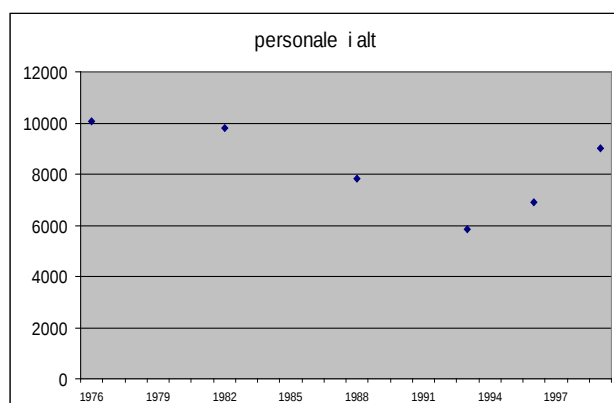
Kilder: til 1990: Merete Bjerrum. Derefter:  
Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud



Kilder: til 1999: Psykiatriens 25 år i amterne



Kilder: til 1999: Psykiatriens 25 år i amterne.  
2008: sundhedsdata



Kilder: til 1999: Psykiatriens 25 år i amtern

## **Udviklingsbehov og udviklingsarbejde**

Kommunalreformen har som nævnt betydet, at man nu må starte forfra med at integrere social- og behandlingspsykiatri. Det præger de planer og programmer som har set dagens lyd de sidste par år. I 2009 er der udkommet psykiatriplaner fra regionerne i marts, fra Sundhedsstyrelsen i august og fra Kommunernes Landsforening (KL) i september. Regionernes oplæg (36) tager udgangspunkt i otte visioner: 1. Vi vil øge danskernes viden om og forståelse for psykisk sygdom. 2. Vi vil være bedre til at forebygge psykisk sygdom. 3. Vi vil behandle alle med behov for psykiatrisk hjælp. 4. Vi vil helbrede flere. 5. Vi vil gøre psykiatrien mere tilgængelig. 6. Vi vil mindske overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom. 7. Vi vil have den nødvendige teknologi og velfungerende fysiske rammer. 8. Vi vil have hænder nok og bruge dem bedst muligt.

Regionerne anfører at antallet af mennesker med psykisk sygdom vokser, og mener at det kan forklares dels ved at man kan behandle flere sygdomme og flere derfor søger behandling, dels at samfundet er blevet løsere så folk er mere udsatte og at normalitetsbegrebet er blevet indsnævret så flere tilstande defineres som sygdomme. Vi kan behandle og helbrede mange flere mennesker med psykisk sygdom, hvis vi prioriterer dette højere. Det kan vi fordi: 1- neurovidenskaberne har givet en mere nuanceret forståelse af psykiske sygdommes opståen og udvikling, 2- genetik og hjerneskanning gør at man kan specialdesigner medicin til den enkelte, og 3- der sker en øget brug af forskningsbaseret behandling, som giver en mere effektiv og ensartet diagnostik og behandling. De nævnte tre punkter giver indtryk af, at regionernes psykiatriplan er inspireret af Dansk Psykiatrisk Selskab og mindre af synspunkter fra distriktspsykiatrien.

Regionernes debatoplæg om psykisk sygdom og arbejdsmarkedet (37) er udarbejdet i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Danske Psykiatere og Børne- og ungdomspsykiateres Organisation (DPBO), og Dansk Psykologforening. På arbejdsmarkedsområdet er der ligeledes alvorlige problemer. I 2008 fik 7.500 personer tilkendt førtidspension på grund af en psykisk lidelse, et tal der er steget med 60 % siden 2001, og som udgør næsten halvdelen af de tilkendte førtidspensioner (48 %). Op mod en femtedel af befolkningen har en psykisk lidelse af ikke psykotisk karakter i løbet af et år. 10 % behandles hos en psykiater, 10 % hos en psykolog, 50 % i almen praksis mens 30 % ikke behandles.

Sundhedsstyrelsens nationale strategi for psykiatri (38) refererer til WHO's Helsinki konference fra 2005, og den siges at have været undervejs siden. Den peger på at der med satspuljeaftalen 2008-2010 kom midler til indførelse af en undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien. Den betydelige økonomi, der har fulgt aftalerne, har gjort at psykiatrien er kommet langt, men yderligere udvikling kræver flere midler. Fokus i Sundhedsstyrelsens nationale strategi er sundhedsvæsenet. Der peges på at indsatser i den sociale sektor, samt områderne kultur, uddannelse og arbejdsmarked også har betydning i relation til psykiatriske patienters samlede behov.

Sundhedsstyrelsens nationale strategi har seks hovedoverskrifter: 1. Det skal være lettere at være psykisk syg. 2. Det skal være let at få tidlig hjælp. 3. Det skal være let at få de rette tilbud. 4. Det skal være lettere at være psykiatrisk patient. 5. Det skal være lettere at arbejde i psykiatrien. 6. Det skal være let at få og bruge ny viden. Disse overskrifter dækker imidlertid ikke blot hvad

man umiddelbart skulle tro på deres ordlyd, men i nogle tilfælde også ting der ligger langt derfra.

Som væsentlige fokusområder for forskning nævnes: Epidemiologisk forskning, implementeringsforskning og sundhedstjenesteforskning, herunder effektstudier, forskning i forebyggelsesmetoder, psykiatriske patienter der begår kriminalitet, anvendelse af tvang, effekt af inddragelse af pårørende og metoder til forbedring af patienternes fysiske helbred.

Endvidere nævnes som fokusområder forskning med henblik på styrket evidens af effekten af psykofarmakologisk, psykoterapeutisk, psykosocial behandling og rehabilitering, samt effekten af integreret anvendelse heraf, og internationalt samarbejde med mulighed for at indgå i en opgavefordeling om forskningsemner.

Man bemærker her at det førstnævnte afsnit med fokuspunkter stort set kun indeholder punkter, der har med distriktpsychiatri og det ambulante område i det hele taget at gøre, mens det sidstnævnte mere har sin tyngde i hospitalspsychiatrien. Med hensyn til forskning er Sundhedsstyrelsens strategi således meget afbalanceret. På de fleste andre punkter må man imidlertid sige at den ligger nærmere ved et hospitalspsychiatrisk end ved et distriktpsychiatrisk synspunkt.

KL's psykiatriudspil, som ikke har nogen yderligere titel, kom umiddelbart efter Sundhedsstyrelsens i september 2009. KL er tydeligt frustreret over at psykiatrien drives frem af regionerne og Sundhedsstyrelsen, samtidig med at kommunerne har den største del af de offentlige forpligtelser overfor patienterne når de kommer ud fra sygehuset. Kommunerne oplever at antallet af patienter der kræver tilbud af forskellig art stiger og stiger, uden at deres muligheder for at klare opgaverne følger med. De oplever også en opgaveglidning, som de udtrykker det, fra det regionale til det kommunale ansvarsområde. Derfor opfordrer de allerede i forordet til udspillet til at Indenrigs- og Socialministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde laver en samlet national strategi for bedre indsats for psykisk syge. KL efterspørger en samlet ambition for indsatsen i behandlings- og socialpsychiatrien.

KL's psykiatriudspil (39) starter med at gøre opmærksom på det, som kommunerne ser som det største problem: At der de seneste år har været et stigende pres på den kommunale socialpsychiatri. Det skyldes flere forskellige forhold, som kan sammenfattes til flere mennesker med psykiske lidelser, lang ventetid på regionernes tilbud, kortere indlæggelsestid på psykiatriske afdelinger og sygehuse med udskrivning af patienterne før kommunerne oplever at de er færdigbehandlede, at et stigende antal børn og unge bliver afvist til behandling i psykiatrien, at regionerne har reduceret deres udgående psykiatristand, og at den psykiatriske behandling af kommunerne opleves som mangelfuld i forhold til en samlet rehabiliteringsindsats for borgerne.

Kernen i KL's forslag er at man vil have bedre sammenhæng i borgerforløb på tværs af sektorer, og det vil sige bedre samarbejde mellem regionale og kommunale myndigheder. Således vil KL have indsamling af viden om og forsøg med fremskudt kommunal rådgivning og sagsbehandling på psykiatriske afdelinger. Det vil blandt andet give behandlerne et mere realistisk billede af hvad kommunerne kan tilbyde. De vil også have flere psykiatriske konsulenttimer ud i kommunerne, og de vil have samarbejde med behandlerne om kombineret behandling og social indsats i specialiserede kommunale bo- og støttetilbud. De vil endvidere have psykologisk udredning i

misbrugsbehandlingen, og tværsektorielle, tværfaglige udviklings- og uddannelsesprojekter. Endelig vil de også spille en rolle med at forebygge kriminalitet i PSP samarbejdet.

Pressemeddelelsen der ledsagede udspillet, og som der formentlig er ofret næsten lige så lang tid på som på selve udspillet, har titlen "Priorité den samlede indsats for mennesker med psykisk lidelse", og den starter med ordene: Socialpsykiatrien trænger til et markant løft, mener KL, og opfordrer i et nyt udspil Christiansborg politikerne til i langt højere grad at tænke i en sammenhængende indsats, hvor både behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og samspillet mellem dem kommer til at fungere bedre. KL understreger dermed kommunernes gode vilje til at gøre en indsats, forudsat at de er med som ligeværdig samarbejdspartner og forudsat at de får finanserne til det.

Endelig bør nævnes regeringens handlingsplan for psykiatri fra november 2009 (40), som er dennes oplæg til den nye psykiatraftale. De tre overordnede mål for denne er at sikre en sammenhængende og effektiv behandling, at sikre bedre tilgængelighed til behandling og til socialpsykiatriske tilbud, og at nedbringe omfanget og sværhedsgraden af sindslidelser. Handlingsplanen indeholder følgende 29 initiativer:

1. at psykiatriske patienter får de samme patientrettigheder som andre patienter har, hvilket i 2012 vil koste 630 mio. kr. ekstra årligt til øget kapacitet og højere kvalitet.
2. øget specialisering, som bl.a. vil betyde specialfunktioner for sværere ikke-psykotiske lidelser, dobbeltdiagnoser, oligofrenipsykiatri, affektive lidelser, og skizofreni.
3. et kvalitetsprojekt for "den gode psykiatriske afdeling".
4. specialiserede sengepladser i retspsykiatrien, som siden 2008 har været midlertidig finansieret.
5. der skal fokus på brug af sundhedsaftaler for at styrke sammenhængende patientforløb.
6. projekt "den gode udskrivning", forankret i indenrigs- og socialministeriet (med kontakt til det kommunale system) skal yderligere styrke et sammenhængende patientforløb.
7. fremskudt social indsats og mobile forløb, også forankret i indenrigs- og socialministeriet, skal give kommunerne modeller til mobile behandlingsforløb i de socialpsykiatriske tilbud.
8. støtte og bistand til personer med en debuterende sindslidelse – det er en ansøgningspulje.
9. PSP-samarbejdet udbredes til hele landet. Dette samarbejde med politiet og sociale myndigheder kræver en ændring af retsplejeloven.
10. bedre adgang til psykiatrisk behandling. Fx udvidelse af åbningstider.
11. tilsagn om store anlægsudgifter til Slagelse, Sct. Hans og Bispebjerg.
12. bedre fysiske rammer i behandlingspsykiatrien. Flere enestuer.
13. fleksible rammer til etablering af botilbud til sindslidende. Her lover regeringen at gøre det lettere for kommunerne at etablere botilbud i de bygninger, de råder over.

14. bostøtte til sindslidende i eget hjem. Her er tale om en analyse af dette felt.
15. udvikling af metoder til tidlig opsporing af psykiske lidelser. Formålet her er at forebygge og finde eventuelle psykiske lidelser hurtigst muligt hos børn.
16. efteruddannelse af læger i hjælp til patienters håndtering af stress.
17. aldersgrænse på køb af smertestillende lægemidler. Formålet er at hindre selvmord.
18. styrket indsats overfor selvmordstruede, herunder personer, der har forsøgt selvmord.
19. nedbringelse af antallet af selvmord på psykiatriske afdelinger. Vidensudveksling.
20. udviklingsprojekt i socialpsykiatrien om en styrket pædagogisk indsats i relation til medicin, samt styrket psykoedukation. Formålet er at gøre sindslidende i stand til at have ansvar for at tage den medicin de har brug for. Altså sikre sig at de gør det.
21. fastholdelse af sindslidende i uddannelse eller job.
22. flere opsøgende og udgående teams i behandlingspsykiatrien. Der har, som tidligere nævnt, været mange gode erfaringer med at tage alvorlige psykiske lidelser i den første fase.
23. fremskudt sagsbehandling. Projekt i samarbejde med en række kommuner.
24. opfølgning på det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien. Der skal udarbejdes et idekatalog til praktikere samt et implementeringsnetværk for at nedbringe brugen af tvang.
25. fokus på udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det indskærpes at disse skal udarbejdes når en patient vurderes ikke at ville tage sin medicin efter udskrivning.
26. mulighed for tvungen opfølgning efter udskrivning. Der fremsættes lovforslag om brug af ambulant tvang overfor patienter der gang på gang bliver tvangsindlagt men som dropper behandlingen når de bliver udskrevet.
27. kampagne for afstigmatisering. Skal også omfatte oplysning om psykiske lidelser.
28. yderligere støtte til Psykiatrifondens Børne- og Ungeprojekt (skolebus).
29. fremme af mental sundhed. Heri indgår at indsatsen indenfor psykiatrien dokumenteres, gøres synlig og målbar og dermed tilgængelig for kvalitetsudvikling.

## Referenser

- 1) Betænkning 826, Den psykiatriske sygehusfunktion. Betænkning fra psykiatriudvalget. Betænkning om grundlaget for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen afgivet af et udvalg nedsat af indenrigsministeren. København; 1977.
- 2) Reisby N, Psykiatri – en videnskab eller et håndværk? Ugeskrift for Læger 1980; 142/33: 2150-2155.
- 3) Adserballe H, To års tvangsindlæggelser, Ugeskrift for Læger 1973; 135/29: 1541-1549.
- 4) Schepelern ES, Aggernæs KH, Stender AK, Raben H, Tvang udført på psykiatrisk afdeling, Frederiksberg Hospital, før og efter indførelsen af den ny psykiatrilov. Tvangsfikseringer. Ugeskrift for læger 1993; 155/50: 4091-4095.
- 5) Kruse J, Sundhedsfremme og forebyggelse i relation til psykisk sygdom. Ugeskrift for Læger 2002; 164/36: 4198.
- 6) Sundhedsstyrelsen: Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer. 2009. Og: Mental sundhed blandt voksne danskere. Analyser baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. 2010.
- 7) Bengtsson S, Mateu NC, Beskyttet beskæftigelse. En kortlægning. København: SFI rapport 09:09; 2009.
- 8) Arbejdsmarkedskommissionen (2009), [elektronisk], Velfærd kræver arbejde. Tilgængelig: [www.amkom.dk/media/22119/velfaerd\\_kraever\\_arbejde\\_web.pdf](http://www.amkom.dk/media/22119/velfaerd_kraever_arbejde_web.pdf) [læst januar 2010].
- 9) Sundhedsministeriet, [elektronisk], Evaluering af psykiatriaftalen 2002-2005. Tilgængelig: [www.sum.dk](http://www.sum.dk) [læst januar 2010].
- 10) Rigsrevisionen, [elektronisk], Handicapindsatsen på uddannelses- og beskæftigelsesområdet. Januar 2010. Tilgængelig: [www.rigsrevisionen.dk](http://www.rigsrevisionen.dk) [læst marts 2010].
- 11) Albinus S, Opgør med pølsevognspsykiatrien, Ugeskrift for Læger 1989; 151/18: 1137-1144.
- 12) Borberg S, Psykiatriens grænser. Ugeskrift for læger 1991; 153/16: 1167-1170.
- 13) Adserballe H., Etik i psykiatrien. København: Munksgaard; 1996.
- 14) Sundhedsstyrelsen, Målsætninger for kvalitet i Distriktpsychiatrien. København; 1998.
- 15) Socialministeriet, Justitsministeriet, Indenrigsministeriet, Undervisningsministeriet og Sundhedsministeriet, Indsatsen for sindslidende. Status, vurdering og forslag til nye initiativer. Redegørelse fra en tværministeriel embedsmandsgruppe. København; 1997.
- 16) Frederiksen V, Søgaard HJ, Distriktpsychiatri og indlæggelse på psykiatrisk afdeling. København, Århus, Odense: FADL's forlag; 1987.

- 17) Bartels U, Psykiatrisk skadestue 1985-2003. Hvilke patienter søger en psykiatrisk skadestue i en storby? Og hvor går de hen herfra? Månedsskrift for praktisk Lægegering august 2005; 83 Årg.: 901-909.
- 18) Socialministeriet & Sundhedsministeriet, Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 2001. København; 2003.
- 19) Danske Patienter, [elektronisk], Patientrepræsentation. 2009. Tilgængelig: [www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk) [læst marts 2010].
- 20) Socialministeriet & Sundhedsministeriet, Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 1997 og 1998. København; 1999.
- 21) Dansk Psykiatrisk Selskab, [elektronisk], Kommentarer til sundhedsstyrelsens udkast til rapporten "Målsætning for kvalitet i distriktpsychiatrien". 1997. Tilgængelig: [http://www.dpsnet.dk/fileadmin/web-filer/word/Hoeringssvar/Hoeringssvar\\_Maalsætning\\_kval\\_distrpsy.doc](http://www.dpsnet.dk/fileadmin/web-filer/word/Hoeringssvar/Hoeringssvar_Maalsætning_kval_distrpsy.doc) [læst januar 2010].
- 22) Dansk Psykiatrisk Selskab, [elektronisk], Rapport om ambulant tvang. November 2005. Tilgængelig: [www.dpsnet.dk](http://www.dpsnet.dk) [læst marts 2010].
- 23) Vendsborg P, Distriktpsychiatri nu og i fremtiden. København: Psykiatrifondens Forlag; 2002.
- 24) Christensen AMR, Skizofreni og affektive forstyrrelser hos børn og unge. "Hvordan sku man ku vide det uden at kigge efter først?". Månedsskrift for praktisk Lægegering august 2003; 81 Årg.: 1053-1061.
- 25) Rasmussen S, Rosenly L, Psykiatrisk akutteam. Nyt behandlingstilbud i psykiatrien. Månedsskrift for praktisk Lægegering januar 2004; 82 Årg.: 129-141.
- 26) Brødsgaard M, "Den hemmelige psykiatri": De praktiserende psykiatere. Ugeskrift for Læger 2001; 163 (20): 2820.
- 27) Hulgård L, Ildsjæle i: Bech-Jørgensen B, Hegland TJ, Hulgård L, Seeman J, Storbypuljen. Arbejdsrapport fra den tværgående evaluering. Aalborg: Forlaget Alfuff; 1997.
- 28) Gerlach J, Skizofrenibehandling. Nye psykofarmaka og nye psykosociale behandlinger. Månedsskrift for praktisk Lægegering juni 1999; 77 Årg.: 867-877.
- 29) Krarup G, Galløe M, Skizofrenibehandling. Hvad kan patienten og dennes familie forvente sig af en moderne skizofrenibehandling? Månedsskrift for praktisk Lægegering september 2002; 80 Årg.: 1199-1207.
- 30) Jensen PH, Medicinfri afdelinger – et værdigt projekt? Ugeskrift for Læger 1998; 160/32: 4676-4678.
- 31) Hopper K et al (red.), Recovery from Schizophrenia: An International Perspective. A Report from the WHO Collaborate Project, The International Study of Schizophrenia. Oxford: Oxford University Press; 2007.

- 32) Jensen P, Recovery – perspektiv og udfordring i socialpsykiatrien. I: Lihme Benny (red), Invitation til socialpsykiatri. København: Akademisk Forlag; 2008.
- 33) Stenager E, Frederiksen ML, Balslev K, Jensen K, Socialmedicin og psykiatriske lidelser. Månedsskrift for praktisk Lægegerning september 2000; 78 Årg.: 1217-1230.
- 34) Karpatschhof B, En evaluering af brugernes oplevelse af SKP-ordningen i Københavns Kommune. Københavns Kommune: Familie og arbejdsmarkedsforvaltningen; 2001.
- 35) Videnscenter for Socialpsykiatri, Syn på samspil; 2005. Videnscenter for Socialpsykiatri, Organisering af samspil; 2006. Videnscenter for Socialpsykiatri, Samspil på tværs; 2007.
- 36) Danske regioner: En psykiatri i verdensklasse – på vej dertil. 2009. Danske regioner: En psykiatri i verdensklasse – regionernes visioner for fremtidens psykiatri. 2009. Tilgængelig: [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk) [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk) [læst marts 2010].
- 37) Danske regioner: Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. 2009. Tilgængelig: [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk). [læst marts 2010].
- 38) Sundhedsstyrelsen: National strategi for psykiatri. 2009. Tilgængelig: [www.sst.dk](http://www.sst.dk). [læst marts 2010].
- 39) KL: KL's udspil om indsatsen for mennesker med psykisk lidelse. 2009. Tilgængelig: [www.kl.dk](http://www.kl.dk) [læst marts 2010].
- 40) Regeringen [elektronisk], Styrket indsats for sindslidende. Handlingsplan for psykiatri. November 2009. Tilgængelig: [www.sum.dk](http://www.sum.dk) [læst marts 2010].

## 3. Finland

---

**Från reformintention till praxis:**

**Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990**

**Nina Karlsson, Kristian Wahlbeck**

## ***Inledning***

Mentalvårdens utveckling har i Finland varit starkt knuten de allmänna utvecklingslinjerna inom social- och hälsovården. I Finland ansvarar kommunerna för social- och hälsovården i sin helhet, och den offentliga mentalvården är en del av den kommunala servicen. Med undantag av de allra största städerna har dock kommunerna, i större eller mindre grad, överlåtit produktionen av specialiserade hälso- och sjukvårdstjänster såsom psykiatri åt kommunägda samkommuner som upprätthåller sjukvårdsdistrikt för specialiserad sjukvård.

Hälso- och sjukvårdens finansieringsmodell är i Finland en unik blandning av skatte- och försäkringsfinansiering. Den allmänna sjukförsäkringen, som upprätthålls av Folkpensionsanstalten (FPA), delfinansierar den privata sjukvården och företagshälsovården. Dessa sektorer erbjuder även mentalvårdstjänster, med undantag av sjukhusvård, men är av finansiella och arbetsrelaterade orsaker inte tillgängliga för alla. Den allmänna hälso- och sjukvården täcker alla åldersgrupper och socioekonomiska grupper, och erbjuder alla typer av mentalvård. Finansieringsmodellen innebär olika villkor för tillgänglighet: den bästa tillgången till mentalvårdstjänster har välsituerade personer i arbetslivet, som förutom den allmänna hälso- och sjukvården även har tillgång till privata mentalvårdstjänster och företagshälsovårdens tjänster.

I Finland har mentalvårdsarbetet från 1980-talet präglats av en långsam övergång från sjukhus- och institutionscentrerad vård till öppenvård, på grundval av ideologier som växte fram på 1970-talet. Mentalvårdens servicestruktur har genomgått omfattande förändringar både på lagstiftningsnivå, på normnivå och genom omorganiseringar av servicestrukturer. Någon entydigt avgränsad psykiatrireform har inte ägt rum i Finland, utan det har varit fråga om en utvecklingsprocess. En klar milstolpe utgör dock den nya mentalvårdslagen, som trädde i kraft 1991 (1). Andra viktiga hörnstenar är folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 (2), som antogs år 2001, kvalitetsrekommendationen för mentalvårdstjänsterna från år 2001 (3), och den nya nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbetet, Mieli 2009 (4). Dessa kallas i fortsättningen för "policydokumenten".

År 1993 avslutades centralstyrningen av hälso- och sjukvården, och kommunerna fick fullt ansvar för finansiering och organisation. Detta innebar inom mentalvården en splittring och decentralisering, vilket i ungefär hälften av kommunerna återspeglats som beslut om överflyttning av mentalvården från sjukvårdsdistrikten till kommunernas egna hälsocentraler i en strävan att bättre integrera mentalvården med övrig hälsovård och få bättre kostnadskontroll. Denna omstrukturering har inneburit en positiv utveckling i form av ökad öppenvård och en större roll för kommunernas primärvård, men också problem speciellt i kommuner med gles bebyggelse och få invånare. I många fall har öppenvården inte utvecklats tillräckligt inom den nya servicestrukturen (5). Till följd av de omfattande strukturförändringarna gjordes år 1996 på initiativ av social- och hälsovårdsministeriet en utredning över mentalvården (6). På basis av utredningen startades projektet Ett meningsfullt liv!; en ram för ett antal utvecklingsprojekt inom mentalvårdsarbetet. Under 2000-talet har ett omfattande förändringsarbete inom kommun- och servicestrukturen kommit igång, vilket leder till att kommunerna blir större, och kommer att innebära förändringar också i mentalvårdsarbetets administrativa strukturer.

Det nationella reformarbetet har backats upp av att finländska politiker och tjänstemän aktivt arbetat för att föra upp psykisk hälsa på den politiska agendan i EU. Centrala argument i detta arbete var "det finns ingen hälsa utan psykisk hälsa" och ett skifte av fokus från individers psykiska störningar till den psykiska hälsans samhälleliga bestämningsfaktorer. En omformulering av begreppet "psykisk hälsa" ägde rum. Psykisk hälsa definierades som en resurs, som är viktig inte bara för individens välbefinnande utan även för en hållbar och framgångsrik samhällsutveckling (7).

### **3.1 Reformen**

I Finland är reformarbetet en del av en omorganisering av social- och hälsovården på ett bredare plan och någon enskild avgränsad psykiatrireform har inte genomförts. Utvecklingen inom mentalvårdsarbetet inneburit en övergång från sjukhus- och institutionscentrerad vård till en öppenvård som skall baseras på en klientnära service. En ökad efterfrågan på mentalvårdstjänster har bidragit till större satsningar på preventiva åtgärder och ingripande i ett tidigt skede av psykisk ohälsa. En ökad uppmärksamhet fästs vid det växande antal finländare i arbetsför ålder som blir förtidspensionerade pga. arbetsoförmåga till följd av psykisk ohälsa och åtgärder har initierats för att minska sjukskrivningar och invalidpensioner relaterade till psykisk ohälsa.

#### **Reformens intentioner**

Reformarbetet inom mentalvården beskrivs i Finland främst i sociala termer. Reformen fick sin början framför allt i och med att sjukhus- och anstaltsvård inte längre betraktades som ändamålsenlig mentalvård. Syftet med att överföra av mentalvårdstjänsterna till öppenvården var att minska institutionsvården, att modernisera och förbättra behandlingen, att neutralisera stigma kring psykiska problem och att göra mentalvården mera tillgänglig. Reformarbetets intentioner kom dock delvis att omintetgöras av den kraftiga ekonomiska depressionen i Finland 1990-1993. Även om nedmonteringen av mentalvård vid sjukhus genomfördes, kom nätverket av öppenvård aldrig att byggas ut tillräckligt på grund av sparåtgärder i samband med den ekonomiska depressionen (6).

Ett återkommande tema i reformarbetet är målet att skapa en klientnära service. Klientens vårdbehov skall betraktas och åtgärdas som en helhet på ett för klienten anpassat vis. I reformen behandlas upprepat också behovet att samordna den splittrade mentalvården, samt ett behov att tydliggöra kommunernas huvudansvar för mentalvårdsarbetet. Omorganiseringen av mentalvårdstjänsterna har dessutom sporrats av ett ökat behov av tjänster för ett nytt slags samhällsrelaterat illamående på grund av förändringar i livsföringen och arbetslivet, ökande arbetstakt, prestationskrav och en marknadsekoniskt inriktad värdegrund (8).

#### *Samhällsskyddsaspekter - avvägningen mellan frihet och tvång*

Strävan att minska användningen av tvång har varit en av drivkrafterna bakom reformen. Samhällsskyddsaspekterna har inte varit centrala i diskursen. I samband med enskilda våldsbrott har bristerna i den psykiatriska öppenvården tagits upp, men krav på en kursändring i deinstitutionaliseringen har sällan uttalats.

Revideringen av mentalvårdslagen år 2002 gjordes främst för att i detalj reglera användningen av tvång. Trots uttalad strävan att minska tvånget i mentalvården, utnyttjas tvångsmetoder i

Finland fortfarande i hög grad i jämförelse med den europeiska nivån. (9) En av tre intagningar till psykiatrisk sjukhusvård sker oberoende av patientens vilja. Under åren 1990-2004 har inga märkbara förändringar skett i psykiatriska sjukhuspatienters risk att bli utsatta för tvångsåtgärder (10). Antalet barn och minderåriga som mot sin vilja tagits in på sjukhus har ökat kraftigt under åren 1995-2004 (11).

Bruket av tvångsåtgärder inom mentalvården varierar mellan olika sjukvårdsdistrikt i Finland, främst på grund av regionala skillnader i vårdkultur och -system. Den nya nationella planen för mental- och missbrukarvården, Mieli 2009, innefattar ett förslag om ett nytt nationellt program om minskning av tvång inom den psykiatriska vården (4).

#### *Förebyggande insatser samt vård- och sociala stödinsatser*

En ökande efterfrågan på tjänster har bidragit till medvetenhet om behovet av större satsningar på preventiva åtgärder. Tyngdpunkten i policydokumenten ligger på förebyggande insatser, varefter fokus överförs till snabba åtgärder i fall där patienten lider risk att insjukna. I Mieli 2009 -planen betonas att ett tidigt ingripande förhindrar uppkomsten av svåra fall som behöver långtidsvård (4).

Den första samlade preventiva insatsen var det nationella programmet för förebyggande av självmord, som genomfördes 1986-1996. (12) Programmet, som byggde på att öka medvetenheten om självmordsproblemet och utbildningsinsatser i lokala projekt över hela landet, var en framgång, och efter att en topp i självmordsdödligheten nåtts år 1990 har självmorden minskat med över 30 procent (13).

#### *Förslag angående främjande av psykisk hälsa*

Policydokumenten betonar starkt att begreppet mentalvårdsarbete och psykisk hälsa inte längre skall förknippas endast med sjukdom och störningar. Främjande av psykisk hälsa genom insatser för barn, unga, och familjer har varit centrala strävanden i den finländska hälsopolitiken, såväl internationellt som nationellt. Psykisk hälsa skall även ses i dess positiva bemärkelse; psykisk hälsa är en del av folkhälsa, dvs. något som berör varje person i samhället (14).

Viktiga insatser för att införa ett mera salutogent perspektiv i den mentalvårdspolitiska diskursen var den EU-konferens kring främjande av psykisk hälsa och social inklusion som Finland anordnade i Tammerfors under sitt EU-ordförandeskap år 1999 (15). Processen som inleddes i Tammerfors ledde till att främjande av psykisk hälsa blev en av prioriteterna vid den europeiska ministerkonferens för psykisk hälsa som anordnades i Helsingfors år 2005. Finland har i EU-sammanhang konsekvent arbetat för en bred syn på psykisk hälsa, med betoning på universella hälsofrämjande insatser över sektorgränserna (16).

Folkhälsoplanen Hälsa 2015 och kvalitetsrekommendationen för mentalvårdstjänsterna, båda från år 2001, räknar upp ett antal åtgärder för främjande av psykisk hälsa (2,3). Kommunens uppgift är att stöda invånarnas välbefinnande och psykiska hälsa. För detta krävs en sektoröverskridande helhetsplan för mentalvårdsarbetet inom kommunen.

## **Reformens relation till andra politikområden**

Reformarbetet inom mentalvården är en del av en omorganisering av social- och hälsovårdstjänsterna på ett bredare plan. Reformarbetet har även tagit intryck av det handikappolitiska arbetet för ökad social delaktighet.

### *Jämlikhet och minskade hälsoklyftor mellan olika befolkningsgrupper*

Jämlikhet och minskade hälsoklyftor kommer fram i olika policydokument främst genom att personer som lider av ett flertal psykiska problem, äldre, handikappade, missbrukare och långtidsarbetslösa omnämns som grupper som ofta inte nås tillräckligt effektivt av mentalvårdstjänster. Trots detta har det inte i reformarbetet kommit fram några konkreta förslag om hur dessa grupper kan bättre nås, eller hur psykisk ohälsa kan förebyggas bland dem. Ökad jämlikhet och minskade hälsoklyftor har inte varit framträdande mål i mentalvårdens reformarbete i Finland.

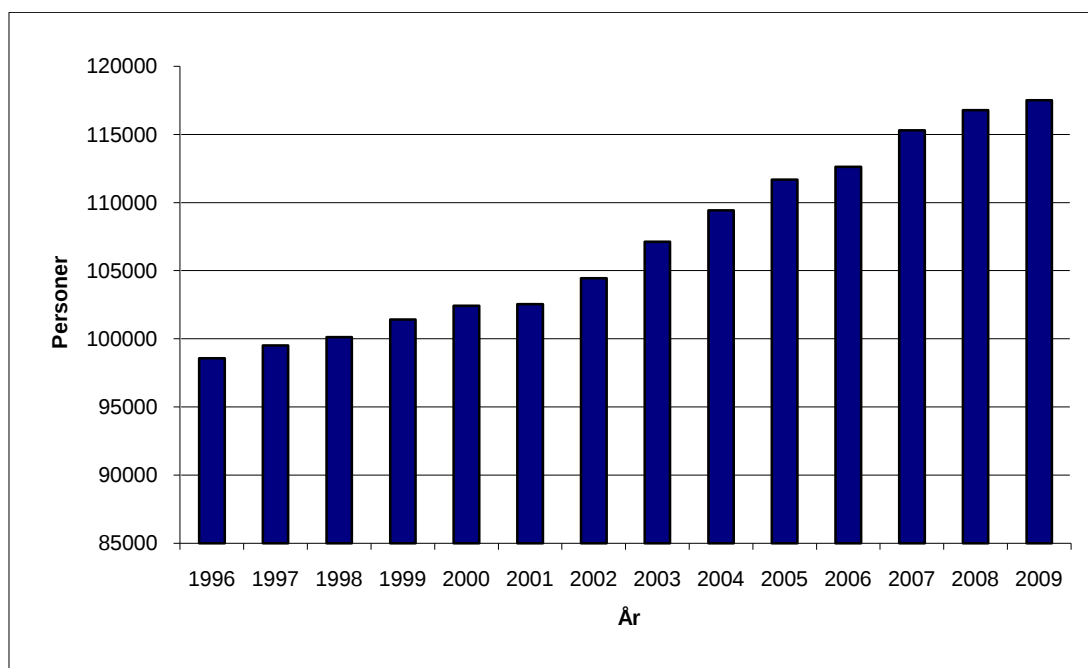
Det har konstaterats att föräldrars socioekonomiska position tenderar att inverka på barnens skolgång, framtida ställning i samhället och inverkar därigenom också på deras risker att lida av psykisk ohälsa (17). Forskningen om trender i socioekonomiska olikheter vid psykisk ohälsa är mycket begränsad (17). Självmorden är vanligare bland personer med låg socio-ekonomisk status, och denna klyfta har till vissa delar vidgats, i synnerhet för långtidsarbetslösa personer (18).

### *Sysselsättningsinsatser*

Policydokumenten betonar främst utvecklingen av vården och främjande av psykisk hälsa. Det är först i Mieli 2009 -planen som sysselsättningsvillkoren för psykiskt funktionshindrade och missbrukare tas upp. Det oaktat ledde 1990-talets stora strukturomvandlingar inom mentalvården till ett antal nya sysselsättningsmetoder för rehabiliteringsklienter: sysselsättningsprojekt, arbetsverkstäder, och nya serviceformer som sociala företag och klubbhusverksamhet. Utvecklandet av en s.k. mellanarbetsmarknad, samt lagstiftning angående sociala företag, betonas som viktiga förutsättningar för en psykisk rehabilitering, samt minskad risk för marginalisering på grund av psykisk ohälsa (19).

Ett växande antal finländare i arbetsför ålder har blivit förtidspensionerade på grund av arbetsoförmåga till följd av psykiska störningar (figur 1). Den arbetande populationen minskar även då de stora åldersgrupperna når pensionsålder, vilket har lett till ett ökat intresse för att behålla så många personer i arbetsför ålder som möjligt på arbetsmarknaden. Detta har lett till ny lagstiftning vilken möjliggör vilande pension, som har sänkt tröskeln att återgå till arbetslivet efter en förtidspensionering. Trots detta behövs mera flexibilitet på arbetsmarknaden för att flera förtidspensionerade skall återvända till arbetslivet. Det har uppskattats att upp till 30 000 förtids- eller sjukpensionerade personer önskade återvända till arbetsmarknaden år 2008, men speciellt för psykiskt funktionshindrade utgör bristfälligt stöd ett hinder för en återgång till arbetslivet (19).

**Figur 1. Antal personer (16-64 år) som pga. psykisk ohälsa fått invalidpension (Källa: [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi))**



#### *Motstridiga intentioner i olika relevanta politikområden*

Ett exempel på motstridiga intentioner inom olika politikområden är strävan att komplettera eller ersätta den offentliga social- och hälsovårdens utbud av tjänster till en växande grad med köp av tjänster från den privata sektorn. Uppköp av tjänster från den privata sektorn gör det totala utbudet av tjänster mera mångsidigt och bättre anpassat till klienternas och patienternas behov. Problem kan uppstå då privata tjänsteleverantörers ekonomiska intressen att binda klienterna till leverantörens tjänster vilket står i konflikt med den hälsopolitiska strävan till effektiv rehabilitering och att undvika långtidsvård (20).

#### *Konsekvensbedömningar av hur politiska beslut i andra sektorer av stödsystemet påverkar den psykiska hälsan*

För närvarande beaktas inverkan på den psykiska hälsan inte tillräckligt i den politiska beslutsprocessen. Insatserna för konsekvensbedömning är varierande i olika kommuner och det finns brister konsekvensbedömningen för grupper som de äldre, handikappade och invandrare (21,22).

Konsekvensbedömningar för den mentala hälsan ingår i IVA-metoden för bedömning av humankonsekvenser av kommunala beslut, och omfattar uppskattningar av konsekvenser för barnfamiljer, av riskfaktorer i olika åldersgrupper, konsekvenser för invånarnas möjligheter att delta i beslutsfattningen, konsekvenser för fritidssysselsättning och för en miljö som stöder psykiskt välmående (23). Inom Arbetshälsoinstitutets "Terve mieli työssä" (Friskt sinne i arbetet) -projekt har en ram utvecklats för konsekvensbedömning för den psykiska hälsan (MIVA) inom arbetslivet (22).

## **Reformprocessens målgrupper**

I de finska policydokumenten går strävan att minska anstaltsvården hand i hand med strävan att främja hela befolkningens psykiska hälsa. Begreppet "mentalvårdsarbete" är centralt i det finska reformarbetet. Enligt mentalvårdslagen (1) utgörs mentalvårdsarbetet av främjande av individens psykiska välbefinnande, handlingsförmåga och personlighetsutveckling, samt förebyggande, botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar. Enligt lagen innefattar mentalvårdsarbetet även social- och hälsovård för personer som lider av psykisk ohälsa. Mentalvårdsarbetet omfattar även åtgärder för att utveckla befolkningens levnadsförhållanden så att dessa förebygger uppkomsten av mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster.

I motiveringarna till regeringens proposition om mentalvårdslagen (RP 201/1989 rd.) låg fokus på övergång från slutenvård till öppenvård. Ett av lagens syften var att förbättra klientens rättsskydd genom bl.a. förtydligade grunder för vård oberoende av vilja. Målet var att i allt större grad övergå till öppenvård och rehabilitering som sker genom en växelverkan mellan klient och vårdpersonal.

I den nationella planen Mieli 2009 är målgruppen hela befolkningen, och det central temat är att förbättra tillgången till mentalvårdstjänster genom att stärka primärvårdens kompetens och kapacitet inom området psykisk hälsa. Insatser för den psykiska hälsan har sedan 1990-talet funnits på agendan för de finländska regeringarna. Ett klart avgränsat reformprojekt har trots detta inte genomförts, dels beroende på att mentalvården ses som en kommunal angelägenhet, där statens befogenheter är begränsade till rekommendationer och tillsyn.

I programmet för Matti Vanhanens första regering (2003) var målen inom mentalvården att lägga tyngdpunkten på främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och unga samt hos familjer. Psykisk ohälsa bland äldre erkändes vara ett växande problem (24). I programmet för Vanhanens andra regering (2007-2010) konstaterades att primärvårdens ställning skall stärkas. I samband med kommun- och strukturen reformen skulle förutom primärvården också bl.a. det sociala arbetet, den psykiska hälsovården, samt alkohol- och drogarbetet utvecklas. Även i detta regeringsprogram prioriterades identifiering av psykiska problem hos barn, unga och de äldre. Psykisk ohälsa hos personer i arbetsför ålder skulle också uppmärksammas (25). I halvtidsöversynen av genomförande av regeringsprogrammet för Vanhanens andra regering (2009), nämndes psykisk ohälsa i samband med antalet självmord (främst bland män), i samband med arbetslivet (förtidspensionering) och i samband med de äldre (ökat bruk av depressions-mediciner) (26). Statsminister Mari Kiviniemis regering, som tillträdde i april 2010, fortsätter att verkställa de mål som uppställts i regeringsprogrammet för Vanhanens andra regering och i dess halvtidsöversyn. Målgrupperna i regeringsprogrammen är inte personer med specifika psykiska störningar, utan tyngdpunkterna är problemorienterade (självmoordsdödligheten, förtidspensioneringarna, ökningen i psykofarmakaförskrivning). I regeringens halvtidsöversyn ligger tyngdpunkten på förebyggande av kronisk sjukdom genom snabbt ingripande i ett tidigt skede av psykisk ohälsa. Dessutom betonas behovet att förebygga och förhindra ökande psykiskt illamående som förorsakas av större krav och stress både i arbetslivet och på fritiden, samt en värdeförändring som lämnar allt mindre plats för så kallade mjuka värderingar.

### **Reformens styrformer enligt policyintentionerna**

Kärnan i reformstyrningen har varit speciallagstiftningen om mentalvården. Grundläggande lagförändringar inom social- och hälsovårdssektorn möjliggjorde reformer och en omorganisering av mentalvården. Mentalvårdslagen och –förordningen lade grunden år 1991, och har sedan dess uppdaterats ett flertal gånger, främst för att noggrannare styra användningen av tvång i mentalvården. I rapporten om funktionsdugligheten för lagstiftningen som styr mentalvårdstjänsterna konstaterar Statens revisionsverk att styrningens resultatet inte motsvarar målet att utveckla den öppna mentalvården (27). Problem finns bl.a. inom samarbetet olika sektorer emellan och i motstridig styrning. Revisionsverket anser att brister i den nuvarande mentalvårdslagen är en orsak till de problem som existerar inom mentalvårdens öppenvård. Revisionsverket anser att den uppdatering av mentalvårdslagen som föreslås i Mieli 2009 -planen inte är tillräcklig och att ny lagstiftning behövs (27).

Statens styrning av utvecklingsarbetet inom mentalvården har gjorts på programnivå bl.a. genom mål- och verksamhetsprogrammen för social- och hälsovården (TATO) 2000-2003 och 2004-2007. Separata utvecklingsprogram för mentalvården har inte funnits. De av regeringen godkända programmen sammanfattade de nationella målen för utvecklingen av social- och hälsovården, samt rekommenderade åtgärder för hur dessa skall uppnås i kommunerna. I programmet beslöts inte om resurser, utan målsättningar inom programmet skulle genomföras inom ramen för den allmänna årliga budgetpropositionen (28). Inom ramen för TATO programmen uppgjordes kvalitetsrekommendationen för mentalvården (3) och inleddes utvecklingsprojekt. Nationellt betydelsefulla är bl.a. Österbotten-projektet (2005-2014) (29), som är en regional satsning på strategiskt mentalvårdsarbete (30), och Vanda paraplyprojekt, som fokuserade på att utveckla verksamhetsmodeller, bl.a. depressionsskötare, för mentalvårds- och missbruksarbetet i Vanda stad 2005-2009 (31). TATO-programmen fick en fortsättning i det s.k. Kaste-programmet (nationella utvecklings-programmet för social- och hälsovård), ett riksomfattande styrmedel för social- och hälsovårdspolitiken. Programmets syften är att öka på hälsa och välmående, förbättra social- och hälsovårdstjänsternas kvalitet och inverkan, främja delaktighet och förhindra utslagning enligt de 39 åtgärds punkter som ingår i programmet. Kaste-programmets budget för bidrag till kommuner och samkommuner för genomförande av utvecklingsprojekt inom sektorn för social- och hälsovård för perioden 2008-2011 är ca 104 miljoner euro. Projekt som tangerar psykisk hälsa finns inom många sektorer av Kaste-programmet, bl.a. projekt för barn, unga och familjer (32).

Utöver den ekonomiska styrningen i form av finansieringen av olika utvecklingsprojekt, utövar staten även ekonomisk styrning i form av sanktioner från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira, när kommunerna eller samkommunerna upprepat konstateras ha försummit sina förpliktelser, t.ex. gällande vårdgarantin.

Riksdagen har sedan år 2000 beviljat kommunerna och samkommunerna stöd för psykiatrisk vård och rehabilitering av barn under 16 år utöver regeringens budgetproposition. Den psykiatriska vården för barn och unga har stärkts med hjälp av det statliga tilläggsstödet, men pga. att stödet beviljas för ett budgetår i taget, finns problem gällande kontinuitet och långsiktiga målsättningar inom utveckling av vården (33).

Ideologiskt har reformen i Finland givetvis tagit intryck av internationella strömningar, såsom Franco Basaglias arbete i Trieste, men den ideologiska basen har ändå i stort tagit avstamp i

Finland. Man kan särskilja dels en socialpsykiatrisk ideologi, där det centrala är att skapa möjligheter för social delaktighet för personer med psykiska funktionshinder, dels en bredare folkhälsoideologi som hävdar att psykisk hälsa skall betraktas som en del av folkhälsa även i en positiv bemärkelse, inte längre endast som frånvaro av psykiska störningar. Centrala aktörer inom socialpsykiatrin var prof. Erik Anttinen och Sopimusvuori-stiftelsen i Tammerfors, som byggde upp en modell för socialt stöd för personer med psykiska funktionshinder. Folkhälsoaspekten betonades speciellt av social- och hälsovårdsministeriet och Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes). Småningom har även brukarrörelsen förstärkts och brukarstyrda synvinklar har börjat bidra till mentalvårdens ideologi. Detta har stärkt insikten att även insatser för att förhindra stigmatisering av psykisk ohälsa behövs.

### **3.2 Servicesystemet**

*Huvudansvaret för mentalvården ligger hos kommunerna. Den kommunala mentalvården fördelas mellan primärvården, socialvården och den psykiatriska specialistsjukvården. Dessutom deltar företagshälsovården, skol- och dagvårdshälsovården och barnrådgivningen i mentalvårdsarbetet. Den offentliga social- och hälsovården kompletterar och ersätter utbudet tjänster till en växande grad med köp av tjänster från den privata och den tredje sektorn. Den tredje sektorn är en betydande producent av socialvårdstjänster, bl.a. boendetjänster för psykiskt funktionshindrade. Folkpensionsanstalten FPA stöder privata vårdtjänster genom kostnadsersättningar. År 2005 beslöts om enhetliga grunder för icke-brådsakande vård. Målsättningen inom mentalvårdsarbetet är att koncentrera mentalvården till primärvården. I den landsomfattande Mieli 2009 -planen framhävs även vikten av att integrera mental- och missbrukarvård.*

Enligt Mieli 2009-planen måste mentalvårdens serviceformer omstruktureras så att de utgör ett mångsidigt och väl tillgängligt stöd för dem som behöver hjälp. Det behövs en bättre koherens på det splittrade servicefältet, samt klara beslut om vem eller vilka som bär helhetsansvaret för mentalvården både i kommunerna och på ett bredare plan. Huvudansvaret för mentalvård konstateras i planen ligga hos kommunerna, vilka uppmanas att göra upp en helhetsplan för mentalvården. Den privata och den tredje sektorns tjänster skall utnyttjas effektivt och i bättre samarbete med den offentliga social- och hälsovården. Specialistsjukvården skall finnas till hands som ett stöd och som konsulteringshjälp för primärvården, samt ta hand om patienter som behöver psykiatrisk specialistsjukvård.

Primärvårdens tjänster utgör ofta det första steget mot vård för en person som lider av psykisk ohälsa. Personalen inom primärvården behöver fortbildning för att bättre kunna bemöta och känna igen psykiska problem, samt effektivt hjälpa patienter finna vård. Kunskap om psykiska störningar och effektiva insatser är av central betydelse för ett lyckat tidigt ingripande, genom vilket försämring kan förhindras. Insatser på ett brett plan för implementering av ett klientnära tänkande inom service och mentalvård behövs. Ett fungerande samarbete de olika tjänsteleverantörerna emellan behövs för att klienterna smidigt skall kunna utnyttja de olika tjänster som finns (4).

Mieli 2009 -planen rekommenderar att mental- och missbrukarvården slås samman till en helhet som på ett bredare plan kan ge vård och främja psykisk hälsa. Den rådande indelningen i socialvårdens missbrukarvård och mentalvård främst inom hälsovården bidrar till ett trögt samarbete bl.a. då det gäller personer eller familjer som lider av både psykisk ohälsa och av

missbruk. Enligt arbetsgruppens linjedragningar skall mental- och missbruksvården på specialnivå sammanföras (4).

### **Lagstiftningen**

Bestämmelser som gäller mentalvård finns i ett antal olika lagar, centrala bland dem är mentalvårdslagen (1990)(1), folkhälsolagen (1972), specialsjukvårdslagen (1989), lagen om service och stöd på grund av handikapp (1987), sjukförsäkringslagen (2004), lagen om missbrukarvård (1986), lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (1992), lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen (2003) och barnskyddslagen (1983). En ny hälso- och sjukvårdslag som träder i kraft i maj 2011 betonar samverkan mellan primärvård och specialsjukvård och ökar patientens möjligheter att själv välja hälsocentral eller sjukhus.

Mentalvårdslagen (1116/1990) och specialsjukvårdslagen (1062/1989) innebar att de tidigare separata mentalvårdsdistrikten slogs samman med sjukvårdsdistrikten. Den psykiatriska specialsjukvården blev en del av den allmänna specialsjukvården. Kommunerna ansvarar för mentalvårdsarbetet som en del av folkhälsoarbetet och av socialvården. Stora delar av mentalvården hör till hälsovården, men det finns även tjänster som hör till socialvården, t.ex. delar av mentalvårdsarbetet för barn och unga samt mycket av rehabiliterings- och boendetjänsterna. Statsandelsreformen år 1993 gav kommunerna frihet att besluta om hur social- och hälsovårdstjänster anordnas inom kommunen (14). I och med att ansvaret för mentalvårdstjänsterna överfördes till kommunerna, uppmuntrades både kommuner och dess invånare till en mera aktivt delaktighet i det lokala mentalvårdsarbetet (34). Under början av 2000-talet har mentalvårdslagen uppdaterats, främst gällande tvångsåtgärder.

Mentalvårdslagen ger allmänna riktlinjer för mentalvårdsarbetet, men innehåller även en stor mängd detaljlagstiftning om vård oberoende av viljan, tvångsåtgärder och sinnesundersökning av åtalade. I mentalvårdslagen definieras mentalvårdstjänsterna utgående från en användargrupp som fyller medicinska kriterier för en psykiatrisk störning. En viktig markering var att lagtexten tydligt anger att mentalvården i första hand skall ordnas som öppen vård.

Bestämmelser om klientens ställning och rättigheter har en specifik lagstiftning (lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992, lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, 812/2000). Dessutom stadfästes den s.k. vårdgarantin, dvs. enhetliga grunder för icke-brådskande vård, år 2005 i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, patientlagen och klientavgiftslagen (lagar 855-858/2004, förordning 1019/2004, RP 77/2004 rd.) (35). Vårdgarantin gäller även mentalvården. Vårdbehovet skall på hälsovårdscentralen bedömas inom tre dagar från det att patienten tagit kontakt. Inom primärvården är väntetiden för vård som anses nödvändig högst tre månader. Inom specialsjukvården skall en bedömning av vårdbehovet inledas inom tre veckor från att remissen anlänt. Till vård som ansetts nödvändig inom den specialiserade sjukvården får väntetiden vara högst sex månader, för barn- och ungdomspsykiatrisk vård är vårdgarantin dock tre månader. Om kommunen inte kan erbjuda vård inom den utsatta tidsramen, skall kommunen köpa de tjänster som behövs från andra serviceproducenter.

Bestämmelserna om längsta väntetider i icke-brådskande vårdssituationer har klargjort klientens rätt till vård i tid. Trots detta påverkar lagen inte alltid den egentliga behandlingstillgången, då vårdgarantin kan anses uppfylld i och med att klienten erbjudits ett första besök hos

hälsovårdspersonal. Vårdgarantin kräver inte att en längre vårdrelation bildas; något som ofta är av central betydelse för klienter som söker behandling på grund av psykisk ohälsa. Inte heller vårdgarantins tidsgränser har alltid kunat uppfyllas. Problemen har gällt tidsgränserna för psykiatrisk vård för barn och unga (33).

### **Kommunal tjänsteproduktion**

Ansvar för anordnande och finansiering av mentalvårdstjänsterna ligger hos kommunerna. Den kommunala mentalvården fördelas främst emellan tre aktörer inom social- och hälsovårdssektorn; primärvården, socialvården och den psykiatriska specialistsjukvården. Staten deltar i arbetet genom allmänna statsandelar för kommunernas verksamhet och förser kommunerna med information genom instruktioner, kvalitetsrekommendationer och utvecklingsprojekt. Det står kommunerna fritt att besluta om hur statsandelen skall användas. I motsats till de andra nordiska länderna, har det i Finland inte funnits öronmärkta statsandelar för mentalvården. Kommunernas autonoma beslut sker inom ramen av lagstiftningen om utbud av service. Enligt mentalvårdslagen skall kommunerna se till att sådana mentalvårdstjänster tillhandahålls som till innehåll och omfattning motsvarar behovet i kommunen.

Kommunen kan ordna mentalvårdstjänster i form av sluten vård, öppen vård och olika former av delvis öppen mentalvård. Tjänster kan produceras av kommuner, samkommuner, privata sektorn, organisationer och föreningar (36).

Sjukvårdsdistrikten är samkommuner som ägs och finansieras av kommunerna. Sjukvårdsdistrikten ansvarar för den psykiatriska specialistsjukvården. Specialistsjukvården finns till för att anordna vård och tjänster som inte är ändamålsenliga att erbjuda i varje kommuns primärvård, för samordning av informationssystemen och för sådan forskning, utvecklingsverksamhet och utbildning som behövs i sjukvårdsdistriktets uppgiftsområde (1062/1989).

För behandling och undersökning av rättspsykiatriska patienter, finns i Finland två statliga psykiatriska sjukhus, Gamla Vasa sjukhus och Niuvanniemi sjukhus. I dessa sjukhus vårdas även personer som anses vara för farliga eller svårbehandlade för den kommunala specialistsjukvården (37). Mindre enheter för rättspsykiatriska patienters rehabilitering och undersökningar av sinness tillstånd finns även i andra sjukhus. Fångar får psykiatrisk sjukvård vid det psykiatriska fångsjukhuset i Åbo eller på den psykiatriska sjukhusavdelningen i Vanda fängelsesjukhus.

Enligt lagen om företagshälsovård (1383/2001) skall "arbetsgivare på sin bekostnad ordna företagshälsovård för att förebygga och bekämpa risker och olägenheter för hälsan som beror på arbetet och arbetsförhållandena samt för att skydda och främja arbetstagarnas säkerhet, arbetsförmåga och hälsa". Anordnande av egentlig sjukvård är frivilligt för arbetsgivare. Arbetsgivarna får av FPA ersättning för företagshälsovårdens kostnader enligt sjukförsäkringslagen. Tjänsterna skall vara avgiftsfria för arbetstagarna. I företagshälsovården ingår inte t.ex. rehabilitering, för vilka det finns andra lagstadgade ersättningssystem. Anordnande av konsultation hos psykiatriker eller psykologer varierar i olika företag; avtalen om anordnande av företagshälsovård behöver inte innehålla psykiatrisk konsultation, eller också kan antalet besök vara begränsat (27).

## **Privat tjänsteproduktion**

Den privata tjänsteproduktionen har efter att statsandelsreformen 1993 gav kommunerna fria händer att organisera tjänsteproduktionen kommit att spela en allt större roll. Tiden efter 1990-talets ekonomiska depression har präglats av nytänkande och förändringar inom sektorn för offentliga tjänster. Tonvikten överfördes till effektivisering av den offentliga sektorn, köp av tjänster i en större utsträckning från den växande den privata sektorn, samtidigt som vikten av klientens egna val framhävdes. Under 2000-talet har teman som sociala rättigheter, jämställdhet och gemensamt ansvar återupptagits i diskussionen om det offentliga social- och hälsovårdssystemets karaktär. En ökad andel uppköpta tjänster från den privata sektorn verkar innebära både en positiv utveckling, i och med ett ökat utbud tjänster som kan bättre svara mot klienters behov, men också en oroväckande varians inom tjänsteutbudet kommuner emellan (38,39).

Den privata sektorns andel av social- och hälsovårdstjänsterna inom mentalvården i Finland har stigit varierande i olika kommuner under 2000-talet. Kommunerna köper privata tjänster främst inom socialvården. I jämförelse med uppköpt socialvård är de privata hälsovårdstjänsternas andel av all uppköpt social- och hälsovård betydligt mindre (39). Kommunerna köper även tjänster av den tredje sektorn. Föreningsverksamhet och tjänster producerade av organisationer, som t.ex. kamratstödsgrupper, klubbhus och dagverksamhet, utgör en betydande del av mentalvårdsarbetet.

Privatläkare och privata terapeuter erbjuder mentalvårdstjänster även direkt åt klienterna. FPA ersätter delvis kostnader för besök hos privata läkare och kostnader för undersökningar ordinerade av privata läkare. Vård hos privata psykoterapeuter ersätts då klienten beviljats rehabiliteringsstöd t.ex. i form av psykoterapi eller individuella rehabiliteringsperioder (45). Syftet för kostnadsersatt behandling skall vara att förbättra eller återställa klientens arbetsförmåga eller studieförmåga och FPA-ersättning för psykoterapi är i praktiken inte tillgänglig för minderåriga eller personer äldre än 40 år. Privata rehabiliteringsinrättningar är ett av de områden för privata tjänsteleverantörer som ökat mest under 2000-talet (40).

## **Service- och stödinsatser**

Rehabiliteringstjänster för psykiskt funktionshindrade anordnas av social- och hälsovårdsmyndigheterna, FPA, arbetskrafts- och undervisningsmyndigheterna samt genom samarbete med organisationer och andra samfund. En individuell rehabiliteringsplan skall utarbetas för psykiskt funktionshindrade som behöver rehabiliteringstjänster. Rehabilitering sker i olika former av psykiatrisk öppenvård, sjukhusrehabilitering, yrkesinriktad rehabilitering och boenderehabilitering. Rehabiliteringstjänster erbjuds genom kommunala tjänster, av föreningar (t.ex. arbetscentra, dagcentra) och privata aktörer (boendetjänster osv.). Rehabiliteringstjänster inom den privata och den tredje sektorn stöds av den offentliga sektorn via kommunerna eller genom FPA, som är en betydande finansiär av rehabiliteringsverksamheten. Förutom rehabiliteringstjänster, stöder FPA mentalvårdsklienter också då det gäller boendetjänster och anpassningsträning (52).

En viktig finansiär för tredje sektorns aktörer är Penningautomatföreningen (RAY). Föreningen grundades år 1938 för att genom penningspel stöda finländska social- och hälsovårdsorganisationers verksamhet och har i Finland ensamrätt att bedriva penningautomatverksamhet. Penningautomatföreningen delar ut sin affärsvinst till behovsprövade projekt, i

samarbete med social- och hälsovårdsministeriet. Penningautomatföreningens styrelse gör ett förslag för utdelning av verksamhetsstöd. Det slutliga beslutet om utdelningen görs av statsrådet (41).

#### *Vårdsektorn*

Primärvårdens hälsostationer erbjuder grundläggande mentalvårdstjänster. Tillträde till psykiatrisk specialsjukvård kräver i allmänhet remiss från primärvårdens läkare, men kommunvisa undantag finns. Under de senaste tjugo åren har ett antal psykiatriska sjukhus stängts och ersatts av vård vid de allmänna sjukhusens psykiatriska avdelningar. I kontrast till detta har slutenvården för barn och unga har kraftigt ökat under de senaste tio åren.

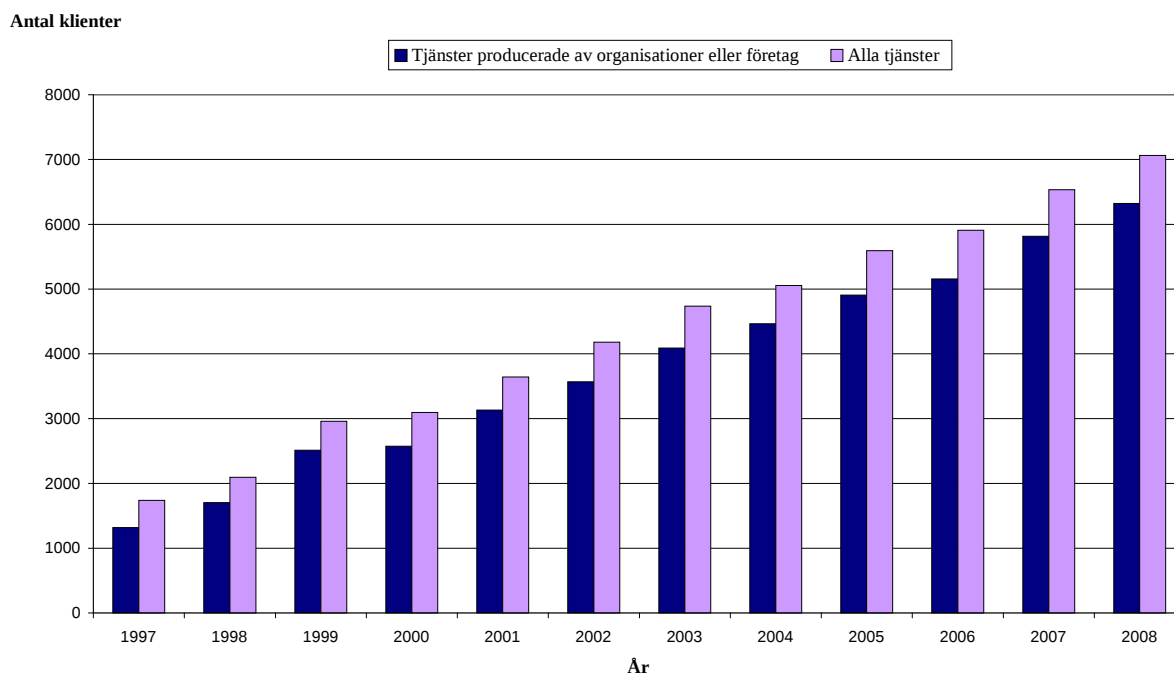
Primärvården bedömer hur brådskande klientens vårdbehov är och erbjuder klienten stöd under väntetiden. Förutom primärvårdens hälsostationer ges mentalvård på basnivå också av barnrådgivningen, skolhälsovården och företagshälsovården. Inom specialsjukvården kan öppenvård kan ges t.ex. vid en psykiatrisk poliklinik, mentalvårdsbyrå, rehabiliteringspoliklinik, eller ett dagsjukhus.

#### *Socialtjänst*

Förutom allmänna socialtjänster kan socialvården erbjuda även tjänster för personer med psykiska funktionshinder: olika former av arbetsverksamhet, vägledning och tjänster som stöder sysselsättning och rehabilitering. Enligt socialvårdslagen skall kommunen anordna boendeservice för personer som av särskild orsak behöver hjälp eller stöd för boendet (17 §, 23 § 710/1982), bl.a. för de äldre, handikappade och för rehabiliteringsklienter inom missbrukarvården och mentalvården. Knappa resurser i kommunerna har lett till en minskning av kommunens eget tjänsteutbud och ett ökat intresse för privata tjänster. De privata boendetjänsterna och boendetjänster organiserade av den tredje sektorn har ökat kraftig och är av central betydelse för psykiskt funktionshindrade (figur 2, sid. 78). Idag är endast en bråkdel av boendetjänsterna producerade av kommuner eller samkommuner. Ökningen i antalet boendetjänster sammanhänger med nedmonteringen av den psykiatriska sjukhusvården (42).

Forskning visar att boendetjänsternas rehabiliterande funktion inte alltid uppfylls. I vissa fall verkar boendetjänsterna ha blivit en permanent boendeform för klienter. Klienterna bor ofta i förhållande som inte motsvarar normala boendeförhållanden för vuxna. Bostadsrummen kan vara mycket små (12 kvadratmeter verkar vara en standardstorlek (43)), eller också delar två invånare på ett större rum. Badrum och kök eller kokvrå finns huvudsakligen inte i bostadsrummen. Enheternas invånare flyttar sällan till egna bostäder. I medeltal övergick endast en invånare till självständigt boende per enhet under en period på 12 månader. Det visade sig att boendetjänster producerade av företag hade den sämsta kvalitén, medan boenden som upprätthölls av organisationer och föreningar låg kvalitetsmässigt högst. Kommunala enheter placerade sig däremellan. Stödboendepersonalen visade sig vara främst hälsovårdsutbildad. För att öka boendeenheternas rehabiliterande inverkan behövs dock även andra yrkesgrupper, bl.a. socialarbetare, för att mångsidigare stöda klienternas övergång till ett självständigt liv (43).

**Figur 2. Klienter på psykiatriska rehabiliteringshem (källa: [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi))**



Transinstitutionalisering förekommer tydligt i boendetjänsterna för psykiskt funktionshindrade. För att stöda klienters möjligheter att övergå till ett självständigt boende och vardagsliv behövs både lagförändringar och förändringar i gällande praxis. Förutom transinstitutionalisering finns även tecken på neoinstitutionalisering; dvs. att institutionstänkandet överförs även till tjänster i hemmet. Det stigande antalet förtidspensioneringar pga. psykisk ohälsa, samt problemen i sysselsättningsverksamheten, stöder en utveckling där klientens hem förvandlas till en slags vårdinstitution (43). Institutionalisering kan motverkas i boendeenheter och hemtjänster genom en förändring i attityder och inställningar; målsättningen skall vara att aktivt inkludera rehabiliteringsklienter i samhället. Tjänsterna skall fungera som en förmedlande struktur som innehåller sysselsättnings- och verksamhetsmöjligheter för klienterna och en utåtriktad verksamhet (43).

Barnskyddet indelas i förebyggande barnskydd och skydd av enskilda barn och familjer. Det förebyggande arbetet består av att främja en god uppväxtmiljö och utveckling av tjänster för barn och unga. Förebyggande barnskydd utförs inom kommunen i barnrådsgivningsbyråer, i dagvården, i skolor, i ungdomsarbetet och i familjecentraler. Dessutom skall barn och familjer beaktas i tjänster för vuxna, speciellt i mental- och missbrukarvården. Rehabiliteringsklienter inom mentalvården, eller familjer där psykisk ohälsa förekommer kan erbjudas familjevård av barnskyddet (36).

För personer under 25 år finns på större orter avgiftsfria mentalvårdstjänster också tillhands inom ungdomsstationer. Stationer hjälper i fall av missbruk, men också i olika krissituationer. Arbetsformer är medicinsk vård, individuella och familjesamtal, vård i grupp och olika alternativa vårdmetoder (44).

Socialvården gör pensionsutredningar för långtidsarbetslösa personer som av Arbetskraftsbyrån eller socialvården konstaterats arbetsoförmåga.

#### *Arbetsmarknadspolitiken*

Yrkesinriktad rehabilitering finns för personer som p.g.a. sjukdom har försvagad arbetsförmåga och behöver rehabiliterande tjänster eller tjänster som förebygger arbetsoförmåga. Syftet är att återuppnå, förbättra eller bevara arbetsförmågan. Yrkesinriktad rehabilitering ordnas av FPA, Arbetskraftsmyndigheterna, olycksfalls- och trafikförsäkringen, arbetspensionsförsäkringen och av de yrkesinriktade läroanstalterna (52). Rehabiliteringen kan bestå av arbetsträning, utbildning, yrkesvägledning, arbetsförsök, hjälpmedel för arbete eller studier och undersökningar med vilka rehabiliteringsbehov och möjligheter till rehabilitering utreds (45). Servicecenter för Arbetskraft utgör en ny stödform inom arbetsmarknadspolitiken (mera information: samverkansmodeller, sidan 82).

#### *Socialförsäkringssektorn*

FPA erbjuder stöd för individuella rehabiliteringsperioder och rehabiliteringskurser, anpassningsträning, yrkesorienterad medicinsk rehabilitering (ASLAK) och psykoterapi. FPA stöder också olika former av arbetsverksamhet, arbetsprövning och utbildning. Rehabiliteringsstödet för psykoterapi beviljas av FPA på grundval av utlåtande från psykiater. Från och med 2011 är ersättningen för rehabiliterande psykoterapi lagstadgad för personer i åldern 16-67 år, vilket förbättrar tillgängligheten (46).

FPA beviljar invalidpension utgående från en utredning av arbetsförmågan utförd av läkare. Antalet personer som beviljas pension, eller dagpenning p.g.a. psykisk ohälsa som förorsakar arbetsoförmåga, har kontinuerligt stigit sedan 1980-talet (47).

#### *Tredje sektorn*

I Mieli 2009 -planen konstateras att tredje sektorn står för tjänster som kamrattstödande verksamhet, psykosociala föreningar, skyddade verkstäder, klubbhus osv. (4). Brukareexperter och kamrattstödare tas upp i Mieli 2009 -planen som en grupp vars sakkunskap skall beaktas i arbetet för psykisk hälsa. Enligt planen skall möjligheterna för brukareexperter att medverka i planering, förverkligande och utvärdering av mentalvårdsarbetet stärkas (4).

Den offentliga sektorns tjänster svarar ofta främst på ett akut vårdbehov, emedan den tredje sektorn erbjuder tjänster som på långtidsperspektiv stöder klienter att reda sig i vardagen och finna sysselsättning. Den tredje sektorns organisationer och föreningar är en betydande producent av boende- och sysselsättningstjänster och dagverksamhet (36).

Klubbhusverksamheten är ett exempel på verksamhet som stöder det vardagliga livet, skapar sociala relationer och främjar klienters intresse och möjligheter till arbetsverksamhet. Klubbhusen upprätthålls av föreningar och stöds av kommuner och Penningautomatföreningen (36). Klubbhusverksamheten började år 1995 i Finland, varefter antalet klubbhus har stigit snabbt och är nu, i relation till Finlands befolkning, störst i Europa. Klubbhusen har blivit en betydande del av rehabiliteringsverksamheten, men det finns behov för att ytterligare utvidga nätverket. Klubbhusens främsta sysselsättningsinsats sker genom övergångsarbete i ett normalt anställningsförhållande men med individuellt stöd i arbetet. Regelbundet deltagande i

klubbhusens verksamhet minskar rehabiliteringsklienters behov av upprepade perioder av sjukhusvård (48).

Centralförbundet för Mental Hälsa är en intresse- och serviceorganisation som omfattar 170 föreningar. Förbundet är en brukarstyrd expertorganisation vars syfte är att representera brukarna, personer som lider av psykisk ohälsa, samt deras närstående. Förbundet har ca 18 000 medlemmar. Centralförbundet fungerar både som ett stödnät för personer med psykiska funktionshinder och som stöd för medlemsorganisationerna. Förbundet deltar aktivt i diskussioner gällande mentalvårdsarbete, rehabilitering och lagstiftning som angår mentalvårdsklienter, samt bevakar mentalvårdsklienters intressen (49).

Psykosociala förbundet är den svenskspråkiga centralorganisationen för att främja utvecklingen inom psykiatri och rehabilitering för personer med psykiska funktionshinder. De flesta av förbundets 13 medlemsorganisationer är brukarstyrda (50).

Brukarstyrd verksamhet bedrivs även av A-gillenas förbund och de lokala A-gillena för missbrukarvårdens klienter, samt av Finlands AA-grupper och anonyma narkomaner, NA.

#### *Målgrupper för insatser*

Enligt Mieli 2009 -planen skall behandling vara tillgänglig via primärvården enligt principen endörr-in. I planen konstateras att en femtedel av Finlands befolkning lider av psykisk ohälsa och missbruk. Majoriteten av problemen måste kunna lösas på tjänstesystemets basnivå (4). Enligt planen bidrar lågtröskel- och endörrsprinciperna till att avstigmatisera psykisk ohälsa och uppmuntra personer med risk för psykisk ohälsa att söka vård då problemen är i ett tidigt stadium. Separation av mentalvården till egna vårdenheter ses inte som en fungerande lösning; snarast anses mentalvårdsarbete av detta slag höja klienters tröskel att söka hjälp. Enligt Mieli 2009 -planen måste mentalvårdsarbetet bli en synlig del av social- och hälsovårdsverksamheten på basnivå, dvs. på social- och hälsostationer, i företagshälsovården, i skolhälsovården och i äldreboenden.

I Mieli 2009 -planen föreslås även att den psykiatriska sjukhusvården i huvudregel skall överföras till de allmänna sjukhusen. Målet är att avstigmatisera och avinstitutionalisera psykiatrisk sjukhusvård. En gemensam sjukhusvård förenklar mentalvårdsklienters tillgång till somatisk vård.

I Finland finns ingen statistisk information angående diagnoser inom öppenvården. Eventuellt överbelastar personer som är välinformerade om olika behandlingsformer och lider av lindrigare psykisk ohälsa vården, medan mindre väl informerade personer som lider av grav psykisk ohälsa inte kan nås pga. begränsningar i öppenvårdens kapacitet. Grupper som nås sämst är bl.a. utvecklingsstörda, bostadslösa, invandrare och språkminoriteter, personer med multipla problem, fångar och personer som lider av både psykisk ohälsa och missbruk (33).

Inom psykiatrisk sjukhusvård har antalet klienter med diagnosen depression ökat, emedan antalet personer som lider av demens eller utvecklingsstörning har minskat i enlighet med föresatserna. Dubbeldiagnospatienternas, dvs patienter med både psykisk ohälsa och missbruk, antal har ökat (51). Insatserna inom mentalvårdsarbetet riktar sig både till de så kallade historiska grupperna, som i olika insatser beskrivs som de svårt psykiskt sjuka, och till nya

målgrupper, vars symptom ofta beskrivs som ett ökat nytt psykiskt illamående i samhället. Tyngdpunkten i vården ligger på tidigt ingripande och ändamålsenliga insatser med vilka komplicerade fall kan förhindras.

Åren 1981-1987 genomfördes ett nationellt projekt för utveckling av vård och rehabiliteringsmetoder för personer som lider av schizofreni. Projektet koordinerades av Medicinalstyrelsen, Sjukhusförbundet och Mentalsjukhusens förbund och målet var att göra vården mindre sjukhuskoncentrerad (52). Projektet var lyckat i och med att antalet nya schizofrenipatienter i långtidsvård på sjukhus minskade med 60 % och de sedan tidigare i långtidsvård varande patienternas antal minskade med 68 % under perioden 1982-1992 (53).

Det främsta målet i Mieli 2009 -planen verkar vara att skapa ett smidigt fungerande stödsystem för personer som lider av lindrigare psykisk ohälsa, som lindrig depression och ångest, vilka har kopplingar till stress i arbetslivet, prestationskrav och utmattning. Målet är att identifiera både personer i riskzoner och personer som visar symptom på psykisk ohälsa, samt att smidigt finna stöd och vård för dessa. Barn, unga och familjer lyfts fram i de flesta insatser som en central grupp då det gäller preventiva åtgärder och ett tidigt ingripande. Familjerehabilitering och synen på familjens vårdbehov som en helhet framhävs i barn- och ungdomsarbetet. Insatser för specifika diagnostiska grupper nämns inte. Mieli 2009 -planen betonar dubbeldiagnospatienters vård och servicebehov är ofta komplicerade och kräver större ingrepp än vad erbjuds idag inom öppenvården (4).

Det nationella Masto-projektets (2008-2011) mål är att förbättra den psykiska arbetshälsan och minska förekomst av depression arbetslivet. I Masto-projektet har man fokuserat på tidigt ingripande, ändamålsenlig behandling och rehabilitering som hjälper återgången till arbetet och att främja det psykiska välmående i arbetslivet. Arbetsmetoder inom projektet är utbildning, regionala evenemang, seminarier för sakkunniga, fokuserade utredningar och lagstiftningsinitiativ (54).

#### *Innovativa inslag i servicestrukturen*

Under 1990-talet och 2000-talet har social- och hälsovården börjat övergå från ett traditionellt organisationscentrerat tänkande till en klientnära service. Förändringen har sporrats bland annat genom lagstiftning och genom att tyngdpunkten överflyttats från sjukhusvård till öppen vården (55).

Case management -verksamhet har introducerats i mentalvårdsarbetet i Finland under 2000-talet, men i liten utsträckning. Syftet med verksamheten är att trygga en heltäckande och kontinuerlig vård och rehabilitering där personliga ombud stöder klienten i att finna vård, rehabiliteringsmöjligheter, utbildning och sysselsättning. Bland annat kvalitetsrekommendationen för mentalvårdstjänsterna rekommenderar att bland vårdpersonal eller socialarbetare inom öppenvården utses en kontaktperson för klienten (3). Personer som tenderar att falla utanför case management verksamheten är de som lider av ett flertal problem, invandrare och personer som fått vård enbart inom den privata sektorn (36).

Det preventiva mentalvårdsarbetet riktat till barn inom basservicen har stärkts genom VAVU-projektet för stöd av tidig interaktion mellan baby och föräldrar. Inom projektet utbildades barnrådgivningens hälsovårdare att bättre känna igen händelser och faktorer som kan ha

inverkan på barnens psykosociala utveckling och i arbetsmetoder som främjar växelverkan mellan barn och föräldrar. Projektet leddes av social- och hälsovårdsministeriet och Stakes i samarbete med andra aktörer (56).

Projektet "Familj och barn i samspel" är ett projekt för att utveckla samarbete mellan tjänster för barn och tjänster för vuxna. Syftet är undvika överföring av psykisk ohälsa till följande generation, genom att utveckla arbetsmetoder så att hälsovården bättre skall kunna stöda föräldraskapet i familjer där en eller båda föräldrarna lider av psykisk ohälsa (57).

Time out! -livet på rätt spår –projektet har sedan år 2004 syftat till att förebygga utslagning bland unga män genom att utveckla arbetsmetoder för effektivisera stödtjänster. Projektet, som leds av Institutet för hälsa och välfärd (THL), utnyttjar det årligen återkommande uppbådet till militär- eller civiltjänstgöring i och med att hela årskullar av män kan nås via dessa. Projektets insatser riktades till de män som inte antas till militärtjänstgöring vid uppbådet, samt män och kvinnor som avbryter sin militär- eller civiltjänstgöring (58).

Brukarorganisationen Centralförbundet för mental hälsa och THL har i ITHACA-projektet piloterat en modell för utbildning av brukare av mental- och missbruksvård till utvärderare av vården. I pilotprojektet gjorde brukarexperterna utvärderingsbesök på bl.a. psykiatriska avdelningar och enheter för boendeservice och modellen utvecklas för spridas nationellt (59).

### **Professioner**

Centrala yrkesgrupper i mentalvårdstjänsterna är allmänläkare, psykiatriker, psykiatriska sjukskötare, psykologer, socialarbetare, hälsovårdare, närvårdare och olika terapeuter. Psykoterapi erbjuds i Finland ofta av privata yrkesutövare, som bör godkännas av tillsynsmyndigheten Valvira (60).

Det finns oklarheter i arbetsfördelningen och tvister mellan olika yrkesgrupper, aktörer och hierarkier, vilket avspeglar oklarheter och tvister på ett högre administrativt och politiskt plan (14). Det verkar råda oklarhet om socialvårdens specifika uppgifter inom mentalvårdsarbetet (14). Socialarbetares kunskaper om psykisk ohälsa har upplevts som bristfälliga. De problem som finns inom socialvården för klienter som lider av psykisk ohälsa, beror till dels på problem i samarbetet mellan socialvården och hälsovården. Då samarbetet inte löper smidigt och kunskaper i att bemöta psykisk ohälsa upplevs bristfälliga, tenderar hjälpen att bli mera problemcentrerad och mindre uppmuntrande till självständig återhämtning. Dessutom finns motsättningar mellan socialvården och hälsovården. Sektorn för socialvård opponerar sig mot en alltför kraftig betoning av hälsovård på bekostnad av socialvården. Ökad medikalisering inom mentalvårds- och missbrukararbetet och en övergång till ett tänkande centrerat kring hälsovården väcker oro bland socialarbetare. Socialvårdens personal upplever sig åsidosatta av hälsovården både i lagstiftning och i det konkreta arbetet. De professionella socialarbetarna upplever det som problematiskt att socialvården blir behandlad som en skild enhet i förhållande till hälsovården, istället för att se social- och hälsovården som en helhet (61,62).

Sjukförsäkringsersättningar för behandling och rådgivning hos psykologer utgör en annan tvist. För närvarande betalar FPA ersättning för besök hos psykologer endast då det är fråga om en psykologisk undersökning som föreskrivits av en läkare. Bland annat psykologföreningen har aktivt tagit ställning för en utökade kostnadsersättningar då det gäller psykologers tjänster. Föreningen anser att perioder av vård och rådgivning hos legitimerade psykologer också borde

beviljas kostnadsersättning med remiss från en läkare. En remiss kunde gälla för 15 besök hos en psykolog eller 160 besök hos en psykolog som dessutom har psykoterapeut- eller neuropsykologutbildning (46). Enligt föreningen skulle utökade kostnadsersättningar främja tillgången till korttids- och annan psykoterapi.

Det pågår även diskussion om psykiaternas uppgifter där bl.a. Psykiaterföreningen i Finland deltagit aktivt. I och med att psykiaters utlåtande och remisser ofta behövs för fortsatt vård och olika förmåner, hävdar Psykiaterföreningen att psykiatrikerna numera utför i allt mindre utsträckning vårdarbete och i växande utsträckning undersökningsarbete och diagnostisering. Arbetet upplevs utmattande och överbelastande. Psykiaterföreningen anser att bland annat FPA:s praxis att kräva utlåtanden för beviljande av relativt korta sjukledigheter och beviljande av kostnadsersättningar för vård har bidragit till psykiaternas växande arbetsbörda (63).

### **3.3 Arbetsmetoder och samverkansformer**

*Slutenvård äger rum på psykiatriska sjukhus eller psykiatriska avdelningar. Var tredje behandlingsperiod inleds oberoende av patientens vilja. Öppenvårdens basnivå utgörs av primärvården. Psykofarmakabehandlingars betydelse och bruk har ökat i Finland. Användningen av korttidssterapi har ökat. Behandlingsmetoderna styrs med hjälp av God medicinsk praxis-rekommendationer för vård. Empowerment genom bl.a. kamratstödverksamhet erbjuds främst av tredje sektorn. Det finns lagstadgade krav på samarbete olika social- och hälsovårdsaktörer emellan, men samarbetet löper ofta trögt pga. ett stort antal olika aktörer, splittring på fältet och bristfälliga kunskaper om andra sektors kunnande och uppgifter. Servicecentren för arbetskraft utgör en samverkansmodell som erbjuder sektoröverskrivande service.*

#### **Arbetsmetoder**

Slutenvården äger rum på psykiatriska sjukhus eller på psykiatriska avdelningar vid allmänsjukhus. Inom slutenvården kombineras medicinsk behandling och behandlingsformer med betoning på växelverkan, bl.a. individ- och gruppsamtal. Familje- och nätverkssamtal hör även till behandlingen och är centrala inom barnpsykiatrisk slutenvård. Behandlingen inom slutenvården är läkarstyrd men mångprofessionell. I allmänhet tillämpas ett system med egenvårdare, dvs. varje patient har en ansvarsperson som till utbildningen är sjukskötare eller närvårdare. Avdelningarna har i regel även tillgång till tjänster av psykolog, ergoterapeut och fysioterapeut. Inslag av miljöterapi finns även; på många avdelningar hålls regelbundna avdelningsmöten för patienter och personal.

Var tredje behandlingsperiod inom slutenvården inleds oberoende av patientens vilja. Tvångsåtgärder, såsom isolering, spännbälten och tvångsmedicinering förekommer relativt ofta och frekvensen varierar kraftigt mellan olika sjukhus. Även inom barnpsykiatri används olika metoder för fasthållning. Bland de biologiska behandlingsmetoderna finns även elektrokonvulsiv behandling (ECT), vars popularitet i Finland verkat ha ökat under 2000-talet (64).

Öppenvårdens basnivå utgörs av primärvården. Öppenvårdens tjänster kräver ofta traditionell tidsbeställning och i akuta fall erbjuds dygnet runt mentalvårdstjänster ofta enbart i form av sjukhusvård (33). Behandlingen är i princip läkarstyrd, men professionerna arbetar rätt

självständigt. Vården innehåller ofta psykofarmakabehandling. Behandlingen inkluderar alltid stödsamtal, och ibland regelrätt psykoterapi, som i allmänhet är individuell korttidsterapi. Även skol- och företagshälsovården kan ofta erbjuda korta serier av relativt intensiva stödsamtal. Andra psykosociala behandlingsformer, såsom grupp- och ergoterapi används i viss mån.

Inom den specialiserade öppenvården erbjuds psykiaterstyrd diagnostik, behandling och rehabilitering inom en övervägande medicinsk paradigm. Den offentliga öppenvården kan i allmänhet inte erbjuda samtalssessioner flera gånger per vecka. Inte heller längre intensiva psykoterapier, t.ex. psykoanalytiska psykoterapier, kan i regel erbjudas inom den offentliga öppenvården.

Den offentliga psykiatriska öppenvården kompletteras av privata tjänster. En stor del av psykoterapitjänsterna är privata. Ett brett utbud av olika psykoterapiformer står till buds. Framträdande är psykoanalytisk psykoterapi, kognitiv beteendeterapi och psykoanalys, men även andra psykoterapiformer finns. Användningen av regelrätt psykoanalys har på senare tid minskat, och användningen av korttidsterapier har ökat. Lösningssinriktad korttidsterapi har kraftigt propagerats av enskilda välkända psykiatriker. Gruppsykoterapier finns bara i begränsad omfattning.

Stat eller kommun producerar i Finland inte behandlingsriktlinjer. God medicinsk praxis - rekommendationerna är läkarprofessionens styrmedel, som även omfattar riktlinjer för behandling av psykiska störningar. Rekommendationerna baserar sig på gradering av befintlig evidens och de sammanställs av nationella experter som frivilligarbete i arbetsgrupper som utses av Finska Läkarföreningen Duodecim (65).

### *Medikalisering*

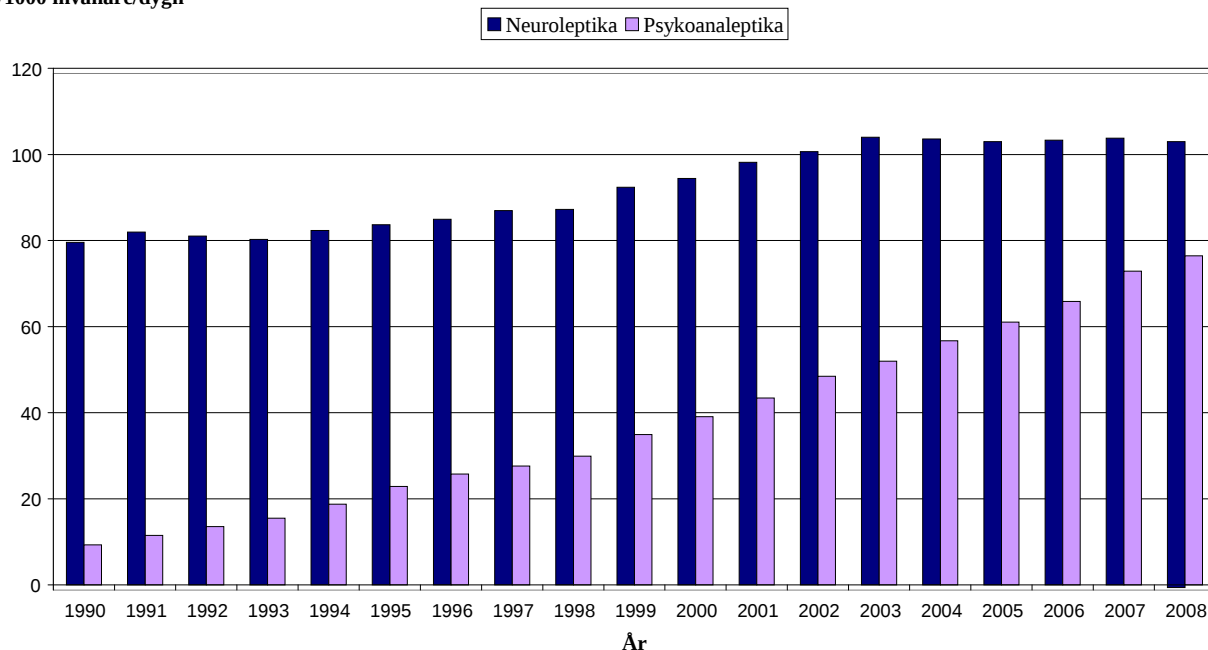
Konflikten mellan biologiskt och psykologiskt inriktad psykiatri är numera mindre tillspetsad i Finland (66). I den finska debatten har det framförts att de olika synsätten skall ses som redskap med vilka två olika orsaker till psykisk ohälsa kan behandlas och förklaras. Det biologiska greppet och det psykologiska greppet är inte ömsesidigt uteslutande (66).

Medikalisering av normala fenomen (sorg över förlust osv.) och minskad stigma kring psykisk ohälsa har ökat både på efterfrågan av mentalvårdstjänster och på bruket av psykofarmaka (33,42). Användningen av och kostnaderna från psykofarmaka har ökat då nya, dyrare läkemedel med allt färre biverkningar utvecklats. Användningen av psykofarmaka har mångfaldigats (figur 3, sid. 85). De stigande kostnaderna ställer till med problem för både brukare och samhället som via kostnadsersättningar får delta med allt större summor i finansieringen av läkemedelsbehandlingar. Det har skett en ökning i konsumtion av antidepressiva medel, som används vid depression och ångestsyndrom. Ökningen kan till dels bero på utvidgning av målgruppen för psykofarmaka, dels på längre behandlingsperioder (42).

Det har konstaterats betydande skillnader i användning av psykofarmaka mellan olika sjukvårdsdistrikt emellan. Skillnader i bruk och den allmänna ökningen beror inte enbart på varierande behov eller en ökad tillgång till bättre produkter, utan också på attityder och attitydförändringar till psykofarmaka bland läkare och patienter.

**Figur 3. Konsumtion av psykotropiska läkemedel**

DDD/1000 invånare/dygn



Källa: Finlands läkemedelsstatistik 1990-2008, FPA, Fimea

#### *Empowerment*

Behovet av ett klientnära arbete med stöd för återhämtning på klientens villkor har sedan början av 2000-talet uppmärksammats både ovanifrån och underifrån. Social- och hälsovårdsministeriet och Stakes har i dokument och styrning lyft fram behovet av ett klientstyrt arbetssätt (8,34). Den offentliga mentalvårdens arbetsmetoder har kritiserats för att vara allt för medikaliserade och bundna vid diagnostisering, generalisering och ekonomisk effektivisering av vårdprocessen, och ett mera holistiskt synsätt med en dialog mellan klient och stödperson har efterlysts (62). Ökat brukarinflytande är en av de centrala föresatserna i Mieli 2009-planen (4). Brukarorganisationerna, främst Centralförbundet för mental hälsa, har krävt förändringar för starkare klientstyrning. Trots styrningen uppifrån och kraven nerifrån har övergången till en uttalat klientstyrd mentalvård varit trög. Samtidigt har dock övergången till att lägga tyngdpunkten på öppenvårdens tjänster inneburit större möjligheter för klienter att få vård som främjar deras individuella rehabilitering. Målsättningen är ett gott, klientnära servicesystem som uppmuntrar klienten att utnyttja sina egna resurser och stöder klienten att finna den vård och det stöd som behövs (8).

Kamratstödsverksamhet har i Finland fått sin början inom organisationer. Numera finns grupper för ett stort antal sektorer inom social- och hälsovård. Utveckling av självhjälpsverksamhet i samarbete med den offentliga sektorn ses som ett viktigt mål inom mentalvårdsarbetet (62). Klienterna upplever kamratstödet vara en viktig del av rehabiliteringsprocessen (62). Kamratstödsverksamheten i den offentliga öppenvården är underutvecklad; vård ges främst enskilt till varje klient (67).

## Samverkansformer

Enligt mentalvårdslagen skall sjukvårdsdistrikten och hälsovårdscentralerna tillsammans med socialvården bilda en funktionell helhet (1). Specialsjukvårdens sluten- och öppenvård skall stöda hälsocentralernas arbete med konsultationer, forskning och specialiserade tjänster (14). FPA, socialbyråernas och arbetsmarknadsmyndigheters skall samarbeta inom sysselsättningsverksamhet (se. del 3, Servicecenter för arbetsverksamhet). Dessutom finns lagstadgade klientsamarbetsgrupper för rehabilitering. Samarbetskravet olika sektorer emellan noteras även i ett antal annan lagstiftning som tangerar mentalvårdsarbetet, bl.a. lagen om missbrukarvård (41/1986) och barnskyddslagen (417/2007).

Trots de krav om samarbete som finns i lagstiftningen har splittringar och det stora antalet aktörer inom mentalvårdsarbetet ställt till med samarbetsproblem olika aktörer, sektorer och hierarkier emellan (14). Mera och bättre fungerande tvärsektoriellt samarbete behövs på mentalvårdsarbetets alla områden och nivåer.

Kravet till samverkan är institutionaliserat i lagstiftningen. Lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen (497/2003) finns till för att främja klientsamarbete myndigheterna, sammanslutningar och inrättningar emellan. I lagen omnämns principer för samarbete mellan de olika förvaltningsområdena (social- och hälsovårdsmyndigheterna, arbetskraftsmyndigheterna, undervisningsmyndigheterna och FPA), tillvägagångssätt för samarbete och bestämmelser om klienternas ställning. Samarbetsformerna består på ett kommunalt plan av en rehabiliteringssamarbetsgrupp där representanter från socialvårds- hälso- och sjukvårds-, undervisnings- och arbetskraftsmyndigheterna, samt FPA och andra relevanta sammanslutningar deltar. Dessutom kan andra sakkunniga eller myndigheter vid behov kallas till möten. Samarbetsgruppen tillsätts av kommunen för fyra år i sänder. Samarbetsgruppernas uppgift delas på två olika områden. Gruppen ansvarar både för behandling av allmänna ärenden gällande rehabilitering och för behandling av enskilda klienters ärenden. Dessa två uppgifter kräver olika sammansättningar och framför allt olika tillvägagångssätt. I de allmänna rehabiliteringsärenden krävs långsiktigt sektoröverskridande samarbete på beslutsfattande nivå, emedan klienters ärenden kräver kunskap om den enskilda klientens läge och skall behandlas på ett konstruktivt sätt som bemöter klientens behov. Den stora skillnaden mellan dessa två uppgifter kan leda till att gruppernas verksamhet och kunnande fokuseras kring en av de två nämnda uppgifterna (68).

Klienten har rätt att delta i behandlingen av sitt ärende; en rätt som enligt en undersökning utnyttjats av 80 % av klienterna (68). Enskilda klienter, vars ärenden behandlades i samarbetsgruppen, led ofta av ett flertal problem gällande bl.a. hälsa, utkomst och arbetslöshet. I hälften av de kommuner som deltog i undersökningen hade representanter från mentalvårdsbyråer utnämnts till rehabiliteringssamarbetsgruppen. I utvärderingsstudien fick samarbetsgrupperna kritik för frånvaro av växelverkan och öppen diskussion med klienter (68). Det krävs förbättringar i beaktande av individuella klienters behov, samt i kontinuitet. De lagenliga samarbetsgrupperna är i praktiken inte alltid de främsta forumen för samarbetsfrågor, ofta föredras mindre byråkratiska och mera flexibla möten där representanter för olika sektorer möts.

Förutom kommuners samarbetsgrupper, finns även rehabiliteringssamarbetskommissioner på sjukvårdsdistriktsnivå, som tillsätts av regionförvaltningen för fyra år i sänder för att behandla

centrala frågor kring klientsamarbete, samt för att planera, främja och följa samarbetet de olika myndigheterna, sammanslutningarna och inrättningarna emellan. På högsta plan finns i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet en delegation för rehabiliteringsärenden, vars uppgift är att styra, utveckla och samordna samarbetet mellan myndigheter, sammanslutningar och inrättningar (497/2003).

Förutom de s.k. officiella samarbetet sker samarbete i det dagliga arbetet olika aktörer emellan. Primärvårdens personal samarbetar med andra yrkeskunniga inom sektorn för social- och hälsovård, i form av multidisciplinära samarbetsgrupper, men också med ett stort antal andra aktörer, bland dem hemtjänster, dagvård, församlingar, polisen och missbrukarvården (69).

Gällande arbete med barn och unga krävs i mentalvårdsförordningen (1247/1990) att kommunen eller samkommunen som är ansvarig för hälsocentralerna minst en gång per år skall kalla alla aktörer till ett samarbetsmöte. Bland de sammankallade skall finnas representanter från privata sammanslutningar och serviceproducenter, samt de instanser som inom kommunens område utför mentalvårdsarbete riktat till barn och unga. Mötets syfte är att komma överens om mål för kommunalt mentalvårdsarbete för barn och unga och riktlinjer för arbetsfördelningen. Arbetsfördelningen inom mentalvårdsarbetet riktat till barn och unga har också utvecklats under årliga samarbetsmöten mellan aktörerna inom länen.

#### *Hinder för samverkan*

I det praktiska samverkansarbetet utgör informationsutbytet en utmaning för ett smidigt samarbete olika myndigheter och andra aktörer emellan. Tystnadsplikt kan dock kringgåås med klientens samtycke (70).

Mentalvårdspersonalen uppmuntras både till en mera klientnära arbetsmetod och till ökat samarbete, vilket har förorsakat problem då det upplevs som tidskrävande att inleda ett samarbete med andra myndigheter och aktörer (70). Bristfälliga kunskaper om samarbetspartners arbetsmetoder och målsättningar kan leda till misstro mot andra professioner och revirstrider mellan professioner. Skillnader i terminologi kan bidra till oklarheter och missuppfattningar, vilket försvårar uppbyggandet av en gemensam grund för samarbete (70). Administrativa gränser t.ex. mellan socialvården och hälsovården kan försvåra samarbete. Likaså kan olika sammansättning av geografiska ansvarsområden (t.ex. olika indelning i sjukvårdsdistrikt och FPA-områden) utgöra ett hinder. Ett lyckat samarbete förutsätter att de olika aktörerna känner till varandras arbetsuppgifter och målsättningar, samt att det finns en tydlig arbetsfördelning de olika aktörerna emellan (70).

Även om lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen konstaterar att samarbetet skall utsträckas till övriga sammanslutningar som ordnar rehabilitering, är brukar- och frivilligorganisationer ofta åsidosatta inom olika samverkansorgan.

#### *Servicecenter för arbetskraft*

Servicecenter för arbetskraft utgör en ny samverkansmodell i Finland som kombinerar socialvårdens, hälsovårdens och den lokala arbetsförvaltningens tjänster till ett och samma centrum. Programmet har byggts upp genom ett samarbete mellan arbetsministeriet, social- och hälsovårdsministeriet, undervisningsministeriet, FPA och Kommunförbundet. Målet är att skapa

ett mångsidigt och sektoröverskridande serviceforum som motverkar strukturell arbetslöshet (71).

Servicecentren skall främja klienternas hälsa och handlingsförmåga, öka intresset för arbetslivet, minska fattigdom och utslagning, säkra välfungerande tjänster och ett skäligt utkomstskydd. Servicecentrens verksamhet startade under åren 2004-2006 i ett antal större städer och deras grannkommuner. År 2006 fanns sammanlagt 39 servicecenter i 170 kommuner. Verksamheten finansieras dels av kommunerna och dels av arbets- och näringslivsministeriet. I den finska modellen sammanför servicecentren statliga aktörer, kommunala aktörer, organisationer, arbetsförvaltningen, socialservice, hälsovården och socialförsäkringen. Klienterna i servicecentren för arbetskraft är ofta långtidsarbetslösa och personer som har behov av multidisciplinär service (71).

Varje klient utses ett personligt ombud, vilket möjliggör ett långsiktigt samarbete som ger förutsättningar till en mera personlig service. Vårdprocessen i servicecentren har visat sig vara tidsmässigt lång; inom en tvåårig provotid hade endast 20 % av klientkontakterna avslutats. Servicecentren både skapar resultat genom att finna goda lösningar för klienter, men samtidigt sällar verksamheten också fram de allra svåraste fallen. Dessa klienter har, t.ex. på grund av missbruk och motivationssvårigheter, sällan de grundförutsättningar som behövs för att dra nytta av servicecentrens verksamhet (71).

Servicecentrens verksamhet har framförallt främjat samarbetet emellan socialvården och arbetskraftsbyråer. Hälsovårdens tjänster inom servicecentren har upplevts som goda, men det behövs ett bättre samarbete med primärvården. Dessutom måste tillgången till mentalvårds- och missbrukstjänster förbättras. Efterfrågan på mentalvårds- och missbrukstjänster bland servicecentrens klienter är stor. Servicecentren efterlyser också ett bättre samarbete med kommunerna då det gäller övergångsarbete. Problemen som identifierats i och med servicecentrens verksamhet har lett till en bredare diskussion om behovet av att utveckla övergångsarbetsmarknaden (71).

### **3.4 Reformernas resultat**

Övergången från en institutionscentrerad mentalvård till öppen mentalvård är pågående. Nedmonteringen av institutionsvård har inte kompensrats av ett tillräckligt utvecklat utbud öppenvårdstjänster. Förekomsten av tvångsvård är hög i Finland. Mentalvården når inte stora delar av dem som behöver den, vilket beror till dels på problem gällande hälso- och sjukvårdens finansieringssystem och till dels på stigmatisering av psykisk ohälsa. Utvärderande forskning har visat att reformprocessen i Finland verkar ha varit effektiv, då antalet självmord används som utfallsmätare.

#### **Översikt över reformernas resultat**

Förändringarna i den finska mentalvården sedan 1990-talet återspeglar ett ideologiskt och strukturellt nytänkande i form av satsning på social delaktighet i kombination med ökande marknadsekonomiska inslag i de offentliga tjänsterna, samt en vilja att decentralisera servicestrukturen som tidigare kritiserats för att vara alltför starkt statligt kontrollerad. De främsta målsättningarna var att motverka ett ökat behov av långtidsvård, att utveckla och öka utbudet av tjänster inom öppenvården, fokusera på utveckling och implementering av klientnära tjänster, samt att främja brukarnas initiativ och förmåga att reda sig i samhället. I samband med

de administrativa förändringarna inom social- och hälsovården skars resurserna för den psykiatriska vården ned i större utsträckning än för den somatiska vården (72).

Reformarbetet i Finland är halvvägs. Övergången från en institutionscentrerad vård till en öppen vård av psykisk ohälsa är fortfarande pågående. Den psykiatriska sjukhusvårdens volym är numera under en fjärdedel av dess volym på 1970-talet, men resurstilldelningen till den psykiatriska slutenvården har inte minskat i motsvarande grad. Utvecklingen har inte lett till en tillräcklig öppenvård. Enligt en förfrågning utförd av Finlands läkarförbund är under 20 % av alla Finlands psykiatriker verksamma inom öppenvården. Förekomsten av tvångsvård i Finland är med europeisk måttstock hög.

Trots reformerna kvarstår stora problem i tillgången till mentalvård. Reformerna har inte medfört geografisk jämlikhet. Tillgången till vård samt vårdens karaktär varierar i olika delar av landet. Det har konstaterats att mentalvården inte når en stor del av dem som lider av psykisk ohälsa. Som exempel kan nämnas att endast 35 % av alla invånare i Österbotten som lider av depression uppsökte hälsovården pga. psykisk ohälsa år 2005 (73). Problem i tillgången till mentalvård för barn och unga har varit ett återkommande inslag i den allmänna debatten om mentalvården. Till en del är detta beroende på problem som är inbyggda i hälso- och sjukvårdens allmänna finansieringssystem. Tillgången till vård är sämre för de som står utanför företagshälsovården, vilket alla barn och unga, samt många personer med psykisk ohälsa gör.

Utvärderingar av den nuvarande lagstiftningen har visat att den inte stöder utvecklandet av en öppenvårdsorienterad mentalvård i tillräckligt hög grad (27). Bland den vuxna befolkningen har alkoholskadorna ökat och antalet förtidspensioneringar på grund av psykisk ohälsa stigit. Detta var utgångspunkter för utarbetandet av den nationella Mieli 2009-planen, som påbörjades år 2007 på initiativ av social- och hälsovårdsministeriet.

Fördelningen mellan sjukhusvård och öppenvård för mentalvårdspatienter är ofta en fråga om aktivitet och vilja inom kommunen. Tillräckliga resurser och initiativ att skapa en mångsidig öppenvård som når sin målgrupp utgör en effektiv grund för mentalvård (74).

Enligt Mieli 2009-planen är målsättningen att fortsätta avinstitutionaliseringen genom att ansluta alla psykiatriska sjukhusavdelningar gradvis till de allmänna sjukhusen. Aktörer från den tredje sektorn skall erbjuda stödverksamhet och rehabilitering i olika former. Det finns dock en oro för att boendetjänster i samband med avinstitutionaliseringen blivit en ersättande vårdform för de personer som tidigare vårdades i psykiatriska sjukhus genom en s.k. transinstitutionalisering.

De statliga rättspsykiatriska sjukhusens betydelse har ökat både relativt och i absoluta tal. I jämförelse med de kommunala psykiatriska sjukhusen har de statliga sjukhusen mera karaktären av stängda institutioner. Denna förskjutning av tyngdpunkten har medfört att svårbehandlade patienter i högre grad behandlas i mycket slutna miljöer, kanske på långt avstånd från sina sociala nätverk.

I Finland trädde en lag om sociala företag (1351/2003) ikraft år 2004. I Europa var lagen en föregångare för sysselsättning av funktionshindrade. De sociala företagen har inte utvecklats på ett önskvärt sätt. Antalet grundade sociala företag är mycket lågt och antalet anställda är

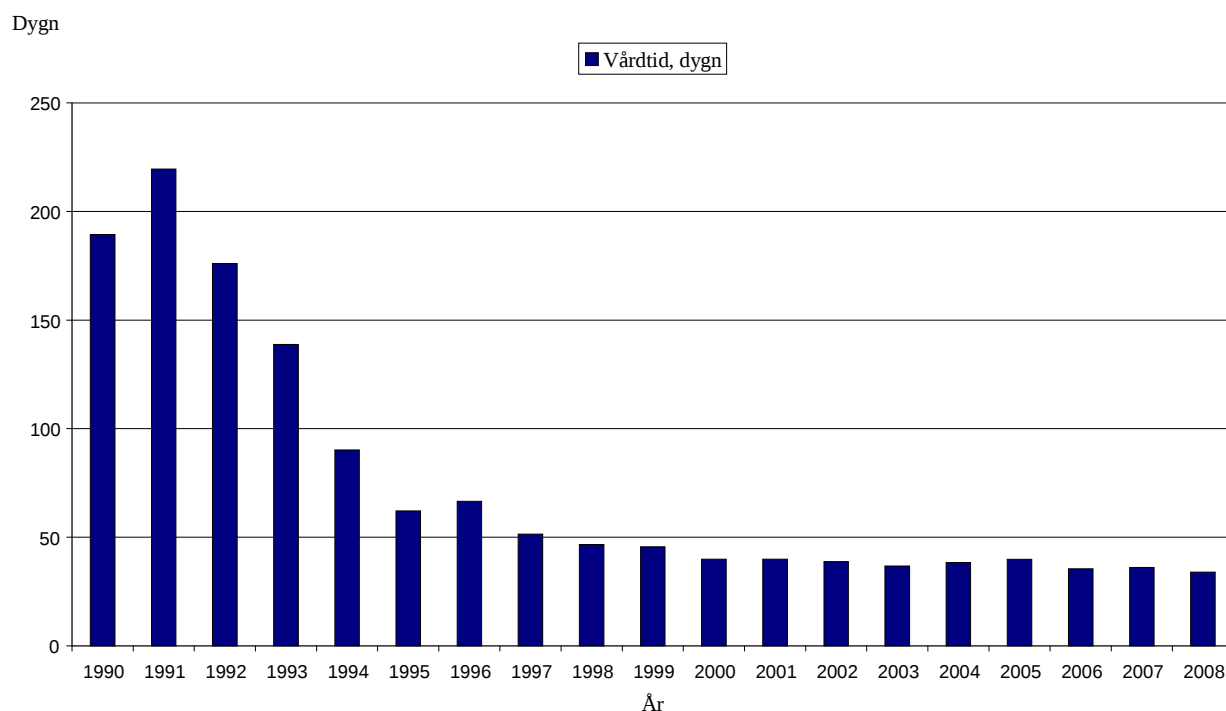
betydligt lägre än önskat. Grundande av sociala företag har lidit av administrativa problem; startbidrag för sociala företag är svåra att få och kan inte användas till utveckling av affärsverksamhet. Sociala företagare anser dessutom att lönebidrag för anställda i sociala företag är allt för låga. Dessa problem bidrar till att sociala företag i praktiken inte står på samma linje med andra företag, vilket sänker lönsamheten och intresset för att grunda sociala företag (75). Det har också diskuterats huruvida sociala företag allmänt ökar social delaktighet för de psykiskt funktionshindrades del. Sociala företag isolerar handikappade och psykiskt funktionshindrade från det allmänna arbetslivet, vilket kan bidra till utestängning.

På ett ytligt plan finns tecken på att mentalvårdens reformer lyckats. Antalet självmord inte har ökat i och med kortare behandlingsperioder i sjukhus, trots att risken för självmord är högst direkt efter utskrivning från psykiatrisk sjukhusvård (76). I en undersökning om självmord bland patienter utskrivna ur psykiatrisk sjukhusbehandling konstaterades att antalet självmord bland personer som behandlats i sjukhus pga. psykisk ohälsa har minskat med ca 25 % under åren 1990-2001, dvs. tiden för reformer inom mentalvården (77). En ekologisk studie visade att antalet självmord är mindre i kommuner med en välutvecklad öppenvård, jämfört med kommuner som förlitar sig mera på sjukhusvård (78). Också bland schizofrenipatienter har risken för självmord under en period på ett år efter sjukhusbehandling minskat betydligt under nedmonteringen av psykiatriska sjukhus (77,79). Den gynnsamma utvecklingen har tillskrivits reformarbetet som anses medfört en bättre samverkan mellan sjukhus och öppenvård.

Sjukhusvårdens karaktär konstateras också ha förändrats i och med reformerna. Före reformerna bestod psykiatrisk sjukhusbehandling ofta av långa vistelser i sjukhus. I och med reformerna har behandlingsperioderna i sjukhus blivit kortare (figur 4, sid. 91), emedan patienterna ofta lider av akuta störningar och följer av krissituationer snarare än grava psykiska störningar.

Forskning i Finland har visat att förekomsten av suicid är relaterad till hurdana former av mentalvårdstjänster som står till förfogande. Tillgängliga dygnet-runt tjänster och vård enligt lågtröskel-principen är faktorer som bidrar till lägre risk för självmord. Däremot stod ett högt antal intagningar på sjukhus, stort bruk av akutvård på sjukhus och tvångsvård i samband med höga självmordstal i kommunen (78). Forskningen tyder på att de kommuner som hunnit längre i reformarbetet uppvisar lägre självmordstal. För en fortsatt minskning av antalet självmord, behövs en mångsidig öppenvård som kan ingripa i risksituationer som depression, alkoholmissbruk, arbetslöshet, sänkt socioekonomisk ställning eller andra stora livsförändringar.

**Figur 4. Psykiatrisk institutionsvård, genomsnittlig vårdtid**



Källa: Sotkanet

### Slutord

Sammanfattningsvis kan konstateras att nedmonteringen av psykiatriska institutioner och psykiatrisk sjukhusvård lett till att antalet vårdplatser har minskat drastiskt sedan år 1990. Reformen kan, trots en nedskärning av psykiatrins resurser under 1990-talet, betecknas som lyckad. Klienternas förväntade livslängd har ökat i takt med att befolkningens livslängd överlag ökat. Självmoden har minskat, även bland personer som nyligen utskrivits från psykiatrisk slutenvård. Öppenvårdens volym har ökat, men utveckling och insatser behövs för en bättre fungerande och mångsidigare öppenvård. Preventiva projekt som t.ex. Time Out! –metoden för främjande av unga mäns psykiska hälsa och sociala delaktighet har visat sig kunna förebygga marginalisering. Servicecentren för arbetskraft har genom individuella, multidisciplinära stödåtgärder kunnat förebygga marginalisering och finna lösningar i komplicerade fall. En positiv utveckling har skett inom tredje sektorns verksamhet för psykiskt funktionshindrade. Den tredje sektorn erbjuder ett stort antal tjänster i växande omfattning, bland dem kamratstöd och dagverksamhet, vilka utgör en betydande länk i rehabiliteringsarbetet. Den tredje sektorns verksamhet stöder och kompletterar den offentliga sektorns begränsade kapacitet för stödverksamhet.

Mentalvårdslagen, den offentliga debatten och personliga framträdanden av välkända personer med psykisk ohälsa har bidragit till mera öppenhet kring psykisk ohälsa. Den allmänna opinionen stöder utvecklingen av öppenvård: år 2007 ansåg 79 % att vårdens tyngdpunkt skall ligga på öppenvård (80). I undersökningen framgick att respondenterna ofta inte såg hälsostationer och företagshälsovården som primära vårdinstanser för psykisk ohälsa, utan många angav att de skulle söka specialisthjälp för psykisk ohälsa. Det fanns oro om att

primärvårdens personal inte förhåller sig seriöst till psykisk ohälsa (80). Undersökningens resultat tyder på att det behövs tydligare information om att söka hjälp vid psykisk ohälsa.

För svårt psykiskt funktionshindrade har reformarbetet inte inneburit en positiv utveckling. Psykiskt sjuka som tidigare vistades på psykiatriska sjukhus, bor numera ofta permanent i boendeenheter. Personer med svåra psykiska funktionshinder har inte erbjudits praktiskt fungerande metoder för återintegrering och rehabilitering till ett självständigt liv. Reformerna har inte tillräckligt beaktat sårbara och marginaliserade grupper som invandrare, hemlösa och personer som lider av ett flertal problem. Hos gruppen barn och unga har tvångsintagningar till sjukhusvård ökat kraftigt, vilket reflekterar tillkortakommanden i öppenvården för barn och unga. Det stigande antalet förtidspensioneringar på grund av psykisk ohälsa tyder på brister i mentalvården och minskad beredskap att på arbetsmarknaden acceptera psykiska funktionshinder.

Allmänt sett har övergången till öppenvård och rehabiliterande tjänster inte avsevärt lett till ökad social delaktighet för mentalvårdsklienter. Utveckling av öppenvårdens tjänster är nödvändigt men inte tillräckligt för att psykiskt funktionshindrade skall uppnå större social delaktighet. Dagens vinstsökande tänkande lämnar inte alltid rum för anpassade möjligheter att delta i samhällets olika funktioner. Det krävs en genuin vilja och fördomsfrihet att inkludera funktionshindrade personer. En övergripande målsättning för alla vård- och stödsektorer behövs för att motarbeta marginalisering och stigma, samt vilja att rehabilitera och inkludera psykiskt funktionshindrade på samhällets alla områden.

## Referenser

- 1) Mentalvårdslagen. L 1116/1990. <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116> (21.03.2011)
- 2) Social- och hälsovårdsministeriet. Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Publikationer 2001:5. Helsingfors: Social och hälsovårdsministeriet, 2001. <http://pre20031103.stm.fi/svenska/eho/publikat/halsa2015/halsa2015.pdf> (21.04.2010)
- 3) Social- och hälsovårdsministeriet. Kvalitetsrekommendation för mentalvårdstjänsterna. Handböcker 2001:12. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2001. <http://pre20031103.stm.fi/svenska/pao/publikat/mental/kvalrek.pdf> (21.04.2010)
- 4) Social- och hälsovårdsministeriet. Plan för mentalvårds och missbrukarbete - Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbetet fram till år 2015. Rapporter 2009:20. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2009. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-8839.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8839.pdf) (21.04.2010)
- 5) Harjajärvi M, Pirkola S, Wahlbeck K. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa [Förändringar i mentalvårdstjänster för vuxna]. Acta nro 187. Helsingfors: Finlands kommunförbund, 2006. <http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf> (21.04.2010)
- 6) Taipale V. Mielekäs Elämä. [Ett meningsfullt liv] Promemorior 1996:20. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 1996.
- 7) Wahlbeck K, Braddick F, Gabilondo A, McDaid D, Lang G, O'Sullivan C. European Pact for Mental Health and Well-being: collating forces to put mental health on the EU political agenda. Die Psychiatrie 2010;7:74-80.
- 8) Immonen T, Kiikkala I (red.). Mielekäs Elämä! –ohjelman toimenpidesuosituksset [Ett meningsfullt liv! –programmets rekommendationer]. Handböcker 2003:9. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2003. [http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/me\\_suositukset/me\\_suositukset.pdf](http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/me_suositukset/me_suositukset.pdf) (21.04.2010)
- 9) Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry 2004;184:163-168.
- 10) Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R, A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007, 42:747-752.
- 11) Tuori T, Sohlman B, Ekqvist M, Solantausta T. Alaikäisten psykiatrin sairaanhoido Suomessa 1995-2004 [Psykiatrisk sjukhusvård av minderåriga i Finland 1995-2004]. Rapporter 2006:13. Helsingfors: Stakes, 2006. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R13-2006-VERKKO.pdf> (21.04.2010)

- 12) Beskow J, Kerkhof A, Kokkola A, Uutela A. Suicide prevention in Finland 1986–1996: external evaluation by an international peer group. Copies 1999:2. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 1999.
- 13) Hiltunen L, Partonen T, Haukka J, Lönnqvist J. Itsemurhakuolleisuus Suomessa 1947-2006 [Självmoordsdödligheten i Finland, 1947-2006]. Duodecim 2009;125(16):1802-6.
- 14) Social- och hälsovårdsministeriet. Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio [Arbetsgruppspromemoria om utredning av arbetsfördelning och arbetsbelastning inom mentalvården]. Promemorior 2004:5. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2004.  
<http://pre20090115.stm.fi/pr1080888826849/passthru.pdf> (21.04.2010)
- 15) Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, Ahonen J (Eds.) Framework for promoting mental health in Europe. Helsingfors: Stakes, 1999.  
<http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/1A881D11-03FA-4558-AC75-D213C740E588/0/Framework.pdf> (21.03.2011)
- 16) Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V (red.). Mielenterveystyö Euroopassa [Mentalvårdsarbete i Europa]. Rapporter 2004:17. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2004. <http://pre20090115.stm.fi/pr1097823366926/passthru.pdf> (21.04.2010)
- 17) Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E (m.fl.) (red.). Terveysten eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005 [Ojämlig hälsa i Finland. Förändringar i de socioekonomiska hälsoskillnaderna 1980–2005]. Publikationer 2007:23. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2007.  
<http://pre20090115.stm.fi/pr1200993384304/passthru.pdf> (21.04.2010)
- 18) Mäki NE, Martikainen PT. Socioeconomic differences in suicide mortality by sex in Finland in 1971–2000: A register-based study of trends, levels and life expectancy differences. Scand J Public Health 2007;35;387–395.
- 19) Vuorela M. Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön, Selvitys kuntoutuksella ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien henkilöiden työllistymisestä ja työelämään paluun edistämisestä. [Nya möjligheter till arbete för personer som öskar arbeta, Utredning om främjande av sysselsättning och återgång till arbetslivet för personer som rehabiliteras och för personer som får pension pga. arbetsoförmåga] Helsingfors: Arbetsministeriet, 2008  
[http://www.tem.fi/files/18750/Vuorela\\_loppuraportti.pdf](http://www.tem.fi/files/18750/Vuorela_loppuraportti.pdf) (21.04.2010)
- 20) Social- och hälsovårdsministeriet. Asumista ja kuntoutusta, mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus [Boende och rehabilitering. Utvecklingsrekommendation om boendetjänster för rehabiliteringsklienter inom mentalvården] . Publikationer 2007:13. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2007. <http://pre20090115.stm.fi/pr1176454313087/passthru.pdf> (21.04.2010)
- 21) Bedömning av konsekvenser för människan, <http://info.stakes.fi/iva/SV/index.htm> (26.01.2010)

- 22) Työolojen mielenterveysvaikutusten arviointi turvaa aktiivisen työelämän [Utvärdering av arbetsförhållandens inverkan på den mentala hälsan försäkrar ett aktivt arbetsliv] Polikliniikka.fi, viranomaistiedotteet, Työterveyslaitoksen tiedote 10.09.2008.  
<http://www.poliklinikka.fi/?page=1497210&id=6781372> (21.04.2010)
- 23) Nelimarkka K, Kauppinen T. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioiminen. [Utvärdering av konsekvenser för människan] Oppaita 68:2007. Helsingfors: Stakes, 2007.
- 24) Regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens regering 24.6.2003, Statsrådet.  
<http://www.valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/vn/hallitus/vanhasen-hallitusohjelma-2003/sv.pdf> (8.12.2009)
- 25) Regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regering 19.4.2007, Statsrådet, <http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/sv.pdf> (11.01.2010)
- 26) Hallitusohjelman toimeenpanon arviointi hallituskauden puolivälissä. Hallituksen strategia-asiakirjan seuranta (Halvtidsöversyn av regeringsprogrammets genomförande). Statsrådets kansli 14:2009 <http://www.vnk.fi/julkaisut/julkaisusarja/julkaisu/fi.jsp?oid=256443> (8.12.2009)
- 27) Statens revisionsverk. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. [Funktionsdugligheten i lagstiftningen som styr mentalvårdstjänsterna] Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 2009:194, Helsingfors: Edita Prima, 2009 [http://www.vtv.fi/files/1854/1942009\\_Mielenterveyspalvelut\\_netti.pdf](http://www.vtv.fi/files/1854/1942009_Mielenterveyspalvelut_netti.pdf) (21.04.2010)
- 28) Social- och hälsovårdsministeriet. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. [Mål- och verksamhetsprogram för social- och hälsovården 2004 – 2007] Publikationer 2003:20. Helsingfors, Social- och hälsovårdsministeriet, 2003.  
<http://pre20090115.stm.fi/vk1102508770318/passthru.pdf> (21.04.2010)
- 29) Österbottenprojektet. URL: <[www.osterbottenprojektet.fi](http://www.osterbottenprojektet.fi)> Citerad [27.04.2010]
- 30) Vuorenmaa M, Löytty L. Mot ett österbottniskt välbefinnande. Utvärderingssynpunkter på Österbotten-projektets första verksamhetsperiod åren 2005-2007. Diskussionsunderlag 28/2008. Helsingfors: Stakes, 2008. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T28-2008-VERKKO.pdf>
- 31) Vantaan sateenvarjoprojekti [Vanda paraplyprojekt]  
[http://www.vantaa.fi/i\\_perusdokumentti.asp?path=1;220;4725;4802;34468](http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4725;4802;34468) (11.01.2010)
- 32) Kallinen-Kräkin S. Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma 2008-2011 [Nationella handlingsplanen för Kaste-programmet 2008-2011]. Rapporter 2009:9. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2009.  
<http://pre20090115.stm.fi/hl1235394467742/passthru.pdf> (21.04.2010)
- 33) Wahlbeck K. Mielenterveyspalvelut [Mentalvårdstjänsterna]. I boken: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Helsingfors: Stakes 2007  
[http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus\\_2007\\_Wahlbeck.pdf](http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus_2007_Wahlbeck.pdf)

- 34) Kiikkala I, Immonen T (red.). Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa – Pääsky –ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset [Från struktur till innehåll, från ord till handling! Mentalvården som ett led i basservicen – slutrapport om Pääsky -programmet med förslag till åtgärder]. Social- och hälsovårdsministeriet, Publikationer 2002:23  
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/paasky/paasky.pdf> (21.04.2010)
- 35) Social- och hälsovårdsministeriet. Enhetliga grunder för icke-brådslande vård. Rapporter 2005:6. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2005.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10484.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10484.pdf) (21.04.2010)
- 36) Social- och hälsovårdsministeriet. Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen. [Synpunkter på mentalvårdsrehabiliteringen] Stencilserie 2002:7. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2002.
- 37) Finansministeriet, Budgetproposition 2006:14. Valtion mielisairaalat,  
<http://budjetti.vm.fi/indox/indoxservlet?fullpathxpointer=/2006/TAE/vmkanta/pl33/pl33ml14.xml%23/1&documentrole=tae2006> (04.02.2010)
- 38) Raunio K. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Katsaus peruskäsitteisiin, palvelujen toteuttamiseen ja palvelujen käyttäjän asemaan. [Social- och hälsovårdens servicesystem. En översikt över grundbegrepp, verkställande av service och servicebrukarnas ställning] Tammerfors, 2008. Nätpublikation.  
<http://www.uta.fi/laitokset/sostyo/hlokunta/raunio/luento.pdf> (21.04.2010)
- 39) Institutet för hälsa och välfärd. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. [Privata tjänster inom social- och hälsovården] Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd, 2009. [www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto](http://www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto) (14.12.2009)
- 40) Lindqvist T, Oksala I, Pihlman M-R (red.). Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja. [Handbok om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte] Social- och hälsovårdsministeriet. Handböcker 2001:8 <http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/kuntoutus/kuntouttava.pdf> (21.04.2010)
- 41) RAY lyhyesti. <http://www.ray.fi/raytietoa/ray/lyhyesti.php> (05.02.2010)
- 42) Pirkola S, Sohlman B (red.). Psykisk hälsa i Finland – Nyckeltal från Finland. Saarijärvi: Stakes, 2005.
- 43) Salo M, Kallinen M. Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. [Från gemensamt boende till samhället? Nuläge och framtid för boendetjänster för mentalvårdsklienter] Kehitys Oy: 2007, Pori.
- 44) Nuorisoaseman toiminta. [Ungdomssationens verksamhet]  
<http://www.a-klinikka.fi/helsinginnuorisoasema/esittely.htm> (05.02.2010)

- 45) Folkpensionsanstalten. Rehabilitering.  
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801094743EH?OpenDocument>  
(05.02.2010)
- 46) Social- och hälsovårdsministeriet. Lagstadgad skyldighet för FPA att ordna rehabiliteringspsykoterapi. Pressmeddelande 168/2010. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2010. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1508566>  
(21.03.2011)
- 47) Salminen JK. Mielenterveyden häiriöt ja työkyvyttömyys [Mentala störningar och arbetsförmåga]. Finlands läkartidning 2004;59(48):4745-8.
- 48) Pöyhönen E, Puumalainen T (red.). Mielenterveyskuntoutujien klubitälo – yhdessä kohti työelämää. [Mentalvårdsklienters klubbhus – tillsammans mot arbetslivet] Helsingfors: Stakes, 2003.
- 49) Centralförbundet för Mental Hälsa. Förbundets verksamhet.  
[http://www.mtkl.fi/liiton\\_toiminta/](http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/) (05.02.2010)
- 50) Psykosociala förbundet. Verksamhet. <http://www.fspc.fi/info.shtml> (05.02.2010)
- 51) Pirkola S, Wahlbeck K. Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielen­terveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987-2002. [Sjukhusvård 1987-2002 för drogrelaterad störning och samtidig annan mental störning] Finlands läkartidning 2004;15-16:1673-1677.
- 52) Medicinalstyrelsen, Mentalsjukhusens förbund och Sjukhusförbundet. Schizofreniprojektet 1981-1987; slutrapporten av det riksomfattande utvecklingsprogrammet för undersökning, vård och rehabilitering av schizofreni. Medicinalstyrelsens handböcker 4. Helsingfors: Statens tryckericentral, 1988.
- 53) Alanen YO. Mielenterveyspotilas ajan aalloilla [Mentalvårdspatienten i tiden]. Kanava 2, 1996:77-78 <http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/selvitys/alanen.htm> (14.01.2010)
- 54) Social- och hälsovårdsministeriet. Mästo-hankkeen toimintaohjelma 2008-2011. [Verksamhetsplan för Mästo-projektet 2008-2011] Rapporter 2008:41. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2008.
- 55) Sundström R, Kilkku N. Mielenterveyspalvelut muutoksessa, muuttuvatko käytännöt? Asiakaslähtöisen palveluohjauksen kehittäminen. [Mentalvårdstjänster i förändring, förändras praxis? Utveckling av en klientnära styrning av tjänster] Sairaanhoidaja-lehti 2004:10  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10\\_2004/muut\\_artikkelit/mielen­terveyspalvelut\\_muutoksess/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2004/muut_artikkelit/mielen­terveyspalvelut_muutoksess/) (21.04.2010)
- 56) Hastrup A, Toikka S, Solantaus T. Ennaltaehkäisevä mielen­terveystyö perustason työssä. Vavu-hankkeen loppuraportti. [Förebyggande mentalvårdsarbete på basnivå. Vavu-projektets slutrapport] Stakes Aiheita 2005:8  
<http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/CED9EAB7-DA23-44A2-A151-F1C75D2BCB48/0/vavu.pdf> (21.04.2010)

- 57) Familj och barn i samspel. <http://info.stakes.fi/toimivaperhe/SV/index.htm> (21.04.2010)
- 58) Time Out! –Livet på rätt spår. Stakes <http://info.stakes.fi/aikalisa/SV/index.htm> (21.04.2010)
- 59) Salo M. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteena [Brukarutvärdering av mänskliga rättigheter i mental- och missbrukarvårdens anstalter]. Raportti 22/2010. Helsingfors: THL Institutet för hälsa och välfärd. [http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/DDAAFD9B-BEA0-44F0-8AF6-E51F56371CE5/0/ITHACA\\_hankkeen\\_Suomen\\_Raportti\\_2010.pdf](http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/DDAAFD9B-BEA0-44F0-8AF6-E51F56371CE5/0/ITHACA_hankkeen_Suomen_Raportti_2010.pdf) (21.03.2011)
- 60) Pylkkänen K, Pöllänen R, Upanne M (red.). Psykoterapia Suomessa [Psykoterapi i Finland]. Stakes oppaita 29. Helsingfors: Stakes, 1995.
- 61) Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry:n lausunto terveydenhuoltolakiehdotuksesta 7.11.2008. [Hälsosocialarbetare rf:s utlåtande angående förslaget till hälsovårdslag 7.11.2008] Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry [http://www.talentia.fi/files/4881\\_THSOSkannanottoterveydenhuoltolakiin.doc](http://www.talentia.fi/files/4881_THSOSkannanottoterveydenhuoltolakiin.doc) (21.12.2009)
- 62) Aalto I, Kiljala S (red.). Toisin tehden - uusia tuulia mielenterveystyöhön. [Nya vindar för mentalvårdsarbetet] Helsingfors: Centralförbundet för mental hälsa 2001.
- 63) Mansikkavuori A. Miksi psykiatrilla on aina kiire? [Varför har psykiatern alltid bråttom?] Netti-helmi, 21.3.2007, [http://www.mielenterveyshelmi.fi/?netti-helmi\\_62](http://www.mielenterveyshelmi.fi/?netti-helmi_62) (25.01.2010)
- 64) Ritschkoff J, Vataja R. Sähköhoitoa ei saa unohtaa [ECT-behandling får inte glömmas]. Duodecim 2009;125(5):480-1.
- 65) God medicinsk praxis rekommendationer. Läkarföreningen Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/hemsida> (19.04.2010)
- 66) Talvitie V, Skoglund R. Selittääkö biologinen psykiatria oireet tieteellisemmin kuin psykologinen? [Förklarar den biologiska psykiatrien symptom mera vetenskapligt än den psykologiska?] Duodecim 2010;126:49-54.
- 67) Ahola T, Laine S. Ihmisenä ihmiselle, vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujalle. [Kamratstödet betydelse för rehabiliteringsklienter] Lahden ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö, hoitotyön koulutusohjelma, 2009. [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3089/Ahola\\_Tanja.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3089/Ahola_Tanja.pdf?sequence=1) (18.01.2010)
- 68) Saikku P. Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia. [Klientsamarbete enligt den nya lagen? Utvärdering av klientsamarbetet inom rehabiliteringen] Social- och hälsovårdsministeriet. Rapporter 2006:47 <http://pre20090115.stm.fi/pr1157525940524/passthru.pdf> (21.04.2010)

- 69) Hyvönen S. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä, tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä [Flerdimensionellt och multidisciplinärt samarbete i föränderliga omständigheter, forskning om mentalvårdsarbete inom primärhälsovården]. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 373. Tammerfors: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 2004. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6054-5.pdf> (21.04.2010)
- 70) Ahokas P. Moniammatillinen yhteistyö Leppävaaran pitkäaikaisen mielenterveysasiakkaan palveluketjussa. [Multidisciplinärt samarbete i servicekedjan för kroniska mentalvårdspatienter i Alberga] Examensarbete. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsingin Alppikadun yksikkö, 2001. [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Helsinki2001/AhokasPinja-Maaria2001.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2001/AhokasPinja-Maaria2001.pdf) (4.01.2010)
- 71) Arnkil R, Karjalainen V, Saikku P, Spangar T, Pitkänen S. Työvoimatoimistot ja työvoimanpalvelukeskukset tänään ja huomenna, Väliraportti Suomen työvoimapolkujen uudistuksesta. [Arbetskraftsbyråer och servicecenter för arbetskraften idag och imorgon, Mellanrapport om förnyelsen av Finlands arbetskraftstjänster] Työhallinnon julkaisu 373. Helsingfors: Arbetsministeriet 2007. [http://www.mol.fi/mol/fi/99\\_pdf/fi/06\\_tyoministerio/06\\_julkaisut/07\\_julkaisu/thj373.pdf](http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/07_julkaisu/thj373.pdf) (21.04.2010)
- 72) Kärkkäinen J. Onnistuuko psykiatrian yhdentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? [Lyckas integrationen av psykiatri i det somatiska vårdsystemet?] Tutkimuksia 138. Helsingfors: Stakes, 2004.
- 73) Tuulari J, Aromaa E, Herberts K, Wahlbeck K. Pohjalainen masennus ja hakeutuminen hoitoon [Österbottnisk depression och att söka behandling]. Finlands läkartidning 2007;61:790-1.
- 74) Wahlbeck K, Pirkola S. Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? [Är det tid att stänga de psykiatriska sjukhusen?] I boken: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta [Forskartalturer om hälso- och sjukvården]. Helsingfors: Stakes, 2008.
- 75) Junttila H. Sosiaalinen yritystoiminta floppasi. [Den sociala företagsverksamheten floppade] Talouselämä 19.12.2005. <http://www.talouselama.fi/uutiset/article166712.ece> (26.01.2010)
- 76) Sohlman B, Pirkola S, Wahlbeck K. Psykiatrisen sairaalahoidon lyhenemisen yhteys hoidonjälkeisiin itsemurhiin [Sambandet mellan kortare behandlingsperioder på psykiatriska sjukhus och självmord efter vårdperioden]. Duodecim 2006;122:819-25.
- 77) Pirkola S, Sohlman B, Heilä H, Wahlbeck K. Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: A nationwide register study in Finland. Psychiatric Services 2007;58(6):879-80.
- 78) Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. Lancet 2009;373:147-53.

- 79) Salokangas R, Helminen M, Koivisto A-M, Rantanen H, Oja H, Pirkola S, Wahlbeck K, Joukamaa M. Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus sairaanhoitopiireittäin [Schizofrenipatienters mortalitet enligt sjukvårdsdistrikt]. *Finlands läkartidning* 2008;61(44):3759-66.
- 80) Aromaa E, Tuulari J, Herberts K, Wahlbeck K. Pohjalaisen väestön suhtautuminen masennukseen ja mielen hoitamiseen [Österbottningarnas inställning till depression och vård av psyke]. *Finlands läkartidning* 2007;61(8):788–789.

## 4. Norge

---

### **Fra reformintensjon til praksis Reformer for psykisk helse i Norge 1990-2010**

**Frode Larsen, Per Inge Langeng, Torleif Ruud**

## 4.1 Policynivå

Gjennom den statlige styringen av helsetjenestene har tanken om regionalisering, desentralisering og nivådifferensiering vært et tema siden midten av 1970-tallet. På slutten av 1990-tallet konstaterte man at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser fortsatt er utilfredstillende. Dette ga støtet til en "Opptappingsplan for psykisk helse" i tiden 1999-2008 med en økonomisk ramme på 24 mrd. NOK. Fremme av psykisk helse var et sentralt element, samt økt brukermedvirkning. Ansvaret for gjennomføringen ble lagt dels på kommunene, dels på spesialisthelsetjenesten ved fylkeskommunene – fra 2002 på de statlige regionale helseforetakene. Begge nivå ble tildelt statlige øremerkede midler til arbeidet. To målgrupper ble særskilt pekt ut: "mennesker med alvorlige, sammensatte og langvarige psykiske lidelser, og barn og ungdom med vekt på forebyggende tiltak." Opptappingsplanen bygde på fire hovedprinsipper: desentralisering, likeverd, kvalitet og brukermedvirkning. Planen definerte en rekke kvantitative måltall for døgnplasser, polikliniske konsultasjoner, nye stillinger m.v.

### Reformenens intensjoner

Allerede i midten av 1970-årene ble tanken om et *regionalisert helsevesen* lansert i Stortingsmelding nr.9 (St.meld.nr.9 (1974-75) (1). Samtidig skulle man innføre en nivådifferensiering der ansvaret for pasienter med psykiske lidelser skulle deles mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Denne nivådifferensieringen ble ytterligere utdypet i St.meld. nr.23 (1977-78) (2). Tiltak rettet inn mot pasienter med psykiske lidelser skulle forankres i den enkeltes lokalmiljø og så langt som mulig ikke være tilknyttet spesialinstitusjoner og institusjonsopphold. I St.meld. nr. 37 (1992-93) (3) understrekes på ny desentraliseringen av tilbudene og behovet for samarbeid mellom tjenestenivåene. I Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og helsetilbudene" konstaterer Helse og omsorgsdepartementet at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser fortsatt er utilfredstillende (St.meld.nr. 25 (1996-97) (4).

- Det er for liten kapasitet i tilbudene til pasienter med psykiske lidelser
- Det er for dårlig utbygde tjenester i mange kommuner
- Det er for få tilgjengelige behandlingsplasser i sikkerhetsavdelinger og på psykiatriske sykehus
- Det er for høye terskler for pasientene og for vanskelig å slippe til
- Det går for lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn
- Det er for dårlig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus
- Det er for mange pasienter som blir skrevet ut for tidlig
- Det er for dårlig kvalitetssikring av tjenestene

Mye av tankegodset ble nedfelt allerede i "Handlingsplan for psykisk helsevern og mental helse 1990-95". Hovedintensjonene i denne planen var å styrke det forbyggende arbeidet og å gjøre tjenestene mer tilgjengelige, samt å øke rekrutteringen av kvalifisert personell, tilpasse tjenestene til pasientenes behov og å gi pasienter og pårørende større innflytelse. Stortingsmeldingen representerte slik sett ikke noe brudd med tidligere tenkning, men var en mer systematisk gjennomgang av problemfeltet i sin fulle bredde. Pasientenes behov ble satt i forgrunnen og tjenestetilbudet på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå skulle ha dette som utgangspunkt.

Stortingsmelding nr. 25 (4) ble lagt fram for Stortinget i 1997. Til grunn for meldingen la Regjeringen følgende overordnede prinsipper:

- Forbygging der dette er mulig, og i hvert fall søke å påvirke forløp og alvorlighetsgrad og konsekvenser
- Ansvar for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten
- Pasienten først – brukernes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis, ut fra et helhetlig menneskesyn
- Mest mulig frivillighet – behandlingen må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former
- Mest mulig normalt liv – velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet, gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv

Denne reformen som har gått under navnet: "Opptappingsplan for psykisk helse" (Opptappingsplanen) hadde opprinnelig et tidsformat på 8 år (1999-2006). Den ble senere forlenget med 2 år – ut 2008. Stortingsmelding 63 (1997-98) "Om Opptappingsplan for psykisk helse" beskriver Opptappingsplanens mål og økonomiske rammer (5). Den beskriver intensjonene overveiende i sosiale termer. På mange måter er dette en plan *for* psykisk helse og *ikke for behandling* av psykisk lidelse.

Opptappingsplanen har en klar intensjon om mindre bruk av både tvangsinnleggelser og tvangsmidler, men avveiningen i denne problematikken er imidlertid lite diskutert i planen.

Opptappingsplanen har et sterkt fokus på brukerne (pasienter og pårørende). Brukermedvirkning både i utformingen av individuelle opplegg, og medvirkning på utforming av tjenestene på kommunalt og fylkeskommunalt nivå vektlegges.

Forbyggende arbeid er også et sentralt punkt i Opptappingsplanen; spesielt påpekes kommunenes ansvar for dette og spesielt i arbeidet med barn og unge.

Fremme av psykisk helse ligger implisitt i planens intensjoner, men konkretiseres lite. Målsetningen er at flest mulig med psykiske problemer skal bo i sin hjemmekommune, som vurderes til å gi den enkelte økt livskvalitet og derigjennom også bedre psykisk helse.

Opptappingsplanen for psykisk helse var en omfattende reform, ikke minst økonomisk. Stortinget vedtok at i løpet av 8 år skulle 24 milliarder – hvorav 6 milliarder til investeringer – brukes til styrking av psykisk helsearbeid i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet gav Norges Forskningsråd i oppdrag å gjøre en følgevaluering av Opptappingsplanen. Her opprettet man en styringsgruppe som i samarbeid med Helsedirektoratet formulerte problemstillinger som man ønsket belyst. Det ble gjennomført 20 delprosjekter, som ble skrevet sammen i en sammenfattende sluttrapport (6).

### **Reformens relasjon til andre politiske områder**

Omtrent på samme tid som vedtaket om Opptappingsplanen for psykisk helse ble det gjennomført en omlegging av det generelle tilbudet fra allmennlegene i kommunene – fastlegereformen. (St.meld. 23 (1996-1997) (7)). Hver allmennpraktiserende lege skulle ha en liste over pasienter som var deres spesifikke ansvar. Dette skulle sikre kontinuitet i utredning og

behandling, og bedre og sikre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og den allmennpraktiserende lege om den enkelte pasient.

Ved Opptrappingsplanens start hadde fylkeskommunene ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Fra januar 2002 ble dette ansvaret gjort statlig og administrert gjennom fem regionale helseforetak (Lov 15 juni 2001 nr. 93 helseforetak mm) (8). Dette endret ikke de statlige intensjoner med eller opplegg for Opptrappingsplanen, men endret ansvaret for gjennomføringen av spesialisthelsetjenstedelen av planen fra fylkeskommunene til helseforetakene; - både de fem regionale og hvert enkelt foretak (sykehusområde).

Styringsmekanismene for spesialisthelsetjenestene endret seg ved denne "sykehusreformen". De fem regionale helseforetakene (fra 2009 fire helseforetak) ble delegert styringen av spesialisthelsetjenesten og fikk et "sørge for ansvar" for disse tjenestene, mens de statlige organene Helse og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet og Helsetilsynet fikk et "følge med ansvar". Helsedirektoratet har ansvar for å omsette departementet helsepolitiske målsetninger i faglige retningslinjer. Det har blitt gjort blant annet gjennom utgivelse av faglige veiledere (9,10,11,12,13,14). Helsetilsynet har tilsynsansvar for utøvelsen av tjenestene. Styringen av driften av tjenestene er nå lagt til de regionale helseforetakene som styrer dette gjennom budsjettbrev til sine helseforetak (sykehus) og derfra til de enkelte spesialisthelsetjenestene. Slik har den faglige og økonomiske styringen blitt skilt på en mer uttalt måte enn tidligere. Det er liten tvil om at den økonomisk styringen har fått en mer overordnet førende rolle.

Opptrappingsplanen hadde en klar intensjon om at de tilførte ressursene (stillingene) i kommunene skulle spres på de forskjellige instansene som kunne komme i kontakt med mennesker med psykiske problemer. Dette kan sees som en allminneliggjøring av psykisk helseproblematikk.

Minskning av ulikheter i helsetjenester til forskjellige grupper av befolkningen tas ikke opp direkte, men må sies å ligge implisitt i planen ("alle har lik rett til helsehjelp"). Enkelte grupper nevnes særskilt: innsatte i fengsel, særlig vanskelige og farlige sinnslidende, innvandrere/flyktninger/asylsøkere, rusmiddelmisbrukere, psykisk utviklingshemmete med psykiske lidelser og tilrettelegging av tjenester til den samiske befolkningen.

Rehabilitering med målsetning om deltagelse i arbeidslivet er påpekt som et viktig punkt i det helsefremmende arbeidet for mennesker med psykiske problemer. Samarbeid om dette med sosial- og arbeidsetaten (NAV) betones.

### **Om sosialtjenesten i Norge**

Fattigloven av 1845 hadde ført til en demokratisering og kommunalisering av hjelpen overfor de svakere stilte i samfunnet, hvor embetsmenn og presteskapet ble erstattet av lekfolk gjennom lokale folkevalgte organer. Langt inn i moderne etterkrigstid var fattiglovgivningen den viktigste offentlige ordningen for å bøte på virkningene etter inntektsbortfall, sykdom mv (15).

Da Lov om sosial omsorg ble innført i 1964, endret fattigforsorgen karakter. Norge hadde innført universielle og rettighetsbaserte velferdsordninger gjennom Folketrygden. Det var en utbredt oppfatning at fattigdommen snart var overvunnet gjennom generell økonomisk vekst og gode

velferdsordninger. Samtidig rådet en sterk behandlingsoptimisme der kunnskap båret fram av nye yrkesgrupper med tilpasset kompetanse skulle løse nye oppgaver og utfordringer i velferdsstaten. Industrialisering og urbanisering skapte nye utfordringer med psykiske problemer, familieproblemer, asosialitet, kriminalitet og rusproblemer. De som falt utenfor de rettighetsbaserte ordningene ble ikke lenger ansett som et fattigdomsproblem, men mennesker med behov for moderne sosial behandling. Den nye plattformen i Lov om sosial omsorg ble derfor attføring og "hjelp til selvhjelp" der de nye hjelpeformene var råd, veiledning og sosial behandling. Det faglige hjelpetilbudet skulle baseres på et helhetssyn der problemet ikke bare skulle belyses ut fra individet, men i lys av familiesituasjonen generelt ("familiebehandling"). Det trengtes kvalifisert personell for å utføre dette arbeidet. Fattigforsorgen ble derfor endret til en profesjonalisert sosialfaglig tjeneste som gradvis erstattet lekfolks folkelig kompetanse (15).

Lov om sosial omsorg ble erstattet av Lov om sosiale tjenester i 1993 (16). De viktigste intensjonene i Lov om sosial omsorg ble videreført. Sosialtjenesten skulle fortsatt utgjøre siste sikkerhetsnett og bistå med hjelp til selvhjelp. Men det skjedde en dreining av det sosiale behandlingsmandatet i tjenesten. Det ble et sterkere normativt aspekt i loven ved at bestemmelsen om "arbeid for sosialhjelp" (arbeidslinjen) gir adgang til å stille vilkår om at sosialhjelpsmottakere må utføre kommunale tilrettelagte arbeidsoppgaver når de mottar økonomisk sosialhjelp. Behandlingsprinsippet suppleres derfor med et tydeligere attføringsmandat, som også førte til en spesialisering av den sosiale behandlingen. Det ble en sterkere prioritering av arbeidsrehabilitering ved at kommunene i stor grad oppretter tiltaksapparater for å bidra til økt arbeidsevne og selvforsørgelse blant stønadsmottakerne. Prøving av søkers arbeidsevne står derfor sterkere i sosialtjenesteloven av 1993, hvor søker først skal utnytte alle andre muligheter og hjelpeordninger før stønad ytes. Dette ble kimen til flere nasjonale forsøk på området gjennom et tettere samarbeid mellom sosialtjenesten og arbeidsmarkedsetaten, som etter hvert utgjorde et viktig grunnlag for NAV-reformen i Norge.

Ny Lov om sosiale tjenester i Arbeids- og velferdsforvaltningen trådte i kraft 1. januar 2010 for å støtte opp under NAV-reformens mål og intensjoner, men er stort sett en videreføring av gjeldende rett innenfor de kommunale sosiale tjenestene.

### **Brukerne i sosialtjenesten**

I 2008 mottok 2 % av befolkningen i Norge sosialhjelp (109 300 innbyggere) mens 5 % lever i husholdinger som i løpet av året mottar sosialhjelp. I disse husstandene bor det 58 138 barn. Det er relativt flest sosialhjelpsmottakere i alderen 18 – 24 år (21 %) og 28 % er innvandrere eller har innvandrerforeldre. Gjennomsnittlig stønadstid var 5,2 måneder. En stor andel av sosialhjelpsmottakerne mottar også uføretrygd (13 %) og må supplere denne med sosialhjelp. En stor andel er kottidsmottakere hvor 37 % mottar stønad mindre enn 3 måneder.

Rundt 40 % mottok stønad sammenhengende i mer enn seks måneder. Undersøkelser viser at langtidsmottakere av sosialhjelp har svært ulike forutsetninger for å kunne tiltre et arbeidsmarked. Som gruppe er de overrepresentert med livsbetingelser som svekker deres generelle muligheter for arbeidslivstilknytning (17).

Om lag halvparten har så dårlig helse at det går utover evnen til å fungere i hverdagen. 58 % av langtidsmottakerne rapporterer om høy utbredelse av psykiske plager. Mange av langtidsmottakerne kjennetegnes også av liten sosial kapital; de har liten tillit til omgivelsene,

begrenset med sosialt nettverk, og de deltar i langt mindre grad i sosiale aktiviteter som kunne styrke mulighetene for å tilføre dem ressurser. Mange har også rusproblemer og det rapporteres om oppvekstproblemer.

Langtidsmottakere av sosialhjelp er en viktig målgruppe for bekjempelse av fattigdom i Norge. I 2007 innførte regjeringen kvalifiseringsprogrammet som skal bistå med individuelt tilrettelagt hjelp tilpasset de hjelpebehov som er avdekket gjennom ovenstående undersøkelse.

### **Samhandlingsreformen**

2009 fremmet regjeringen et forslag om en "Samhandlingsreform". Hensikten er å øke samarbeidet mellom aktørene både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenesten. Denne reformen er i 2010 fremlagt for Stortinget og vil antagelig bli vedtatt.

### **Reformens målgrupper**

Opptrappingsplanens ene sentrale målgruppe var "mennesker med alvorlige, sammensatte og langvarige psykiske problemer". Fortolkningen av dette har vært pasienter med langvarige psykotiske tilstander og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Mennesker med rusproblemer i tillegg til det forannevnte har under opptrappingsplanen blitt sett på som en viktig målgruppe.

Barn og unge var den andre prioriterte gruppen i Opptrappingsplanen. Det ble lagt opp til en betydelig styrkning av spesialisthelsetjenesten gjennom Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Særlig ønsket en å styrke det kommunale helsearbeidet for barn og unge, - både ved å styrke det psykiske helsearbeidet direkte, og ved å øke innsats og kompetanse hos helsesøstre og skolehelsetjenesten. Det forbyggende arbeidet ble prioritert for alle alderstrinn i barne- og ungdomsbefolkningen. Samtidig ønsket man en økt produktivitet i BUP med økt inntak av pasienter med angst og depresjon. Disse intensjonene står ikke mot hverandre. Prioriteringen av mennesker med langvarige, sammensatte og alvorlige psykiske problemer og det samtidige budskap om økt kapasitet for flere pasienter med psykiske lidelser (angst, depresjon) er utmerkete intensjoner, men kan skape et kapasitetsproblem med nye prioriteringsproblemer (6).

Hovedaktørene i arbeidet med disse gruppene defineres i Opptrappingsplanen som det kommunale nivået (psykiske helsearbeid i kommunen) og DPS-strukturen og BUP-systemet på spesialisthelsetjeneste nivå (DPS= Distrikts psykiatrisk senter= tilnærmet "Community Mental Health Center"). Norge har 75 slike DPS. Begge disse instansene pålegges å utvikle et formalisert samarbeid; både om enkeltpasienter og om tjenestetilbudet generelt med det kommunale nivået.

### **Reformens styringsformer**

Opptrappingsplanens styringsformer har i alt vesentlig vært av økonomisk og organisatorisk art. Kvantitativt dreier det seg om en betydelig ressursøkning (24 mrd NOK) som i hovedsak har blitt rettet mot kommunene som øremerkete midler og mot DPS og BUP på spesialistnivå. Planen definerer en rekke måltall for døgnplasser, polikliniske konsultasjoner, nye stillinger og krav til utdanning. Spesifikke krav til tjenestenes innhold ble ikke definert. Opptrappingsplanen er derfor primært en plan for styrking av infrastruktur og rammebetingelsene til det psykiatriske helsetilbudet snarere enn en styrkning av behandlingstilbudets innhold og kvalitet.

Det har i samme periode vært en revisjon av lovverket (Psykisk helsevernloven 1999, med endringer i 2007) (18). Dette er ikke en del av Opptrappingsplanen, men en del intensjoner faller sammen, særlig om pasientrettigheter og innstramming i kriteriene for bruk av tvang.

Den ideologiske påvirkningen har i første rekke vært en betoning av psykisk helse mer enn psykisk sykdom. Det kan sees som et ledd i arbeidet med å avstigmatisere psykisk sykdom. Et bærende ideologisk element er at flest mulig med psykiske problemer skulle behandles og få omsorg i sitt nærmiljø – kommunen. Opptrappingsplanen har i liten grad beskjeftiget seg med diagnostiske betraktninger eller atferdsmessige implikasjoner av ideologien.

## **4.2 Servicesystemet**

Flere lover har betydning for pasienter med psykiske lidelser: Psykisk helsevernloven, kommunehelsetjenesteloven, helseforetaksloven, pasientrettighetsloven og lov om sosiale tjenester. Psykisk helsevernloven omhandler pasienter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, de andre er generelle for alle innbyggere. Ansvar for tjenestene er lagt til kommunene og de statlige regionale helseforetakene (fra 2002). I kommunene skal det opprettes "et psykisk helsearbeid" i hovedsak med ønsket bemanning av sykepleiere og sosionomer. Fastlegenes rolle var lite utarbeidet. Innen spesialisthelsetjenesten ble det lagt opp til en betydelig utbygging og styrking av distriktpsikiatriske sentre (DPS) med poliklinikk, døgneheter, dagenheter og mobile team. Tilsvarende utbygging ble gjort av barne og ungdomspsykiatriske enheter (BUP). Det er meget få private institusjoner i spesialisthelsetjenesten, og disse er integrert organisatorisk og økonomisk i det offentlige tilbudet. Det er en ikke ubetydelig privat spesialistpraksis, vesentlig konsentrert i det sentrale Østlandsområdet. Psykiatriske enheter har en varierende geografisk tilknytning til somatiske sykehus. DPS/BUP er vanligvis uten slik geografisk tilknytning, mens akuttavdelinger vanligvis ligger på somatiske sykehus. Organisatorisk er psykiatrisk spesialisthelsetjeneste en del av et helseforetak, oftest som en egen divisjon. De viktigste brukeerorganisasjonene er Mental Helse Norge, Landsforeningen for pårørende til pasienter i psykiatrien (LPP) og Voksne for barn. Det er brukerutvalg i alle helseforetak og brukerrepresentant i alle psykiatriske kontrollkommisjoner.

### **Lovverket**

Følgende lover er av betydning for våre målgrupper:

- Psykisk helsevernloven (Lov 2 juli 1999 nr.62 med revisjoner av 2006 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern) (18)
- Kommunalhelsetjenesteloven (Lov 19 november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene) (19)
- Lov om sosiale tjenester (Lov 13 desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester mv) (16)
- Barnevernloven (Lov av 17 juli 1992 nr.100 om barneverntjenester) (20)
- Pasientrettighetsloven (Lov 2 juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter) (21)
- Helseforetaksloven (Lov 15 juni 2001 nr. 93 helseforetak mm) (8)
- Spesialisthelsetjenesteloven (Lov av 2.juli 1999 om spesialisthelsetjenesten med mer (22)

Av disse lovene er det kun Psykisk helsevernloven som bare retter seg mot pasienter med psykiske lidelser. De andre inkluderer dem med psykiske lidelser på linje med resten av befolkningen. Kommunalhelsetjenesteloven er spesielt viktig for gjennomføringen av Opptrappingsplanen. Etter denne loven har kommunene plikt til å sørge for nødvendig

helsetjeneste til alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Den kommunale helsetjeneste skal fremme folkehelse, trivsel og miljømessige forhold, og den skal forbygge og behandle sykdom, skade eller lyte.

Sammen med lov om sosiale tjenester og barnevernloven gir kommunehelsetjenesteloven kommunene ansvar for å yte helse- og sosialtjenester til mennesker med psykiske lidelser på linje med alle andre. Dette var viktig for å kunne legge vesentlige deler av behandling og omsorg for mennesker med psykiske lidelser til kommunalt nivå. Dette er et rammelovverk som i liten grad detaljregulerer forhold som spesielt gjelder mennesker med psykiske lidelser.

Psykisk helsevernloven er imidlertid spesifikk i forhold til målgruppen: mennesker med psykiske lidelser. Den omfatter kun personer som mottar et tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Loven regulerer forhold omkring innleggelser, tvangsbruk og klageadgang. I en lovrevisjon i 2006 ble spesielt kravene ved tvangsinnleggelser og bruk av tvang i behandling skjerpet. I motsetning til den tidligere loven (1961) går nåværende lov bort fra å lovfeste hvilke type institusjoner og enheter som skal bygges opp. Dette ble gjort for å lette mulighetene for en desentralisering av tjenestene og gi rom for en fortsatt deinstitusjonalisering.

Fylkeskommunene – fra 2002 de regionale helseforetakene – har slik stått relativt fritt når det gjelder utformingen av spesialisthelsetjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Det har likevel vært noen klare føringer; utbygging av DPS med stor økning i poliklinisk kapasitet, økning av døgnplasser ved DPS, dagbehandlingstilbud og oppretting av mobile team. Under siste halvdel av Opptappingsplanen ble DPS-ene pålagt å etablere mobile akutteam innen avslutningen av Opptappingsplanen ved utgangen av 2008. I løpet av 2009 har myndighetene også tatt et initiativ til etablering av ACT-team (Assertive Community Treatment) ved å lyse ut økonomisk støtte i inntil 5 år til steder som etablerer slike team.

### **Ansvar for tjenestene**

Dels er kommunene ansvarlig for helse- og sosialtjeneste til alle sine innbyggere, og for spesialisthelsetjenesten er nå (etter 2002) staten ved de regionale helseforetakene ansvarlig.

Når det gjelder arbeidsfordelingen representerer Opptappingsplanen en nyorientering.

Pasienter med psykiske problemer skulle ha sin primære tilknytning til helsetjenesten i sin kommune, inkludert det psykiske helsearbeidet. Norge har vel 430 kommuner. Svært mange er små kommuner (mer enn 50% har færre enn 5000 innbyggere) (6). Muligheten for interkommunalt samarbeid ble påpekt fra Opptappingsplanen, men uten pålegg om formalisering av dette.

Fastlegenes funksjon er lite nevnt i Opptappingsplanen, noe som har blitt kritisert, siden fastlegene har en sentral rolle i helsearbeidet og det psykisk helsearbeidet i kommunene.

Kommunene skal få veiledning, støtte og hjelp i det psykiske helsearbeidet fra spesialisthelsetjenesten ved et utbygd og styrket DPS-system. DPS-ene skulle få økt sin generelle bemanning og døgnkapasitet og skal kunne tilby døgnplass på et tidlig stadium ved forverring av psykisk helse, og samtidig ha døgnplasser for rehabilitering nær det miljøet pasienten skulle bringes tilbake til. Samarbeidet mellom nivåene skulle formaliseres og prioriteres.

Sykehusnivået i spesialisthelsetjenesten skulle beholde sin døgnkapasitet, men endre sin funksjon ved en spesialisering av tjenestene. Man skulle slik tilby opplegg for pasienter med spesielt alvorlig eller komplisert problematikk. Det ble lagt opp til en økning i døgnplasser til personer som har blitt dømt til psykiatrisk behandling.

På spesialistnivå eksisterer det formelt en liten privat tjenesteproduksjon. I tillegg til en landsdekkende spesialisert institusjon (Modum Bads Nervesanatorium), er det noen få private institusjoner som er funksjonelt implementert i de regionale helseforetakenes organisasjon gjennom avtaler, og som finansieres via disse på linje med den statlige psykiatriske spesialisthelsetjenesten. I tillegg er en del private spesialistpraksiser i hovedsak offentlig finansiert gjennom tilknytning til de regionale helseforetakene.

På det kommunale nivået er det også få private aktører.

### **Service og støtteinstanser**

#### *Helsetjenestetilbudet*

Opptrappingsplanen anbefalte at medarbeiderne i det psykiske helsearbeidet i kommunene ble fordelt på de ulike enhetene i kommunen som kunne tenkes å ha relasjon til mennesker med psykiske problemer. Tanken var allminneliggjøring av psykiske vansker. Kommunene stod imidlertid fritt til hvordan de ville organisere tjenesten. Flertallet av kommuner valgte i løpet av opptrappingsplanperioden å samle personalet i denne tjenesten i én enhet for å øke kompetansen og koordineringen og for å synliggjøre tjenesten bedre.

I utgangspunktet har mennesker med psykiske problemer sin primære medisinske kontakt i kommunen med sin fastlege (primærhelsetjeneste) og sin kontakt om sosial støtte hos NAV (sammenslått sosialtjeneste og arbeidsformidling/arbeidsrehabilitering). For mennesker med alvorlige langvarige psykiske problemer med sammensatte behov for tjenester, skal det psykiske helsearbeidet i kommunen utarbeide en individuell plan for vedkommende. Det bør også opprettes en ansvarsgruppe der både det psykiske helsearbeidet, fastlegen, NAV og andre relevante instanser er representert, inkludert spesialisthelsetjenesten, normalt ved DPS. Dette er nye innslag i behandlings- og servicestrukturen. Alle i den definerte gruppen har rett til å få utarbeidet en individuell plan, men gjennomføringen er avhengig av hvilke ressurser kommunen og DPS har. En har altså krav på en plan, men ikke til gjennomføring av den. Den enkelte pasient kan avslå at det opprettes en individuelle plan for ham eller henne.

På spesialisthelsetjenestenivå var Opptrappingsplanens hovedintensjon å bygge ut DPS-ene med poliklinikk, dagbehandlingstilbud, døgntilbud ved kriser og for rehabilitering. Dette tilbudet skulle redusere presset på de psykiatriske akuttavdelingen på sykehusene, og det skulle overta noe av funksjonen til langtidsavdelingene på de tradisjonelle psykiatriske sykehusene. I tillegg skulle alle DPS opprette ambulante team som hadde en utadrettet virksomhet.

Enhetene innen spesialisthelsetjenesten kan ligge atskilt fra (som de fleste DPS) eller nært (de fleste akuttavdelinger) de somatiske sykehusene. Organisatorisk kan de være en del av sykehuset eller organisert sammen med det øvrige psykiske helsevernet i området. Det har vært en utvikling med sammenslåing av flere helseforetak (sykehus) til større helseforetak, der det psykiske helsevernet blir en egen organisatorisk enhet (divisjon).

Den psykiatriske service til somatiske spesialistavdelinger blir ivaretatt på varierte måte og i varierende grad. De største sykehusene har egne konsultasjons/liaison enheter. Sykehus med psykiatrisk akuttavdeling, men uten egen c/l-enhet, vil vanligvis gi ad hoc service ved behov.

Opptrappingsplanen bruker i liten grad diagnostisk terminologi, men omtaler f.eks. en prioritert gruppe som "pasienter med alvorlige lidelser og langvarige og sammensatte behov". Dette er blitt forstått som mennesker med langtids alvorlige psykotiske lidelser, spesielt schizofreni, men også bipolar lidelse med eller uten rusmisbruk. Noen alvorlige personlighetsforstyrrelser vil også kunne regnes med. De store gruppene med angst eller depressive tilstander omtales lite.

En annen høyt prioritert gruppe var barn og unge med psykiske problemer, og spesielt var man opptatt at forbyggingsperspektivet for denne gruppen.

### **NAV-reformen og de sosiale tjenestene**

Etter to større utredninger i første halvdel av 2000-tallet, vedtok et bredt flertall i Stortinget reformen Ny arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) i 2005. NAV-reformen er den største velferdspolitiske reformen i nyere tid, og innebærer at arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten slås sammen til en statsetat. Den nye statsetaten skal inngå et forpliktet og gjensidig partnerskap med deler av de kommunale sosiale tjenestene i lokale NAV-kontor. Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen regulerer forholdet mellom stat og kommune i NAV-kontorene. Kommunene skal som et minimum legge inn tjenester knyttet til råd og veiledning (herunder økonomisk rådgivning), økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram, individuell plan og midlertidig husvære. Kommunene har anledning til å legge inn flere tjenester i NAV-kontoret med utgangspunkt i en lokal partnerskapsavtale som inngås mellom staten og den enkelte kommune. Partnerskapet mellom stat og kommune i NAV-reformen er organisatorisk unik og ikke gjennomført i sammenlignbare velferdsstater i vestlige land.

Utgangspunktet for reformen var flerbrukeren som ofte opplevde å bli "kasteball" mellom de ulike tjenestene. "En dør" var derfor grunnlaget for reformen i dens tidlige utredningsfase. Oppmerksomheten var rettet mot brukergrupper som hadde flere hjelpebehov enn det den enkelte instans var i stand til å imøtekomme. Således var NAV-reformen i en tidlig fase grunnlagt på mindretallet av brukerne. Etter hvert ble de mer overordnede arbeids- og velferdspolitiske målsettingene mer fremtredende i utredningsarbeidene. Norge opplevde på 2000-tallet en sterk vekst i antall mennesker som sto utenfor den ordinære arbeidstyrken. Bekymringen var særlig knyttet til en voksende andel på uføretrygd. Da NAV-reformen startet opp 1. juli 2006 var hovedmålsettingene å: (1) få flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad, (2) forenkle for brukerne og tilpasse til brukernes behov og (3) få en helhetlig og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning. Per februar 2010 er det etablert NAV-kontor i 447 kommuner og bydeler, og ytterligere 10 kontorer vil bli etablert i løpet av 2010 og 2011.

Ingen NAV-kontor er like, siden kommunen i stor grad kan velge hvilke tjenester som skal inngå. En undersøkelse fra 2009 ved 380 NAV-kontorer viser at nærmere 90 % av kommunene legger inn flere tjenester enn minimumsløsningen. Dette gjelder f.eks. kommunale rustjenester (81 %), boligsosiale tjenester (77 %) og flyktningetjenester (54 %). Noen kommuner har også innlemmet psykisk helsearbeid i NAV-kontorene (11 %).

## **Brukermedvirkning**

Mental Helse Norge er den største interesseorganisasjonen for mennesker med psykiske problemer. Den driver kurs, informasjon og servicevirksomhet, men er i første rekke en interesseorganisasjon med en lobbyfunksjon overfor politikere og det statlige helsebyråkratiet. Andre store interesseorganisasjonene innen psykisk helse er Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP) og foreningen "Voksne for barn". Ellers finnes det en håndfull selvhjelpsgrupper vesentlig rettet inn mot spesifikke tilstandsbilder, spesielt angst.

Det er lagt opp til en økt brukerstyring av de kommunale dagsentrene for mennesker med psykiske lidelser. På spesialisthelsetjenestenivå skal det opprettes brukerutvalg ved alle helseforetak. Formålet er at disse utvalgene skal være med å utforme organiseringen av tjenestene innen sitt område. Dessuten skal det alltid være en brukerrepresentant ved de psykiatriske institusjonenes kontrollkommisjoner.

Sosial og Helsedirektoratet har utgitt flere veiledere for brukermedvirkning (23, 24, 25).

## **Profesjoner**

Bemanningen i det psykiske helsearbeidet i kommunene er ikke regulert. Grunnstammen tenkes å være sykepleiere (fortrinnsvis med spesialutdanning i psykiatri) og sosionomer. Disse gruppene går nå sammen i "tverrfaglig utdanning i psykisk helsearbeid" på høyskoler. Yrkesgrupper som vernepleiere og pedagoger kan også gjennomføre samme utdanning. Det arbeides for å tilsette flere psykologer i kommunene. Det psykiske helsearbeidet i kommunen forutsettes å ha et nært samarbeid med fastlegene og med helsearbeidet i skolen, inklusive den psykologiske og pedagogiske tjenesten (PPT) i skoleverket og det kommunale barnevernet.

I spesialisthelsetjenesten forutsettes et bredt tverrfaglig tjenestetilbud: spesialister i psykiatri og klinisk psykologi og utdanningskandidater i disse disiplinene, psykiatriske sykepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, fysioterapeuter (etter hvert kandidater fra den treårige tverrfaglige utdanningen i psykisk helsearbeid ved høyskolene). I det psykiske helsevernet for barn og ungdom er det spesialister i barne- og ungdomspsykiatri og bl a kliniske pedagoger i tillegg til de ovennevnte gruppene.

## **4.3 Arbeidsmetoder og samarbeidsformer**

Det er i Norge ingen prinsipiell forskjell i behandlingsideologien ved døgnbehandling og dag/poliklinisk behandling, i det den biopsykososiale modellen har en lang tradisjon i Norge. I Opptrappingsplanen er økt brukermedvirkning en uttalt målsetning. I spesialisthelsetjenesten gis DPS-strukturen en sentral plass med økt samarbeid med sykehusenes døgnavdelinger, og en ønsker å kanalisere innleggelser i sykehus via DPS. DPS/BUP er også tenkt å være det sentrale leddet mellom spesialistnivået og det psykiske helsearbeidet i kommunene. Den polikliniske aktiviteten i spesialisthelsetjenesten skal økes både for barn/ungdom og for voksne. Det psykiske helsearbeidet i kommunene styrkes også vesentlig både for barn/ungdom og for voksne. Det er ikke gitt noe pålegg om hvordan samarbeidsformene skulle gjennomføres. Et problem er den økonomiske kapasiteten for det store antall små kommuner i Norge. Det er uklart hvilken kvalitet disse kan tilby faglig til gruppen av mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Brukerne er på individnivå involvert i samarbeid om individuell plan og i ansvarsgrupper, samt på organisasjonsnivå i helseforetakenes brukerutvalg.

## **Arbeidsmetoder**

Behandlingen er i stor grad preget av den biopsykososiale modellen med en eklektisk bruk av psykofarmaka og psykoterapeutiske tilnærminger. Den sosialpsykiatriske innfallsvinkelen har lang tradisjon og er et viktig element.

Tradisjonelt har psykodynamisk orientert psykoterapi vært den ledende psykoterapeutiske retningen. Gjennom de siste 10-15 år har kognitive psykoterapeutiske behandlingsformer fått økt plass. Familieintervensjoner og behandling er også vanlig, særlig ved alvorlige psykotiske tilstander. Det har også vært en omfattende utdanning i og praktisering av gruppebehandling både i poliklinisk behandling og i døgninstitusjoner. ECT brukes relativt lite i Norge, og muligens mindre enn nyere erfaringer med denne behandlingsmetoden skulle tilsi.

I Opptrappingsplanen er økt brukermedvirkning en sentralt målsetning. En ønsker å "fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv". I Stortingsmelding 25 (1996-1997) "Åpenhet og helhet" (4) påpekes det at "økt brukermedvirkning innen helse- og sosialtjenestene er et overordnet mål". Det er en målsetning at brukere – både pasienter og pårørende – skal få økt medvirkning i utformingen av individuelle tiltak. Målet er også økt brukermedvirkning i utformingen av tjenester og tilbud både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

## **Samarbeidsformer**

### *Innen spesialisthelsetjenesten*

Fra departementet er det ikke gitt detaljerte regler om hvordan samarbeidet innen spesialisthelsetjenesten skal organiseres. Men det er et uttrykt mål at en økende andel av innleggelsene i akuttavdelingene skal skje gjennom DPS-systemet, og ikke i hovedsak via fastlegene/legevakt slik situasjonen har vært. Det pekes også på at presset på de akutte døgnplassene må ses på i en større sammenheng med et nært samarbeid mellom akuttavdelingene og DPS; både den polikliniske kapasiteten og spesielt deres bruk av egne døgnplasser. DPS' bruk av egne døgnplasser er igjen avhengig av det kommunale bo- og behandlingstilbudet til pasientene med omfattende og langvarig behov for tjenester.

Det ble forutsatt en strukturendring der plassene i tradisjonelle psykiatriske sykehjem skulle erstattes med døgnplasser ved DPS. Det var videre forutsatt at nedbyggingen av plasser ikke skulle foregå raskere enn opprettelsen av nye plasser. Det totale døgnplassnivået innen spesialisthelsetjenesten ønsket departementet forble stabilt med en liten øking i plasser for pasienter dømt til psykiatrisk behandling.

For barn og unge skulle den polikliniske kapasiteten økes i vesentlig grad på spesialisthelsetjenestenivå. En utbygging av BUP's kapasitet for å øke tilgjengeligheten, både av spesialistvurderinger og spesialistbehandling, skulle lette samarbeidet mellom kommunenivået og spesialisthelsetjenesten. Antallet fagpersoner i poliklinisk virksomhet skulle økes med 400. Man ønsket også en bedring i samarbeidet mellom BUP og barnevernet som en konsekvens av økt kapasitet i BUP-systemet.

For voksne har styrkingen av DPS-funksjonen vært det sentrale. DPS-funksjonen skulle styrkes både kvantitativt og kvalitativt. Døgnplassene skulle økes spesielt med henblikk på å ta over døgnplassfunksjonen til langtidsenhetene på de gamle psykiatriske institusjonene, i tillegg skulle

det opprettes korttidsplasser der pasienter fra kommunene kunne taes inn tidlig i en forverringsfase og før en innleggelse i en akuttavdeling ville være nødvendig.

DPS enhetene skulle utvikles til å bli det sentrale ledd i spesialisthelsetjenesten, med hovedansvar for å støtte og veilede det psykiske helsearbeidet i kommunene. Igjen skulle gruppen pasienter med omfattende og langvarig behov for tjenester prioriteres. Dette ville i første rekke bety pasienter med psykotiske tilstander, spesielt innen schizofrenispekteret, og pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser med eller uten rusproblematikk.

Både for barn og unge og for voksne skulle den polikliniske kapasiteten økes i vesentlig grad på spesialisthelsetjenestenivå. For voksne skulle polikliniske konsultasjoner økes med 50%; for barn og unge skulle antall tiltak pr. behandler økes med 50% og dekningsgraden (andel barn/unge med polikliniske tilbud) skulle økes fra 2% i 1998 til 5% i 2008.

#### *Innen det kommunale nivået*

Lov om kommunale tjenester pålegger alle kommuner å yte nødvendig helsehjelp til alle innbyggere. Dette inkluderer også helsehjelp for psykiske lidelser.

Gjennom kommunenes psykiske helsearbeid ble kommunene tildelt en sentral rolle i Opptrappingsplanens reformarbeid. I størst mulig grad skulle alle med psykiske lidelser tilbakestilles til sin hjemmekommune og ha sin primære tilknytning til helsetjenestene der. Vesentlige deler av midlene i Opptrappingsplanen gikk til personellstyrking i det kommunale apparatet. Tanken var både allminneliggjøring, forbygging og tidlig intervensjon ved nyoppstått lidelse eller forverring av kroniske tilstander. Samarbeid mellom instanser innen det kommunale helsevesenet skulle styrkes og prioriteres. Fastlegenes rolle er påpekt i planen, men liten grad utarbeidet, og kompetanseoppbyggingen for denne sentrale gruppen er ikke berørt. Opptrappingsplanen ga føringer, men intet lovpålegg om slikt samarbeid eller hvordan dette samarbeidet skulle organiseres.

For barn og unge har det fremste virkemidlet vært en styrking på personellsiden i kommunene på 1060 årsverk. Forebyggingstanken var fremherskende her.

#### *Tre viktige innholdsreformer i NAV*

NAV-reformen er organisatorisk stor og kompleks der 17.000 ansatte i stat og kommune innordnes i nye enheter. Ambisjonene i NAV-reformen er mer enn ordinær samlokalisering. Det er i tillegg en klar føring på at de tre etatenes samlede oppgaver og tilnærminger skal integreres slik at den enkelte bruker får et helhetlig oppfølgingstilbud. Hovedtilnærmingen i en slik integrasjon er å tilpasse tjenestene til den enkelte brukers behov. Integrerte og individuelt tilpassede tjenester er selve reformens kardinalpunkt for å sikre måloppnåelse (26). Hver enkelt bruker skal motta et helhetlig skreddersydd tilbud på sine velferdsbehov innenfor de tre etatenes ansvarsområder. For å imøtekomme disse intensjonene, er det vedtatt og juridisk befestet tre sentrale virkemidler.

#### *NAV-lovens §14a og arbeidsevnevurderinger*

Den juridiske forankringen av felles oppfølging i NAV, er knyttet til NAV-lovens §14a for å bygge en felles kultur og samarbeid på tvers av ansvarsområder. Loven gir den enkelte bruker rett til å få en systematisk vurdering av sine ressurser og bistandsbehov rettet mot arbeid gjennom en

behovs- og arbeidsevnevurdering. Arbeidsevnevurdering innebærer en vurdering av den enkeltes evne til å møte de krav som stilles i utførelsen av et arbeid eller deltakelse i dagliglivet. Vurderingen skal skje i samråd med bruker selv. Gjennom NAV-lovens § 14a sikres det at behovs- og arbeidsevnevurderinger inngår i et helhetlig oppfølgingsløp og at vurderingene følger en forsvarlig og systematisk metodikk. Loven skal sikre bruker forutsigbarhet og medvirkning i egen sak, og at NAV planlegger og iverksetter riktige virkemidler til rett tid.

#### *Kvalifiseringsprogrammet*

Kvalifiseringsprogrammet er det første virkemiddelet i NAV-reformen hvor kommunene og staten deler et felles ansvar. Programmet retter seg mot *”personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og som har ingen eller svært begrensede ytelser i folketrygden”*. Kvalifiseringsprogrammet er et kommunalt hjemlet ansvar, men forutsetter at staten bistår med et tilrettelagt tiltaksrepertoar. Kvalifiseringsprogrammet skal bidra til at flere i målgruppen kommer i arbeid gjennom tettere og mer forpliktende bistand og oppfølging fra arbeids- og velferdsforvaltningen, også overfor brukere der veien fram kan være relativt lang og usikker. Programmet skal være arbeidsrettet og bestå av ulike tiltak som støtter opp under og forbereder overgang til arbeid som eksempelvis arbeidsmarkedstiltak, opplæringstiltak, arbeidstrening, motivasjons- og mestringstrening og andre tiltak. Det skal settes av tid til aktiv arbeidssøking, men også medisinsk behandling, opptrening, fysisk aktivitet, egenaktivitet m.v. kan inngå i programmet. Deltakerne i kvalifiseringsprogrammet mottar en inntektslignende stønad tilsvarende 2G (1G= folketrygdens grunnbeløp) og gjelder i første omgang inntil et år med muligheter til forlengelse. Dette innebærer at ordningen er innrettet både med en relativt lang tidsmessig stønadsperiode og med bruk av et fleksibelt tiltaksrepertoar både av helsemessig, psykososial- og arbeidsrelatert innretning på både statlig og kommunalt ansvarsområde.

#### *Arbeidsavklaringspenger (AAP)*

Fra 1. mars 2010 blir det innført en ny stønad som erstatter attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad i Norge. Den nye stønaden kalles arbeidsavklaringspenger. Arbeidsavklaringspenger skal sikre deg inntekt i en overgangsperiode hvor du på grunn av sykdom eller skade har behov for arbeidsrettede tiltak, medisinsk behandling eller annen oppfølging fra NAV for å komme i arbeid.

Norske kommuner har en stor spredning både i innbyggerantall og geografisk størrelse. Over halvparten av norske kommuner har færre enn 5000 innbyggere. Dette stiller disse overfor store utfordringer, da de er pålagt å yte de samme tjenestene som de større og ofte mer økonomisk bærekraftige kommunene.

#### **Hindringer og strukturelle/faglige problemer for samarbeidet**

Den helsepolitiske ideologien om en desentralisert psykisk helsetjeneste har vært i tråd med hovedtendensen i faglig og helsepolitisk tekning i vår del av verden i de senere årtier.

Den norske Opprappingsplanen for psykisk helse har mer betonet helseaspektet enn behandling av psykisk lidelse. Det er gode grunner for dette, spesielt i forbyggingstenking.

Det har vært noe faglig bekymring for hva slags tilbud kommunene – spesielt de minste – kunne stille opp med overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Dette kan dreie seg både om faglighet og om hva slag boformer man kunne stille til rådighet. Spennvidden på det siste kan

være stor: fra bofellesskap med døgnbemanning til utleiehybler i privat hjem. Kommunene stod fritt i hvordan dette skulle organiseres. Satt på spissen var bekymringen at en del av de dårligste pasientene ville få sin primærkontakt med de psykiske helsetjenestene der det faglige tilbudet var tynnest. Den omfattende oppbyggingen innen DPS/BUP-strukturen kunne kompensere for dette. De minste og perifere DPS/BUP-enhetene har imidlertid også problemer med å skaffe seg en god nok faglig bemanning.

Styrken ved Opptrappingsplanen for psykisk helse har vært en betydelig kvantitativ satsing på feltet. Kvaliteten av behandlingen har i liten grad vært berørt. På utdannessiden har det vært en satsing på en tverrfaglig treårig utdanning i psykisk helsearbeid på høghskolenivå. Kvaliteten på denne utdannelsen, og om den varierer mellom høghskolene, vet vi lite om.

Det kan ligge en motsetning i ønsket om økt produksjon i den polikliniske behandlingen, samtidig som pasienter med sammensatte og langvarig behov for tjenester skal prioriteres. Arbeid med denne pasientgruppen vil ofte være tid- og personellkrevende og vil slå negativt ut på produksjonsmål som konsultasjoner pr behandler eller pr tidsenhet. Hvis den økonomiske bunnlinjen ensidig prioriteres, vil det kunne gå ut over den prioriterte gruppen.

#### *Brukermedvirkning.*

Det er i første rekke brukerorganisasjonene som er involvert i samarbeidsmodellene.

På systemnivå er representasjon fra brukerorganisasjonene i brukerutvalg ved helseforetakene hjemlet i helseforetaksloven §35 (8). Brukerutvalgene skal ha en aktiv medvirkning i utformingen av organiseringen og dimensjoneringen av de psykiske helsetjenestene innen foretakets opptaksområde. I de formelle samarbeidsorganer som ønskes opprettet mellom spesialisthelsetjenesten (DPS) og det psykiske helsearbeidet i kommunene er det ikke lovfestet krav om medvirkning fra brukerorganisasjoner. I utformingen av Individuell plan og opprettelsen av ansvarsgruppe for personer med omfattende og langvarig behov for tjenester skal den enkelte pasient være deltager, og når det gjelder individuell plan kan pasienten selv avgjøre om slik plan skal opprettes eller ikke. For mange i den aktuelle pasientgruppen vil både opprettelsen av individuell plan og ansvarsgruppe involvere personell både fra det psykiske helsearbeidet i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten.

#### **Rusreformen i Norge**

Tilbudet overfor rusmiddelmissbrukere i Norge har gjennomgått mange strukturelle endringer de senere årene. Denne utviklingen må sees som svar på de store endringene i både omfanget og typen rusmiddelproblemer, i faglig kompetanse og ideologi, og i samfunnets holdninger til rusmiddelbruk og misbruk.

Fram til 1993 da Lov om sosiale tjenester trådte i kraft, hadde tjenesten preg av særomsorg der en rekke tiltak ble regulert i egen edruskapslovgivning. Dette endret seg på 80-tallet da Norge fikk en ny lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner hvor den institusjonsbaserte hjelpetilbudet ble underlagt en ordinær helse- og sosialadministrasjon. Med denne endringen ble mange alkoholistinstitusjoner og tradisjonelle vernehjem enten nedlagt eller omdannet til å bli differensierte og profesjonsbaserte behandlingstilbud.

Med opprettelsen av Lov om sosiale tjenester i 1993, fikk kommunene et helhetlig behandlingsansvar overfor den enkelte rusmiddelmissbruker ved å tilrettelegge tilbud både i og utenfor

institusjon under og etter et behandlingsopplegg. Fylkeskommunen hadde fortsatt ansvaret for de å sikre alle typer institusjonelle behandlingsopplegg. Mens det tidligere var ulike hjelpe-tjenester, organisasjoner, pårørende og klienter selv som søkte om behandlingstilbud, ble henvisningene til institusjonstjenester nå regulert gjennom Lov om sosiale tjenester med innføring av en pålagt kommunal egenandel.

Med innføring av Rusreformen 1. januar 2004 ble de institusjonsbaserte tjenestene i fylkeskommunen overført til de regionale helseforetakene, herunder ansvaret for omsorgsinstitusjonene. Rusreformen i 2004 var en forlengelse av sykehusreformen i 2002 hvor de somatiske og psykiske spesialisthelsetjenestene ble underlagt fem statlige regionale helseforetak. Med Rusreformen blir rusinstitusjonene underlagt de samme juridiske, økonomiske, organisatoriske og styringsmessige rammevilkårene som de somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenestene. Samtidig ble det satt et krav om at disse skulle være tverrfaglige, og ikke en tradisjonell spesialisthelsetjeneste. Overføringen av ansvar til spesialisthelsetjenesten innebar imidlertid en klar forventning om et generell forbedring av helsetilbudet til rusmiddelmissbrukerne, særlig psykisk helsevern.

Kommunen skulle fortsatt ha ansvaret for det lokale helhetlige hjelpetilbudet rundt den enkelte rusmiddelmissbruker. De sosiale tjenestene beholdt ansvaret for henvisning til de nye tverrfaglige spesialiserte tjenestene, nå sammen med fastlegene. Med gjennomføringen av rusreformen opphørte kravet om kommunale egenandeler for institusjonsopphold, men det ble innført nye krav om egenbetaling fra klientene ved bruk av polikliniske tjenester (med frikortgrense som for andre ordinære helsetjenester).

Rusreformens formål var å styrke kvaliteten på det generelle behandlingstilbudet overfor rusmiddelmissbrukerne. Kvalitet forstås som tverrfaglige, helhetlige og individuelt tilpassede tjenestetilbud (Ot.prop nr. 50 (2002-2003)) (27). Tverrfaglige spesialisert behandling innebærer at også helsefaglige aspekter skal vektlegges på et felt som var preget av sosialfaglige tilnærminger (28). Helhetlig behandling henspeiler blant annet på at både rusmiddelmissbruk og somatiske og psykiske lidelser skal utredes og behandles samtidig. Individuell tilpasning og kontinuitet i behandlingsskjeden ansees som en viktig faktor for å oppnå gode resultater. Individuell plan ble ansett som et sentralt virkemiddel, og rutiner for varsling av overgang mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens førstelinje ble lovregulert. Den kommunale sosialtjenesten har blant annet plikt til å samarbeide med spesialisthelsetjenesten når de får et varsel om utskriving av en pasient.

#### **4.4 Reformenes resultat**

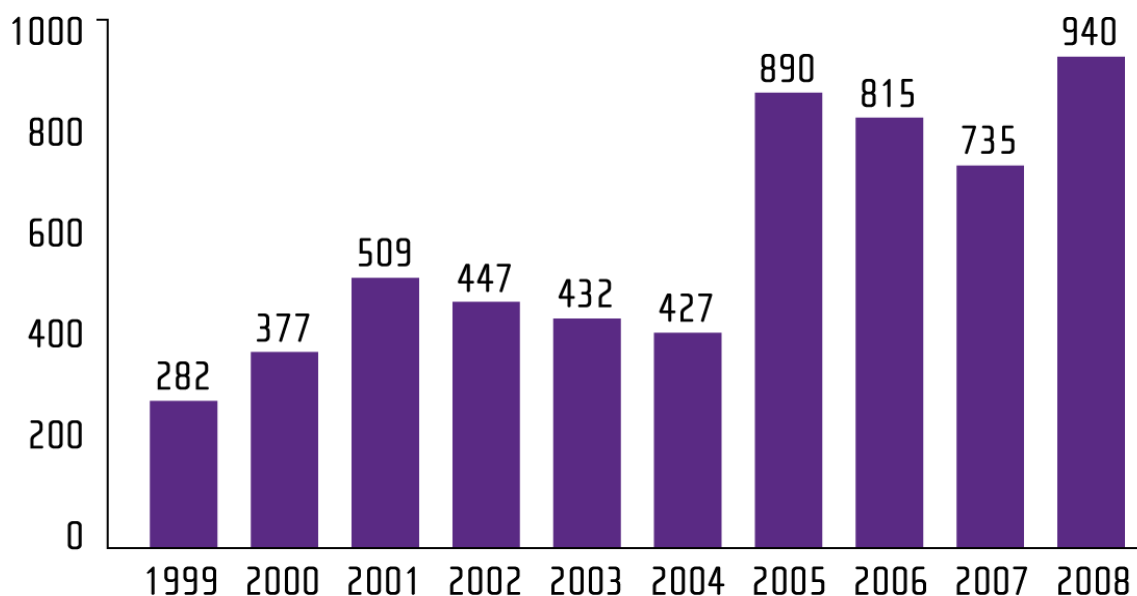
Opptrappingsplanen for psykisk helse bygger på fire hovedprinsipper: desentralisering, likeverd, kvalitet og brukermedvirkning (REF St.meld nr.25 (1996-1997)).

Styrkingen av infrastrukturen på det kommunale nivået var det mest sentrale målet i reformen. I hovedsak har man nådd de kvantitative mål som ble satt på dette feltet. For barn, unge og voksne har tilgjengeligheten til tjenesteapparatet i kommunene økt, og likeledes botilbudet i kommunene. Øremerking av de kommunale opptrappingsmidlene har vært et viktig virkemiddel for å sikre denne veksten i kommunene.

På spesialisthelsetjenestenivå har kapasiteten til BUP økt betydelig, slik at dekningsgraden er nær måltallet på 5% på landsbasis. På samme måte har DPS-kapasiteten økt for voksne med psykiske lidelser. Små og perifere BUP og DPS har imidlertid store problemer med å få adekvat dekning med spesialister, spesielt leger. Det har vært en generell økning i brukermedvirkning, både på individnivå og i noen grad på systemnivå. Det er imidlertid et stykke igjen før reformens intensjoner er oppnådd.

Ved Opptappingsplanens avslutning har man manglende kunnskap om kvaliteten/innholdet av tjenestene. Store grupper av små kommuner har hatt problemer med å få en kvalitativ god bemanning i sitt psykiske helsearbeid. Fastlegenes rolle har blitt for lite fokusert, og dette gjelder både for barn og voksne. Eldre mennesker med psykiske lidelser og pasienter med depresjon og angst blir i liten grad ivaretatt av spesialisthelsetjenesten.

**Figur 1. Årlig opptapping drift. Kommune, spesialisthelsetjenesten og statlige tiltak (millioner 2007-kroner, bortsett fra 2008-søylen som er i 2008-kroner)**



Kilde: Statsbudsjettet for 2007 (St prp 1 2006/2007 s. 165 ) fram til og med 2007-søylen. Den siste søylen, som er den eneste i 2008-kroner, er basert på St prp 1 2007/2008.

Opptappingsplanen for psykisk helse slik den er nedfelt i St.meld.nr. 25 (1996-1997) (4) bygger på fire hovedprinsipper: desentralisering, likeverd, kvalitet og brukermedvirkning.

Vi vil innledningsvis se på utviklingen eller resultatene på hvert av disse områdene.

### **Desentralisering**

Målet var at mest mulig av behandlingen skulle finne sted desentralisert, helst i pasienten hjemmekommune. Dette innbar en flytting av fokus fra de tradisjonelle psykiatriske institusjonene som skulle bygges ned. Dette er en utvikling som var godt i gang i norsk psykiatri før Opptappingsplanens start, men som denne planen forsterket ytterligere.

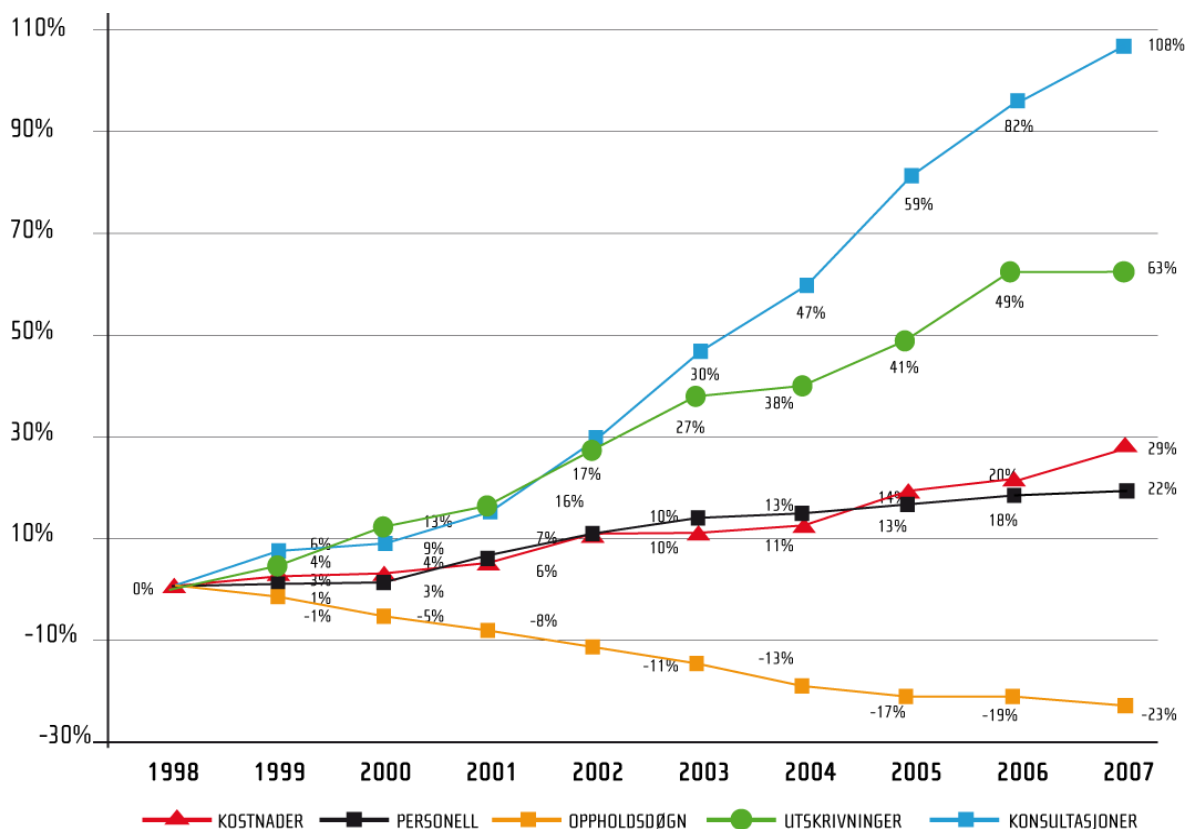
Målet var en omfordeling av døgnplasser, i første rekke fra psykiatriske sykehjem til døgnplasser ved DPS. Døgnplassantallet ved sykehus, som vesentlig besto av akutt plasser og plasser for spesialfunksjoner, skulle holdes uendret (fra 1996-nivået) med en mindre økning for

pasienter dømt til psykiatrisk behandling. Det var en forutsetning at nedbyggingen av sykehjemsplasser skulle gå langsommere enn oppbyggingen av DPS-plasser. Samtidig skulle 3.400 boliger for pasienter med psykiske lidelser bygges i kommunene.

De fleste kvantitative mål er nådd i løpet av opptrappingsplanperioden. Både døgnplasskapasiteten ved DPS og antallet kommunale boliger har nådd eller nesten nådd måltallene. Det totale antall døgnplasser innen sykehussektoren har imidlertid gått ned med om lag 13%, noe som ikke var forutsatt. Nedtrappingen av psykiatriske sykehjemsplasser har gått raskere enn antatt, og i 2008 var psykiatriske sykehjemsplasser i spesialisthelsetjenesten på det nærmeste avviklet. Den sentrale kompensasjonen for dette skulle være de kommunale boligene øremerket til pasienter med psykiske lidelser, og oppbyggingen av et kvantitativt og kvalitativt sterkt psykisk helsearbeid i kommunene. Organiseringen av de kommunale boligene har vært overlatt til kommunene selv, med ulike boligformer og grader av tilsyn.

Gitt den store heterogenitet i norske kommuner når det gjelder sosiodemografiske kjennetegn og økonomisk bæreevne, måtte et nasjonalt tjenestetilbud basert på desentralisering og likeverd by på store utfordringer når vesentlige deler av dette skulle forankres i kommunene. En side ved Opptrappingsplanen kan derfor også ses som en nasjonal satsing for å kompensere for ulikhetene i forutsetninger som er innebygget i kommunestrukturene i Norge.

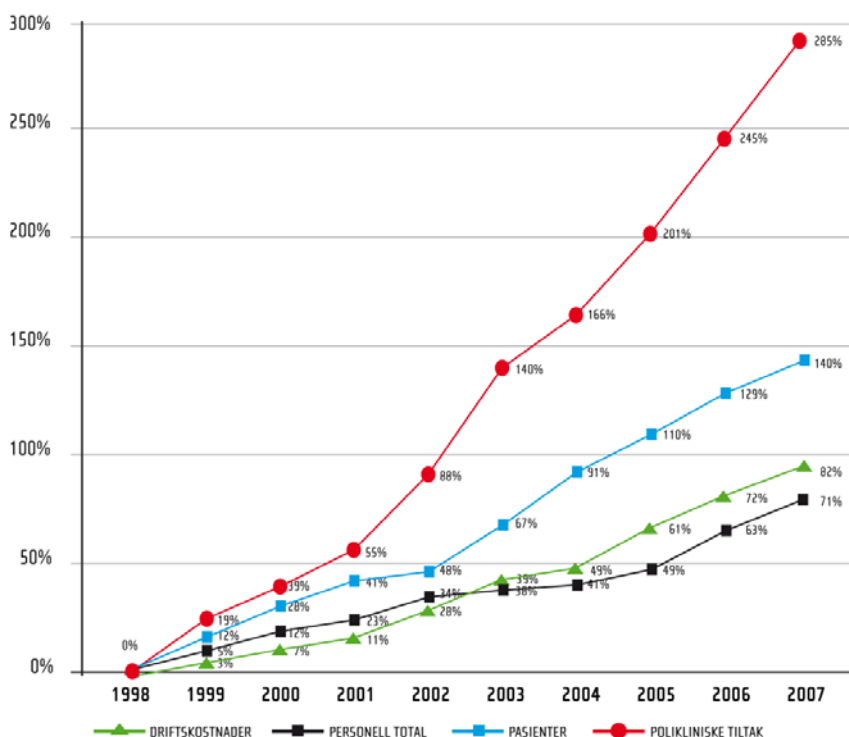
**Figur 2. Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall oppholdsdøgn og antall utskrivninger for døgnpasienter, og antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. Prosent endring i perioden 1998-2007, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.**



Kilde: Samdata Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007 2/07 s. 7

For barn og unge har utviklingen vært parallell til den for den voksne befolkningen. Det har blitt gjennomført en stor kvantitativ styrkning av personell øremerket for psykisk helsearbeid med barn og unge i kommunene og tilsvarene for BUP-enhetene. I kommunene ble helsestasjon og skolehelsetjeneste prioritert ut fra prioriteringen av forbyggende arbeid.

**Figur 3. Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall pasienter og antall polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.**



Kilde Samdata Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 2/07 s. 71

### Likeverdig tilbud

For at et desentralisert system skulle kunne gi en likeverdig tilbud, innbar Opptrappingsplanen en opprustning av det lokale tjenesteapparatet gjennom utbygging av et samordnet tjenestetilbud i den enkelte kommune hvor de enkelte tjenestene måtte koordineres for å skape en helhet, sammen med et kommunalt boligtilbud. I tillegg måtte de distriktpsykiatriske sentrene bygges ut og bemannes slik at de kunne fungere som sentrale enheter i spesialisthelsetjenesten, både på utrednings- og behandlingssiden, og som rådgivere og veiledere for det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Det psykiske helsearbeidet i kommunene har blitt betydelig styrket og har slik sett gitt en økt tilgjengelighet. Tilgang på akutte konsultasjoner hos fastlegene virker å fungere godt, men det er mer sprikende oppfatninger om fastlegenes generelle kontakt med pasienter med psykiske lidelser er godt nok tilpasset denne gruppen. Fastlegene ønsker seg mer veiledning i arbeidet med voksne pasienter i gruppen med omfattende og langvarige behov for tjenester (29, 30, 31). Klinisk dreier dette seg vel vesentlig om pasienter med rimelig stabiliserte psykotiske tilstander

eller alvorlige personlighetsforstyrrelser. I tillegg er ønsket om økt veiledning i arbeidet med barn og unge med psykiske lidelser omfattende (6).

Organiseringen av det psykiske helsearbeidet i kommunene var overlatt kommunene selv, men med en statlig føring om at de øremerkete ressursene burde spres ut i det ordinære kommunale tjenesteapparatet. De fleste norske kommuner har etablert en flat organisasjonsstruktur. I en slik struktur har en spredning av personellet i det psykiske helsearbeidet vært klart negativt for samarbeidet. Organisatorisk virker det som en egen tjeneste for psykisk helsearbeid under en større paraply av tjenester gir de beste betingelser for en god samarbeidsfunksjon. Dette har ført til bedre og mer koordinert virksomhet ikke minst i kontakten med ytre samarbeidspartnere som DPS og BUP (32).

DPS-strukturen har blitt styrket betydelig og antallet polikliniske konsultasjoner har økt langt ut over Opptappingsplanens måltall. Den faglige bredden i personellet har også økt, slik at mulighetene for differensierte behandlingsopplegg skulle være bedret. Det er imidlertid fortsatt mangel på psykiatere og kliniske psykologer på de mindre og perifere DPS. Disse DPS-ene betjener ofte små kommuner med liten økonomisk bærekraft, som på sin side også har store vansker med å skaffe seg kvalifisert personell til det psykiske helsearbeidet. Dette resulterer i et ikke optimalt faglig nivå i arbeidet med mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og det psykiske helsearbeidet i kommunene har hatt en klar økning, men det er fortsatt et stykke vei å gå før Opptappingsplanens målsetning på dette punktet er oppfylt (6).

Pasientene er jevnt over godt fornøyd med kontakten med behandlerne både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. De er mindre fornøyd med informasjonen og med samarbeidet mellom enhetene og nivåene. Dette gjelder både for voksne og for barn og unge og deres pårørende. For barn og unge hadde tilgjengeligheten økt vesentlig både til det psykiske helsearbeidet i kommunene og til BUP. Dekningsgraden for BUP på landsbasis har kommet nesten opp til måltallet på 5% av barne- og ungdomspopulasjonen. Der er imidlertid fortsatt store regionale forskjeller, og kommunene etterspør ytterligere økning av BUP's kapasitet (33).

Samarbeidet mellom fastlegene og det psykiske helsearbeidet i kommunene for barn og unge mangler mye på å tilfredstille Opptappingsplanens intensjoner. Det kan virke som fastlegene i første rekke fungerer som henvisere av barn og unge til BUP, uten særlig mer kontakt med det øvrige kommunale apparatet. Fastlegene selv gir uttrykk for manglende kompetanse i arbeidet med problemstillingene til barn og unge med psykiske problemer og lidelser.

I organisasjonsmodellene i kommunene hadde et stort flertall av kommunene valgt å organisere det psykiske helsearbeidet for barn og unge som en integrert tjeneste ved Opptappingsplanens start. Mot slutten av Opptappingsplanen hadde imidlertid om lag halvparten av disse kommunene endret dette til å bli en egen tjeneste, i de fleste tilfeller i en enhet sammen med det psykiske helsearbeidet for voksne (32). Samarbeidet mellom BUP og barnevernet har bedret seg i Opptappingsplanperioden, samarbeidet om enkeltsaker fungerer bra. Fortsatt har særlig barnevernet ønsker om økt tilgjengelighet fra BUP's side (34).

Det kan være grunn til å stille spørsmål ved om barn og unges behov blir tilstrekkelig ivaretatt når arbeidet organiseres sammen med arbeidet for voksne, for eksempel innen pleie og

omsorgssektoren. Det kan være positivt at yngre innbyggere kan nyte godt av den kompetansen i psykiske helsearbeid som finnes for voksne, men spørsmålet er om det blir tilstrekkelig fokus på arbeidet for denne gruppen, og om samarbeidet med de ordinære tjenestene for barn og unge blir ivarettatt på en god måte (32).

Gitt den uttalte desentraliseringen som Opptrappingsplanen har lagt opp til og den norske kommunestrukturen kan det være tvilsomt om likeverd i betydningen likt behandlingstilbud vil være oppnåelig (6).

### **Kvalitet**

Et kvalitativt godt behandlingstilbud skulle være det tredje prinsippet. Helsemyndighetene var imidlertid mindre presise med å definere dette. Et desentralisert kommunalt helsetilbud setter store krav til at det bygges opp et system som har en tilstrekkelig faglig kompetanse i de ulike ledd for å sikre et kvalitativt godt tilbud. Derfor måtte det bli en oppgave for myndighetene å sørge for at den enkelte kommune og DPS hadde nødvendig tilgang på kvalifisert personell. Dette fordret en utbygging av det helsefaglige utdanningstilbudet.

I Opptrappingsplanperioden har myndighetene økt utdanningskapasiteten for relevante faggrupper som leger, psykologer og høgskolekandidater i helsefag. Myndighetene har langt på vei lyktes og det er sikret et rimelig godt rekrutteringsgrunnlag til stillinger i de psykiske helsetjenestene. Målet for utdanning av leger er for eksempel nådd. Likeledes har høgskolesystemet utdannet et tilstrekkelig antall kandidater som kan gå inn i psykisk helsearbeid. Fortsatt er det imidlertid mangel på psykologer i forhold til måltallet.

Selv om måltallene for de ulike utdanningsgruppene stort sett er nådd, er ikke dette nødvendigvis tilstrekkelig for å oppfylle målene om likeverdighet i tilgjengelighet og kvalitet. Analysene viser at små kommuner sliter med å rekruttere kompetent helsepersonell til det psykiske helsearbeidet, og små og perifere DPS og BUP har tilsvarende rekrutteringsproblemer (35). Ikke minst gjelder dette legespesialister. Dette innebærer at tilgjengeligheten til tjenestene ikke er lik i alle kommuner. Det betyr også at kvaliteten på tilbudet vil variere da spesialisthelsetjenestens muligheter til å gi adekvat rådgivning til kommunene varierer. Men det er ikke bare det kvantitative rekrutteringsgrunnlaget som er avgjørende for kvaliteten av tjenestene. Det faglige innholdet i utdanningene er også viktig. Vi vet lite om innholdet av denne utdanningen i forhold til de faglige behovene som eksisterer i kommunenes og spesialisthelsetjenestenes tilbud. Det eneste vi vet er at studietilbudene varierer.

Den skjevfordeling som synes å være mellom kommuner og regioner med hensyn til tilgjengelighet og kvalitet, bedres ikke ved at fastlegene føler at de har utilstrekkelig kompetanse til å gi adekvat behandling til to av Opptrappingsplanens hovedgrupper: barn og unge og voksne med de alvorligste lidelsene (36).

### **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning har vært den fjerde sentrale målsetning i Opptrappingsplanen. Det har vært en positiv utvikling i bruk av individuell plan for pasienter med omfattende og langvarige behov for tjenester. Dette verktøyet setter nettopp brukeren i sentrum, og på individuelt nivå har brukermedvirkningen for den prioriterte gruppen hatt en klar økning. Hvor stor påvirkning den enkelte pasient faktisk har på egen behandlingssituasjon, vil variere med sykdommens

alvorlighetsgrad og tjenestenes kompetanse. Enda mer effektivt kan det virke som opprettelsen av ansvarsgrupper for de samme pasientgruppene har vært. Disse gruppene med en definert kontaktperson for pasienten skulle bestå av personell fra både de psykiske helsearbeidet i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten (6).

De foresatte til barn og ungdom opplever å bli hørt og mener at de anses som sentrale samarbeidspartnere til helsestasjonstjenesten og til PP-tjenesten. De foresatte mener de har god mulighet til å påvirke PP-tjenestens arbeid og beslutninger. Det er ubetydelig endring i disse vurderingene fra 2003/2004 til 2006 (30).

Samarbeidet med det kommunale psykiske helsearbeidet om egen situasjon og forslag til tiltak har endret seg lite for voksne brukere fra 2003/2004 til 2006. I det samme tidsrom er det en tendens til økt brukerstyring av de kommunale dagsentra (37).

Brukerorganisasjonene oppfatter støttegrupper og selvhjelpsarbeid som sitt viktigste arbeidsområde i kommunene, mens deltagelse i helse- og sosialpolitiske beslutninger blir sett på som sekundært. Det er en klar tendens til at brukerorganisasjonene opplever lettere tilgang til det psykiske helsearbeidet i små kommuner, samtidig som samarbeidet er mer omfattende med større kommuner. Generelt er det en positiv utvikling i samarbeidet. Men fortsatt har over halvparten av de minste kommunene ikke noe slikt samarbeid. Den mest sannsynlig forklaringen er nok at brukerorganisasjonene ikke er etablert i mange små kommuner (37).

På spesialisthelsetjenestenivå (DPS) var et klart flertall av pasientene (85%) ganske eller svært godt fornøyd med behandlernes respekt for pasientens synspunkter og deres evne til "å lytte og å forstå". Det er usikkert om dette er et uttrykk for aktiv medvirkning i behandlingsopplegget. (38). En evaluering av døgnenheter for voksne bekrefter den positive vurderingen av kontakten, mens 40 % har en negativ vurdering av utskrivning og innflytelse på behandlingsopplegget (39). En undersøkelse av barn og unge/deres foresatte om medbestemmelse i behandlingsopplegget i BUP viste at ca. 80% var fornøyd. Det var ingen forskjell på vurderingene til de foresatte og barna/de unge (29).

På systemnivå er det to arenaer for brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten: brukerutvalg i helseforetakene og kontrollkomisjonene i de enkelte institusjonene (18).

Brukerutvalg er hjemlet i helseforetaksloven §35 (8). Det har under opptrappingsplanperioden funnet sted en statlig styrking av midler til brukerorganisasjonene. I 2009 budsjettet er det lagt inn i alt 44 millioner NOK til bruker- og pårørendetiltak (40).

### **Hva har fungert godt?**

Styrking av infrastrukturen på det kommunale nivået var det mest sentrale mål i reformen. I hovedsak har man nådd de kvantitative mål som ble satt for Opptrappingsplanen når det gjelder styrking av infrastrukturen for det psykiske helsearbeidet i kommunene. I første rekke har man styrket antall tjenesteårsverk i kommunene og et desentralisert botilbud. For barn og unge med psykiske vansker har tilgjengeligheten til tjenesteapparatet i kommunene økt. Spesielt innenfor helsesøstertjenesten har bemanningen økt kraftig. Det har vært en utvidelse av denne tjenesten, med økt fokus på forebygging. På individnivå er pårørende til barn og unge som hovedregel godt

fornøyd med behandling og samarbeid innen det psykiske helsearbeidet i kommunene. For voksne har også det psykiske helsearbeidet i kommunene blitt betydelig styrket.

Arbeidet med individuelle planer og opprettelse av ansvarsgrupper har hatt en klar økning. Samarbeidet mellom fastlegene og resten av det psykiske helsearbeidet i kommunene virker ikke å fungere godt nok enda. Botilbudet for mennesker med psykiske lidelser i kommunene har hatt en massiv økning, men det er ingen oversikt kvaliteten på tilbudene (bemanning, bofellesskap). Å få oversikt over dette blir en sentral oppgave i etterkant av reformen.

Øremerking av de kommunale opptrappingsmidlene har vært et viktig virkemiddel for å sikre veksten i infrastrukturen i de psykiske helsearbeidet i kommunene (41). Fra kommunene uttrykkes det nå bekymring for tjenestene når øremerkingen ble avsluttet i 2009 (42). Det virker å være en funksjonell fordel å ha samlet det psykiske helsearbeidet i en enhet framfor å spre ressursene ut i det kommunale tjenesteapparatet.

På spesialisthelsetjenestenivå har kapasiteten til BUP økt betydelig på grunn av bemanningsøkningen, slik at dekningsgraden er nær måltallet på 5% på landsbasis (33).

Det hefter fortsatt et betydelig problem ved at legedekningen på små og perifere BUP til dels er meget dårlig. Dette påvirker både kvaliteten av vurderinger og behandling og ikke minst kvaliteten på veiledning til helsearbeidet i kommunene. Selv om BUP's kapasitet har økt, er etterspørselen fra de kommunale tjenestene omtrent like stor som tidligere (6).

På samme måte har DPS-kapasiteten økt for voksne med psykiske lidelser. Antallet polikliniske konsultasjoner har økt i betydelig grad. Imidlertid er problemet med legedekning det samme som for barn og unge – små og perifere DPS sliter med å ha en adekvat bemanning på spesialistsiden. Døgncapasiteten på DPS har økt i tråd med målsetningen.

Det har vært en bedring i samarbeidet mellom DPS/BUP og det psykiske helsearbeidet i kommunene, men også her er det et stykke igjen før intensjonene til reformen er oppnådd. Samarbeidet om enkeltpasienter virker å gå best, mens et mer systematisk opplagt samarbeid er mindre utbygd.

Det har vært en generell økning av brukermedvirkningen, både på individuelt nivå og i noen grad på systemnivå. Det er imidlertid fortsatt et stykke igjen før reformens intensjoner er oppnådd.

Det har vært en omfattende økning av utdannelseskapasiteten for relevante grupper innen helsetjenestene, spesielt innen høgskolesektoren. Kvaliteten av disse utdannelsen vet vi imidlertid lite om.

### **Hva har fungert mindre bra**

Ved opptrappingsplanens avslutning har man en manglende kunnskap om kvaliteten/innholdet av tjenestene (6). Opptrappingsplanen var en omfattende styrking av infrastrukturen med betydelige økonomiske midler og ledet av kvantitative måltall. Undersøkelser av brukernes tilfredshet med tjenestene er i hovedsak kvalitative med få respondenter, og lite egnet til generaliseringer. Det er imidlertid et inntrykk at informasjon til pasientene spesielt fra

spesialisthelsetjenesten oppfattes som dårlig. Det er tydelig at den store gruppen av små kommuner har hatt problemer med å få en kvalitativ god bemanning i sitt psykiske helsearbeid. Samtidig er det grunn til å tro at de samme kommunene har hatt et problem med å framskaffe avanserte boløsninger for pasienter med omfattende og langvarige behov for tjenester. I verste fall havner en del pasienter med alvorlige psykiske lidelser der hvor den faglige kompetansen er lavest.

Fastlegenes rolle i reformen er for lite fokusert. Disse har en sentral rolle i det psykiske helsearbeidet i kommunene. Fra evalueringen vet vi at det øvrige psykiske helsearbeidet i kommunene vurderer fastlegenes involvering i arbeidet som for liten. Dette gjelder både for barn og unge og for voksne. Fastlegenes arbeidssituasjon kan i noen grad vanskeliggjøre et mer utstrakt samarbeid. Det ser imidlertid ut til at en viktig barriere for større engasjement fra fastlegenes side er en følt mangel på faglig kompetanse på psykiske lidelser, spesielt når det gjelder barn og unge.

Tross øket brukermedvirkning har ikke medvirkningen nådd det nivået reformens intensjoner la opp til. Dette gjelder både på det individuelle nivået, men spesielt på det institusjonelle nivået.

Antallet døgnplasser i sykehus har sunket, mot forutsetningene i Opptrappingsplanen som la opp til status quo på dette feltet. Antallet døgnplasser på DPS har økt svarende til måltallet, mens reduksjonen i sykehjemsplasser har gått vesentlig raskere enn forutsatt (33). Vi må anta at en rekke sykehjemsplasser har blitt konvertert til døgnplasser ved DPS. Samtidig har antallet boliger i kommunene økt vesentlig og i rimelig samsvar med måltallet. Kvaliteten på og bruken av døgnplassene utenfor sykehus, vil i stor grad ha betydning for bruken av døgnkapasitet i sykehus, spesielt akutte døgnplasser. Disse forholdene er det helt sentralt å få kartlagt (6).

DPS har fått en mer sentral rolle i spesialisthelsetjenesten, men målet om at alle innleggelser skulle gå gjennom DPS er på ingen måte oppfylt. Kun 20% av henvisningene til innleggelse kom fra DPS. En vesentlig årsak er rimeligvis at mange DPS har lege tilgjengelig bare på dagtid (38).

### **Pasientgrupper som "faller mellom stolene"**

Opptrappingsplanens fokus har vært på psykisk helse hos barn og unge og på voksne pasienter med "sammensatte og langvarige behov for tjenester". Den gruppen som i første rekke har falt utenfor er eldre mennesker med psykiske lidelser. I Norge tas disse hånd om i et kvalitativt godt, men kvantitativt lite segment av spesialisthelsetjenesten - alderspsykiatrien. Denne tjenesten opererer både døgnplasser og ambulante tjenester. Tjenesten har kapasitet til i første rekke å behandle de dårligste av eldrebefolkningen med psykiske lidelser. Om og hvor resten av eldrebefolkningen med psykiske lidelser får hjelp, vet vi lite om. Kun 7 % av pasientene ved DPS var over 60 år og 2% var over 70år. Med den stigningen av antallet personer i disse aldersgruppene som er i vente må dette tilbudet radikalt forbedres.

En annen gruppe er pasienter med depresjon og angst som har et problem med å bli prioritert behandlingsmessig ved DPS, som må prioritere de mer tidkrevende gruppene med alvorligere lidelser. En del pasienter med angst og depressive tilstander får tjenester hos privatpraktiserende spesialister i psykiatri og klinisk psykologi, uten at vi kjenner kapasiteten på disse tjenestene i forhold til det behov som eksisterer. Det vi vet er at dette tilbudet er svært skjevfordelt nasjonalt med en konsentrasjon i Oslo- og det sentrale Østlandsområdet.

## **Evaluering av rusreformen i Norge**

I den politiske behandlingen av Rusreformen, la Stortinget til grunn at reformen skulle evalueres innen utgangen av 2006. Hensikten med evalueringen var å få kunnskap om hvordan reformen fungerte etter tre års virke. Evalueringen ble gjennomført av IRIS (International Research Institute of Stavanger 2006).

### *"Sørge for"-ansvaret for tverrfaglige spesialiserte tjenestene*

Evalueringen viser at de regionale helsetiltakene i perioden 2004 – 2006 økte budsjettene til de samme tjenestene med ca. 40 prosent (nominell vekst). Økningen i ressursbruken har vært rettet mot å styrke den helsefaglige bemanningen og styrke vurderings- og behandlingskapasiteten. Det skjedde samtidig en meget sterk økning i antall henvisninger rett etter reformen, noe som etter hvert flatet ut (28).

Selv om overgangen til nye roller, systemer og rutiner for henvisninger kom rakst på plass, viser evalueringen at det er store forskjeller i hvor stor andel av de henviste pasientene som gis rett til nødvendig helsehjelp, hvilket bryter med de helsepolitiske målene om lik adgang til spesialiserte tjenester uavhengig av bosted.

Det skjedde ikke noen forskyvning av langtidsbehandling til korttidsbehandling og fra døgn- til poliklinisk behandling. Tallet på døgntiltak økte med åtte prosent i perioden 2004 til 2006. I samme periode var det kun marginale endringer i lengden på behandlingstider. Det var en vekst i antall årsverk både i døgntiltak og i poliklinikker, der veksten er sterkest i yrkesgrupper med helsefag.

### *Om klientene i rustiltak*

Sammenlignet med 2003, har ikke reformen i 2006 ført til bedring av klientenes generelle livssituasjon når det gjelder økonomi og boforhold. Det har skjedd en økning av bostedsløse i denne perioden. Det er registrert en liten økning i andel med psykiske helseproblemer.

Andelen som har fått gjentatte og omfattende tilbud fra spesialisthelsetjenesten økte noe, mens ventetiden på behandling økte i samme periode, særlig korttidstiltakene. Det har skjedd en økning i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene rundt den enkelte klient og koordineringen er generelt styrket.

Færre klienter får dekket behovet for (1) utredning og behandling på somatiske sykehus, (2) aktivisering og dagtilbud og (3) legemiddelassistert behandling (LAR). Flere klienter får dekket behovet for (1) lavterskeltilbud i kommunene og (2) psykiatriske ungdomsteam.

### *Det kommunale ansvaret etter rusreformen*

Netto driftsutgifter til kommunale rustjenester har i 2005 økt med 12 prosent etter rusreformen. Det samme har kommunale årsverk (6%). Unntaket er Oslo som har hatt en nedgang både i driftsutgifter og antall årsverk.

Ansatte i den kommunale sosialtjenesten opplyser at de henviser omtrent på samme nivå som før rusreformen, men at de ikke har oversikt over henvisninger fra fastleger. Sosialtjenesten har generelt dårlig informasjon om oppfølgingen av klienter som er henvist fra fastleger. Utover dette opplever ansatte i de sosiale tjenestene liten eller ingen endring i ansvaret for

rusmiddelmissbrukerne. En tredjedel mener at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten er bedret som følge av rusreformen. Utover dette er erfaringene delte når det gjelder sosialtjenestens oppfatning av forbedring eller forverring av spesialisttjenestens behovsdekning.

### **Utviklingsbehov innen servicesystemet**

Opptrappingsplanen for psykisk helse har vært en kvantitativ styrkning av infrastrukturen i de psykiske helsetjenestene både i kommunene og innen spesialisthelsetjenestene. Kvaliteten av og innholdet i tjenestene har vi liten oversikt over. En overordnet målsetning bør være arbeidet med å øke kunnskapene om dette. Slik kunnskap vil gi beslutningsgrunnlag for fortsatt utvikling og dimensjonering av både det psykiske helsearbeidet i kommunene og innen spesialisthelsetjenestene.

Det er et åpenbart behov for å styrke det formaliserte samarbeidet mellom spesialisthelsetjenestene (spesielt DPS og BUP) og det psykiske helsearbeidet i kommunene. En del vil en kanskje ikke kunne oppnå uten en "sentralisert desentralisering" med sammenslåing av det psykiske helsearbeidet i flere kommuner til en "helsekommune" som på sin side samarbeider med et DPS/BUP som har god spesialistkompetanse og god kontakt med sykehusavdelinger.

Fastlegene i kommunene må trekkes mer aktivt med i det kommunale samarbeidet om personer med psykiske lidelser, ikke minst innen gruppen barn og unge. Utvidet støtte og veiledning fra DPS/BUP vil sannsynligvis være den enkleste måten å opparbeide legenes kompetanse innen fagfeltet. For å få dette til trengs at DPS/BUP har en skikkelig bemanning med kompetente spesialister. Dette er ikke tilfellet over alt nå, og spørsmålet om en reduksjon av antallet DPS/BUP for å konsolidere kompetansen må tenkes gjennom.

Boliger for mennesker med psykiske lidelser i kommunene var et sentralt grep i desentraliseringsprosessen av det psykiske helsearbeidet. Samlet kunnskap om funksjonen av dette botilbudet i alle landets kommuner finnes ikke i dag. Denne kunnskapen er helt nødvendig for å kunne vurdere dimensjonering og plassering av døgnplassstilbudet innen de psykiske helsetjenestene.

I spesialisthelsetjenen må det sikres kompetanse og kapasitet for utredning og behandling av spesielle grupper med kompliserte og/eller sjeldne lidelser. Alvorlig spiseforstyrrelser, kompliserte/resistente affektive tilstander, alvorlige personlighetsforstyrrelser, pasienter med førstegangspsykoser, kompliserte tilstander med misbruk og psykiske lidelser og lavfrekvente lidelser i barne- og ungdomsalder er eksempler på dette. Disse gruppene representerer store faglige utfordringer og krever at personalet har spesialkunnskap innen feltet.

De siste årene er det derfor fra myndighetenes side lagt vekt på at sykehusene skal spisse sin kompetanse og sine funksjoner mot de mest spesialiserte oppgavene for spesielle målgrupper, samtidig som DPS-ene skal dekke behovet for utredning og behandling av de fleste pasientene. Et slagord har vært å "desentralisere det en kan desentralisere, og sentralisere det en må sentralisere". Ut fra dette har det også i økende grad vært helsepolitiske føringer for å flytte mer ressurser fra sykehus til DPS, som altså skal ha ansvaret for de fleste pasientene innen spesialisthelsetjenesten for voksne.

Pasienter med angst- og depressive lidelser har i dag et behandlingstilbud som vi i liten grad vet om er tilpasset behovet. Fastlegene behandler åpenbart størstedelen av denne pasientgruppen. En andel av denne gruppen vil ha et behov for vurdering og behandling av spesialisthelsetjenesten. Dette behovet skal dekkes av privatpraktiserende spesialister og DPS. DPS har problemer med å prioritere disse tilstandene, gitt DPS' overordnede prioritering av pasienter med alvorlige tilstander med store og langvarige behov for tjenester. Økt kapasitet hos privatpraktiserende spesialister kan bidra til å dekke dette behovet. De privatpraktiserende spesialistene er imidlertid særdeles skjevt fordelt geografisk med en konsentrasjon i Oslo- og det sentrale Østlandsområdet.

Eldre mennesker med psykiske lidelser tas i dag i første rekke hånd om av de kommunale fastlegene. De alvorligste tilfellene behandles innen alderspsykiatrien i spesialisthelsetjenesten. Med tanke på økningen av eldre i de nærmeste tiårene vil psykiske lidelser hos eldre – ikke minst demenstilstander – ha en formidabel økning. De psykiske helsetjenestene i kommunene og ikke minst spesialisthelsetjenesten er med dagens struktur svært lite forberedt på å møte denne situasjonen.

Det må fortsatt arbeides med en økning i brukermedvirkningen, selv om det har vært en positiv utvikling gjennom opptrappingsplanperioden. Inntrykket er at den individuelle medvirkning i egen behandling har kommet lenger enn medvirkningen fra brukerorganisasjonene på systemplan.

Den generelle kvaliteten på nasjonale styringsdata er neppe god nok, og det må legges arbeid i å forbedre disse. Dels dreier det seg om å øke kvaliteten på de data som registreres, dels om å finne indikatorer og format for rapporteringen av disse som virker meningsfulle på det kliniske miljøet som skal registrere dem. Tilbakeføring av data til de kliniske enhetene og den enkelte kliniker vil være et viktig element i dette arbeidet. Spesielt er usikkerheten om data på tvang bekymringsfull. Det er indikasjoner på urimelig store forskjeller i bruk av tvang mellom institusjoner, hvor det i dag ikke er mulig å se om dette skyldes forskjellig registeringspraksis eller forskjellig klinisk praksis.

## Referanser

- 1) Stortingsmelding (St.meld) nr. 9 (1974-75)
- 2) Stortingsmelding (St.meld) nr. 23 (1977-78)
- 3) Stortingsmelding (St.meld) nr. 37 (1992-93)
- 4) Stortingsmelding (St.meld.)nr.25 (1996-97) Åpenhet og helhet.
- 5) Stortingsproposisjon (St.prp.) 63 (1997-98)
- 6) Norges forskningsråd: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse 2001-2009 Oslo 2009.
- 7) Stortingsmelding (St.meld.) 23 (1996-97) Fastlegereformen.
- 8) Lov av 15 juni 2001 nr. 93. om helseforetak med mer. (helseforetaksloven)
- 9) Statens helsetilsyn (1999). Angstlidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 4-99., IK 2694.
- 10) Statens helsetilsyn (2000a). Alvorlige spiseforstyrrelser - retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyns utredningsserie 7-2000, IK 2714.
- 11) Statens helsetilsyn (2000b). Schizofreni - kliniske retningslinjer for utredning og behandling, Statens helsetilsyns utredningsserie 9-2000, IK 2726.
- 12) Statens helsetilsyn (2000c). Stemningslidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 3-2000, IK 2695.
- 13) Statens helsetilsyn (2001). Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsmåter. Veileder IK-2738. Oslo.
- 14) Sosial- og helsedirektoratet (2006). Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Veileder IS-1388. Oslo.
- 15) Terum, Lars Inge; "Grenser for sosialpolitisk modernisering; om fattighjelp i velferdsstaten". Universitetsforlaget. Det Blå Bibliotek 1996.
- 16) Lov av 13. desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester mv. (sosialtjesteloven)
- 17) Van der Wel KA, Dahl E, Løddemel I, Løyland B, Naper SO, Slagsvold M: Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp. Gruppe for inkluderende velferd. Høgskolen i Oslo 2006.
- 18) Lov av 2.juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven med endringer i 2006)
- 19) Lov av 19. november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)
- 20) Lov av 17. juni 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven)

- 21) Lov av 2 juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- 22) Lov av 2.juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten med mer (spesialisthelsetjenesteloven)
- 23) Sosial- og helsedirektoratet (2005). Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Veileder IS-1332. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- 24) Sosial- og helsedirektoratet (2006). Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse. Rapport IS-1315. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- 25) Sosial- og helsedirektoratet (2006). Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser 2006-2008. Rapport IS-1349. Oslo.
- 26) Fimreite AL og Hagen K; Partnerskap mellom stat og kommune: velferdspolitikken territorielle dimensjon revisited? Tidsskrift for samfunnsforskning vol. 12, nr.3 2009.
- 27) Odelstingsproposisjon (Ot.prp. nr.50 (2002-2003))
- 28) Lie og Nesvåg; "Evaluerings av rusreformen i Norge". IRIS. 2006.
- 29) Andersson.H.W, Ose S.O. og Sitter M.: " Psykisk helsevern for barn og unge. Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet". SINTEF rapport A055009 (2005).
- 30) Sitter M.: "Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007." SINTEF rapport A5204 (2008).
- 31) Ådnanes M. og Bjørnegård J.H.: " Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser." SINTEF rapport A 230 (2006).
- 32) Myrvold T.M. og Helgesen M.K.: " Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning." NIBR rapport 2009:4.
- 33) SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007 SINTEF rapport 2/08.34) Kristoffersen L.B.: " Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible tjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern." NIBR rapport 2007: 13.
- 35) Ådnanes M. og Sitter M.: " Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern i kommunene i perioden 1998 – 2005." SINTEF rapport A 851 (2007).
- 36) NIFU STEP rapport 11/2007 s.32.
- 37) Helgesen M.K.: " Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe. Om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene." NIBR rapport 2006: 21.
- 38) Gråwe R., Hatling T. og Ruud T.: "Bidrar utbyggingen av distriktpsykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet?" SINTEF rapport A6169 (2008).
- 39) Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 9 2006.
- 40) Stortingsproposisjon 1 HOD (2008-09) s. 168

- 41) Silje L. Kaspersen, Solveig O Ose og Trond Hatling: "Psykisk helsearbeid i kommunene: disponering av statlig øremerkede midler 1999-2007" SINTEF rapport A8811 (2008)
- 42) Kalseth J.og Eikemo T.A.: " Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene i 2008." SINTEF rapport A8276, (2008)

## 5. Sverige

---

**Från reformintention till praxis - hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd 1990 - 2010**

**Rafael Lindqvist, David Rosenberg**

## **Inledning**

Psykiatrins inriktning har förändrats avsevärt under de senaste femtio åren. I Sverige var staten den dominerande aktören på denna arena ända fram till omkring 1970. Perioden 1850-1970 var "de stora statliga sinnessjukhusens period". Det var i de stora mentalsjukhusen man såg möjligheterna till terapeutisk framgång och det var genom anstaltsvistelsen patienten skulle behandlas, botas och omhändertas. Läkaren var en självklar centralgestalt som bedömde vem som var frisk eller sjuk. Det var också dessa institutioner som kritiserades när nya synsätt vann mark under 1960-talet. Antalet vårdplatser inom mentalsjukhusen hade under flera decennier ökat ända till i slutet på 1960-talet då utbyggnaden avstannade. Detta kom att underlätta övergången till en psykiatrisk vård integrerad inom övrig hälso- och sjukvård. En ny inriktning inom psykiatriområdet kom att utmejslas och som skulle ersätta de stora mentalsjukhusen. En vårdorganisation med sektorskliniker och öppenvårdsmottagningar växte fram i vilken stordriften skulle ersättas med öppenvård och med förebyggande insatser organiserade i filialer ute i lokalsamhället. Förebilden fanns framför allt i den amerikanska satsningen på så kallade *community mental health centers*. Denna utveckling inom den psykiatriska vården motsvarades inte av någon expansion av socialt stöd, nya boendeformer, hjälp till sysselsättning. Målsättningen med den psykiatrireform som förbereddes i början av 1990-talet var därför att etablera sådana stödformer i kommunerna i syfte att förbättra psykiskt funktionshindrades livsvillkor – samtidigt som landstingens verksamhet inom vård och behandling skulle renodlas.

### **5.1 Reformen**

När den svenska psykiatrireformen infördes 1995 bidrog den till att ett nytt fält markerades inom det svenska välfärdslandskapet. Reformen baserades på ett antal ambitiösa normer som att kunna "leva som andra", kunna ha valfrihet, integritet och självbestämmande. Allt detta innebar höga förväntningar om arbete, meningsfull fritid och mycket annat. Målgruppen kom också att omdefinieras som psykiskt funktionshindrade vilket bidrog till att positionera gruppen inom socialtjänstens ansvarsområde. Genom projekt och försöksverksamheter, bekostade av statliga stimulansmedel, skulle berörda aktörer kunna omsätta goda idéer i konkreta verksamheter. Någon ny eller radikalt förändrad lagstiftning infördes inte. De normativa principerna förtydligades genom högre socialpolitiska ambitioner, men däremot förblev de regulativa principerna vaga eftersom endast marginella förändringar gjordes i socialtjänstlagen.

#### **Reformens intentioner**

Psykiatrireformen kom att i hög grad inriktas på vård och stöd i öppna former. Människor som lider av allvarliga psykiska sjukdomar hade sämre levnadsförhållanden jämfört med både fysiskt funktionshindrade och befolkningen i övrigt, konstaterades i den utredning som föregick reformen (1). De hade sämre boendeförhållanden, ekonomi, utbildning; de var mer drabbade av arbetslöshet, ensamhet och isolering och hade torftigare fritid. Psykiskt sjuka personer fick inte heller den hjälp till rehabilitering som förespeglades enligt den s.k. arbetslinjen. De policyintentioner som psykiatriutredningen formulerade handlade om normaliserade livsvillkor, integritet, valfrihet och autonomi för den enskilde. Konsekvenserna av en psykisk störning i termer av funktionshinder och handikapp liksom markeringar av värdet av sociala insatser ute i samhället betonades. Även arbetslinjen, dvs. att insatser ska utformas så att de stärker den enskildes möjligheter till arbete, skulle enligt utredarna gälla fullt ut för målgruppen. Däremot nämns knappast samhällsskyddsaspekterna.

## **Reformens relation till andra politikområden**

Psykiatrireformen genomfördes ett år efter det att en handikappreform införts år 1994. Enligt lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som kodifierade reformen hade personer med omfattande funktionshinder och stora svårigheter i vardagen rätt till tio olika slags stöd, varav personlig assistans är den mest kända. I förarbetena till psykiatrireformen hade man förhoppningar om att ett stort antal psykisk funktionshindrade skulle kunna tillhöra den aktuella målgruppen, men villkoren för att få stöd formulerades så strikt att endast en mindre grupp psykiskt funktionshindrade hade rätt till stöd. Efter det att vissa förtydliganden i LSS gjorts blev det också klart att de behov i vardagen som personer med psykiskt funktionshinder normalt ansågs ha inte nådde upp till den nivå som krävdes för att få LSS-insatser.

Psykiatrireformens retorik gick ut på att även psykiskt funktionshindrade skulle omfattas av arbetslinjen. Under 1990-talet utvecklades dock arbetslinjen i riktning mot att individen förutsattes ha ett eget ansvar att göra sig "job ready". Detta har i kombination med begränsade ersättningsperioder tolkats som ett skifte från en arbetslinje till en aktiveringslinje i vilken individens skyldigheter att arbeta blir tydligare samtidigt som det inte finns tillräckligt många arbeten att söka (2). Denna aktiveringslinje kom till stor del att bedrivas på kommunal nivå. Arbetsmarknadspolitiken har nämligen under det senaste decenniet delats upp i en statlig del med program för dem som är etablerade på arbetsmarknaden och som har rätt till ersättning från arbetslöshetskassa och i en kommunal del för dem som ännu inte etablerat sig och har låga ersättningar eller försörjningsstöd (3). Därmed kom kommunernas social- och arbetsmarknadspolitik att integreras, vilket möjliggjordes av den förändring i socialtjänstlagen, SoL, som genomfördes i slutet av 1990-talet och som tillät socialtjänsten att ställa krav på att de som får försörjningsstöd (framförallt unga personer) måste arbeta i kommunala arbetsprojekt eller delta i utbildningsprogram (4). Intresset försköts från arbetsmarknadens strukturella aspekter till individens brist på färdigheter, arbetsmoral, flexibilitet osv.. Dessa förändringar gjorde det svårare att inkludera psykiskt funktionshindrade i arbetslinjen.

Psykiatrireformen och dess genomförande påverkas också av de förändringar som genomfördes i sjukförsäkringen och förtidspensionssystemet från mitten av 1990-talet och framåt. Dessa förändringar innebar en alltmer strikt bedömning av sjukdomsbegreppet och begreppet arbetsförmåga för att få sjukpenning, vilket gjort att det sociala skyddsnätet blivit grovmaskigt för personer med psykiskt funktionshinder. Därtill kommer att neddragningen av vårdplatser inom slutenvård inom psykiatri ställer större krav på allvarlig psykisk ohälsa för att få plats inom den psykiatriska vården (eller för att få en adekvat vårdkontakt inom primärvården).

## **Målgrupper**

Psykiatriutredningen, som förberedde reformen, anlade en bred syn på reformens målgrupp. Utöver symptom och behov av psykiatrisk behandling, skulle även den sociala behovsbilden och de sociala konsekvenserna av den psykiska störningen beaktas, dvs. funktionshindret. Det blev därför svårt att finna precisa definitioner och rimliga avgränsningar av vilka som skulle omfattas av reformen när regeringen presenterade sin proposition i mars 1994 (5). Enligt psykiatriutredningen rörde det sig om ca 40 000 personer med allvarliga psykiska störningar (framförallt psykoser) och med dokumenterad arbetsoförmåga med förtidspension som resultat samt personer med lättare psykiska diagnoser med behov av sysselsättning och kontaktskapande verksamhet (1). Den terminologi som användes av psykiatriutredningen var

genomgående "psykiskt störda", men regeringen talade i sin proposition om "psykiskt funktionshindrade". Det enskilt viktigaste inslaget i reformen var att förtydliga socialtjänstens ansvar för sociala insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Människor med *psykiska* funktionshinder omnämndes särskilt i socialtjänstlagen, vilket innebar att kommunerna fick ansvar för frågor som sysselsättning och boende för personer med psykiskt funktionshinder. Propositionen godkändes av en enig riksdag i juni 1994.

Under år 2003 begicks ett antal våldsdåd av personer med psykisk störning. Detta bidrog till att Regeringen tillsatte en utredning, Nationell psykiatrisamordning, som skulle undersöka om det funnits brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet som kan ha haft betydelse för våldsdåden. Brister i vård och stöd till människor med psykiskt funktionshinder var förvisso sakförhållanden som låg till grund för 1995 års psykiatrireform, men nu sattes fokus till stor del på relationen psykisk störning – våldsbrott. Målet om autonomi för den enskilde måste balanseras mot frågan om medborgarnas rätt till skydd. Det treåriga uppdraget innebar bl.a. att lämna förslag på "hur förhindra våldsbrott utförda av psykiskt sjuka personer". I övrigt omfattade uppdraget en rad problemområden som t.ex. att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt funktionshindrade - och att formulera strategier för kvalitetsutveckling och utvecklingsarbete (6). Målgruppen var "personer med allvarliga psykiska sjukdomar och psykiskt funktionshinder, samt barn och ungdomar som riskerar att utveckla sådana sjukdomar och funktionshinder" (7). Andra problem handlade om att höja ambitionsnivån och att skapa rutiner för att utveckla vården genom att införa och sprida kunskap om bättre och mer verkningsfulla metoder (7).

### **Reformens styrformer enligt policyintentionerna**

Strategin för att åstadkomma de åsyftade förändringarna med psykiatrireformen bestod i en kombination av regler och ekonomiska incitament. Förutom preciseringar i Socialtjänstlagen infördes bestämmelser i lag om att kommunerna efter viss tid måste betala vården för patienter i psykiatrisk heldygnsvård som av läkare bedömts utskrivningsklara. En skatteväxling av pengar skulle ske från landstingen till kommunerna för att underlätta att anordna sociala insatser. Ytterligare ekonomisk stimulans skulle ges via ett tidsbegränsat statsbidrag med främsta syfte att påskynda utvecklingen av nya arbetsformer inom socialtjänsten. Reformen trädde i kraft första januari 1995, men i praktiken började förändringsarbetet i kommunerna senare. Ett annat inslag i styrningen var att Socialstyrelsen, som statlig myndighet, fick en central roll som förändringsagent för att förmedla, förankra och följa upp reformens policy.

Den styrform som Nationell psykiatrisamordning lanserade var en kombination av styrning genom *ekonomisk stimulans*, *myndighetsstyrning* och delvis genom *ideologi*. De lokala aktörerna hade stor frihet att själv bestämma vilken sorts verksamhet man skulle bygga upp (delvis med hjälp av stimulanspengar), vilka metoder man skulle använda sig av, hur strategin gentemot andra aktörer skulle se ut eller vilken typ av kunskap man ville ge sin personal. Ytterligare en styrform som användes var tillsyn av kommunernas verksamhet via Socialstyrelsen och landets länsstyrelser för att undersöka om kommunerna hade infriat reformens policyintentioner. Kunskapsstyrning genom att stimulera nätverk som sprider kunskap om relevanta behandlings- och samverkansformer hörde också till bilden. Det behövdes enligt Nationell psykiatrisamordning en nationell vision och en kraftfull statlig styrning i syfte att jämna ut de stora kvalitetsskillnader inom psykiatriområdet som fanns i landet (7).

Det sammantagna intrycket är att både direkt och indirekt styrning förekommit kombinerat med stor frihet för de lokala aktörerna att utforma verksamheterna. Men statliga aktörer som regeringen, Nationell psykiatrisamordning och sedermera Socialstyrelsen, drev på i tillämpningsprocessen. Det sammanhållna vårdideologiska program som lanserades i samband med psykiatrireformen kom efter hand att tunnas ut. Exemplet på direkt styrning är få – det tydligaste exemplet är lagbestämmelserna om öppen psykiatrisk tvångsvård från 2008, som en möjlighet för psykiatrin att använda sig av vid behov.

## **5.2 Servicesystemet**

När reformen beslutades i riksdagen fick kommunerna ett förtydligat ansvar för de psykiskt funktionshindrades boende, sysselsättning och rehabilitering samt fritid och landstingen skulle renodla sin verksamhet till att handla om vård och behandling. Myndigheter som t.ex. försäkringskassan och arbetsförmedlingen fick inte någon central roll i reformen. Detta kom att drabba framför allt rehabiliteringsområdet; följden blev att ingen av aktörerna kom att uppfatta arbetslinjen som viktig för psykiskt funktionshindrade.

### **Lagstiftning**

I hälso- och sjukvårdslagen, HSL (8), som är en ramlag, sägs att målet med hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Under senare år har detaljregler i lagen ökat, vilka bl.a. syftar till att stärka patientens ställning genom att kunna välja mellan olika behandlingsmetoder - och i vissa situationer ha rätt till en andra bedömning av en annan läkare. Bestämmelser om vård utan patientens samtycke finns i lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT (9) och i lagen om rättspsykiatrisk vård, RPT(10). Sedan 1 september 2008 finns en ny vårdform, öppen psykiatrisk tvångsvård. Bestämmelser om detta finns i de båda tvångslagarna. Syftet är att patienter som skrivs ut från tvångsvård på sjukhus kan underkastas särskilda föreskrifter om t. ex. medicinering, bruk av droger, kontakt med öppenvården osv.. Målet är att underlätta en återgång till ett normalt liv i samhället, samtidigt som skyddsaspekterna beaktas. Tanken är också att socialtjänstens organisation och arbetssätt med denna målgrupp måste utvecklas och att samarbetet mellan kommunerna och landstingen ska förbättras (11).

De krav socialtjänstlagen, SoL (kapitel 5, paragraf 7 och 8) specifikt ställer på kommunerna när det gäller psykiskt funktionshindrade är att socialnämnden "skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra". Socialnämnden skall också medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Kommunen skall också inrätta bostäder med särskild service för de psykiskt funktionshindrade som behöver sådant boende. Ytterligare ett krav som lagen ställer är att "socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med fysiska och psykiska funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på dessa områden. Kommunen skall vidare planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder och samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (12) är en rättighetslag som i detalj anger vilka grupper som har rätt till ett antal stödinsatser som uppräknas och preciseras i lagen. Personer med psykiska funktionshinder har rätt till dessa insatser om deras funktionshinder är

stora, varaktiga och medför betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service.

Från 1 januari 2004 finns en lag om finansiell samordning (13), som ger möjlighet att bilda ett gemensamt politiskt organ med uppgift att samordna rehabiliteringen för utsatta grupper. Det är upp till de lokala samverkande parterna, kommuner, landsting, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, själva att bestämma om de vill bilda ett samordningsförbund. Insatserna inom den finansiella samordningen skall avse individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och skall syfta till att dessa uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete.

Sedan 2008 gäller också en lag om valfrihetssystem (SFS 2008:962) som innebär att den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten och som den upphandlande myndigheten godkänt och tecknat avtal med. Det innebär att privata leverantörer av socialpsykiatriska insatser, som t.ex. boenden och sysselsättningsverksamheter, kan komma att spela en större roll i framtiden samtidigt som kommunens roll begränsas till myndighetsbeslut, dvs. att fatta beslut om vilka insatser som ska beviljas och att följa upp resultatet.

### **Ansvariga myndigheter**

Det är landstingen (17 landsting och 4 regioner) som har ansvaret för merparten av hälso- och sjukvården. Undantag är det ansvar som kommunerna har för hemsjukvård till dem som bor i särskilda boenden enligt socialtjänstlagen och LSS. Detta ansvar gäller vård och behandling som inte ges av läkare. Staten har, bortsett från lagstiftning och ekonomiska stimulanser, ingen direkt möjlighet att styra sjukvården. Socialstyrelsen har dock till uppgift att vara en rådgivande aktör, att utforma riktlinjer och att följa upp och utvärdera verksamheten. Primärvården utgör den första vårdnivån och inkluderar bl.a. hälsocentraler, distriktssköterskemottagningar, mödra- och barnavårdcentraler. Sedan 1980-talet har primärvården, eller närsjukvården som den ibland kallas, betonats som själva basen i den svenska sjukvården. Nationell psykiatrisamordning ansåg också att primärvården utgör basen i all hälso- och sjukvård. Vad gäller psykiskt funktionshindrade ska den svara för vård som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser, och där målgruppens medicinska behandling inte kräver specialistpsykiatriska insatser (7).

### *Sjukvårdsinsatser*

Mot slutet av 1970-talet skedde en påtaglig minskning av vårdplatser inom psykiatrin. Denna utveckling accelererade när det ena efter andra stora mentalsjukhuset lades ner från 1987 och framåt, men utan att motsvarande resurser i någon större omfattning fördelades till öppenvården. Även om slutenvårdspsykiatrin minskat i omfång kan man säga att psykiatrin vidgat sin handlingsradie: dels genom att verksamheten faktisk finns i öppna former, dels genom att psykiatrin vidgat sitt kompetensområde till att omfatta allt fler personliga och sociala problem.

Någon påtaglig ökning av andelen personer med allvarlig psykisk sjukdom har inte kunnat konstateras under de senaste 10-20 åren. Andelen är relativt konstant. Däremot ökar antalet personer som upplever psykiska besvär som t.ex. nedstämdhet, oro, sömnsvårigheter, värkbesvär - särskilt bland unga (7). Det går inte att få någon tydlig bild av vare sig resultat eller omfattning av de insatser som ges i hälso- och sjukvården till människor med psykiska

sjukdomar och funktionshinder. Slutenvården har dock minskat sedan psykiatrireformen infördes 1995. De drygt 8 000 vårdplatser som fanns att tillgå vid reformens ikraftträdande hade reducerats till hälften efter 10 år (7). Resursökningen inom den kommunala verksamheten motsvarades, genom skatteväxlingen, av en resursminskning inom psykiatrin. De platser som minskat är i första hand de som används till frivillig vård, medan tvångsvården varit relativt oförändrad under den senaste tioårsperioden. Omkring en fjärdedel av slutenvårdsplatserna upptas av patienter som dömts till rättspsykiatrisk vård. Eftersom en stor andel av slutenvårdsplatserna nu används för tvångsvård är många vårdplatser upptagna under lång tid och möjligheten att styra utflödet är begränsat. Uppgifter tyder också på att allt fler patienter söker hjälp från primärvården (hälsocentraler) för psykisk ohälsa.

För barn- och ungdomar upp till 18 års ålder finns de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna (BUP), ca 70 kliniker totalt. Dessa är organiserade på mycket olika sätt och verksamheterna håller skiftande kvalitet. Huvuddelen av verksamheterna drivs i offentlig regi med landsting eller regioner som vårdgivare. Det finns också verksamheter som bedrivs i enskild regi på uppdrag av ett landsting eller en region. Patienterna och deras familjer kan ha mycket varierande bakgrund – socialt, etniskt och kulturellt. Ca 100 000 barn, eller ca 5 procent av alla barn och ungdomar i Sverige, träffar BUP varje år (46).

Patienternas problematik är ofta mångfacetterad inom BUP vilket kräver att personalen samverkar med angränsande verksamheter, som socialtjänsten, skolhälsovården eller elevhälsan, barnhälsovården, den barnmedicinska vården, barnhabiliteringen, andra BUP-enheter och vuxenpsykiatrin. Ibland behöver man också samverka med primärvården, mödrahälsovården och ungdomsmottagningar, samt med andra somatiska kliniker än barnkliniker, t.ex. intensivvårds- eller medicinkliniker.

#### *Sociala stödinsatser*

När en ny socialtjänstlag hade trätt i kraft 1982 tilldelades kommunerna ett ansvar för personer med funktionshinder. Merparten av utbudet av sociala insatser återfanns dock vid denna tid inom landstingspsykiatris organisation, som ofta ansvarade för såväl olika former av träningsbostäder som verksamheter för social samvaro och arbetsrehabilitering. Men formuleringarna i lagen var oprecisa, tolkningsfriheten var stor och det var i praktiken upp till den enskilda kommunen att avgöra om man ville satsa på målgruppen och i så fall hur dessa satsningar skulle utformas. Detta ledde ibland till oacceptabelt stora skillnader mellan kommunerna i fråga om utbud av insatser och kvaliteten på dessa insatser. Den insats patienter som skrevs ut från mentalsjukhus fick var framför allt stöd och service från den kommunala hemtjänsten. Hemtjänstinsatserna värderades ofta högt av de f.d. patienterna, men kompletterades ofta med ett fortsatt stöd från psykiatris öppenvård (14).

#### *Boende och boendestöd*

Att ha ett tillfredsställande boende är ett grundläggande behov hos psykiskt funktionshindrade. Idag finns ett relativt stort utbud av sociala insatser till målgruppen jämfört med för tjugo år sedan. Merparten av dessa insatser ges av socialtjänsten. Samtidigt som platserna inom psykiatris heldygnsvård har reducerats kraftigt under de senaste decennierna har särskilda boendeformer expanderat. Det hundratalet platser som i slutet av 1980-talet fanns i gruppboendestäder eller liknande verksamheter med hög bemanning hade i början av 2000-talet blivit över 8 000 platser fördelat på 850 kommunala boendeverksamheter (15,17). Särskilda

boendeformer benämns och utformas på olika sätt, men utvecklingen går i riktning mot fullvärdiga bostäder och ett stöd från personalen som både ges i den egna bostaden och i en näraliggande gemensamhetslokal. Det är vanligt att dessa bostäder integreras i vanliga bostadsområden där lägenheter i samma trappuppgång och i befintligt bostadsbestånd nyttjas (16).

Utmärkande för utvecklingen sedan psykiatrireformens ikraftträdande har varit en expansion av särskilda boenden som drivs i privat regi. Så gott som hela ökningen på 20 procent av antalet platser mellan 1998 och 2002 kan tillskrivas privat verksamhet finansierad av kommunala medel. Kartläggningar visar också på en variation i storlek bland boendena; de största är mer eller mindre "institutionslika" (17). Under de senaste åren har också intresset hos kommunerna för nya former av boendearrangemang ökat. Det kan handla om särskilda korttids- eller rehabiliteringsverksamheter och boendeformer för personer med särskilt omfattande och komplexa behov, till exempel i samband med tillämpningen av öppen psykiatrisk tvångsvård (7, 18). Förutom olika former av boenden med särskild service tillkommer vardagsstöd i den enskildes "ordinära" boende i form av boendestöd, något som ca 80 procent av Sveriges kommuner anger att man kan erbjuda (19). Boendestöd har kommit att få en egen specifik profil. Det framstår som mer mångfacetterat och återhämtningsinriktat än hemtjänst och kan inkludera stöd i anslutning till aktiviteter utanför hemmet och stöd i myndighetskontakter. Genom framväxten av ett flexibelt vardagsstöd har utbudet diversifierats och möjligheterna har ökat för att kunna ge individerna ett stöd som är anpassat till deras specifika behov. Dessutom har boendestödet en vårdideologisk inriktning som harmonierar med psykiatrireformens policy, vilket tyder på att statens norm- och ideologistyrning till viss del fungerat.

#### *Arbete och sysselsättning*

Personer med psykiska funktionshinder är en av de grupper som har lägst arbetsmarknadsdeltagande. Stödinsatser för att främja arbete och sysselsättning för psykiskt funktionshindrade ges av både arbetsförmedlingen och kommunen. De insatser som finns inom Arbetsförmedlingens verksamhet för att hjälpa personer med funktionsnedsättning är: *offentligt skyddat arbete*, OSA, som syftar till att ge vissa grupper, främst personer med socialmedicinska funktionshinder anställning med rehabiliterande inslag, *lönebidragsanställning*, *anställning vid Samhall*, anställning med *personligt biträde* (som innebär att arbetsgivaren får kompensation för merkostnader som anställning av en funktionshindrad person medför) samt *särskilt introduktions- och uppföljningsstöd*, SIUS. Därutöver finns *trygghetsanställning*, *utvecklingsanställning*, hjälp till start av näringsverksamhet och stöd till *hjälpmedel på arbetsplatsen*. Målgruppen psykiskt funktionshindrade får i liten utsträckning del av dessa åtgärdsprogram för funktionshindrade, med undantag för särskilt introduktions- och uppföljningsstöd, SIUS (20). Arbetsförmedlingens definition av psykiskt funktionshinder tycks dock skilja sig från den definition som kommunerna arbetar efter – de personer som kommunerna främst ser som sin målgrupp har mer omfattande funktionshinder än den grupp som arbetsförmedlingen ger SIUS-insatser.

Bland de insatser som kommunen ger finns t.ex. träffpunkter för social samvaro, strukturerade aktiviteter med förväntade krav på den enskilde att delta i vissa moment under överenskomna tider, eller sysselsättning under mer arbetsliknande former. Tio år efter det att reformen infördes erbjöd kommunerna en relativt god variation, 72 procent av dessa erbjöd målgruppen minst tre alternativa sysselsättningsmöjligheter. När det gäller kommunernas stödinsatser vad

gäller sysselsättning har nästan alla kommuner någon form av verksamhet (19). Det vanligaste är att det finns ett träffställe; mindre vanligt är strukturerad sysselsättning eller verksamhet med tydlig arbetsinriktning. Ett träffställe (träffpunkt) är vanligtvis en verksamhet som bedrivs i en lokal dit personer med psykiskt funktionshinder kan komma för att få en stunds samvaro. Det är inte ovanligt att sådan verksamhet drivs av alternativa utförare, t.ex. brukarorganisationer, fontänhus eller religiösa organisationer, men med ekonomiskt stöd från främst kommunerna. Verksamheten kan innebära att man planerar matlagning, bedriver caféverksamhet eller ägnar sig åt någon fritidsaktivitet (t.ex. utflykter). Det krävs i regel inte vare sig närvaroregistrering eller kontinuerligt deltagande.

Strukturerade sysselsättningsformer innebär däremot en tydligare inriktning mot arbetsträning, men sällan i form av placering i reella arbetsmiljöer, åtminstone inte som ett första steg i rehabiliteringen. Verksamheter med möjlighet till strukturerad sysselsättning ingår i insatsarsenalerna hos en majoritet av kommunerna i landet. De ges vanligtvis genom specifika verksamheter för gruppen personer med psykiskt funktionshinder, men i många fall i form av öppen verksamhet, dvs. utan biståndsbeslut. Exempel på arbetsuppgifter är möbelrenovering, trädgårdsarbete, cateringverksamhet, sömnad, snickeri och second-handförsäljning. Brukarna deltar i regel under (alltför) lång tid i dessa verksamheter och uppföljning och målinriktade utslussningsstrategier lyser ofta med sin frånvaro.

Den mest arbetsinriktade verksamhetsformen är den arbetspraktik som arbetsförmedlingen tillhandahåller och de åtgärdsprogram som nämnts. Till detta kommer också den utrednings- och arbetsprövningsverksamhet som sker genom AF-rehabilitering i syfte att klara ut vilket arbete personen ifråga kan klara av. Dessa insatser kräver att individen åtminstone på sikt är anställningsbar, dvs. är motiverad till arbete, kan passa tider och klara resor till och från arbetet samt kan fungera i ett arbetslag och på en arbetsplats. Ansvar hos kommuner att ordna en meningsfull sysselsättning är tydligt reglerad i lagstiftningen, men hur omfattande och varierat utbudet ska vara är inte reglerat. Av det skälet förekommer också stora skillnader mellan kommuner när det gäller kvaliteten på de alternativ som finns för daglig sysselsättning.

Utbudet av insatser för sysselsättning och arbete till personer med psykiskt funktionshinder består främst av skyddade verksamheter utan ambition att ge stöd till full delaktighet i samhället i form av t.ex. lönearbete. Precis som på boendeområdet är det möjligt att identifiera en tradition präglad av föreställningar om att målgruppen inte kan utvecklas och att den inte bör utsättas för samhällets hårda krav. Istället ligger fokus hos många verksamheter på att skapa en trygg plats med ömsesidiga sociala relationer med andra människor i samma situation. För många individer kan denna inriktning vara i linje med de upplevda behoven, men risken är att utformningen av verksamheterna "låser in" personer i verksamheter som sen gör det svårt för gruppen komma ut i arbete eller bygga upp relationer utanför socialpsykiatrins sfär. Arbetslinjen genomsyrar inte de socialpsykiatriska verksamheterna.

#### *Personliga ombud*

Övergången från slutna institutioner till öppnare vårdformer medförde att olika vård- och stödsatser för psykiskt funktionshindrade blev både fragmentariska och dåligt sammanhållna. I förarbetena till psykiatripropositionen konstaterades att stödet till personer med psykiska funktionshinder skulle kunna förbättras om de fick stöd av personliga ombud, en svensk modell inspirerad av Case Management. Ombuden skulle ha ett klart definierat ansvar för att den

enskildes behov uppmärksammas och insatserna samordnas. Klienten är uppdragsgivare och avgör kontaktens innehåll, men samtidigt överlappar verksamheten ibland det som är boendestödjarens, kontakt- eller stödpersonens eller gode mans arbete. Denna stödform, som efter en försöksperiod, infördes år 2000 innebar att statsbidrag skulle betalas ut till intresserade kommuner. Årsskiftet 2004/2005 finns ca 100 PO-verksamheter i ca 80 procent av landets kommuner. Cirka 7 000 personer med psykiska funktionshinder hade varit klienter hos ombuden under perioden 2001-2004. Ofta handlade det om kortvariga riktade klientkontakter (hälften av kontakterna varade i tre månader eller mindre). Insatsen ska ges till personer med ett omfattande psykiskt funktionshinder och med komplexa behov av vård och stöd. Det personliga ombudet ska tillsammans med klienten identifiera dennes behov och se till att olika huvudmän planerar, samordnar och genomför sina insatser. Ombudet ska ha en fristående roll i förhållande till myndigheterna och företräda den enskilde i kontakten med dessa och se till att klientens rättigheter blir tillgodosedda (21). Det finns också uttalade officiella ambitioner om att de personliga ombuden ska skapa kunskap om och förutsättningar för att utveckla det lokala arbetet i de offentliga organisationerna och uppmärksamma mer generella systemfel i uppgifts- och arbetsfördelning för dessa organisationer (22).

Parallellt med att satsningen fått sin speciella profil har emellertid case management-metodiken kommit att lyftas fram även i andra mer kliniska sammanhang inom främst den psykiatriska öppenvården där case managern, förutom samordning, även kan ge direkta insatser. Regeringen beslutade 2007 om en nationell utbildnings- och implementationssatsning där ett program skulle tas fram för att kunna tillämpa en "intensiv" och integrerad CM-metodik på tolv platser i landet. Till skillnad från ombuden, som ska ha en fristående ställning ges stödinsatser *inom* vårdsystemet (47).

### **5.3 Arbetsmetoder och samverkansformer**

Välfärdsstatens organisationer är inte helt ändamålsenligt konstruerade för personer med sammansatta behov trots att en del nya organisatoriska former och arbetsmodeller har utvecklats för vård och stöd till personer med psykiskt funktionshinder. Detta pekar på ett grundläggande dilemma i välfärdsstatens organisation. I allt väsentligt kan den beskrivas som ett antal segment, vilka är mer eller mindre tydligt avgränsade från varandra. Varje välfärdsmyndighet kan bara ta hänsyn till just de behov som lagstiftningen pekar ut som den egna myndighetens ansvarsområde. Det innebär svårigheter att anlägga en helhetssyn på individens problem eftersom dessa behöver delas upp mellan ett flertal myndigheter beroende på hur gränsdragningen mellan dessa aktörers ansvarsområden ser ut. För individen är det ofta med stor möda han eller hon förmår skaffa sig den överblick som behövs för att framgångsrik driva sin sak i detta myller av välfärdorganisationer.

#### **Arbetsmetoder**

##### *Hälso-och sjukvård*

Det finns stora skillnader i psykiatrisk vård mellan olika kliniker i landet. Ibland ges differentierade insatser till olika grupper i en sammanhållen organisation - på andra håll kan särskilda diagnosgrupper få mycket kvalificerad vård på bekostnad av andra grupper (7). Medan vissa kliniker satsar på specialiserade insatser, oftast diagnosinriktade, och med hög kompetens, avstår andra från detta. Ett specialiserat utbud av insatser har många fördelar, men kan också leda till att mer allmänna och även förebyggande åtgärder nedprioriteras. Det kan också

försvåra samarbetet mellan den specialiserade psykiatrin och primärvårdens mer allmäninriktade insatser. Klienter kan "falla mellan stolarna" och löpa risken att försämrans i sin psykiska sjukdom i den mån tydliga symptom krävs för att få sådana specialiserade insatser.

Enligt Socialstyrelsen har den psykiatriska kunskapsbasen förstärkts påtagligt de senaste åren. Detta gäller olika behandlingsmetoder som t.ex. samtalsbehandling och läkemedel. Förhållningssätt och metoder för att möta människor i kris har prövats och beforskats. Verktyg för att följa upp verksamheterna är under utveckling, t.ex. genom kvalitetsregister. Samtidigt konstateras i bland annat Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande (7) att utvecklingsbehov kvarstår. Det gäller t.ex. slutenvården som inte är tillräckligt anpassad efter grupper och individers behov och öppenvården som upplever en stor efterfrågan på insatser, som den inte alltid kan möta. Områden som verksamhetsuppföljning och tillämpningen av ny kunskap om olika interventioners effekter behöver utvecklas vidare (23).

Ett ökat fokus på öppenvårdsformer har lett till att slutenvårdspsykiatrin används mer som en sista utväg istället för att vara ett centralt inslag i individens behandling, rehabilitering och återhämtning. Slutenvården har ingen tydlig roll i den samhällsbaserade psykiatrin, vilket hänger samman med både bristande resurser och otillräckligt utvecklade arbetsmetoder. Patienter och anhöriga beskriver ofta att dagarna i heldygnsvård mest består av väntan på måltider och enstaka samtal med någon behandlare (7). Stora avdelningar med patienter med många olika typer av besvär i en olycklig blandning skapar en dålig vårdmiljö. Bristen på sjukhusplatser inom psykiatrin har kritiserats av brukarrörelsen som anser att platser bör finnas tillgängliga även om huvudinriktningen ska vara vård och stöd i öppna former. Andra kritiker har uttryckt att vårdtiden har blivit för kort på grund av bristen på vårdplatser.

### *Behandlingsmetoder*

De insatser som finns att tillgå vid i stort sett samtliga psykiatriska enheter, enligt en kartläggning från 2009, inkluderar: bedömning, psykofarmakabehandling, tvångsvård, psykoterapi, stödinsatser, rehabilitering, nätverksarbete och anhörigstöd. Personer med schizofreni behandlas i regel med läkemedel. Ungefär 10 procent av dessa patienter får tre eller flera olika antipsykotiska läkemedel, vilket tyder på att behandlingen inte är optimal. När det gäller tvångsvårdspatienter behandlas 92 procent med läkemedel, 60 procent fick olika typer av omvårdnadsinsatser och 42 procent behandlas med psykologiska metoder (24, s. 305).

Belastningen på öppenvårdspsykiatrin har ökat, men antalet läkarbesök har ökat endast marginellt. Däremot har det skett en tämligen stor ökning vad gäller besök till andra personalkategorier, t.ex. sjuksköterskor, kuratorer och psykologer. Denna andel utgör ca 75 procent av alla besök (24, s. 309). Brukarorganisationerna uppger att deras medlemmar ibland får beskedet att den behandling de, enligt både sin egen och läkarens bedömning är i behov av, inte kan erbjudas eftersom resurser saknas. Främst gäller det psykoterapi. Många som kommer till öppenvård idag har svårbehandlade tillstånd och komplicerade besvär, men det finns också nya grupper med t.ex. depressions- och ångestproblematik som använder öppenvårdspsykiatrin (24).

När det gäller vården av patienter med depression och ångest visar en annan undersökning från 2009 att läkemedelsbehandling också dominerar i öppenvården; omkring 80 procent av patienterna som behandlades för depression och ångest fick farmaka. Möjligheterna att erbjuda

KBT motsvarade inte behoven och samtalsterapi förekommer i varierande omfattning, 11 – 50 procent av patienterna fick sådan behandling (25). I vissa regioner erbjöds insatser som kan vara komplement till behandling. I ungefär hälften av de undersökta kommunerna finns en psykiatriverksamhet, exempelvis psykoteam eller rehabteam, som arbetar med aktiviteter med inriktning på den enskildes möjligheter att få en sysselsättning, ett arbete med lön eller att påbörja studier.

#### *Socialtjänst: boende och boendestöd*

Den helt dominerande bilden av de särskilda boendeformer, oftast gruppboendestäder, som ges är att de byggts upp som ett stöd för äldre och långtidsvårdade f.d. mentalsjukhuspatienter. Att lösa boendeproblem för långtidsvårdade patienter med omfattande behov av omvårdnad och omsorg var ett av de första problem som psykiatrireformen konfronterades med. De kan nu ses som en kvarstående struktur från 1990-talet då kommunerna till följd av reformen tog över sjukhusavdelningar som visade sig svåra att förändra eller utveckla. Gruppboendestäderna har allt mer börjat ifrågasättas av yngre personer. Inriktningen hos de boendestödsteam varav de flesta hade verksamhet under dagtid innebar att man arbetade med motivation och struktur som centrala inslag tillsammans med ambitionen att försöka "guida" den enskilde ute i samhället (26).

#### *Sysselsättning*

De träffställen som finns i de flesta kommunerna är i regel öppna för alla som vill komma dit. Men det förekommer också att kommunernas socialtjänst fattar formella biståndsbeslut om denna stödinsats. Denna typ av verksamhet anordnas också inom brukarrörelsen och andra ideella eller kyrkliga organisationer. Dagverksamhet med arbetsliknande inslag erbjuder mer eller mindre arbetsliknande uppgifter. Den strukturerade sysselsättningen återfinns framförallt inom socialtjänstens ansvarsområde men finns även inom psykiatrins rehabiliteringsverksamhet. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen sker ofta i samverkan mellan olika aktörer där Arbetsförmedlingen och/eller Försäkringskassan alltid är parter. Samverkan är vidare formaliserad på ledningsnivå inom respektive organisation. Utbudet återfinns bland annat inom samordningsförbundens verksamhet och kommunernas arbetsmarknadsenheter (AME).

Komplementär verksamhet i någon form t.ex. brukar- och anhörigföreningar, sociala kooperativ, ideella föreningar samt klubbhusrörelsen finns i hälften av de undersökta kommunerna. De verkar i allmänhet bedriva en verksamhet med god tillgänglighet för målgruppen men de existerar under knappa ekonomiska villkor.

Under senare år har flexibla former av boendestöd och specialiserade boendeformer etablerats, vilket bland annat inneburit att färre personer bor i gruppboende och på HVB-hem. Någon liknande utveckling syns inte på sysselsättningsområdet. Flertalet av kommunerna har kvar samma verksamheter och samma innehåll som vid reformstarten. Men det tillkommer också flera exempel på nya inslag i utbudet av insatser. Det handlar om team för personer med psykisk störning och samtidigt missbruk, så kallade mellanvårdsformer och i några fall verksamheter som drivs gemensamt av kommun och landsting (26).

### *Medikaliserade arbetsformer?*

Medikalisering innebär att personliga och sociala problem tolkas med hjälp av en medicinsk begreppsapparat och att de åtgärder som förslås handlar om vård och behandling i olika former mestadels utförd av medicinskt utbildad personal. En av psykiatireformens mest grundläggande principer är att behoven hos personer med psykiska funktionshinder i huvudsak ska tillgodoses i lokalsamhället i så öppna och normaliserade former som möjligt. När reformen infördes rådde i kommunerna brist på personal som hade kunskap om psykiska funktionshinder; många rekryterades från landstingets psykiatri. "De professionella yrkesgrupper som inträdde på fältet gjorde det till stor del utifrån ett slutenvårdsperspektiv. Personalens medicinska kunnande ansågs fortfarande viktigt när nya verksamheter skulle etableras" (26).

Inom den specialiserade psykiatriska vården arbetade år 2005 omkring 25 000 personer, vilket motsvarar ca 10 procent av samtliga anställda inom landstingens (av vilka de flesta arbetar inom somatisk vård).

**Tabell 1. Antal anställda inom specialiserad psykiatrisk vård år 2005.**

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| <b>Läkare</b>           | 2 100  |
| <b>Psykolog</b>         | 2 100  |
| <b>Sjukgymnast</b>      | 250    |
| <b>Arbetsterapeut</b>   | 500    |
| <b>Kurator</b>          | 1 600  |
| <b>Sjuksköterska</b>    | 6 100  |
| <b>Skötare</b>          | 8 700  |
| <b>Läkarsekreterare</b> | 1 900  |
| <b>Adm/övriga</b>       | 1 700  |
| <b>Total</b>            | 25 000 |

Källa SOU 2006:100, Ambition och ansvar, s 442.

Givet den stora efterfrågan på psykiatrisk vård är detta inte tillräckligt. Landstingen har dessutom stora svårigheter att rekrytera kvalificerad personal som läkare med specialistutbildning och sjuksköterskor med specialistutbildning (7). I kommunerna är personalsituationen inte lika ansträngd, men där finns å andra sidan ett stort behov av att utveckla en kunskapsbas som tar fasta på de sociala behov målgruppen har.

Det faktum att läkemedelsbehandling tycks dominera i både slutenvård och öppenvård kan ses som ett uttryck för medikalisering. Från mitten av 1990-talet och framåt kan man se en tydlig trend. Användningen av antipsykotiska mediciner har varit ganska stabilt under de senaste åren, men användningen av antidepressiva medel har ökat konstant och mångfaldigats i flera länder. Användningen av anxiolytika har däremot varit stabilt.

**Tabell 2. Konsumtion av psykotropiska läkemedel in DDD (definierad daglig dos) per 1000 invånare**

| Läkemedel             | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2009 <sup>(2)</sup> |
|-----------------------|------|------|------|------|------|---------------------|
| <b>Antidepressant</b> | 34,8 | 32,0 | 37,5 | 41,7 | 48,8 | 71,8                |
| <b>Antipsychotic</b>  | 9,3  | 7,8  | 8,3  | 8,5  | 8,6  | 8,71                |
| <b>Anxiolytic</b>     | 17,4 | 16,0 | 16,4 | 16,8 | 17,1 |                     |
| <b>Hypnotic</b>       | 44,3 | 42,3 | 44,3 | 45,5 | 47,2 |                     |

Källa: Knapp, D, McDaid, D, Mossiolos, E & Thornicroft, D (2007) European Observatory on Health Systems and Policies Series. Mental health policy and practice across Europe, s. 164. .

(2) Läkemedel - statistik för år 2009, Socialstyrelsen, Artikelnummer: 2010-3-28

Ett överlag medicinsk inriktat synsätt på individens brister och funktionsnedsättningar torde också påverka behovsbedömningsprocessen i kommunerna. I nästan hälften av kommunerna har handläggarna inte tilldelats ett helhetsorienterat uppdrag med uppgift att bedöma, planera och samordna behoven i sin helhet (19). En annan faktor som har bidragit till att ett medicinskt synsätt genomsyrat utbudet av insatserna för målgruppen är att läkarnas ord (och skrivna utlåtanden) väger mycket tungt när beslut om sjukersättning, rehabilitering och arbetsprövning fattas.

Rehabiliteringsmodeller som fokuserar individens behov relateras ofta till den så kallade "trappstegsmodellen". I korthet skall den enskilde först behandlas (psykiatrin), därefter utveckla sin sociala förmåga (socialtjänsten) för att slutligen avancera till en arbetsmarknadsinriktad nivå och träna i arbetsliknande miljöer (arbetsförmedlingen, försäkringskassan). Redan i slutrapporten från utvärderingen av psykiatrireformen påpekas att rehabilitering inte skall betraktas som en stege där en aktör tar över när en annan är "färdig". Istället liknas processen vid ett hjul där ekrarna symboliserar de olika insatser, som var och en för sig är otillräckliga, men som tillsammans ger tillräcklig stadga och styrka att ta sig framåt (27).

### *Empowerment*

Brukarföreningar upplever också alltför sällan att de blir informerade om förändringar och att de inte får delta i beslut som rör den egna gruppen. Den nationella tillsynen, 2002-2004 redovisade att delaktighet saknas i många fall (19). Mycket av kontakten mellan offentliga aktörer och intresseorganisationerna har uteslutande rört planering av olika insatser där brukar- och anhörigorganisationerna bjudits in till olika typer av lednings- eller referensorgan. På nationell nivå har dessa organisationer sedan 1980-talet regelbundet fungerat som remissinstans och en part i samband med statliga utredningar och projekt. De sista åren har däremot intresset för att utveckla konkreta strategier för brukarinflytande ökat och på allt fler platser i landet kan man se försök med bland annat brukarråd, regelbundna brukarrevisorer eller särskilt anställda samordnare för inflytandefrågor (28). I Nationell psykiatrisamordnings arbete med att förbättra psykiskt funktionshindrades möjligheter till inflytande och påverkan i samhället utvecklades ett nätverk med 15 brukar- och anhörigföreningar. I en rapport till psykiatrisamordningen ansåg nätverket bland annat följande:

- Patient-, brukar- och anhörigorganisationerna måste få ett större inflytande över de centrala beslut som fattas kring områdets utveckling och framtid.
- Psykisk hälsa måste ha ett uttalat folkhälsomål.
- Långsiktiga strategier och mål ska utarbetas för att komma till rätta med den tilltagande psykiska ohälsan i Sverige, och de stora bristerna som finns inom psykiatrisk vård, omsorgsverksamhet och rehabilitering (7).

Medvetna strategier för brukarinflytande och brukarstyrda organisationer är långt ifrån ett självklart inslag i de flesta kommuner. Där brukarinflytande är en realitet finns starka lokala RSMH-föreningar som engagerar sig i utvecklingsarbetet. Många kommuner anser dock att brukarinflytande är viktigt och vill ha positiva exempel att visa upp. Svårigheterna är att brukarinflytande ofta inte harmoniserar med den etablerade verksamhetskultur som finns lokalt; det finns inte heller någon beprövad specifik arbetsmetod som man kan använda sig av.

I många situationer där individen skulle kunna kräva stora samordnade insatser riskerar de att falla mellan stolarna. Här kan "kostnaden" för individen handla om deras trygghet, då myndigheternas avgränsade ansvar kan försätta dem i en situation i vilken de inte har tillgång till varken den ena eller den andra myndighetens utbud av insatser. Det kan också handla om ekonomiska kostnader där individens ambition till rehabilitering, kan innebära antingen en direkt kostnad (merkostnader för resor osv.) eller att personen riskerar att förlora sin förtidspension pga av att han/hon bedöms ha arbetsförmåga.

### **Samverkansformer**

Under de första åren efter reformens införande bildades lokala samarbetskonstellationer för att planera för förändringsarbetet. Dessa konstellationer återuppstod på många orter tio år senare i samband med att stimulanspengar från Nationell psykiatrisamordning fördelades. Trots återkommande incitament har det inte gått att skapa någon mer praktisknära och långsiktig samverkan mellan främst kommuner och landsting. Argumenten för integrerade insatser för t.ex. personer med omfattande och sammansatt problematik, eller på områden i en ansvarsmässig gråzon, har varit starka, men i praktiken har verksamheterna ofta haft svårt att bli något annat än tidsbegränsade projekt. De senaste åren har både viss arbetsrehabiliteringsverksamhet samt gemensamma verksamheter för stöd till unga etablerats (26).

#### *Samverkan mellan primärvård och slutenvård*

Samarbetet mellan primärvården och specialistpsykiatri tycks generellt sett inte vara tillfredsställande; det man gör är att försöka komma fram till tydliga avgränsningar mellan vad som är den ena och den andra partens ansvar. Primärvården har en central roll, dels när personen drabbas av psykisk ohälsa, dels när den akuta behandlingsfasen är över och individen inte längre behöver slutenvård. Det är därför avgörande att det finns bra kontakt mellan primärvård och specialiserade psykiatri. Kritik mot samarbetet mellan slutenvård och öppenvård handlar främst om kontinuitet angående både dokumentation och personal, vilket kan leda till en splittrad behandling (7).

#### *Samverkan mellan vården och socialtjänsten*

Psykiatri och socialtjänsten har länge haft problem att samarbeta. Men samarbetssvårigheter förekommer också mellan olika enheter inom socialtjänsten. Psykiatri är dock fortfarande den vanligaste samverkansparten för kommunernas socialpsykiatriska verksamheter. Minst

samarbete har socialpsykiatri med primärvården. Typisk för samarbetsformer mellan psykiatri och socialtjänsten är regelbundna möten på lednings- och personalnivå, samverkansavtal och olika försök att skapa rutiner för vårdplanering. När det handlar om dubbeldiagnos eller tvångsvårdade består samverkan oftast av regelbundna möten, nätverksmöten, planeringsmöten, vårdplaneringsmöten, osv.. I mindre utsträckning kan det handla om samlokalisering eller någon sorts teamarbete, även några gemensamma mottagningar.

#### *Samverkan mellan socialtjänsten, socialförsäkringsmyndigheter och arbetsförmedling*

Det faktum att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inte fick någon central roll i psykiatrireformens tillämpning drabbade framför allt rehabiliteringsområdet. Följden blev att ingen av aktörerna kom att uppfatta arbetsrehabilitering som sin kärnuppgift (26). För den som är sjukskriven prövar Försäkringskassan vid olika tidpunkter arbetsförmågan; ju längre sjukdomsperioden pågår desto större krav på att arbetsoförmågan och rehabiliteringsmöjligheterna dokumenteras genom läkarintyg och andra utredningar. Siktet är inställt på att individen ska försörja sig genom förvärvsarbete och inte genom bidrag. Om personen inte längre bedöms ha rätt till sjukpenning ska han/hon överföras till Arbetsförmedlingen (30). I det sammanhanget ska arbetsförmedlingen samarbeta med försäkringskassan så att personer inte försörjs via sjukförsäkringen utan kan försörja sig själva.

I många fall saknas en faktisk strävan efter samarbete även när situationen bedöms relevant. Det finns också stora svårigheter för ansvariga organisationer att finna gemensamma lösningar för de personer som behöver det. I drygt hälften av kommunerna bedrivs arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan mellan flera huvudmän för personer med olika stödbehov, däribland personer med psykiskt funktionshinder. Det är vanligt att ungdomar och unga vuxna anges som särskilt prioriterade målgrupper (7). Trots olika försök att styra samverkan är den i de flesta verksamheter frivillig och avgörs av behovet på den lokala nivån. Olika försök att styra samverkan med stimulanspengar och liknande har ofta visat positiva men kortsiktiga resultat. Den lag om finansiell samordning som finns sedan år 2004 har dock inneburit en ökad samverkan i form av samordningsförbund i vilka personal från landstinget, kommunen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen deltar. Ett generellt intryck är att handläggarna har otillräcklig kunskap om behov och utvecklingsmöjligheter hos personer med psykiska funktionshinder och att man saknar en helhetsorientering i planeringen och samordningen av det individuella stödet (19).

#### *Hinder för samverkan*

Hinder för samverkan uppstår när det saknas en gemensam övertygelse om att samverkan är bra, när förtroendevalda och chefer inte tar sitt ansvar, när olika professionella kulturer har olika synsätt, när organisationer är olika utformade, när organisationer inte är transparenta och till följd av (alltför många) omorganiseringar och när det finns juridiska hinder (7). Det brister i samordning och kunskap om utbudet av sysselsättningsverksamheter såväl internt i den egna organisationen som externt mellan olika myndigheter och organisationer. Glappet mellan exempelvis socialtjänstens sysselsättningsutbud och en anställning med lön är alltför stort. Det som efterfrågas är sysselsättningsalternativ i gränslandet mellan dagverksamheter med arbetsliknande innehåll och arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

### *Samverkan med frivilligorganisationer*

Ungefär 16 procent av Sveriges kommuner bedriver verksamheter tillsammans med brukarorganisationer. Vanligast förekommande samarbetsformer mellan kommuner och frivilliga- eller brukarorganisationer var sysselsättningsverksamheter och verksamheter för personlig ombud (19). Huvudintrycket är dock att "brukar- och anhörigorganisationerna är sällsynta parter i samverkan. Där de ingår är engagemanget och entusiasmen för rehabilitering till arbete eller studier stark." (7). I vissa kommuner driver kyrkorna, Stadsmissionen, Fontänhus och sociala arbetskooperativ olika sorts verksamheter, ibland med bidrag från kommunerna.

### *Ett positivt exempel*

En förebildlig verksamhet vad gäller samverkan är ett primärvårdsprojekt i Stockholm där Psykiatri Södra har utvecklat en lyckad samarbetsmodell med Primärvården vilken innebär att terapeuter från psykiatri arbetar en till två dagar i veckan på vårdcentralerna i upptagningsområdet. Samarbetet har lett till att psykosocial kompetens har tillförts primärvården och till bättre kommunikation mellan organisationerna. Terapeuterna har träffat ca 1400 nya patienter varje år. Andel av befolkningen som på det sättet kommit i kontakt med en terapeut har ökat betydligt (31).

## **5.4 Reformernas resultat**

När psykiatrireformen genomfördes fanns inte några etablerade självklara tolkningsmallar för hur socialpsykiatri skulle organiseras och bedrivas. De professionella yrkesgrupper som trots allt tog fältet i besittning gjorde det till stor del utifrån ett slutenvårdsperspektiv; personalens medicinska kunnande ansågs fortfarande viktigt när nya verksamheter skulle etableras. När man bedömer vad som fungerat väl och mindre väl är det viktigt att hålla i minnet att det saknas en sammanhållen nationell syn på hur stöd ska erbjudas till personer med allvarliga psykiska funktionshinder. Förslag som kommer från central nivå tolkas i varje län och kommun och implementeras på olika sätt. De lokala variationerna är stora. Ett resultat av reformen var kritik mot själva genomförandet av förändringarna och mer specifikt vad man uppfattade som att samhället övergav personer med psykiskt funktionshinder. Hemlöshet och bristfällig samordning av stödsatser framfördes som exempel. Mycket av kritiken handlade inte specifikt om kommunernas förtydligade ansvar utan snarare om den indirekta följden av kommunaliseringen i form av en minskad slutenvård.

### **Positiva och negativa erfarenheter**

#### *Vad har fungerat väl?*

*Personligt ombud* citeras ofta som en metod som har fungerat väl i Sverige trots att den inte är reglerad i lagstiftning och är frivillig. I en sammanfattande utvärdering av PO-verksamheten konstateras att "ombuden fyller ett vakuum i det samhälleliga stödsystemet", genom att vara en förmedlande länk mellan klienten och ansvariga myndigheter (32). Ombudens okonventionella arbetssätt, vilket flertalet klienter uppskattar, möjliggörs av att verksamheten i princip är oreglerad och av att ombuden har en formellt sett fristående ställning i förhållande till den kommunala socialtjänsten. Brukarna är mycket nöjda med insatsen enligt de utvärderingar som gjorts. Det är främst det flexibla arbetssättet och att det är brukaren och ombuden som identifierar de problem man tillsammans arbetar med. Att få hjälp med kontakter med olika myndigheter och service organ är också mycket uppskattat (32).

*Boendestöd* är den kommunala insats som utvecklats mest under åren efter det att reformen trädde i kraft. Det är ett diversifierat vardagsstöd som har inslag av rehabilitering och återhämtning och som är anpassat till brukarens specifika behov. Det har utvecklats i takt med erfarenheter som gjorts i kommunerna.

*Samarbetsprojekt/Samordningsförbund.* Det finns många exempel på framgångsrika projekt, inte minst inom området rehabilitering, men även projekt för vissa grupper, t.ex. personer med dubbeldiagnos. Nätverk som utvecklar arbetsmodeller för tidigt omhändertagande vid psykos, stöd till vuxna med ADHD samt insatser för personer med komplexa vård- och stödbehov på grund av missbruk i kombination med psykisk sjukdom är några exempel. Andra aktiviteter som förekommer är olika former av stöd till närstående till personer med psykiskt funktionshinder och särskilda insatser riktade till barn till psykiskt sjuka. ESL (Ett självständigt liv), social träning, mobila team, kontaktperson. Utöver utbudet som kommunerna direkt står för kan det finnas frivilliga organisationer och sociala kooperativ som driver verksamheter inriktade mot målgruppen.

*Vad har fungerat mindre väl?*

Bristande *tillgänglighet* i vården och stödet till psykiskt funktionshindrade finns på flera områden. Även boendestödet har sina begränsningar; det finns att tillgå främst under vardagar och sällan under kvällar och helger. Mobila team behöver också byggas ut för att motsvara de krav på tillgänglighet som brukarorganisationer och patienter ställer. Verksamheter för vistelse vid kortvariga sviktillstånd kan utgöra ett värdefullt komplement till kommunernas och landstingens övriga utbud av vård och service. Det handlar om mellanvård, korttidsboende, sviktplatser, utredningsboende eller rehabiliteringsboende, vilket indikerar olika målsättningar med verksamheterna. Strategin bygger dock i huvudsak på att flytta den enskilde till en miljö där han eller hon kan få ett annat eller mer intensivt stöd under en begränsad tidsperiod (7). Kritiken mot psykiatrin angående tillgänglighet har också riktat sig mot vårdköer där både vuxna och även barn har haft svårt att få stöd då det finns akut behov.

Bristande *individuell planering* och systematisk behovsbedömning är också ett problem. Skriftlig dokumentation saknas i många fall angående boende och sysselsättning, systematisk uppföljning på individ nivå och brist på samordning av planering med andra insatser utanför verksamheten.

*Sysselsättningsområdet* präglas av låga förväntningar. Trots att det finns ett rimligt varierat utbud av insatser i kommunerna behöver alternativen bli fler. Det gäller framförallt sådana som pekar fram mot ökat deltagande i lönearbete och reguljär arbetsmarknad. I likhet med gruppboendestäder har basutbudet av träffpunkter och sysselsättningsalternativ främst fokus på trygghet och omsorgslogik, och mindre fokus på återhämtning och delaktighet i samhällslivet.

Metoder för systematisk utvärdering och uppföljning behöver utvecklas på nationell basis. Ett nationellt stöd för val av metoder behövs och nationella insatser för utbildning i metoderna bör utvecklas. Olika verksamheters uppdrag och plats i en sammanhållen insatskedja behöver också tydliggöras (24). Ett annat problem är att många patienter inte känner sig delaktiga i att välja behandlingsstrategi. Patienterna förefaller mer nöjda när de får stödsamtal och är delaktiga i beslut om behandling, och när de känner att doktorn visar intresse för hela livssituationen. Andra aspekter som patienterna uppskattar är att få en tid för uppföljning och tillräcklig information om läkemedel. Hälsocentralerna inom primärvården tillgodoser inte dessa

önskemål tillräckligt väl och de tillämpar inte alltid tillräckligt tydliga diagnoskriterier eller bedömningsinstrument (24). Den *psykiatriska tvångsvården* domineras av relativt ensidiga insatser med läkemedelsbehandling som den vanligaste åtgärden. Den behöver utvecklas vad gäller innehåll, miljö och behandlingsinsatser. Vård och behandling måste planeras mer systematisk och patienten måste delta i planeringen i högre grad (33).

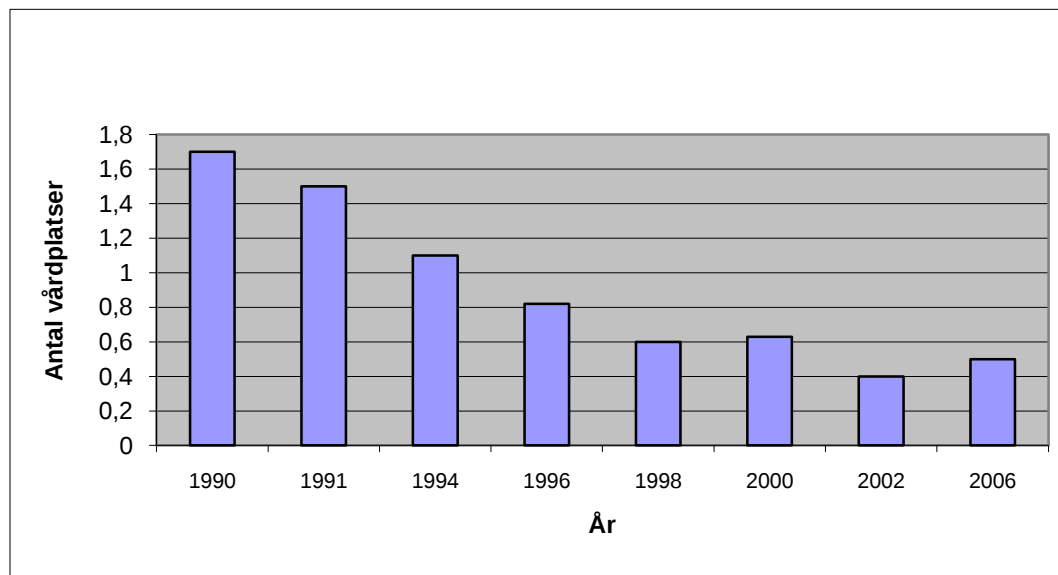
#### *Grupper som "faller mellan stolarna" eller som vänder stödsystemet ryggen?*

Många unga vuxna undviker insatser från psykiatrin eftersom de upplever att de blir stämplade som psykiskt sjuka och inte får möjligheter att delta i samhällslivet på sina egna villkor. En studie visade att många personer hade kontakt med socialtjänstens individ- och familjeomsorgsenhet för att söka ekonomiskt bistånd eller bostadsbidrag. Andra vände sig direkt till Arbetsförmedlingen där de ansåg att de egna behoven rörde arbete och sysselsättning och inte behandling. I många fall kom dessa personer i kontakt med psykiatri endast i samband med en akut kris (34).

#### **Vårdplatser, vårdtillfällen, vårdtider**

Den andel av den svenska befolkningen som anser sig lida av psykisk ohälsa uppgår till 20-40 procent, varav 5-10 procent uppskattas behöva psykiatrisk behandling. Ändå söker bara ungefär 3-4 procent av medborgarna varje år psykiatrisk vård. Många vänder sig istället till primärvård och till socialtjänsten (24). Den mest påtagliga tendensen sedan psykiatrireformen infördes är att antalet vårdplatser inom den psykiatriska slutenvården har minskat. År 1967 fanns 4,0 psykiatriska vårdplatser per 1000 invånare; 1997 var motsvarande andel 0,75 och år 2006 0,50 vårdplatser per 1000 invånare. År 2005 fanns knappt 4 400 vårdplatser, en minskning av drygt 50 procent sedan psykiatrireformen trädde i kraft 1995 (7).

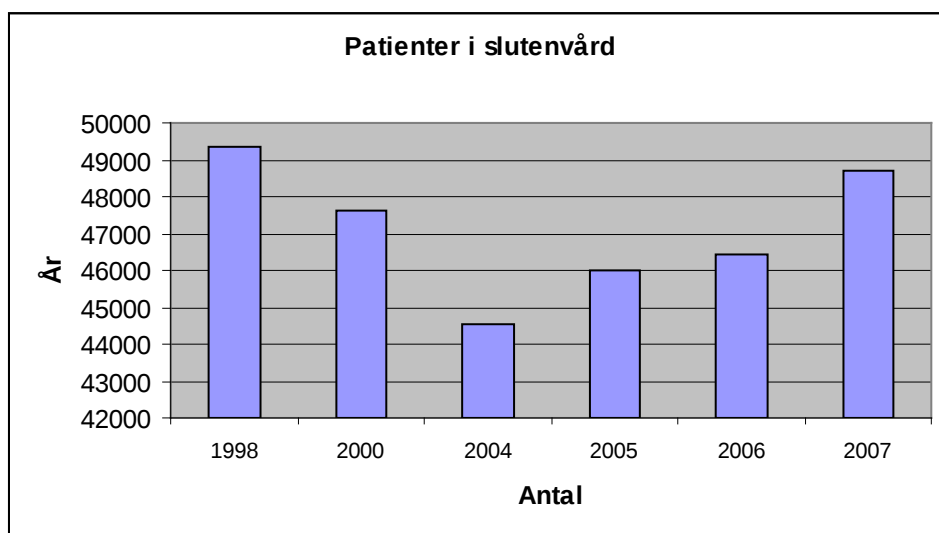
**Figur 1. Antal tillgängliga psykiatriska vårdplatser per 1000 invånare.**



Källor: NOMESCO (2007) Health Statistics in the Nordic countries, s 299. Knapp,D, McDavid, D, Mossiolos, E & Thornicroft, D (2007) European Observatory on Health Systems and Policies Series. Mental health policy and practice across Europe, s 166.

Antalet patienter i slutenvård har däremot ökat under de senaste åren, men medelvårdtiden har minskat. År 2007 hade 31 000 män drygt 51 000 vårdtillfällen och 30 000 kvinnor drygt 44 000 vårdtillfällen (slutenvård) inklusive vård för missbruk. För patienter med diagnos schizofreni noterades 13 000 vårdtillfällen. Bland kvinnor ses en markant ökning i åldersgruppen 15-24 år; från cirka 900 till 1400 vårdtillfällen per 100 000 personer under perioden 1998 och 2007 (35). Antal vårdtillfällen år 2008 var 93 000 alla åldersgrupper inkluderade (36).

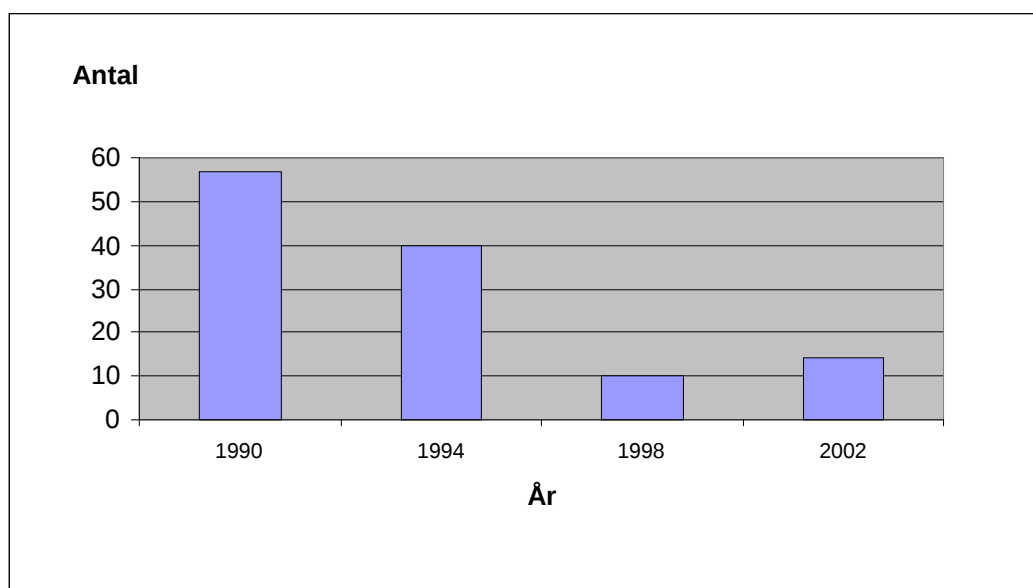
**Figur 2. Patienter i slutenvård, perioden 1998-2007.**



Källa: NOMESCO (2007) Health Statistics in the Nordic countries, s 308-310.

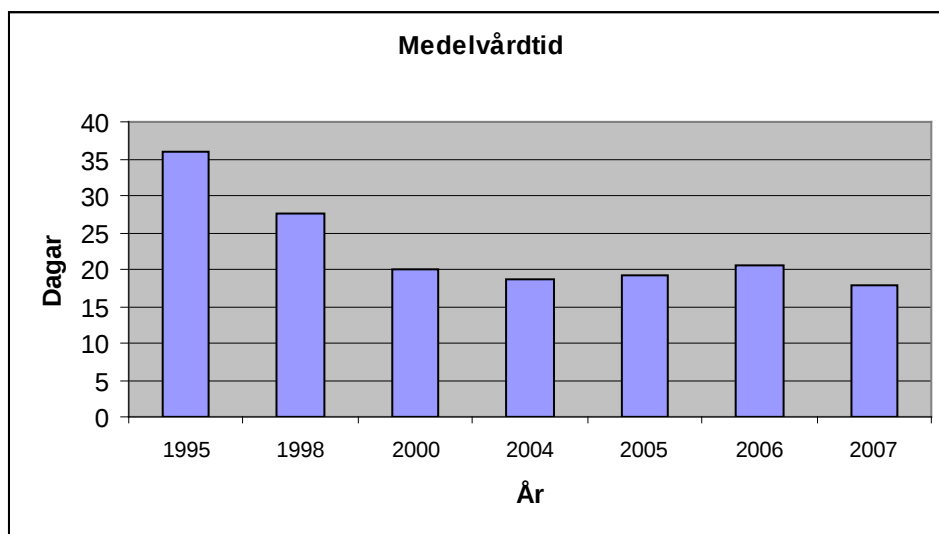
Medelvårdtiden för patienterna har minskat – från 36 dagar år 1995 till 19 dagar år 2004 (35). Det har också skett en klar minskning i antalet långtidsvårdade patienter på psykiatriska avdelningar per 100 000 invånare: från 57 patienter år 1990 till 14 patienter år 2002 (35).

**Figur 3. Antal psykiatriska långvårdspatienter som under mer än ett år fått vård vid psykiatriskt/rättspsykiatriskt sjukhus.**



Källa: NOMESCO (2007) Health Statistics in the Nordic countries, s 305.

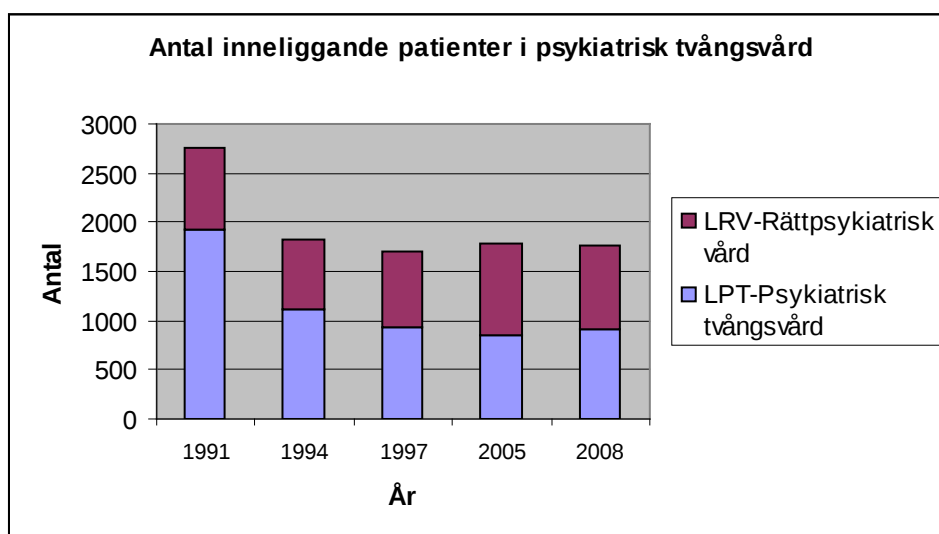
**Figur 4. Medelvårdtid (dagar) i specialiserad psykiatrisk vård, perioden 1995-2007.**



Källa: SKL (2007) Patienter i specialiserad vård.

Antalet patienter inom den frivilliga slutenvården minskade kraftigt mellan 1991 och 2005, men därefter planade minskningen ut. Antalet patienter som tvångsvårdades enligt LPT har minskat kraftigt framför allt efter 1992, då den nya tvångsvårdslagen trädde i kraft.

**Figur 5. Antal inneliggande patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård.**



Källa; Socialstyrelsen (2009) Innehållet i den psykiatriska tvångsvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Personer i rättspsykiatrisk tvångsvård (LRV) har ökat med 30 procent under den senaste tioårsperioden, i huvudsak pga. längre vårdtider(33, s25). Antalet dömda har varit konstant, ungefär 375 personer varje år.

### Sociala insatser, sysselsättning och sjukskrivning

Boendestöd är en av flera stödinsatser som psykiskt funktionshindrade kan få del av. År 2008 hade knappt 12 200 personer beviljats sådant stöd. Huvuddelen av dessa hade psykiska funktionshinder(37). Många personer med psykiska funktionshinder får i stället hemtjänstinsatser då det inte finns en utvecklad boendestödverksamhet; detta är vanligare i små kommuner jämfört med stora kommuner och mer vanligt bland äldre än yngre eftersom städning kan vara mer relevant för äldre personer, oavsett deras funktionsnedsättning. Stödinsatser enligt LSS, som t.ex. personlig assistans, ledsagare eller kontaktperson, ges i ringa utsträckning till psykiskt funktionshindrade; skälet är att funktionshindret vanligtvis inte anses tillräckligt omfattande, varaktigt eller att det inte medför tillräckligt stort hjälpbehov för att klara av vardagslivet (37).

Personer med psykiska funktionshinder har en svag ställning på arbetsmarknaden. Både internationella och svenska statistik tyder på att endast cirka tio till femton procent lönearbetar (26). Gruppen får också i liten utsträckning del av arbetsmarknadspolitiska stödinsatser. *Offentligt skyddat arbete*, OSA, syftar till att ge vissa grupper av personer med funktionshinder, som medför nedsatt arbetsförmåga, möjlighet till anställning med rehabiliterande inslag. Knappt en femtedel av alla nya deltagare i OSA under 2007 hade nedsatt arbetsförmåga på grund av ett psykiskt funktionshinder. Den stora majoriteten var personer med socialmedicinska funktionshinder. *Lönebidrag*, ges till arbetsgivare som anställer en person med nedsatt arbetsförmåga. Endast 16 procent av de arbetsgivare som fått lönebidrag får det för att de anställt personer som har ett psykiskt funktionshinder. Även när det gäller övriga stödinsatser är andelen personer med psykiska funktionshinder låg.

**Tabell 3. Särskilda insatser för personer med funktionshinder – andel/antal personer med psykiska funktionshinder i olika åtgärder år 2007.**

| Stödåtgärd             | % av alla | Antal individer |
|------------------------|-----------|-----------------|
| Lönebidrag             | 16        | 3360            |
| OSA                    | 17        | 384             |
| Personlig biträde      | 11        | 580             |
| SIUS                   | 23        | 672             |
| Trygghetsanställning   | 19        | 745             |
| Utvecklingsanställning | 22        | 850             |
| Start av verksamhet    | 22        | 89              |
| Hjälpmedel stöd        | 5         | 218             |
|                        |           |                 |
| <b>Totalt</b>          |           | <b>6898</b>     |

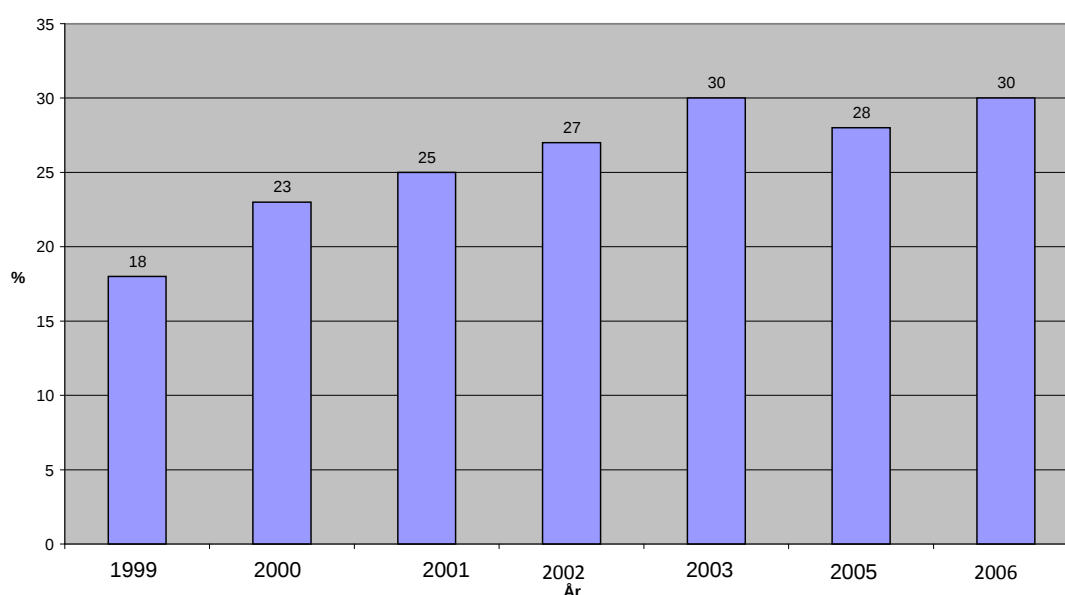
Källa: Arbetsförmedlingen (2008) Arbetsmarknadspolitiska program. Årsrapport 2007. Uppföljning och utvärdering. Ure 2008:1.

Fram till år 2004 var sjukdomarna i muskler, skelett och bindväv den största diagnosgruppen för personer som nybeviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning. Sedan 2005 har dock de psykiska sjukdomarna varit den största diagnosgruppen för både kvinnor och män (39). De

psykiska sjukdomarna ökade sin andel i alla åldersgrupper samtidigt sjukdomar i muskler skelett och bindväv minskade (38). År 2009 motsvarade de psykiska sjukdomarna 42 procent av alla nybeviljade sjukersättningar och aktivitetsersättningar (39). Bland 16-29 åringar som år 2004 beviljades aktivitetsersättning (förtidspension) var två tredjedelar orsakad av psykisk ohälsa (40).

Under år 2006 var nästan 80 000 svenskar sjukskrivna under någon period på grund av nedstämdhet eller ångest. Två tredjedelar av de sjukskrivna var kvinnor och medianåldern var 42 år. Flest var sjukskrivna under någon depressionsdiagnos (25). Som framgår av diagrammet nedan ökar andel av de långtidssjukskrivna som har en psykiatrisk diagnos.

**Figur 6. Andel sjukskrivna 60 dagar eller längre med psykisk diagnos**



Källa; Försäkringskassan, Långtidssjukskrivna, Redovisar 2007:6.

#### **Utvecklingsbehov och utvecklingsarbete inom respektive sektor av servicesystemet?**

Efter det att Nationell psykiatrisamordning lade fram sin slutrapport (7) kan man urskilja två huvudsakliga områden där satsningar gjorts. Det ena området är satsning på öppen psykiatrisk tvångsvård som gör det möjligt att, utifrån särskilt skrivna villkor, vårda personer som tidigare vårdats med tvång utanför vårdinrättningen. Tillfälliga statsbidrag till kommunerna finns för detta ändamål. Det andra området är barn- och ungdomspsykiatri, som fått merparten av de ekonomiska satsningar som gjorts hittills. Det har framför allt handlat om uppdraget att korta köerna till klinikerna för unga personer med psykisk ohälsa. Från 2007 och framåt har fortsatta satsningar på psykiatriområdet skett. Det handlar om fyra prioriterade delområden: a) insatser till barn och unga för att korta köerna inom barn- och ungdomspsykiatri, utveckling av ett 15-tal modellkommuner, samt hjälp och stöd till barn med psykiskt sjuka föräldrar; b) arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning, bl.a. genom upphandling av tjänster så att målgruppen får arbete i kommuner, landsting och sociala företag – och c) stöd till långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete. Det sistnämnda omfattar bl.a. medel för att förstärka kompetensen hos personal inom den psykiatriska vården och socialtjänsten, stöd till

rukarorganisationerna och projekt för att påverka allmänhetens attityder till psykisk sjukdom (43).

#### *Case Management*

Case Management är egentligen ett samlingsnamn för flera delvis liknande insatser och en rad olika modeller har utvecklats. Gemensamt för insatserna är att en särskilt utsedd person - en Case Manager har huvudansvaret för att en person får adekvat vård och stöd. Case-managern är den samordnande funktionen med ansvar för utredning, planering och att adekvata insatser genomförs. Den mest omfattande varianten av insatsen Case Management, Assertive Community Treatment (ACT) är samordning av stödet kring klienten så långt som möjligt samordnat och integrerat mellan de olika vårdgivarna. Ett helt tvärdisciplinärt team arbetar gemensamt i klientens närmiljö. Stödet är omfattande och teamet finns tillgängligt dygnet runt. Sedan 2008 pågår Case Managementutbildningar på fem orter i landet med stöd från Socialstyrelsen. Case Management enligt en mindre intensiv variant ingår sedan 2011 i de nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som ger kommuner och landsting ett stöd i att välja ut och erbjuda effektiva psykosociala insatser som komplement till medicinering (44).

#### *Mellanvårdsformer*

Under de senaste åren har också intresset hos kommunerna för nya former av boendearrangemang ökat. Det kan handla om särskilda korttids- eller rehabiliteringsverksamheter och boendeformer för personer med särskilt omfattande och komplexa behov, till exempel i samband med tillämpningen av öppen psykiatrisk tvångsvård. Mellanvårdsformer som ett steg mellan heldygnsvård och eget boende, som "sviktplatser" när en kort period av intensiv vård behövs för att förhindra en inläggning diskuteras också, men trots ett stort behov finns sådana platser endast vid några få landsting (45). Vistelse vid kortvariga svikttillstånd kan utgöra ett värdefullt komplement till kommunernas och landstingens övriga utbud av vård och service.

#### *Supported employment/Individual placement and support (IPS)*

En av de metoder på området som har starkast empiriskt stöd kallas Supported Employment eller Individual Placement and Support (IPS) och är ett arbetssätt med mål att stödja personer att få och behålla konkurrensutsatta anställningar. Principerna i denna manualbaserade metodik är att arbeta med den enskildes intressen och egna val som utgångspunkt. I stället för att utgå från t.ex. närhet till arbetsmarknaden eller symtomnivå utgår man i stället från individens uttryckta vilja att få ett jobb. IPS går vidare ut på att snabbt hitta en reell arbetsplats där personen kan få anställning eller åtminstone få pröva på arbetsuppgifterna. Denna "place-then-train" princip skiljer sig från mycket av traditionell arbetsrehabilitering som startat med träning av förmågor i en skyddad miljö. De coacher som arbetar med IPS ska fokusera på arbetsrelaterade insatser men arbeta i nära samarbete med övriga vård- och stödgivare. Insatserna ska slutligen vara individualiserade och ges så länge den enskilde behöver det (41). IPS förordades redan av Nationell psykiatrisamordning, och metoden har också blivit en central del i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser (44). Det kan dock vara svårt att finansiera sådana insatser pga. att de inte faller inom ramen för någon enskild myndighets ansvarsområde. Hittills har Samordningsförbunden ofta kunnat bistå med finansiering.

### *Kvalitetsregister*

Inom psykiatrin finns för närvarande fyra kvalitetsregister:

- PsykosR (psykossjukdomar)
- Bipolär (bipolär affektiv sjukdom)
- RIKSÄT (ätstörningar)
- BUSA (svår adhd)

De psykiatriska kvalitetsregistren håller dock låg kvalitet och har låg täckningsgrad. Regeringen har därför gett SKL, Sveriges kommuner och landsting, i uppdrag att utveckla registren (24).

### *Kommunernas utvecklingsbehov*

Den nationella tillsynen presenterade följande rekommendationer med hänsyn till kommunernas insatser till personer med psykiska funktionshinder. Identifierade problemområden och förslag till åtgärder är:

- 1) Den inventerande, uppsökande och informerande verksamheten måste intensifieras.
- 2) Tydliga dokument för planering och uppföljning av verksamheten för målgruppen behöver utformas i många kommuner.
- 3) Planering av vård, stöd och rehabilitering i samverkan mellan berörda huvudmän och den organiserade brukarrörelsen måste intensifieras.
- 4) Personalens kompetens måste förstärkas.
- 5) En fortsatt utbyggnad av verksamheter och insatser med kvalitet behövs för att motsvara målgruppens varierande behov.
- 6) Åtgärder behöver vidtas för att personer med psykiska funktionshinder ska få tillgång till ett behovsstyrt, planerat och samordnat stöd i högre utsträckning (19).

### *Kompetensutveckling*

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att, efter länsvisa ansökningar från kommuner och landsting, fördela ekonomiska medel i syfte att förstärka kompetensen bland personal i socialtjänsten och den psykiatriska hälso- och sjukvården som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Målgrupp för satsningen är personal i hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten, i första hand yrkeskategorier som skötare, vårdare, undersköterskor, boendestödare, personal inom rehabilitering och sysselsättning, behandlingsassistenter m.fl. Målgruppen kan även omfatta sådan personal som arbetar i verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård eller socialtjänstverksamhet på uppdrag åt kommuner och landsting. Satsningens övergripande mål ska vara att bidra till (43):

- en långsiktig kompetensutveckling i landsting och kommuner
- en evidensbaserad praktik
- en kunskapsbas som är gemensam för kommuner och landsting

Socialstyrelsen planerar också utbildningsinsatser för att sprida kunskapen om hjälpmedel för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Utbildningen är riktad till strategiskt viktiga personer: handläggare, enhetschefer och boendestödare i de län där utbudet av och kunskapen om hjälpmedel är minst. Efter Reformen har kommunerna uttryckt behov av ökade kunskaper kring effektiva vård- och stödsatser för personer med schizofreni. Dessa riktlinjer publicerades under 2011 och lyfter fram evidensbaserade metoder som man saknat i de flesta kommuner (44). Ett annat behov i kompetensområdet är att det har varit svårt att rekrytera specialister i psykiatri, men även specialistsjuksköterskor, legitimerade psykoterapeuter och psykologer med inriktning mot KBT.

### *Attitydförändring*

Handisam ska tillsammans med Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH, driva ett arbete för att öka kunskapen om och förändra attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Uppdraget, som fått namnet (H)järnkoll, kommer från regeringen och ska genomföras i hela landet från oktober 2009 till december 2011 (42).

### **Avslutning**

När den svenska psykiatrireformen infördes 1995 fick kommunerna ett utökat åtagande för boende, socialt stöd, sysselsättning och rehabilitering samtidigt som den psykiatriska vården skulle fokusera vårdfrågorna. Ett nytt socialpolitiskt fält markerades och flera etablerade aktörer fick delvis nya roller. Reformens målsättning var att personer med psykisk ohälsa skulle kunna "leva som andra", ha valfrihet, integritet och självbestämmande. Förväntningarna på arbete och sysselsättning, meningsfull fritid och mycket annat var högt ställda. Målgruppen omdefinierades från psykiskt sjuka eller störda till psykiskt funktionshindrade, vilket gjorde att gruppen fördes in under socialtjänstens ansvarsområde. Det var i första hand genom projekt och försöksverksamheter, bekostade av statliga stimulansmedel, som berörda aktörer skulle översätta goda idéer till konkreta verksamheter. Lagstiftningen förändrades inte på några avgörande punkter, men nya ideologiska markeringar ledde till högre socialpolitiska ambitioner. Parallellt med servicesystemets utveckling har socialpsykiatrins målgrupp utvidgats. Som en följd av detta har också nya behov som utmanar de befintliga stödstrukturerna uppstått. I tillägg till de långtidsvårdade f.d. mentalsjukhuspatienterna som blir allt färre till antalet kommer en ny generation av brukare med en annan livsstil och andra typer av psykisk ohälsa. Det kan handla om relations- och koncentrationsproblem, missbruk, självskadehandlingar eller vilsenhet i ett samhälle som idag ställer höga krav på individuella prestationer och social kompetens. Dessa postmoderna psykiska lidanden matchas inte av vårdens eller socialtjänstens nuvarande stödformer. Insatsernas organisering och innehåll kan inom kort behöva förändras så att stödstrukturerna "öppnas upp" och att mer flexibla insatser skapas. Det handlar också om att bygga upp nya kunskaper om psykisk ohälsa, återhämtning, arbete, rehabilitering med mera.

Nya relationsmönster inom det organisatoriska fältet behöver också utvecklas - mönster i vilka inte bara psykiatrin utan även skolan, socialtjänstens individ- och familjeomsorg, arbetsförmedling och försäkringskassa ingår. Insatserna, inom ramen för ett basutbud av stöd i boende och sysselsättning, ger uttryck för en omsorgslogik som betonar omhändertagande, skydd och livskvalitet för den enskilde. Mindre framträdande i utbudet av insatser är den logik som betonar individens utveckling och återhämtning. Den nya lagen om valfrihetssystem som ger brukaren vissa möjligheter att välja utförare av sociala stödsatser kan i det sammanhanget inrymma en potential till verksamhetsutveckling. Det finns också andra utvecklingstendenser

som kan komma att påverka psykiatrin och socialtjänstens verksamhet. Socialstyrelsens riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd pekar fram emot ett ökat inslag av evidensbaserade metoder inom fältet. Här finns supported employment och case management modeller som är föremål för stort intresse i olika projekt och försöksverksamheter. Men familjeinterventioner, olika varianter av "shared decision-making" färdighetsträning och kognitiva terapier hör till bilden.

## Referenser

- 1) SOU 1992:73 Velfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. Stockholm: Allmänna förlaget.
- 2) Junestav, M (2004) Arbetslinjer i svensk socialpolitisk debatt och lagstiftning 1930-2004. Uppsala: Uppsala universitet.
- 3) Ulmestig, R (2007) På gränsen till fattigvård. En studie om arbetsmarknadspolitrik och socialbidrag. Lund: Lund dissertations in Social Work.
- 4) Johansson, H (2001) I det sociala medborgarskapets skugga. Lund: Arkiv.
- 5) Regeringens proposition 1993/94:218. Psykiskt stördas villkor.
- 6) Direktiv 2003:133. Kommittédirektiv. En nationell psykiatrisamordnare.
- 7) SOU 2006: 100 Ambitioner och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Stockholm: Fritzes. Se även, Markström, U (2003) Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater. Umeå: Borea.
- 8) SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag.
- 9) SFS 1991:1128 Lag om psykiatrisk tvångsvård.
- 10) SFS 1991:1129 Lag om rättspsykiatrisk vård.
- 11) Regeringens proposition 2007/08:70. Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.
- 12) SFS 1993: 387 Lag om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade.
- 13) SFS 2003:1210 Lag om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.
- 14) Dufåker, M. (1993) Discharge procedures for mentally ill people, Umeå universitet, Doctoral dissertation, Institutionen för socialt arbete, nr 17. Forsberg, E. & Starrin, B. (1993) Deinstitutionalization and the long-term mentally ill: a Swedish case study. European Journal of Public Health, 3, 137-140.
- 15) Socialstyrelsen (1988) Psykiatri i utveckling. Mot öppnare vårdformer och ökad samverkan. PM 1988:21.
- 16) Brunt, D. (2008) Boende och boendestöd för personer med psykiska funktionshinder - dåtid, nutid och framtid. Socionomen, 4, 26-30.
- 17) Socialstyrelsen (2003) Boende för personer med psykiska funktionshinder. En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten. Uppföljning och utvärdering.
- 18) Markström, U. (2007) Verksamheter för korttidsvistelse för personer med psykiska funktionshinder. Boendeprojektet, delrapport 14, Ivosa, Växjö universitet.

- 19) Socialstyrelsen och länsstyrelserna (2005) Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004. Tillsynsåterföring.
- 20) Arbetsförmedlingen (2008) Arbetsmarknadspolitiska program. Årsrapport 2007. Uppföljning och utvärdering. Ure 2008:1.
- 21) Socialstyrelsen (2000) Statsbidrag till kommuner för uppbyggnad av verksamheter med personliga ombud. Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000.
- 22) Socialstyrelsen (2003) Mål och metoder. Att arbeta som personligt ombud. Kunskapsöversikt.
- 23) Socialstyrelsen (2007) Baspersonalens kompetens. Förslag till kompetensförstärkning inom hälso- och sjukvården.
- 24) Socialstyrelsen (2009) Hälso- och sjukvårdsrapport.
- 25) Socialstyrelsen (2009) Vård av patienter med depression och ångest – en nulägesrapport.
- 26) Lindqvist, R, Markström, U & Rosenberg D (2010) Psykiska funktionshinder i samhället. Malmö: Gleerups.
- 27) Socialstyrelsen (1999) Velfärd och valfrihet. Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1.
- 28) Inflytandeprojektet (2008) Inflytande för hälsa och demokrati – vägar till att förverkliga uppdraget. Slutrapport och förslag från Inflytandeprojektet – Nationell psykiatrisamordnings satsning på brukarinflytande. Stockholm, Ersta Diakoni.
- 29) Socialstyrelsen (2006) Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa. Studier av praxis i primärvården.
- 30) Lindqvist, R (2009) Funktionshindrade i välfärdssamhället. Malmö: Gleerups.
- 31) Butor, P (2006) Utvärdering av samarbetet mellan Psykiatri Södra och vårdcentralerna i upptagningsområdet. FOU Psykiatri Södra.
- 32) Socialstyrelsen (2005) Personligt ombud 2000-2004. Se även Socialstyrelsen (2005) Velfärdsentreprenörernas gränser. En undersökning av verksamheter för personliga ombud i glesbygd.
- 33) Socialstyrelsen (2009) Innehållet i den psykiatriska tvångsvården., s 25.
- 34) Rosenberg, D (2009) Psychiatric Disability in the Community. Surveying the social landscape in the post-deinstitutional era. Umeå university: Department of Social Work.
- 35) NOMESCO (2007) Health Statistics in the Nordic countries.
- 36) SKL, Sveriges kommuner och landsting (2009) Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008, s 35.

- 37) Socialstyrelsen (2009) Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 30 juni 2008. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen.
- 38) Försäkringskassan, Nybeviljade sjukersättningar/ aktivitetsersättningar Fördelning på län och diagnos, 2006.
- 39) Socialförsäkringen i siffror 2010, Försäkringskassan.
- 40) Nationell psykiatrisamordning S 2003:9, I begynnelsen var organisationen... Rehabilitering till arbete för personer med psykiska funktionshinder– hinder och möjligheter.
- 41) Bond, G.R. (2004) Supported employment: evidence for an evidence-based practice, Psychiatric Rehabilitation Journal 27 (4), 345-359.
- 42) Available at; [http://www.handisam.se/Tpl/NormalPage\\_\\_\\_1702.aspx](http://www.handisam.se/Tpl/NormalPage___1702.aspx)
- 43) Regeringens skrivelse Skr. 2008/09:185 En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.
- 44) Socialstyrelsen (2011) Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning.
- 45) SKL (2010) Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården, s 31.
- 46) Socialstyrelsen (2009) Rapport från Socialstyrelsens tillsyn av hälso- och sjukvården., s.12.
- 47) Socialstyrelsen (2007) Socialstyrelsens stöd till utvecklingen inom den psykiatriska hälso- och sjukvården samt till kommunernas verksamheter för personer med psykiska funktionshinder., s.33.

# Förteckning över NHV-rapporter

## 1983

- 1983:1 Hälsa för alla i Norden år 2000. Föredrag presenterade på en konferens vid Nordiska hälsovårdshögskolan 7–10 september 1982.
- 1983:2 Methods and Experience in Planning for Family Health – Report from a seminar. Harald Heijbel & Lennart Köhler (eds).
- 1983:3 Accident Prevention – Report from a seminar. Ragnar Berfenstam & Lennart Köhler (eds).
- 1983:4 Själv mord i Stockholm – en epidemiologisk studie av 686 konsekutiva fall. Thomas Hjortsjö. Avhandling.

## 1984

- 1984:1 Långvarigt sjuka barn – sjukvårdens effekter på barn och familj. Andersson, Harwe, Hellberg & Syrén. (FoU-rapport/shstf:14). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1984:2 Intersectoral Action for Health – Report from an International Workshop. Lennart Köhler & John Martin (eds).
- 1984:3 Barns hälsotillstånd i Norden. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

## 1985

- 1985:1 Hälsa för äldre i Norden år 2000. Mårten Lagergren (red).
- 1985:2 Socialt stöd åt handikappade barn i Norden. Mats Eriksson & Lennart Köhler. Distribueras av Allmänna Barnhuset, Box 26006, SE-100 41 Stockholm.
- 1985:3 Promotion of Mental Health. Per-Olof Brogren.
- 1985:4 Training Health Workers for Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1985:5 Inequalities in Health and Health Care. Lennart Köhler & John Martin (eds).

## 1986

- 1986:1 Prevention i primärvården. Rapport från konferens. Harald Siem & Hans Wedel (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1986:2 Management of Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1986:3 Health Implications of Family Breakdown. Lennart Köhler, Bengt Lindström, Keith Barnard & Houda Itani.
- 1986:4 Epidemiologi i tandvården. Dorthe Holst & Jostein Rise (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.
- 1986:5 Training Course in Social Pediatrics. Part I. Lennart Köhler & Nick Spencer (eds).

# Förteckning över NHV-rapporter

## 1987

- 1987:1 Children's Health and Well-being in the Nordic Countries. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Ingår i serien Clinics in Developmental Medicine, No 98 och distribueras av Blackwell Scientific Publications Ltd, Oxford. ISBN (UK) 0 632 01797X.
- 1987:2 Traffic and Children's Health. Lennart Köhler & Hugh Jackson (eds).
- 1987:3 Methods and Experience in Planning for Health. Essential Drugs. Frants Staugård (ed).
- 1987:4 Traditional midwives. Sandra Anderson & Frants Staugård.
- 1987:5 Nordiska hälsovårdshögskolan. En historik inför invigningen av lokalerna på Nya Varvet i Göteborg den 29 augusti 1987. Lennart Köhler (red).
- 1987:6 Equity and Intersectoral Action for Health. Keith Barnard, Anna Ritsataki & Per-Gunnar Svensson.
- 1987:7 In the Right Direction. Health Promotion Learning Programmes. Keith Barnard (ed).

## 1988

- 1988:1 Infant Mortality – the Swedish Experience. Lennart Köhler.
- 1988:2 Familjen i välfärdsstaten. En undersökning av levnadsförhållanden och deras fördelning bland barnfamiljer i Finland och övriga nordiska länder. Gunborg Jakobsson. Avhandling.
- 1988:3 Aids i Norden. Birgit Westphal Christensen, Allan Krasnik, Jakob Bjørner & Bo Eriksson.
- 1988:4 Methods and Experience in Planning for Health – the Role of Health Systems Research. Frants Staugård (ed).
- 1988:5 Training Course in Social Pediatrics. Part II. Perinatal and neonatal period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).
- 1988:6 Äldretandvård. Jostein Rise & Dorthe Holst (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.

## 1989

- 1989:1 Rights, Roles and Responsibilities. A view on Youth and Health from the Nordic countries. Keith Barnard.
- 1989:2 Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv. Lennart Köhler (red).
- 1989:3 Training Course in Social Pediatrics. Part III. Pre-School Period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).

## Förteckning över NHV-rapporter

- 1989:4 Traditional Medicine in Botswana. Traditional Medicinal Plants. Inga Hedberg & Frants Staugård.
- 1989:5 Forsknings- och utvecklingsverksamhet vid Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport till Nordiska Socialpolitiska kommittén.
- 1989:6 Omstridda mödrar. En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade. Evy Kollberg. Avhandling.
- 1989:7 Traditional Medicine in a transitional society. Botswana moving towards the year 2000. Frants Staugård.
- 1989:8 Rapport fra Den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen 4–7 juni 1989. Svein Hindal, Kjell Haug, Leif Edvard Aarø & Carl-Gunnar Eriksson.

### 1990

- 1990:1 Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet. Lennart Köhler (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1990:2 Barn och barnfamiljer i Norden. Teknisk del. Lennart Köhler (red).
- 1990:3 Methods and Experience in Planning for Health. The Role of Women in Health Development. Frants Staugård (ed).
- 1990:4 Coffee and Coronary Heart Disease, Special Emphasis on the Coffee – Blood Lipids Relationship. Dag S. Thelle & Gerrit van der Stegen (eds).

### 1991

- 1991:1 Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års Folkhälsorapport. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:2 Health Policy Assessment – Proceedings of an International Workshop in Göteborg, Sweden, February 26 – March 1, 1990. Carl-Gunnar Eriksson (ed). Distributed by Almqvist & Wiksell International, Box 638, SE-101 28 Stockholm.
- 1991:3 Children's health in Sweden. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Distributed by Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:4 Poliklinikker og dagkururgi. Virksomhetsbeskrivelse for ambulent helsetjeneste. Monrad Aas.
- 1991:5 Growth and Social Conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. Lars Cernerud. Avhandling.
- 1991:6 Aids in a caring society – practice and policy. Birgit Westphal Victor. Avhandling
- 1991:7 Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. Mats Brommels (red). Distribueras av nomesko, Sejrøgade 11, DK-2100 København.

# Förteckning över NHV-rapporter

## 1992

- 1992:1      Forskning om psykiatrisk vårdorganisation – ett nordiskt komparativt perspektiv. Mats Brommels, Lars-Olof Ljungberg & Claes-Göran Westin (red). sou 1992:4. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna förlaget).
- 1992:2      Hepatitis virus and human immunodeficiency virus infection in dental care: occupational risk versus patient care. Flemming Scheutz. Avhandling.
- 1992:3      Att leda vård – utveckling i nordiskt perspektiv. Inga-Maja Rydholm. Distribueras av shstf-material, Box 49023, SE-100 28 Stockholm.
- 1992:4      Aktion mot alkohol och narkotika 1989–1991. Utvärderingsrapport. Athena. Ulla Marklund.
- 1992:5      Abortion from cultural, social and individual aspects. A comparative study, Italy – Sweden. Marianne Bengtsson Agostino. Avhandling.

## 1993

- 1993:1      Kronisk syke og funksjonshemmede barn. Mot en bedre fremtid? Arvid Heiberg (red). Distribueras av Tano Forlag, Stortorget 10, NO-0155 Oslo.
- 1993:2      3 Nordiske Konference om Sundhedsfremme i Aalborg 13 – 16 september 1992. Carl-Gunnar Eriksson (red).
- 1993:3      Reumatikernas situation i Norden. Kartläggning och rapport från en konferens på Nordiska hälsovårdshögskolan 9 – 10 november 1992. Bjarne Jansson & Dag S. Thelle (red).
- 1993:4      Peace, Health and Development. A Nobel seminar held in Göteborg, Sweden, December 5, 1991. Jointly organized by the Nordic School of Public Health and the University of Göteborg with financial support from SAREC. Lennart Köhler & Lars-Åke Hansson (eds).
- 1993:5      Hälsopolitiska jämlikhetsmål. Diskussionsunderlag utarbetat av WHO's regionkontor för Europa i Köpenhamn. Göran Dahlgren & Margret Whitehead. Distribueras gratis.

## 1994

- 1994:1      Innovation in Primary Health Care of Elderly People in Denmark. – Two Action Research Projects. Lis Wagner. Avhandling.
- 1994:2      Psychological stress and coping in hospitalized chronically ill elderly. Mary Kalfoss. Avhandling.
- 1994:3      The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic countries. Theory and Practice. Bengt Lindström. Avhandling.

# Förteckning över NHV-rapporter

## 1995

- 1995:1 Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Jan Kåre Hummelvoll. Avhandling.
- 1995:2 Child Health in a Swedish City – Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality. Håkan Elmén. Avhandling.
- 1995:3 Forebyggende arbeid for eldre – om screening, funn, kostnader og opplevd verdi. Grethe Johansen. Avhandling.
- 1995:4 Clinical Nursing Supervision in Health Care. Elisabeth Severinsson. Avhandling.
- 1995:5 Prioriteringsarbeid inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder. Stefan Holmström & Johan Calltorp. Sprit 1995. Distribueras av Spris förlag, Box 70487, SE-107 26 Stockholm.

## 1996

- 1996:1 Socialt stöd, livskontroll och hälsa. Raili Peltonen. Socialpolitiska institutionen, Åbo Akademi, Åbo, 1996.
- 1996:2 Recurrent Pains – A Public Health Concern in School – Age Children. An Investigation of Headache, Stomach Pain and Back Pain. Gudrún Kristjánsdóttir. Avhandling.
- 1996:3 AIDS and the Grassroots. Frants Staugård, David Pitt & Claudia Cabrera (red).
- 1996:4 Postgraduate public health training in the Nordic countries. Proceedings of seminar held at The Nordic School of Public Health, Göteborg, January 11 – 12, 1996.

## 1997

- 1997:1 Victims of Crime in a Public Health Perspective – some typologies and tentative explanatory models (Brottsoffer i ett folkhälsoperspektiv – några typologier och förklaringsmodeller). Barbro Renck. Avhandling. (Utgår både på engelska och svenska.)
- 1997:2 Kön och ohälsa. Rapport från seminarium på Nordiska hälsovårdshögskolan den 30 januari 1997. Gunilla Krantz (red).
- 1997:3 Edgar Borgenhammar – 65 år. Bengt Rosengren & Hans Wedel (red).

## 1998

- 1998:1 Protection and Promotion of Children's Health – experiences from the East and the West. Yimin Wang & Lennart Köhler (eds).
- 1998:2 EU and Public Health. Future effects on policy, teaching and research. Lennart Köhler & Keith Barnard (eds) 1998:3 Gender and Tuberculosis. Vinod K. Diwan, Anna Thorson, Anna Winkvist (eds)

# Förteckning över NHV-rapporter

Report from the workshop at the Nordic School of Public Health, May 24-26, 1998.

## 1999

- 1999:1 Tipping the Balance Towards Primary Healthcare Network. Proceedings of the 10th Anniversary Conference, 13-16 November 1997. Editor: Chris Buttanshaw.
- 1999:2 Health and Human Rights. Report from the European Conference held in Strasbourg 15-16 mars 1999. Editor: Dr. med. Stefan Winter.
- 1999:3 Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue. Ina Borup. DrPH-avhandling.
- 1999:4 The value of screening as an approach to cervical cancer control. A study based on the Icelandic and Nordic experience through 1995. Kristjan Sigurdsson. DrPH-avhandling.

## 2000

- 2000:1 Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. En studie om livskvalitet hos kvinner og helsepersonells holdninger. Anne G Vinsnes. DrPH-avhandling.
- 2000:2 A new public health in an old country. An EU-China conference in Wuhan, China, October 25-29, 1998. Proceedings from the conference. Lennart Köhler (ed)
- 2000:3 Med gemenskap som grund - psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Birgitta Hedelin. DrPH-avhandling.
- 2000:4 ASPHER Peer Review 1999. Review Team: Jacques Bury, ASPHER, Franco Cavallo, Torino and Charles Normand, London.
- 2000:5 Det kan bli bättre. Rapport från en konferens om barns hälsa och välfärd i Norden. 11-12 november 1999. Lennart Köhler. (red)
- 2000:6 Det är bra men kan bli bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna, från 1984 till 1996. Lennart Köhler, (red)
- 2000:7 Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt. Lilian Axelsson. DrPH-avhandling.
- 2000:8 Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Leeni Berntsson. DrPH-avhandling.
- 2000:9 Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Göteborg, 28 - 30 October 1999.

## 2001

- 2001:1 The Changing Public-Private Mix in Nordic Healthcare - An Analysis John Øvretveit.

## Förteckning över NHV-rapporter

- 2001:2 Hälsokonsekvensbedömningar – från teori till praktik. Rapport från ett internationellt arbetsmöte på Nordiska hälsovårdshögskolan den 28-31 oktober 1999. Björn Olsson, (red)
- 2001:3 Children with asthma and their families. Coping, adjustment and quality of life. Kjell Reichenberg. DrPH-avhandling.
- 2001:4 Studier av bruket av dextropropoxifen ur ett folkhälsoperspektiv. Påverkan av ett regelverk. Ulf Jonasson. DrPH-avhandling.
- 2001:5 Protection – Prevention – Promotion. The development and future of Child Health Services. Proceedings from a conference. Lennart Köhler, Gunnar Norvenius, Jan Johansson, Göran Wennergren (eds).
- 2001:6 Ett pionjärbete för ensamvargar  
Enkät- och intervjuundersökning av nordiska folkhälsodoktorer examinerade vid Nordiska hälsovårdshögskolan under åren 1987 – 2000.  
Lillemor Hallberg (red).

### 2002

- 2002:1 Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. Per Rosén. DrPH-avhandling.
- 2002:2 Getting to cooperation: Conflict and conflict management in a Norwegian hospital. Morten Skjørshammer. DrPH-avhandling.
- 2002:3 Annual Research Report 2001. Lillemor Hallberg (ed).
- 2002:4 Health sector reforms: What about Hospitals? Pär Eriksson, Ingvar Karlberg, Vinod Diwan (ed).

### 2003

- 2003:1 Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet.  
Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.
- 2003:3 NHV 50 år (Festboken)
- 2003:4 Pain, Coping and Well-Being in Children with Chronic Arthritis.  
Christina Sällfors. DrPH-avhandling.
- 2003:5 A Grounded Theory of Dental Treatments and Oral Health Related Quality of Life.  
Ulrika Trulsson. DrPH-avhandling.

### 2004

- 2004:1 Brimhealth: Baltic rim partnership for public health 1993-2003.  
Susanna Bihari-Axelsson, Ina Borup, Eva Wimmerstedt (eds)
- 2004:2 Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents – qualitative and quantitative studies. Tone Ahlborg. DrPH-avhandling.

# Förteckning över NHV-rapporter

## 2005

- 2005:1 Kärlek och Hälsa – Par-behandling i ett folkhälsoperspektiv.  
Ann-Marie Lundblad. DrPH-avhandling.
- 2005:2 1990 - 2000:A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries  
- Why, and What Did we Learn?  
Erik Blas. DrPH-avhandling
- 2005:3 Socio-economic Status and Health in Women  
Population-based studies with emphasis on lifestyle and cardiovascular disease  
Claudia Cabrera. DrPH-avhandling

## 2006

- 2006:1 "Säker Vård -patientskador, rapportering och prevention"  
Synnöve Ödegård. DrPH-avhandling
- 2006:2 Interprofessional Collaboration in Residential Childcare  
Elisabeth Willumsen. DrPH-avhandling
- 2006:3 Innkost-CTG: En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og  
effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeide  
Ellen Blix. DrPH-avhandling

## 2007

- 2007:1 Health reforms in Estonia - acceptability, satisfaction and impact  
Kaja Põlluste. DrPH-avhandling
- 2007:2 Creating Integrated Health Care  
Bengt Åhgren. DrPH-avhandling
- 2007:3 Alkoholbruk i tilknytning til arbeid – Ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg  
perspektiv  
Hildegunn Sagvaag. DrPH-avhandling
- 2007:4 Public Health Aspects of Pharmaceutical Prescription Patterns – Exemplified by  
Treatments for Prevention of Cardiovascular Disease  
Louise Silwer. DrPH-avhandling
- 2007:5 Å fremme den eldre sykehuspasientens helse I lys av et folkehelse og holistisk-  
eksistensielt sykepleieperspektiv  
Geir V Berg. DrPH-avhandling

## 2008

- 2008:1 Diabetes in children and adolescents from non-western immigrant families –  
health education, support and collaboration  
Lene Povlsen. DrPH-avhandling

## Förteckning över NHV-rapporter

- 2008:2 Love that turns into terror: Intimate partner violence in Åland – nurses' encounters with battered women in the context of a government-initiated policy programme  
Anette Häggblom. DrPH-avhandling
- 2008:3 Oral hälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem? Ulrika Hallberg, Gunilla Klingberg
- 2008:4 School health nursing – Perceiving, recording and improving schoolchildren's health  
Eva K Clausson. DrPH-avhandling
- 2008:5 Helbredsrelateret livskvalitet efter apopleksi. Validering og anvendelse af SSQOL-DK, et diagnosespecifikt instrument til måling af helbredsrelateret livskvalitet blandt danske apopleksipatienter  
Ingrid Muus. DrPH-avhandling
- 2008:6 Social integration for people with mental health problems: experiences, perspectives and practical changes  
Arild Granerud. DrPH-avhandling
- 2008:7 Between death as escape and the dream of life. Psychosocial dimensions of health in young men living with substance abuse and suicidal behaviour  
Stian Biong. DrPH-avhandling
- 2009**
- 2009:1 Ut ur ensamheten. Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpsgrupp  
GullBritt Rahm. DrPH-avhandling
- 2009:2 Development of Interorganisational Integration – A Vocational Rehabilitation Project  
Ulla Wihlman. DrPH-avhandling
- 2009:3 Hälso- och sjukvårdens roll som informationskälla för hälsoläget i befolkningen och uppföljning av dess folkhälsoinriktade insatser  
Sirkka Elo. DrPH-avhandling
- 2009:4 Folkesundhed i børnehøjde - indikatorer for børns sundhed og velbefindende i Grønland  
Birgit Niclasen. DrPH-avhandling
- 2009:5 Folkhälsoforskning i fem nordiska länder - kartläggning och analys  
Stefan Thorpenberg
- 2009:6 Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser  
Agneta Kullén Engström. DrPH-avhandling
- 2009:7 Perspective of risk in childbirth, women's expressed wishes for mode of delivery and how they actually give birth  
Tone Kringeland. DrPH-avhandling

# Förteckning över NHV-rapporter

- 2009:8 Living with Juvenile Idiopathic Arthritis from childhood to adult life  
An 18 year follow-up study from the perspective of young adults  
Ingrid Landgraff Østlie. DrPH-avhandling
- 2009:9 Åldrande, hälsa, minoritet - äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige  
Gunilla Kulla. DrPH-avhandling

## 2010

- 2010:1 Att värdera vårdbehov - ett kliniskt dilemma. En studie av nyttjandet av  
ambulanssjukvård i olika geografiska områden  
Lena Marie Beillon. DrPH-avhandling
- 2010:2 R Utvärdering av samverkansprojekt med remissgrupper och samverkansteam i  
Norra Dalsland
- 2010:3 R Utvärdering av verksamheten vid Enheten för Asyl- och flyktingfrågor,  
Västra Götalandsregionen
- 2010:4 R Utvärdering av försöksverksamhet med samverkansgrupper och coacher i  
Vänersborg och Mellerud
- 2010:5 R Utvärdering av projekt GEVALIS – Unga vuxna
- 2010:6 R Utvärdering av Program Sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen
- 2010:7 Perceptions of public health nursing practice - On borders and boundaries,  
visibility and voice  
Anne Clancy. DrPH-avhandling
- 2010:8 Living with head and neck cancer: a health promotion perspective – A  
Qualitative Study  
Margereth Björklund. DrPH-avhandling
- 2010:9 R Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg  
– Ett förslag till uppföljning av barns hälsa och välbefinnande  
Lennart Köhler. NHV i samarbete med Västra Götalandsregionen,  
Angereds närsjukhus
- 2010:10 R Utvärdering med lärande ansats av pandemiplanering  
inklusive vaccinationsprogram i Västra Götalandsregionen  
Lars Edgren, Stefan Thorpenberg, Bengt Åhgren
- 2010:11 R Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forskningsmuligheder i  
psykiatrirelevante registre i Danmark, Sverige og Finland  
Thomas Munk Larsen, Merete Nordentoft, Mika Gissler, Jeanette Westman,  
Kristian Wahlbeck

## Förteckning över NHV-rapporter

- 2010:12 R Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfarenheter och rekommendationer.  
Lena V Kallings, på uppdrag av Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet

### 2011

- 2011:1 R Arbeidsledighet og psykisk helse blant unge i Norden  
En kunnskapsoversikt  
Anne Reneflot og Miriam Evensen
- 2011:2 Psychotropic drugs among the elderly – Population-based studies on indicators of inappropriate utilisation in relation to socioeconomic determinants and mental disorders  
Eva Lesén. DrPH-avhandling
- 2011:3 Intensivpasientens gåtefulle kunnskap – om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en intensivkontekst  
Sven-Tore Dreyer Fredriksen. DrPH-avhandling
- 2011:4 R Från reformintention till praxis - hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden  
Rafael Lindqvist, Steen Bengtsson, Lars Fredén, Frode Larsen, David Rosenberg, Torleif Ruud, Kristian Wahlbeck



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Nya varvet, Box 12133, 402 42 Göteborg Tel: +46 (0)31-69 39 00 [www.nhv.se](http://www.nhv.se)