

Internationell utblick

PSYKIATRISAMORDNING I AUSTRALIEN, ENGLAND,
NYA ZEELAND, ONTARIO OCH SKOTTLAND



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Internationell utblick

PSYKIATRISAMORDNING I AUSTRALIEN, ENGLAND, NYA ZEELAND,
ONTARIO OCH SKOTTLAND



Upplysningar om innehållet:
Ing-Marie Wieselgren, Ing-Marie.Wieselgren@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2015
ISBN: 978-91-7585-218-8
Illustration: Ida Brogren
Produktion: Kombinera AB
Tryck: LTAB, 2015

Förord

Psykisk hälsa och konsekvenserna av psykisk ohälsa bekymrar hela världen. Det finns ett stort behov av att lyfta blicken mot den omvärld som, inte minst i ett litet lands fall, är betydligt mer omfattande än den egna vardagliga verkligheten. I en tid då utvecklingen på alla områden, inklusive det sociala, går mycket snabbt blir det en nödvändighet att dra nytta av mänsklighetens samlade resurser för att nå ny kunskap, testa nya lösningar och i försöken att optimera sina system. Utvecklingsarbete inom offentlig sektor tenderar att vara mycket fokuserat på den egna kontexten: nationella, regionala och lokala strukturer samt i förhållande till politiska initiativ och rådande lagstiftning. Det är naturligt och nödvändigt att uppmärksamhet mest riktas mot det som ska utvecklas och förbättras.

Det är uppenbart vad globaliseringen inneburit för industrin i form av skarp konkurrens, ökad produktivitet och, i många branscher, höjd kvalitet. Utan närmare värdering kan det konstateras att offentlig sektor ännu inte fått samma utväxling av globaliseringen vad gäller att dra nytta av ny teknik och att kraftigt förbättra utfallen av de offentligfinansierade tjänsterna, kanske med undantag från vissa medicinska specialiteter.

På området psykisk hälsa har under det senaste decenniet flera länder satsat på mer eller mindre genomgripande reformer och initiativ. Vad gäller de anglosaxiska länderna har de genom nätverket International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL) organiserat erfarenhetsutbyte och policyutveckling. Sverige har under det senaste året varit medlem i detta nätverk och då sett behov av att göra en genomlysning av dessa länders initiativ för att se vad vi kan lära. Det är bakgrunden till föreliggande rapport, som är författad av konsultfirman Gullers på uppdrag av psykiatrisamordningen på SKL. Fredrik Lindencrona, Lotta Jernström och Tomas Bokström från SKL har gett stöd till projektet. Vi hoppas att detta är ett av flera underlag för en ambitiös och systematisk utveckling av samhällets insatser för psykisk hälsa under de kommande åren.

Stockholm i januari 2015

Åsa Furén-Thulin
Sektionschef
Avdelningen för vård och omsorg

Ing-Marie Wieselgren
Projektchef
Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

- 7 Executive summary
- 11 Kapitel 1. Bakgrund
- 13 Kapitel 2. Australien
 - 13 Ett starkt politisk intresse och tidiga med handlingsplaner
 - 13 En federal stat
 - 14 Handlingsplaner sedan 1992
 - 15 Flera kommissioner för psykisk hälsa
 - 17 Kommissionens betydelse
 - 19 Implementering av handlingsplanerna
- 20 Kapitel 3. England
 - 20 Tydlig decentralisering och en ny Folkhälsomyndighet
 - 21 Organisation inom hälso- och sjukvården
 - 21 Har haft flera särskilda funktioner på nationell nivå
 - 23 Departementet äger handlingsplanerna
 - 23 Mindre stöd för implementering i dag
- 25 Kapitel 4. Nya Zeeland
 - 25 Ett långvarigt politisk stöd och en tongivande kommission
 - 26 Ett centraliserat hälso- och sjukvårdssystem
 - 26 En välfungerande handlingsplan
 - 26 En kommission vars uppdrag löpte ut?
 - 27 Ett starkt utvecklingsinstitut
 - 28 Ganska mycket stöd för implementering
- 29 Kapitel 5. Ontario
 - 29 En självständig provins med fokus på barn och unga
 - 30 Ett fragmenterat hälso- och sjukvårdssystem
 - 30 En nationell kommission för psykisk hälsa
 - 32 Strategi med fokus på barn och unga
 - 33 Implementering av strategin
- 35 Kapitel 6. Skottland
 - 35 Ett litet land med närhet till politiken
 - 36 Ny lagstiftning
 - 37 En strategi med struktur för implementering och återkoppling
 - 38 Arbetar aktivt med ett par områden för att åstadkomma generella förbättringar
 - 38 Tidigt en kommission för psykisk hälsa
 - 39 Kollaborativa processer för implementering

40 Kapitel 7. Slutsatser

- 40 Vi har mer kunskap i dag än någonsin tidigare
- 40 Ett långsiktigt arbete
- 41 Vad krävs för att kunskaper ska implementeras?
- 41 Mätbara mål
- 42 Prioriterade områden först?
- 42 Infrastruktur för implementeringsstöd
- 43 HR-strategi för psykisk hälsa
- 43 Hur åstadkommer man systemskiften
- 44 Verksamheter planeras och finansieras i stuprör
- 44 Kommissioner kan vara betydelsefulla

46 Referenser

- 46 Intervjuer
- 47 Planer, rapporter och artiklar

Executive summary

For the past ten years, Sweden has had a special function at the national level to drive mental health reform. Today there are two specific coordinating functions, one at the Swedish Association for Local Authorities and Regions and one within the Ministry for Health and Social Affairs. Both these functions have a remit until December 2014, with intentions to prolong them. The Swedish Association for Local Authorities and Regions have commissioned this report – a case study on mental health strategy and implementation in Australia, England, New Zealand, Ontario and Scotland – to draw on the experiences of and insights in other countries to further the Swedish discussion.

In Australia the first national strategy for mental health was published in 1992. During the following years there was a strong political interest for mental health in Australia. Today, there is a sense that the political interest has lessened. Along with the first national strategy came extra funding, but since 1996 no substantial extra funding has followed the strategies.

Australia has commissions for mental health on both the national level and in four out of the eight states and territories, which is a unique circumstance. The first commission for mental health was established in Western Australia in 2010. The five commissions represent different types of commissions. The one in Victoria has a narrower, individual mandate, whilst the other three and the national commission have a wider, system-wide, mandate. The commission in Western Australia is also a purchaser of mental health services, which differs from the other commissions in Australia.

England has a national strategy for mental health since 2011 – *No health without mental health*. The new government chose in February of this year (2014) to reinforce the strategy with priorities for action and progress in the next couple of years – *Closing the Gap: Priorities for essential change in mental health*.

A new national agency, Public Health England, an executive agency under the Department of Health, was established in April 2013. In England there

have for many years been national institutes and functions to support implementation within mental health. In a general political strive for increased decentralisation; these support functions have been moved to the regional level. This has entailed less support for implementation.

New Zealand has been successful in establishing a long-term political support for the mental health agenda. It started with a clear vision of how to move from a situation with large institutions to a community based model. The national commission for mental health, which had been established in 1998, formulated the vision in *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How things need to be* which has been an important guiding document. It also entailed extra funding for the mental health sector. The national commission for mental health in New Zealand was 2012 merged in to the commission with a broader mandate – *the Health and Disability Commission*.

Important tools for implementation of New Zealand's national strategy *Rising to the Challenge – The Mental Health and Addiction Service Development plan 2012–2017* is the national centre *Te Pou* and the substantial work that has been done within the framework of *key performance indicators*.

Ontario is the population-wise largest province of Canada. In 2006 the Standing Senate Committee presented an important and highly publicised report *Out of the shadows at Last – Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. The report catalogued why a national strategy was needed. Canada was also one of the few OECD-countries without one. The report stressed the need for a national commission for mental health and the commission was established the following year.

Ontario has a 10-year mental health and addiction strategy *Open Minds, Healthy Minds – Ontario's Comprehensive Mental Health and Addiction Strategy*. It is a strategy that like the one in Scotland has focused on children and youths for the first three years. The ambition is to push systemic change by focusing on one area and making a clear shift in service provision. To reach the aims of the strategy, extra funding has been reserved, initially for improving the services for children and youths.

Scotland has had a national commission for mental health since 1960 and they were early with the ambition to give the individual a voice and a representative. The commission had already in those days the possibility of visiting individuals and even revoking compulsory psychiatric treatment. The commissions importance was highlighted a couple of years ago when a plan was presented where the commission was supposed to be merged into a commission with a broader remit. There was a public outcry and the proposal was withdrawn.

Scotland has in April of this year (2014) passed an act to try to reduce the problems they have been experiencing regarding cooperation and planning

across the division lines between the *Health boards* and the *local authorities*. The new legislation means that from next year the two bodies need to agree on a joint budget and governance for a regional *health and social care partnership*. Many view the new legislation as inevitable, but there are also reservations regarding what it means in regards to democratic responsibility and the dominance of the medical model over the social care models.

There is more knowledge and evidence today than there has ever been regarding what are effective interventions and structures. The challenge that remains is to get the evidence and knowledge transformed into practice. The five reoccurring elements during these case studies of what is needed for knowledge to be implemented is:

1. A strategy/plan that is clearly evidence-based.
2. Measurable targets in the plan.
3. Financial resources that follow the targets in the plan.
4. That the outcomes are measured.
5. A support structure for implementation.

A sixth element may be added; that the outcomes are transparently reported.

In Ontario and Scotland the national strategies are targeting a few areas first, in an aim to improve the services within that sector but also to achieve systemic change. The prioritised areas are children and youths, and there is substantial evidence to support the aim to reach young people as early as possible.

The overall experience is that a support structure for implementation is pivotal for success, the overall experience is also that this is lacking in many countries. There are positive experiences of national institutes and centres in for example England and New Zealand. Other incentives to push implementation are to get the accrediting agencies to use the guidelines as a part of the accrediting process and to get purchasers of mental health services to use the guidelines in the commissioning process.

The main obstacle highlighted in this study, and which has led to the new legislation in Scotland, is that services are still planned and financed in silos. In Ontario specific *service collaboratives* have been established with an aim to enhance cooperation and joint planning and funding.

Commissions are perceived to be important and have a role in upholding an on-going discussion and focus on mental health. There are also studies providing evidence that commissions are delivering real reform.¹ Opinions vary

Note 1. Rosenberg, S. och Rosen, A., Can mental health commissions really drive reform? Towards better resourcing, services, accountability and stakeholder engagement, *Australasian Psychiatry* 0(0) 1-6, 2012.

on what type of commission is the strongest; some argue that budget-holding commissions are the strongest since they are purchasers of mental health services and in that capacity can influence services. Others argue that a commission of that type will risk being submerged in a bureaucratic process. However, there is consensus regarding that the most important role for a commission is to be a watchdog and to make sure that mental health is considered in all relevant processes.

Bakgrund

I drygt 10 år har det funnits en särskild funktion på nationell nivå i Sverige för att driva utvecklingen framåt avseende insatser riktade till personer med psykisk ohälsa. I oktober 2003 tillsatte regeringen en statlig utredning – Nationell psykiatrisamordning – som hade i uppdrag att se över frågor som rörde arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av personer med psykisk sjukdom och personer med psykisk funktionsnedsättning. Under de kommande tre åren arbetade Nationell psykiatrisamordning med att utreda befintliga strukturer och insatsområden och lämna förslag till regeringen. Man drev också bredare utvecklingsfrågor inom psykiatriområdet. Nationell psykiatrisamordning fick, via statsbudgeten, särskilda ekonomiska resurser till sitt förfogande.

När Nationell psykiatrisamordnings uppdrag avrapporterades hösten 2006, bildades ett särskilt projekt inom ramen för Socialstyrelsen – NU!-projektet, som hade i uppdrag att fortsätta att driva frågan kring förändringar och förbättringar på bred front inom psykiatriområdet. Detta kompletterades med ett särskilt utvecklingscentrum riktat till barn och unga – Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP) också inom ramen för Socialstyrelsen, samt med ett nationellt kunskapscentrum för att främja forskning, kunskapspridning och implementering av psykosociala insatser för personer med en psykisk funktionsnedsättning – Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) vid Lunds universitet. Regeringen har sedan 2004 årligen avsatt särskilda medel för satsningar inom psykiatriområdet.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sluter sedan 2008 årligen överenskommelser med regeringen om särskilda satsningar inom psykiatriområdet. SKL ger via dessa avtal samt genom särskilda statliga satsningar omfattande stöd och hjälp till sina medlemmar. I vissa avseenden har SKL härmed fått en samordningsroll inom psykiatriområdet som går utöver SKL:s traditionella uppdrag.

Regeringen har sedan 2012 inrättat en särskild samordningsfunktion som ska stödja arbetet med regeringens handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa – *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*. Regeringen och SKL har tagit ett gemensamt ansvar för arbetet genom särskilda överenskommelser och genom att inrätta två samordningsfunktioner för att driva det gemensamma arbetet. Regeringens särskilda samordningsfunktion avslutar sitt nuvarande uppdrag 2014. Hur en eventuell försättning kommer att se ut är i dagsläget (maj 2014) inte beslutat, men det förväntas bli klart under andra halvan av 2014. Frågan är vad det kommer att ha för betydelse för det utvecklingsarbete som initierats nationellt.

Mot bakgrund av att olika lösningar för det nationella samordningsansvaret och det stödjande arbetet för förändring har prövats under de senaste åren och med syfte att försöka finna stabila strukturer för att driva utvecklingen långsiktigt har intresset väckts att kartlägga andra länders erfarenheter och vägval. SKL har därför låtit göra en begränsad internationell utblick för att se hur man driver psykiatrifrågan i andra jämförbara provinser och länder, och för att ta tillvara de erfarenheter som finns internationellt. De länder som har valts för studien är Australien, England, Nya Zeeland, Ontario och Skottland. Studien har inneburit en omfattande genomgång av rapporter, studier och handlingsplaner samt 2–3 intervjuer med nyckelpersoner i respektive provins/land.

Australien

Starkt politisk intresse och tidiga handlingsplaner

I Australien har man haft nationella handlingsplaner för psykisk hälsa i drygt 20 år, den första publicerades 1992. Det finns en känsla av att man initialt och under många år hade ett starkt politiskt intresse för frågor om psykisk hälsa. Det finns dock en bild av att det politiska intresset har minskat. När den första handlingsplanen presenterades tillskötts också extra resurser för genomförandet, men sedan 1996 har inga extra resurser avsatts.

I Australien finns särskilda kommissioner för psykisk hälsa på både övergripande nationell och delstats- och territorienivå. Det finns kommissioner i fyra delstater och territorier. Den senaste bildades i Victoria. Det finns också sedan 2012 en nationell kommission för psykisk hälsa. Australien är unikt i att ha nyinrättade kommissioner på olika nivåer inom landet.

En federal stat

Australien är en federal stat som består av sex delstater och två territorier. I Australien ansvarar delstater och territorier för merparten av vården och insatser för personer med psykisk ohälsa. Det omfattar bland annat sjukhusvård, specialiserad vård, öppenvård och omsorgstjänster riktad till personer med allvarlig och långvarig psykisk ohälsa. Delstaterna och territorierna tillhandahåller tjänsterna själva eller genom samarbeten med bland annat frivilligorganisationer. Delstater och territorier har också ett omfattande ansvar avseende insatser för att främja psykisk hälsa och prevention av psykisk ohälsa, liksom att minska stigmatisering och diskriminering av personer med psykisk ohälsa.

Den federala staten, som tar in merparten av landets skatter, har huvudansvar för att stödja primärvården, som erbjuder utbildning och främjande insatser såväl som tidig intervention, behandling och remisser till specialistvård. Den federala regeringen finansierar både verksamhet direkt men ger också delstaterna och territorierna resurser för att de i sin tur ska tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster, till exempel sjukhus. Den federala regeringen har också initierat särskilda nationsövergripande satsningar på områden där man har konstaterat att det fanns brister. Ett sådant exempel är Better Access initiative som omfattar att erbjuda bättre tillgänglighet till psykiatriker, psykologer och allmänläkare i framför allt primärvården. *Head-space*, en nationell organisation som, i nära samarbete med *Orygen Youth Health*², arbetar för att förbättra ungdomars psykiska hälsa är ytterligare ett exempel. Via 60 center runtom i Australien hjälper de unga mellan 15-25 år, med såväl lindrig som mer omfattande psykisk ohälsa, med hälsoråd, stöd och information. Genom de olika satsningarna har över tid utvecklats ett system som innebär ett intrikat nät av tjänster och finansieringsvägar som är svårt att följa och ibland även att förstå.

Handlingsplaner sedan 1992

I Australien har man haft särskilda handlingsplaner och strategier inom psykisk ohälsa sedan 1992. Den första strategin har tillstyrkts av hälso- och sjukvårdsministrar ett flertal gånger sedan 1992 och särskilda handlingsplaner har presenterats löpande sedan dess. Den fjärde och nuvarande handlingsplanen publicerades 2009. Som konstaterades ovan, drogs 1996 de särskilda medel som hade följt med de tidigare handlingsplanerna in. Detta anses ha bidragit till att handlingsplanernas genomslagskraft har minskat över tid. Det finns en känsla av att reformer blir genomförda när det finns finansieringssignaler.

I dag har Australien sin fjärde nationella handlingsplan *Fourth National Mental Health Plan* som gäller 2009–2014. Denna handlingsplan liksom den föregående har inte fått det genomslag som de tidigare handlingsplanerna har fått. Den främsta orsaken verkar vara att man i handlingsplanerna har försökt att tillgodose alla önskemål och därför hamnat i en situation där man inte riktigt lyckas tillgodose någons önskemål. En förklaring till detta är att fler och fler intressenter har funnit sin röst och använder den, vilket är en

Not 2. Orygen Youth Health ansvarade på regeringens initiativ för uppbyggnaden av headspace projektet och etablerade 30 center initialt innan det övergick i en egen fristående organisation - headspace.

konsekvens av det framgångsrika tidiga arbetet inom området. Det blev dock till slut svårt för ansvariga att sortera bland alla starka röster och reformen blev över tid utspädd för att man försökte göra för mycket. Samtliga delstater och territorier har dessutom sina egna handlingsplaner vilket också bidrar till att den nationella handlingsplanen får ett mindre genomslag.

Utöver handlingsplanen har *the Council of Australian Governments (COAG)*, som är ett samarbetsforum där regeringarna inom delstaterna och territorierna träffas och beslutar om gemensamma frågor, presenterat *The roadmap for National Mental Health Reform 2012–2022*. I dokumentet slår man fast riktlinjerna för det arbete som delstatsregeringarna kommer att vidta de kommande tio åren. Dokumentet presenterades som ett svar på den fjärde handlingsplanen, men anses dock liksom den fjärde handlingsplanen inte ha fått något större genomslag. En av anledningarna är att man inte slår fast några mål eller åtgärder i den, vilket har gjort att den har blivit utdömd av flera olika intressentgrupper. En annan anledning som presenterats är densamma som för den nuvarande handlingsplanen – att man har försökt att tillgodose för många intressenter och istället hamnat i en situation där man inte lyckats tillgodose några önskemål på ett tydligt sätt.

Flera kommissioner för psykisk hälsa

Australien har en nationell kommission för psykisk hälsa – *National Mental Health Commission* sedan 2012. Kommissionens primära uppgifter är att rapportera, att ge råd och att samverka – *Reporting, Advising, Collaborating*. Kommissionen har presenterat dokumentet *Strategies and actions 2012–2015* som är vägledande för kommissionens arbete de kommande tre åren. Kommissionen presenterar årligen ett så kallat omdöme av eller betyg på psykisk hälsa och suicidprevention – *Report card on Mental Health and Suicide Prevention*. Hittills har kommissionen presenterat två rapporter där man sammantaget har presenterat 18 rekommendationer för insatser som man ser behöver vidtas. Den nationella kommissionen i Australien engagerar sig inte i enskilda fall (jfr Skottland) och de delar inte heller ut bidrag till olika satsningar.

I arbetet med att tillsätta den nationella kommissionen involverade man från den federala regeringens sida inte delstaterna och territorierna. Det finns därför en uppfattning av att kommissionen inte är en nationell kommission, det vill säga en kommission som har ett nationellt uppdrag och mandat, utan snarare en federal kommission, en kommission som är ett verktyg för den federala regeringen men som inte är sanktionerat av de delstaterna och territorierna. Det här begränsar kommissionens möjlighet att utöva inflytande inom delstaterna och territorierna. Ett exempel på detta är när den

nyttillträdde regeringen förra året bad kommissionen att göra en granskning och kommissionen bad delstaterna och territorierna om tillgång till deras underlag för granskning, varpå delstaterna och territorierna nekade. Att inte involvera delstaterna och territorierna anses vara en missad möjlighet som begränsar den nationella kommissionens framtida möjligheter till påverkan.

Det finns en lång förhistoria till den nationella kommissionens bildande. I drygt tio år hade olika intressenter förespråkade att man skulle bilda en kommission för psykisk hälsa. Under det arbetet hann den första kommissionen på delstatsnivå bildas i Western Australia. Det finns i dag fyra kommissioner i olika delstater/territorier (Western Australia, New South Wales, Queensland och Victoria). Kommissionerna på delstatsnivå ser väldigt olika ut. Man brukar schematiskt skilja mellan två olika typer av kommissioner för psykisk hälsa – de som har ett mer begränsat och individriktat uppdrag och de som har ett bredare mer systeminriktat uppdrag.³ Den första typen av kommissioner är mer utredande, inspekterande och ifrågasättande utifrån enskilda ärenden eller händelser, där den senare är mer fokuserad på att förändra och förbättra på systemnivå. Kommissionerna på delstatsnivå har alla uppstått vid ett regeringsskifte eller ur en kris, där tillsättandet av en kommission varit tänkt att visa på handlingskraft.

Av kommissioner på delstatsnivå finns det en som har individriktat uppdrag och tre som har ett bredare, mer systeminriktat uppdrag. Kommissionen i Victoria är ett tydligt exempel på den första typen av kommission. Av kommissionerna med ett bredare uppdrag finns det också en – den i Western Australia, som har en egen budget och är den enda kommission som också fungerar som en upphandlare av tjänster. Det senare upplevs det finnas för- och nackdelar med. Det innebär att man har ett tydligt mandat att påverka regionalt, men samtidigt riskerar man att drunkna i byråkrati och upphandlingar och då inte lyckas att också fungera som en kraft för att förändra och förbättra systemet.

Kommissionerna i Australien är inte organisatoriskt sammanbundna. De har inga formella gränssnitt. De har dock initialt träffats regelbundet både vid stora årliga konferenser och särskilda möten, men upplevelsen är att kontakterna dem emellan har minskat.

Det finns i dag delade meningar om den nationella kommissionen är i en position där den kan påverka utvecklingen inom psykiatriområdet. Det finns de som menar att det är för tidigt att säga. Andra menar att den inte är det och att dess mandat redan har minskat. Tidigare hade kommissionen en representation från flera sektorer i samhället, man hade med näringslivet och flera

Not 3. Rosenberg, S. och Rosen, A., It's raining mental health commissions: prospects and pitfalls in driving mental health reform, *Australasian Psychiatry* 0(0) 1-6, 2012.

andra viktiga, men ofta inte involverade parter. I dag är representationen dock nedbantat till att omfatta mer traditionella aktörer. När kommissionen bildades rapporterade den direkt till premiärministerns stab, men under förra året flyttades ansvaret över till motsvarande socialdepartementet. Så sent som i april i år presenterade *The National Commission of Audit* sin rapport där man konstaterar att antalet nationella organ behöver minskas som ett led i att förbättra de statliga finanserna och strukturen. *The National Commission of Audit* var en självständig och tidsbegränsad kommission som har haft i uppdrag fram till mars i år att granska och rapportera kring hur den federala staten verkställer och organiserar sin verksamhet och att komma med förslag om hur statens finanser och organisering kan förbättras. I rapporten föreslår man att 73 av statens 194 myndigheter antingen läggs ner eller införlivas i annan verksamhet. Den nationella kommissionen för psykisk hälsa förslås införlivas i en större nyinrättad *Health Productivity and Performance Commission* tillsammans med sju andra verksamheter. Det har visat sig vara en utveckling som också sker på andra håll. I Nya Zeeland har den tidigare kommissionen för psykisk hälsa sedan juli 2012 införlivats i en mer övergripande kommission för hälsa och funktionshinder – *Health and Disability Commission*. Detsamma var på förslag i Skottland, där förslaget dock drogs tillbaka efter att starka röster höjts för bevarandet av kommissionen i sin nuvarande form.

Kommissionens betydelse

Som beskrivit ovan finns det de som menar att den nationella kommissionen fortfarande har att bevisa sitt värde. Det återstår att se om den kommer att finnas kvar länge nog för att kunna göra det.

Frågan om regeringen avskriver sig ett ansvar när man bildar en kommission för psykisk hälsa har diskuterats. Det finns ett intryck av att det kanske är så initialt, för att det för över fokus från regeringen till kommissionen. Samtidigt, innebär det inte det i ett längre perspektiv. Bildandet av en kommission för psykisk hälsa innebär ett ökat fokus på frågor om psykisk hälsa och kommissionerna har både mandat och möjlighet att lyfta och driva frågor nationellt.

Kommissionerna på delstats-/territorienivå upplevs ha ett visst genomslag även om några fortfarande är i sin linda. Kommissionen som har funnits längst har funnits sedan 2010. Minst två av kommissionerna svarar direkt mot parlamentet vilket ökar kommissionens oberoende och transparensen i arbetet. Det ställer högre krav på regeringen i delstaten/territoriet på att den måste svara upp mot de brister som kommissionen belyser. Den nationella kommissionen återrappporterar direkt till ministeriet vilket minskar trans-

parensen i uppdraget. Principiellt har det visat sig att det är viktigt att kommissionerna har en egen uppgift, till exempel att utarbeta och övervaka den strategiska planen. Upplevs de inte ha en egen specifik uppgift riskerar man bara att bygga upp en parallell byråkrati. En modell som testas i New South Wales är att kommissionen utarbetar den strategiska planen och sedan lämnar över till regeringen att utifrån den utarbeta en konkret handlingsplan. En förutsättning för framgång är också att kommissionen lyckas vinna förtroende hos de viktigaste intressentgrupperna.

Som beskrevs ovan kan den nationella kommissionen inte säga till delstaterna eller territorierna vad de ska eller inte ska göra. Kommissionen har inte heller någon särskild hävstång för att kunna påverka den verksamhet som tillhandahålls. De rapporterar årligen i sitt *Report card on Mental Health and Suicide Prevention*, men det finns inga sanktioner eller prestationsersättningar kopplat till detta, utan mandatet är begränsat till att komma med rekommendationer.

Rosenberg och Rosen har sammanfattat i sin artikel *It's raining mental health commissions: prospects and pitfalls in driving mental health reform* att en förutsättning för att kommissioner ska bli framgångsrika är, inte bara skarpt ledarskap, utan också varaktigt, brett politiskt stöd och en uthållig kapacitet att generera nya resurser för området psykisk hälsa.

Författarna har också sökt besvara frågan om det finns bevis för att denna nya struktur som kommissioner för psykisk hälsa på många håll är faktiskt kan – *drive mental health reform*. De har studerat Australiens och Nya Zealands kommissioner utifrån fyra områden där de menar att kommissioner bör påverka för att kunna anses verka för att förändringar inom området psykisk hälsa kommer till stånd:

1. Bättre resurstilldelning – har kommissionerna varit framgångsrika i att utverka nya resurser till psykisk hälsa.
2. Bättre tjänster – finns det bevis för att kommissioner bidrar till kvalitetsförbättringar avseende tjänster och insatser.
3. Bättre ansvarsutkrävande – bidrar kommissionerna till att det är lättare att avgöra vilka tjänster/insatser som verkligen fungerar och om den psykiska hälsan i samhället blir bättre.
4. Bättre intressentengagemang – ses kommissioner av konsumenter, vårdgivare och andra som effektiva förespråkare för förändringar och förbättringar inom området psykisk hälsa.

Rosenberg och Rosen konstaterar i sin studie att det finns bevis för att kommissionerna bidrar till faktiska förbättringar, även avseende mer resurser och större inflytande.⁴ Det finns också en tydlig uppfattning att en kommission *kan* utöva ett stort inflytande på regeringen, framför allt genom att de håller regeringen ansvariga. Det är dock viktigt med en tydlighet i roller och ansvar.

Implementering av handlingsplanerna

Som har beskrivits ovan har det varit svårt att få de nationella handlingsplanerna implementerade för att mandatet i den här frågan är otydligt, samt att ingen av handlingsplanerna anses möta de behov som finns.

På delstats- och territorienivå har det varit svårt att få en överblick av hur implementeringen av de egna handlingsplanernas sker och hur framgångsrikt eller inte det sker. Kommissionen i Western Australia som har en egen budget att förvalta, upplevs ha bättre förutsättningar att kunna stödja implementeringen av delstatens handlingsplan. Likaså verkar den konstruktion som man har i New South Wales, där kommissionen ansvarar för att utarbeta den strategiska planen och där regeringen i delstaten sedan utarbetar en konkret handlingsplan främja förutsättningar för implementering av handlingsplanen.

Statliga satsningar som headspace är ett stöd i att implementera metoder och arbetssätt avseende insatser till barn och unga med psykisk ohälsa, samt att sprida ny kunskap om verksamma metoder och arbetssätt. Det finns också ett antal institut, som till exempel *Black Dog Institute*⁵ och *beyondblue*⁶ som bland annat fungerar som stöd för implementering, men enbart inom olika delområden. Det verkar således som att stödet för implementering på generell nivå är begränsat och ojämnt fördelat över insats- och verksamhetsområden.

Not 4. Rosenberg, S. och Rosen, A., Can mental health commissions really drive reform? Towards better resourcing, services, accountability and stakeholder engagement, *Australasian Psychiatry* 0(0) 1-6, 2012.

Not 5. Institutet etablerades 2002 och arbetar med att försöka förbättra livet för personer med förstämningssyndrom, affektiva syndrom. De arbetar med translationell forskning, klinisk expertis och nationella utbildningsprogram.

Not 6. Beyondblue är en fristående, icke-vinstgivande organisation som arbetar med ökad kunskap och förståelse för ångest och depression i Australien och med att försöka minska stigma.

England

Tydlig decentralisering och ny Folkhälsomyndighet

I april 2013 bildades den nya Folkhälsomyndigheten *Public Health England* och man har därmed i England en tydligare uppdelning av ansvar för arbete med folkhälsofrågor respektive hälso- och sjukvårdsfrågor än tidigare. Man har under många år haft olika nationella institut och organ som har haft i uppdrag att på olika sätt bidra till att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa. I dag finns inget särskilt sådant institut på nationell nivå. Det finns olika specifika samarbeten och nationella program (till exempel CORC, FNP, I-APT och CYP I-APT)⁷ där regeringen har satsat särskilda resurser för att öka tillgängligheten till psykoterapi, öka tidiga, preventiva insatser, höja kvaliteten i behandlingsmetoder och sprida evidensbaserade metoder. Dessa satsningar avser dock bara vissa diagnoser eller specifikt insatser riktade till barn och unga med psykisk ohälsa.

Politiken i England har präglats av en tydlig decentraliseringstrend under senare år. Detta har bland annat bidragit till att man valt att minska den statliga styrningen och stödet generellt, vilket också omfattar insatser för personer med psykisk ohälsa. Både för att man anser att frågorna bör och kan skötas bättre lokalt, men också då man önskar att den nationella byråkratin ska vara så liten som möjligt.

England har en handlingsplan för psykisk hälsa från 2011 – *No health without mental health*. Den nya regeringen valde i februari i år (2014) att förstärka handlingsplanen med en tydligare åtgärdsinriktad plan som heter *Closing the*

Not 7. Child Outcomes Research Consortium (CORC), Family Nurse Partnerships, Improving Access to Psychological Therapies (I-APT) and Children and Young People's Project - Improving Access to Psychological Therapies (CYP I-APT).

Gap: Priorities for essential change in mental health i vilken man identifierar 25 utmaningar där man förväntar sig att se konkreta förbättringar de kommande åren.

Organisation inom hälso- och sjukvården

I England ligger ansvaret för att styra hälso- och sjukvården på nationell nivå. Det är den nationella myndigheten *National Health Services (NHS) England* som ansvarar för budget, planering och leverans av den dagliga hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Som noterats ovan kan man i England se en tydlig politisk viljeriktning att decentralisera beslut och utförande så långt ner i kedjan som möjligt. NHS England har etablerat ett antal *Clinical commissioning groups (CCGs)* som är den organisation som beställer hälso- och sjukvårdstjänster regionalt och lokalt. Tanken är att det är de som är i den lokala/regionala kontexten som förstår behoven bäst. För främjande och förebyggande arbete finns parallella strukturer, så kallade *health and wellbeing boards*. I teori innebär CCGs en möjlighet för lokal anpassning, men i praktiken har de snarare blivit bärare av finansiella nerdragningar och det har därmed varit svårt att hålla frågan om psykisk ohälsa högt på agendorna. Det finns ingen som är där och påtalar behoven och det finns ingen infrastruktur för att stödja implementering inom ramen för den ordinarie verksamheten.

I april 2014 bildades den nya Folkhälsomyndigheten *Public Health England*, som har i uppdrag att förbättra folkhälsan, skydda allmänheten och bemöta ojämlikheter inom folkhälsan. Myndigheten stödjer vård- och omsorgssystemet att leverera gentemot ett femtiotal folkhälsomål som har formulerats av regeringen i samråd med övriga ansvariga parter nationellt. Myndigheten stödjer de lokala myndigheterna i arbetet med att uppnå folkhälsomålen men har inte möjlighet att säga till dem vad de ska göra. Myndigheten har i uppdrag att arbeta utifrån den nationella handlingsplanen för psykisk hälsa där handlingsplanen berör myndighetens ansvarsområden.

Flera särskilda funktioner på nationell nivå

I England har man under många år haft olika nationella institut och myndigheter som har haft i uppdrag att på olika sätt bidra till att förbättra kvaliteten i vård och omsorg av personer med psykisk ohälsa.

National Institute for Mental Health in England (NIMHE) bildades 2001 för att stödja implementering av *mental health policy* och stödja förändringar och förbättringar inom området psykisk hälsa och vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa. Det var en ambitiös insats från nationell nivå för att

nå en god och jämförbar standard i vård och omsorg av personer med psykisk ohälsa över hela landet. Institutet lades 2009 ner för att man ville decentralisera det nationella stödet till regionerna. Ansvaret fördes över till så kallade *strategic health authorities* som på sina håll fungerade ganska bra, men som inte kunde innebära samma implementeringsstöd som det större och starkare nationella institutet hade. Regionerna har befolkningsunderlag på mellan 2,5 och 8 miljoner människor, det vill säga många gånger större än de största landstingen i Sverige. Strukturen med *strategic health authorities* levde kvar i någon form fram till 2013 när den nya NHS England bildades. Dessa grupper övergick då delvis i de regionala *Clinical commissioning groups*.

Av den verksamhet som NIMHE hade bedrivit fanns det en liten del som man ansåg var rimligt att den förblev på nationell nivå. Det handlade framför allt om hur man skulle – *get policy into practice and practice into policy* – det vill säga att få praktik att få genomslag i policy och få policy att få genomslag i praktiken. Som en konsekvens bildades *National Mental Health Development Unit (NMH DU)*. Institutet kom dock bara att vara under två år och lades ner 2011 efter beslut om att man inte ville ha en nationell funktion. Det här ska ses som en del i ett bredare politiskt ställningstagande om att decentralisera funktioner till regional och lokal nivå.

En annan nationell funktion som bildades 2005 var *Care Service Improvement Partnership (CSIP)* som hade till uppgift att stödja det lokala förbättringsarbetet, utvecklingen av policy och implementeringsstöd inom flera olika program inom vård och omsorg. Tanken var att man skulle samla de olika programmen och försöka att koordinera insatser. CSIP hade också fått i uppgift att implementera *the Mental Health Act 2007*. Verksamheten lades ner 2008 och tanken var att arbetet istället skulle göras av *Department of Health deputy regional directors* som skulle svara för ett seniort ledarskap på regional nivå och stödja implementering. Den funktionen varade inte länge, logiken ansågs vara bra, men de hade inte samma känsla av ägandeskap för frågorna kring psykisk hälsa som tidigare verksamheter hade haft.

Joint commissioning panel for mental health (JCPMH) utvecklades ur NMH DU och finns fortfarande. JCPMH är ett samarbete mellan 17 ledande organisationer som arbetar med att försöka stimulera köpare av vård- och omsorgstjänster att förbättra psykisk hälsa och välmående genom att använda en värdebaserad upphandlingsmodell. De anses ha presenterat en del bra riktlinjer, men det finns ingen skyldighet för någon att använda dessa och organisationen befinner sig lite i ett vakuum. De upplevs inte vara en stark aktör eller till att bidra till att driva frågan. Det har lett till att frågor kring psykisk ohälsa har haft svårare att hävda sig regionalt och lokalt.

I dag finns således inget nationellt institut och organ som har i uppdrag att stödja implementering av de nationella handlingsplanerna.

Departementet äger handlingsplanerna

Departementet har presenterat och äger de handlingsplaner som har presenterats, myndigheter har ett ansvar att förvalta och ta i beaktan de delar av handlingsplanen som berör den verksamhet som de ansvarar för. Det är dock departementet som ansvarar för helheten. Som presenterats ovan finns det egentligen två handlingsplaner i dag: *No health without mental health* som presenterades 2011 och den nya regeringens åtgärdsinriktade plan *Closing the Gap: Priorities for essential change in mental health* som presenterades i februari 2014. Den nya planen presenterades delvis för att man upplevde att arbetet inte fortskred i den takt man önskade, men också som en konsekvens av att den tidigare handlingsplanen var ett arbete av den förra regeringen. Den uttalade målsättningen är att den nya handlingsplanen ska utgöra en brygga mellan Englands långsiktiga ambition och landets mer kortsiktiga åtgärder.

Minskat stöd för implementering

Det har visat sig vara svårt att överföra det teoretiska resonemanget om en starkt decentraliserad struktur i praktiken. Principen anses vara förnuftig, men man menar att det har gått för långt.

Som beskrivits ovan finns det i dag ingen aktör på nationell nivå som har ett uppdrag att brett stödja implementering och på olika sätt bidra till att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa. Det ansvaret har lagts lokalt och regionalt på utförarna, vilket ses som en brist. Även om intentionen har varit god så är konsekvensen att det i dag inte finns någon regional och nationell samordning och det finns ingen struktur att stödja implementering. Specifika satsningar som I-APT och CYP I-APT har mycket väl utvecklade stödsystem med omfattande forsknings-/utvärderings-, utvecklings- och utbildningsinsatser men det gäller endast ett avgränsat område.

Departementet har etablerat ett *Mental Health Systems Board* där man, var tredje månad, samlar berörda nationella aktörer med ansvar att stödja systemet. Det omfattar bland annat *NHS*, *PHE*, *Health Education England*, *Monitor* och *Care Quality Commission*. Det här är departementets sätt att samla berörda aktörer och driva på implementeringen av handlingsplanen.

Departementet har också presenterat ett implementeringsramverk – *No health without mental health: implementation framework*, men det finns ingen som övervakar, samordnar och stödjer arbetet med denna.

Alla försöker göra rätt saker, men det blir en mängd dubbelarbete. Konsekvensen blir bland annat att man drar ner på verksamheten utan att beakta

den starka evidens som finns både kliniskt och ekonomiskt för att satsa på insatser riktade till personer med psykisk ohälsa. Det finns ingen som driver frågan, det vill säga en stödjande verksamhet snarare än en regulatorisk verksamhet.

Nya Zeeland

Långvarigt politisk stöd och tongivande kommission

I Nya Zeeland har man varit framgångsrika i att få ett långvarigt politiskt stöd för området psykisk hälsa. Det började med att en tydlig vision kring hur man skulle ta sig från en situation med stora institutioner till en samhällsbaserad modell. Att tillhandahålla tjänster på ett helt annat sätt. Visionen formulerades av den nationella kommissionen för psykisk hälsa i den första så kallade ritningen för psykisk hälsa – *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How things need to be*. Visionen konkretiserades i ovanstående dokument och kompletterades med en handlingsplan som skulle löpa under 10–15 år. Det här arbetet skedde inom ramen för hälsodepartementet.

År 1998 efter att flera allvarliga incidenter som involverade personer med psykisk ohälsa hade inträffat, beslutade man sig för att etablera en *Mental Health Commission*. Tanken var framför allt att den skulle vara en vakthund för att frågan om psykisk hälsa beaktades i alla relevanta sammanhang. Som beskrivits ovan presenterade kommissionen *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How things need to be* som var en tydlig ritning eller vägledning och har varit avgörande för att öronmärka medel för psykisk hälsa. Kommissionen har sedan 2012 införlivats i en kommission med ett bredare uppdrag – *Health and Disability Commission*.

Viktiga instrument i arbete med implementering av handlingsplanen *Rising to the Challenge – The Mental Health and Addiction Service Development plan 2012–2017* är institutet *Te Pou* och det omfattande arbetet som har gjorts med nyckeltal – *key performance indicators*.

Centraliserat hälso- och sjukvårdssystem

Nya Zeeland har ett offentligt finansierat och statligt styrt hälso- och sjukvårdssystem. Ca 90 procent av verksamheten bedrivs i offentlig regi, endast en mindre del privat och resten utförs av frivilligorganisationer. Frivilligorganisationer finansieras också till stor del via statsbudgeten. Hälso- och sjukvården organiseras via 20 regionala hälsovårdsstyrelser – *District Health Boards*. Hälsovårdsstyrelserna beskrivs som självständiga gentemot varandra och intrycket är att det inte sker särskilt mycket kunskapsdelning dem emellan. Styrelserna kontrakterar i sin tur ca 350 frivilligorganisationer för att tillhandahålla vård- och omsorgstjänster. Nya Zeeland har en väl utbyggd frivilligsektor inom psykisk hälsa. Det var en viktig del i den vision och handlingsplan som formulerades i början av 1990-talet.

Man har sedan början av 1990-talet haft ett tydligt politiskt stöd för psykiatriområdet vilket har manifesterat sig i omfattande handlingsplaner med konkreta målsättningar, men också i resurstilldelning. Det fördelades länge extra resurser till området. Detta gick sedan över till öronmärkta resurser inom ramen för hälso- och sjukvårdsbudgeten. I dag är medlen inte öronmärkta för vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa, men det finns en uttalad viljeinriktning från regeringen och det finns tydliga målsättningar.

Välfungerande handlingsplan

Den nuvarande handlingsplanen *Rising to the Challenge – The Mental Health and Addiction Service Development plan 2012–2017* har fått bra gehör och ett relativt stort genomslag. Det som saknas är att regeringen kopplat till handlingsplanen bestämmer sig för tydliga prestationsmål, så att verksamheterna får ytterligare incitament att implementera handlingsplanen.

Handlingsplanen har influerats av kommissionen andra vägledning – *Blueprint II – Improving mental health and wellbeing for all New Zealanders*. Handlingsplanen har ett tydligt fokus på hur man ska kunna stärka människors egen motståndskraft och förutsättningar för återhämtning. Det här ses som ett nästa steg i perspektivförskjutningen inom psykisk hälsa. Det handlar om att lära sig och förvärva de färdigheter som man behöver för att leva sitt liv oaktat psykisk ohälsa.

En kommission vars uppdrag löpte ut?

Den nationella kommissionen för psykisk hälsa etablerades 1998. Det hade under perioden före det varit flera uppmärksammade incidenter som på olika sätt berörde personer med psykisk ohälsa. Det var en känsla av kris och för

att få till stånd förbättringar och förändringar inom området psykisk hälsa etablerade man en kommission. Kommissionen i Nya Zeeland fungerade som en vakthund och har haft ett liknande uppdrag som de nationella kommissionerna i Kanada och Australien, det vill säga ett bredare, mer systeminriktat uppdrag. Kommissionen var under många år en stark aktör och kommissionens vägledning *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How things need to be* hade ett stort genomslag.

Kommissionen var en självständig institution som finansierades via departementet och man rapporterade direkt till ministern. Kommissionen hade en stark röst och ibland utmanade den departementet kring olika frågor. Den fyllde en tydlig funktion som vakthund och talesperson för personer med psykisk ohälsa.

Kommissionen har sedan 2012 införlivats i en kommission med en bredare inriktning – *Health and Disability Commission*. Den senare kommissionen har ett mer individinriktat uppdrag, liksom kommissionen i Skottland har. Över tid hade kommissionen mer kommit att fokusera på individärenden och lagstiftningsfrågor och mindre på att vara en förespråkare och för att argumentera för resurstilldelning. Det finns en upplevelse av att det är en förlust för frågan om psykisk hälsa, men samtidigt finns det en förståelse för att kommissionen kanske hade gjort sitt och att kommissionen hade spelat ut sin roll. Att det också var en naturlig utveckling då sakernas tillstånd är mycket bättre än när kommissionen etablerades. Det finns också en förståelse för att en kommissions uppdrag kanske ska vara tidsbegränsat. Kommissionens uppgifter har tagits över av departementet och institut som Te Pou. Samtidigt har ingen funktion i dag rollen som vakthund.

Starkt utvecklingsinstitut

Te Pou är ett institut som bildades 2006. Det är statligt finansierat och med ett statligt mandat men beskriver sig själva som att de verkar i en frivilligsektorkontext. De menar att den kombinationen är effektiv när det kommer till att få gehör för det arbete som bedrivs.

Te Pou arbetar med att få riktlinjer att översättas i den praktiska verksamheten – *putting policy into practice*. De arbetar framför allt med arbetskraftsutveckling – *workforce development*, evidensbaserad praktik och utfallsmått. De anses ha en inflytelserik roll och man menar att de på ett tydligt sätt bidrar till att implementera handlingsplanen, aktuell kunskap och evidens. De anses vara en katalysator för förändring. En annan centrumbildning som också lyfts fram som betydelsefull är *The Werry Centre for Child and Adolescent Mental Health* som är ett nationellt centrum som etablerade 2003 vars syfte är att förbättra unga nya zeeländares psykiska hälsa. Likaså nämns *Te Rau*

Matatini som bildades 2002 och som arbetar för ursprungsbefolkningens psykiska hälsa.

Stöd för implementering

I Nya Zeeland finns ett ganska tydligt implementeringsstöd för handlingsplanen. Te Pou har flera viktiga nyckeluppgifter som en stödjande funktion för de lokala hälsostyrelserna. Arbetet med nyckeltal – *key performance indicators* har pågått länge i Nya Zeeland. Man menar att de inte används i den utsträckningen som de skulle kunna, men man har ändå kommit en bit på väg. Det har varit lättare att komma överens om vilka nyckeltal man ska utveckla än om att faktiskt använda dem i den egna verksamheten. Te Pou har i uppdrag att hjälpa de lokala hälsovårdsstyrelserna att använda informationen för att förbättra sina verksamheter. Det upplevs finnas en ganska god struktur med stöd för de som vill förbättra sina verksamheter.

Det är viktigt att det, utöver stöd och extra resurser för utbyggnad av verksamheter från regeringen, finns finansiering för att bygga och upprätthålla en stödstruktur för att implementera de förändringar och förbättringar som krävs för att nå de uppsatta målen för området psykisk hälsa. Ett annat område som lyfts fram är vikten av goda ledare och att stödja ledarskap inom psykisk hälsa.

Ontario

Självständig provins med fokus på barn och unga

Ontario är en av 13 provinser och territorier i Kanada. Ontario är den befolkningsmässigt största provinsen, med 13,6 miljoner invånare (ca 40 procent av Kanadas befolkning). Provinserna ansvarar bland annat för hälso- och sjukvård, utbildning och social omsorg. Provinserna har sammantaget en större skatteintäkt än den federala nivån vilket är ovanligt i länder med liknande statsskick.

Den federala staten i Kanada skulle inte initiera särskilda nationsövergripande satsningar som den federala regeringen i till exempel Australien har gjort genom bland annat *Better Access initiative*.

År 2006 presenterade senaten (*Standing Senate Committee*) en mycket uppmärksamman rapport *Out of the shadows at Last – Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. I rapporten katalogiserades anledningarna till att en strategi behövdes. Kanada var också en av de få OECD-länder som inte hade en strategi. Rapporten fick ett stort genomslag och i rapporten betonade man också behovet av en nationell kommission för psykisk hälsa. Kommissionen bildades året efter.

I Ontario har man en 10-årig gemensam strategi för psykisk hälsa och missbruk – *Open Minds, Healthy Minds – Ontario’s Comprehensive Mental Health and Addiction Strategy*. Det är en strategi som anses fungera bra och som har fått ett relativt stort genomslag. Strategin ägs gemensamt av sex ministerier⁸ i delstaten och rapporteringen sker till delstatsregeringens högsta minister-

Not 8. Ministry of Health and Long-Term Care, Ministry of Children and Youth Services, Ministry of Education, Ministry of Training, College and Universities, Ministry of Attorney General och Ministry of Community Safety and Correctional Services.

grupp. Ministrarna har olika ansvar och har finansierat olika delar av strategin. Man har i Ontario likt Skottland börjat med något eller några områden med avsikt att genom förbättringar i dessa åstadkomma ändringar/förbättringar i hela systemet. I Ontario har man bestämt sig för att satsa på insatser riktade till barn och unga de första tre åren. Det här har också inneburit att man har tillskjutit extra resurser och kommer att fortsätta att göra det.

Fragmenterat hälso- och sjukvårdssystem

I Ontario styrs hälso- och sjukvården via den provinsiella regeringen. Som konstaterats ovan har den federala regeringen litet reellt inflytande utöver att de transfererar finansiering till provinser och territorier. Det finns inget inbyggt ansvarsutkrävande. Provinserna värnar sin självständighet och det har blivit allt tydligare de senaste 10–15 åren att man inte vill få federala riktlinjer om vad man ska göra. Det finns också en uppfattning att den federala nivån inte önskar ett större inflytande än så. I dag svarar den federala delen av hälso- och sjukvårdsbudgeten för ca 20 procent. För utförandet finns det inom provinsen 14 regionala hälso- och sjukvårdsstyrelser. Den utmaning som återkommer i såväl rapporter som intervjuer är att vården och omsorgen är fragmenterad och att såväl pengar, styrning som utförande görs i stuprör.

I Ontario har man fortfarande fler stora institutioner, man upplever att man inte har kommit lika långt som många andra länder i att kunna erbjuda samhällsbaserade insatser. Till exempel finns det i Toronto, den största staden i Kanada med 2,5 miljoner invånare, 5 000 platser i olika boenden och 7 600 personer på väntelista för boende.

Man upplever att det i dag finns en mer omfattande offentlig diskussion kring psykisk hälsa, det har skett ett visst resurstillskott, men att detta inte har följts av en politisk prioritering och – *commitment to action*. I Ontario satsar man mindre på psykisk hälsa än i UK, Australien och Nya Zeeland.

Nationell kommission för psykisk hälsa

Kommissionen för psykisk hälsa bildades 2007, ett år efter den uppmärksammade rapporten från senaten där man också förordade att en fristående kommission behövdes för att erbjuda ett fortlöpande nationellt fokus på frågor kring psykisk hälsa. Kommissionen har ett tioårigt uppdrag och finansieras via motsvarande socialdepartementet. Kanada har liksom Nya Zeeland en kommission med ett bredare, mer systeminriktat uppdrag. Kommissionen presenterar årliga rapporter om vad som har gjorts och om utvecklingen inom olika områden. Bildandet av en kommission stöddes av alla provinser

och territorier förutom Québec. Det kan jämföras med Australien där delstaterna och territorierna inte involverades i bildandet av den nationella kommissionen.

Kommissionen ska fungera som en katalysator, de ska tillsammans med andra aktörer fokusera på nyckelfrågor och projekt, och ge rekommendationer på hur man bäst förbättrar de olika systemen som direkt påverkar vård och omsorg av personer med psykisk ohälsa. Kommissionen är jämförelsevis relativt välfinansierad, men samtidigt menar man att den inte fick de resurser som var tänkta initialt. Tanken var att kommissionen skulle administrera 5,3 miljarder dollar (kanadensiska, motsvarande ca 34,3 miljarder kronor) under 10 år. Dessa skulle i olika former fördelas ut till provinserna och territorierna. Så blev dock inte fallet. Kommissionen är också större än flertalet andra kommissioner.⁹ Ett omfattande projekt som precis har avslutats var ett forskningsprojekt kring hemlöshet och psykisk ohälsa. Den kanadensiska regeringen avsatte 110 miljoner dollar (kanadensiska) till kommissionen i arbetet. Det resulterade i ett fyra år långt projekt *At Home/Chez Soi* i fem städer med syfte att tillhandahålla praktisk och meningsfullt stöd till personer som saknade bostad och som led av psykisk ohälsa.

År 2012 presenterade kommissionen Kanadas första strategi för psykisk hälsa *Changing directions Changing Lives – The Mental Health Strategy for Canada*. Kommissionen hade ett par år tidigare formulerat en vision och övergripande målsättningar i arbetet med att förändra vård, omsorg och övriga insatser för personer med psykisk ohälsa. I strategin har visionen konkretiserats i 26 prioriteringar, 109 rekommendationer som grupperats i 6 strategiska riktningar. Handlungsplanen anses vara bra, men den saknar både tydliga och mätbara mål som kan följas upp och kommissionen har inte mandat att avkräva från provinserna att de ska arbeta i enlighet med handlingsplanen. En viktig distinktion är också att den presenterade handlingsplanen är kommissionens och inte den federala regeringens handlingsplan som ska vägleda deras arbete.

Det finns en bred representation bland kommissionärer i Kanada. Näringslivet har en viktig roll och en av de mest utvecklade riktlinjerna gäller den så kallade *National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace* som har tagits fram av kommissionen tillsammans med näringslivsrepresentanter och där vissa stora arbetsgivare tagit på sig rollen att vara vägvisare i implementeringen av dessa standarder.

Det fanns många förhoppningar knutna till etablerandet av den nationella kommissionen för psykisk hälsa och den generella bilden är att kommis-

Not 9. Rosenberg, S. och Rosen, A., It's raining mental health commissions: prospects and pitfalls in driving mental health reform, *Australasian Psychiatry* 0(0) 1-6, 2012.

sionen har gjort en del bra saker, men det finns de som menar att den skulle kunna ha varit mer aktiv. Istället för att ägna de första åren åt att formulera en vision och en strategi skulle de ha fokuserat på att verkligen sätta frågan om psykisk hälsa på agendan. Fokusera tydligare på att verkligen hantera frågor kring stigma och diskriminering och försökt kvantifiera vilka investeringar som behövs och var. Kommissionen presenterade i mars 2013 rapporten *Making the Case for Investing in Mental Health in Canada* där man har räknat på kostnaderna för psykisk ohälsa och vad man skulle kunna spara (rent ekonomiskt) genom investeringar i vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa. Materialet går också att bryta ner per provins och territorier. Det har dock inte skett på några håll i Kanada än och detta tas som intäkt för kommissionens svårigheter att få genomslag.

Det är också viktigt att komma ihåg att även om kommissionens arbete kan vara bra har kommissionen inget mandat att få provinserna att följa deras rekommendationer. Det har funnits en motvilja att ge kommissionen formella möjligheter att kritisera de provinsiella regeringarna. Kommissionen har mandat att uppmuntra, men inte att kritisera.

Ett annat forum som de senaste åren har arbetat parallellt med kommissionen, men som har lagts ner sedan 2013, var *Canada Health Council* som upplevs ha haft ett starkare mandat eller i alla fall större genomslag eftersom ledamöterna har valts ut av deltagande provinser och territorier samt den federala regeringen för deras erfarenhet och kunskaper inom förnyelse av hälso- och sjukvård. Skillnaden är dock att de har ett mycket bredare uppdrag, inte bara frågor kring psykisk hälsa.

Strategi med fokus på barn och unga

Ontarios strategi *Open Minds, Healthy Minds – Ontario's Comprehensive Mental Health and Addiction Strategy* presenterades 2011, den håller nu på att uppdateras och det återstår att se i vilken utsträckning Ontarios strategi kommer att ta intryck av kommissionens handlingsplan. Kommissionen har ingen beslutsrätt över provinserna och det har därmed inte heller kommissionens handlingsplan. Merparten av provinserna och territorierna har egna handlingsplaner utöver kommissionens. Handlingsplanen i Ontario omfattar såväl personer med psykisk ohälsa som personer med missbruk.

År 2008 sammankallade regeringen i Ontario en grupp kunniga och erfarna personer för att ingå i en *Advisory Group*. Syftet var att få deras inspel i arbetet med att utarbeta en 10-årsstrategi med syfte att förändra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa och personer med missbruk. Ministerns rådgivande grupp presenterade sina slutsatser och förslag i rapporten *Every door is the right door – towards a 10-Year Mental Health and Ad-*

dictions Strategy; A discussion paper. Det arbetet var betydelsefullt för hur strategin kom att utarbetas.

I strategin har man valt att under de första tre åren framför allt fokusera på insatser som syftar till att förbättra vården och omsorgen för barn och unga som mår psykiskt dåligt. Förhoppningen är att väsentliga förbättringar inom ett delområde också ska ha effekt även inom andra områden. Man har också i handlingsplanen förbundit sig att tillskjuta extra resurser. I handlingsplanen konstaterar man att en av de största utmaningarna ligger i att vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa och/eller missbruk är splittrad, ansvaret och finansieringen är fördelat över 3–4 departement och insatserna erbjuds i en mängd olika vård- och omsorgssammanhang. En uttalad målsättning är att försöka fokusera insatserna kring den enskilde i integrerade former. Under de första åren har man framgångsrikt arbetat över departementsgränserna för att åstadkomma förbättringar. Ett problem som dock kvarstår är att finansieringen fortfarande görs i olika stuprör. Strategin anses trots detta fungera bra och anses ha fått ett relativt stort genomslag.

Implementering av strategin

Det har varit svårt att få en överblick över hur man arbetar i Ontario för att implementera strategin. Strategins 22 olika satsningar har alla olika implementeringsstöd kopplade till sig. En viktig aktör i arbetet är *Centre for Addiction and Mental Health (camh)* som är ett sjukvårdssystem inom området som numera också utvecklat ett viktigt forskningsinstitut och ett center för att stödja implementering det så kallade *Provincial System Support Program (PSSP)* som drivs från Toronto med mindre kontor runt provinsen utifrån vilka mycket utvecklingsstöd drivs. PSSP som implementeringsstöd har ett mycket frekvent samarbete/avrapportering till den samordnande tjänstemannagruppen mellan departementen/ministerierna som står bakom strategin.

I strategin har man identifierat behovet av att öka tillgängligheten och koordineringen av insatser för vård, omsorg och andra relaterade tjänster för barn, unga och familjer. I syfte att åstadkomma förutsättningar för tydliga förbättringar avseende den här prioriteringen i strategin har man etablerat 18 så kallade servicesamarbeten – *Service Collaboratives* i Ontario. Inom ramen för samarbetena samlar man utförare och andra viktiga intressenter från olika sektorer som möter personer som har en psykisk ohälsa och/eller missbruk. Målsättningen är att genom att gemensamt identifiera och implementera förändringar på systemnivå, förbättra tillgängligheten, användarnas erfarenheter och hälsoutfallet. Det finns delade meningar om vilken betydelse arbetet i servicesamarbetena har.

En annan intressant pilotverksamhet som kommer att påbörjas i slutet av året är att de 14 regionala hälso- och sjukvårdsstyrelserna kommer att få i uppdrag att identifiera en ledande regional aktör som ska ansvara för att skapa en integrerad modell för samarbete som involverar samtliga departement som tillhandahåller resurser för insatser till barn och unga som mår dåligt. Om detta blir framgångsrikt kommer det att ha en stor betydelse för hur framtida tjänster tillhandahålls.

Som presenterats ovan har man i strategin beslutat sig för att de första tre åren framför allt fokusera på insatser riktade till barn och unga. Det finns en konsensus kring att arbetet har varit betydelsefullt och framgångsrikt. De särskilda medel som har avsatts anses ha spelat en stor roll och det kommer att fortsätta framöver. Det är fortfarande en utmaning att verksamheterna bedrivs i egna stuprör.

Det finns en samstämmig bild av att man måste mäta det man gör och att det är en väg till förbättringar och utveckling. Det måste finnas en gemensam vision, men därutöver behöver man sätta konkreta och uppföljningsbara mål, dessa ska löpande följas och avstämningar ska göras för att se att utvecklingen går åt rätt håll. Det konstaterades att man kan ha den bästa nationella strategin för psykisk hälsa i världen, men om inte den federala regeringen lägger pengar på bordet för att implementera den, eller kräver, vilket inte sker i dag, att provinserna mäter och rapporterar sina resultat för att få del av de federala pengarna kommer den inte att få något genomslag.

Skottland

Litet land med närhet till politiken

Skottland är en självstyrande riksdel i Storbritannien med drygt 5 miljoner invånare. Det finns ett lokalt engagemang och en närhet till politiken som påverkar hur arbetet inom psykiatriområdet bedrivs och kan bedrivas. Det tillåter en nära koppling mellan den lokala och den nationella nivån. I Skottland har man haft en kommission för psykisk hälsa sedan 1960-talet och man beskriver sig själv som tidiga i att verkligen ge den enskilda individen en tydlig egen företrädare. Kommissionen hade redan då möjlighet att besöka enskilda individer inom den psykiatriska vården och hade även möjlighet att upphäva åtgärder vidtagna mot bakgrund av psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning. Kommissionens betydelse än i dag bekräftades för ett par år sedan när man försökte införliva kommissionen för psykisk hälsa i en bredare kommission om den framtida hälso- och sjukvården, vilket föranledde en högljudd protest från flera läger och förslaget drogs tillbaka.

Den politiska diskussionen kring psykisk hälsa i Skottland präglas av en ganska bred politisk konsensus. Man upplever också att det finns ett politiskt engagemang och en fördomsfri diskussion. I Skottland arbetar man utifrån en medveten strategi där man försöker att åstadkomma systemförändringar genom att använda utvalda områden som murbräckor för att åstadkomma förändringar över hela linjen av insatser. Man har i Skottland också haft en del väldigt framgångsrika kampanjer kring bland annat stigma och diskriminering (See me) och som har präglat den allmänna opinionen och bidragit till att bibehålla ett allmänt intresse för frågor kring psykisk hälsa.

Ny lagstiftning

Skottland är indelat i 14 regionala hälso- och sjukvårdsstyrelser, *Health boards*, som ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Dessa självständiga organisationer är inte demokratiskt styrda organisationer utan en regional indelning av den statliga hälso- och sjukvårdsverksamheten. Härutöver har man 32 lokala huvudmän, *local authorities*, som är demokratiskt styrda organisationer med ansvar för områden som boende, omsorg och utbildning. Det finns således två parallella finansieringssystem för vård- och omsorgsinsatser riktade till personer med psykisk ohälsa och samverkan dem emellan har många gånger varit en utmaning. Insatser inom ett område kan leda till besparingar inom ett annat område som tillhör en annan huvudman. Likaså kan insatser inom ett område leda till kostnader inom en annan huvudmans verksamhetsområde.

Skottland har under många år haft omfattande diskussioner kring hur man ska komma åt problemet med gränsdragningarna mellan de två huvudmännen. För tio år sedan bildade man en *joint futures programme* för att försöka komma till ändamålsenliga lösningar, men utan att nå de resultat man hoppades. Nu har man beslutat sig för att lagstifta. I februari 2014 fattade riksdagen beslut om *Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014*, som är en så kallad integrationsplan. Den innebär att de två huvudmännen ska bilda en ny entitet, ett partnerskap för vård och omsorg – *health and social care partnerships*. Dessa regionala sammanslutningar ska ha en gemensam budget och det ska finnas en ansvarig chef. Den nya organisationen ska vara ansvarig inför departementet, den regionala hälso- och sjukvårdsstyrelsen, den lokala huvudmannen och allmänheten för att leverera vård och omsorg utifrån nationellt beslutade utfallsmått.

Utmaningen man står inför nu är att det framför allt har kommit att handla om ett strukturellt arbete och process kring hur stor del av respektive organisations budget som ska ingå i partnerskapen samt hur de ska styras och ledas. Det som riskerar att hamna i skymundan är det som man initialt bedömde vara centralt, att det i stor utsträckning handlar om en kulturförändring, att arbeta tillsammans, tänka tillsammans och att se hela människan.

Det är ett stort arbete som precis har påbörjats och i vissa sammanhang menar man att det är en radikal reform. Upplevelsen är dock att utvecklingen var oundviklig och alla parter kan se värdet av och potentialen i den nya lagstiftningen. Det finns de som fäster stora förhoppningar vid att detta kommer att lösa ut många knutar och minska gränsdragningsproblem. Det finns dock andra som oroar sig för det demokratiska underskottet som de anser blir en konsekvens av att de lokala huvudmännen får ett minskat inflytande men också för att den medicinska modellen ska komma att dominera och över-

skugga de sociala modellerna som styr synsättet på individer och insatser inom omsorgsverksamheterna.

I Skottland har man också nyligen lagstiftat om en sammanhållen, tvärsektoriell strategi kring barn och unga där även psykisk hälsa ingår (GIRFEC). Utgångspunkten är att alla sektorer som arbetar med barn och unga lokalt såväl som nationellt, ska planera sitt arbete som ett samordnat system utifrån en gemensam modell för att beskriva barn och ungas behov för att uppnå och upprätthålla välbefinnande. Arbetet kring enskilda barn och unga ska också utgå från samma analytiska ramverk och en tät koppling mellan alla berörda parter som ska arbeta mot samma mål.

Strategi med struktur för implementering och återkoppling

Skottland har en nationell strategi *Mental Health Strategy for Scotland 2012–2015* där man väldigt tydligt har fokuserat på fyra förbättringsområden och sju teman, och inom dessa formulerat 36 åtaganden. Handlingsplanen är efterföljaren till *Delivering for Mental Health* och *Towards a Mentally Flourishing Scotland* och en tydlig vidareutveckling av dessa. Det är departementet som äger strategin och svarar för dess implementering. Man har valt att inte formulera en genomförandeplan för att inte redan inledningsvis definiera vilka insatser ska genomföras. En plan som löper under tre år och där det inte finns en genomförandeplan anses ge det handlingsutrymme som behövs för att kunna arbeta ändamålsenligt. Inga nya eller särskilda resurser avsattes för att implementera strategin.

Två organisatoriska lösningar kring strategin har skapats som upplevs bidra till att öka genomslagskraften. Ett *Mental Health Delivery Team* har bildats bestående av nyckelpersoner inom regeringskansliet och berörda myndigheter som *NHS Education Scotland*, *Health Scotland*, *Health care Improvement Scotland* och andra kollegor som arbetar nära de regionala hälso- och sjukvårdsstyrelserna i syfte att åstadkomma förbättringar lokalt. Gruppen, som är relativt liten, träffas varannan vecka. De har ett mycket vidare uppdrag än implementering, målsättningen är att det ska leda till en ökad koordinering av insatser och aktiviteter så att man inte gör saker som drar åt olika håll. Gruppen fattar principiella beslut om vad som behöver göras, men det är också ett forum för regelbundna uppdateringar. Fördelen som man ser det är möjligheten att inkludera berörda parter på ett väldigt direkt sätt. Och det har visat sig vara ett effektivt sätt att skapa ett team runt nyckelpersoner inom departementen.

Därutöver har man skapat ett system för implementering och bevakning av åtaganden i handlingsplanen. Ett antal *Implementation and Monitoring Groups* har bildats med ansvar att följa utvecklingen, återrapportera till de-

partementet och som extern part granska och lämna förslag på förbättringar avseende det som görs i dag, men också att komma med förslag om vad som behöver göras framöver. Man har samlat de 36 åtagandena i tematiska grupper och för varje grupp av åtaganden finns en arbetsgrupp som bland annat består av personer från de lokala huvudmännen, från omsorgsverksamheter, professionsföreträdare, NGO-sektorn och brukarföreträdare. Grupperna träffas kvartalsvis, men det finns också inom ramen för grupperna ansvariga eller arbetsutskott som ansvarar för att ta fram fördjupade underlag. Detta har visat sig leda till en ökad samstämmighet kring inriktningen på arbetet och om vad som behöver göras och hur.

Aktivt arbete för att åstadkomma generella förbättringar

I Skottland har man valt att åstadkomma förändring och förbättring på bred front genom att fokusera mer energi på ett par utvalda områden – i första hand barn och unga – och på så sätt försöka åstadkomma förändringar i systemet på bred front.

Detta är både en konsekvens av en syn på hur förändring kan och bör åstadkommas och en konsekvens av att man inte anser sig ha tillräckligt med resurser och därmed möjligheter att göra lika omfattande satsningar över hela bredden av insatsområden.

Tidig med kommission för psykisk hälsa

Skottland har haft en kommission för psykisk hälsa sedan år 1960 – *Mental Welfare Commission for Scotland*. På den tiden gjorde den besök på institutioner och kunde till och med upphäva beslut om tvångsvård. Den var långt före sin tid.

Kommission i Skottland har i dag fem huvudsakliga ansvarsområden. Den besöker personer som behandlas inom psykiatrin, den övervakar insatser som görs mot bakgrund av lagstiftningen inom området, den gör utredningar, tillhandahåller information och råd, samt har ett uppdrag att försöka påverka och utmana olika instanser som arbetar med personer med psykisk ohälsa. Kommissionen ansvarar inte för implementeringen av den nationella handlingsplanen.

Enskilda kan således vända sig till kommissionen med synpunkter kring sin behandling. Kommissionen kan välja att göra en utredning och publicera sina resultat och rekommendationer. Kommissionen gör också tematiska undersökningar, där de tittar bredare på ett område, det senaste var kvinnor som begår brott. De ger vägledning till verksamhetsutövare. De bevakar att lagstiftning inom området används ändamålsenligt.

Kommissionen finansieras via staten, men är en självständig myndighet.

För några år sedan presenterades ett förslag om att kommissionen skulle införlivas i den bredare *Commission on the future delivery of Public Services*, vilket ledde till högljudna protester. Förslaget drogs tillbaka och beslut fattades om att kommissionen skulle kvarstå och i dag har den en egen styrelse. De som arbetar inom psykiatri i Skottland betonar vikten av att ha en kommission som fungerar som en vakthund.

Kollaborativa processer för implementering

Utöver arbetet inom the *Mental Health Delivery Team* och *Implementation and Monitoring Groups* besöker avdelningen för psykisk hälsa inom departementet de regionala hälso- och sjukvårdsstyrelserna var sjätte månad. Det är ingen granskning, utan det är för att underhålla en dialog kring insatser inom ramen för handlingsplanen.

Historiskt sett har man också inom ett par utvalda områden, bland annat depression och demens, arbetat framgångsrikt med kollaborativa modeller för att åstadkomma nationsövergripande förbättringar. Avseende båda dessa sjukdomar hade noterats en omfattande underdiagnostik. Arbetet kring demens innebar framför allt att en målsättning kring förbättrad frekvens av diagnosättning formulerades samt att undersöka hur den målsättningen skulle uppnås. Det gjordes ett omfattande arbete lokalt och den målsättningen utgör nu en nationell standard. Man arbetade på ett liknande sätt kring depression. Dessa satsningar krävde stora ekonomiska investeringar och även om utvecklingspotentialen är tydlig finns det inte möjlighet att göra den typen av omfattande satsningar över hela insatsbredden.

På vissa områden som till exempel förbättrad tillgänglighet för barn och unga, patientsäkerhetsprogram och peer support anses det finnas bra stöd för implementering, men inte på generell nivå. Det är hur man ska göra som saknas. Åtagandena i handlingsplanen ger vägledning men inte stöd till verksamhetsföreträdare kring hur de ska implementeras.

Slutsatser

Mer kunskap i dag än någonsin tidigare

Vi har i dag mer kunskap och mer evidens om vad som fungerar och hur olika verksamheter bör vara organiserade än någonsin tidigare. Vi vet att det finns vetenskapligt stöd för exempelvis IPS (*Individual Placement and Support*), *peer support*, ACT och multidisciplinära team. Det finns med andra ord mindre av en ursäkt i dag att inte – *get mental health reform right*, alltså att inte få till systemskiften och därmed förbättringar och förändringar för personer med psykisk ohälsa. Utmaningen är att få kunskaperna omsatta i praktiken och implementerade i samtliga berörda verksamheter.

Långsiktigt arbete

Det har genomgående betonats att för att åstadkomma systemskiften och genomgripande förändringar och förbättringar inom psykiatriområdet krävs uthålliga satsningar – både politiskt och ekonomiskt. Australien presenterades sin första handlingsplan för psykisk hälsa 1992 och de har kommit långt, även om mycket fortfarande återstår. Nya Zeeland presenterade sin första handlingsplan 1994 och de har kommit långt sedan dess, Kanada presenterade sin första nationella handlingsplan 2012. Det är en bra handlingsplan men den saknar tydliga och mätbara mål och incitament.

Det finns en bild av att, även om vissa länder har kommit långt, så har man på många håll inte lyckats att implementera de handlingsplaner och strategier som har utarbetats.

Vad krävs för att kunskaper ska implementeras?

Det är fem grundstenar som återkommer i intervjuer och bakgrundsmaterial som man anser behöver finnas på plats för att kunna åstadkomma genomgripande förändringar i hur verksamheter och insatser tillhandahålls för personer med psykisk ohälsa. De mest grundläggande elementen är:

1. En strategi/ handlingsplan, som tar sin utgångspunkt i den aktuella kunskap och evidens som finns.
2. Mål, det behöver finnas tydliga och mätbara mål.
3. Ekonomiska resurser som följer målen.
4. Att man mäter resultaten.
5. En stödstruktur för implementering.

Det är viktigt att det finns en handlingsplan som är tydligt förankrad i aktuell kunskap och evidens och som anger tydliga målsättningar, gärna mätbara mål. Baserat på detta bör sedan ett flerårigt ekonomiskt stöd utgå. Det ekonomiska stödet ska tydligt följa det som det finns evidens för i form av insatser, organisation etcetera. Det ska också finnas finansiering för aktörer som har i uppdrag att stödja verksamheter med att åstadkomma förändringar och förbättringar. Därutöver behövs en infrastruktur kring insamling av data som gör att man löpande kan mäta resultat och måluppfyllelse. Till sist behövs en stödstruktur för implementering.

Den sjätte punkten som skulle kunna läggas till ovanstående är att det bör finnas en transparens, framför allt avseende uppföljning av måluppfyllelse. Resultat ska löpande följas upp och uppföljningarna ska rapporteras på ett öppet och tydligt sätt. Det finns mycket som talar för att man även ska koppla incitament till hur väl man lever upp till de mål som har satts.

Mätbara mål

Det finns en generell uppfattning att det som saknas i flertalet befintliga handlingsplaner och strategier är tydliga och mätbara mål, vilket är en förutsättning för att nå resultat. Detta har redan noterats ovan som en förutsättning för att få kunskap implementerad, men det är också en förutsättning för att handlingsplaner och strategier ska få genomslag. I Nya Zeeland arbetade den tidigare kommissionen för psykisk hälsa tidigt och framgångsrikt med konkreta och många gånger kvantifierbara mål. Detta innebar en tydlighet i vad som skulle komma att krävas, men det gjorde det också enkelt att följa utvecklingen och måluppfyllelsen.

Prioriterade områden först?

Det finns positiva erfarenheter av att försöka åstadkomma förändringar och förbättringar över hela insatsområdet genom att börja med ett eller ett par områden först. I både Skottland och Ontario har man börjat med att satsa på insatser riktade till barn och unga. Både för att man har bedömt att de har varit särskilt eftersatta och för att det finns mycket att vinna på att tidigt nå de som mår dåligt. Det finns i dag ett omfattande stöd i forskningen för att man med preventiva insatser har möjlighet att senarelägga insjuknande i psykisk ohälsa och därmed också efterföljande påfrestningar relaterade till psykisk sjukdom, såväl som relaterade personliga, sociala och ekonomiska kostnader. Detta kopplat till att studier har visat att hälften av den totala belastningen av psykisk ohälsa under livet (inte inräknat demens) har börjat vid 14-års ålder och 75 procent vid 25-års ålder, talar för värdet av att tidigt nå barn och unga som riskerar att utveckla en psykisk ohälsa.¹⁰

Det är också tydligt uttalat att målsättningen är att åstadkomma breda, mer systeminriktade förändringar och förbättringar över hela området genom att använda vissa prioriterade områden som en murbräcka. Härutöver har flera också lyft att man inte har råd att göra lika omfattande investeringar över hela insatsområdet, några områden i taget prioriteras.

Infrastruktur för implementeringsstöd

Det saknas stöd för implementering, på ett mer övergripande plan, av de nationella handlingsplanerna och strategierna i de länder som har studerats, med ett eventuellt undantag för Nya Zeeland. Erfarenheter visar att en nationell organisation eller ett institut som får i uppdrag att hjälpa lokalt och regionalt ansvariga och utförare att implementera de riktlinjer och den kunskap som tas fram har betydelse. Te Pou i Nya Zeeland har lyfts fram som betydelsefullt och de institut som har funnits i England anses ha spelat en stor roll. De utgör ett mellanled i hur visioner och mål ska kunna omsättas i praktik. De kan ge stöd i frågor som att ta fram lämpliga indikatorer, att stödja utveckling och förbättring och att identifiera goda och innovativa lösningar som bör utvärderas och spridas effektivt. De hjälper ansvariga att se vad som krävs av just deras verksamhet, vad de som verksamhetschefer ska göra för att operationalisera dessa visioner i den verksamheten som de ansvarar för. Det besparar också verksamheterna att själva försöka utforma hur till exempel ex ett *peer support* program skulle se ut för den typen av verksamhet som de bedriver.

Not 10. Campion, J., Bhui, K. and Bhugra, D. (2012) European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders, *European Psychiatry*, 27: 68-80.

Sammanfattningsvis kan konstateras att trots att länderna har utvecklat olika typer av stödstrukturer för implementering upplevs sällan att ambitionerna har uppnåtts. Utifrån det kan två viktiga slutsatser dras:

1. det är inte möjligt att lyckas utan ett aktivt samordnat stöd för implementering och
2. dessa måste vara stabila, ha en tydlig roll och bör därför vara en samlad kraft med en tydlig roll i det nationella systemet.

De måste också ha ett starkt förtroende och stor legitimitet från verksamheterna för att inte ses som en ”inspektör” utan en aktiv part som stödjer det lokala och regionala arbetet. Sannolikt vinner en sådan funktion på att ha en nära kontakt med kontinuerlig och tät återrapportering till lämplig part i den nationella styrningen såsom departementet.

Ett annat ”verktyg” som återkommande lyfts är att koppla kunskap och riktlinjer om vad som fungerar till exempelvis ackreditering och upphandling. Om de som ackrediterar verksamheter eller upphandlar verksamheter kan fås att i den processen införliva krav på användande av utarbetade riktlinjer så finns incitament för verksamheterna att implementera riktlinjer som baseras på aktuell kunskap och evidens om hur den typen av verksamhet bör bedrivas eller hur tjänster ska tillhandahållas.

HR-strategi för psykisk hälsa

Flera har lyft behovet av att ha en övergripande HR-strategi för psykisk hälsa. Det handlar om att definiera vem/vilka funktioner som ska arbeta inom området psykisk hälsa. Strategin ska bland annat omfatta vad arbetsstyrkan inom psykisk hälsa ska göra, var de ska vara, hur de ska utbildas och hur de ska stödjas. Det här är en strategi som behöver ägas och förvaltas gemensamt av de som finansierar verksamheterna och professionerna.

Te Pou i Nya Zeeland arbetar med evidensbaserad arbetskraftsplanering. De menar att detta ofta kommer längst ner på listan av insatser, men menar att arbetskraftskomponenten borde vara en helt central del av arbetet med att förändra och förbättra insatser för psykisk hälsa.

Hur åstadkommer man systemskiften

Förekomsten av en bra nationell strategi för psykisk hälsa innebär inte nödvändigtvis att man har ett bra vård- och omsorgssystem för psykisk hälsa. För att kunna åstadkomma ett systemskifte krävs granskning av det system man har i dag och identifierar hur det skiljer sig från det system som önskas. Det påverkar i sin tur vem man vill ha kring bordet när man utarbetar sin strategi

eller handlingsplan. I Australien och Nya Zeeland beslutades att man ville ha en starkare och mer utbredd frivilligsektor inom psykisk hälsa. Vill man bygga in mer *peer support* och *peer leadership* i systemet är det viktigt att det är personer som är kunniga inom detta som finns med kring bordet när diskussionerna förs.

Det här handlar om att ha konkretiserat sin vision om vilka insatser, samt i vilka former, personer med psykisk ohälsa ska erbjudas.

En annan viktig fråga att diskutera är huruvida man vill ha "särlosningar" för psykisk ohälsa eller om dessa frågor ska "normaliseras" och integreras i den ordinarie strukturen och diskussionen av hälso- och sjukvård och omsorg. Det finns för- och nackdelar med båda alternativen, särlosningar gör att man ofta inte gagnas av generella insatser och utvecklingsåtgärder, det kanske till och med prioriteras mindre i ordinarie verksamhet om det finns särlosningar. Fördelen är att området och frågorna får en särskild betoning och därmed har lättare att hävda sig i relevanta beslutsprocesser. Krävs det kanske särlosningar under en övergångsperiod för att ett eftersatt område ska komma ikapp, frågan som kvarstår är då när det kan anses ha kommit ikapp och hur en integrering görs som vidmakthåller och förstärker den utveckling som har skett.

I England utgör likvärdigt erkännande – parity of esteem av psykisk hälsa visavi somatisk hälsa en viktig politisk linje för nuvarande regeringen. Genom detta analytiska grepp sätts fokus på att säkerställa att psykisk hälsa får den status som den förtjänar i hälsopolitiken.

Verksamheter planeras och finansieras i stuprör

Återkommande har det faktum att planering och finansiering sker i stuprör lyfts som ett problem. Detta gäller både inom och mellan olika huvudmäns ansvarsområden, och är inte minst tydligt när det gäller insatser riktade till barn och unga. I Ontario arbetar man med servicesamarbeten – *service collaboratives* för att försöka komma runt detta. I Skottland har man efter flera år av diskussioner kring gränssnitt mellan olika huvudmän, beslutat sig för att lagstifta fram ett gemensamt ansvar och en gemensam finansieringsstruktur.

Kommissioner kan vara betydelsefulla

Kommissioner upplevs generellt som betydelsefulla för att upprätthålla en diskussion på nationell nivå kring psykisk hälsa och man anser att de kan vara en stark kraft. Det finns delade meningar om vilken modell av kommission som är den mest effektfulla. Det finns de som menar att den starkaste formen av kommission har resurser till sitt förfogande, då kan man åstadkomma sys-

temskiften. Andra menar att en sådan modell snarare riskerar att slukas upp av administration. Kommissionen har dock sin viktigaste roll som vakthund för att frågor kring psykisk hälsa alltid beaktas i relevanta sammanhang. Det finns i dag kunskap om viktiga vägval, samt kunskap om förutsättningar för att kunna åstadkomma förändring.

Det här har bedömts vara viktiga förutsättningar som krävs för att en kommission som inte har en egen budget att fördela, ska kunna utgöra en stark aktör¹¹:

1. Möjligheten att rapportera offentligt, efter kommissionärernas eget omdöme.
2. Möjligheten att rapportera till parlamentet, inte enbart till regeringen. Så att rapporteringen inte riskerar att fastna i den politiska processen.
3. Befogenheten att övertala eller tvinga andra statliga myndigheter att stödja kommissionens arbete, tillhandahålla nödvändig statistik etcetera.
4. En organisationsstruktur som skapar möjligheter för ett blocköverskridande politiskt stöd för kommissionens arbete.
5. Entydigt politiskt stöd, med fördel från motsvarande statsrådsberedningen. Det ger kommissionen möjlighet att arbeta departements- och myndighetsöverskridande.
6. Möjligheten att göra egeninitierade utredningar, utöver utredningar på ministrarnas inrådan.
7. Möjligheten att påkalla formella statliga granskningar av motsvarande Riksrevisionen om det krävs.
8. Transparenta upphandlingsprocesser som tillåter bekräftelse av att resurser för psykisk hälsa fördelas på rätt sätt.

Härutöver är det viktigt att kommissioner har en självständig roll och att flera viktiga intressenter är med på att man ska bilda en kommission för psykisk hälsa. Likaså att en tydlig roll- och uppgiftsfördelning etableras mellan de olika aktörerna som finns på nationell nivå.

Not 11. Rosenberg, S. och Rosen, A., Can mental health commissions really drive reform? Towards better resourcing, services, accountability and stakeholder engagement, *Australasian Psychiatry* 0(0) 1-6, 2012.

Referenser

Intervjuer

Australia

Peggy Brown, Director-General, Health Directorate, ACT Government
Alan Rosen, Deputy Commissioner, Mental Health Commission of New South Wales

England

Gregor Henderson, Director, Wellbeing and Mental Health, Public Health England
Ian McPherson, Chair, Improving Health and Wellbeing UK

Nya Zeeland

Barbara Disley, Chief Executive of Richmond New Zealand Trust
Robyn Shearer, Chief executive, Te Pou

Ontario

Simon Davidson, Chief, Department of Psychiatry, Children's Hospital of Eastern Ontario
Steve Lurie, Executive Director, Canadian Mental Health Association Toronto Branch
Peggy Taillon, President and Chief Executive Officer, Canadian Council on Social Development

Skottland

Penelope Curtis, Mental Health and Protection of Rights Division, Scottish Government
Nigel Henderson, Chief Executive, Penumbra

Planer, rapporter och artiklar

2013 Annual Report, International Initiative for Mental Health Leadership

Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How things need to be, December 1998, Mental Health Commission (NZ)

Blueprint II – Improving mental health and wellbeing for all New Zealanders, June 2012 Mental Health Commission (NZ)

Campion, J., Bhui, K. and Bhugra, D. (2012) *European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders*, *European Psychiatry*, 27: 68-80

Changing directions Changing Lives – The Mental Health Strategy for Canada, Mental Health Commission of Canada (ONT)

Closing the Gap: Priorities for essential change in mental health, Department of Health, February 2014 (England)

Delivering for Mental Health, NHS Scotland, Scottish Executive, Edinburgh 2006 (SC)

Every door is the right door – towards a 10-Year Mental Health and Addiction Strategy: A discussion paper, Ontario 2009 (ONT)

Fourth National Mental Health Plan: An agenda for collaborative government action in mental health 2009–2014, Commonwealth of Australia 2009

Key Performance Indicator Framework for New Zealand Mental Health and Addiction Services: Phase III: Implementation of the framework in adult mental health services, June 2012

Making the Case for Investing in Mental Health in Canada, Mental Health Commission of Canada, 2013

Meeting with Fran Silvestri, President and CEO, International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL)

Mental Health Strategy for Scotland: 2012–2015, The Scottish Government

No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, HM Government 2011 (England)

No health without mental health: implementation framework, Department of Health, the NHS Confederation's Mental Health Network; Mind, Rethink Mental Illness, Turning Point and Centre for Mental Health, 2012

Open Minds, Healthy Minds – Ontario’s Comprehensive Mental Health and Addiction Strategy, Ontario 2011

Out of the shadows at Last – Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada, The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology., May 2006 (ONT)

PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016. Socialdepartementet, S2012.006

Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014 (asp 9)

A Contributing Life; the 2013 National Report Card on Mental Health and Suicide Prevention, Australian Government, National Mental Health Commission (AU)

Rising to the Challenge: The Mental Health and Addiction Service Development Plan 2012–2017, Ministry of Health 2012 (NZ)

Rosenberg, S. och Rosen, A., *Can mental health commissions really drive reform? Towards better resourcing, services, accountability and stakeholder engagement*, Australasian Psychiatry 0(0) 1-6, 2012

Rosenberg, S. och Rosen, A., *It’s raining mental health commissions: prospects and pitfalls in driving mental health reform*, Australasian Psychiatry 0(0) 1-6, 2012

The Black Dog Institute: What we do and where we’re going, Strategic Plan 2012–2015

The National Mental Health Commission’s Strategies and actions 2012–2015, Australian Government, National Mental Health Commission (AU)

The roadmap for National Mental health Reform 2012–2022, An initiative of the Council of Australian Governments (AU)

Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009–2011, the Scottish Government, April 2009 (SC)

Internationell utblick

Psykiatrisamordning i Australien, England, Nya Zeeland, Ontario och Skottland

Sedan närmare tio år har Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet var för sig, och gemensamt, verkat för förbättrad psykisk hälsa och utvecklade insatser för de som drabbas av psykisk ohälsa.

Möjligheterna att skapa en permanent, nationell struktur för detta arbete diskuteras i olika sammanhang och denna skrift beskriver hur man organiserat liknande satsningar i Australien, England, Nya Zeeland, Ontario och Skottland.

Skriften beskriver, med utgångspunkt från svenska behov och förutsättningar, de olika lösningarnas styrkor och svagheter.

Rapporten identifierar också några grundläggande faktorer för ett framgångsrikt utvecklingsarbete.

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

ISBN 978-91-7585-218-8



**Sveriges
Kommuner
och Landsting**

Post: 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00
www.skl.se