



UMEÅ UNIVERSITET

Länsgemensamma insatser för psykisk hälsa - en balansakt

Sammanställning och analys av handlingsstrategier
i 21 handlingsplaner formulerade inom ramen
för statens satsning Överenskommelse 2017

Maria Fjellfeldt & Urban Markström

Institutionen för socialt arbete

2018

Sammanfattning

För att få behålla de statliga stimulansmedel som delats ut till kommuner och landsting inom området psykisk hälsa 2017 förväntades aktörerna lämna in länsgemensamma handlingsplaner avseende riktade insatser. Forskare vid Umeå universitet fick i uppdrag att sammanställa och analysera dessa planer. Både kvantitativa och kvalitativa sammanställningar och innehållsanalyser genomfördes. Under en forskarpanel bidrog experter inom olika områden med sina kunskaper till att fördjupa och nyansera analyser av preliminära resultat.

Inför länens arbete med handlingsplanerna uppmanades kommuner och landsting att länsvis, liksom 2016, presentera en aktuell gemensam analys och handlingsplan med tillhörande budget för att arbeta med befolkningens psykiska hälsa utifrån ett gemensamt ansvarstagande. År 2017 förväntades länen även presentera en fördjupad analys och handlingsplan med fokus på barn och unga 0–24 år, samt en uppföljning av arbetet 2017.

Liksom 2016 fanns det även 2017 en stor variation i länsplanerna, både beträffande struktur och innehåll. Det framstår dock som att varje län funnit en form för det egna arbetet under detta andra år med gemensamt handlingsplansarbete. Handlingsplanerna 2017 påminner mycket om handlingsplanerna 2016, med tillägget att de 2017 inkluderar uppföljning av insatser samt särskilt fokuserar barn, unga och unga vuxna. Några handlingsplaner visar att den statliga satsningen inneburit att länen under 2017 kunnat utvecklat nya strategier för att arbeta länsgemensamt med insatser inom området psykisk hälsa. Andra handlingsplaner visar att länsnivån inte heller 2017 varit en naturlig plattform för kommunerna och landstingens arbete på området. I anslutning till länsplanerna 2017 har länen skickat in ett flertal dokument som de anser är relaterade till handlingsplanen, exempelvis regionernas egna handlingsplaner för utveckling av insatser inom området psykisk hälsa.

Alla län följer upp insatser genomförda 2017. Uppföljningarna tenderar att vara instrumentella i meningen att man mäter om insatser är genomförda eller inte, snarare än att man följer upp resultaten av insatserna. Några län problematiserar uppföljningen av specifika indikatorer, samt länsnivåns möjligheter och svårigheter i relation till uppföljning och utvärderingsarbete.

I de delar av handlingsplanerna som presenterar insatser riktade till den vuxna och äldre delen av befolkningen kunde följande iakttagelser göras:

- Det fanns en balans mellan generella insatser för psykisk hälsa riktade till en bred målgrupp i termer av hela befolkningen och specifika insatser riktade till en mer specifik målgrupp i termer av personer med långvarig psykisk ohälsa.
- Insatser riktade till både en bred och en snävare målgrupp befann sig i ett spektrum från främjande insatser, till tidiga insatser och slutligen behandlande och långsiktigt stödjande insatser.
- Den breddade policyn tycks ha påverkat med vilka perspektiv man betraktar även den traditionella målgruppen, lämpligast uttryckt som ett helhetstänkande som inte bara omfattar stöd och behandling utan även prevention och hälsofrämjande arbete.

- Handlingsplanerna presenterar även ett antal utvecklingsområden som är av övergripande karaktär. De två teman som förekommer i flest planer är: brukare och närståendes delaktighet samt samverkan och samordning. Detta resultat kan tolkas som områden där hierarkier och maktrelationer, olika gruppers handlingsutrymme och olika syn på uppdrag och professionalitet aktualiseras.
- Utvecklingsområden som prioriteras i handlingsplanerna kan placeras in i följande förenklade matris där några exempel skrivits in:

Ramfaktorer (hur): samverkan, implementering, bemötande, uppföljning etc.			
	främjande/förebyggande insatser	risk för/tidiga insatser	behandlande insatser vid psykisk ohälsa
Insatser (vad) riktade till <i>hela befolkningen</i> (vem)	suicidprevention	lättillgänglig information	
Insatser (vad) riktade till <i>specifika målgrupper</i> (vem)	uppnå en mer hälsofrämjande etablering för asylsökande och nyanlända	identifiera psykisk ohälsa hos äldre	god somatisk vård och behandling till personer med psykisk sjukdom

Sammantaget så är det en mycket jämn fördelning mellan de olika målgrupperna; den breda målgruppen medborgare, och den snävare målgruppen personer med etablerad psykisk ohälsa.

I de delar av handlingsplanerna som presenterar insatser riktade till barn, unga och unga vuxna kunde följande iakttagelser göras:

- Sammanställningen av planerna visar att det har varit ett trevande arbete i flera län, samtidigt som det i vissa län varit en fortsättning på ett sedan flera år redan påbörjat arbete.
- Länen har gjort analyser utifrån elevhälsodata, folkhälsodata, riktade enkäter, intervjuer och fokusgrupper. I samband med analysarbetet har SKL gett länen 58 nyckelindikatorer att genomföra sina analyser utifrån. Dessa indikatorer har påverkat länens sökljus, och i förlängningen innehållet i länens handlingsplaner.
- Handlingsplanerna för barn, unga och unga vuxna präglas av att riskgrupper för psykisk ohälsa identifieras. Tio olika riskgrupper nämns. Asylsökande, nyanlända och ensamkommande, "hemmasittare" som varken studerar eller arbetar, personer med annan funktionsnedsättning, barn som anhöriga till personer med psykisk

funktionsnedsättning och barn i samhällsvård är de riskgrupper som flest län nämner. Dessa fem riskgrupper finns med bland nyckelindikatorerna.

- Bland övriga utvecklingsområden, förebyggande, tidiga, behandlande insatser samt övergripande teman, syns tydliga spår av de 58 nyckelindikatorerna. Det finns dock även en lokal variation beträffande riskgrupper, insatser, målgrupper och övergripande teman.
- Samverkan och delaktighet utgör de viktigaste övergripande utvecklingsområdena även när det gäller övergripande områden med fokus på insatser för barn och unga.

Länen formulerar sig med några få undantag, ofta svepande kring frågan om kunskapsbaserade arbetssätt. Det finns generellt en lyhördhet för nationella initiativ, där man i planerna kan referera till Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SBU eller SKL med innebörden att sådana statliga satsningar utgår från bästa tillgängliga kunskaper.

Trots en breddad policy i den nationella satsningen, är många av de specifika arbetssätt och interventioner som nämns i planerna riktade till personer med allvarliga tillstånd eller funktionsnedsättningar. Oaktat den uppmärksamhet som ägnas åt psykosociala interventioner vid allvarlig psykisk sjukdom, är suicidprevention det enskilda insatsområde som dominerar handlingsplanerna.

Några "tystnader" som identifierats i materialet är följande: 1, avsaknaden av insyn i det reguljära arbetet, som en följd av att handlingsplanerna fokuserar länens utvecklingsarbete 2, unga vuxna, och specifikt unga flickor och kvinnor utgör inte en prioriterad riskgrupp i länsplanerna, trots att aktuell statistik pekar ut denna grupp som utsatt 3, avsaknaden av familjeinterventioner i länens praktik, trots hög evidensgrad och prioriteringsnivå i nationella riktlinjer 4, avsaknaden av att systematiskt arbeta med brukarerfarenheter på länsnivå.

I rapportens avslutande del lyfts ett antal reflektioner upp till diskussion. Några saker som diskuteras är:

- Länsnivåns legitimitet när det inte finns någon politisk nivå att förankra planerna i, eller instans att utkräva ansvar från.
- Tillitsstyrningens dilemma på länsnivå – staten ingår en överenskommelse med vem?
- Materialet visar att den breddade folkhälsopolicyn kompletteras med ett perspektiv på ohälsa och sjukdom som värnar om personer med långvarig psykisk ohälsa eller funktionsnedsättningar.
- Det breda uppdraget landar i en struktur som tidigare skapats för att arbeta med en specifik målgrupp: personer med psykiska funktionsnedsättningar. Denna tradition påverkar vilka aktörer som är delaktiga även när det gäller den breddade policyn. Det tycks vara svårt att förankra delaktighet hos en breddad aktörskara i länen, t.ex. skolan, så länge det inte finns ekonomiska incitament för att delta.
- Innebär den breddade policyn ett "förfrämmande" hos specialistpsykiatrin i arbetet med handlingsplanerna?

1.	Inledning	6
	Länsgemensamma handlingsplaner 2016 – en resumé	6
	Nya förutsättningar för 2017 års arbete med länsgemensamma handlingsplaner	7
	Metod och genomförande.....	7
	Sveriges län	10
2.	Länsgemensamma handlingsplaner 2017	11
	Länens egna uppföljningar och utvärderingar av insatser 2016.....	11
3.	De generella handlingsplanerna 2017	12
	Utvecklingsområden i de generella handlingsplanerna	16
	A. Återkommande utvecklingsområden	16
	B. Kategorispecifika insatser	18
	C. Teman av övergripande karaktär.....	21
	Slutsatser utifrån de olika delarna A, B och C:.....	22
4.	Handlingsplanernas fokus på barn, unga och unga vuxnas psykiska hälsa	23
	Planernas grundkaraktäristika	23
	Utvecklingsområden.....	26
	Slutsatser barn, unga och unga vuxna.....	32
5.	Målbeskrivning och uppföljning i de generella handlingsplanerna	33
6.	Att förhålla sig till kunskap.....	34
	Hur implementera relevanta arbetsätt?.....	35
7.	Genus- och jämlikhetsperspektiv	36
8.	Ansvarsfördelning.....	37
9.	Samverkan huvudmän emellan och samverkan med andra aktörer	38
10.	Aktörer som deltagit i processen.....	39
11.	Brukarinflytande	40
12.	Tystnader.....	41
13.	Reflektion och diskussion av resultat	43
	Länsnivån	43
	Tillitsstyrning	44
	Det länsgemensamma	44
	Upparbetade men varierade arbetsformer	44
	Folkhälsa respektive psykiatrisk problematik.....	45
	Verksamheters utmaningar eller befolkningens behov	45
	Suicidförebyggande arbete.....	46
	Samordnad Individuell Plan	46
	Aktiv prioritering	47
	Analysens räckvidd	47
14.	Referenser	48

1. Inledning

Länsgemensamma handlingsplaner 2016 – en resumé

Från år 2007 och framåt har regeringen satsat på *”En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning”* (Socialdepartementet, 2009) där tre huvudområden prioriterats: vården, vardagen och valfriheten. Efter den så kallade PRIO-satsningen psykisk ohälsa - plan för ritade insatser inom området psykisk ohälsa 2012 - 2016, som var en del av denna politik, skiftade regeringen fokus. Nu skulle insatser som förebygger och främjar psykisk hälsa för hela befolkningen prioriteras. Detta eftersom den psykiska ohälsan i befolkningen ökat. Statistik från folkhälsomyndigheten visade att *”Under perioden 2006–2016 har andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande ökat bland både kvinnor och män, i de flesta åldersgrupper, samt i alla utbildningsgrupper utom i gruppen med eftergymnasial utbildning.”* (Folkhälsomyndigheten, 2016a). Regeringen ansåg att någonting behövde göras för att stävja den oroande utvecklingen. Statens stimulansmedel riktades därför till arbete med länsvis gemensamma överenskommelser mellan kommuner och landsting i syfte att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete på området psykisk hälsa med ett gemensamt ansvarstagande från berörda aktörer (Regeringskansliet och Sveriges kommuner och landsting, 2016).

Som fundament för det förändringsarbete som skulle bedrivas prioriterades fem fokusområden: 1. Förebyggande och främjande arbete 2. Tillgängliga tidiga insatser 3. Enskildas delaktighet och rättigheter 4. Utsatta grupper 5. Styrning, ledning och organisation.

Överenskommelsen för år 2016 omfattade 850 miljoner kronor. Av dem delades 780 miljoner kronor ut som stimulansmedel till kommuner och landsting. Detta resulterade i att alla 21 län under 2016 formulerade länsgemensamma analyser och handlingsplaner för psykisk hälsa. Dessa planer sammanställdes och analyserades av en forskargrupp vid Umeå universitet.

De gemensamma handlingsplanerna återspeglade 2016 den stora variation som finns mellan Sveriges olika län. Gotlands län inkluderar 1 kommun och Västra Götalands län inkluderar 49 kommuner, i Stockholms län bor det 346,5 invånare/kvadratkilometer samtidigt som det i Jämtlands och Norrbottens län bor 2,6 invånare/kvadratkilometer. En ytterligare aspekt är att det i exempelvis Skåne sedan tidigare funnits en arbetsstruktur på länsnivå, något som många andra län saknat. Arbetet med att formulera länsgemensamma handlingsplaner har därför sett olika ut, och således såg planerna olika ut. Exempelvis lämnade Västra Götalands län in en avsiktsförklaring, eftersom det länsgemensamma arbetet som bäst höll på att konsolideras, medan andra län lämnade in genomarbetade handlingsplaner där omfattande analyser genomförts och mål formulerats för hur arbetet skulle genomföras både på lång och kort sikt, vilka indikatorer som skulle följas upp under arbetets gång, ansvariga instanser eller personer samt kostnadsberäkningar för insatserna (Fjellfeldt, Markström & Rosenberg, 2017).

Analysen av handlingsplanerna visade på ett mönster av återkommande teman som rörde sig över gränserna för de angivna fokusområdena. De teman som förekom i störst omfattning var insatser riktade till 1, barn och unga 2, asylsökande och nyanlända, 3, utvecklingsarbete beträffande suicidprevention samt samordnad individuell plan (SIP) 4, föräldrastöd 5, integrerat stöd vid psykisk funktionsnedsättning samt enskildas delaktighet vid psykisk

funktionsnedsättning. Några slutsatser som drogs var att handlingsplanerna i hög grad rörde utvecklingsarbete och endast i liten utsträckning organisationernas kärnverksamhet. Länsplanerna handlar dessutom främst om kommunerna och landstingens gemensamma arbete och om samverkan mellan organisationerna. Detta innebär att de enskilda huvudmännens verksamheter endast uppmärksammas i liten utsträckning.

I handlingsplanerna fanns en ansats att främja den psykiska folkhälsan i länen. Detta samtidigt som insatser riktades till riskgrupper och grupper där psykisk ohälsa redan utvecklats. Detta innebär att kommuner och landsting tagit emot de nationella styrsignalerna, och fortsatt att vidga sitt fokus från tidigare satsningar till att omfatta ett folkhälsoperspektiv inom området psykisk hälsa. Främjande och förebyggande arbete återfanns i stor utsträckning i samband med insatser riktade till barn och unga, dock i mindre utsträckning i samband med insatser riktade till vuxna och äldre.

Nya förutsättningar för 2017 års arbete med länsgemensamma handlingsplaner

Inför arbetet inom området psykisk hälsa år 2017 skriver regeringen att *"Den psykiska ohälsan i Sverige är en stor utmaning nu och sannolikt en lång tid framåt."...* *"Denna överenskommelse är en fortsättning på 2016 års överenskommelse och syftet är att fortsatt skapa förutsättningar för en kraftfull utveckling när det gäller att främja psykisk hälsa, förebygga ohälsa och tillgängliggöra högkvalitativa, kostnadseffektiva insatser till de som behöver vård och stöd."...* *"Som en del i arbete ska länet/kommunerna/-landstingen/regionerna under 2017 göra en fördjupad analys av de behov som finns hos barn, unga och unga vuxna, inklusive barn, unga och unga vuxna med olika funktionsnedsättningar (upp till och med 24 år) i sin befolkning. Analysen ska utgå från ett gemensamt antal nyckelindikatorer som SKL i samarbete med medlemmarna kommer att ta fram utifrån underlagen från 2016 års analyser och handlingsplaner."* (Regeringskansliet & Sveriges kommuner och Landsting, 2016). Länen ska 2017 även redovisa sina insatser inom området under det gångna året.

Överenskommelsen för år 2017 omfattar 845 miljoner kronor. Av dem delas 780 miljoner kronor ut som stimulansmedel till kommuner och landsting. Medlen fördelas enligt följande: 250 miljoner kronor till landstingen/regionerna, 250 miljoner kronor till kommunerna, 150 miljoner kronor är avsedda att stimulera och rusta initiativ för barn och unga med och utan funktionsnedsättningar, 130 miljoner kronor är avsedda att utveckla ungdomsmottagningarnas arbete.

Metod och genomförande

Vi fick tillgång till alla länsplaner som skickats till Sveriges Kommuner och Landsting efter att det uppsatta slutdatumet, den sista oktober 2017, passerat. Länen skickade in omfattande material i samband med handlingsplanerna. Ett beslut togs i samråd med uppdragsgivaren att fokusera på de länsgemensamma handlingsplanerna och utelämna andra dokument, exempelvis fördjupade analyser, handlingsplaner för suicidprevention etc.

I ett första steg genomfördes en genomläsning av samtliga planer i sin helhet. Därefter identifierades likheter respektive skillnader i utformning av handlingsplaner år 2017 jämfört med år 2016. Därefter gjordes en uppdelning av materialet där det generella innehållet

sorterades för sig, och innehåll som fokuserade på barn, unga och unga vuxna sorterades för sig.

I ett nästa steg sorterades innehållet i de generella handlingsplanerna utifrån följande aspekter:

- Områden och målgrupper som berörs i handlingsplanerna
- Områden och målgrupper som saknas
- Mål på lång och kort sikt
- Mätbara indikatorer
- Vilka aktörer som deltagit i länens arbetsprocesser
- Jämställdhetsperspektiv
- Ansvarsfördelning mellan huvudmännen och andra
- Hur åtgärder som planeras förhåller sig till bästa tillgängliga kunskap
- Arbetet med implementering av relevanta arbetssätt
- Arbetet med utfasning av mindre relevanta arbetssätt
- Annat utvecklingsarbete
- Utvärdering av de insatser som planerades i 2016 års handlingsplaner

Inledningsvis sorterades alla utvecklingsområden som beskrevs som prioriterade i handlingsplanerna. Vi konstruerade tre kategorier utifrån tanken om ett ohälsförlopp eller ett spektrum: "främjande och förebyggande insatser för psykisk hälsa", "tidig upptäckt och tidiga insatser vid psykisk ohälsa" samt "behandlande och stödjande insatser vid etablerad eller långvarig psykisk ohälsa". Materialet sorterades även utifrån målgruppsbeskrivningar inom de olika utvecklingsområdena. I detta avseende var analysen naturalistisk, d.v.s. länens egna beskrivningar utgjorde grunden för kategorisering.

I analysen av handlingsplanerna gick det att urskilja ett mönster av utvecklingsområden som handlade om målgrupper och insatser som återfanns inom alla tre kategorier av det spektrum som vi skisserat. Ett exempel var insatser i relation till suicid, där vissa län planerade för åtgärder som täckte in främjande perspektiv, tidiga åtgärder vid självmordsförsök men också insatser för både patienter inom psykiatrin och närstående till personer som tagit sitt liv.

	främjande	tidig upptäckt	behandling
utvecklingsområde	suicidrelaterat arbete	suicidrelaterat arbete	suicidrelaterat arbete

Det fanns också utvecklingsområden som var *specifika för de olika kategorierna*.

	främjande	tidig upptäckt	behandling
utvecklingsområde	Förebygga ohälsa hos anhöriga och närstående till personer med psykisk ohälsa		
		Information: var man ska vända sig, vem har ansvar för olika insatser osv.	
			Fungerande arbetssätt beträffande Samordnad Individuell Plan (SIP)

Ett ytterligare mönster som identifierades var att det fanns utvecklingsområden som inte direkt har med specifika insatser eller målgrupper att göra, utan som var av en mer *övergripande karaktär*, t.ex. samverkan och värdegrundsarbete.

Både kvantitativa och kvalitativa sammanställningar och analyser genomfördes beträffande utvecklingsområden. Som exempel räknades antalet län som avsåg att arbeta med varje område. Denna statistik illustrerar vad Sveriges län avser att arbeta med inom psykisk hälsa, och hur länen prioriterar mellan målgrupper och insatser.

Enligt uppdraget gjordes även en särskild sammanställning och beskrivande innehållsanalys av information som rörde länens arbete med länsplanen, som t.ex. arbetsprocesser och ansvarsfördelning mellan involverade parter.

När det generella innehållet i handlingsplanerna sorterats började arbetet med det innehåll som fokuserade barn, unga och unga vuxna. Materialet lästes i sin helhet, och grundkaraktäristika identifierades. Det handlade exempelvis om på vilken nivå planerna rörde sig, om det var ett nystartat eller redan pågående arbete och om hur planerna var strukturerade. Därefter sorterades även detta material utifrån:

- Områden och målgrupper som berörs i handlingsplanerna
- Områden och målgrupper som saknas

Prioriteringar är sorterade utifrån följande kategorier: identifierade riskgrupper, insatser för att främja psykisk hälsa, tidiga insatser vid psykisk ohälsa, insatser vid långvarig psykisk ohälsa, samt slutligen en kategori som rör övergripande teman, t.ex. organisering och värderingar.

Parallellt med de ovan beskrivna sammanställningarna och analyserna har forskargruppen träffats regelbundet för att diskutera resultaten. Vid återkommande tillfällen har resultat diskuterats tillsammans med representanter för uppdragsgivaren.

Några veckor innan färdigställandet av rapporten bjöd forskarna in en mindre grupp experter för att få deras olika perspektiv på de preliminära resultaten. Denna forskarpanel fick under en förmiddag redovisa och diskutera sina iakttagelser och reflektioner kring sammanställningen av data. De flesta av våra huvudteman kom att bekräftas av gruppen men det tillkom även infallsvinklar och observationer.

Den rapport som här presenteras har inte genomgått en strikt vetenskaplig granskning via peer-review-förfarande utan skall betraktas som en arbetsrapport med i första hand deskriptiva ambitioner. Emellertid har vi eftersträvat vetenskaplig systematik och transparens genom hela arbetet.

Sveriges län

Nedan följer en presentation av variation beträffande förutsättningar för olika läns läns gemensamma arbete.

Län	Kommuner	Yta (km ²) SCB (2016)	Folkmängd (2017-09-30) SCB (2017)	Inv/km ²
Blekinge län	5	2 931	159 367	54,4
Dalarnas län	15	28 029	285 724	10,2
Gotlands län	1	3 135	58 464	18,6
Gävleborgs län	10	18 118	285 452	15,8
Hallands län	6	5 427	323 729	59,7
Jämtlands län	8	48 935	129 649	2,6
Jönköpings län	13	10 437	356 291	34,1
Kalmar län	12	11 165	243 219	21,8
Kronobergs län	8	8 424	197 040	23,4
Norrbottnens län	14	97 239	251 080	2,6
Skåne län	33	10 968	1 340 415	122,2
Stockholms län	26	6 524	2 299 593	352,5
Södermanlands län	9	6 075	290 711	47,9
Uppsala län	8	8 190	367 483	44,9
Värmlands län	16	17 519	279 999	16,0
Västerbottens län	15	54 665	268 067	4,9
Västernorrlands län	7	21 549	246 082	11,4
Västmanlands län	10	5 118	270 535	52,9
Västra Götalands län	49	23 800	1 686 287	70,9
Örebro län	12	8 504	297 997	35,0
Östergötlands län	13	10 559	456 550	43,2
Sverige	290	407 311	10 093 734	24,8

2. Läns gemensamma handlingsplaner 2017

Länens egna uppföljningar och utvärderingar av insatser 2016

Uppföljningarna av handlingsplanerna visar att utvecklingsarbetet på området har påbörjats. Det framgår dock att uppföljning av ett komplext område inte låter sig göras så enkelt. Nedan följer några exempel på detta:

- Uppföljningarna tenderar att vara instrumentella. Det är svårt att utläsa hur implementeringen av insatser för psykisk hälsa i Sverige faktiskt fungerar. Kanske beror detta på att länsnivån inte förmår följa upp initiativ och insatser "på nära håll", utan ofta består av analyser och skrivningar av övergripande karaktär. Kanske beror det också på att det ännu inte är möjligt att utvärdera effekterna av insatserna. Det går till exempel att följa upp att ett län bedrivit föräldrastöd (instrumentell uppföljning), men det går inte att mäta effekterna av detta, i termer av ökad psykisk hälsa, varken hos barn och unga eller hos föräldrar.
- Uppsatta mål kan vara svåra att mäta: *"Under 2018 ska mer precisa mål och delmål formuleras i förhållande till handlingsplanen. Landstinget och kommunerna är överens om att framstegen på de olika satsningsområdena behöver mätas mer noggrant i förhållande till de ambitioner som lagts fast."* (Västernorrland)
- Korrelationen mellan insats och uppföljning kan i vissa fall diskuteras. I ett län följs till exempel området "ökad mångkulturell kompetens" upp med siffror på hur många asylsökande som vistas i länet. Vad denna uppföljning innebär för det aktuella insatsområdet är högst oklart.
- Länsnivån är inte en självklar uppföljnings eller utvärderingsnivå i alla län. Eftersom exempelvis Västerbotten inte arbetar operationellt på den länsövergripande nivån så följs mål istället upp lokalt: *"uppföljning och revidering av målen görs av respektive kommun/landstinget"*.
- Att uppföljningsuppdraget var ett nytt inslag för i år syns i planerna. Vissa län verkar ännu inte ha hittat former för uppföljning, eller för beskrivning av uppföljning, på det sätt som de i högre grad funnit sina former för de återkommande inslagen.

I ett flertal län (12 stycken) har dock omfattande och detaljerade uppföljningar av 2016 års arbete genomförts. Sammanställningar visar vad som planerats för året, och något om hur de planerade aktiviteterna utfallit. De berör vilka aktiviteter som genomförts respektive inte genomförts, och i förekommande fall varför de inte genomförts. I övriga läns handlingsplaner är uppföljningen mer framgentarisk och mindre systematisk. Vissa områden följs upp men inte alla.

Länens uppföljningar kan vara av övergripande karaktär: *"Sammantaget genomförs de flesta delar av handlingsplanen i olika grupperingar. Speciellt området ledning och samverkan som utpekades i analys och handlingsplan som en central faktor är ett fokus för många grupper. Trots många olika aktiviteter finns det vissa områden med bristande aktivitet, framför allt för att det inte uppfattas ingå i uppdraget, eller att det är aktiviteter som bör ske centralt i Östergötland, eller av grupperingar med delvis andra kompetenser. Dessa områden är kommunikation, kompensatoriska insatser och e-hälsa ur ett medborgar-*

perspektiv” (Östergötland). Sammanfattningen speglar även länets medvetenhet om vad som har brustit och varför, en typ av reflektion som är sällsynt i sammanhanget.

Av andra läns uppföljningar framgår det mer i detalj vad som är gjort inom varje område: *”Förebyggande och hälsofrämjande enheten (SOF) har initierat ett hälsofrämjande nätverk till vilket bland annat flera idéburna organisationer har bjudits in. En central fråga som nätverket har arbetat med är hur enheten kan nå de som lever i ensamhet och isolering. Under året har fyra nätverksträffar arrangerats, träffar som har möjliggjort erfarenhetsutbyte och samverkan”* (Gotland). I en handlingsplan sätts insatser in i en kronologisk kontext, vilket innebär en uppföljning över tid: *”Sedan 2010 har det i Skåne varje år arrangerats en Skånevecka för psykisk hälsa i samband med ”World Mental Health Day”* (Skåne).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att uppföljningsarbete har genomförts. Förutsättningarna för detta arbete har sett olika ut i olika län, och detta återspeglas i planerna.

3. De generella handlingsplanerna 2017

Generellt visar handlingsplanerna att arbetet i många län funnit sin form i högre utsträckning 2017 än 2016. Det skulle kunna innebära att aktörer, såsom projektledare och arbetsgrupper som har mandat att arbeta med planen har varit tillsatta i större utsträckning 2017 jämfört med det tidigare året. Dock finns det skillnader mellan länen. Några län (t.ex. Uppsala) som gjorde en omfattande satsning i relation till uppdraget 2016 har haft ett mer uppföljande arbete 2017. Andra län (t.ex. Stockholm, Gotland och Västra Götaland) har arbetat för att påtagligt utveckla planen 2017. I ytterligare några län har handlingsplanen landat i en upparbetad länsstruktur kring frågor om psykisk hälsa och ohälsa, vilket har inneburit att de kontinuerligt har kunnat arbeta i ett relativt jämnt tempo.

En skillnad som visat sig mellan 2016 och 2017 är att flera län lämnat in mer material. En självklar del är fördjupningen kring arbetet med barn och unga som alla län förväntats formulera inför 2018-års handlingsplan, samt uppföljning av arbetet under det gångna året. Förutom detta så finns dock även material som bland annat handlar om regionens fristående handlingsplan där samverkan mellan primärvård och psykiatri betonas, projekt kring forskarmedverkan, projekt för närståendesamarbete, användarmanual för handlingsplanen, redovisning av ungdomsmottagningsarbete och regional handlingsplan för suicidprevention.

Fjorton län har använt sig av samma grundstruktur 2017 som 2016. I många fall prioriteras i stort sett samma områden i handlingsplanen i år som i fjol. Planer är i vissa fall utvecklade. Vissa län prioriterar nya områden medan andra har tagit bort områden i handlingsplanen 2017 som var med året innan. I Blekinges handlingsplan finns 2017 ett teoretiskt tillägg där hälsofrämjande arbete betonas, men där det även finns utrymme för nyansering och problematisering, t.ex. beskrivs skolfrånvaro som en komplex fråga som länet behöver arbeta med utifrån tre olika perspektiv; kognitiv förmåga, hem- och skolsituationen. Ovan nämnda län följer alltså samma grundstruktur i år som i fjol, men med vissa revideringar.

I Jämtlands läns handlingsplan framgår det att handlingsplansarbetet betraktas och genomförs som en helhet. År 2016 påbörjades arbetet som fortsätter 2017 och framåt. I år är

tillägget barn och unga. Processen beskrivs i sin helhet, och i planen finns en detaljerad uppföljning av 2017-års arbete i relation till den ansats som lades för 2017 redan 2016.

I Västerbotten har målområden utkristalerats även om planen i sin helhet fortfarande bygger mycket på lokala inslag. Länsnivån verkar inte vara en naturlig eller inarbetad yta för det strategiska utvecklingsarbete som ska planeras och genomföras.

Några län har en helt annan struktur 2017 än 2016. Västra Götaland lämnade in en 6-sidig avsiktsförklaring 2016 för att 2017 lämna in fyra omfattande och stringenta dokument: gemensam handlingsplan, användarmanual med indikatorer för uppföljning, regional utvecklingsplan vuxenpsykiatri samt regional utvecklingsplan barn och ungdomspsykiatri. I Kalmar skiljer sig planen 2017 från planen 2016 väsentligt. 2017 görs en bred analys av olika faktorer, t.ex. inkomst, livslängd, skillnader mellan kön och geografisk plats. Detta innebär att länet har en bredare ingång och en bredare ansats i analysen denna gång. Planen är framarbetad i en ny kontext: arbete för regional utvecklingsstrategi. Detta nämndes inte 2017. Det ser ut som att denna förankring ger handlingsplanen en ny ambitionsnivå. Gotland har också tagit arbetet med planen vidare, där t.ex. resultatmått skiljs från processmått, och det går att identifiera en tydlig utveckling i arbetet med handlingsplanerna.

Uppsala läns handlingsplan var mycket omfattande 2016. Den är omfattande även denna gång, men ser delvis ut på ett annat sätt. År 2016 tolkades brukarmedverkan som ett vitt begrepp, och allt ifrån elever till äldre och traditionella brukarorganisationer blev tillfrågade att delta i arbetsprocessen. Denna gång framgår det att en representant från HSO deltagit i processen. År 2016 var mål och planer lokalt förankrade men 2017 ser det ut som att utvecklingsområden lyfts upp en nivå i organisationen. Exempelvis syns detta i vem som är ansvarig för vad; *"Förbättrat omhändertagande barn och unga missbruk – 5 miljoner, sjukhusdirektör akademiska ansvarig."* Detta kan betyda att området förankras på en högre nivå i organisationen, och att ett helhetsgrepp är taget. Eller så kan det betyda att den lokala förankringen förlorats och försvunnit in i en mer allmän instans. Handlingsplanen visar att regionen under 2018 ska definiera sin förståelse av begreppet psykisk ohälsa och komma fram till en gemensam viljeinriktning.

I Stockholms län ser man planen som utarbetades 2016 som en grund för den plan som utarbetas 2017, men planen är till stora delar reviderad beträffande både struktur och innehåll. År 2016 fanns det gemensamma mål men i de senaste dokumenten finns det länsgemensamma mål och lokala rekommendationer. En del av de gemensamma målen 2016 har blivit lokala rekommendationer 2017. Detta ger en förändrad tyngd i områdena. De övergripande målen har en påtagligt mer övergripande karaktär 2017. Det lokala är specifikt lokalt, och det gemensamma är mer uttalat gemensamt.

Nedan följer en översikt gällande det material som skickats in 2016 respektive 2017. Generellt har fler dokument utarbetats. Sidantal behöver dock inte indikera högre kvalitet. Vissa planer som är korta är stringenta och tydliga. Vissa långa planer är mer otydliga. Denna sammanställning ger dock en bild av den utökade omfattningen av dokument som länen skickat in relaterat till planerna.

I den rapport som skrevs utifrån handlingsplanerna 2016 hade forskargruppen endast tillgång till de länsgemensamma analyserna och handlingsplanerna. Därför kan vi inte med säkerhet

säga att det inte fanns fler dokument än de vi tog del av förra året. Däremot kan vi säkert se att beträffande gemensamma analyser och handlingsplaner så har omfattningen av dokument ökat. Detta kan delvis knytas till det utökade uppdraget att särskilt fokusera insatser för barn, unga och unga vuxna, samt att följa upp det arbete som utförts under det gångna året. Nedanstående tabell visar översiktligt den ökade omfattningen av dokument som hör till länsarbetet. Siffran inom parentes visar antalet sidor:

Län	2016	2017
Stockholm	1 handlingsplan (35)	6 dokument: 1 stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa (103) 1 25 + stöd till riktade insatser (60) 1 0-24 Stöd till riktade insatser (80) 1 behov hos barn och unga (89) 1 Fördjupning barn och unga I – uppdrag psykisk hälsa (46) 1 Fördjupning barn och unga II – uppdrag psykisk hälsa (22)
Kronoberg	2 dokument: 1 analys (43) 1 handlingsplan (19)	5 dokument: 1 handlingsplan (14) 1 analys (43) 1 projekt närstående till personer med psykisk ohälsa (4) 1 bilaga om forskarmedverkan (3) 1 plan/analys barnets bästa i Kronoberg (27)
Skåne	2 dokument: 1 analys (38) 1 handlingsplan (18)	4 dokument: 1 analys vuxna (19) 1 handlingsplan vuxna (12) 1 analys barn och unga (16) 1 handlingsplan barn och unga (8)
Uppsala	2 dokument: 1 analys (106) 1 plan (19)	4 dokument: 1 länsgemensam handlingsplan 2018 (23) 1 uppföljning av regional handlingsplan – psykisk hälsa (innehåller barn och unga – uppföljning av 2017 samt vuxna – uppföljning) (12) 1 länsgemensam analys psykisk hälsa barn och unga (34) 1 handlingsplan Landstinget (32)
Västra Götaland	1 avsikts-förklaring (6)	4 dokument: 1 handlingsplan (12) 1 användarmanual Indikatorer för uppföljning (41) 1 regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2017 - 2020 (37) 1 regional utvecklingsplan för vuxenpsykiatri, 2014 - 2018 (91)
Västmanland	2 dokument: 1 analys & handlingsplan (8) 1 bilaga (4)	4 dokument: 1 analys & handlingsplan vuxna (10) 1 analys & handlingsplan barn och unga (10) 1 dokument psykisk hälsa och ohälsa i Västmanland (18) 1 styrdokument för ungdomsmottagningarna i Västmanland (15)
Värmland	1 analys & handlingsplan (26)	4 dokument: 1 länsgemensam handlingsplan (10) 1 länsgemensam analys och handlingsplan för Värmland 2016 - 2020 med komplettering med data för barn, unga och unga vuxna under 25, 2017 (32) 1 Landstingets handlingsplan för suicidprevention och minskad psykisk ohälsa (9) 1 dokument statistik unga (1)
Jämtland	1 handlingsplan (18)	3 dokument:

		1 handlingsplan (30) 1 kvant analys barn/unga (51) 1 kval analys barn/unga (84)
Norrbottn	1 analys & handlingsplan (21)	3 dokument: 1 analys och handlingsplan (20) 1 Landstingets aktiviteter (4) 1 fördjupning barn och unga (38)
Gävleborg	2 dokument: 1 analys (48) 1 handlingsplan (28)	2 dokument: 1 handlingsplan (12) 1 handlingsplan Landstinget (20)
Gotlands län	2 dokument: 1 analys (25) 1 handlingsplan (8)	2 dokument: 1 analys & handlingsplan (28) 1 analys barn och unga (12)
Kalmar	2 dokument: 1 analys (14) 1 handlingsplan (6)	2 dokument: 1 gemensam analys och handlingsplan (med fördjupningsdel barn och unga) (49) 1 lokal analys och handlingsplan (regionen) (20)
Västerbotten	1 analys & handlingsplan (15)	2 dokument: 1 läns gemensam analys och handlingsplan inklusive barn och unga fördjupning (15) 1 Landstingets handlingsplan (11)
Dalarna	1 analys & handlingsplan (31)	2 dokument: 1 handlingsplan Uppdrag psykisk hälsa (41) 1 Handlingsplan Landstinget Dalarna (primärvård + psykiatri) (26)
Jönköping	1 analys & handlingsplan (31)	2 dokument: 1 analys och handlingsplan (31) 1 fördjupning barn och unga (31)
Blekinge	1 analys (34) 1 handlingsplan (9)	2 dokument: 1 analys av psykisk hälsa – revidering och komplettering av analys 2016 (45) 1 gemensam handlingsplan (22)
Sörmland	1 analys & handlingsplan (16)	2 dokument: 1 Handlingsplan (19) 1 barn och unga fördjupning (12)
Örebro	1 dokument analys & handlingsplaner i fyra länsdelar (149)	2 dokument: 1 dokument bestående av 7 bilagor där fyra länsdelar formulerat sina handlingsplaner, NSPHs roll, utveckling av första linjens arbete, handlingsplan suicidprevention (131) 1 handlingsplan Landstinget (14)
Östergötland	1 analys & handlingsplan (60)	2 dokument: 1 handlingsplan (7) 1 uppföljning och analys (18)
Västernorrland	1 analys & handlingsplan (21)	2 dokument: 1 analys & plan (38) 1 fördjupning barn & unga (6)
Hallands län	1 analys & handlingsplan (27)	1 analys & handlingsplan (27)

Utvecklingsområden i de generella handlingsplanerna

Denna presentation bygger på handlingsplanernas samtliga prioriterade utvecklingsområden och är uppdelad i tre delar. Ett utvecklingsområde som presenterats i en handlingsplan förekommer endast en gång i nedanstående sammanställning.

Innehållet som handlar om utvecklingsområden präglas av att dels handla om specifika insatser och målgrupper, och dels handla om övergripande åtgärder. Insatser kan sorteras in inom ett kontinuum som handlar om grad av hälsa utifrån en kronologisk tidsaspekt. Det rör sig från insatser som syftar till att främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa, till att identifiera psykisk ohälsa och ge tidiga insatser, och slutligen till behandling och stöd vid etablerad eller långvarig psykisk ohälsa. Målgrupper kan sorteras in i ett kontinuum som rör sig från befolkningen till enskilda individer som befinner sig i mycket specifika förhållanden. Målgrupper beskrivs i sammanställningen men kommenteras i anslutning till den. Det har varit svårt att skilja insatser och målgrupper åt eftersom de i planerna ofta är sammanvävda i varandra. Därför innehåller sammanställningen både insatser och målgrupper tillsammans i presentationen av materialet.

I den första delen (A) presenteras de utvecklingsområden som handlar om de målgrupper (*vem*) och insatser (*vad*) som i handlingsplanerna gick att återfinna inom både: *främjande* och *förebyggande* insatser för psykisk hälsa, insatser för *tidig upptäckt* av psykisk ohälsa, samt insatser *vid etablerad* psykisk ohälsa.

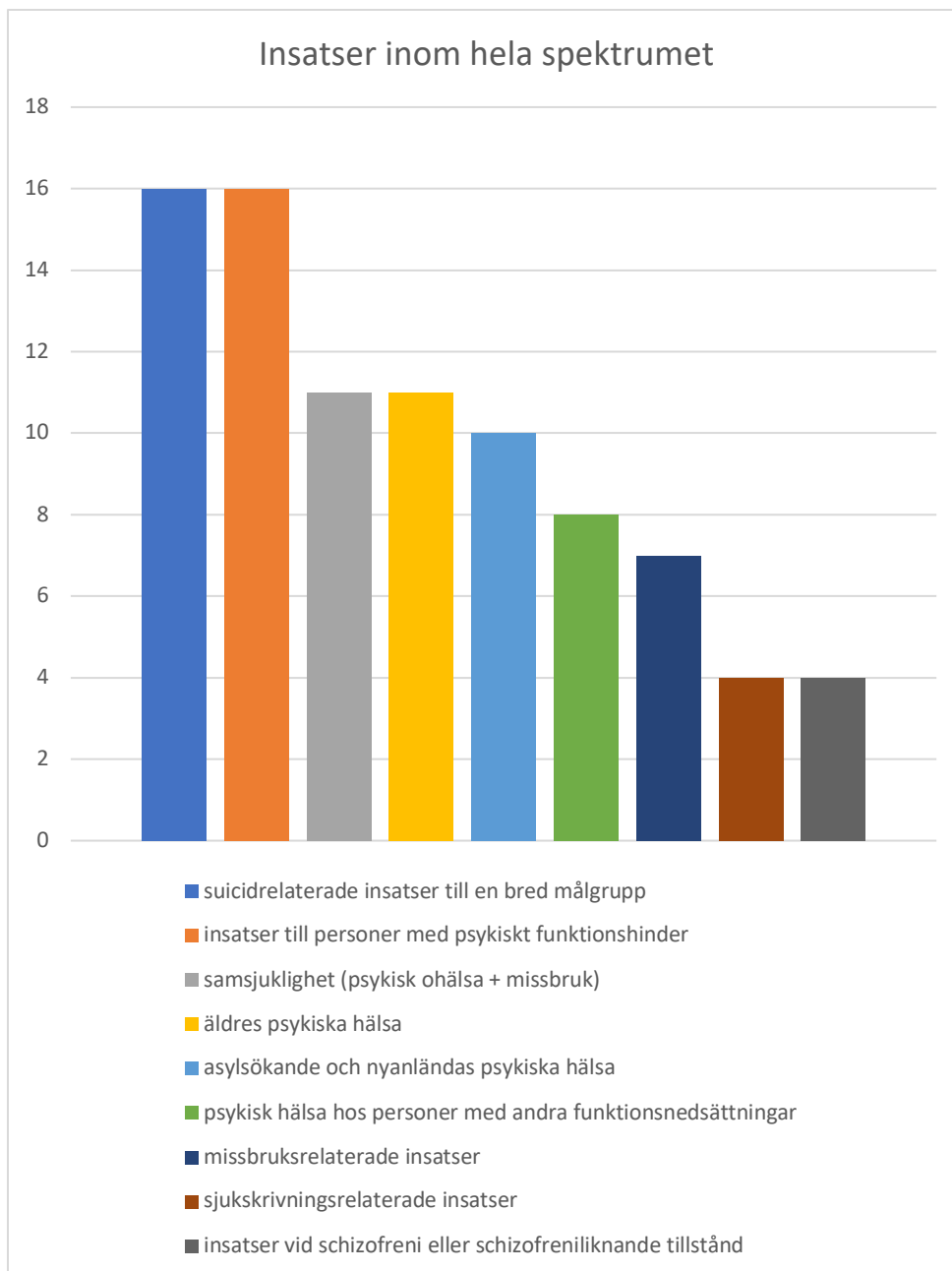
I den andra delen (B) presenteras utvecklingsområden som handlar om målgrupper (*vem*) och insatser (*vad*) som är *specifika för de olika kategorierna* främjande och förebyggande arbete, tidiga insatser och insatser vid etablerad psykisk ohälsa.

I den tredje och sista delen (C) presenteras utvecklingsområden som inte har med specifika insatser eller målgrupper att göra, utan som har en mer *övergripande karaktär*, t.ex. samverkan och värdegrundsarbete (*hur*).

A. Återkommande utvecklingsområden

Följande utvecklingsområden återfanns i alla kategorierna främjande, tidiga och behandlande insatser. De spänner så att säga över ett helt förlopp från hälsa till ohälsa. Exempelvis kan utvecklingsområden inom förloppet alla skeden beskrivas så här: *äldres psykiska hälsa*: att stärka psykisk hälsa hos alla äldre, tidig upptäckt och tillgång till stöd eller behandling för äldre med risk för psykisk ohälsa, äldre personer med psykisk ohälsa ska få rätt vård och stöd, exempelvis anpassat boende vid psykisk ohälsa och samtidig demens.

Stapeldiagrammet visar antalet län som prioriterar ett visst utvecklingsområde.



Denna sammanställning visar att det finns specifika områden som länen anser är viktiga att arbeta med när det gäller hela spektrumet från att främja hälsa, identifiera ohälsa i ett tidigt skede, samt att ge behandling vid långvarig ohälsa.

Två utvecklingsområden förekom i flest handlingsplaner. Dessa områden representerar dels en specifik insats (suicidrelaterad) som riktas till en *bred målgrupp*: suicidprevention riktad till hela befolkningen, identifiering av personer med förhöjd suicidrisk och erbjuda dem rätt hjälp i rätt tid, samt minska antalet självmord och självmordsförsök bland personer som har etablerad kontakt med sjukvården. Det andra området handlar om en rad olika insatser riktade till en *specifik målgrupp* – *personer med psykisk funktionsnedsättning*: psykiskt hälsoperspektiv i stöd riktat till personer med psykisk funktionsnedsättning, god somatisk vård och behandling till personer med psykiskt funktionshinder, anpassat boendestöd, integrerat stöd, samordnade insatser m.m.

Samma mönster upprepas när de utvecklingsområden som förekommer näst mest presenteras: dels olika insatser till den specifika målgruppen personer som lever med samsjuklighet (psykisk ohälsa och missbruk), och dels insatser riktade till den breda målgruppen äldre i allmänhet.

Det mönster som visar sig i sammanställningen är att länen i ungefär samma utsträckning prioriterar insatser riktade till en bred allmänhet och insatser riktade till den tidigare prioriterade "PRIO-gruppen" (personer med omfattande och komplicerad psykiatrisk problematik). Den tidigare prioriterade gruppen har alltså fortfarande en framträdande roll, samtidigt som ett bredare målgruppsbegrepp är etablerat i planerna.

Samtidigt finns det handlingsplaner där idén om den breda målgrupp-bilden har slagit igenom helt, med följden att den tidigare prioriterade målgruppen inte nämns. Jämtland är ett sådant exempel. En målgrupp som beskrivs i deras plan är: *"att identifiera mångbesökare till både somatisk och psykiatrisk akutmottagning samt till beroendeenheten och erbjud dem adekvata stödinsatser."* Men denna målgrupp är inte samma målgrupp som andra län beskriver som personer med långvarig psykisk ohälsa som ger konsekvenser i form av psykisk funktionsnedsättning.

Handlingsplanerna kan därmed anses stå med två ben inom olika verksamhetsfält. Å ena sidan beskrivs utvecklingsområden som hör till ett generellt verksamhetsfält där både kommuner, landsting, skolor, föreningsliv, näringsliv och "allmänheten" inkluderas. Å andra sidan presenteras också utvecklingsområden som hör till ett mer specialiserat psykiatriskt och socialpsykiatriskt verksamhetsfält som består av specialiserade enheter inom kommuner och landsting med kompetens och erfarenhet inom det traditionella psykiatriska området.

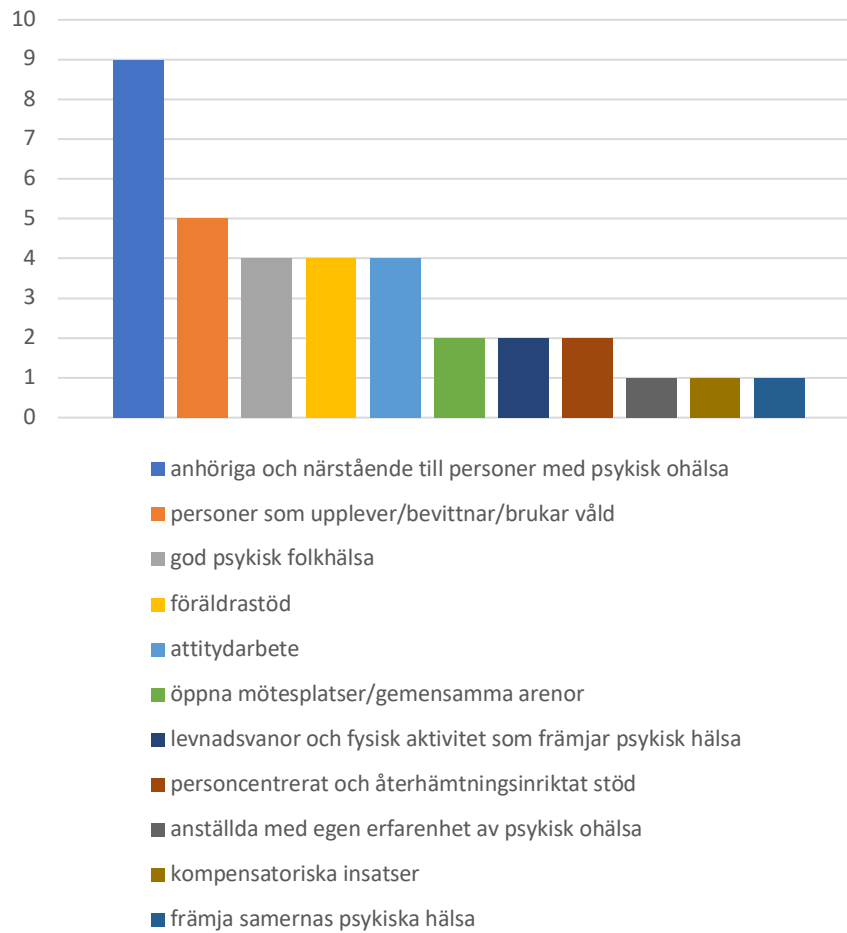
Sammanställningen visar även att utvecklingsområden där det finns konkreta metoder och evidensbaserade program att tillgå, och som länen arbetat med tidigare (t.ex. suicidprevention) hamnar högt på listan. Områden där det inte finns utarbetade metoder och program på samma sätt, hamnar längre ner på listan, t.ex. insatser riktade till nyanlända som i sammanhanget kan beskrivas som ett "ny-gammalt" fenomen.

Den breddade policyn tycks ha påverkat med vilka perspektiv man betraktar även den traditionella målgruppen, lämpligast uttryckt som ett helhetstänkande som inte bara omfattar stöd och behandling utan även prevention och hälsofrämjande arbete.

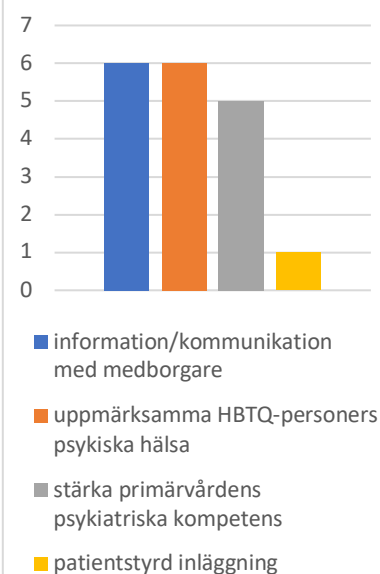
B. Kategorispecifika insatser

Nedan presenteras de insatser och målgrupper som återfanns endast inom en del av spektrumet. Dessa resultat redovisas med hjälp av tre diagram. Därefter sammanfattas de tre diagrammen i gemensamma konklusioner.

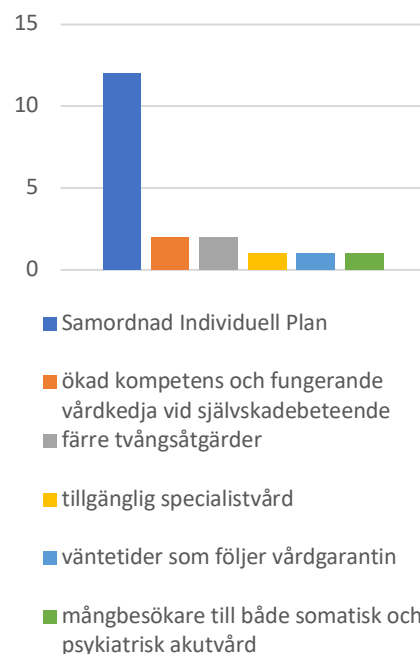
Främjande och förebyggande insatser



Tidiga insatser



Behandlande insatser



Ett mönster som går att utläsa av denna sammanställning är att insatser och utvecklingsområden riktade till en bred målgrupp återfinns i större utsträckning inom främjande och förebyggande insatser, samt vid risk för/vid tidig psykisk ohälsa. Insatser och utvecklingsområden riktade till personer med långvarig psykisk ohälsa återfinns både i främjande, vid risk för/tidig psykisk ohälsa och stöd/ behandling vid psykisk ohälsa. En positiv tendens var att främjande och tidiga insatser återfinns även riktade till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Sammanställningarna visar att det i länen identifierats behov av alltifrån generella främjande insatser för en bred allmänhet, exempelvis *“god psykisk folkhälsa”* till specialiserade behandlande insatser vid etablerad psykisk ohälsa *“identifiera mångbesökare till både somatisk och psykiatrisk akutmottagning samt till beroendeenheten och erbjuda dem adekvata stödinsatser.”*

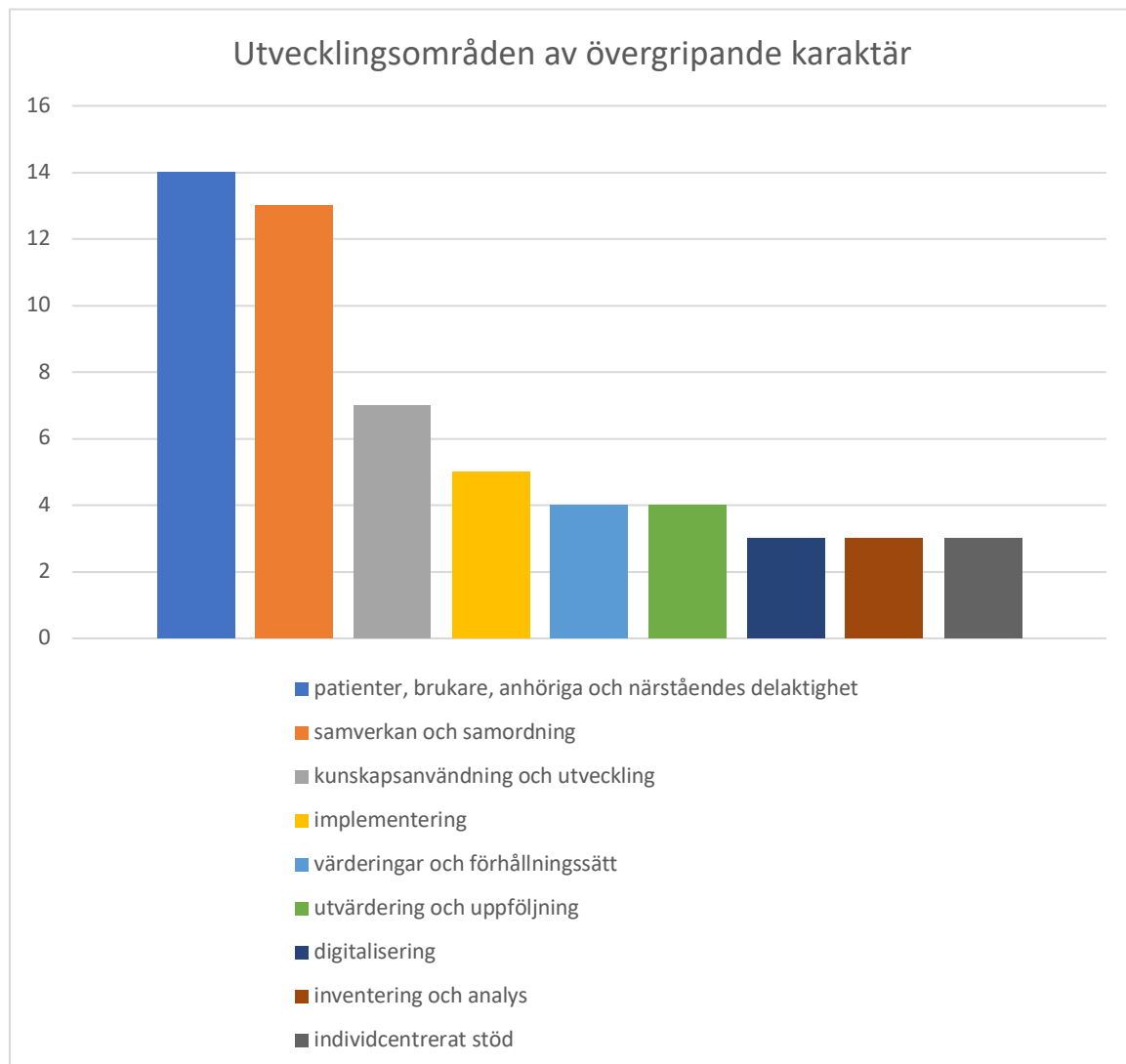
Tonvikten i planernas utvecklingsområden som är kategorispecifika ligger på de främjande och förebyggande insatserna som innehåller en större variation i utvecklingsområden (11 stycken) än de två andra kategorierna tillsammans (10 stycken). Detta kan vara en återspeglning av lokal respons på nationell styrning, där betoningen på främjande och förebyggande insatser är tydlig.

Två utvecklingsområden som stack ut genom att de återkom i ett flertal län var: upprättande av Samordnad Individuell Plan (SIP) till personer som får stöd från både kommuner och landsting, samt förebyggande arbete riktat till personer som är anhöriga eller närstående till personer som lever med psykisk funktionsnedsättning. Dessa insatser är direkt relaterade till den tidigare PRIO-målgruppen. Sammantaget är det i övrigt samma mönster som visar sig i de enskilda kategorierna, att det finns en jämn balans mellan insatser riktade till en bred målgrupp och insatser riktade till en målgrupp med omfattande eller komplex problematik.

Samtantaget visar A och B att det i länen finns utvecklingsområden som är gemensamma för många, samtidigt kan vi se att det finns lokala anpassningar utifrån specifika behov i vissa län. Handlingsplanerna speglar att det finns både generella och lokala aspekter inkluderade i utvecklingsarbetet. Vissa utvecklingsområden visar nationellt utbredda behov, medan andra illustrerar lokalt specifik variation. Detta kan illustrera resultatet av en situation där implementeringen av den statliga policyn styrs genom framskrivna problembeskrivningar, fokusområden, nationella riktlinjer samt statsbidragets utformning, men där samtidigt ett stort handlingsutrymme lämnas åt de regionala och lokala aktörerna att göra egna prioriteringar.

C. Teman av övergripande karaktär

I handlingsplanerna presenterades även utvecklings- och insatsområden som inte är relaterade till någon särskild målgrupp, utan är av en mer övergripande karaktär. Dessa utvecklingsområden handlade om:



Detta visar att det finns en rad utvecklingsområden som är av övergripande, eller annorlunda uttryckt, genomsyrande karaktär. De handlar inte först och främst om *vad* (insats) som ska göras och för *vem* (målgrupp), utan om *hur* arbetet ska genomföras.

De två utvecklingsområden som flest län skriver om handlar om områden som vi menar är präglade av *relationer mellan människor och relationer mellan organisationer*. Detta resultat kan tolkas som att områden där hierarkier och maktrelationer, olika gruppers handlingsutrymme och olika syn på uppdrag och professionalitet aktualiseras. Patienter, brukare, närstående och anhörigas delaktighet beskrivs som eftersträvt för att utveckla arbete med psykisk ohälsa, samtidigt som det är ett område där tolkningsföreträde behöver

omförhandlas för att delaktigheten ska bli långsiktig och trovärdig. En annan aspekt av delaktighet är att detta begrepp vidgas i takt med planernas breddade målgruppsbegrepp. Som närstående kan nu även inkluderas anhöriga till personer som inte har psykisk ohälsa, men som kan tänkas riskera att få det. Blivande patienter kan också betraktas som målgrupp. Vad detta innebär för delaktigheten återstår att se. Hur kan en medborgardelaktighet se ut, och vad innebär detta? Hur förhåller sig denna till politisk delaktighet där folkvalda politiker representerar medborgare?

Det andra utvecklingsområdet *samverkan* handlar om relationer mellan professioner och/eller organisationer. Behov av att tydliggöra olika aktörers roller och att uppnå en samsyn avseende gemensamma uppdragsområden nämns som konkreta behov. Utifrån kommunerna och landstingens olika uppdrag är det inte överraskande att frågor uppstår när ett ökat samarbete förväntas. Relationer mellan aktörer aktualiseras när flera ska arbeta gemensamt på samma område. Vem ska göra vad? Och varför? Vems vilja ska ha företräde? Hur kan en gemensam syn på området skapas? Första linjen (oftast uttolkad som primärvården) nämns som en "zon" vars tillhörighet och plats inom området psykisk hälsa ännu inte är fullt klarlagd. För att samverkan ska fungera på sikt krävs det att inblandade parter är nöjda med samverkansformerna, och att inblandade aktörer inte känner att det egna handlingsutrymmet är hotat eller att de i sammanhanget blir missförstådda. Att samverkan är ett vanligt utvecklingsområde i planerna är inte förvånande då även analysen från förra året visade att länsplanarbetet ofta i praktiken varit reserverat för utvecklingsfrågor som berör fler än en aktör (Fjellfeldt, Markström & Rosenberg, 2017).

Övriga utvecklingsområden handlar även de om olika aspekter av hur arbetet ska bedrivas och vad som ska genomsyra arbetet, t.ex. individcentrerat stöd och professionellas förhållningssätt.

Slutsatser utifrån de olika delarna A, B och C:

Nedan har vi försökt konstruera en enkel matris baserat på det analyserade materialet. I den kan länens utvecklingsområden placeras in, och vi kan se vilka ambitioner länen har. På så sätt kan man, om än på ett något förenklat sätt, kategorisera planernas innehåll och visa på fördelningen mellan föreslagna insatser med avseende på frågorna hur, vad och för vem. I matrisen lyfter vi in några exempel från sammanställningarna ovan. Sammanfattningsvis kan vi se att länen sprider sina satsningar och prioriteringar mellan olika typer av insatser till olika typer av målgrupper. Som tidigare påpekats är ett kännetecken för 2017 års planer jämfört med förra årets planer, att man även applicerat idéer kring prevention och tidigt stöd till personer med etablerad och långvarig psykisk ohälsa. Sammantaget så är det i handlingsplanerna som formulerats 2017 en mycket jämn fördelning mellan de olika målgrupperna; den breda målgruppen medborgare, och den snävare målgruppen personer med etablerad psykisk ohälsa.

Ramfaktorer (hur): samverkan, implementering, bemötande, uppföljning etc.			
	främjande/förebyggande insatser	risk för/tidiga insatser	behandlande insatser vid psykisk ohälsa
Insatser (vad) riktade till <i>hela befolkningen</i> (vem)	suicidprevention	lättillgänglig information	
Insatser (vad) riktade till <i>specifika målgrupper</i> (vem)	uppnå en mer hälsofrämjande etablering för asylsökande och nyanlända	identifiera psykisk ohälsa hos äldre	god somatisk vård och behandling till personer med psykisk sjukdom

4. Handlingsplanernas fokus på barn, unga och unga vuxnas psykiska hälsa

Planernas grundkaraktäristika

Inför arbetet med länsplanerna 2017 hade länen i uppgift att förutom den generella planen fokusera på behov och insatser för barn, unga och unga vuxna mellan 0 - 24 år, där ungdomsmottagningarnas arbete utgör en naturlig del. Länen har gjort analyser utifrån elevhälsodata, folkhälsodata, riktade enkäter, intervjuer och fokusgrupper. En viktig förutsättning för arbetet är att länen i slutskedet fick 58 nyckelindikatorer av SKL att förhålla sig till i sina analyser. Detta innebär att länen förväntades arbeta utifrån ett särskilt sökljus. Vissa län har använt sig av alla indikatorer, medan andra län valt att prioritera några av indikatorerna. Denna styrsignal kan antas ha haft en viss likriktande effekt på länens analysarbete.

Vilken nivå handlingsplanerna befinner sig på varierar: en handlingsplan (Västra Götaland) är ett tydligt exempel på en plan som har en stark länsgemensam förankring, och där det finns en styrning och strävan framåt på länsnivå. Det finns övergripande gemensamma mål för länet som ska appliceras i lokala kontexter, exempelvis: *"Ingen ska diskrimineras eller uppleva negativt bemötande i kontakterna med kommunerna och regionen"*. Örebro kan beskrivas som Västra Götalands motsats. I Örebro län har man arbetat i fyra länsdelar. Arbetet har en stark lokal förankring, vilket gör att det saknas länsgemensam styrning. Analyser och planer är

förankrade på lokal nivå. Hallands länsplan är exempel på ett län där det finns både en gemensam länsnivå och en stark lokal förankring. I Västra Götaland finns 49 kommuner, och en länsplan skulle därför inte kunna ha en stark lokal förankring, eftersom omfånget skulle bli enormt. Hallands 7 kommuner möjliggör däremot en länsgemensam plan med lokal förankring. Andra län, som Norrbotten med sina 14 kommuner och Skåne med sina 33 kommuner, arbetar stringent på länsnivå. Både Norrbottens och Skånes handlingsplaner beskriver att många personer varit involverade i processen. *"I denna (arbetsgrupp) finns representanter för barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, primärvård, socialtjänst och brukarorganisationer (NSPH, OCD-föreningen, Autism & Aspergerförbundet samt brukarrådet Leva)"*(Norrbotten). Den nivå handlingsplanerna förankrats och formulerats på återspeglar troligtvis länets tidigare tradition och erfarenhet av organisering på länsnivå. Även om planen nu har en relativt bred förankring saknas fortfarande betydande representanter som t.ex. skolan.

I flera län var planerna för barn, unga och unga vuxna en tydlig fortsättning på ett redan påbörjat länsgemensamt arbete som pågått under år 2016 eller ännu tidigare, som i Norrbottens län, sedan 2006, eller i Jönköpings län, sedan 2010. I dessa läns planer går det att se en tydlig struktur. Målområden har formulerats i relation till fokusområden och nyckelindikatorer, men det finns även en betoning på uppföljning av det arbete som redan nu bedrivs i de lokala kontexterna, och som kanske inte alltid överensstämmer med föreslagna fokusområden eller nyckelindikatorer. Särskiljande för dessa planer är även att det finns ansvariga personer eller positioner och en lokal förankring. I Norrbottens län har ungdomsmottagningen egna konkreta mål med indikatorer och aktiviteter inom varje fokusområde. I län där arbetet inom området redan är upparbetat på länsnivå ger planerna ett sammanhållet och välkoordinerat intryck, där aktörer arbetat gemensamt och praktisknära. Uppdraget att fokusera på främjande insatser för barn och unga har inte karaktären av att vara ett engångsprojekt, utan är snarare en del av en sammanhållen och omfattande process, vilket kan beskrivas genom t.ex. Norrbottens ambition att enligt planen arbeta med långsiktig implementering på området. I Jönköping finns en detaljerad uppföljning av tidigare insatser och konkreta förslag på vad som ska utgöra nästa steg i processen.

I flera län ger planerna intrycket av att ett nytt omfattande helhetsgrepp är taget på länsnivå. Planerna är skrivna på detaljnivå, och ambitionen för det länsgemensamma arbetet är hög. I Jämtland har en mycket omfattande analys genomförts där resultat från nationella nyckelindikatorer kombinerats med en riktad enkät som skickats ut under april-maj 2017, till 703 respondenter mellan 15–24 år, varav 631 personer svarade. Enkäten visade att 16% av respondenterna mår dåligt eller mycket dåligt, vilket är en högre andel av gruppen i förhållande till nationell statistik, som man jämfört med. Länet vill nu satsa på breddade insatser till en vid målgrupp.

Analyserna i flera län har aktualiserat behovet av insatser riktade till en bred målgrupp. I flera län används resultaten från omfattande regionala analyser till att motivera satsningar på generella insatser till en vid målgrupp. Denna breda ansats motsvarar den av staten initierade styrningen. En risk är dock att alltför vida skrivningar kan innebära ett begränsat genomslag, som t.ex. skrivningar att *"Barn och unga får rätt insats ifrån rätt instans i rätt tid"* (Kalmar). Dessa vida skrivningar kan vara svåra att operationalisera. Även Gävleborgs analys visar att barns och ungdomars psykiska ohälsa är ett utbredd problem i länet. Handlingsplanen däremot

fokuserar på insatser till specifika målgrupper som t.ex. barn med neuropsykiatriska diagnoser eller utvecklingsstörning, samt barn som varit utsatta för sexuella övergrepp. Däremot tycks det inte finnas föreslagna insatser för att bemöta den breda målgruppens psykiska ohälsa, åtminstone inte i länsplanen. Detta skulle kunna spegla länets prioritering att rikta de insatser man har till en snäv målgrupp med stora behov snarare än till en bred målgrupp med mindre omfattande behov. Värmland är ett annat län som gör samma prioritering.

Strukturerade planer där både analyser och planer framstår som metodiska, förankrade, och formulerade inom utarbetade länsstrukturer, skiljer sig från länsplaner som är mer vaga till sin karaktär, där det inte finns någon struktur för långsiktiga respektive kortsiktiga mål, aktiviteter, tidsplaner eller indikatorer. Dessa läns planer ger intrycket av att arbetet på länsnivå ännu befinner sig i ett initialt skede. Blekinge och Västerbotten presenterar en nyanserad och omfattande analys av området, men formuleringar för planer i länet är vagt beskrivna. Arbetet har ännu inte kommit lika långt som i andra län, och länen har haft ett behov av att använda tiden till att först analysera behov av insatser innan prioriteringar görs och implementeringen påbörjas. Sörmlands läns handlingsplan ger exempel på ett län som inte har hunnit formera sig inom detta område, eftersom det finns vissa mål avseende insatser för barn och unga i den gemensamma handlingsplanen, samtidigt som det finns en separat handlingsplan för barn och unga. Målen i de olika dokumenten överensstämmer till viss del, men skillnader finns.

I några handlingsplaner analyseras könsskillnader i psykisk hälsa. Exempelvis i Västernorrlands: *"Data från genomförda hälsosamtal i skolan (omfattar förskoleklass, åk 4, 7 och år 1 på gymnasiet) visar bland annat att eleverna i Västernorrlands län mår bra även om färre elever skattar sin hälsa som god idag jämfört med 10 år sedan. Störst negativ utveckling ses bland andelen flickor i gymnasiets år 1. Allt färre flickor rapporterar att de mår bra."* Denna kunskap avspeglas dock inte i de insatser som föreslås i handlingsplanen. I Västmanland inkluderades dock könsaspekter i både analyser och insatser.

Stockholms läns handlingsplan ger intrycket av att svara upp mot ett behov av att verkligen ta sig an detta område och genomföra fördjupade analyser. Grundliga och omfattande analyser har genomförts, och en prioritering med transparenta överväganden inför implementeringen av insatserna är gjord. *"Faktorer som har styrt prioriteringen har bland annat varit: - vad som är genomförbart länsgemensamt med hjälp av projektledarna och den länsgemensamma potten, dvs. vad är möjligt resursmässigt. - befintliga samverkansstrukturer som inte har några andra medel kopplade till sig och som behöver stöd i utvecklingsarbete. - nya modeller/metoder som kan testas och spridas till många."* Befolkningsunderlaget i länet har inneburit att länet har kunnat skapa en organisation kring uppdraget psykisk hälsa. Detta har gett möjligheter för länet att "höja blicken" och att arbeta med utgångspunkt i globala utvecklingsmål såsom FN:s utvecklingsmål och Barnkonventionen, och visa hur Stockholms län genom arbetet med handlingsplanen strävar efter att nå dessa mål.

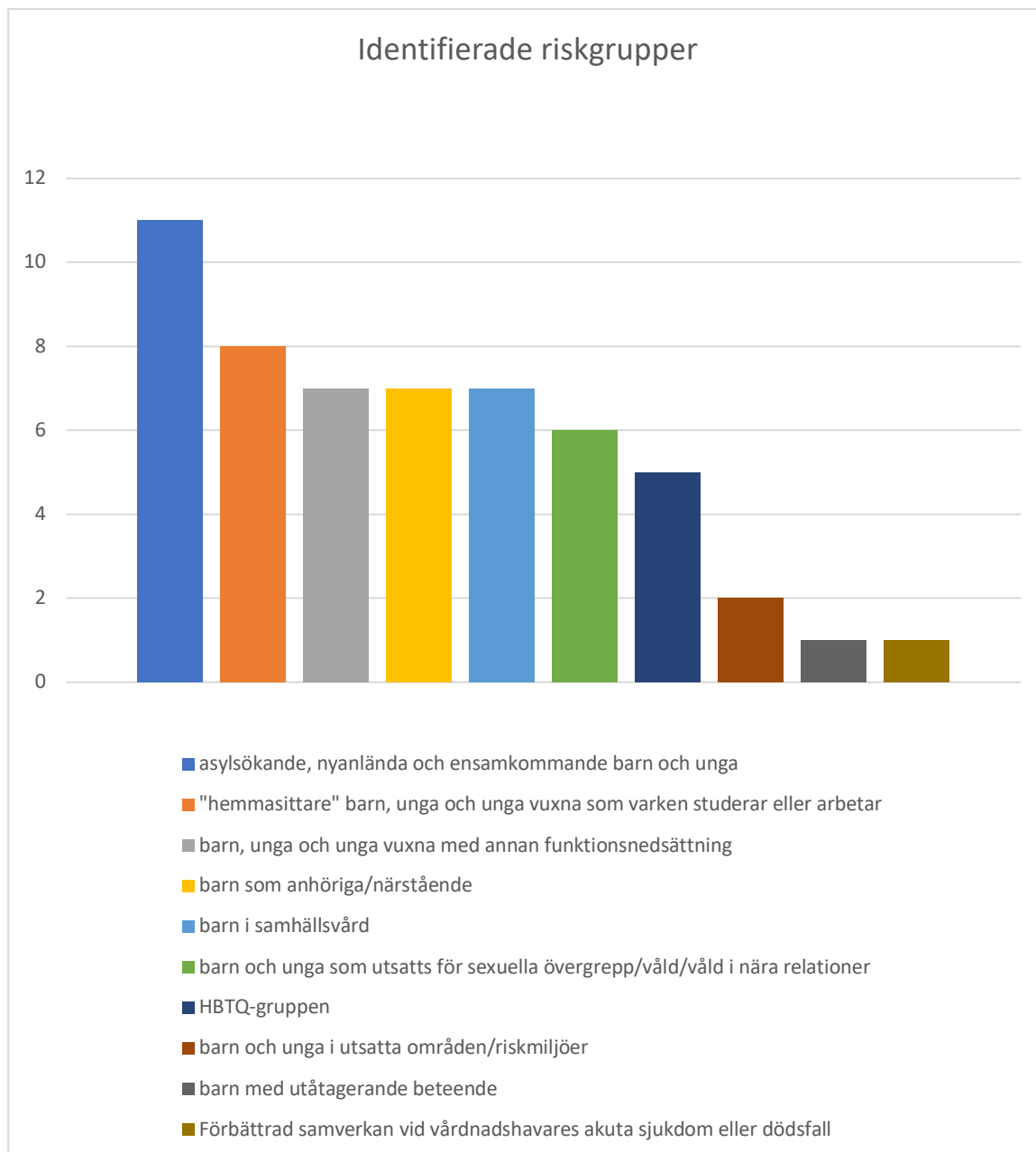
Ett annat län som har en tydlig internationell referens är Kronobergs län, vars plan hämtat inspiration från erfarenheter i Skottland. Där används en modell som poängterar vikten av att använda en för barnet/ungdomen *personlig* plan och *en* stödperson över tid.

En plan (Östergötland) karaktäriseras av att vara självständigt utformad i relation till det nationella uppdragets. Planen ger intrycket av att vara nyanserad, reflekterad och verkställighetsinriktad. Exempel på reflektion är exempelvis att det i analysen beskrivs att: *"Skolan uppges vara en stor källa till ångest både i grund- och gymnasieskolan."* Detta följs sedan upp i planen genom att länet ska *"Verka för en hållbar samverkan mellan identifierade aktörer för en hälsofrämjande skola."* Länet kommer inte att rikta fokus först och främst på att alla ska få godkända betyg, utan på ett hälsofrämjande arbete som indirekt kan leda till godkända betyg. Länet har också utarbetat en egen analysmodell som innebär att vissa områden, som länet bedömer vara av relevans för att planen ska kunna verkställas, blir särskilt noggrant genomlysta.

Utvecklingsområden

Planerna för barn, unga och unga vuxna skiljer sig från de generella planerna när det gäller hur utvecklingsområden presenteras. I de generella planerna identifierades ett flertal utvecklingsområden som sträckte sig över ett helt kontinuum: från främjande insatser, via tidiga insatser till behandlande insatser. I planerna som rör barn och unga ser det annorlunda ut. Dels så går det att urskilja *riskgrupper* som en egen kategori, eftersom många fler riskgrupper presenteras i dessa planer jämfört med de generella planerna. Insatser återkommer inte som i de generella planerna inom olika kategorier (främjande, tidiga, behandling) utan återfinns inom en särskild kategori. Suicidrelaterade insatser utgör undantaget. Detta fynd skulle kunna illustrera att insatser för barn, unga och unga vuxna inte på samma sätt ses utifrån ett ohälsokontinuum. Ett sätt att förstå detta på är att barn och unga på grund av sin ålder inte hunnit utveckla psykisk ohälsa i samma bemärkelse som vuxna individer som levt längre. Denna aspekt kan vara en av anledningarna till att riskgrupper i högre utsträckning beskrivs i planerna för barn och unga.

Länens prioriteringar i planerna som rör barn, unga och unga vuxna är i denna rapport sorterade utifrån följande kategorier: identifierade riskgrupper, främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa, identifiera psykisk ohälsa och ge tidiga insatser, behandling och stöd vid etablerad eller långvarig psykisk ohälsa, samt slutligen en kategori av inslag i planerna som rör övergripande teman, t.ex. organisering av insatser eller värderingar i organisationerna. Stapeldiagrammen visar antalet län som prioriterar ett visst utvecklingsområde.

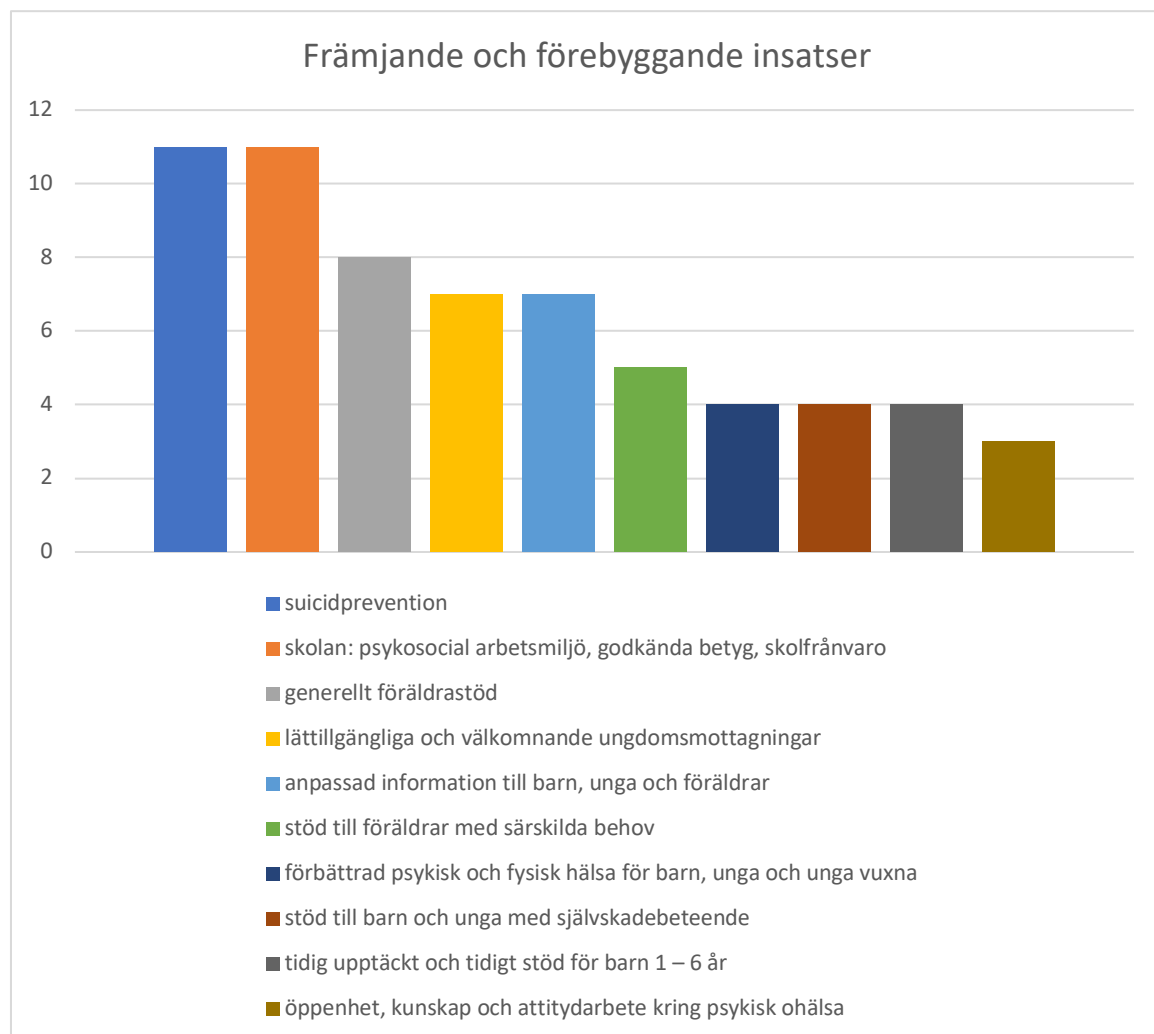


Att riskgrupper identifieras i högre utsträckning i planerna som fokuserar barn och unga än i de generella planerna illustrerar två saker; dels att det finns grupper av barn och unga som samhället har ett särskilt ansvar för eftersom de inte har tillgång till sina föräldrar på samma sätt som andra, exempelvis barn i samhällsvård och ensamkommande barn och unga. Det illustrerar även att barn och unga som kommer att utveckla psykisk ohälsa i ett livsloppsperspektiv ännu inte har gjort det, och att det därför är viktigt att identifiera riskgrupper för psykisk ohälsa för att kunna positivt påverka utvecklingen istället för att psykisk ohälsa utvecklas.

De två riskgrupper som flest län beskriver: 1, asylsökande, nyanlända, ensamkommande samt 2, "hemmasittare" som varken studerar eller arbetar, visar att medvetenheten om dessa gruppers utsatthet har etablerats i länen, och att aktörerna har en tydligt uttryckt ambition att utveckla insatser till grupper för att undvika utveckling av psykisk ohälsa. Troligtvis

illustrerar ovanstående diagram även hur de 58 nyckelindikatorerna påverkat länens analyser och handlingsplanarbete, eftersom de riskgrupper som representerar de fem högsta staplarna i diagrammet finns med bland de 58 nyckelindikatorerna.

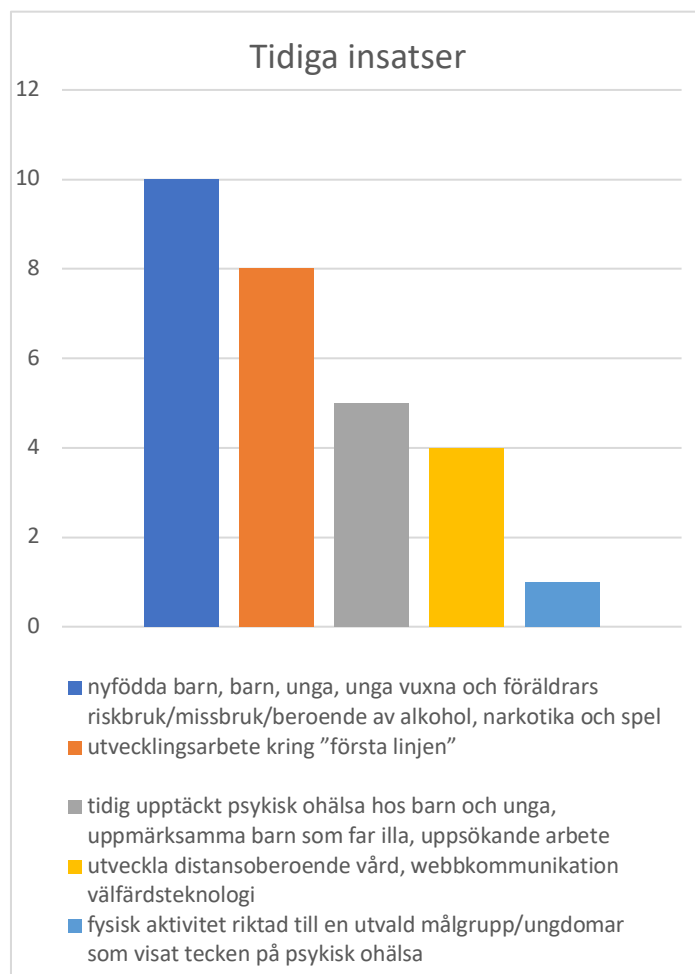
En riskgrupp som sällan explicit nämns i planerna är den grupp som utgörs av unga kvinnor, 18–24 år, och som utmärker sig både i folkhälsundersökningar om självskattad hälsa och vad gäller statistik rörande både psykiatrisk öppen- och slutenvård (Folkhälsomyndigheten, 2016b; Socialstyrelsen, 2016; Socialstyrelsen, 2012.) Även om de genomförda analyserna i flera län identifierade denna grupp så syns den inte bland handlingsplanernas prioriteringar. Värt att notera i detta sammanhang är att nyckelindikatorerna använder statistik för flickor och pojkar under varje tema, exempelvis suicid, men att könsaspekten inte i sig själv var ett tema. Detta skulle kunna vara en av anledningarna till att denna riskgrupp inte syns i materialet. Om länen arbetat utifrån nyckelindikatorerna och dessa inte särskiljer unga flickor som riskgrupp i sig själv, så gör inte heller länen det i sina handlingsplaner.



Främjande och förebyggande insatser riktas till en bred målgrupp av barn, unga och unga vuxna, som företrädesvis inte tidigare haft kontakt med psykiatrin. Suicidfrågan är även här dominerande. Den finns med i de generella handlingsplanerna, liksom i planerna som rör barn, unga och unga vuxna. Skolan lyfts fram som en viktig arena i arbetet med barn och ungas

psykiska hälsa. Skolan är dock fortfarande inte en självklar aktör i alla läns arbete med handlingsplaner på strategisk nivå. Det finns representanter för skolan som deltar i handlingsplansarbetet i vissa län, men dessa utgör en minoritet. Ett flertal län vill arbeta med att elever ska få godkända betyg, eftersom detta visat sig vara en starkt skyddande faktor för psykisk ohälsa senare i livet (Socialstyrelsen, 2010).

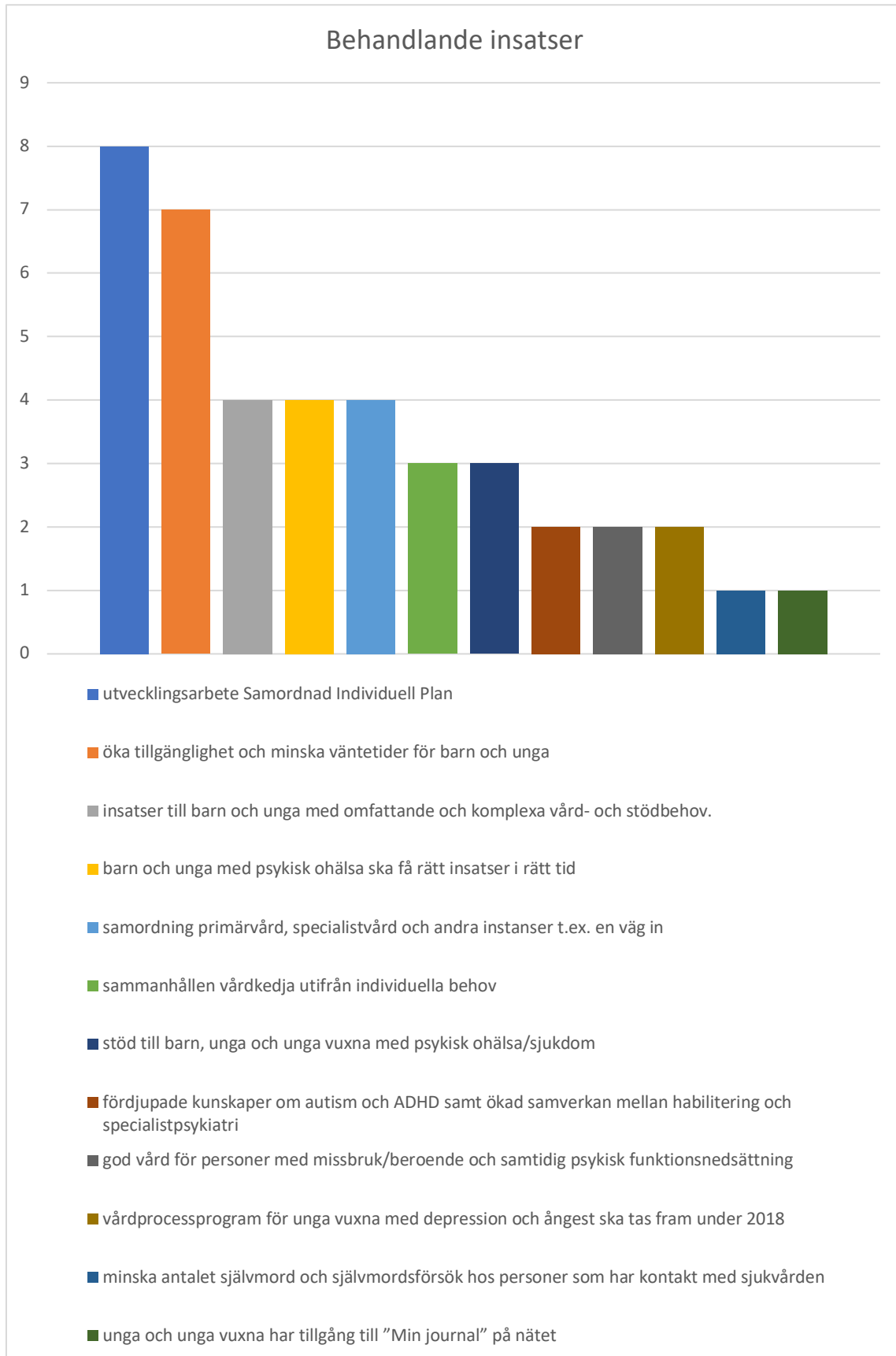
De insatser som fått mest genomslag även bland främjande och förebyggande insatser går att återfinna bland tidigare nämnda nyckelindikatorer.



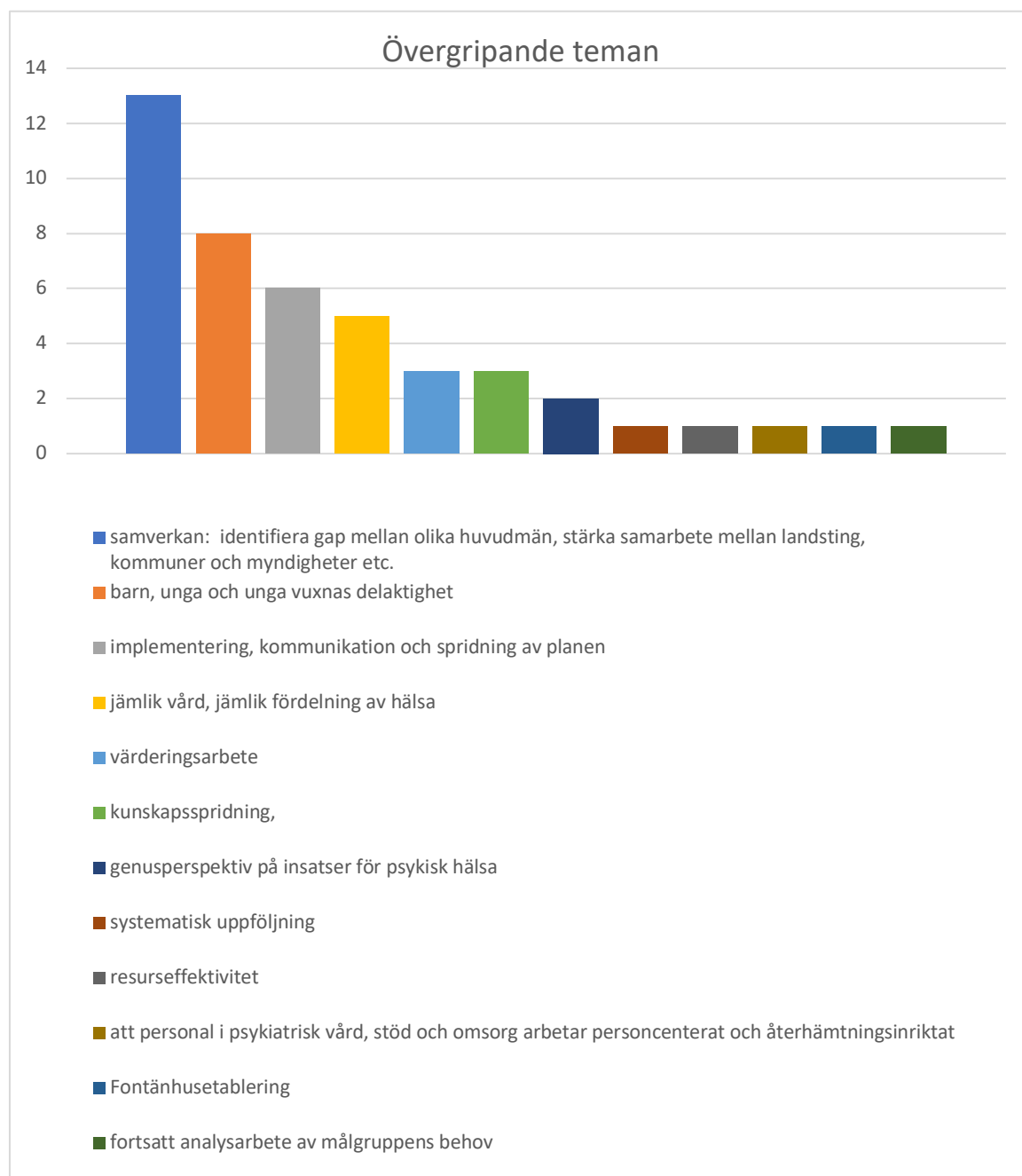
Prioriteringen av dessa insatser illustrerar precis som preciseringen av riskgrupper, samhällets ansvar för barn som befinner sig i utsatta situationer. Att arbeta aktivt med anmälningsskyldighet och att bedriva uppsökande arbete nämns i samband med dessa insatser. Att upptäcka barn (alltifrån nyfödda barn till ungdomar) som lever med föräldrar som har ett riskbruk eller missbruk nämns också. Att tidigt intervensera i dessa fall verkar vara prioriterat i kommuner och landsting för att förhindra framtida ohälsa hos barnen.

I diagrammets första stapel inkluderas både föräldrars missbruk och barn, unga och unga vuxnas eget missbruk. Den andra stapeln inkluderar länens beskrivningar av det man själva kallar första linjen. Första linjens arbete kan utföras av olika organisatoriska enheter, t.ex. ungdomsmottagningar eller hälsocentraler i olika län.

Även i detta diagram går de tre högsta staplarnas teman att återfinna bland nyckelindikatorerna.



Ovanstående diagram visar att de två högsta staplarna; arbete med Samordnad Individuell Plan (SIP) och ökad tillgänglighet, återkommer som viktiga frågor när det gäller barn, unga och unga vuxna, såväl som beträffande hela befolkningen. Värt att notera är även den stora variationen och omfattningen av behandlande insatser riktade till barn, unga och unga vuxna. Handlingsplanerna visar att en mångfald av behandlande insatser uppfattas som utvecklingsområden. Detta kan tolkas som att det finns ett upplevt stort behov av dessa insatser i länen.



Denna sammanställning liknar i stor utsträckning sammanställningen av övergripande teman som förekom i de generella handlingsplanerna. Tre grundteman återkommer för hela

befolkningen: samverkan, delaktighet och implementering. Handlingsplanerna med fokus på barn, unga och unga vuxna skiljer sig inte från de generella planerna i detta avseende. En förklaring till detta kan vara att planerna i detta avseende är på en så övergripande nivå att det är allmänna och generella formuleringar som man använder sig av.

Slutsatser barn, unga och unga vuxna

En slutsats vi drar av materialet är att länen fokuserar riskgrupper för psykisk ohälsa, samt prioriterar att förebygga och främja psykisk hälsa hos barn, unga och unga vuxna som ännu inte utvecklat psykisk ohälsa. Tidsaspekten, att dessa personer befinner sig i början av livet, skulle kunna medverka till att länen anlägger ett så tydligt preventivt förhållningssätt. Samtidigt presenteras en mångfald av teman även när det gäller behandlande insatser för barn, unga och unga vuxna. Detta skulle kunna spegla de 58 nyckelindikatorernas påverkan på arbetet med handlingsplanerna.

Ett annat observandum är att handlingsplanerna återspeglar att det finns ett formellt starkt samhälleligt ansvar för barn i särskilt utsatta situationer, exempelvis barn i samhällsvård eller i familjer med beroendeproblematik. Det finns ingen motsvarighet till detta i de generella handlingsplanerna där målgruppen är myndiga personer och där samhällets ansvar för aktivt förebyggande och tidiga insatser är svagare.

Avslutningsvis vill vi lyfta fram att arbetet med barn, unga och unga vuxna ser ut att korrespondera väl med vad som upplevs som aktuella behov i länen. Handlingsplanerna har ofta höga ambitioner och en hög detaljnivå. Även om det har funnits många nyckelindikatorer att förhålla sig till i arbetet med handlingsplanerna, visar ändå länen en stor variation beträffande genomförda metoder för analyser och det länsgemensamma arbetet. I exempelvis Jämtland har 700 barn och unga intervjuats för att öka förståelse av psykisk ohälsa bland unga människor i länet. Länet har en bred ansats i analysen vilket också återspeglas i länets planerade insatser på området. Kronoberg har hämtat inspiration från Skottland, och vill införa "Skottlandsmodellen" i länet, en modell som innebär att det finns en stödperson som träffar barnet/ungdomen över tid, och att det finns en fungerande plan som är en faktisk hjälp för barnet/ungdomen, och inte bara ett instrumentellt verktyg utan egentlig nytta för individen. I flera län, exempelvis Norrbotten är handlingsplanen för barn, unga och unga vuxna en del av en större process där det finns en långsiktig implementeringsambition. De generella handlingsplanerna präglas av en projektkaraktär, där resurstilldelningen från år till år är oberäknelig och där länens utvecklingsområden sällan kan sjösättas genom stabila och långsiktiga investeringar. Oftast präglas satsningarna av att de är tidsbegränsade och frikopplade från den reguljära verksamheten. De ekonomiska förutsättningarna är till stor del detsamma för satsningar på barn och unga, men här har planerna delvis en annan ton, och sammanhangen beskrivs ofta i planerna som mer långsiktiga än projekt. Det framstår också som att samverkan på länsnivå har etablerats tidigare för frågor kring barn och unga än för frågor om den generella vuxna befolkningen.

5. Målbeskrivning och uppföljning i de generella handlingsplanerna

I stort sett alla län förhåller sig till mål eller målområden på ett eller annat sätt. I flera länsplaner finns en systematisering beträffande länsövergripande mål, aktiviteter och uppföljning. Ofta är målen uppdelade i mål på lång och kort sikt. Det kan exempelvis vara "inom 2 år" eller "på 5 års sikt". Exempelvis Skånes handlingsplan bygger på en systematik där utvecklingsområden följs av kortsiktiga mål och mätbara indikatorer för uppföljning, samt långsiktiga mål och mätbara indikatorer för uppföljning. Detta gör att det finns en tydlighet i vad som ska göras och hur det ska följas upp. Till skillnad från det systematiska målformulerandet så beskrivs mål i andra länsplaner löpande i texten, ibland med indikatorer, ibland utan, ibland med övergripande, kortsiktiga och långsiktiga mål om vartannat.

Kommunernas självständighet speglas i flera handlingsplaner. I exempelvis Norrbottens plan finns det inom varje utvecklingsområde både långsiktiga respektive kortsiktiga mål, samt en beskrivning av hur de ska följas upp och mätas. Samtidigt finns det en inledande mening som lyder som följer: *"Varje kommun respektive Region Norrbotten prioriterar själva mellan de framtagna målen och aktiviteterna i handlingsplanen för 2017–2018."* Detta är ett exempel på hur länsnivån fungerar för visioner, men inte självklart för genomförande. I Halland har målen en stark lokal förankring och tydlig konkretisering, men till förmån för den lokala förankringen är länsnivån här inte lika tydlig.

Några län (Västra Götaland och Västerbotten) har medvetet utelämnat tidsangivna mål därför att tidsbestämning av målsättningar ska göras lokalt i kommuner och landsting. Där ska det även beslutas om vilka indikatorer som ska följas upp. I Västra Götalands plan är målen väl preciserade. För att nå målen ska delregionala genomförandeplaner utarbetas. Länet har arbetat mycket med sina indikatorer. En användarmanual (40 sidor) följer med handlingsplanen, och i manualen finns indikatorer för uppföljning. I arbetet har de utvalda indikatorerna kategoriserats som struktur-, process- eller resultatindikatorer. Trots att ett gediget arbete ligger bakom urvalet av indikatorer lyfter länet fram att mätning av detta slag är svårt: *"Slutligen bör lyftas fram att det är viktigt att, trots indikatorernas målsättning om att möjliggöra jämförelser, vara uppmärksam på de svårigheter som sådana jämförelser innefattar. Som tidigare nämnts är indikatorutfallen exempelvis inte justerade för socioekonomiska faktorer, och inte heller för andra strukturella förutsättningar som kan vara av betydelse för den psykiska hälsan. Med detta i åtanke bör resultatet av jämförelser mellan olika geografiska områden alltid tolkas i ljuset av de förutsättningar som föreligger och kan tänkas påverka resultatet."*

Generellt sett finns det en mängd målsättningar formulerade i planerna, både på länsnivå och på lokal nivå. I vissa län framstår målsättningar och mätandet av dessa som oproblematiskt. I andra län nyanseras denna bild. Det som problematiseras är länsnivåns avsaknad av politisk förankring, och svårigheten att mäta resultat av målsättningar relaterade till det komplexa fenomenet psykisk ohälsa.

6. Att förhålla sig till kunskap

En del av vårt uppdrag var att undersöka hur de åtgärder som länen planerar förhåller sig till bästa tillgängliga kunskap.

Vanligtvis förhåller sig länen relativt implicit till frågan, dvs. man resonerar inte aktivt kring frågan om kunskapsbasen för de olika insatser och strategier som återfinns i planerna. Ofta är formuleringarna mer svepande kring sådant som kunskapsbaserade arbetssätt eller behovet av kunskapsöversikter. Ett undantag är planerna för Stockholms län där författarna resonerar om aktuell kunskap, evidensbaserad praktik och kunskapsstyrning, och där det finns ett etablerat och aktivt samarbete med forskare. Ett annat exempel är i planen för Värmland där det görs en genomgång av aktuell forskning om unga i riskzonen och kunskapsläget vad gäller stöd till personer med ADHD. Ytterligare ett exempel är Västra Götaland, där man driver frågan om att göra en kunskapssammanställning om drogförebyggande arbete.

Det finns generellt en *lyhördhet för nationella initiativ*, där man i planerna kan referera till Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SBU eller SKL med innebörden att sådana statliga satsningar utgår från bästa tillgängliga kunskaper. De tydligaste exempel är naturligtvis hänvisningar till nationella riktlinjer, vars själva syfte är att sammanställa kunskap från forskning, professionella och brukare. Ett annat exempel är de handlingsplaner och vårdprogram som många län arbetar med. Främst handlar det om handlingsplaner för suicid där initiativ kommit från Folkhälsomyndigheten, men det förekommer även andra typer av handlingsplaner för t.ex. anhörigstöd och våld i nära relationer samt vårdprogram för olika specifika tillstånd. I beskrivningen av dessa planer och program finns vad man skulle kunna tolka som implicita antaganden att beståndsdelarna i planerna ska bestå av kunskapsbaserade insatser. Ibland är aktiviteterna preciserade och kopplade till utvärderade program. Ibland saknas sådana kopplingar. Ytterligare svar på nationella rekommendationer (och lagbestämmelser) är prioriteringen av arbetet med samordnad individuell plan (SIP) och hbtq-certifieringar. Sådana nationella initiativ har primärt tagits utifrån andra skäl än strikt vetenskapliga, men i en del planer artikuleras lokala erfarenheter av att arbeta med främst samordnad planering, som visar på hur det med tiden utvecklats en mer praktikorienterad "bästa praxis" på området.

Vid sidan om hänvisning till "bästa tillgängliga kunskap" paketerad av nationella aktörer, finns även en mer lokalt utvecklad kunskap och erfarenhet som en del länsplaner ägnar utrymme. Det kan handla om från början mer lokala och avgränsade verksamheter som fått förankring på länsnivå och som ibland fått spridning till även andra delar av landet. Vanliga exempel är lokala samverkansmodeller som lyfts fram eller mer riktade satsningar som t.ex. "Barnahus" i Gävleborg och Jönköping, "Ätstörningsakademien" i Dalarna eller programmet "Välmående ger resultat" i Halland. Ungdomsmottagningarna har stöttats nationellt under flera år men de är också verksamheter som från början ofta formats utifrån lokala behov, och där det med tiden utvecklats en "best practice".

Hur implementera relevanta arbetsätt?

Vad är det då för insatser som fokuseras i länsplanerna?

En tydlig inriktning i materialet är att länen skriver om och förhåller sig till de nationella riktlinjer och de vårdprogram som finns kring schizofreni, depression och ångest samt missbruk. För en handfull planer är skrivningarna allmänna utan att ange vilka specifika arbetsätt som det är man tänker utveckla eller tillämpa. Mycket av skrivningarna rör en utvecklingsfas där utbildningsinsatser är prioriterade.

På områden där det saknas tydlig statlig styrning i form av riktlinjer blir målsättningarna mindre precisa och inte på samma sätt relaterade till specifika arbetsätt. Det handlar främst om insatser till barn och unga och primärvårdens verksamhet. Här finns naturligtvis utrymme för en mer proaktiv hållning där innovativa metoder kan utvecklas och prövas. Detta syns tydligast hos de största länen, framför allt Stockholm men även Skåne och Västra Götaland, där exempel finns på pilotprojekt och utvecklingsarbete i samarbete med forskare.

Trots en breddad policy i den nationella satsningen, är en majoritet av de specifika insatser som nämns i planerna riktade till personer med allvarliga tillstånd eller funktionsnedsättningar. Ungefär hälften av länen vill prioritera arbetet med case management eller vård- och stödsamordningsmodeller som RACT, FACT, integrerad psykiatri eller andra intensiva CM-modeller. Det handlar både om att etablera redan befintliga insatser och att utveckla arbetssätten med hjälp av utbildning och handledning. Sex län skriver uttryckligen att man vill satsa på stöd till arbete med hjälp av IPS-modellen. I övrigt nämner enstaka län andra psykosociala insatser till målgruppen som IMR, NECT, ESL, familjeintervention vid psykos, KBT vid psykos eller utvecklandet av Fontänhus.

Oaktat den uppmärksamhet som ägnas åt psykosociala interventioner vid allvarlig psykisk sjukdom, är suicidprevention det enskilda insatsområde som dominerar handlingsplanerna. Många län arbetar med att ta fram och följa handlingsplaner för suicid. Den specifika insats som är vanligast är utbildningsprogrammet Mental Health First Aid (MHFA) som både syftar till ökad kunskap, mer toleranta attityder och ett bättre omhändertagande. Programmet har en suicidförebyggande inriktning och har i de svenska studierna (Svensson & Hansson, 2014; Svensson, Hansson & Stjernswärd, 2015) framför allt visat på ökad kunskap och handlingsberedskap hos deltagarna efter fullgjord utbildning. I planerna har MHFA haft ett stort nationellt genomslag – i 14 länsplaner beskrivs hur man redan arbetar med eller avser att satsa på programmet. I sju län beskrivs andra utbildningsinsatser för suicidprevention, företrädesvis nätbaserade. Det program som refereras flitigast heter Suicidprevention i Svensk Sjukvård (SISS) och är framtaget av Region Skåne.

Suicidpreventiva satsningar beskrivs också inom skolområdet där programmet Youth Aware of Mental health (YAM) fått genomslag. Yam är en hälsofrämjande och preventiv insats med syfte att förbättra den psykiska hälsan och minska självmordshandlingar hos skolelever. Programmet har i en stor europeisk studie (Wasserman et al. 2015) visat på goda resultat, där Karolinska Institutet i samarbete med Stockholms län deltagit. Sex län beskriver hur man planerar att, eller redan arbetar med, programmet. I Stockholm ingår Yam i en större satsning

där man i samarbete med forskare bland annat utvecklat en elevhälsportal samt initierat insatser för minskad elevfrånvaro och ökat föräldrastöd.

Utöver psykosociala insatser och suicidprevention finns i planerna en palett av arbetsätt som länen vill satsa på. Emellertid finns inga ytterliga kluster av enskilda metoder eller interventioner som fått brett genomslag. Det kan tyckas förvånande att insatser på områden som flyktingmottagning och integration samt primärvården så sällan beskrivs med hänvisning till specifika arbetsätt eller metoder. Eftersom området barn- och unga prioriterats i de statliga satsningarna återfinns ett antal olika satsningar. Som exempel vill Kronoberg satsa på dialektisk beteendeterapi, Skåne satsar på Barnens Behov I Centrum (BBIC) och Stockholm beskriver hembesöksprogram för nya föräldrar. Det finns också enskilda exempel på typer av familjebehandling. Därutöver nämner fyra län olika former av KBT-orienterade och nätbaserade program, Norrbotten lyfter fram Motivational Interviewing (MI) som en prioriterad ansats och Stockholm vill pröva ett koncept med mentorstöd för förbättrad somatisk hälsa.

7. Genus- och jämlikhetsperspektiv

Att länen avser att aktivt arbeta med jämställdhet i relation till psykisk hälsa framgår inte i någon större utsträckning i handlingsplanerna. I vissa handlingsplaner presenteras ett genusperspektiv, men det saknas i ett flertal. När perspektivet förekommer är det främst i analyser, inte i målsättningar eller aktiviteter som ska genomföras. Planen i Blekinge skulle kunna vara ett exempel på detta. I planen finns ett tydligt genusperspektiv i suicidanalysen, men detta återspeglas inte i målformuleringar eller i aktiviteter som ska genomföras. Jämtlands län är ett annat exempel, där det framgår att *”planen utgår från ett jämställdhetsperspektiv och målen rör både kvinnor/män samt flickor/pojkar. Då hälsan är ojämnställd ska dock flickor och kvinnors psykiska hälsa beaktas särskilt i det framtida arbetet med planens målområden.”* Detta återspeglas dock inte i handlingsplanens målområden i årets plan.

I de planer där genusperspektiv finns med i analysen så förekommer det oftast i samband med analyser av psykisk hälsa hos barn och unga. I enstaka planer finns exempel på genusperspektiv i målsättningar, exempelvis vill man i Västernorrland utjämna skillnaderna mellan könen då det gäller hjälpsökande inom insatsområdet vilsna unga vuxna.

Avsaknaden av genusperspektiv i målsättningar och aktiviteter skulle kunna bero på att de vanligtvis formuleras i mer övergripande termer, och att genusperspektivet upplevs utgöra en detaljnivå för mycket. Målområden avser ”människor” och ”personer”, inte explicit kvinnor eller män. Flera län skriver dock om jämlikhet. Av sammanhanget går det ofta att förstå att jämlikhet innebär jämlik hälsa mellan samhällsgrupper, inte nödvändigtvis kvinnor och män. I Skånes handlingsplan framgår det dock att arbetet med ojämlikhet inkluderar kön, ålder och geografiska områden. På Gotland är jämlik hälsa ett målområde där det övergripande målet är minskade skillnader i hälsa i befolkningen.

8. Ansvarsfördelning

Beträffande handlingsplanernas beskrivning av ansvarsfördelning är det systematiskt utskrivet i cirka en tredjedel av planerna. I övriga planer varierar fastställandet av ansvariga mellan att förekomma inom vissa utvecklingsområden men inte genomgående i alla, till att helt sakna skrivningar om ansvarsfördelning. Att ansvarsfördelning saknas helt i vissa länsplaner kan bero på olika faktorer. I Skåne är planen signerad av representanter för Kommunförbundet och Region Skåne. Detta skulle kunna visa på deras gemensamma ansvar som inte skrivs ut annat än på detta sätt. I Halland har planen en stark lokal förankring, kanske finns en underförstådd ansvarsfördelning utifrån det.

I Norrbotten har ansvarsfördelning inte hunnits med inom de givna tidsramarna, utan arbetet med detta fortgår under 2018. *"Noteras bör vad gäller tidsplan och ansvar i handlingsplan har tidsramarna för arbetet inte möjliggjort färdigställande av detta. Processen fortsätter i samverkan under 2018."* I Dalarnas handlingsplan framgår det tydligt vilka personer som varit ansvariga för uppdraget att analysera och formulera handlingsplan, samt att göra prioriteringar. Ansvar för implementering och genomförande kanske ligger på samma grupp, och namngivna individer. Detta framgår dock inte av texten. Ansvarsfördelning finns med som en punkt i handlingsplanen: *"Kortsiktigt mål: Tydlig överenskommelse som beskriver ansvarsfördelning."*

Den ansvarsfördelning som förekommer i handlingsplanerna förläggs på olika nivåer i olika län. I några län finns det ett betydande ansvar på *länsnivå*. Detta ska i ett senare skede även förankras på lokal nivå: *"Delregional vårdsamverkan har ansvar för genomförande av de mål som är definierade i handlingsplanen. Hur arbetet ska göras ska beskrivas i en genomförandeplan med delregionala och/eller lokala aktiviteter för att nå målen. En delregional genomförandeplan möjliggör anpassningar till de geografiska och befolkningsmässiga skillnader som finns i länet och hur arbete ska ske tillsammans med t ex privata vårdgivare, samarbetspartners och brukarföreträdare på lokal nivå."* (Västra Götaland). Även i Stockholm finns en hög detaljnivå när det gäller ansvarsfördelning på länsnivå. I andra län finns ett tydligt uppdrag och ansvar på *lokal nivå*, t.ex. *"Länets ledningsgrupp ger uppdrag till tvärgrupp Äldre Underlag och organisation klart 2018 genomfört 2020"* (Kronoberg). I ytterligare andra län finns det mer generella ansvariga som varken tillskrivs länsnivå eller lokal nivå, t.ex. "primärvården" "vuxenpsykiatri" eller "huvudmännen". Ingen särskild avdelning eller grupp är då utnämnd som ansvarig.

Ansvarsfördelning kan förväntas vara av avgörande betydelse för implementationsprocessen. Utan att veta vem som ansvarar för vad är det svårt att sätta handlingsplanen. Utan tydlighet i ansvarsfördelning blir det även svårt att veta vem som ska hållas ansvarig för att målsättningar inte blir realiserade. En tolkning av graden av utskrivna ansvarsfördelning i handlingsplanerna är att länen fortfarande är i ett av processens tidiga skeden. Det tar tid att formera och formulera sig på en ny nivå. Att bredda det nationella uppdraget att arbeta med psykisk folkhälsa gentemot ett flertal aktörer, t.ex. primärvård och skola, innebär inte att dessa aktörer har fått mandat från sin egen organisation att arbeta med uppdraget. Tillgång till resurser och förankring i organisationen är frågor som behöver adresseras innan det är aktuellt att bestämma vem eller vilka som är ansvariga för vad.

9. Samverkan huvudmän emellan och samverkan med andra aktörer

Samverkan är ett tema som genomsyrar hela arbetet med länsplaner för psykisk hälsa. Generellt skriver länen en hel del om samarbete med varandra och andra. Både befintlig samverkan och önskvärd samverkan berörs. Aktörer som nämns förutom kommuner och landsting är bland annat skolan, arbetsförmedlingen, arbetsmarknad, myndigheter, polisen, politiska representanter och brukarföreningar.

I Norrbotten konstaterar man att *"Psykisk hälsa är ett område som kräver mångas engagemang och förutsätter samarbete mellan olika samhällsaktörer."* I Stockholms län finns en ambition att arbeta på bred front för att få bukt med psykisk ohälsa, och att göra det i redan befintliga samverkansstrukturer på regional och lokal nivå. I vissa handlingsplaner finns lokal förankring beskriven avseende samverkan, men många gånger nämns aktörer som "myndigheter", "skola" och "arbetsmarknad" som begrepp utan lokal anknytning. Något län beskriver samverkan som önskvärd, men att det fortfarande är en olöst fråga. Detta kan återkopplas till det som nämndes i föregående stycke, nämligen att vikten av att lösa organisatoriska frågor innan praktisk tillämpning kan bli aktuell.

Några län beskriver implicit en väl fungerande samverkan. Ett sådant exempel är Gotland. Kanske är samverkan huvudmän emellan och med andra aktörer lättare i ett län med endast en kommun. Närheten skulle också kunna göra det lättare att samverka. I Jämtlands handlingsplan är det tydligt utskrivet att samverkan är ett mål i sig. Det finns en struktur för samverkan, och kanske är detta ett tecken på att samverkan kan vara en ännu större vinst i glesbygd än i urbana miljöer.

Samverkan mellan huvudmännen är något som flera län skriver om i samband med in- och utskrivning i slutenvård. Ansvarstagande och samverkan i samband med detta är en komplicerad fråga, och en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård träder i kraft 2018. Den berör utskrivning från psykiatrisk vård såväl som övrig slutenvård. I Västerbottens plan beskrivs syftet med den nya lagen så här: *"planering och övertagande av vårdansvar ska snabbt övertas av primärvården och hemkommunen och det ställer krav på nya rutiner och arbetssätt i samverkan inte minst kring personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning"*.

Frågor som rör olika parter handlingsutrymme problematiseras inte i någon större utsträckning. Planerna ger intrycket av att samarbete mycket handlar om vilken tradition det finns av samarbete, och hur det tidigare har bedrivits. Det breddade uppdraget ställer nya krav på samarbeten, och planerna i sig är en del av att statens sätt att påverka att samarbete etableras och utvecklas. Den tendens vi ser i inskickandet av fler dokument, där regionerna skrivit egna dokument som kan vara snarlika de gemensamma dokumenten, men som endast berör landstingets egna verksamhet, skulle kunna visa att det finns ett behov av samarbete inom den egna organisationen. Det skulle även kunna illustrera att det finns meningsskiljaktigheter eller svårigheter relaterade till samarbetet olika huvudmän emellan. I exempelvis Gävleborg finns det både ett länsgemensamt dokument "Handlingsplan 2018 för utveckling av insatser inom området psykisk hälsa" och ett dokument för regionen med samma namn. Innehållsmässigt skiljer sig dokumenten åt. Det länsgemensamma handlar om

utvecklingsområden som de olika aktörerna ska samverka kring, t.ex. SIP och spelmissbruk bland vuxna. Regionens plan handlar om landstingsspecifika utvecklingsområden, t.ex. konsultation via video, eller krisstöd vid sexuella övergrepp. I länet har arbete bedrivits både på bred front där kommuner och landsting formulerat sig tillsammans, och parallellt där kommuner och landsting arbetat med sina egna planer. Detta innebär att arbete kring länets arbete med psykisk hälsa har bedrivits på olika nivåer. I denna rapport har vi av tidsskäl inte kunnat följa upp hur de respektive handlingsplanerna, de länsgemensamma och de huvudmansspecifika, förhåller sig till varandra.

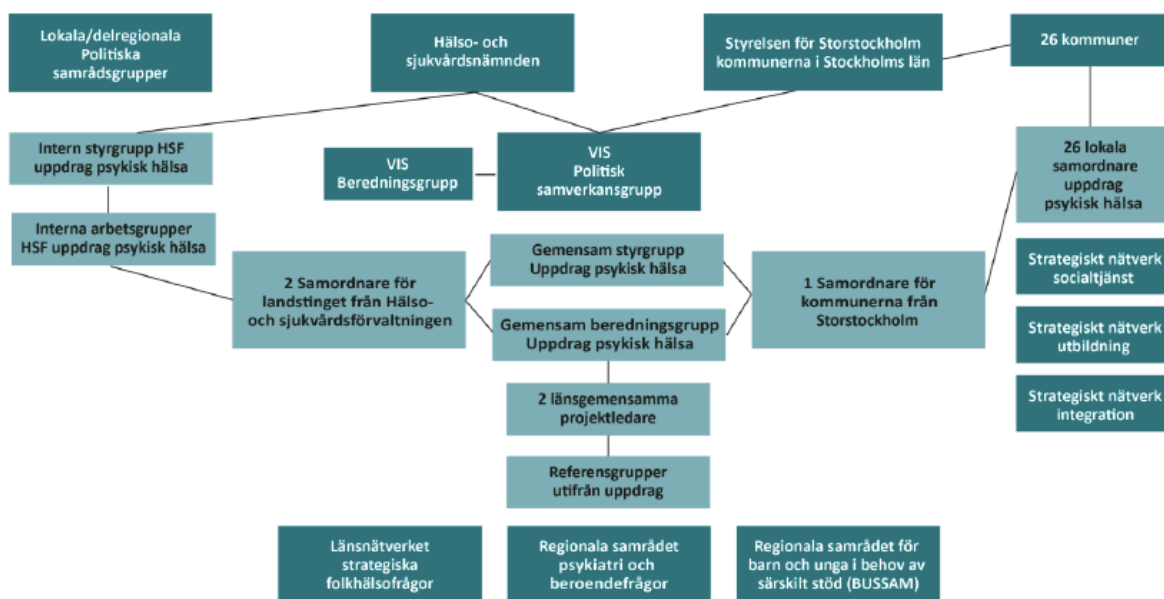
10. Aktörer som deltagit i processen

I länsplanerna framgår det i olika grad vilka aktörer som varit deltagit i arbetsprocessen. I två län finns det ingen beskrivning av vilka som varit med i framtagandet av de generella handlingsplanerna. I övriga län finns någon slags beskrivning av vilka aktörer som varit involverade.

I fem län finns en tydlig beskrivning av att arbetsgrupper på länsnivå formulerat planen. Exempelvis: *”Länsledningens arbetsgrupp för överenskomsten psykisk hälsa har samordnat arbetet i länet.”* (Gävleborg).

I några av de stora länen har arbetsprocessen varit komplex. Västra Götaland beskriver sitt arbete så här: *”Att i en handlingsplan formulera sig tillsammans så att alla nivåer – regionalt, delregionalt och lokalt – strävar åt samma håll ställer krav på gemensamma strukturer. På strategisk övergripande nivå mellan de 49 kommunerna och Västra Götalandsregionen finns sedan 2012 en struktur för ledning i samverkan. År 2017 förändrades sammansättningen och gruppen benämns nu Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG). Deltagare i VVG är en representant från varje huvudman (kommun och region) utsedda via delregional vårdsamverkan”... ”Sedan hösten 2016 finns en särskild styrgrupp för handlingsplanen för psykisk hälsa. Styrgruppen ska följa utvecklingen och genomförandet av handlingsplanens delar och ansvara för återrapportering såväl till VVG som till de delregionala vårdsamverkansorganisationerna. I styrgruppen finns representanter från de fem vårdsamverkansområdena från specialistpsykiatri, primärvård och kommun. I styrgruppen ingår även NSPHiG och representant från VGR:s avdelning folkhälsa ... Dialoger har förts med samarbetspartners, brukarföreträdare, representanter från HBTQ-communityt och nationella minoriteter.”* (Västra Götaland)

Stockholms läns bild över vilka aktörer som varit inblandade illustrerar komplexiteten i samverkansuppdraget, dvs. vilka aktörer som berörts av och därför tagit del i arbetet med en handlingsplan beträffande psykisk hälsa:



Denna komplexitet kan kontrasteras med två mindre län i vilka en tjänsteman varit huvudansvarig för att arbetet med handlingsplanen. Dessa tjänstemän har samverkat med andra aktörer, t.ex. PRIO-samordnare, representanter för brukar- och anhörigföreningar m.fl.

I fjorton län har representanter från kommuner och region samverkat. Ofta har det då funnits en ledningsgrupp som blivit delegerad uppdraget, eller som delegerat uppdraget vidare. I tio av dessa län har brukar- och närstående-representanter deltagit tillsammans med ledningsgrupper och arbetsgrupper bestående av representanter för kommuner och landsting.

Många olika aktörer nämns som medverkande i länen, bland annat specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst, folkhälsostrategier, chefer på olika nivåer, utbildnings och arbetslivsförvaltningen, kultur och fritidsförvaltningen, personliga ombud, kommunala samordnare för nyanlända/ensamkommande barn, länsstyrelse, polis, NSPH, OCD-föreningen, Autism-och Aspergerförbundet m. fl. Dessa aktörers medverkan kan tolkas spegla länets arbete med det breddade uppdraget.

11. Brukarinflytande

I handlingsplanerna beskrivs brukarinflytande när det gäller arbetet med planerna på olika sätt. I två län framgår ingenting om brukarinflytande i planen, men detta skulle kunna framgå i kompletterande dokument. Övriga län beskriver brukarinflytande i samband med formulerandet av handlingsplanerna, men på olika sätt.

Å ena sidan beskriver ett flertal län brukarinflytande utifrån en förståelse av fenomenet som kopplat till de traditionella brukarorganisationerna på psykiatriområdet. Å andra sidan presenteras tankar om att det breddade uppdraget med en breddad målgrupp innebär att förståelsen av brukarinflytande behöver förändras. Blekinge problematiserar

brukarinflytandet i den breddade satsningen, och konstaterar att NSPH som organisation representerar vissa personer men inte alla. I Östergötland finns skrivningar i planen om att utreda möjligheten till fler och nya former för brukarmedverkan samt närstående- och anhörigmedverkan.

Brukarinflytande beskrivs dock i flertalet planer i form av att representanter för traditionella brukarorganisationer funnits med i arbetsgrupper som arbetat med planerna. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) är en ofta förekommande aktör. Några planer uttrycker en förhoppning om att denna samverkan ska expandera framöver, exempelvis Kronoberg: *”Under året har utökad samråd och möten skett med brukarorganisationer i länet. Rådande samverkansöverenskommelse och handlingsplan har gått igenom och brukarorganisationer har lämnat synpunkter kring förbättringsåtgärder. Såväl representanter från regionen som länets kommuner ser stora möjligheter att utöka samarbetet inför kommande års arbete.”* I tre län lyfts brukarorganisationer fram som en resurs i mål och aktiviteter som ska genomföras. I två län beskrivs brukarföreningarna som remissinstans. Detta förhållningssätt kan kontrasteras mot att brukarorganisationen i ett län beskrivs som en av tre jämbördiga parter, i planen finns ingen särskild rubrik för brukarinflytande eftersom inflytandet genomsyrar hela grundstrukturen. Tre län skriver om vikten av att arbeta systematiskt med brukarinflytande på länsnivå.

De brukarkonstellationer och föreningar som länen presenterar är: Attention, (h)järnkoll, NSPH, OCD-föreningen, Autism-och Aspergerförbundet, brukarrådet Leva, Schizofreniföreningen, HSO, RFSL, brukarråd psykiatri, brukarråd (missbruk/beroende).

Detta visar att det är de traditionella brukarföreningarna som varit med i processerna, de som saknas är generella organisationer, t.ex. skolor, idrottsföreningar, pensionärernas riksorganisation, ensamkommandes förbund etc. Generella organisationer har varken ekonomiska eller grundideologiska incitament för att engagera sig specifikt i denna fråga. Dessutom saknas erfarenheter av att engagera sig inom detta område, som av tradition befolkats av andra aktörer vars huvudfokus varit människors psykiska hälsa.

12. Tystnader

I samband med att vi sammanställt och analyserat innehållet i handlingsplanerna har vi även gjort iakttagelser av det vi upplever saknas i planerna, något vi kan kalla ”tystnader”. Nedan beskrivs några av dessa tystnader.

Eftersom handlingsplanerna beskriver länens utvecklingsarbete, så upplevs det reguljära arbetet eller ”vardagsarbetet” som en tystnad. Därför kan vi inte utifrån handlingsplanerna veta vad som egentligen försiggår i landet inom området psykisk hälsa. Vi förmodar att flertalet insatser inryms i den ”vanliga” driften inom kommuner, landsting, brukarorganisationer och övriga organisationer. Därför kan vi inte utifrån länsplanerna säga så mycket om varken fungerande eller icke-fungerande stöd för psykisk hälsa. Av intresse ur ett nationellt perspektiv, vore att kartlägga hur arbetet för psykisk hälsa som helhet ser ut i länen, inte bara utvecklingsarbetet. Det är intressant att på länsnivå veta vad som fungerar i länen och hur man eventuellt vill förbättra det redan fungerande arbetet. Analysen av

handlingsplanerna säger alltså väldigt lite om det grundläggande arbetet som genomförs. Det vore intressant att veta hur det reguljära arbetet ser ut i länen beträffande insatser för psykisk hälsa, både på specialistnivå, inom skola, socialtjänst och primärvård.

I handlingsplanerna ser vi relativt få skrivningar om unga vuxna. Det finns statistik att tillgå beträffande målgruppens psykiska hälsa, och flera län presenterar en behovsbild i sina analyser. Däremot återspeglas inte dessa i länen utvecklingsområden. En förklaring kan vara att målgruppen personer som är 16–24 år befinner sig inom ett organisatoriskt gränsland där BUP övergår till vuxenpsykiatri, där grundskola övergår i gymnasieskola etc. Den instans som handlingsplanerna presenterar är ungdomsmottagningarna som är särskilt anpassade till denna målgrupp. Ungdomsmottagningar kan drivas av kommuner eller av landsting. De framstår inte fungera som en ”bro” med stadig förankring i barn- och ungdomsverksamheter och vuxenverksamheter, utan snarare som fristående aktörer vars arbete riktar sig till personer under några särskilda år av deras liv. Kanske är det på grund av denna ”utlokalisering” som målgruppen inte blir synlig i större utsträckning i planerna.

Ytterligare en tystnad vi uppfattar, och som vi tidigare nämnt i samband med länen identifiering av riskgrupper inom gruppen barn, unga och unga vuxna, är riskgruppen unga kvinnor, 18–24 år. Även om flera läns analyser identifierade dessa som en riskgrupp så återkommer den inte som grupp i handlingsplanernas prioriteringar. I detta sammanhang kan det noteras att nyckelindikatorerna använder statistik för flickor och pojkar under varje tema, exempelvis suicid, men att könsaspekten inte i sig själv var ett tema. Detta skulle kunna vara en av anledningarna till att denna riskgrupp inte syns i materialet. Om länen arbetat utifrån nyckelindikatorerna och dessa inte särskiljer unga flickor som riskgrupp i sig själv, så gör inte heller länen det i sina handlingsplaner. En annan orsak kan vara att flera län har ett genusperspektiv i sina analyser, men få har med perspektivet i planen.

Beträffande arbetssätt och implementering av kunskapsbaserade metoder så vill vi lyfta fram en tystnad vi uppfattar i materialet, nämligen den till synes obefintliga tillämpningen och utvecklingen av familjeinterventioner i arbetet med långvarig och svår psykisk ohälsa. Detta trots att det finns hög evidens för psykoedukativa interventioner, exempelvis gruppbaserade behandlingar för barn till psykiskt sjuka, och att de har den högsta prioriteringen (1) i de nationella riktlinjer som var i bruk avseende insatser till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (Socialstyrelsen, 2011). Trots hög evidens tycks tillämpningen och spridningen vara starkt begränsad. Det finns sannolikt flera orsaker till detta. Dels handlar det om att dessa insatser bör ges under en i sammanhanget lång tid (minst nio månader). En annan orsak kan vara att interventionerna är gruppbaserade, något som ofta av tradition fått stå tillbaka för en-till-en-interventioner i den svenska kontexten. Ytterligare en orsak till avsaknaden kan vara oklara ansvarsförhållanden, vem ska egentligen driva familjeinterventioner av detta slag?

Avslutningsvis vill vi lyfta fram en tystnad som handlar om avsaknaden av att aktivt och systematiskt arbeta med brukarerfarenheter i relation till handlingsplansarbetet. I nuläget handlar brukarerfarenheter om att enstaka personer med levd erfarenhet av psykisk ohälsa sitter som representanter i brukarråd, eller att brukarerfarenheter inkluderas i form av avvikelserapporter och avvikelshantering. Detta kan tolkas som slentrianmässiga förhållningssätt till brukarerfarenhet. I flera planer finns uttryck för att de vill nå en annan fas,

där brukarinflytande ser ut på ett annat sätt, men det tycks som att verktygen för detta ännu inte finns tillgängliga. Försöksverksamheter kan då vara viktiga som modeller. På individnivå finns ett flertal modeller i bruk, t.ex. "peer support workers", modeller för att implementera "shared decision making" och "co-production". Dock verkar det svårare att operationalisera brukarinflytande i denna bemärkelse på högre nivåer. Detta skulle kunna bero på ekonomiska begränsningar, att traditionella maktförhållanden utmanas, eller att det fortfarande saknas kunskap om hur tillvaratagandet av brukarerfarenheter som kunskapsbas på länsnivå skulle kunna operationaliseras.

13. Reflektion och diskussion av resultat

I samband med analysen av de läns gemensamma handlingsplanerna har ett antal frågeställningar aktualiserats, och några av dessa vill vi avslutningsvis lyfta fram för reflektion och diskussion.

Länsnivån

En frågeställning handlar om länsnivåns formella status och legitimitet och i vilken mån planerna har en tydlig förankring. Flera län beskriver att länsnivån fungerar vägledande men inte beslutande. Handlingsplaner framtagna på länsnivå är tänkta att användas som ett stöd i det lokala arbetet med att förbättra den psykiska hälsan, och inför att kommuner och landsting själva ska prioritera vad som ska göras lokalt. I Västerbotten handlingsplan framgår det att: *"Innehållet i den läns gemensamma planen är godkänt på tjänstemannanivå inom LSG och LBU. På politisk nivå underställs planen AC-konsensus den 30 november 2017. Därefter kan enskilda kommuner välja att anta hela eller delar av planen."* Det finns en läns gemensam plan, men huruvida kommuner väljer att anta planen är oklart. I andra län, t.ex. Östergötland, finns en tydlig länsnivå. Däremot saknar planen tydlig lokal förankring. Västernorrland beskriver att det är svårt att omsätta planer i praktiken, vilket skulle kunna förstås utifrån länsnivåns oklara status.

Staten har traditionellt använt sig av länsnivån i sin styrning av lokala aktörer, både genom Länsstyrelsens uppdrag och i samband med distribuering av statsbidrag. Det problematiska i detta sammanhang är att det ofta inte finns någon struktur för uppdraget att landa i. Det finns ingen ansvarig instans på länsnivå som omfattar de organisationer som ingår i planerna. Det finns ingen tydlig mottagare av uppdraget, det finns ingen tydlig instans eller person att utkräva ansvar ifrån, och nivån förefaller inte vara optimal för att operationalisera handlingsplanernas intentioner. Intrycket vid läsning av handlingsplanerna är att det blir som det blir utifrån vilka personer som råkat befinna sig på olika positioner, och att detta inneburit att arbetet på länsnivå sett väldigt olika ut. Frågan är om det generellt finns en fungerande kapacitet att arbeta med uppdrag beträffande arbete med psykisk hälsa på länsnivå, eller om en annan nivå hade varit mer lämplig att anta uppgiften. Uppenbart är dock att uppdraget i vissa län landat i en väl fungerande länsstruktur. Satsningarna har i andra län skapat en överbyggnad som arbetar med utvecklingsfrågor på länsnivå som annars inte skulle ha funnits. I några län saknas fortfarande en fruktbar länsstruktur. Det tydligaste exemplet är Örebro län som valt att arbeta länsdelsvis istället för att som län arbeta som en enda enhet.

Tillitsstyrning

En annan fråga som aktualiseras är statens så kallade tillitsstyrning inom detta område. Vilka parter är det egentligen som ingår avtal med varandra? Eftersom policyn till sin karaktär är bred, så är de parter som staten skulle kunna ingå avtal med otaliga, och det är oklart vilka aktörer som är mottagare av styrningen. I planerna kan vi inte se vem eller vilka som får pengar för att utföra uppdraget. Statens beskrivning av det breda uppdraget där "alla" ska samverka och hjälpas åt för att främja medborgarnas psykiska hälsa, landar i de upparbetade samverkansformer som finns i länen sedan tidigare, det vill säga strukturer som syftat till att arbeta med insatser riktade till personer med långvarig psykisk ohälsa. Detta tror vi påverkar uppsättningen av aktörer som blir mottagare av det breda uppdraget. Trots ett på sina ställen ambitiöst arbete med att bredda samverkan runt planerna detta år, så tycks flera viktiga organisationer fortfarande ha en perifer roll. Exempelvis skolan och primärvården blir inte en given aktör i sammanhanget, även om det framgår i policyn att "alla" ska med.

Det länsgemensamma

Hur länen förstått begreppet länsgemensamt varierar. Uppsala definierar länsgemensamt som *"med länsgemensamt menas att Region Uppsala samt minst två kommuner berörs av aktiviteten. I de fall dessa kriterier inte uppfyllts kan aktiviteter återfinnas i kommunernas samt region Uppsalas egen handlingsplan kopplat till den länsgemensamma handlingsplanen."* Detta innebär att ett arbete i Uppsala län betraktas som länsgemensamt även om inte alla kommuner i länet är inkluderade. I Västra Götaland däremot innebär förståelsen av begreppet länsgemensamt att alla strävar åt samma håll: *"Att i en handlingsplan formulera sig tillsammans så att alla nivåer – regionalt, delregionalt och lokalt – strävar åt samma håll ställer krav på gemensamma strukturer."* Hur länen väljer att definiera länsgemensamt arbete får därför stora konsekvenser för vad som kan inkluderas i handlingsplanen och inte.

Upparbetade men varierade arbetsformer

En observation vi gör i samband med analysen av handlingsplanerna 2017 är att det fortfarande är stor variation mellan länens handlingsplaner. I vissa län ser handlingsplanen ut som ett enmansarbete, medan det i andra län finns en hel organisation för uppdraget. Den fortgående processen över tid har också varierat mellan olika län. Uppsala genomförde ett omfattande och visionärt arbete 2016, för att arbeta i mindre skala 2017. I Västra Götaland arbetade länet 2016 med att samla och förankra arbetet, för att formulera och operationalisera det därpå följande året. Skåne har arbetat i en jämn takt och formulerat sina handlingsplaner på en gemensam länsnivå. Örebro län har valt att arbeta länsdelsvis både 2016 och 2017.

Handlingsplanerna ger intrycket av att det nu finns upparbetade former för arbetet med planerna. Många läns arbetsprocesser liknade förra årets. Dock gjorde några län påtagliga förändringar. Några län har tagit planen "ett steg till" genom att ta sig an uppdraget på ett genomgripande och offensivt sätt, utvecklat vidare, format om, förändrat arbetet med planen och strukturen på planen. Andra län har inte utvecklat planerna, utan lämnar in en plan 2017 som är identisk med fjolårets plan, med skillnaden att områden är uppföljda och de har gjort ett tillägg som handlar om barn och unga. Att arbetet sett olika ut tror vi beror på olikheten i

den tidigare beskrivna organiseringen på länsnivå. I Stockholm, där en ny organisation kunnat lanseras på länsnivå för att arbeta specifikt med detta uppdrag, har arbetet med handlingsplanen kunnat utvecklas vidare. Detta har inte varit möjligt i andra län där det saknas resurser för organisering av uppdrag på länsnivå. En reflektion i samband med detta resonemang är att länen tenderar att fortsätta att göra det man redan är bra på. Vi tolkar det som att eftersom det kan vara svårt för länen att hinna hänga med i svängarna vid hastigt ändrade styrsignaler, så är det bra att tillförsäkra en viss stabilitet oavsett styrsignaler utifrån den kunskap och den praktik som redan är etablerad.

Folkhälsa respektive psykiatrisk problematik

Flera län har anlagt ett tydligt folkhälsoperspektiv i sina *analyser* av psykisk hälsa. Folkhälsoperspektivet har inte samma genomslag i planernas *utvecklingsområden*. Det finns fortfarande ett glapp mellan teoretisk förankring och praktik. Men att processen är påbörjad råder det inget tvivel om. Folkhälsoperspektivet där insatser riktas till en bred målgrupps psykiska hälsa visar sig stå i jämn balans med insatser riktade till en snävare målgrupps psykiatriska problematik. Sammantaget så är det i handlingsplanerna som formulerats 2017 en mycket jämn fördelning mellan de olika målgrupperna; den breda målgruppen medborgare, och den snävare målgruppen personer med etablerad psykisk ohälsa.

En reflektion i samband med detta resultat lyftes i den forskarpanel som var kopplad till projektet, där en person uppfattat att en effekt av policyn, det breddade uppdraget, inneburit ett "förfrämmande" hos specialistpsykiatrin. När den tidigare målgruppen breddas finns det inte längre någon tydlig koppling till den specialiserade psykiatriska vården. Under tidigare års PRIO-satsningar var landstingets specialistpsykiatri och kommunens socialpsykiatri självklara aktörer och adressater till uppdraget. Frågan är vad som händer när uppdraget breddas, och om den tidigare målgruppen börjar att "fasas ut"? Vem känner sig uppmanad att ta sig an den breda folkhälsan? Ju bredare målgruppsbeskrivningen är, desto diffusare riskerar ansvaret bland berörda aktörer att upplevas. Risken är att "allas" folkhälsa blir "ingens" ansvar. Mot detta talar den inriktning mot ett helhetsperspektiv som vi identifierat i planerna, där "breda" åtgärder som prevention och främjande arbete även relateras till de målgrupper som återfinns inom specialistpsykiatrin.

Verksamhetens utmaningar eller befolkningens behov

Handlingsplanerna ger i flera fall intrycket av att åtgärder och lösningar kommer före problemformuleringar. Det finns analyser av länets behov, men dessa korrelerar inte alltid med de utvecklingsområden och insatser som presenteras. Ett exempel är hur flera läns analyser visar att unga flickor upplever en dålig psykisk hälsa, men detta reflekteras inte i länets prioriterade insatser. En tolkning är att utvecklingsområden till stor del hanteras i relation till den befintliga verksamhet som bedrivs i länet. I Gävleborg visade analysen en bred psykisk ohälsa hos flickor, samtidigt som alla insatser riktades till barn och unga med särskilda behov, inte till "populationen" unga flickor. Ett av undantagen till fokuserandet på verksamheten och dess behov kan hämtas från Jämtland som gjorde en ansats till folkhälsoanalys när cirka 700 ungdomar fick svara på frågor, och planernas insatser utformades utifrån dessa svar. En följd av tillitsstyrning är att länen ges stort handlingsutrymme, och kan kartlägga vad de själva upplever vara relevant. Det kan vara en

bidragande orsak till varför planerna kan läsas som mer verksamhetsnära än befolkningsnära. Analysarbetet och formulerandet av planerna är ofta i praktiken baserat på avvägningar och prioriteringar hos grupper av eller enskilda tjänstemän. Inför ett fortsatt planerings- och prioriteringsarbete kan en strategi för att tillförsäkra sig problembeskrivningar frikopplade från verksamhetens egen logik vara att hitta former för ett bredare medborgar- och brukarengagemang i processen, samt att ytterligare stärka samarbetet med forskarsamhället.

Suicidförebyggande arbete

Något som har fått stort genomslag i handlingsplanerna är det suicidrelaterade arbetet. Sedan 2008 har det funnits ett uppdrag från folkhälsomyndigheten att länsvis arbeta med suicidpreventiva handlingsplaner. I de länsgemensamma handlingsplanerna för psykisk hälsa kan vi se att arbetet med suicidprevention aktualiserats på allvar i länen, åtminstone utifrån en retorisk nivå, och att metoder och arbetsformer för suicidrelaterat arbete har implementerats i kommuner och landsting. Medvetenheten om suicidpreventivt arbete genomsyrar de generella handlingsplanerna, och temat återkommer även i planerna som fokuserar barn och unga. Varför suicidförebyggande insatser fått ett sådant genomslag kan bero på flera saker. En orsak är naturligtvis att de svarar mot en problembeskrivning som fått utrymme på nationell nivå och som sedan kopplats till ett flertal statliga initiativ. En annan orsak kan vara att problemområdet är generellt för befolkningen och därmed ligger i linje med det breda policyperspektiv som staten antagit. En tredje orsak till varför området uppfattats som "attraktivt" i länsplanerna tror vi ligger i det faktum att problemet är konkret och mätbart – många län använder aktuella suicid-tal från länet och jämför sedan med den nationella statistiken i sin analys. Problembildens konkreta omfattning gör också att målsättningarna blir tydliga och mätbara, oftast uttryckta i målet att man ska reducera de regionala suicid-talen. Ytterligare en anledning ligger i åtgärderna: inom det suicidförebyggande området finns idag flera utvecklade och konkreta program, oftast med utbildningsorientering. Åtgärderna blir därför förhållandevis enkla att initiera och paketera – dessutom kräver de inte omfattande ekonomiska investeringar eller organisationsförändringar.

Sammantaget: suicid är ett konkret problem som går att mäta och som drabbar alla grupper i samhället. Dessutom finns konkreta åtgärder som är relativt enkla, tidseffektiva och billiga. Detta gör att det suicidförebyggande arbetet har stark legitimitet, oavsett om vissa av programmen kan uppvisa endast måttligt vetenskapligt stöd. Man kan som jämförelse ta exemplet integrerade insatser för personer med allvarlig långvarig psykisk sjukdom. Här är problemområdet komplext och målgruppen avgränsad. Dessutom visar forskningsläget på behovet av intensiva och långvariga insatser där nya organisatoriska lösningar behöver implementeras och där flera huvudmän och professioner behöver arbeta tillsammans. Den avgränsade gruppen och de stora utmaningar och investeringar som ligger i implementeringsfasen gör, tror vi, att området får svårare att erövra utrymme och legitimitet hos de lokala och regionala aktörerna.

Samordnad Individuell Plan

Värt att notera från vår analys är att SIP fortfarande tycks betraktas som ett utvecklingsarbete trots att det är en lagstiftad skyldighet. Handlingsplanerna visar att arbetet med SIP är problematiskt och att många län fortfarande söker sig fram mot en fungerande praxis. Det

diskuteras dock sällan i dokumenten om vad SIP ska leda till, eller om man följt upp effekterna av samordnad planering, utan vanligtvis rör de formulerade ambitionerna att samordnade individuella planer ska göras och i förekommande fall specifika antal som man strävar efter att upprätta. Ofta konstateras att de i dagsläget inte genomförs i önskvärd utsträckning. Här har årets skrivningar inte nämnvärt ändrats i jämförelse med förra året.

Aktiv prioritering

Utifrån ett breddat uppdrag i ett välfärdssystem som bedrivs med begränsade resurser skulle man kunna tänka sig att det uppstår potentiella spänningar mellan grupper och olika behov. Detta innebär att någon måste göra en prioritering. Denna prioritering kan göras aktivt och transparent, som det beskrivs i Stockholms län:

”För att underlätta prioritering har vi, utöver om området redan är täckt via andra satsningar, utgått från följande faktorer:

Faktorer	1-5 (1 = lågt värde, 5=akut läge/stor påverkan)
Stor grupp som berörs?	
Hög kostnad per individ?	
Stor negativ påverkan på livskvalitet?	
Särskilt utsatt grupp?	
Hur oacceptabelt i länet är problemet?	
Summa (addera siffrorna)	

Insatser som har utvärderats och beforskats har prioriterats framför andra satsningar.”

I majoriteten av länsplanerna saknas information om eventuell prioriteringsordning. Det finns prioriteringsstöd att tillgå nationellt (Prioriteringscentrum, 2017). Den nationella modellen är tänkt att tillämpas för att ta fram rangordningar. Dock verkar denna modell inte ha något större genomslag beträffande prioriteringsordning inom kommuner och landstings arbete på området psykisk hälsa. Prioriteringsstödet är även det ett led i statens styrningssignaler: *”Den nationella modellen för öppna prioriteringar är ett verktyg för att omsätta riksdagens riktlinjer för prioriteringar och dess etiska plattform i praktiken.”*. Denna styrning verkar dock inte ha nått fram i nuläget, åtminstone att döma av länsplanerna.

Analysens räckvidd

Ytterligare en fråga som aktualiseras är hur det förhåller sig med räckvidden av vår analys? Den information som ligger till grund för analysen handlar om hur länen beskriver sina behov, intentioner och ambitioner. I vilken utsträckning det som presenteras realiserats saknar vi kunskap om. Vi kan inte se länens ekonomiska satsningar och prioriteringar. Analysen befinner sig därför på en retorisk manifest nivå där vi kan lägga märke till hur man pratar om vad man ska göra.

14. Referenser

Fjellfeldt, M., Markström, U. & Rosenberg, D. (2017). Psykisk hälsa: ett mångfacetterat uppdrag - Analys av behovsbilder och handlingsstrategier i 21 länsplaner sammanställda inom ramen för statens satsning inom området psykisk hälsa. Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet

Folkhälsomyndigheten (2016a)

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>

Folkhälsomyndigheten (2016b) Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering. Folkhälsomyndigheten.

Prioriteringscentrum (2017) Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård – ett verktyg för rangordning. Rapport 2017:2. Prioriteringscentrum: Linköpings universitet.

Regeringskansliet (2009) Regeringens skrivelse 2008/09:185 En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Socialdepartementet, Stockholm.

Regeringskansliet och Sveriges kommuner och Landsting (2016). Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017. Sveriges kommuner och landsting.

SCB (2016)

http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__MI__MI0802/Areal2012/?rxid=cc1da346-333f-42f0-98aa-a7f89793170f

SCB (2017) <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals--och-halvarsstatistik--kommun-lan-och-riket/kvartal-3-2017/>

Socialstyrelsen (2010) Social rapport 2010. Socialstyrelsen, Edita Västra Aros, Västerås.

Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012) Beskrivning av vårdutnyttjande för personer med psykisk ohälsa. En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017) Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Socialstyrelsen.

Svensson B, Hansson L. (2014) Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up. *PLoS One*, 9(6): e10091.

Svensson B, Hansson L, Stjernswärd S. (2015) Experiences of a Mental Health First Aid training program in Sweden: a descriptive qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 51(4): pp. 497-503.

Wasserman, D; Hoven, C W; Wasserman, C; Wall, M; Eisenberg, R; Hadlaczky, G; Kelleher, I; Sarchiapone, M; Apter, A; Balazs, J; Bobes, J; Brunner, R; Corcoran, P; Cosman, D; Guillemin, F; Haring, C; Iosue, M; Kaess, M; Kahn, J; Keeley, H; Musa, GJ; Nemes, B; Postuvan, V; Saiz, P; Reiter-Theil, S; Varnik, A; Varnik, P & Carli, V (2015) School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, Vol.385(9977), pp.1536-1544.