

Förstudie kring psykisk ohälsa i Gävle



Kaj Gustafsson & Oskar Andersson

FoU rapport 2020:3
FoU Välfärd – Region Gävleborg
Layout: Kaj Gustafsson & Oskar Andersson

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	5
Metod och datainsamling	6
Avgränsningar	7
Definitioner och centrala begrepp	7
Människor med psykisk ohälsa - en heterogen målgrupp med varierande behovsbild	10
Utvecklingen av psykisk ohälsa på nationell och regional nivå	12
Barn och unga	14
Nyanlända och asylsökande	15
Gävles utvecklingsarbete kring psykisk hälsa i en nationell, regional och lokal kontext	17
Statens satsningar och framtida intentioner inom området psykisk hälsa	17
Styrdokument och organisering på regional nivå	19
Den regionala samverkansstrukturen inom välfärdsområdet	20
Styrdokument och organisering av arbetet med psykisk ohälsa i Gävle	22
Tidigare utredningar kring psykisk ohälsa i Gävle	23
Statistik från Försäkringskassan	26
Statistik från Arbetsförmedlingen	31
Inventering av psykisk ohälsa bland deltagare vid arbetsmarknads-enheten	33
Statistik från det kommunala aktivitetsansvaret för ungdomar (KAA)	38
Statistik från enheten för försörjningsstöd	40
Försörjningsmålet i Gävleborg	45
Analys och reflektioner	47
Beräkning av kostnader för utbetalning av offentlig försörjning i samband med psykisk ohälsa	51
Förutsättningar för utvecklingsarbete och samverkan kring brukares behov	53
Avslutande diskussion och framåtblickar	56
Referenser	57

Sammanfattning

Den här rapporten presenterar en kartläggning av den psykiska ohälsan i Gävle kommun samt en översikt av styrdokument, utredningar och pågående processer inom området på nationell, regional och lokal nivå. Förstudiens inriktning är att presentera ett underlag som kan användas i det fortsatta utvecklingsarbetet kring psykisk ohälsa i Gävle.

Antalet sjukfall med psykisk diagnos har ökat dramatiskt såväl i riket som i Gävleborg och Gävle de senaste tjugo åren med en topp 2016. Kvinnor, barn och unga vuxna står för den största ökningen. Kurvan tycks därefter ha planat ut men sjukfallen pga. psykisk ohälsa ligger alltjämt på en hög nivå och motsvarar idag runt hälften av alla sjukfall. Människor med psykisk ohälsa utgör en mycket heterogen grupp. Den spänner över ett spektrum från individer med anställningar, goda socioekonomiska förutsättningar och temporär ohälsa, till de som lever med djupgående psykisk ohälsa i kombination med annan problematik och ett stort utanförskap i samhället.

Statistik från Försäkringskassan visar att det pågår ca 900 sjukfall i Gävle med psykisk diagnos som varat längre än 90 dagar, 70 procent är kvinnor. 315 unga i åldern 19 – 29 år uppbär aktivitetsersättning med anledning av psykiska diagnoser.

Arbetsförmedlingen statistik visar att 9 procent (724) av de inskrivna individerna kodats för nedsatt arbetsförmåga orsakad av omfattande och varaktig psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom.

Analyser och uppskattningar av den psykiska ohälsan bland personer som beviljats försörjningsstöd under första halvåret 2019 indikerar att drygt 400 klienter har psykisk ohälsa som ett hinder för att komma ut i egen försörjning.

En inventering av den psykiska ohälsan bland deltagarna inom arbetsrehabiliterande insatser vid kommunens arbetsmarknadsverksamheter visar att 74 procent bedöms ha psykisk ohälsa som ett primärt arbetshinder.

Hösten 2019 fanns 317 ungdomar under 20 år i i Gävle som inte genomfört eller har fullföljt utbildning på gymnasienivå. Dessa ungdomar, och särskilt de runt 140 unga som saknar eller har okänd sysselsättning, är strategisk att uppmärksamma ur ett preventivt perspektiv kring psykisk ohälsa.

I Mysam-gruppens fortsatta utvecklingsarbete bedöms det vara av stort värde att lägga kraft på frågor kring styrning och organisering av arbetet kring psykisk ohälsa, vilket också är ett regionalt och nationellt behov. Sammantaget kan konstateras att utvecklingsbehoven inom området psykisk hälsa är mångfacetterade och i stor utsträckning tycks kräva ett nytänkande i samhället. Den största utmaningen för de offentliga verksamheterna är sannolikt att utveckla stödinsatser över verksamhetsgränserna med utgångspunkt i individernas sammansatta behov.

Inledning

Under hösten 2019 fick FoU Välfärd uppdraget att genomföra en förstudie kring psykisk ohälsa i Gävle kommun. Uppdraget gavs av kommunens MYSAM-grupp och finansieras av medel från Samordningsförbund Gävleborg.

Syftet med förstudien är att ta fram ett kunskapsunderlag som kan användas i det framtida utvecklingsarbetet kring psykisk ohälsa i Gävle kommun.

Rapporten du håller i din hand inrymmer en kartläggning av den psykiska ohälsan i Gävle kommun samt en översikt av styrdokument, utredningar och pågående processer inom området på nationell, regional och lokal nivå. Förstudiens inriktning är att presentera ett underlag som kan användas i det fortsatta utvecklingsarbetet kring psykisk ohälsa i Gävle. Rapporten avslutas med en analys av situationen i Gävle och förutsättningarna för det fortsatta utvecklingsarbetet kring psykisk ohälsa.

Den lokala samverkansgruppen i Gävle bestående av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Region Gävleborg, Gävle kommun samt Samordningsförbundet i Gävleborg (MYSAM), är centrala aktörer i denna förstudies upprinnelse. Det är därför på sin plats att sätta in förstudien i den kontexten.

Samordningsförbundet Gävleborg bildades i december 2014. Verksamheten bygger på *Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser* (ofta förkortad Finsam). Lagen gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun/-er och landsting/region att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar de fyra parterna ett samordningsförbund som själva beslutar hur samarbetet ska utformas utifrån lokala förutsättningar och behov. Samordningsförbundets verksamhet syftar till att utveckla samverkan mellan myndigheterna inom rehabiliteringsområdet för att individer (16 - 64 år) med behov av samordnade insatser ska komma närmare egen försörjning. Samordningsförbundets medlemmar utgörs av: Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Region Gävleborg samt länets kommuner: Bollnäs, Gävle, Hofors, Hudiksvall, Ljusdal, Nordanstig, Ockelbo, Ovanåker, Sandviken och Söderhamn. Förbundet i Gävleborg leds av en styrelse med ordinarie ledamöter och ersättare från respektive medlemsmyndighet. Samordningsförbundets medlemmar har möjlighet att söka samverkansmedel för utvecklingsinsatser från förbundet, vilket exempelvis gjorts för att finansiera denna förstudie. Nämnas kan att det i nuläget finns det 82 samordningsförbund i Sverige med en spridning från norr till söder. MYSAM-grupper (myndigheter i samverkan) är lokala chefsgrupper för samverkan inom rehabiliteringsområdet som finns i länets alla kommuner. MYSAM-grupperna är sammansatta av lokala företrädare för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården i Region Gävleborg och kommunernas berörda förvaltningar. Syftet med MYSAM-grupperna är att upprätta en tydlig struktur för samverkan kring rehabilitering samt utveckla lokala samverkansformer som ökar möjligheterna för personer med offentlig försörjning att bli självförsörjande. Ett centralt led i detta arbete är att kartlägga utvecklingsbehov samt besluta om lokala samverkansinsatser. MYSAM-grupperna fungerar på det sättet som en viktig resurs i Samordningsförbund Gävleborgs verksamhet.

Metod och datainsamling

När uppdraget att genomföra förstudien tilldelades FoU Välfärd fördes en diskussion med företrädarna i MYSAM-gruppen om hur studien skulle utformas på bästa sätt för att ge det efterfrågande kunskapsunderlaget. Nämnas kan att det parallellt med förstudien i Gävle genomförts en liknande studie kring psykisk ohälsa i Ljusdal. Det har bidragit till att erfarenheter från datainsamlingen i båda studierna har berikat varandra. Förstudiens inriktning och datainsamling ser ut som följer:

- ❑ Kartläggning av gruppen sjukskrivna längre än 90 dagar och personer med aktivitetsersättning pga. psykisk ohälsa i åldersintervallet 16 – 64 år.
- ❑ Kartläggning och analyser kring förekomsten av psykisk ohälsa bland personer aktuella inom försörjningsstöd, Arbetsförmedlingen, kommunens arbetsmarknadsenhet samt det kommunala uppföljningsansvaret (KAA) för ungdomar.
- ❑ Omvärldsbevakning inom området psykisk ohälsa samt sammanställning av resultatet från tidigare rapporter och utredningar inom området psykisk ohälsa i Gävle kommun.

Förstudiens datainsamling har utformats och genomförts i enlighet med nedanstående lista:

- Insamling av statistik kring sjukfall längre än 90 dagar med psykisk diagnos och personer som uppstår aktivitetsersättning av samma orsak. Statistiken har insamlats via en central statistikenhet inom Försäkringskassan.
- Inhämtande av statistik kring ungdomar aktuella inom ramen för kommunens aktivitetsansvar för ungdomar (KAA) som varken studerar eller arbetar. Tanken med att utvinna denna statistik är att de aktuella ungdomarna kan antas utgöra en riskgrupp för utveckling av psykisk ohälsa och är intressanta att uppmärksamma ur ett förebyggande perspektiv. Ansvarig för KAA-verksamheten i Gävle kommun levererade statistiken.
- Kartläggning av antalet klienter aktuella vid försörjningsstöd som är kodade med orsakskoder vilka kan indikera förekomst av psykisk ohälsa. Personal vid socialtjänsten i Gävle har tagit fram statistiken i enlighet med ett beställningsunderlag.
- Kartläggning av antalet personer aktuella vid Arbetsförmedlingen som kodats för nedsatt arbetsförmåga orsakad av omfattande och varaktig psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. Statistiken har tagits fram av Arbetsförmedlingen i Gävleborgs län.
- Inventering av den psykiska ohälsan bland deltagare aktuella vid kommunens arbetsmarknadsenhet med stöd av ett dokumentationsinstrument. Inventeringen har gjorts av personal vid arbetsmarknadsenheten i Gävle.
- Som ett sonderande led under utformningen av förstudiens metod samt insamlingen av data har det förts samtal, genomförts möten och skett mailkorrespondens med företrädare för AF, FK, socialtjänst, AME och Region Gävleborg.
- Omvärldsbevakning kring centrala utvecklingsprocesser som pågår nationellt, regionalt och lokalt samt en översikt av styrdokument och utredningar inom området psykisk ohälsa med koppling till Gävle kommun.
- Insamling av data kring utbetalningar av sjukpenning, aktivitetsersättning samt försörjningsstöd till personer med psykisk ohälsa. Data har insamlats via offentlig statistik samt Gävle kommun.

Kommentar till statistiken: Dokumentationen inom försörjningsstöd, arbetsmarknadsenheten och kommunens aktivitetsansvar innehåller inga uppgifter om psykisk ohälsa på samma sätt som Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens statistik. Därför har olika metoder och antaganden använts för att i möjligaste mån uppskatta förekomsten av psykisk ohälsa bland de individer som är aktuella inom de förstnämnda verksamheterna, vilket beskrivs närmare under respektive avsnitt.

Statistiken som samlats in är förutom inventeringen av AME-deltagare på gruppnivå. Materialet från AME innehåller emellertid inga personuppgifter då de enskilda individerna anonymiserats och givits ett löpnummer. Det finns därför inte möjlighet att följa individers rörelser inom olika verksamheter och försörjningssystem. Det skulle kräva en individbaserad statistik som går att samköra, vilket är sannolikt är svårt att genomföra både rent praktiskt samt utifrån rådande lagstiftning och etiska aspekter. Noteras bör också att en individ kan vara aktuell vid flera verksamheter samtidigt, exempelvis försörjningsstöd och arbetsmarknadsenheten.

Avgränsningar

De statistiska delarna av förstudien är inriktade på en kartläggning av individer med psykisk ohälsa inom olika försörjningssystem, exempelvis sjukförsäkringen och försörjningsstöd. Det har därför inte samlats in statistik från hälso- och sjukvården kring flöden av patienter med psykisk ohälsa.

Definitioner och centrala begrepp

Någon klar definition av begreppet psykisk ohälsa finns inte, trots att det används internationellt. Var gränsen går mellan vardagens påfrestningar och ett psykiskt sjukdomstillstånd är ofta också flytande (Forte, 2015). Behovet av att närmare definiera psykisk ohälsa konstateras också inom ramen för det nationella projektet *Kraftsamling psykisk hälsa* som startat i Sveriges kommuner och regioners regi och ska pågå den närmaste tioårsperioden (2020-2030)¹. I anslutning till projektet förs diskussioner om vikten av att klargöra begreppet bland annat för att kunna mäta och följa utvecklingen av psykisk ohälsa i det svenska samhället.

Om vi i en strävan av att närma oss begreppet psykisk ohälsa börjar med att vända blicken mot det friska, dvs. vad psykisk hälsa innebär, finns en ofta citerad definition från 2001 av World Health Organization (WHO). Enligt denna definition beskrivs psykisk hälsa som:

Ett tillstånd av mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hon eller han lever i.

Begreppet psykisk hälsa innefattar alltså flera dimensioner av välmående som inrymmer både individens upplevelse och relationen mellan människan och dess sociala sammanhang (Bremberg och Dalman, 2015).

¹ För mer information, se: <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/kraftsamling/>

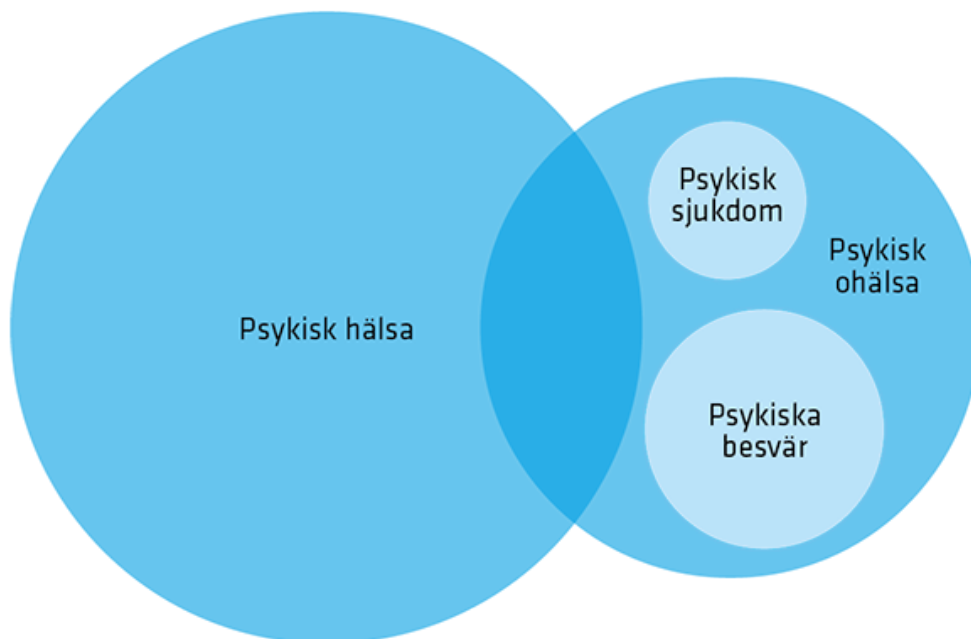
Bremberg och Dahlman (2015) definierar skillnaderna mellan de närliggande begreppen psykisk ohälsa, psykiska besvär och psykisk sjukdom på följande sätt:

Psykisk ohälsa används ofta som en övergripande term vilken täcker både psykiska besvär och kliniskt definierade sjukdomstillstånd.

Psykiska besvär är olika tillstånd då människor visar tecken på psykisk obalans eller symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning påverka funktionsförmågan i olika grad. Symtomen är inte så omfattande att diagnos kan ställas och utgör oftast normala reaktioner på en påfrestande livssituation.

Psykisk sjukdom är tillstånd där flera symtom uppfyller kriterierna för en diagnos. Psykisk sjukdom avgränsas i dag utifrån diagnostiska kriterier i internationella diagnossystem. De två etablerade diagnossystemen är WHOS :s *International Classification of Diseases (ICD)* och *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*.

Nedanstående figur illustrerar hur psykisk ohälsa kan inrymma såväl psykiska sjukdomar som psykiska besvär av mer eller mindre allvarlig art. Överlappningen mellan cirklarna visar att psykisk hälsa står i ett relativt förhållande till psykisk ohälsa. De två tillstånden kan alltså samexistera och det kan variera vilket av dem som dominerar individens tillvaro utifrån dagsform och situation.



Figur 1: Illustration av förhållandet mellan psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykisk sjukdom (ibid).

Andra begrepp inom området vilka används i internationell litteratur är *common mental illness* och *common mental disorders*. Medan det engelska ordet *illness* främst syftar på en persons upplevelse av nedsatt välbefinnande används ordet *disorder* istället för att beskriva psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för en diagnos. Vilka diagnoser som ingår i begreppen *common*

mental illness och common mental disorder kan variera, men oftast handlar det om depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, social fobi, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom. Ibland ingår även somatoforma syndrom, det vill säga tillstånd där en person har fysiska symtom som inte bedöms bero på kroppslig skada eller sjukdom utan istället har psykiska orsaker. En förekommande översättning av begreppen till svenska är *lättare psykisk ohälsa*. Tillstånden kan dock trots benämningen lättare ge upphov till stort lidande och betydande funktionsnedsättningar (Forte, 2015; SBU, 2017).

Ytterligare ett begrepp är *psykiska funktionshinder*. Då avses väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden som konsekvens av psykisk ohälsa. Ofta ingår i definitionen av begreppet att dessa begränsningar skall ha funnits över tid eller kan antas bestå under en längre tid (SBU, 2017). Slutligen kan två begrepp som ofta förekommer i internationell litteratur nämnas: *Severe mental illness* och *severe mental disorder*. Begreppen omfattar svåra återkommande eller långvariga depressioner, bipolära och psykotiska tillstånd. Tillstånden inom ramen för dessa begrepp ska vara av allvarlig karaktär och skapa betydande funktionsnedsättningar som ofta kräver behandling inom hälso- och sjukvård i kombination med andra stödjande insatser (ibid).

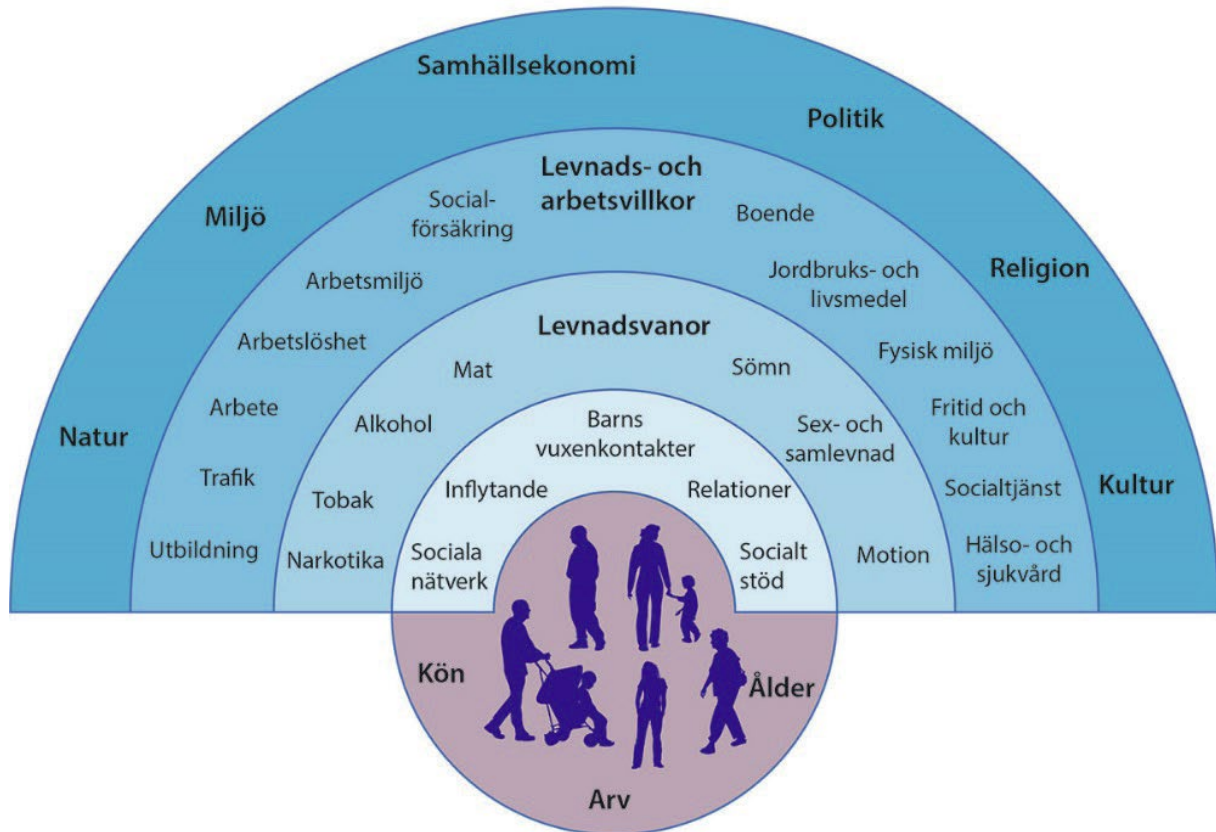
I samband med definitioner av begrepp relaterade till psykisk ohälsa bör även *neuropsykiatriska funktionsnedsättningar* (NPF) beröras. De vanligaste funktionsnedsättningarna är ADHD, ASD/Aspergers syndrom, Tourettes syndrom och språkstörning². De olika diagnoserna är närbesläktade och det är vanligt att samma person har flera diagnoser. Det finns också hög så kallad samsjuklighet i förhållande till bipolärt syndrom, ångestsyndrom, depression, missbruks- och beroendetillstånd samt antisocial problematik. Undersökningar som följt upp vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar visar även att många är sjukskrivna eller har varaktig sjukersättning på grund av stresskänslighet och utmattningssyndrom (Socialstyrelsen 2014; SBU, 2013).

Begreppet *psykisk diagnos*, som används i Försäkringskassans statistik kring sjukfall i denna rapport, omfattar en rad tillstånd som exempelvis psykoser, förstämningssyndrom, neurotiska och stressrelaterade syndrom, beteendestörningar samt psykisk utvecklingsstörning mm. som finns beskrivna i ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision*).

² För beskrivning av tillstånden, se: <https://attention.se/npf/om-npf/>

Människor med psykisk ohälsa - en heterogen målgrupp med varierande behovsbild

Förutsättningarna för hälsa, exempelvis psykisk hälsa, varierar utifrån en rad bestämningsfaktorer som brukar illustreras i en halvmåneformad figur enligt nedan.



Figur 2: Hälsans bestämningsfaktorer (Folkhälsomyndigheten, 2019, s. 11).

Figuren visar att hälsans bestämningsfaktorer verkar i ett komplext samspel mellan faktorer på olika nivåer. Den yttersta halvcirkeln står för *omgivningsfaktorer* som exempelvis välfärdspolitiken, den rådande samhällssekonomi och kulturella faktorer. Cirkeln innanför handlar om *levnads- och arbetsvillkor*, där faktorer som exempelvis i försörjning och arbetssituation samt möjligheterna att få vårdande eller stödjande insatser från sjukvården och socialtjänsten, spelar in. Halvcirkeln med rubriken *levnadsvanor* handlar om individens livsstil i förhållande till exempelvis tobak, droger och motion. Längst in i halvcirkeln återfinns *sociala faktorer* som exempelvis förekomst och kvalitet på sociala nätverk samt familjerelationer, uppväxtförhållanden och möjligheten att få socialt stöd av närstående eller vänner. Innerst i halvcirkeln påverkas hälsan av *individuella faktorer* som kön, ålder och genetiskt arv.

En del bestämningsfaktorer kan påverkas genom individuella ställningstaganden exempelvis kan människor själva ta ett beslut att dricka mindre alkohol eller äta nyttigare mat. Våra levnadsvanor och vår livsstil påverkas emellertid i stor utsträckning av vår kultur, vår omgivning, våra relationer, priser, marknadsföring och sociala position m.m. Andra faktorer kräver politiska beslut och kollektiva åtgärder, exempelvis förändring av ekonomiska ojämlikheter i samhället och arbetsmarknadens struktur. Faktorer som kön, ålder och genetiskt

arv brukar kallas statistiska då möjligheterna att påverka dem är obefintliga eller begränsade (i alla fall hittills).

Den ojämlikhet i hälsa som är följden av att vi har olika förutsättningar kan också ses ur ett *livsförloppsperspektiv*. Med det menas att hälsan och ojämlikheten i hälsa är ett resultat av processer som pågått under hela livet, där faktorer som uppväxtfamilj, skola, arbete och boende formar förutsättningarna för ett hälsosamt liv. Hälsan vid en tidpunkt är därför kopplad till såväl den position individen har idag som den han eller hon haft som barn och under uppväxten. Enskilda individer är olika sårbara för hälsans olika bestämningsfaktorer. En bestämningsfaktor, som till exempel ekonomisk utsatthet eller rökning, påverkar risken för ohälsa, men hur stark effekten av en faktor är beror på om en person också är exponerad för andra faktorer. Eftersom personer med lägre social position oftare utsätts för många olika faktorer som kan inverka negativt på hälsan blir effekten av en faktor ofta starkare bland personer med låg social position än personer med hög sådan (Marmot, 2010; SOU 2016:55).

Utvecklingen av psykisk ohälsa på nationell och regional nivå

I Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016 – 2020 diskuteras att varannan svensk någon gång i livet kommer att drabbas av psykisk ohälsa. Under 2015 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare – en nationell samordnare inom området psykisk hälsa för att stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting/regioner och organisationer samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. I utredarens arbete gavs även uppdraget att lämna förslag på hur samordning och utveckling kan organiseras långsiktigt. Under 2018 kom slutbetänkandet med den tankeväckande titeln: *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt - Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa* (SOU 2018:90). I slutbetänkandet diskuteras att folkhälsan i sin helhet har förbättrats under de senaste decennierna och att de flesta uppger sig ha god hälsa. Dessvärre gäller inte det den psykiska hälsan då besvär som oro, ångest, svår stress, förstämningssymtom och sömnproblem har ökat sedan 2000-talets början. Ökningen har skett inom alla grupper, såväl bland barn och unga som bland vuxna och äldre även om sjukfrånvaron är högst och har ökat mest för kvinnor. Psykisk ohälsa påverkas av flera olika faktorer som är viktiga att ta hänsyn till i det förebyggande arbetet, exempelvis kön, utbildning, socioekonomisk status, födelseland, sexuell läggning och könsidentitet. Detta betyder att den psykiska ohälsan och förekomsten av psykiska besvär inte är jämnt fördelad i befolkningen. Frekvensen är exempelvis högre bland kvinnor, personer med förgymnasial utbildning, arbetslösa, mottagare av försörjningsstöd, personer med funktionsnedsättning, ensamstående föräldrar, HBTQ-personer och människor som inte är födda i Sverige. (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Diagrammen nedan illustrerar ökningen av sjukfall med psykisk diagnos³ under de senaste åren i Gävleborg med riket som jämförelsematerial.

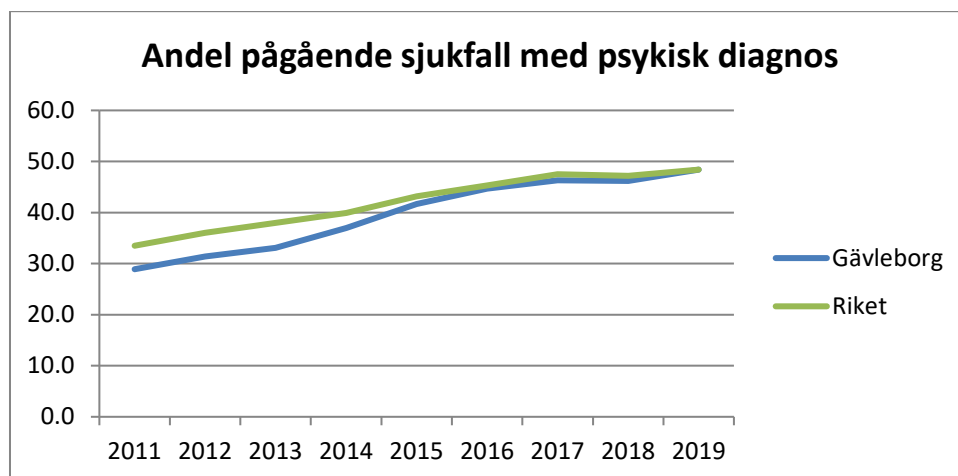


Diagram 1: Andel pågående sjukfall med psykisk diagnos i Gävleborg och riket i procent.

Källa: Försäkringskassan.

Av alla pågående sjukfall har andelen med psykisk diagnos⁴ i Gävleborg ökat från ca 30 procent 2011 till närmare 50 procent 2019. Utvecklingen liknar genomsnittet i riket.

³ Begreppet psykisk diagnos som används i Försäkringskassans statistik omfattar som tidigare nämnts en rad psykiska sjukdomar, syndrom och beteendestörningar som finns beskrivna i ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision).

⁴ Med sjukfall avses utbetalningar av sjukpenning, rehabiliteringspenning och arbetsskadesjukpenning.

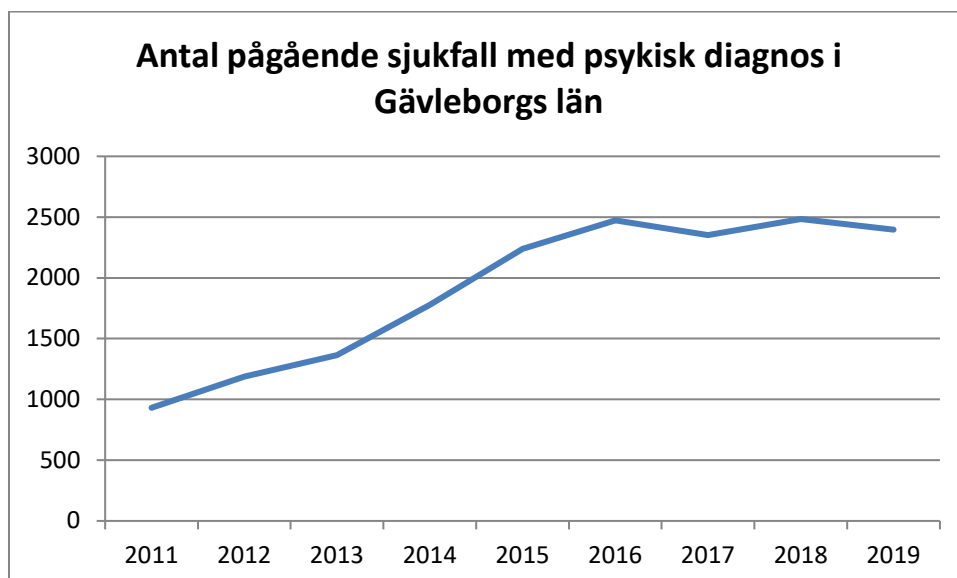


Diagram 2: Antal pågående sjukfall med psykisk diagnos i Gävleborgs län. Källa: Försäkringskassan.

Ser vi till antalet sjukfall med psykisk diagnos (oavsett längd) har det varit en relativt dramatisk ökning i Gävleborg från ca 930 sjukfall 2011 till en topp med närmare 2500 sjukfall 2016. Kurvan har därefter planat ut.

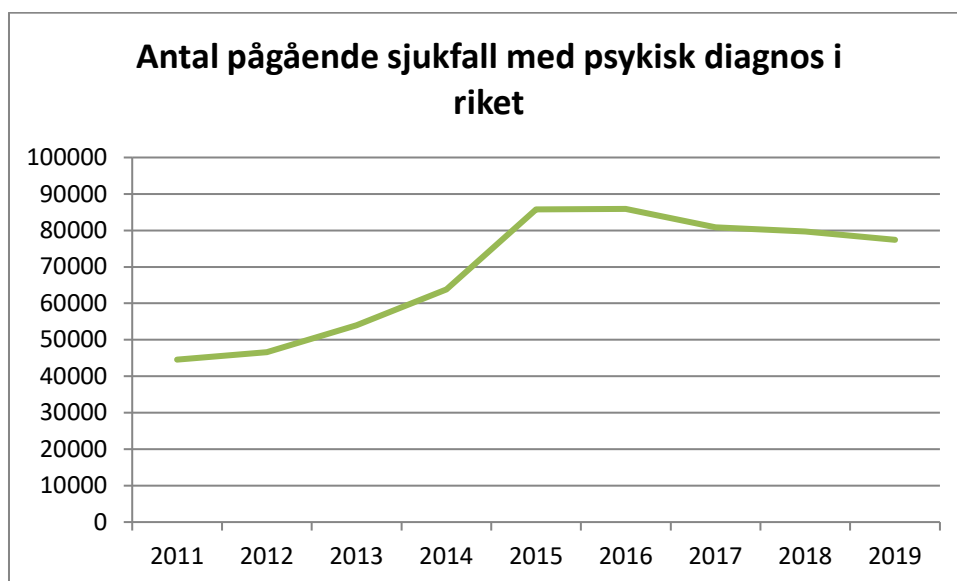


Diagram 3: Antal pågående sjukfall med psykisk diagnos i riket. Källa: Försäkringskassan.

Utvecklingen av antalet sjukfall på nationell nivå följer en kurva som liknar den i Gävleborg. Antalet sjukfall med psykisk diagnos i riket var under 2011 totalt runt 46 600 för att nå en topp om 85 800 sjukfall 2015. Kurvan har därefter planat ut på samma sätt som i Gävleborg.

Den nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, genomförs årligen av Folkhälsomyndigheten i syfte att undersöka hur befolkningen mår samt följa förändringar i hälsa över tid. I samarbete med länets kommuner har Region Gävleborg deltagit med tilläggsurval i undersökningen 2004, 2007, 2010, 2014 och 2018. Enkäten riktar sig till personer i åldern 16 – 84 år. Under 2018 skickades enkäten ut till ett urval om ca 12 000 personer och hade en svarsfrekvens på 43 procent (5 559 personer). Diagrammen nedan redovisar andelen

av respondenterna som uppgav att de hade ett eller flera symptom på psykisk ohälsa, vilket här innebär svåra besvär av ångest, trötthet, sömnbesvär eller stress.

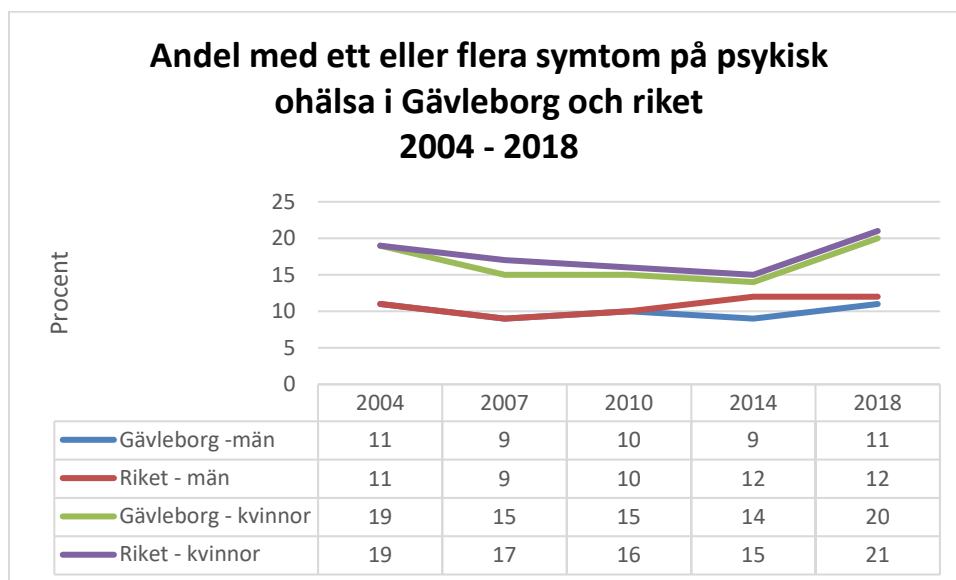


Diagram 4: Andel personer som upplever ett eller flera symtom på psykisk ohälsa i Gävleborg samt riket över perioden 2004 – 2018. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (Region Gävleborg, 2018a).

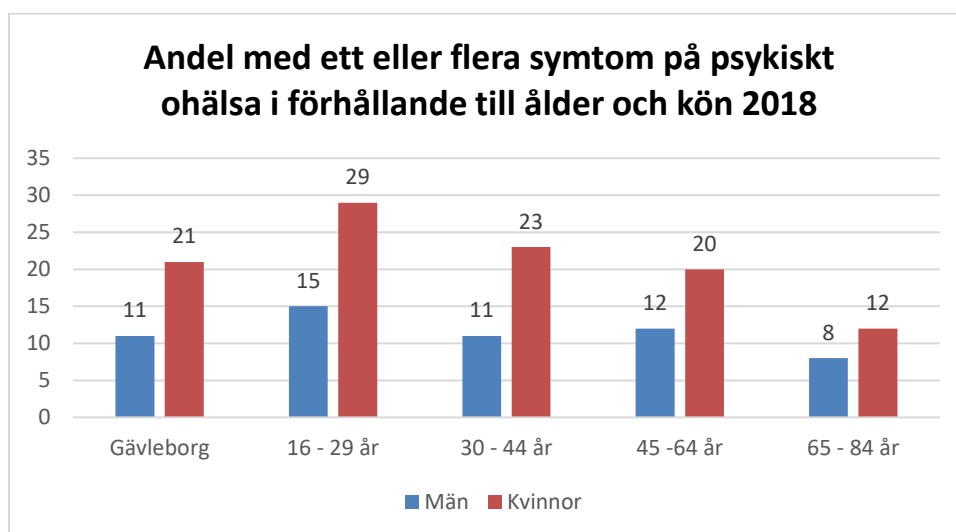


Diagram 5: Andel personer i förhållande till ålder och kön som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande i Gävleborg. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor. (Region Gävleborg, 2018a).

Andelen av respondenterna som upplever ett eller flera symtom på psykisk ohälsa i Gävleborg är i stort sett i nivå med rikets genomsnitt, 11 procent av männen och 21 procent av kvinnorna upplever sådana symtom 2018. I fråga om kvinnorna har andelen ökat med ca 5 procent sedan 2014 medan männens kurva är relativt stabil under hela tidsperioden. Ett tydligt observandum är att en högre andel kvinnor än män och en högre andel yngre än äldre upplever psykisk ohälsa. Hos yngre kvinnor (16-29 år) är andelen så hög som 29 procent.

Barn och unga

När det gäller den psykiska hälsan bland barn och unga kan konstateras att den under de senaste 20 åren har ökat i större omfattning än i övriga nordiska länder. Ökningen rör såväl självrapporterade psykiska besvär som diagnostiserade psykiska sjukdomar.

Ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga har varit alarmerade under perioden 2006 – 2016. Under detta tidsspänn ökade den psykiska ohälsan med 70 procent för unga vuxna, 18 – 24 år. För gruppen 10 – 17 år har ökningen varit så stor som 100 procent. Detta innebär att omkring 190 000 barn och unga lider av någon form av psykisk ohälsa i Sverige. Det är framförallt depressioner och ångestsyndrom som bidrar till statistiken även om diagnoser som tyder på skadligt bruk och beroende av olika substanser också ökat, särskilt bland unga män. Bedömningen är att den psykiska ohälsan sannolikt kommer att fortsätta öka en tid framöver eftersom studien visar att sjukdomsfallen ofta blir långvariga och ackumuleras med nya fall. Samtidigt som den psykiska ohälsan tilltar bland barn och unga vuxna ökar också förskrivningen av psykofarmaka (Socialstyrelsen (2017a).

Barn och ungdomar som kommer i kontakt med socialtjänsten lever ofta med ett stort mått av psykisk ohälsa. En aktstudie⁵ som omfattade 61 placerade barn i Gävle under åren 2017-2019 visar att 39 procent uppvisade sådan ohälsa. Nämnas kan också att och 30 procent av barnen hade neuropsykiatriska funktionshinder.

En fråga som anmäler sig är orsakerna till den stora ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga. Socialstyrelsen (ibid) resonerar kring att ökningen är så stor att den inte enbart kan förklaras av en större benägenhet att rapportera ångslan, oro och andra symtom på psykisk ohälsa. Socialstyrelsen menar att orsakerna till ökningen fortfarande är okända i stor utsträckning. Resonemangen som förs av Socialstyrelsen är emellertid att orsakerna sannolikt rör ungas livsvillkor generellt tillsammans med ökade påfrestningar under skolperioden samt inträdet på arbetsmarknaden och i vuxenlivet. Folkhälsoinstitutet (2018) menar att ökade utbildningskrav, en sämre fungerande skola och den tilltagande individualiseringen av samhället, kan ha bidragit till utvecklingen av psykisk ohälsa bland unga. Andra faktorer som lyfts är att fler ungdomar än i början på 1990-talet varken arbetar eller studerar och den ökade användningen av digitala media. Forskningsunderlaget är dock ännu otillräckligt för att klargöra hälsoeffekterna av den digitaliserade kultur dagens ungdomar växt upp inom.

Nyanlända och asylsökande

Flera studier visar att den psykiska ohälsan är utbredd bland nyanlända och asylsökande. Andelen med identifierad psykisk ohälsa bland individerna varierar i studierna mellan 30 - 50 procent. Studierna är dock inte jämförbara eftersom de undersökt olika målgrupper samt mätt och definierat psykisk ohälsa på olika sätt (Samverkansdelegationen, 2018).

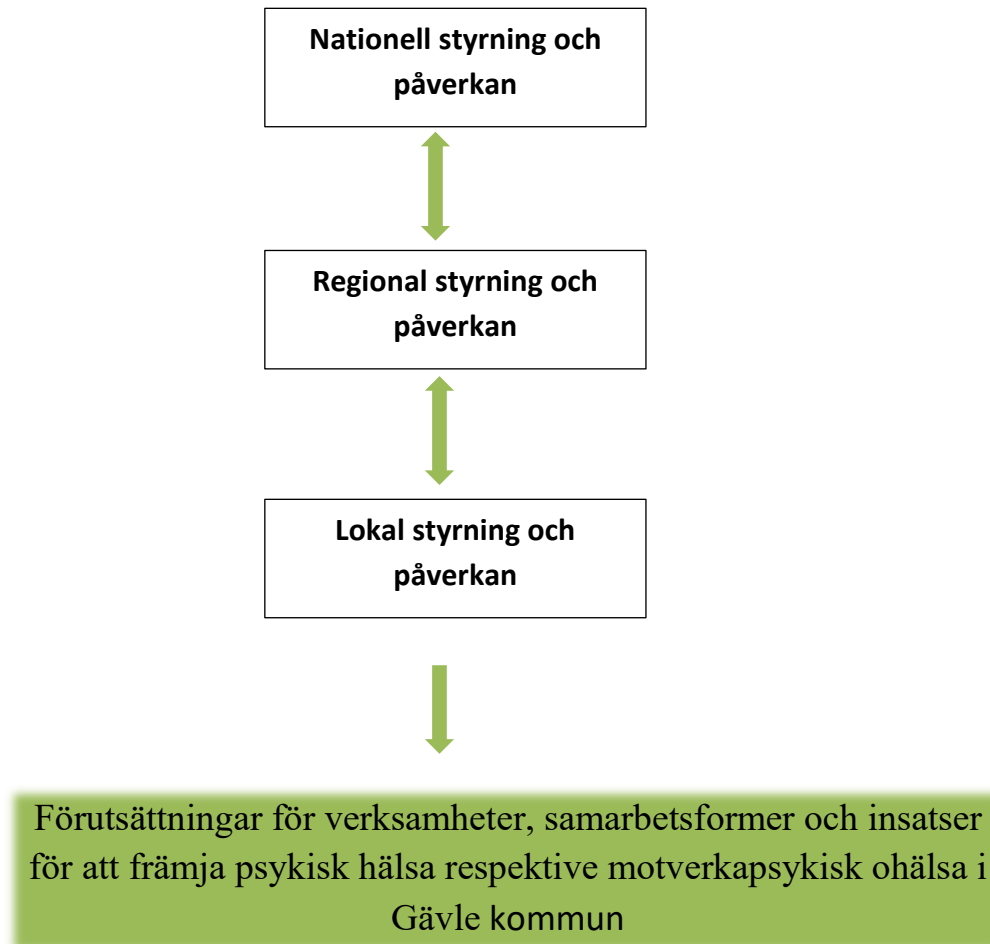
⁵ Se Åsbrink och Allemo (2019). Analys HVB- placeringar av barn och unga. Tjänsteskrivelse till Socialnämnden sektorledningen, Valfärd Gävle 2019-10-01.

En studie genomförd i Skåne visar att andelen män med psykisk ohälsa bland nyanlända är tre gånger så stor jämfört med övriga män. Bland kvinnor var skillnaden något mindre. (Zdravkovic, Grahn och Björngren Cuadra, 2016). I Socialstyrelsens (2015) kunskapsunderlag kring asylsökande och nyanländas psykiska hälsa beräknas mellan 20 - 30 procent av asylsökande och flyktingar som kommer till Sverige lida av psykisk ohälsa.

I fokusgruppsintervjuer som genomförts med nyanlända personer från Mellanöstern, Somalia och Afghanistan framgår att deras hälsorelaterade besvär är både fysiska och psykiska, även om de senare överväger. Dessa tar sig uttryck i sömnlöshet, koncentrations- och minnessvårigheter, rädsla, identitetsförlust, försämrat självförtroende samt känslor av maktlöshet och hopplöshet. Informanterna i studien uppgav genomgående att de inte fick något stöd under etableringstiden för besvär relaterade till psykisk ohälsa. Likaså att det gavs små möjligheter att påverka innehållet i den individuella planen. Under fokusgrupperna framkommer också att begränsningar i samband med språkinläring samt svårigheter med social och arbetsmarknadsmässig integration är vanliga orsaker till nedstämdhet och oro. Andra faktorer som tycktes påverka den psykiska hälsan var en osäker boendesituation, trångboddhet samt lågt förtroende för samhällsinstitutioner, exempelvis tolkar och sjukvården (Ikonen, 2015).

Gävles utvecklingsarbete kring psykisk ohälsa i en nationell, regional och lokal kontext

I ett framtida utvecklingsarbete är det av värde att sätta in Gävle kommun i en större kontext då förutsättningarna för lokala utvecklingsprocesser påverkas av det som sker på nationell och regional nivå inom det aktuella området.



Figur 3: Styrning och påverkan på olika organisatoriska nivåer.

Statens satsningar och framtida intentioner inom området psykisk hälsa

Mellan åren 1995 och 2015 genomförde staten sju satsningar inom området psykisk ohälsa. Kostnaden för dessa uppgick till cirka 16 miljarder kronor. *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa* är regeringens senaste satsning. De satsningar som genomförts har mestadels fokuserat på personer med omfattande behov. På initiativ av regeringen har Myndigheten för Vårdanalys (2015) följt upp och utvärderat tjugo år av statliga satsningar inom det aktuella området. Vårdanalys menar att satsningarna stimulerat till utvecklingsarbete och i vissa delar gett goda resultat. I uppföljningen konstateras emellertid sammantaget att frågor om livsvillkor för personer med psykisk ohälsa har varit politiskt prioriterade på nationell nivå under lång tid, men präglats av kortsiktighet och projektstyrning. Vilka effekter satsningarna på över 10 miljarder de senaste tio åren haft på att förbättra

livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa, bedöms vara oklart. Vårdanalys diskuterar i sammanhanget att korta tidshorisonter och diffusa målsättningar försvårar utvärdering. Det konstateras också att det inte är möjligt att följa den långsiktiga utvecklingen inom området eftersom grunddata och indikatorer saknas eller inte har sammanställts på något systematiskt sätt.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har en roll i styrningen från nationellt håll genom årliga överenskommelser med staten kring utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa. Överenskommelserna fungerar som ett styrmedel genom att SKR och staten gemensamt identifierar utvecklingsbehov som sedan mynnar ut i utvecklingsmedel till regioner och kommuner. SKR (2016) har gjort en nationell länsinventering av strukturer för kunskapsstyrning och förbättringsarbete kring psykisk hälsa och kommer fram till liknande slutsatser som PRIO-utvärderingen. SKR konstaterar att det strategiska och operativa arbetet med psykisk hälsa förutsätter en bredare ansats och behöver mötas av koordinerade och ofta samtidiga insatser från flera olika samhällsaktörer. Utöver socialtjänst samt hälso- och sjukvård behöver frågor som rör skola, folkhälsa, kultur/fritid och arbete/sysselsättning också integreras i utvecklingsarbetet. SKR bedömer att få län utifrån detta perspektiv har strukturer som kan bära en tillräcklig tvärsektoriell ansats. Inventeringen visar i den riktningen att det är en stor utmaning att utveckla tillräckligt breda och flexibla strukturer på länsövergripande nivå. Svårigheterna att samordna olika sakområden förklaras också av samtidiga och dåligt koordinerade nationella initiativ som föranlett parallella aktiviteter på regional och lokal nivå.

Ett centralt styrdokument på nationell nivå även om det snart löper ut är *Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016 – 2020. Fem fokusområden fem år framåt* (Nationell samordnare inom området psykisk hälsa, 2015).

Under 2018 kom som tidigare nämnts slutbetänkandet från den nationella samordnaren inom området psykisk ohälsa (SOU 2018:90) Slutbetänkandet som har starkt fokus på den långsiktiga utvecklingen förmedlar en tydlig intention från staten att förändra det rådande arbetet inom området. Titeln på betänkandet: *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt*, leder tankarna till en önskan om ett genomgripande omställningsarbete. Betänkandets bärande förslag och utgångspunkterna sammanfattas i listan nedan.

- Psykisk hälsa bör bli ett nytt politikområde, *politik för psykisk hälsa*, vars mål ska vara styrande även för insatser inom andra berörda områden. Utvecklingsarbetet ska bedrivas utifrån en långsiktig strategi med tydliga resultatmål under tio år.
- Folkhälsomyndigheten bör få uppdraget att stödja genomförandet av politiken inom området samt stödja statliga myndigheter, kommuner, landsting/regioner och andra aktörer i deras arbete med utveckling och uppföljning av insatser. Likaså bidra till samordning och samverkan när det gäller insatser på nationell nivå.
- Den psykiska ohälsan berör hela samhället och därför behöver också hela samhället engageras i arbetet.
- Insatser och åtgärder ska ses ur ett systemperspektiv. Det innebär att det är de sammantagna effekterna på systemnivå, dvs. på befolkningsnivå, som eftersträvas och inte resultat på individnivå eller vid en enskild huvudman/verksamhet.
- Myndigheterna behöver finansiell förstärkning och kunskapsstöd för att säkerställa att arbetet kan prioriteras och genomföras.

- ❑ För att politiken för psykisk hälsa ska få ett faktiskt genomslag på lokal, regional och nationell nivå krävs förutom en stark nationellt pådrivande aktör en väl upparbetad tvärssektoriell myndighetssamverkan.
- ❑ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ges i uppdrag att ta fram indikatorer för att mäta patient- och brukarnära resultat.

I betänkandet resoneras kring att psykisk hälsa i allmänhet skapas utanför vård- och omsorgssystemen och vikten av ett samhälle som stärker den psykiska hälsan hos befolkningen. Parallellt med detta främjandeperspektiv framhålls att de verksamheter som möter personer med psykisk ohälsa måste samverka utifrån ett renodlat brukar- och systemperspektiv, vilket sannolikt kommer att utgöra utmaningar för de offentliga verksamheterna. Betänkandet framhåller också att den framtida utvecklingen inom området psykisk hälsa bör präglas av att i alla delar inkludera patienter, brukare, närstående och övriga användare av det allmänna tjänster både i problemformuleringar och prioriteringar.

Som ett svar på samordnarens betänkande pågår sedan hösten 2019 det nationella projektet *Kraftsamling psykisk hälsa* i regi av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Projektets målsättning är att arbeta fram ett förslag på en gemensam och långsiktig arbetsplan samt samverkansmodell i nära dialog mellan aktörer från olika delar av samhället. Projektets utgångspunkt är att det hälsofrämjande utvecklingsarbetet innebär såväl en bred samhällsförändring som omvandling av dagens välfärdstjänster. Likaså att det kommer att krävas ett sektorsövergripande arbete som omfattar ett stort antal aktörer från såväl myndigheter, kommuner och regioner som från näringsliv och civilsamhälle⁶.

Förutom de ovan beskrivna processerna på nationell nivå påverkas förutsättningarna för myndighetssamverkan kring människor med psykisk ohälsa av de politiska beslut som fattas kring utvecklingen av Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Styrdokument och organisering på regional nivå

På regional nivå i Gävleborg finns en *överenskommelse mellan Regionen och kommunerna i Gävleborgs län om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning* (Kommunerna och Region Gävleborg, 2018/2019). I överenskommelsen har kommunerna och Region Gävleborg enats om ett antal förutsättningar för samverkan kring personer med psykiska funktionsnedsättningar. Överenskommelsen beskriver respektive huvudmans ansvarsområden utifrån lagar och författningar samt ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunerna i länet. Överenskommelsen ska utgöra grund och stöd för det fortsatta gemensamma arbetet mellan regionens och kommunernas verksamheter på lokal nivå.

Det upprättas även handlingsplaner kring psykisk hälsa kopplat till statens och SKR:s överenskommelser och de medel till riktade insatser som tilldelas Gävleborgs län. I Gävleborg

⁶ För mer information om satsningen Kraftsamling psykisk hälsa, se: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/kraftsamling/>

finns i för innevarande tidsperiod två handlingsplaner på länsnivå: En gemensam för kommunerna och Region Gävleborg samt en separat för Region Gävleborg⁷.

Nämnas kan att det också finns handlingsplaner inom specifika områden i Gävleborg, bland annat en regional handlingsplan för suicidprevention som tar avstamp i den nationella planen inom området (Region Gävleborg, 2018c; Folkhälsomyndigheten, 2016).

Den regionala samverkansstrukturen inom välfärdsområdet

Samverkan mellan kommunerna och Region Gävleborg kring välfärdsfrågor sker inom en överenskommen regional samverkansstruktur (RSS)⁸. Denna struktur inrymmer på den politiska nivån *Nätverk Valfärd* (länsövergripande) och fyra lokala styrgrupper.

På tjänstemannasidan finns *Länsledning Valfärd* (länsövergripande) som består av socialchefer, skolchefer och regionens biträdande hälso- och sjukvårdsdirektörer. Länsledningens representanter är även indelade i tre utskott som svarar för olika sakområden; *Utskott Barn och unga*, *Utskott vuxna samt Utskott psykisk hälsa*⁹. Ute i länets fyra geografiska delar finns arbetsgrupper (operativa välfärdsgrupper) sammansatta av verksamhetsnära chefer från kommun och region. Utskott psykisk hälsa är särskilt intressant i denna förstudie då detta utskott ska leda utvecklingsarbetet med stöd av statens stimulansmedel inom ramen för psykisk hälsa.

Inom ramen för samarbetet mellan kommunerna och Region Gävleborg har det även arbetats fram en överenskommelse (Kommunerna och Region Gävleborg, 2018/2019) om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Samarbetet regleras även av gemensamma utgångspunkter¹⁰ kring missbruks- och beroendevård, barn och ungdomar samt vård och omsorg om äldre. De beskrivna samverkansformerna är tänkta att mynna ut i utformningen av den operativa verksamheten ute i kommuner samt inom Region Gävleborgs verksamheter.

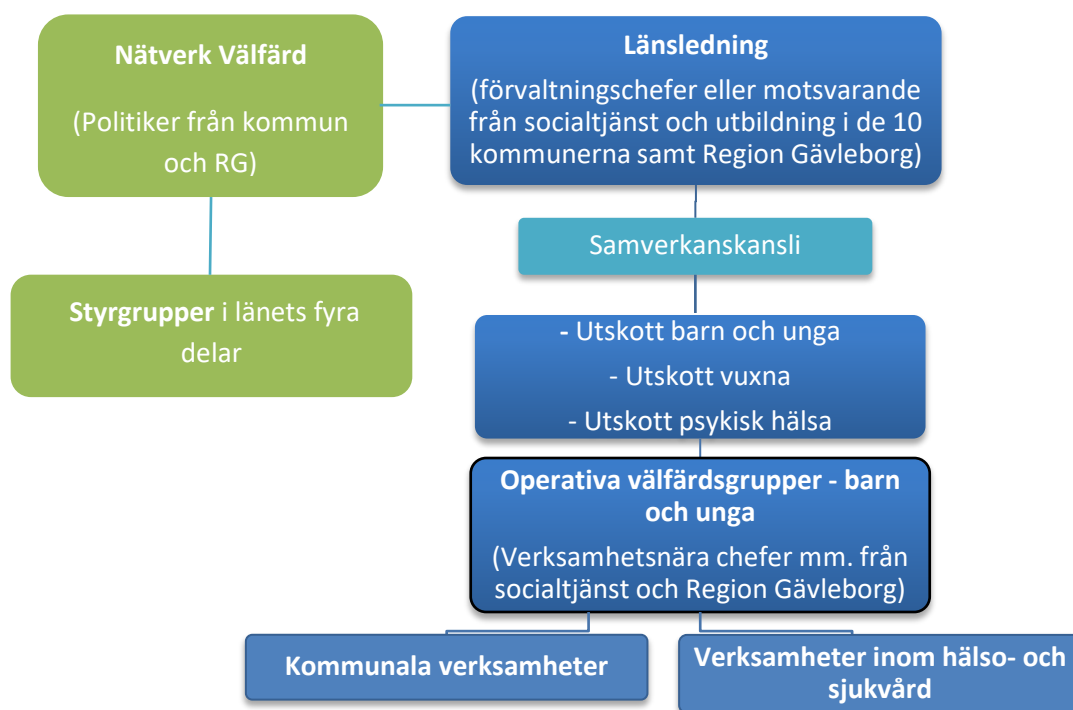
Skissen på nästa sida visar hur den regionala samverkansstrukturen är organiserad.

⁷ Kommunerna och Region Gävleborg (2018) samt Region Gävleborg (2018b).

⁸ Se: Överenskommelse Länsledning Valfärd Region Gävleborg 2018 – 2022. Påskriften av alla parter 2019.
<http://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/>

⁹ Utskott psykisk hälsa är sammansatt av socialchefer, verksamhetschef för vuxenpsykiatri samt personal med samordnande eller utvecklande funktion inom Region Gävleborg.

¹⁰ <https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/gu/>



Figur 4: Regional samverkansstruktur inom välfärdsområdet.

När det gäller patient- och brukarinflytande inom psykiatrin finns *Brukarrådet psykiatri*¹¹ som är ett forum för samverkan där brukar- och intresseorganisationerna utgör ett stöd och medverkar vid förändrings- och förbättringsarbeten för personer med psykisk ohälsa.

Parallellt med kommunernas samt hälso- och sjukvårdens regionala samverkansstruktur verkar Samordningsförbund Gävleborg samt de statliga myndigheterna Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Andra aktörer på länsnivå som kan nämnas är det politiska nätverket för strategiskt folkhälsoarbete (NSFG) samt avdelningen Folkhälsa vid Länsstyrelsen som arbetar med områden som nära gränsar till psykisk ohälsa, exempelvis våld i nära relation, drogpreventivt arbete och föräldrastöd. Inom Region Gävleborg finns även en avdelning för Folkhälsa och Hållbarhet som bland annat arbetat fram den nämnda planen för suicidprevention och tilldelats ett samordnande ansvar inom detta område.

¹¹ Brukarrådet psykiatri består av verksamhetschefer från vuxenpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin, habilitering samt samordnare för funktionshinderfrågor vid regionen och representanter från olika brukarorganisationer inom psykiatriområdet.

Styrdokument och organisering av arbetet med psykisk ohälsa i Gävle

På lokal nivå i Gävle finns MYSAM-gruppen som en samordnande struktur för bland annat arbetet kring psykisk ohälsa. Samverkansgruppens syfte är:

- Att säkerställa en tydlig struktur för samverkan inom rehabiliteringsområdet,
- Att utveckla de lokala samverkansformerna för att stödja personer att uppnå egen försörjning.

Den innevarande handlingsplanen för Mysamgruppen i Gävle¹² löper under tidsperioden 2019 – 2021. Planen innehåller mål och aktiviteter men även normativa och värdegrundsmässiga ställningstaganden. Framför allt går dessa att härleda ur att parterna enats om ett förhållningssätt där medborgaren sätts i fokus och att myndigheternas samverkan ska inriktas så att den leder till att aktiviteter som länkar i varandra från start till mål. Handlingsplanens utgångspunkt, som kan sägas utgöra en sorts värdegrund, är att: *Alltid se till helheten från den enskildes perspektiv och tillsammans göra det bästa för medborgaren (s.2)*. Mysamgruppen ska ge de verktyg som bidrar till att hitta vägar till sysselsättning för de som står långt ifrån arbetsmarknaden. I skrivelsen framgår att människor med psykisk ohälsa ses som den största utmaningen. I handlingsplanen skymtar också en programlogik¹³ fram kring hur de eftersträlvade resultaten ska nås, även om den inte är särskilt tydliggjord.

Handlingsplanen anger några områden som bedöms angelägna:

- Att myndigheterna och dess medarbetare ska förstå varandra bättre genom utveckling av ett gemensamt språkbruk och gemensamma begrepp.
- Kompetensutveckling för myndigheternas medarbetare kring psykisk ohälsa.
- Att flytta fler personer från sysselsättning till anställning och utveckla metoder där fler parter i myndighetssamverkan är involverade. Målet är att uppnå realistiska och långsiktiga anställningar.
- Fortsatt uppföljning av arbetet inom projektet Hälsofrämjande etablering
- Utveckling av arbetssätt inom Region Gävleborg kring läkemedelsberoende.
- Utveckling av familjecentralernas samverkan med kommuner samt hälso- och sjukvård.

Hur aktiviteterna ska genomföras och leda till de önskade resultaten beskrivs inte explicit i handlingsplanen. Det framgår dock i ansökan om medel till denna förstudie att utvecklingsarbetet är tänkt att följa en trestegsraket enligt nedanstående figur.

¹² <http://finsamgavleborg.se/media/164763/handlingsplan-mysam-gavle-2019-2021.pdf>

¹³ Vedung (2009) beskriver begreppet programlogik som den ”tankemässiga ryggraden” kring hur något ska genomföras.



Figur 5: Mysamgruppens tänkta utvecklingsarbete i tre steg.

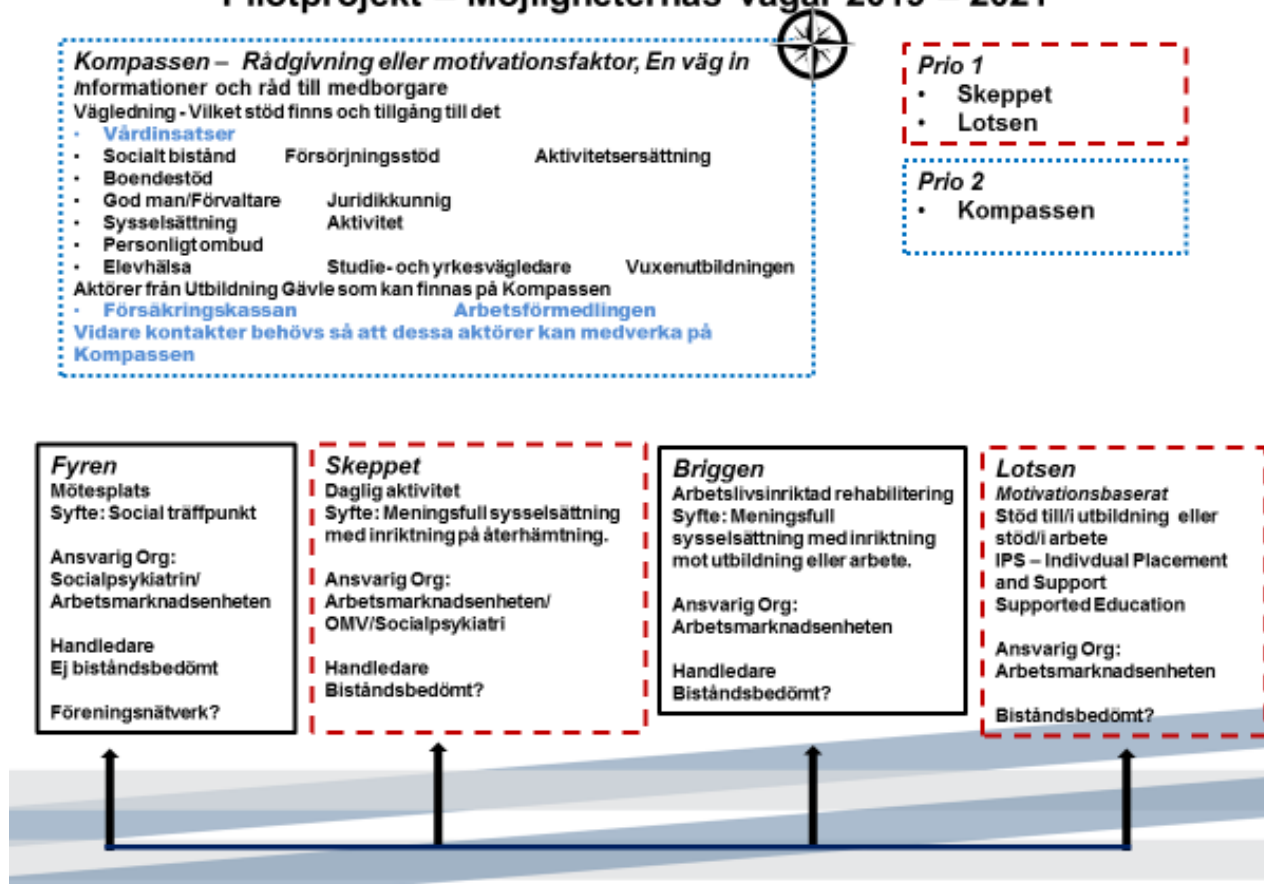
Tidigare utredningar kring psykisk ohälsa i Gävle

Två aktuella utredningar i Gävle med bäring på psykisk ohälsa är en utredning inom socialpsykiatrin med inriktning mot sysselsättning (Gävle kommun, 2018) samt en utredning kring behovet av en kommunal handlingsplan avseende suicidprevention (Gävle kommun, 2017).

Utredningen inom socialpsykiatrin har den primära inriktningen att utarbeta förslag på hur utbudet av sysselsättning kan vidareutvecklas samt ta fram ett underlag kring utbildningsinsatser för medarbetare i metoderna Motiverande samtal (MI), Case Management (CM/RACT), Ett självständigt liv (ESL), Supported Employment (SE) Individual Placement and Support (IPS) och Supported Education (SEd).

Utredningen (Gävle Kommun, 2018, s. 12) mynnade ut i förslag på organisering av ett antal verksamheter, som för att levandegöras och anknyta till kommunens vision ”Gävle sätter segel mot år 2025”, gavs maritima arbetsnamn enligt skissen på nästa sida.

Pilotprojekt – Möjligheternas vägar 2019 – 2021



Figur 6: Skiss över utredningens föreslagna verksamheter.

Enligt information från medverkande i utvecklingsprojektet kan läget efter projektet summeras på följande sätt:

- Träffpunkten (motsvarar Fyren) fanns innan projektet och bedrivs i oförändrad form.
- Anpassad sysselsättning och arbetsinriktad rehabilitering (motsvarar Skeppet och Briggen) fanns mixat innan projektet och finns fortfarande men är tillgängligt i mindre utsträckning då kommunen prioriterar individer aktuella hos försörjningsstöd. Flytt från lokaler samt stängning av en aktivitet har också inneburit färre platser.
- Individual Placement and Support (IPS)¹⁴ respektive Supported Education (SEd) är implementerat sedan projektet med fyra respektive två medarbetare (motsvarar Lotsen).
- Information och rådgivning (motsvarar Kompassen) är inte implementerat.

Utredningen kring suicidprevention innehöll två delar: Dels en kartläggning av aktiviteter i Gävle kommun inom området, dels en utredning kring behovet av en lokal handlingsplan. Kartläggningen av aktiviteter tog avstamp i det nationella handlingsprogrammet för Suicidprevention som inrymmer nio åtgärdsområden (Folkhälsomyndigheten, 2018).

¹⁴ IPS-verksamheten var under projektiden organiserad under Arbetsförmedlingen. Den är nu överförd till arbetsmarknadsenheten.

Kartläggningen av de aktiviteter som pågår i Gävle visade utvecklingsbehov inom framför allt nedanstående områden:

- Främjande av goda livschanser för mindre gynnade grupper.
- Förbättra de medicinska, psykologiska och psykosociala insatserna.
- Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid.
- Höjning av kompetensen hos nyckelpersoner.
- Händelseanalyser efter suicid.
- Stöd till frivilligorganisationerna.

I utredningen framkom även behovet av att utveckla samverkan mellan kommunen och Region Gävleborg inom ramen för Länsledning Vårld för att kunna åstadkomma de förändringar som krävs inom det suicidpreventiva området. Liknande upplevelser av bristande samverkan med Region Gävleborg förmedlas även under utredningen av informanter som har erfarenhet av samverkan inom Gävles Mysamgrupp. Den sammantagna slutsatsen som dras i utredningen är att det finns stora behov och flera områden som behöver prioriteras inom det suicidpreventiva arbetet. Det rådet också enligt utredningen en övervägande samsyn kring vilka av de nationella åtgärdsområdena som bör prioriteras. Mot bakgrund av det bedöms det inte finnas behov av att utarbeta en särskild kommunal handlingsplan. De vidtalade under utredningen uttryckte även överlag att det suicidförebyggande arbetet bör finnas inom ramen för det övriga arbetet kring att förbättra den psykiska hälsan hellre än i en separat handlingsplan.

Statistik från Försäkringskassan

Nedan redovisas statistik som beställts från Försäkringskassans centrala avdelning för analys och prognos avseende personer i Gävle kommun. Måttet sjukfall längre än 90 dagar har valts då det bedöms visa förekomsten av personer med mer långvarig psykisk ohälsa snarare än kortare krisreaktioner eller liknande tillstånd¹⁵. Redovisningen inrymmer *startade sjukfall*, *pågående* och *avslutade sjukfall* för att fånga olika dimensioner i utvecklingen av sjukfall. Startade sjukfall över 90 dagar är sådana som uppnått denna längd under den angivna tidsperioden, exempelvis 2018 eller första halvåret ett visst år. Pågående sjukfall över 90 dagar kan ha startat innan den angivna tidsperioden, ibland för flera år sedan. Statistiken visar helår för 2017 – 2018 då det endast varit möjligt att ta ut dessa helår under datainsamlingsperioden. Anledningen är att Försäkringskassan pga. långa eftersläpningar i inrapporteringen presenterar helårsstatistik för 2019 först i juni 2020. För att möjliggöra analyser av utvecklingen under perioden 2017 - 2019 används statistik för första halvåret under dessa år som komplement.

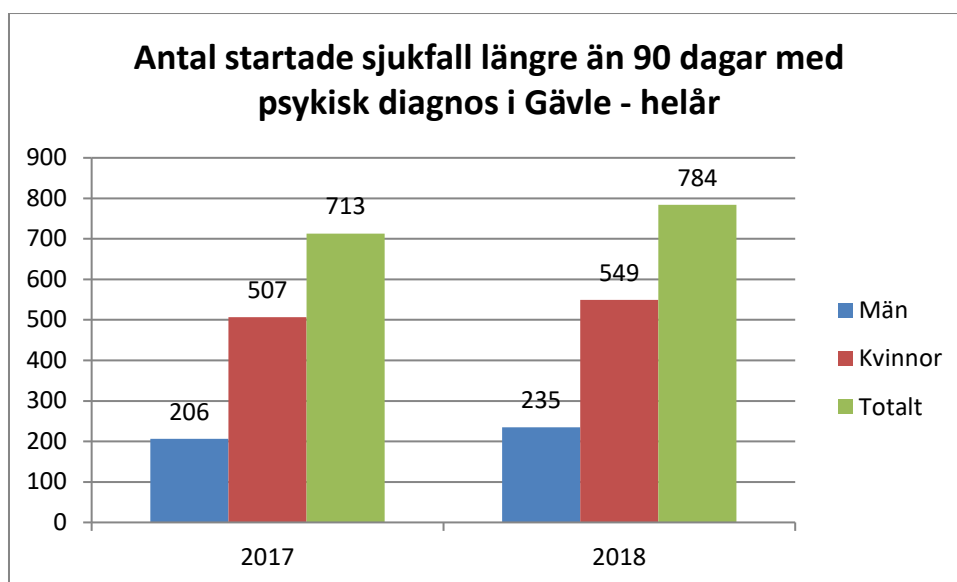


Diagram 6: Antal startade sjukfall med psykiska diagnoser 2017 - 2018. Källa: Försäkringskassan.

Helårsstatistiken visar att det startades 713 sjukfall som varade över 90 dagar med anledning av psykisk diagnos under 2017 för att öka till 784 under 2018. Ca 70 procent av de sjukskrivna var kvinnor.

¹⁵ Begreppet sjukfall i statistiken innebär att en individ kan ha haft flera startade sjukfall under året.

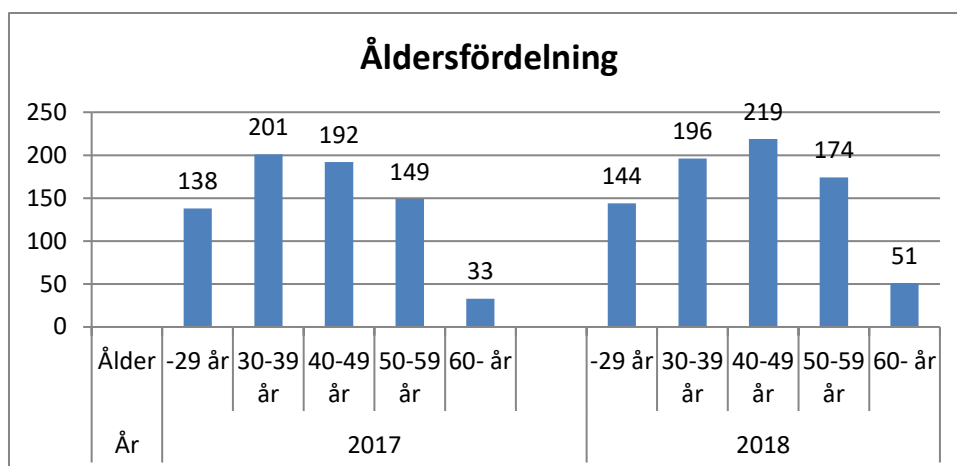


Diagram 7: Antal startade sjukfall över 90 dagar med psykiska diagnoser utifrån ålder. Källa: Försäkringskassan.

Åldersfördelningen i helårsstatistiken för 2017 och 2018 visar att de flesta sjukfallen avser ålderskategorierna 30 – 39 år samt 40 – 49 år som i stort sett är jämnstora om runt 200 personer i respektive kategori per år. Kategorin under 29 år omfattar ca 140 personer varje år. I fråga om personer i åldern 50 – 59 år är det mellan 170 – 190 personer per år och 30 – 50 personer över 60 år.

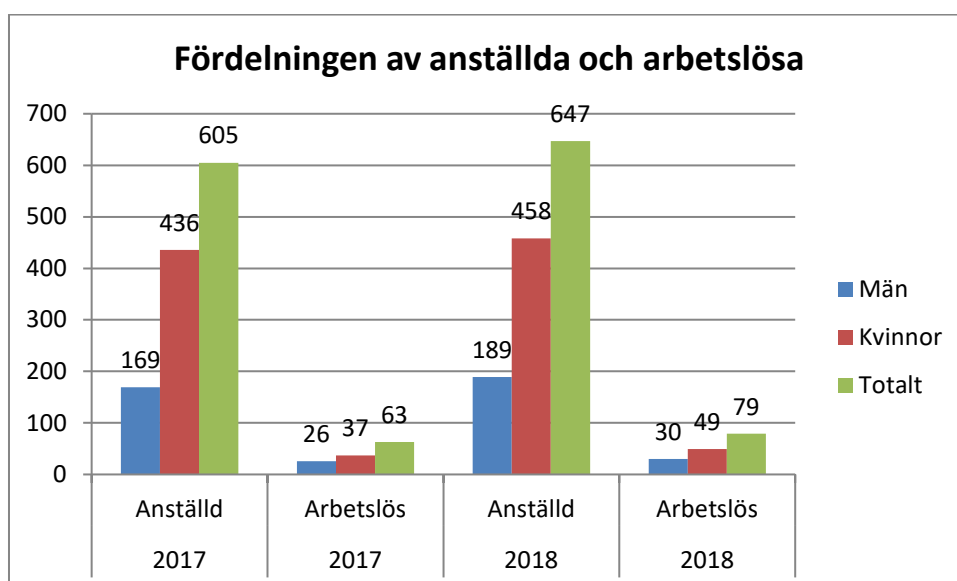


Diagram 8: Antal startade sjukfall med psykiska diagnoser utifrån anställda och arbetslösa. Källa: Försäkringskassan.

Den stora majoriteten av sjukfallen är personer med anställning¹⁶. De arbetslösa utgör totalt sett mellan 10 – 12 procent av sjukfallen under de aktuella åren. Avseende männen utgör de arbetslösa dock en något större andel om 15 – 16 procent. Noteras kan att det förekommer ett mindre antal personer som studerar och har eget företag vilka inte redovisas i statistiken.

¹⁶ Noteras bör att arbetslösa utan SGI som sjukskrivits med läkarintyg för att kunna söka försörjningsstöd inte syns i FK:s sjukfallsstatistik.

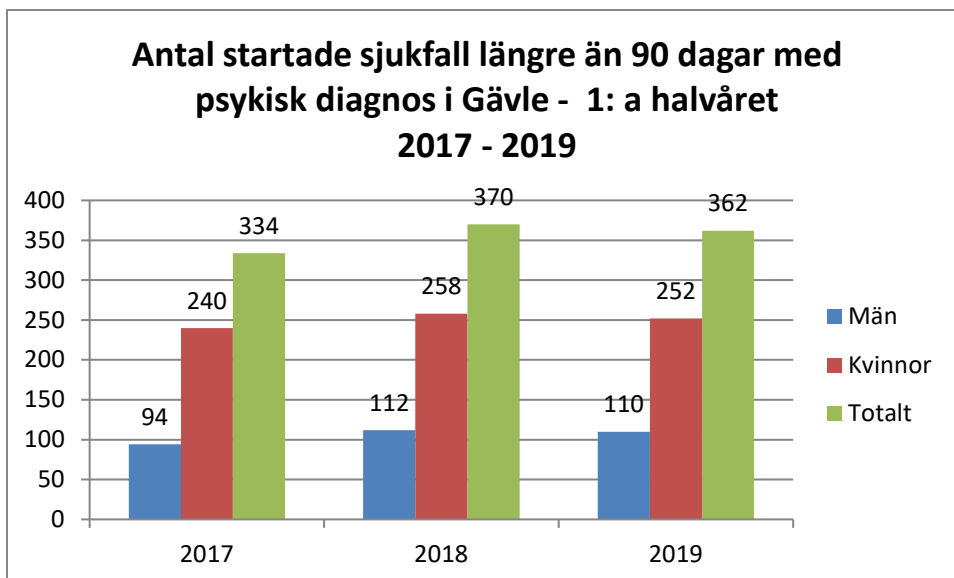


Diagram 9: Antal startade sjukfall med psykiska diagnoser för första halvåret 2017 - 2019. Källa: Försäkringskassan.

Statistiken för första halvåret de aktuella åren visar att det tycks ske en viss minskning av antalet startade sjukfall under 2019. Minskningen är dock så liten och det återstår att se i helårsstatistiken om den avspeglar en trend.

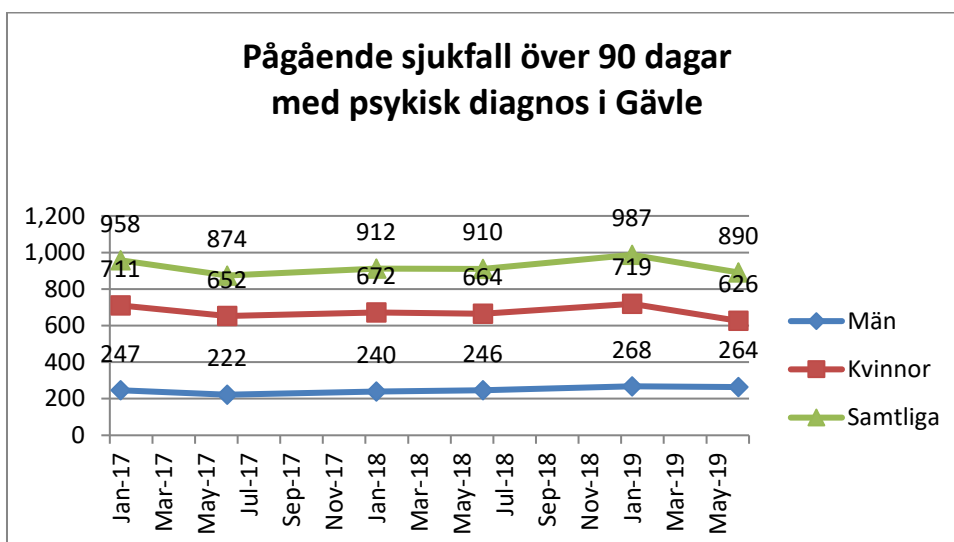


Diagram 10: Antal pågående sjukfall över 90 dagar med psykiska diagnoser 2017 - 2019. Källa: Försäkringskassan.

Det totala antalet pågående sjukfall över 90 dagar med psykisk diagnos var som lägst 874 i juni 2017 och som högst 987 sjukfall i januari 2019. Därefter har antalet pågående sjukfall minskat till 890 vid sista mätpunkten i juni 2019. Det är kvinnorna som står för den största minskningen medan männens kurva är relativt stabil under hela tidsperioden.

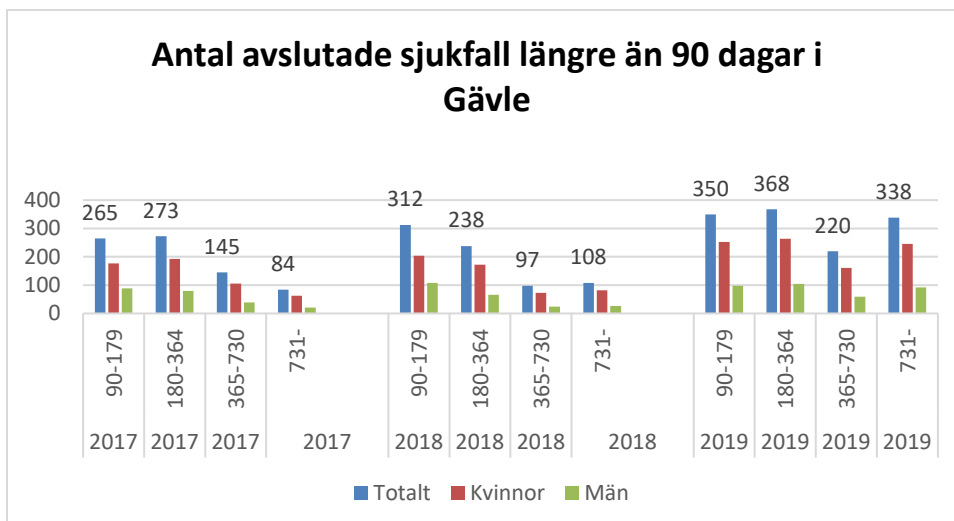


Diagram 11: Antal avslutade sjukfall med psykiska diagnoser utifrån längd i dagar och kön. Källa: Försäkringskassan.

Diagrammet visar antal avslutande sjukfall av olika längd respektive år fördelat på kön. Den vanligaste längden på avslutade sjukfall är upp till ett år. Under 2019 förekommer dock relativt många avslutade sjukfall som varat över 731 dagar (338). Ett tydligt mönster är att det totala antalet avslutade sjukfall ökat med runt 500 sjukfall under 2019 trots att statistiken för detta år togs ut innan den ”frysas”¹⁷. Detta år avslutades 1276 sjukfall längre än 90 dagar medan det under 2017 och 2018 var 767 respektive 755 avslutade sjukfall. Orsaken till den stora ökningen av avslutade sjukfall under 2019 är enligt vidtalad personal på Försäkringskassan i stor utsträckning en striktare rättstillämpning där myndigheten strävat efter ökad kvalitet i handläggningen¹⁸. Under 2019 var 27 – 28 procent av de avslutade sjukfallen män oavsett hur länge sjukskrivningen pågått, vilket liknar fördelningen under föregående år.

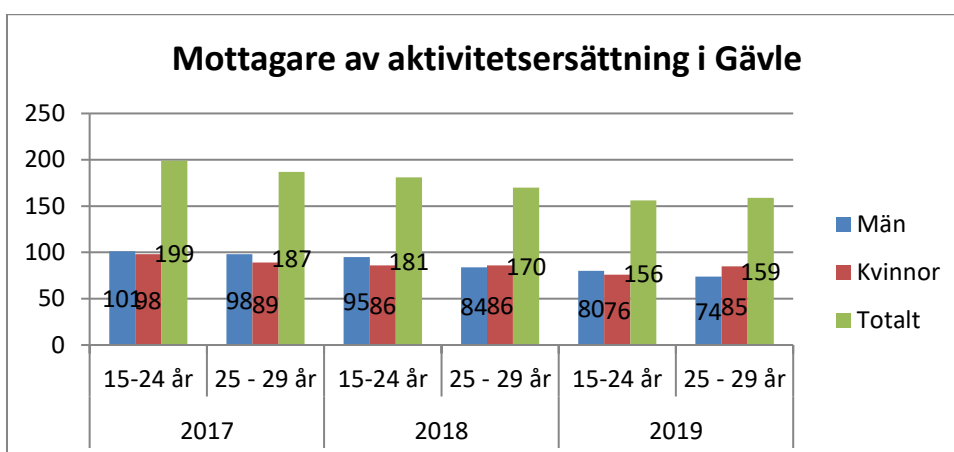


Diagram 12: Antal mottagare av aktivitetsersättning pga. psykiska diagnoser i juni respektive år. Källa: Försäkringskassan

¹⁷ Statistiken avser endast avslutade sjukfall som bokförts tom den 31/10 2019.

¹⁸ Det förekommer alternativa tolkningar bland aktörer som driver rätten till sjukpenning, exempelvis inom läkarkåren. Se den allmänna debatten i samhället.

Aktivitetsersättning är en ersättning för den som är mellan 19 – 29 år och troligen inte kommer att kunna arbeta heltid under minst ett år på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Mottagarna av aktivitetsersättning pga. psykiska diagnoser i Gävle har minskat något över tid från 199 personer 2017 till 156 under 2019 när det gäller den yngre gruppen. Gruppen 25 – 29 år har också minskat från 187 till 159 personer under 2019. Totalt är det 315 personer i Gävle som uppbär aktivitetsersättning vid mättillfället. Könsfördelningen bland de som uppbär aktivitetsersättning är relativt jämn. I förhållande till ålderskategorier var det något fler i åldern 15 – 24 år under åren 2017 – 2018 för att bli i stort sett lika många i åldern 25 – 29 år under 2019.

Värt att nämna är att i november 2019 var endast 29 personer med aktivitetsersättning ute i arbetslivsinriktade insatser¹⁹.

¹⁹ Flertalet av dessa var sannolikt aktuella inom projektet SE- coach.

Statistik från Arbetsförmedlingen

Statistiken från Arbetsförmedlingen gäller personer i Gävle kommun som medgett kodning för nedsatt arbetsförmåga orsakad av omfattande och varaktig psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. Statistiken visar en lägesbild för november 2019. Det har inte varit möjligt att få ut historisk statistik, vilket förhindrar analyser av utvecklingen över tid.

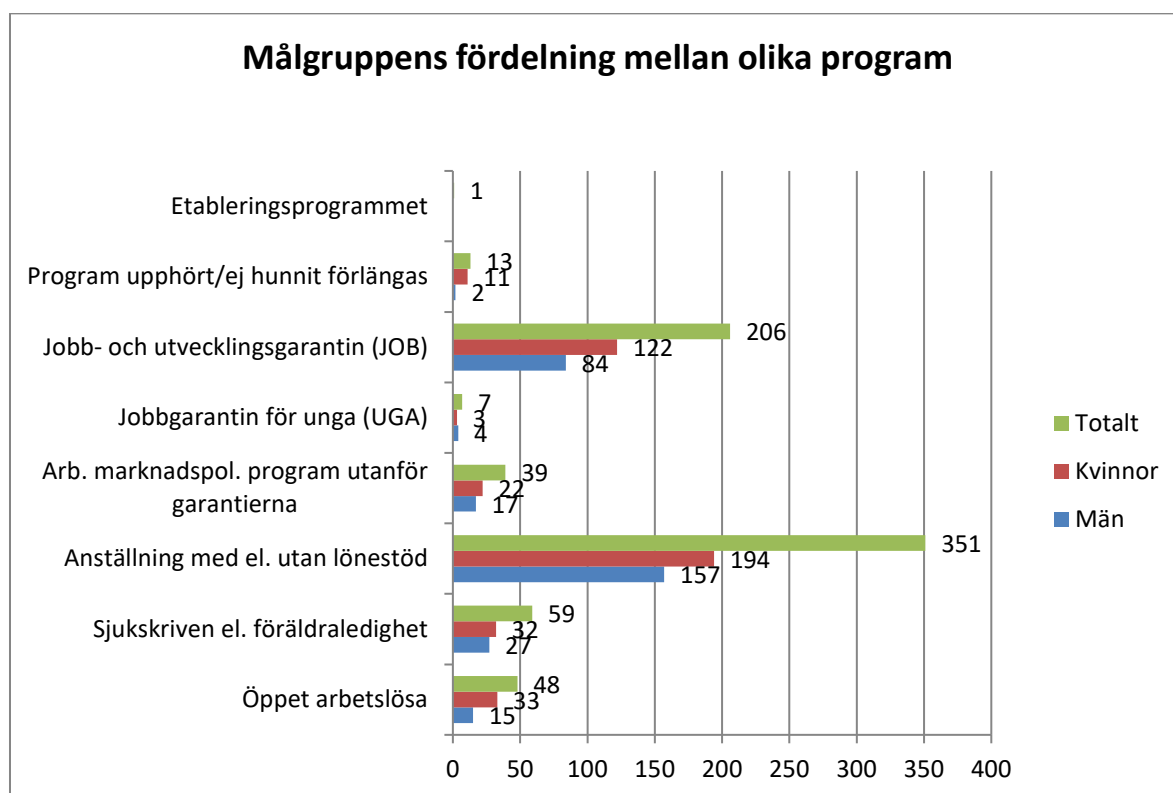


Diagram 13: Fördelningen av personer med kodning för psykisk problematik mellan olika program. Källa: Arbetsförmedlingen.

Totalt är det 724 personer aktuella vid Arbetsförmedlingen i Gävle som vid mättillfället kodats för nedsatt arbetsförmåga orsakad av omfattande och varaktig psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. 351 av dem har anställningar av olika typer, ofta med lönesubvention. Att denna kategori är så stor beror på att antalet personer i anställningar ackumuleras år efter år. De övriga är fördelade över JOB, UGA, sjukskrivna/föräldralediga, etableringsprogrammet och öppet arbetslösa. Flest personer med kodning för psykisk ohälsa finns inom Jobb och utvecklingsgarantin (206) medan det är relativt få (7) inom jobbgarantin för unga. Bland de kodade för psykisk ohälsa är något större andel kvinnor (58 procent).

Nämnas kan att det totala antalet inskrivna under november 2019 vid Arbetsförmedlingen i Gävle, inklusive personer med anställning, var 7818 personer. Det ger en andel inskrivna med kodning för psykisk ohälsa om ca 9 procent.

Värt att notera är att av 259 personer (159 kvinnor och 100 män), som var aktuella inom etableringsprogrammet, hade endast en person kodats för psykisk ohälsa, vilket bör indikera ett stort mörkertal. Projektet *Hälsofrämjande etablering i Gävle* som syftar till att fånga upp nyanlända med funktionshinder omfattade vid mättillfället i december 2019 53 personer (15

män och 38 kvinnor) som identifierats ha olika typer av funktionshinder. Hur stor andel som är relaterade till psykisk ohälsa är okänt då det inte dokumenteras inom projektet.

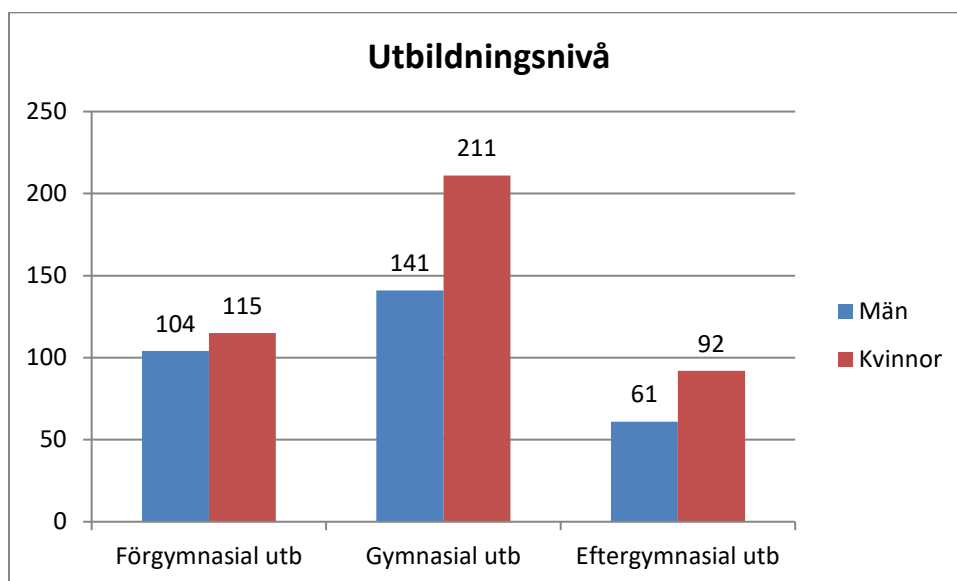


Diagram 14: Utbildningsnivå bland personer med kodning för psykisk problematik.

Källa: Arbetsförmedlingen.

De flesta finns i kategorin med gymnasial utbildning (352). 219 personer har grundskola som högsta utbildningsnivå och 153 har olika former av eftergymnasial utbildning, exempelvis högskoleutbildning, folkhögskola eller yrkesutbildningar. Kvinnorna har högst utbildningsnivå.

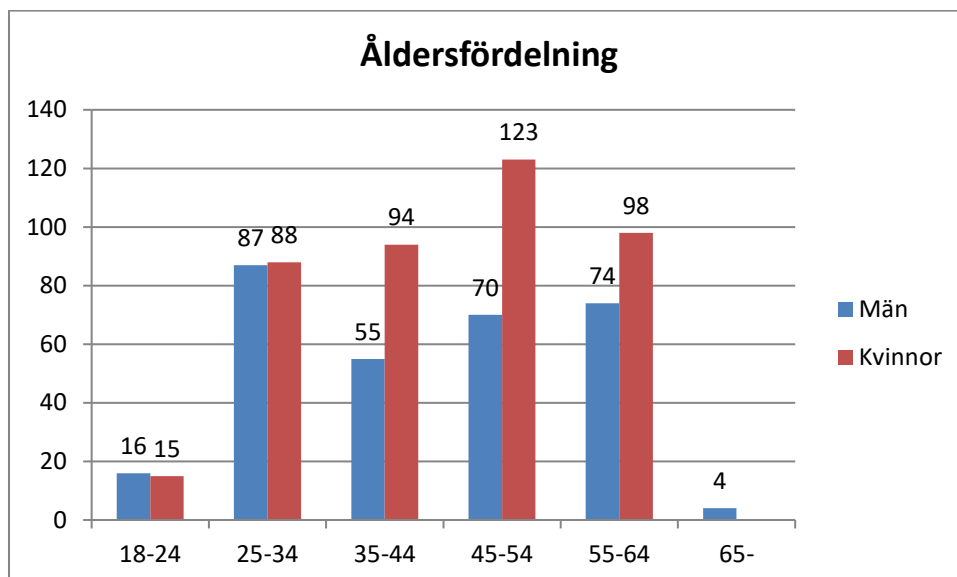


Diagram 15: Åldersfördelning bland personer med kodning för psykisk problematik. Källa: Arbetsförmedlingen.

Den största ålderskategorin är 45 – 54 år, 193 personer. I ålderskategorierna 25 – 34 år, 35 – 44 år samt 55 – 64 år är det mellan ca 150 – 175 personer. Avseende 18 – 24 åringar har ett trettiotal kodats för psykisk ohälsa samt endast en handfull av de över 65 år.

Inventering av psykisk ohälsa bland deltagare vid arbetsmarknadsenheten

Den kommunala arbetsmarknadsenheten (AME) i Gävle vänder sig till personer som är arbetssökande, sjukskrivna eller av andra orsaker behöver sysselsättning och rehabiliterande åtgärder för att komma tillbaka till arbetslivet. I det dokumentationssystem som verksamheten använder registreras som tidigare nämnts inte förekomsten av psykisk ohälsa. Det har därför varit nödvändigt att samla in sådan information genom en särskilt utformad inventeringsmetod. Inventeringen kring förekomsten av psykisk ohälsa bland deltagarna genomfördes under årsskiftet 2019/2020 och omfattade 137 av totalt 725 deltagare som var aktuella vid tidpunkten. Inventeringen inrymde alla 115 deltagare vid *enheten Arbetsrehabilitering och 22* av de 280 deltagarna vid *enheten Praktik och arbetsliv*. Vid den tredje enheten, *Utbildning och arbete*, inventerades inga av de 330 deltagarna²⁰.

Inventeringen genomfördes av personal vid AME²¹ utifrån en definition av vad som avses med psykisk ohälsa då detta begrepp innehåller stort tolkningsutrymme. Definitionen var uppdelad i två kriterier:

1. Den psykiska ohälsan ska ha existerat över tid, dvs. inte utgjorts av tillfälliga övergående kriser. Vår definition av psykisk ohälsa inrymmer såväl kliniskt diagnosticerade psykiatriska sjukdomstillstånd som icke diagnosticerade psykiska besvär. Det kan alltså handla om ett spektrum av tillstånd, exempelvis psykosjukdomar, bipolaritet, depression, nedstämdhet, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, fobier, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, sömnsvårigheter eller liknande tillstånd.
2. Den psykiska ohälsan ska bedömas utgöra ett primärt hinder för deltagaren att uppnå egen försörjning genom arbete eller studier.

Första steget i inventeringen var att utsedd personal gick igenom deltagarna via dokumentation och egen kännedom samt gjorde en bedömning av vilka som överensstämde med de två aktuella kriterierna för psykisk ohälsa

Nästa steg var att med stöd av skriftliga instruktioner fylla i uppgifter som efterfrågades i en Excellmall. Följande information insamlades kring respektive deltagare: *Ålder, kön, etnicitet, högsta utbildning som fullföljts, försörjning, verksamhet vid AME och planerad närvaro per vecka i timmar*. I Excellmallen fanns även ett fält där ”inventerarna” ombads göra en *bedömning av vilka huvudsakliga hinder som försvårade för den aktuella deltagaren att komma ut i egen försörjning*. I detta fält fick de skriva fritt med egna ord. Det beskrevs en stor variation

²⁰ Anledningen till att alla deltagare inte omfattades av inventeringen är att personalen vid AME inte hade tidsutrymme att genomföra hela inventeringsarbetet.

²¹ Handläggare som uppgavs ha god kännedom om deltagarna.

av hinder²² som kategoriserats i två led: Först gjordes en sammanräkning av hur ofta olika hinder förekom. Därefter bildades kategorier utifrån de mest frekventa hindren²³.

Av de totalt 137 deltagare som omfattades av inventeringen bedömdes 102 svara upp mot definitionen på psykisk ohälsa. Det utgör en så hög andel som 74 procent. Då merparten av deltagarna som ingick i inventeringen var aktuella på enheten för Arbetsrehabilitering ska det vägas in att resultatet i stor utsträckning är kopplat till individer inom denna verksamhet. Ett rimligt antagande är att deltagarna inom den arbetsrehabiliterande verksamheten har en högre grad av psykisk ohälsa andeltagare vid de andra enheterna Praktik och arbetsliv samt Utbildning och arbete.

I diagrammen nedan redovisas den identifierade gruppens struktur och bedömda arbetshinder.

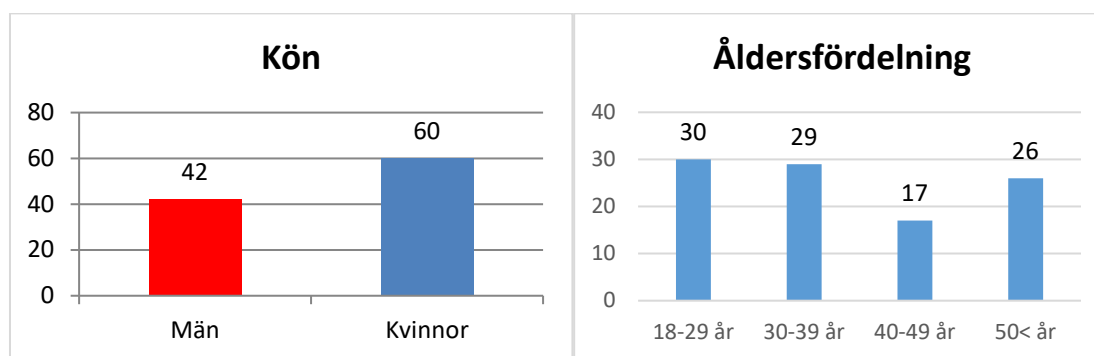


Diagram 16 och 17: Könsfördelning och ålder i antal personer.

En något större andel (59 procent) kvinnor bedöms överensstämma med definitionen på psykisk ohälsa. Att närmare hälften är män bör dock noteras då det i fråga om sjukskrivningar pga. psykisk ohälsa är runt 70 procent kvinnor. Åldersfördelningen är relativt jämn förutom gruppen 40 – 49 år som är ett tiotal färre individer än i de andra ålderskategorierna. Relativt många av de identifierade personerna är under 40 år (59). I gruppen över 50 år finns 26 personer.

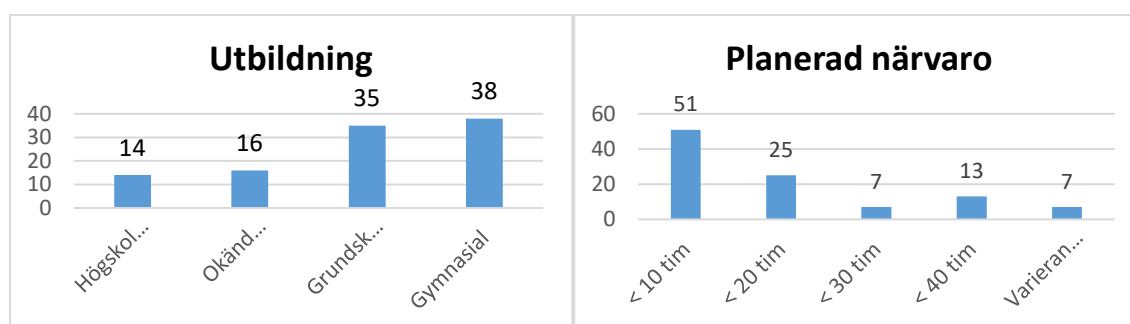


Diagram 18 och 19: Utbildningsnivå och planerad närvaro i antal personer.

²² Det var inte medicinska diagnoser eller läkarutlåtanden som efterfrågades utan en beskrivning av de aktuella hindren utifrån AME-personalens uppfattning.

²³ Bedömningar kring förekomsten av psykisk ohälsa och de hinder för deltagaren att komma ut i egen försörjning som angivits bygger på personalens subjektiva uppfattning då inget bedömningsinstrument använts.

De flesta har grundskole- (35) eller gymnasieutbildning (38). 14 personer har högskoleutbildning eller annan eftergymnasial utbildning, exempelvis yrkes- eller folkhögskola. 16 personer anges ha okänd utbildning.

Den planerade närvaron i timmar/vecka för individerna i den aktuella gruppen varierar relativt mycket. Ett mönster är dock att så många som 51 personer har aktiviteter mindre än 10 timmar/vecka. 32 personer har planeringar om 20 – 30 timmar/vecka och 13 personer upp till 40 timmar/vecka. 7 personer har varierande antal timmar/vecka.

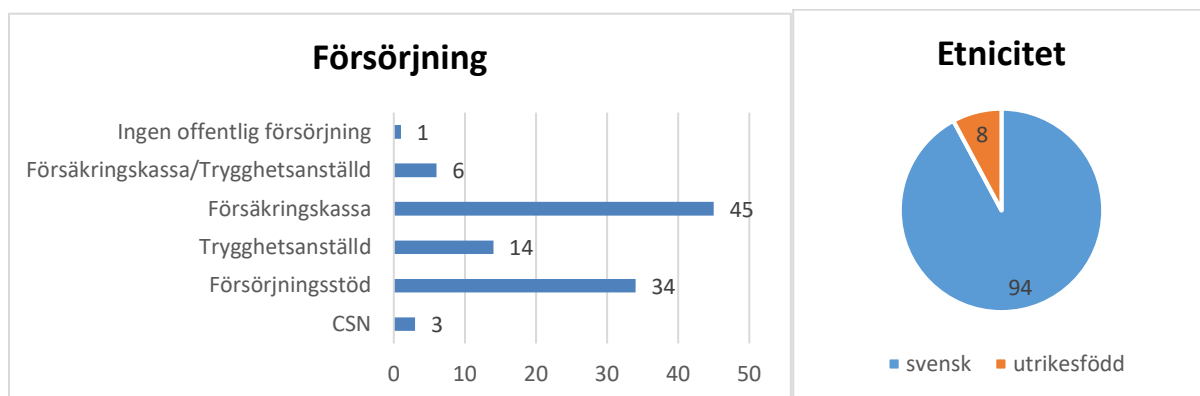


Diagram 20 och 21: Försörjning respektive etnicitet i antal personer.

Merparten av deltagarna har sin försörjning via Försäkringskassan (45) och försörjningsstöd (34). 20 individer har trygghetsanställningar, 6 av dem i kombination med ersättning från Försäkringskassan. 3 personer har studiemedel och 1 person saknar offentlig försörjning.

När det gäller etnicitet är 8 personer i den identifierade gruppen utrikes födda, vilket motsvarar 8 procent.

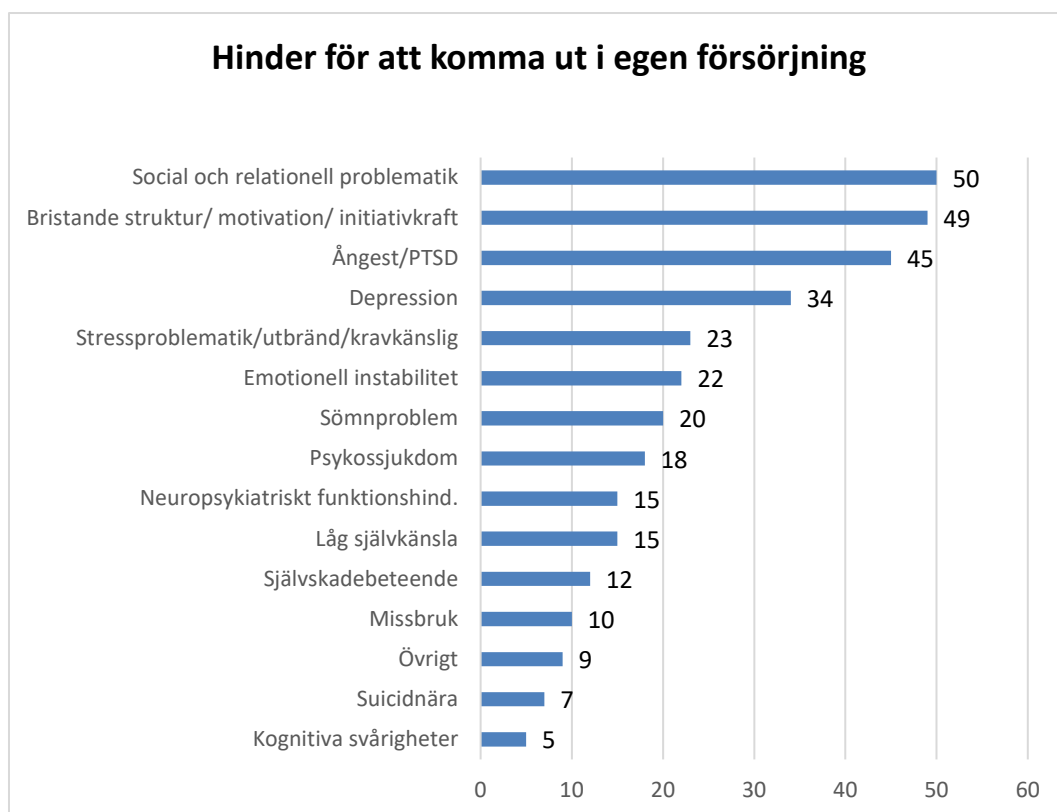


Diagram 22: Bedömning av huvudsakliga hinder för AME-deltagarna att komma ut i egen försörjning.

Personalen vid arbetsmarknadsenheten som bedömde deltagarnas hinder för att komma ut i egen försörjning angav i de flesta fall flera hinder per deltagare. Det har inte utifrån underlaget varit möjligt att analysera vad som utgör grundproblematik respektive symtom på denna. Sannolikt är också arbetshindren sammanflätade och verkar i ett samspel med varandra, exempelvis depression, ångest och missbruksproblematik. Diagrammet ovan visar därför endast frekvensen av de olika hinder som angavs för hela gruppen om 137 deltagare.

Den typ av hinder som listades med högst frekvens är social- och relationell problematik²⁴. Därefter kommer hinder i form av bristandestruktur/motivation/initiativkraft, ångest, depression, stressproblematik/utbrändhet och emotionell instabilitet. Även psykosproblematik och neuropsykiatriska funktionshinder är relativt vanligt förekommande.

På den nedre delen av skalan angavs i fallande ordning låg självkänsla, självskaadebeteende, suicidnära beteende (uttryckta tankar om att ta sitt liv), missbruk samt kognitiva svårigheter.

Inom kategorin övrigt återfinns hinder som nämndes enstaka gånger och inte har en given plats under någon av de andra kategorierna. Exempel på sådana hinder är somatiska besvär, ljudkänslighet och hypokondri.

²⁴ Inom denna kategori angavs ofta olika typer av problem i det mellanmänniska samspelet i form av som exempelvis isolering, tillitsproblem, social fobi och icke specificerade sociala problem.

Nämns kan att det gjorts en liknande inventering av deltagarna vid arbetsmarknadsenheten i Ljusdal. Där anges depression och missbruk med högsta frekvens (Gustafsson och Andersson, 2020). Det är i sammanhanget intressant att reflektera över varför missbruk identifieras som arbetshinder i så mycket högre utsträckning i Ljusdal? Skiljer sig de inventerade deltagargrupperna åt eller föreligger olikheter i hur personalen identifierar och bedömer hinder för att uppnå egen försörjning? Det har inom ramen för denna förstudie inte varit möjligt att göra dessa analyser då det skulle kräva data av mer kvalitativ karaktär, exempelvis intervjuer av personalen vid AME och granskning av deltagargrupprens struktur i de två aktuella kommunerna.

Statistik från det kommunala aktivitetsansvaret för ungdomar (KAA)

Kommunerna har enligt skollagen ett aktivitetsansvar för ungdomar under 20 år som har fullgjort sin skolplikt, men inte genomför eller fullföljt utbildning på nationella program i gymnasieskolan, gymnasiesärskolan eller motsvarande utbildning. Den dokumentation som görs kring ungdomarna i Gävle innehåller inga uppgifter om förekomsten av psykisk ohälsa. Det går endast att göra antaganden kring prevalensen av sådan problematik utifrån nationella skattningar och den uppfattning de professionella inom verksamheten har. Orsaken till att ungdomar inom KAA-verksamheten redovisas i denna förstudie är att unga som inte påbörjar eller fullföljer gymnasieskolan utgör en riskgrupp för utveckling av psykisk ohälsa och utanförskap. Det är därför strategiskt att uppmärksamma dessa ungdomar då det öppnar möjligheten för tidiga insatser.

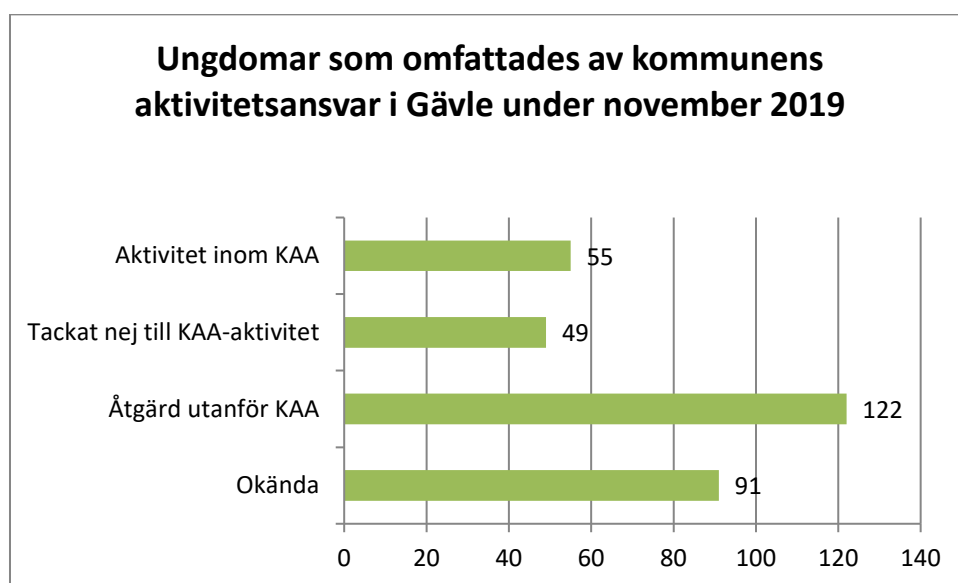


Diagram 23: Ungdomar som omfattas av det kommunala aktivitetsansvaret i antal. Källa: Gävle kommun.

Totalt 317 ungdomar i Gävle omfattades av KAA i november 2019 och 55 av dem deltog i aktiviteter inom KAA-verksamheten. Så många som 91 av ungdomarna hade vid datainsamlingstillfället okänd sysselsättning då kommunen inte lyckats etablera kontakt med dem. Av de övriga ungdomarna var det 49 som saknade sysselsättning men tackat nej till KAA-verksamheten. De totalt 140 ungdomarna med denna livssituation är särskilt intressanta ur ett preventivt perspektiv då gruppen kan inrymma s.k. hemmasittare som isolerat sig och påbörjat en process i riktning mot utanförskap och ohälsa.

122 av ungdomarna var i andra åtgärder, exempelvis arbete, föräldraledighet, sjukskrivning, vistelse utomlands eller placering av socialtjänsten. Denna grupp omfattar sannolikt också många ungdomar med psykisk ohälsa.

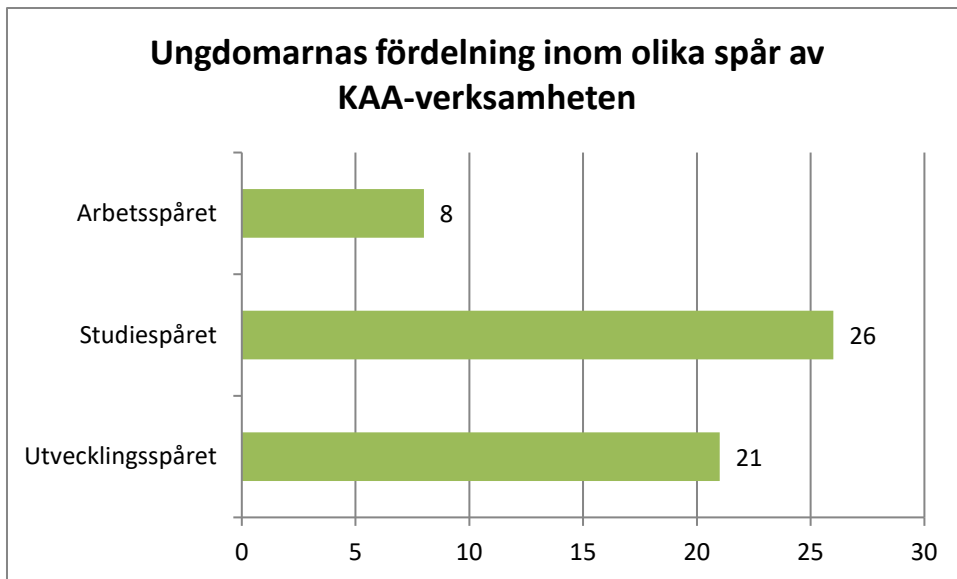


Diagram 24: Ungdomarnas fördelning över olika spår inom KAA-verksamheten i antal.

Källa: Gävle kommun.

KAA-verksamheten i Gävle är indelad i olika spår. Av de 55 ungdomarna deltog 8 i arbetsspåret (planering mot praktik eller arbete), 26 i studiespåret (förberedelser för återgång till studier) och 21 i aktiviteter inom utvecklingsspåret (inriktat på att utveckla närvaro, rutiner och motivation).

Statistik från enheten för försörjningsstöd

Enheten för försörjningsstöd i Gävle gör ingen särskild registrering av om klienterna lider av psykisk ohälsa i sitt verksamhetssystem. Den typen av information måste sökas manuellt i journalanteckningar och utredningar. Det skulle därför krävas en relativt tidskrävande aktstudie som inte har varit möjlig att genomföra under denna förstudie. Med anledning av det har en alternativ analysmetod utformats för att få en bild av i vilken omfattning det kan antas förekomma psykisk ohälsa bland klienterna som är aktuella vid försörjningsstöd i Gävle.

Socialstyrelsen (2017b) har tagit fram orsakskoder som ska användas vid aktualisering av personer som ansöker om försörjningsstöd. Kommunerna har också möjlighet att komplettera med egna koder. Tillförlitligheten i kodningen är naturligtvis beroende av hur enhetligt och korrekt personalen tillämpar den.

Sammantaget har tre orsakskoder i Gävle bedömts ha starkast koppling till potentiell förekomst av psykisk ohälsa bland klienterna. Vilka dessa orsakskoder är och de antaganden som gjorts angående kopplingen till psykisk ohälsa beskrivs i följande avsnitt.

Kod 1: Arbetshinder av sociala skäl

Denna kod ska registreras för personer som för närvarande inte omedelbart står till arbetsmarknadens förfogande och som socialtjänsten bedömer ha nedsatt arbetsförmåga eller vars arbetsförmåga inte är klarlagd. Arbete kan bli aktuellt i framtiden men först efter utredning och social eller medicinsk rehabilitering etc. Det kan röra sig om en person som har eller är i behov av ytterligare insatser i form av exempelvis utredning av arbetsförmåga, arbetsträning, social eller medicinsk rehabilitering innan ett arbete kan bli aktuellt. Den problematik som kan föreligga spänner över ett brett fält som kan handla om psykosocial problematik i olika former, psykisk eller fysisk ohälsa, bostadsproblem, relations- och familjerelaterade problem, missbruk och svårigheter med motivation och initiativkraft mm. Koden har valts då klienter som uppfyller kriterierna för denna kodning kan antas tillhöra en riskgrupp för psykisk ohälsa. Det är dock svårt att säga i hur stor omfattning klienterna omfattas av sådan problematik då det saknas nationella studier inom området. En försiktig uppskattning är att 30 procent av gruppen lever med varierande grad av psykisk ohälsa.

Kod 2: Sjukskriven, sjuk- eller aktivitetsersättning – otillräcklig eller ingen ersättning från sjukförsäkringen

Denna kodning kan kopplas till nationell statistik om att ca hälften av alla sjukskrivningar avser psykisk ohälsa²⁵. Antagandet kan också göras att den grupp som är aktuell vid försörjningsstöd och samtidigt har en ekonomiskt ansträngd situation sannolikt uppvisar högre grad av psykisk ohälsa än normalpopulationen av sjukskrivna.

Kod 3: Våld i nära relationer

Den här koden används för personer som med anledning av problematik kring familjerelaterat våld har behov av försörjningsstöd. Merparten är sannolikt kvinnor där de själva eller barn utsatts för någon form av våld även om män också kan förekomma i statistiken. Antagandet om

²⁵ Se Försäkringskassans offentliga statistik om sjukpenning och rehabiliteringspenning. <https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuk-och-rehabiliteringspenning>.

denna kods relevans bygger på att flera studier (se exempelvis Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014) har funnit ett starkt samband mellan utsatthet för relationsvåld och sämre såväl psykisk som fysisk hälsa.

Statistiken från försörjningsstöd visar genomgående tidsperioden 2017 – 2019. Då materialet inhämtades hösten 2019, dvs. innan året löpt ut, används **statistik för 1:a halvåret**, vilket innebär att helårssiffrorna motsvarar ungefär det dubbla i antal. Undantaget är ärendelängd där mätpunkten är september respektive år.

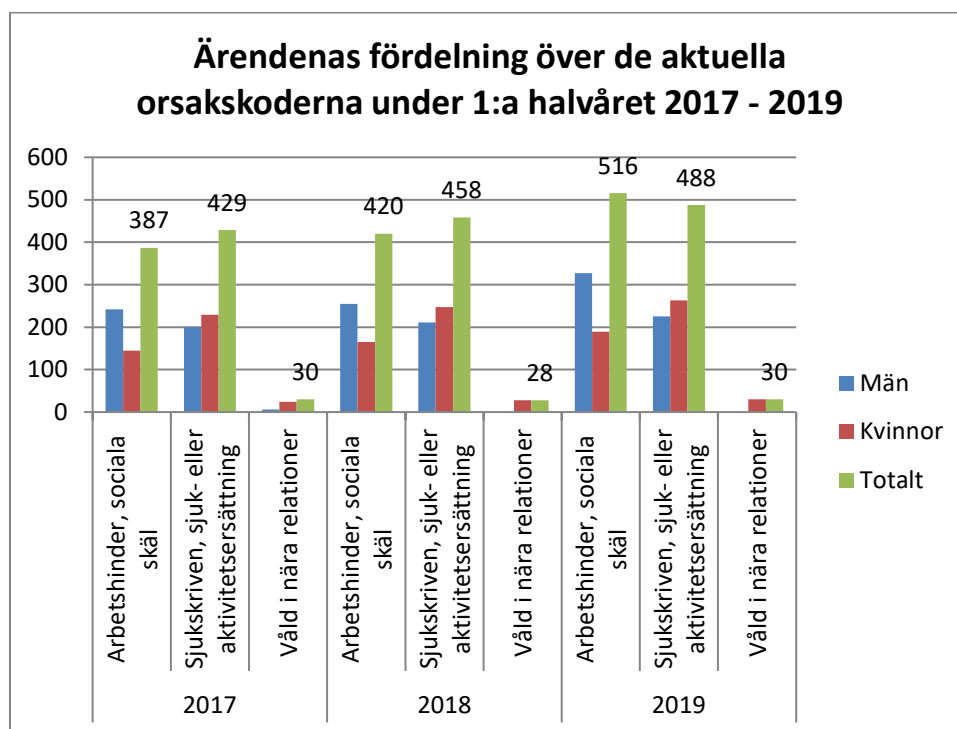


Diagram 25: Antal ärenden per specifika orsakskoder första halvåret 2017 - 2019. Källa: Gävle kommun.

Klienter vars ärenden kodats med arbetshinder, sociala skäl har ökat från 387 under 2017 till 516 under 2019. Även klienter med orsakkodning relaterade till ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen har ökat från 429 till 488 under tidsperioden.

Fördelningen män och kvinnor är relativt jämn under hela perioden när det gäller kodningen kopplad till ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen. Ärenden kodade med arbetshinder, sociala skäl omfattar 90 – 138 fler män respektive år under hela tidsperioden. Orsakskoden våld i nära relationer, som tillämpas i ca 30 ärenden varje halvårsperiod, avser nästan enbart kvinnor.

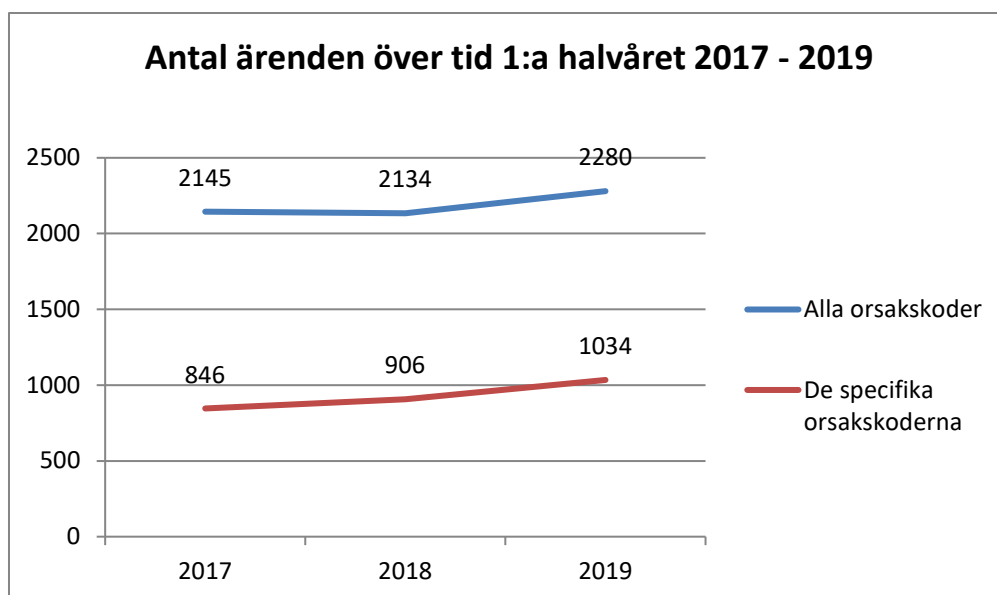


Diagram 26: Antal ärenden med de specifika orsakskoderna första halvåret 2017 - 2019. Källa: Gävle kommun.

Totalt sett har det skett en ökning från 846 ärenden 2017 till 1034 under 2019 gällande ärenden med orsakskoderna arbetshinder sociala skäl, ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen samt våld i nära relation. Alla typer av ärenden (oavsett orsakskod) har också ökat under tidsperioden från 2145 till 2280.

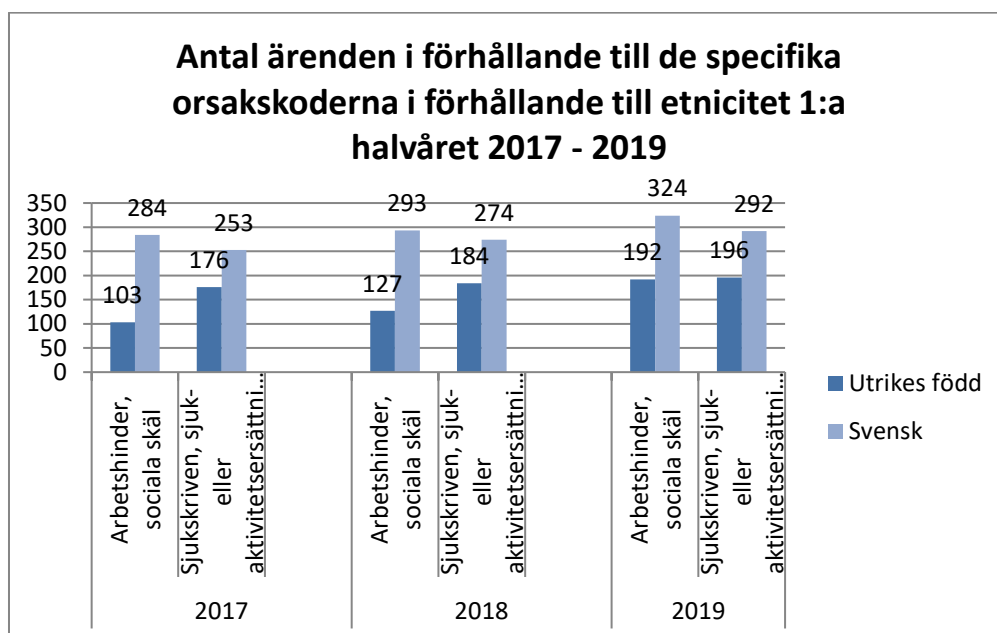


Diagram 27: Antal ärenden per de specifika orsakskoderna i förhållande till etnicitet första halvåret 2017 - 2019. Källa Gävle kommun.

Ärenden som kodats med arbetshinder, sociala skäl avseende utrikes födda har ökat från 103 under 2017 till 192 under 2019. Under 2019 var andelen utrikes födda med denna orsakskod 37 procent. Ärenden kodade med ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen som

gäller utrikes födda har ökat från 176 till 196 under tidsperioden. 39 procent av alla ärenden med de aktuella orsakskoderna avsåg utrikes födda under 2019.

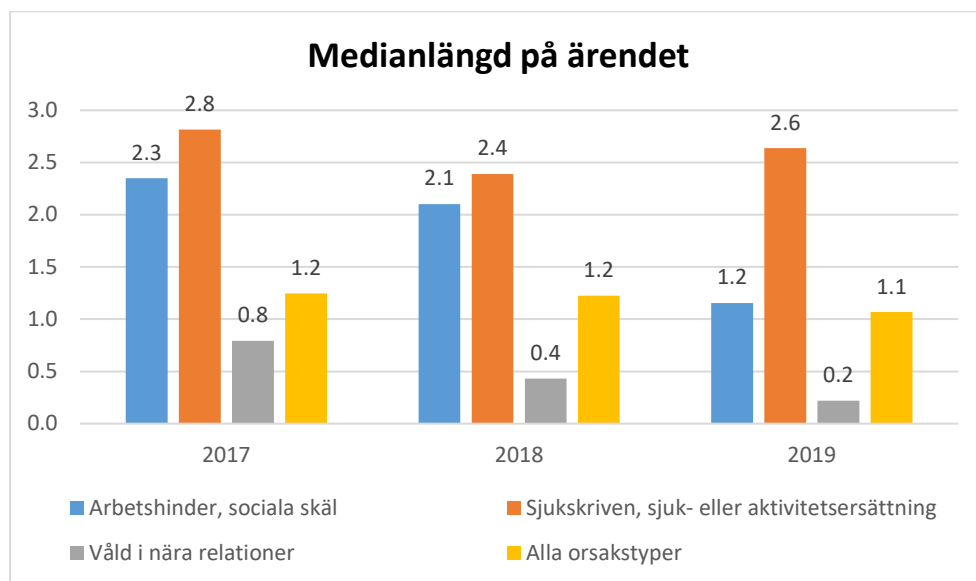


Diagram 28: Medianlängd på ärenden angivet i antal år: Källa: Gävle kommun.

För klienter som kodats med arbetshinder, sociala skäl har ärendelängden minskat från 2,3 år under 2017 till 1,2 år 2019. Även ärenden kodade med ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen har minskat något i längd under tidsperioden (från 2, 8 år till 2,6 år). Ärendelängden på alla ärenden oavsett orsakskod har varit relativt stabil runt ett år under tidsperioden.

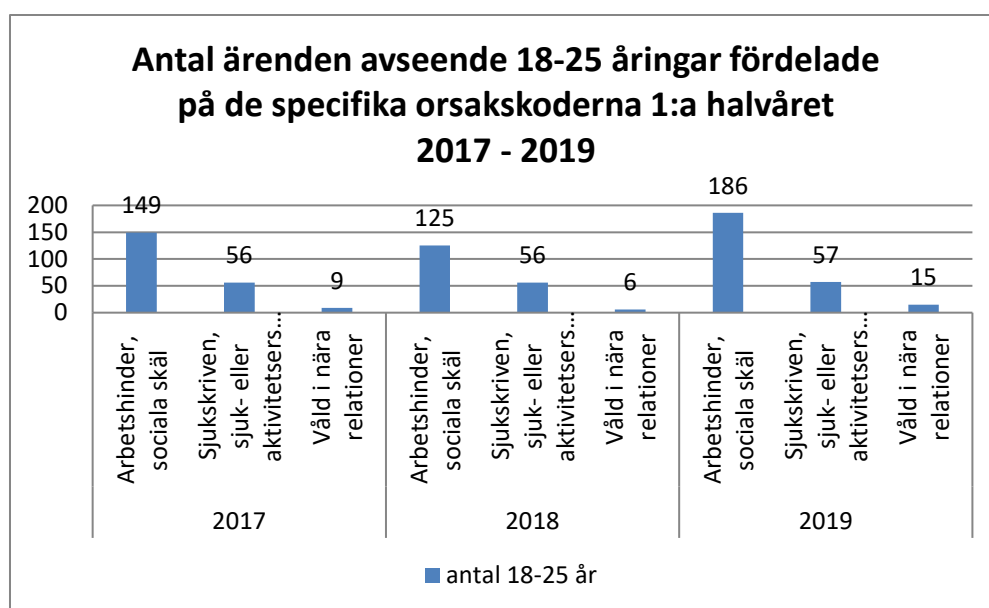


Diagram 29: Antal ärenden avseende klienter i åldern 18 – 25 år med den specifika orsakskodningen första halvåret 2017 – 2019. Källa: Gävle kommun.

Antalet klienter i åldern 18 – 25 år som kodats med arbetshinder, sociala skäl har beskrivit en viss ökning från 149 under 2017 via en nedgång 2018 (125) till 186 ärenden under 2019. Ärenden med orsakskoden ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen har varit stabil runt 56 – 57 ärenden per år. Ärenden med orsakskoden våld i nära relation är så få att trender blir svåra att uttala sig om. Den här typen av ärenden förekommer 6 – 15 gånger per år för 18 – 25 åringar med högsta värdet 2019.

Ärenden avseende 18 – 25 åringar kodade med arbetshinder, sociala skäl utgör 36 procent av alla sådana ärenden respektive 12 procent av ärendena kodade med ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen. Andelen ärenden gällande den yngre gruppen som handlar om våld i nära relation varierar starkt mellan 20 – 50 procent.

Försörjningsmålet i Gävleborg

I anslutning till ovanstående avsnitt kring flöden av individer inom olika offentliga verksamheter och försörjningssystem är det intressant att redovisa försörjningsmålet för kommunerna i Gävleborg. Detta mått visar utbetalningen av offentlig försörjning i olika former per individ i åldern 16 – 64 år. Redovisningen görs i två tabeller som visar olika dimensioner. I tabell 1 redovisas utbetalningen i genomsnittligt belopp i kronor utslaget på alla individer i åldersspannet som är skrivna i kommunen. Den andra tabellen visar utbetalningen med ett genomsnittligt belopp per individ som har ersättningen. Riket och Dalarna har tagits med som jämförelsematerial i båda tabellerna.

Tabell 1: Försörjningsmålet i Gävleborg utslaget på alla individer i åldern 16 – 64 år 2018²⁶.

Utbetald offentlig per individ i åldern 16 – 64 år 2018							
	Ohälsa		Arb. stöd		Ek. bistånd		Totalt
Riket	9 965	Ovanåker	4 127	Nordanstig	1 593	Riket	16 211
Gävle	10 201	Dalarna	4 255	Hofors	1 670	Ovanåker	17 165
Sandviken	10 438	Hudiksvall	4 468	Bollnäs	1 680	Dalarna	17 747
Ovanåker	11 154	Riket	4 559	Riket	1 687	Gävle	18 689
Dalarna	11 350	Nordanstig	4 608	Hudiksvall	1 729	Hofors	19 479
Hofors	11 839	Hofors	5 971	Ljusdal	1 734	Hudiksvall	19 586
Ljusdal	13 148	Ljusdal	6 469	Ovanåker	1 884	Nordanstig	20 033
Bollnäs	13 315	Gävle	6 530	Gävle	1 958	Sandviken	20 511
Ockelbo	13 328	Bollnäs	6 762	Dalarna	2 142	Ljusdal	21 351
Hudiksvall	13 389	Ockelbo	6 843	Sandviken	2 249	Bollnäs	21 756
Nordanstig	13 832	Söderhamn	7 639	Ockelbo	2 387	Ockelbo	22 558
Söderhamn	15 166	Sandviken	7 824	Söderhamn	2 490	Söderhamn	25 295

Gävle betalar ut minst ersättning kring ohälsa (10 201) med detta mått vilket ligger i paritet med riksgenomsnittet. När det gäller arbetsmarknadsstöd och ekonomiskt bistånd placerar sig Gävle i mitten av skalan med 6530 respektive 1958 kronor per individ. Totalt sett är det Gävle och Ovanåker som betalar ut minst av de aktuella ersättningarna per individ vilket ligger drygt ca 2000 kronor över riksgenomsnittet och ca 1000 kronor över snittet i Dalarna.

²⁶ **Förklaring av ersättningskategorierna:** Ohälsa = Sjukpenning inkl. rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning; Arb. Stöd = A-kassa, aktivitetsstöd, utvecklingsersättning samt etableringsersättning inkl. etableringstillägg och bostadsersättning; Ek. bistånd = Försörjningsstöd.

Tabell 2: Försörjningsmättet i Gävleborg per individ i åldern 16 – 64 år som har ersättningen 2018.

Utbetald offentlig försörjning per individ i åldern 16 – 64 år som har ersättningen 2018							
	Ohälsa		Arb. stöd		Ek. bistånd		Totalt
Ovanåker	67 692	Ovanåker	44 926	Ockelbo	30 600	Ovanåker	64 389
Sandviken	70 210	Hudiksvall	50 325	Hofors	30 660	Ockelbo	69 901
Dalarna	70 783	Ockelbo	50 409	Bollnäs	31 335	Nordanstig	69 922
Gävle	71 393	Bollnäs	53 643	Nordanstig	36 232	Sandviken	70 171
Nordanstig	71 515	Nordanstig	53 907	Ljusdal	38 240	Hofors	70 517
Riket	72 123	Ljusdal	55 667	Ovanåker	38 270	Dalarna	70 576
Hofors	73 361	Dalarna	57 656	Hudiksvall	38 578	Hudiksvall	71 319
Hudiksvall	74 870	Hofors	57 892	Söderhamn	38 963	Bollnäs	71 457
Ockelbo	76 267	Söderhamn	58 073	Gävle	41 621	Gävle	71 897
Bollnäs	76 275	Sandviken	59 817	Sandviken	41 778	Riket	73 346
Ljusdal	78 094	Gävle	61 129	Dalarna	44 266	Ljusdal	74 588
Söderhamn	79 123	Riket	61 666	Riket	48 586	Söderhamn	76 629

Det här måttet visar hur mycket i snitt som betalas ut i kronor till varje individ som har den aktuella ersättningen. Tabellen visar att Ljusdal och Söderhamn betalar ut mest ersättningar kring ohälsa i länet om ca 78 000 – 79 000 kronor per aktuell individ. Genomsnittet för Dalarna och riket är 70 783 respektive 72 123 kronor. Gävle hamnar med 71 393 bland de tre kommuner i länet som betalar ut minst ersättningar kring ohälsa. I förhållande till arbetsmarknadsstöd betalar Gävle emellertid ut mest i länet (61 129) per aktuell individ. När det gäller försörjningsstöd är det Gävle (41 621) och Sandviken (41 778) som har störst utgifter per aktuell individ. Totalt sett gällande alla ersättningstyperna är det bara Ljusdal och Söderhamn som har högre kostnader för offentlig försörjning per individ som har de aktuella ersättningarna.

Kommentar till tabellerna: Gävle placerar sig relativt bra bland länets kommuner när det gäller utbetalningar av offentlig försörjning utslaget på alla individer i åldersspannet men sämre när måttet utbetalt belopp per individ som har ersättningen tillämpas. Tolkningen som kan göras är att andelen som har olika typer av offentlig försörjning inte är alltför stor. Däremot kräver de som har ersättningarna relativt omfattande ekonomiskt stöd.

Analys och reflektioner

I det här avsnittet analyseras och diskuteras den insamlade statistiken kring psykisk ohälsa i Gävle samt vad förstudiens samlade resultat kan säga om behov, möjligheter och förutsättningar i det fortsatta utvecklingsarbetet. Nedanstående tablå visar överskådligt resultatet av kartläggningen avseende psykisk ohälsa i Gävle kommun.

Tabell 3: Sammanfattning av kartläggningens resultat.

Verksamhet	Sammanfattning av kartläggningen
Försäkringskassan	<p>2018 var det 784 startade sjukfall längre än 90 dagar med psykisk diagnos. Halvårssiffrorna för 2019 tyder på en liknande utveckling detta år.</p> <p>I juni 2019 fanns det 890 pågående sjukfall över 90 dagar med psykisk diagnos.</p> <p>2019 avslutades runt 500 fler av sjukfallen över 90 dagar med psykisk diagnos än föregående år.</p> <p>315 personer hade aktivitetsersättning med anledning av psykisk diagnos vid mättillfället i juni 2019.</p>
Arbetsförmedlingen	<p>I november 2019 var 724 personer aktuella som kodats för nedsatt arbetsförmåga orsakad av omfattande och varaktig psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. 351 av dem hade anställningar och 373 deltog i olika typer av program.</p>
Arbetsmarknadsenheten	<p>Av 137 deltagare som ingick i inventeringen bedömdes 102 uppfylla kriterierna i definitionen på psykisk ohälsa. Det innebär att 74 procent av deltagarna anses ha psykisk ohälsa som ett primärt hinder för att uppnå egen försörjning. Noteras bör att de flesta av deltagarna som omfattades av inventeringen var aktuella på enheten för Arbetsrehabilitering.</p>
Det kommunala aktivitetsansvaret	<p>I november 2019 omfattades 317 ungdomar av KAA varav 55 deltog i aktiviteter inom kommunens verksamhet (17 %). 122 var i andra kända åtgärder, exempelvis arbete, föräldraledighet, sjukskrivning, vistelse utomlands eller placering av socialtjänsten. 140 av ungdomarna saknade eller hade okänd sysselsättning. Företrädare för KAA-verksamheten bedömer att många ungdomar som omfattas av KAA uppvisar varierande grad av psykisk ohälsa.</p>
Försörjningsstöd	<p>Under första halvåret 2019 var det 516 ärenden inom ramen för orsakskoden arbetshinder, sociala skäl respektive 488 med kodning kopplad till ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen. Under samma period förekom 30 ärenden kring våld i nära relation. En uppskattning är att drygt 400 av de aktuella klienterna har varierande grad av psykisk ohälsa som ett hinder för att uppnå egen försörjning.</p>

Det är svårt att göra analyser kring det totala antalet personer med psykisk ohälsa som är aktuella inom de offentliga verksamheterna då det kan föreligga en överlappning där samma person är aktuell inom flera verksamheter. Exempelvis kan en individ vara sjukskriven med otillräcklig sjukpenning och därför också uppbära försörjningsstöd. Samma person kan dessutom vara deltagare inom någon av AME-verksamheterna. Det är som tidigare nämnts inte heller möjligt att följa individers rörelser mellan olika försörjningssystem och insatser då det skulle kräva en individbaserad statistik. Det är dock möjligt att analysera det statistiska materialet kopplat till de involverade verksamheterna, vilket är temat för nedanstående avsnitt.

När det gäller **Försäkringskassans statistik** kan konstateras att det under juni 2019 pågick 890 sjukfall med psykisk diagnos i Gävle som varat över 90 dagar. Det är en viss minskning från januari samma år då det pågick 987 sjukfall. Merparten (ca 70 procent) av de sjukskrivna är kvinnor. Antalet pågående sjukfall har varierat något under de senaste tre åren och påverkas både av antalet nya sjukfall och hur långa de pågående blir. Utifrån nationell samt regional statistik var det en topp i antalet sjukfall med psykisk diagnos runt 2016. Kurvan har därefter vikt ned något, vilket även gäller för Gävle.

En iakttagelse är att runt 500 fler av de långa sjukskrivningarna avslutades under 2019 jämfört med tidigare år trots att statistiken för detta år endast sträckte sig till och med oktober. Denna utveckling är intressant att följa framåt i tiden, inte minst utifrån om det kommer att påverka flödet inom försörjningsstöd.

Antalet individer som har aktivitetsersättning i Gävle har minskat från 386 till 315 under åren 2017 – 2019. Ur ett nationellt perspektiv pågår det sparsamt med aktiviteter för att unga personer med aktivitetsersättning ska komma ut i arbetslivet. Riksrevisionen (2015), som granskat systemet med aktivitetsersättning, konstaterar att bristen på insatser, uppföljning och stöd från Försäkringskassan leder till inaktivitet och inlåsning i ersättningsformen. Riksrevisionen drar den sammantagna slutsatsen att syftet med aktivitetsersättningen, *ett aktivt förhållningssätt för unga med nedsatt arbetsförmåga*, generellt sett inte uppnås. Det finns alltså anledning att utveckla arbetsformer som i större utsträckning ”aktiverar” personer med aktivitetsersättning. Projektet Supported Employment-coach i Gävle är ett exempel på en mycket lyckad satsning som bidragit till att många kommit ut i anställningar samt betydande samhällsekonomiska vinster²⁷.

Frågan är hur utvecklingen kring sjukfall med anledning av psykiska diagnoser kommer att se ut framåt? Viktiga faktorer är sannolikt hälsoläget bland invånarna i Gävle men också hur rätten till sjukpenning och andra ersättningar regleras inom sjukförsäkringsområdet. En intressant process pågår i skrivande stund kring det senare då en särskild utredare har analyserat vissa av de regler som gäller inom sjukförsäkringen.

²⁷ För slutrapporten från SE-coach i Gävle, se: http://www.finsamgavleborg.se/media/176551/sutrapport-se-coach_2019-11-29.pdf

Utredningen har mynnat ut i delbetänkandet: *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering* (SOU 2020:6). Utredningen, som bland annat har analyserat hur begreppet *normalt förekommande arbete* har tillämpats, lämnar följande centrala förslag till förändringar:

- Bedömningen av arbetsförmågan efter dag 180 ska göras mot angivet normalt förekommande arbete enligt Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK).
- Beslut om avslag bör underbyggas och vila på utredningsunderlag i större utsträckning. Det gäller framför allt ställningstagandet om det finns arbeten som är normalt förekommande där den försäkrade kan utnyttja sin kvarvarande arbetsförmåga.
- En försäkrad som har uppnått den ålder då han eller hon kan ta ut inkomstgrundad ålderspension (i dag 62 år) ska få sin arbetsförmåga bedömd mot arbetet hos nuvarande arbetsgivare.
- Den som har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar ska kunna få sin arbetsförmåga fortsatt bedömd mot arbete hos arbetsgivaren om hög grad av sannolikhet talar för återgång i detta arbete senast vid dag 550.

Om betänkandets förslag, som i många avseenden tycks innebära en uppmjukning av reglerna i sjukförsäkringen, leder till lagförändringar, kommer det sannolikt att påverka utvecklingen av antalet pågående och avslutade sjukfall.

Arbetsförmedlingens statistik ger en ögonblicksbild av att 724 aktuella vid AF i Gävle under hösten 2019 kodats för nedsatt arbetsförmåga orsakad av omfattande och varaktig psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. Av dem är många (351 personer) ute i anställningar. Den övriga gruppen (373 personer) som deltar i olika program kan antas befinna sig tidigare i rehabiliteringskedjan. Det gör dem extra intressanta att uppmärksamma när det gäller utveckling av samarbetsformer och insatser.

Att endast en deltagare inom etableringsprogrammet i Gävle kodats för psykisk ohälsa kan sannolikt ha flera orsaker såväl kopplade till arbetssätt som kulturella aspekter. Då forskningsstudier visar en relativt hög förekomst av psykisk ohälsa bland nyanlända (se exempelvis Socialstyrelsen, 2015) måste det anses som ett angeläget utvecklingsområde. Projektet Hälsofrämjande etablering som finns i Gävle arbetar i denna riktning och bör kunna bidra med ett värdefullt lärande.

Under hösten 2019 har det skett en omvälvande omorganisering av Arbetsförmedlingens verksamhet. Hur den framtida processen under bildandet av den nya Arbetsmarknadsmyndigheten kommer att fortskrida är i nuläget oklart och beroende av de politiska beslut som fattas. Utformningen av den nya myndigheten kommer att påverka såväl förutsättningarna för samspelet med arbetssökande som samarbetspartners, exempelvis inom ramen för Mysam. En särskilt intressant fråga i denna förstudie är hur Arbetsförmedlingens arbetsrehabiliterande insatser för människor med funktionshinder ska organiseras i framtiden?

Inventeringen av psykisk ohälsa vid arbetsmarknadsenheten visar att 74 procent av de totalt 137 deltagarna som ingick i inventeringen bedöms ha psykisk ohälsa som ett primärt arbetshinder. Som tidigare nämnts påverkas den höga andelen deltagare som identifieras ha psykisk ohälsa sannolikt av att merparten av individerna var aktuella vid enheten för arbetsrehabilitering. En undran är hur stor andel av den totala deltagargruppen om ca 700 personer som lever med sådan psykisk ohälsa att det hindrar utvecklingen mot egen försörjning?

Bland de 102 deltagare som bedömts svara upp mot kriterierna för psykisk ohälsa anges en stor variation av arbetshinder. Den psykiska ohälsan tycks i många fall inrymma problematik med sociala samspel och relationer, bristande initiativkraft och motivation, ångest- och depressionstillstånd, stress och utbrändhet samt emotionell instabilitet. Det är också relativt vanligt förekommande med psykosproblematik och neuropsykiatriska funktionshinder. Förvånansvärt få anses emellertid ha beroende- eller missbruksproblematik (runt 10 procent). Vid AME i Ljusdal, där en liknande inventering genomförts (Gustafsson och Andersson, 2020), var problematik i form av depression och missbruk den som angavs med högst frekvens. En reflektion i sammanhanget är att skillnaden kan bero på såväl olika deltagargrupper som hur personalen uppmärksammar och beskriver deltagarnas problematik.

Den höga andel av deltagarna vid AME i Gävle som bedöms uppvisa psykisk ohälsa bör sätta ljuset på behovet av att upprätthålla en kunskaps- och kompetensutveckling inom området bland personalen.

Det kommunala aktivitetsansvaret (KAA) har en strategisk roll i det förebyggande arbetet kring psykisk ohälsa samt upptäckt av och tidiga insatser till ungdomar som börjat utveckla sådan problematik. Forskning visar att ungdomar som inte fullföljer en gymnasieutbildning löper en större risk att drabbas av psykiska och sociala problem samt att fastna i utanförskap och arbetslöshet i vuxen ålder (Skolinspektionen, 2018; Sjögren och Svaleryd, 2011). I Gävle fanns det i november 2019 drygt 300 ungdomar inom ramen för KAA. Av dessa ungdomar deltog vid mättillfället endast runt 17 procent i kommunens organiserade KAA-aktiviteter.

Det bör vara eftersträvansvärt att öka andelen ungdomar som deltar i aktiviteter och i möjligaste mån upptäcka vilka som riskerar eller redan har utvecklat psykisk ohälsa. Grundförutsättningar för ett sådant arbete är sannolikt att *etablera kontakt, väcka motivation och skapa tillitsfulla relationer.*

Vid enheten för försörjningsstöd var det 516 ärenden kodade med arbetshinder, sociala skäl under första halvåret 2019. Hur stor andel av klienterna som kan antas ha psykisk ohälsa som ett primärt arbetshinder är svårt att säga. Det kan dock antas att många i denna grupp har en sådan livssituation att det frestar på den psykiska hälsan, exempelvis bostads-, relations-, familje- eller missbruksproblem mm. En försiktig uppskattning är att 30 procent av gruppen har någon form av psykisk ohälsa, dvs. 155 individer. Inom gruppen där behovet av försörjningsstöd är relaterat till sjukskrivning är det lättare att uppskatta prevalensen av psykisk ohälsa. Under första halvåret 2019 var det 488 ärenden med denna kodning. Utifrån nationell statistik kring sjukskrivningsorsaker kan det antas att minst hälften är sjukskrivna med psykisk diagnos. Det innebär att runt 250 personer tillhör målgruppen för denna förstudie. Angående

ärenden kopplade till våld i nära relation är ett rimligt antagande att minst hälften av dessa klienter upplever psykisk ohälsa.

Sammantaget uppskattas att drygt 400 av de klienter som var aktuella vid försörjningsstöd under första halvåret 2019 har psykisk ohälsa som ett hinder för att komma ut i egen försörjning. Att ett så stort antal klienters problematik kan antas vara relaterad till psykisk ohälsa, bör vägas in vid utveckling av arbetsformer samt kunskaps- och kompetensutveckling inom försörjningsstödsenheten. Möjligheterna för denna verksamhet att samspela med behandlande och arbetsrehabiliterande resurser är naturligtvis också av stor betydelse.

En reflektion i sammanhanget är att det sannolikt förekommer en relativt hög nivå av psykisk ohälsa även bland andra grupper av klienter inom individ- och familjeomsorgens verksamhet, exempelvis missbruksvård samt den sociala barn och ungdomsvården.

Beräkning av kostnader för utbetalning av offentlig försörjning i samband med psykisk ohälsa

Det har inte inom ramen för denna förstudie varit genomförbart att göra en samhällsekonomisk analys av den psykiska ohälsans kostnader i Gävle kommun utifrån alla parametrar som bör ingå. Analysen begränsar sig till en beräkning avseende utbetalningar av offentlig ersättning i form av *sjukpenning*, *aktivitetsersättning* samt *försörjningsstöd*. Anledningen till denna avgränsning är att uppgifter kring de ovan nämnda utbetalningarna varit möjliga att inhämta inom ramen för de resurser förstudien förfogat över. Tanken med analysen är snarast att visa storleksordningen på de belopp som betalas.

Beräkningarna av kostnaden för sjukpenning och aktivitetsersättning avser utbetalning per månad. Orsaken är att det skulle ha krävts ytterligare statistik kring sjukskrivningslängder och omfattning av ersättningarna i procent för att uppskatta kostnaderna på årsbasis. De sjukpenninggrundande inkomster som använts i beräkningarna baseras på medianlönen i Gävle (287 207²⁸ kronor/år), vilket ger en sjukpenning före skatt om 15 300 kronor/månad. Beräkningarna av kostnaden för aktivitetsersättning bygger på ett medelvärde av de ersättningsnivåer som förekommer för personer i olika åldersintervall²⁹ (9282 kronor/mån). Utbetalningarna av sjukpenning och aktivitetsersättning/månad som är skattepliktiga har reducerats med en skattesats om 30 respektive 25 procent.

Vid beräkningen av kostnaden för försörjningsstöd till individer som kan antas ha psykisk ohälsa som ett primärt arbetshinder har faktiska uppgifter hämtats från kommunens verksamhetssystem. Beräkningen har gjorts genom att ta fram kostnaden för 30 procent av utbetalningarna under 2019 kopplade till orsakskoden arbetshinder sociala skäl respektive 50 procent av kostnaden för utbetalningar med orsakskoderna ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen.

²⁸ Uppgifterna om medianlönen i Gävle har hämtats från Ekonomifakta:

<https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Regional-statistik/Din-kommun-i-siffror/Gavle?compare=1>

²⁹ Se: https://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/sjuk_minst_1_ar/aktivitetsersattning

Tabell 4: Beräkning av utbetalad offentlig försörjning till personer med psykisk ohälsa under 2019.

Ersättning	Antal ärenden	Kostnad/Mån	Nettokostnad/år
Sjukpenning pga. sjukfall med psykisk diagnos över 90 dagar	890	9 531 900	Kräver ytterligare data för att beräkna
Aktivitetsersättning pga. psykisk diagnos	315	2 192 902	Kräver ytterligare data för att beräkna
Försörjningsstöd	400	1 500 000	Ca 18 miljoner

Beräkningen visar att nettoutbetalningen av sjukpenning och aktivitetsersättning till människor med psykisk ohälsa är ca 11,7 miljoner kronor per månad. Vid försörjningsstöd kan antagandet göras att det under 2019 betalats ut runt 1,5 miljoner kronor per månad och 18 miljoner kronor per år till klienter som har svårt att komma ut egen försörjning pga. psykisk ohälsa.

Analysen gör inga anspråk på att vara exakt men visar sannolikt den ungefärliga storleksordningen på de aktuella utbetalningarna. Den bör noteras att det finns en rad andra samhällskostnader kopplade till psykisk ohälsa som inte studerats och värderats ekonomiskt, exempelvis utbetalningar från övriga ersättningsformer, lönesubventioner, minskade skatteintäkter, kostnader för handläggning vid myndigheter samt inte minst vårdande insatser inom hälso- och sjukvård. Det kan tyckas nedslående att den psykiska ohälsan i samhället kostar så mycket i tider då de offentliga organisationerna redan har ansträngt ekonomi och minskande skatteintäkter. De stora kostnaderna som är i omlopp visar dock att det finns potentiellt stora besparingar att göra. Det vill säga genom utveckling av arbets- och samarbetsformer som i högre utsträckning förebygger psykisk ohälsa och stödjer de som utvecklad sådan ohälsa i riktning mot att uppnå egen försörjning.

Förutsättningar för utvecklingsarbete och samverkan kring brukares behov

I den fortsatta planeringen inom Mysam är det av värde att beskriva och diskutera den tänkta *programlogiken* för utvecklingsarbetet kring psykisk ohälsa, dvs. vilka aktiviteter ska bedrivas och hur de antas leda till önskade resultat (se exempelvis Rogers, 2011 eller Vedung, 2009). En sådan diskussion är även av stort värde då det skisserade utvecklingsarbetet förutsätter att de samverkande parterna ska kunna organisera sina resurser tillsammans kring individers behov trots att de arbetar under olika regelverk, huvudmän och lagstiftning. Forskning kring offentliga verksamheters organisering visar att myndigheter och andra människovårdande organisationer³⁰ ofta delar in brukarna i kategorier för att de ska kunna hanteras inom de ramar som verksamheten förfogar över. Detta sker genom utveckling av metoder, regler och koder för hur enskilda ska bemötas som avgränsar organisationernas uppdrag till att arbeta med endast brottstycken av behoven i en människas liv. Med andra ord kan det förklaras så att brukarna *formateras* för att passa in i organisationens institutionaliserade arbetsformer snarare än bemötas med utgångspunkt i de reella behoven. Ett exempel är när personer med missbruksproblematik i kombination med psykisk ohälsa eller neuropsykiatrisk problematik inte utreds av psykiatrin. Motiveringen är ofta att de missbrukar aktivt och måste behandla denna problematik först. Ytterligare en aspekt är att personer med sådan samsjuklighet ofta behöver mötas av en uppsökande och anpassad metodik, vilket inte tycks tillämpas särskilt ofta inom vuxenpsykiatrin.

De människovårdande organisationernas problem att möta komplexa behov brukar förklaras i hur de styrs. Den så kallade mål- och resultatstyrningen anses leda till sektorisering och lojaliteter gentemot enskilda system, regelverk och avgränsade uppgifter som inte främjar en helhetssyn på människan. Uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten utgår också oftast från det specialiserade uppdragets utfall, inte i vilken utsträckning människors reella behov av stöd tillgodoses utifrån ett systemperspektiv (Andreae, 1999; Lipsky 2010; 1980). På senare år har diskussionen kring behovet alternativa styrsystem bortom New Public Management blivit allt vanligare, inte minst som ett resultat av Tillitsdelegationens arbete.

Benny Hjern (2000; 1995) diskuterar kring välfärdsstatens organisationer på ovanstående tema och menar att organisationsprincipen inom offentlig sektor bygger på specialisering utifrån kompetens och att syftet främst är att underlätta politisk ledning och administrativ kontroll. Han betecknar de specialiserade verksamheterna, exempelvis försäkringskassa, psykiatrin eller enheter inom socialtjänsten, som *stenhus*, vilka verkar inom och upprätthåller sina egna revir. Med anledning av att individer har sammansatta behov, exempelvis av missbruksbehandling, psykiatrisk vård, boende, tandvård och ekonomiskt stöd, krävs emellertid ett samarbete mellan stenhusen. Detta förutsätter enligt Hjern en förändrad princip för organiseringen av de offentliga verksamheternas aktiviteter. Det vill säga en förskjutning från perspektivet *organisation* mot *organisering*. I stället för att ha de enskilda organisationernas uppdrag och inriktning i fokus, måste företrädare för olika yrkesgrupper sätta sig samman och på ett flexibelt sätt organisera sina resurser kring brukarnas reella behov. Utmaningen i ett sådant arbetssätt är att hitta former för att hantera befintliga regler och rutiner

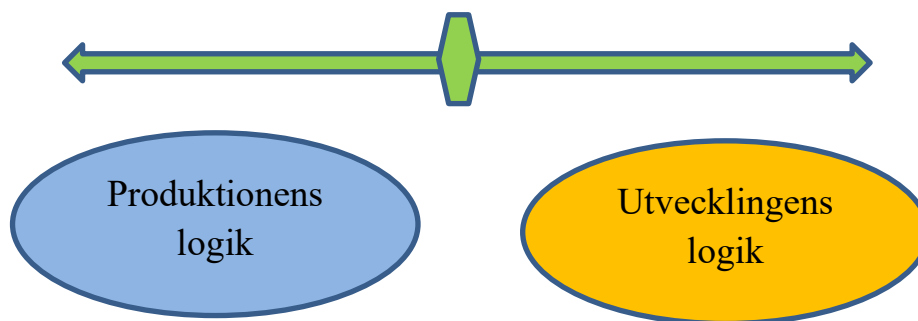
³⁰ Människovårdande organisationer är de typer av offentliga, icke vinstdrivande, myndigheter och organisationer som återfinns inom den sociala välfärdssektorn, exempelvis Arbetsförmedling, Försäkringskassa, hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Se Hazenfeld, 1992.

inom de involverade organisationerna som motverkar den här typen av behovsorienterad organisering. Det tycks ligga nära de intentioner som uttrycks i handlingsplanen för Mysam-Gävle. Den nationella psykiatrisamordnarens slutbetänkande (SOU 2018:90) med den tidigare nämnda titeln: *För att börja med något ny måste man sluta med något gammalt*, tycks böttna i en liknande syn på organisering av resurser.

Förutsättningarna för Mysamgruppen att bedriva det tänkta utvecklingsarbetet verkar vara kopplat till nedanstående faktorer:

- De förutsättningar som skapas genom nationella och regionala processer inom området.
- Vilka resurser respektive part inom Mysam förfogar över i form av tid, personal, ekonomi och kunskaper.
- Representanternas mandat att företräda sin organisation.
- Parternas handlingsutrymme i arbetet med lokala lösningar och samverkan kring brukarnas behov över verksamhetsgränserna.
- Hur mötet mellan parternas ”verksamhetskulturer”³¹ utvecklas.

En dimension i analysen av förutsättningar för utvecklingsarbete är vilken logik som präglar parternas verksamhet. Ellström (2009) beskriver två typer av verksamhetslogiker: *Produktionens* och *utvecklingens logik*.



Figur 7: Två verksamhetslogiker.

Produktionens logik har som utgångspunkt att följa tidigare inarbetade rutiner och regler kring hur arbetet ska organiseras och utföras. Inom ramen för denna logik är verksamhetens huvudsakliga fokus att hantera den dagliga produktionen, exempelvis handläggning av sjukpenningärenden, försörjningsstöd eller att ta emot patienter på en hälsocentral.

Inom *utvecklingens logik* finns utrymme för att gå utanför de organisatoriska ramarna, utveckla nya arbetsformer samt överskrida gränser, inarbetade regelverk och maktstrukturer. Inte sällan möjliggörs ett friare och överskridande arbetssätt inom offentliga organisationer under projekt

³¹ Med verksamhetskulturer menas de normer, värderingar och förklaringsmodeller som format respektive verksamhet. Verksamhetskulturer påverkas bland annat av teoretiska utgångspunkter, utbildning bland personalen, vilka professioner som förekommer, lagstiftning, styrningsmodeller och tidigare traditioner. Se exempelvis Augustinsson, et al. 2018.

som har extern finansiering och inte konkurrerar om resurser med moderorganisationerna. Utmaningen är att upprätthålla de friare arbetsformerna efter att projektet avslutats.

Förutsättningarna att lämna produktionens logik utgörs av den styrning som sker på olika nivåer och graden av verksamhetens institutionalisering, dvs. hur befästa olika normer, synsätt och arbetsformer är (se exempelvis Meyer och Rowan, 1991).

Det kan vara av värde att diskutera vilken logik som präglar den egna verksamheten, inte minst som ett led i MYSM-gruppens utvecklingsarbete. Ett utvecklingsarbete med utgångspunkt i tjänstedesign kräver sannolikt i stor utsträckning ett utrymme för utvecklingens logik. Inte minst då denna arbetsmetod helt utgår från brukarnas behov, vilket kan utmana tidigare fastställda arbetssätt. I figuren har en pilformad linje dragits mellan de två logikerna med ett skjutreglage som godtyckligt placerats i mitten. Reglaget är tänkt att stimulera till reflektion kring var skjutreglaget befinner sig i den egna verksamheten, och i vilken utsträckning det är flyttbart.

Avslutande diskussion och framåtblickar

Förstudien visar att psykisk ohälsa är ett vidsträckt och mångfacetterat område som involverar många aktörer. Behovsgruppen människor med psykisk ohälsa är också mycket heterogen avseende problematik, livssituationer och behov. Det finns därför inga enkla lösningar utan handlar i stället om att uppnå en så bra organisering av samhällets resurser som möjligt med utgångspunkt i brukarnas behov. Utveckling av metoder och samarbetsformer bör ske utifrån två parametrar: *Brukarnas behov och kunskapsstyrning*, dvs. kunskaper från forskning, utvärdering och beprövad erfarenhet kring vad som fungerar bäst. Det är också av stort värde att upprätthålla ett systemperspektiv, dvs. se de offentliga organisationernas resurser som delar i en större resurskedja.

Under denna förstudie har det blivit tydligt att det arbetats fram en stor mängd styrdokument och handlingsplaner inom området psykisk ohälsa/psykisk hälsa på nationell, regional och lokal nivå de senaste tio åren. Det har även gjorts en rad utredningar, kartläggningar och forskningsstudier som producerat mycket kunskap kring utvecklingsbehov, förutsättningar och organisatoriska aspekter. Frågor som kan ställas är om det verkligen behövs mer kunskap och styrdokument för att kunna organisera verkningsfulla insatser och samarbetsformer kring människor med psykisk ohälsa? Eller i vilken utsträckning handlingsplaner och styrdokument med höga visioner om vad som ska åstadkommas fungerar som styrmedel. Utvärderingar av statens satsningar inom området psykisk ohälsa de senaste tio åren visar i det här sammanhanget ett betydande glapp mellan de visioner som uttrycks och den praktiska verksamheten ute i regioner och kommuner. Handlingsplaner och andra styrdokument kan ses som strukturkvalitet men säger egentligen inget om den process- eller resultat-kvalitet som uppnås. Antagligen krävs ett betydande omställningsarbete och nytänkande inom de offentliga organisationerna för att de uttryckta visionerna, exempelvis att skapa ett hälsofrämjande samhälle, ska kunna genomföras?

Det som borde vara föremål för utredning och analys är sannolikt de rådande styrformerna och organiseringen av arbetet kring psykisk ohälsa på såväl nationell som regional och lokal nivå. Det förefaller finnas ett stort behov av att ta fram kunskap kring hur sammankoppling och koordinering av olika aktörers resurser kan organiseras på ett välfungerande sätt utan parallella strukturer. I den kunskapsprocessen har Mysamgrupperna en central roll. De kan utmana inarbetade strukturer och verksamhetsgränser samt utforska vilka eventuella systemfel och hinder som finns för en ändamålsenlig samverkan utifrån individens sammansatta behov. Ett sådant arbetssätt kräver mod och engagemang då det kan innebära att eventuella konflikter samt att skillnader i synsätt blir synliga inom både Mysamsamarbetet och den egna organisationen. Centrala frågor som bör diskuteras inom Mysam är vilka mandat och vilket handlingsutrymme som krävs för respektive verksamhet och i vilken utsträckning detta är tillgodosett? Det är också av värde att föra en diskussion om de eventuella hinder som identifieras är strukturella i form av exempelvis lagstiftning och regelverk eller handlar om skillnader i synsätt, förklaringsmodeller och värdegrund

Förhoppningen är denna rapport ska kunna användas som ett underlag i den fortsatta utvecklingsprocessen.

Referenser

- Andreae M och Lundin A. (1999). *För Vem - gruppstudie missbrukare*, Socialstyrelsen.
- Augustinsson, S., Ericsson, U., Rakar, F. (2018). *Organisation ur nya och gamla perspektiv ett kollage*. Lund: Studentlitteratur.
- Becker, D.R., Drake, R.E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. Oxford: University Press.
- Becker, D.R., Drake, R.E., (1994). *Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation*. Community Mental Health Journal, 30(2), 193-206.
- Bejerholm, U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. (2014). *Individual Placement and Support in Sweden — a randomized controlled trial*. Nordic Journal of Psychiatry. doi:10.3109/08039488.2014.929739.
- Bejerholm, U, Björkman T. (2010). *Empowerment in supported employment research and practice*, Int J Soc Psychiatry.
- Black. B.J., Kase, H.M. (1986). *Changes in programs over two decades*. In B.J. Black (Ed.), *Work as therapy and rehabilitation for the mentally ill*. New York: Altro Health and Rehabilitative Services.
- Bremberg, S. och Dalman C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd: en kunskapsöversikt*. Stockholm: Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova.
- Bringlöv, Å. (2016). *Varför kommer de tillbaka? Missbruksvård för personer med komplexa behov – analys av mångbesökarkartläggningar i sex län*. FoU Södertörns skriftserie nr 145/16.
- Folkhälsomyndigheten (2019a). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2019*.
- Folkhälsomyndigheten (2019b). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vuxna--psykisk-halsa/>
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*.
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention*. https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/2e7ade7571da420687ce28243ab4fa00/nationellt_handlingsprogram_suicidprevention.pdf
- Forte (2015). En kunskapsöversikt. *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*.
- Forsknings- och utbildningsföretaget evidens och NSPH (nationell samverkan för psykisk hälsa) (2013). *Resursgrupps ACT (RACT) – en flexibel och integrativ metod. Ett förslag till ACT-satsning inom PRIO gällande personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik*. http://evidens4u.se/wp-content/uploads/2013/09/Evidensbroschyr_RACT-PRIO.1.pdf

Försäkringskassan. Statistik om sjukpenning och rehabiliteringspenning.
<https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuk-och-rehabiliteringspenning>.

Gustafsson, K. och Andersson, O. (2020). *Förstudie kring psykisk ohälsa i Ljusdal*. Region Gävleborg, FoU Valfärd. FoU rapport 2020:1.
https://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/fou-valfard/fou-rapport-2020-1_forstudie-kring-psykisk-ohalsa-i-ljusdal.pdf

Gustafsson (2018). *Följeforskning i anslutning till Hudiksvalls IPS-projekt Slutrapport hösten 2018*. FoU Valfärd: Arbetsrapport 2018:4.
<https://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/fou-valfard/arbetsrapport-2018-4.pdf>

Gävle kommun, Region Gävleborg, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.
Handlingsplan för Mysam Gävle år 2019-2021.
<http://finsamgavleborg.se/media/164763/handlingsplan-mysam-gavle-2019-2021.pdf>

Gävle kommun (2019). *Supported Employment coach - Gävle. Slutrapport*.
http://www.finsamgavleborg.se/media/176551/sutrapport-se-coach_2019-11-29.pdf

Gävle kommun (2017). *Utredningen - behovet av en kommunal handlingsplan avseende suicidprevention samt kartläggning av hur befintligt arbete ser ut i Gävle kommun*.
<https://meetingsplus.gavle.se/welcome-sv/namnder-styrelser/kommunstyrelsen/mote-2018-06-05/agenda/utredning-handlingsplan-suicidprevention-2018pdf-1?downloadMode=open>

Hasenfeld, Y. (1992). *The nature of human service organizations*. I Hazenfeld, Y.(Red.) *Human services as complex organizations*. Newbury Park: Sage.

Hjern B. (2001). *Välfärdsstatens institutioner och de multipla behovsmänniskorna. I Riv ner bygg nytt!: en debattbok om samhällsstrukturer vid vägskäl*. Tjänsteakademien: Söderhamn.

Hjern, B. (1995). *Svenskt regimbyte – organisering av kommunal kompetens*. Jönköping: Internationella Handelshögskolan.

Ikonen, A-M. (2015). *Perspektiv på etableringsprogrammet, hälsa och välbefinnande – Nyanlända migranternas röster*. Malmö högskola.

Kommunerna och Region Gävleborg (2018/2019). *Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning - Regionen och kommunerna i Gävleborgs län*. Dokument ID: 01- 74491

Kommunerna och Region Gävleborg (2018). *Handlingsplan 2019 för utveckling av insatser inom området psykisk hälsa*.

Lipsky, M. (2010/1980) *Street Level Bureaucracy – Dilemmas of the individual in public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

Lyrberg, A. och Gustafsson, K. (2017). *BOSTAD - En utredning om bostadslösningar för hemlösa personer med missbruksproblem i Ljusdals kommun*. FoU Välfärd. Arbetsrapport 2017:3.

Marmot M. (2010). *Fair society, healthy lifes: The Marmot review: strategic review of health inequalities in England post*. London: Institute of Health Equity.

Meyer, J. W., & Rowan, B. (1991). *Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony*. In W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in Organisational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.

Myndigheten för vårdanalys. (2016). *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*. Stockholm. Rapport 2016:2.

Myndigheten för vårdanalys (2015). *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*. Rapport 2015:10.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2014). *Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. NCK-rapport 2014:1.

Nationell samordnare inom området psykisk hälsa (2015). *Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016 – 2020. Fem fokusområden fem år framåt*.

Proposition 2017/18:249. *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet.

Region Gävleborg (2018a). *Nationella folkhälsoenkäten 2018 Gävleborg. Frågeområde psykisk hälsa*. https://www.regiongavleborg.se/globalassets/regional-utveckling/forskning-och-samhallsmedicin/samhallsmedicin/hur_mar_gavleborg/nationell_folkhalsoenkat/presentation-psykisk-halsa.pdf

Region Gävleborg (2018b). *Handlingsplan 2019 för utveckling av insatser inom området psykisk hälsa - utifrån den nationella överenskommelsen "Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2018"*.

Region Gävleborg (2018c). *Regional handlingsplan för suicidprevention i Gävleborgs län 2019-2021*.

Region Gävleborg. (2019). *Överenskommelse Länsledning Välfärd Region Gävleborg 2018 – 2022*. <http://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/>

Riksförbundet Attention. <https://attention.se/npf/om-npf/>

Rogers, P. (2011). "Programteori som verktyg för utvärdering", i Blom, B., Morén, S. & Nygren, L. (red.), *Utvärdering i socialt arbete – utgångspunkter, modeller och användning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Röda Korsets Högskola (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige – En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Rapport 2016:1.

Samverkansdelegationen (2018). *Nyanländas hälsa Sammanställning utifrån ett urval av rapporter*.

<https://www.lansstyrelsen.se/download/18.26f506e0167c605d569534ce/1552465001957/Sammanst%C3%A4llning%20h%C3%A4lsa%20bland%20nyanl%C3%A4nda.pdf>

Sjögren, A. och Svaleryd, H. (2011). *Nitlott i barndomen – familjebakgrund, hälsa, utbildning och socialbidragstagande bland unga vuxna*. IFAU - Institutet för Arbetsmarknadspolitiska Utvärderingar, 2011:5.

Skolinspektionen (2018). *Att motivera ungdomar tillbaka till utbildning. En uppföljande kvalitetsgranskning av kommuners aktivitetsansvar*.

Skolinspektionen (2016). *Kommunernas arbete med det kommunala aktivitetsansvaret*, Rapport 2016:2.

Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting (2019). *Överenskommelse inom området psykisk hälsa 2019*.

Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*.

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning*.

Socialstyrelsen (2017a). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna - Till och med 2016*.

Socialstyrelsen (2017b). *Instruktion för registrering av ekonomiskt bistånd. För handläggare av och ansvariga för ekonomiskt bistånd*.

Socialstyrelsen (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter, ett kunskapsunderlag för primärvården*.

Socialstyrelsen. (2014). *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – Ett kunskapsstöd*.

Socialstyrelsen. (2013). *Utvärdering av försöksverksamheter i kommuner. Individual Placement and Support, individanpassat stöd till arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning*.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2013). *ADHD – Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet* (Rapportnr: 217).

SOU 2018:90. *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.* Slutbetänkande av Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa.

(SOU 2020:6). *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering.* Delbetänkande av Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum.

SOU 2016:55. *Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.* Delbetänkande Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Wolters Kluwer.

Sveriges kommuner och Landsting (2016). *Länsinventering psykisk hälsa. Strukturer till stöd för kunskapsstyrning och förbättringsarbete i Sveriges län.*

Åsbrink, P och Allemo, L. *Analys HVB- placeringar av barn och unga. Tjänsteskrivelse till Socialnämnden sektorledningen, Välfärd Gävle 2019-10-01.*

Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning.* Lund: Studentlitteratur.

Världshälsoorganisationen (2011). *ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision).*

<http://icd.internetmedicin.se/diagnos/F00-F99-Psykiska-sjukdomar-och-syndrom-samt.html>

Zdravkovic, S., Grahn, M., Björngren – Cuadra, C (2016). *Kartläggning av nyanländas hälsa: MILSA enkätstudie.* Malmö högskola.

Förstudie kring psykisk ohälsa i Gävle

Antalet sjukfall med psykisk diagnos har ökat dramatiskt såväl i riket som i Gävleborg och Gävle kommun de senaste tio åren. Kvinnor samt barn och unga vuxna står för den största ökningen och i nuläget beror runt hälften av alla sjukfall på psykisk ohälsa. Frågor som väcks är: Hur kan samhället bli mer hälsofrämjande? Arbetar de offentliga verksamheterna på ett ändamålsenligt sätt runt individernas behov och samarbetar de på ett effektivt sätt? Och sist men inte minst: Hur fungerar styrning och organisering av arbetet kring psykisk ohälsa på nationell-, regional- och lokal nivå?

Den här rapporten presenterar en kartläggning av den psykiska ohälsan i Gävle kommun, en omvärldsbevakning samt analyser av behov och förutsättningar i ett fortsatt utvecklingsarbete. Studiens inriktning är att presentera ett underlag som kan användas i Gävle vid prioritering av utvecklingsområden samt organisering av arbetsformer och insatser som i ökad utsträckning möter behoven hos människor som lever med psykisk ohälsa.

Beställ rapporten från:
fou.valfard@regiongavleborg.se
Region Gävleborg, FoU Valfärd
Gävle sjukhus, ingång 11
801 87 Gävle

FoU rapport 2020:3
ISSN: 1654-8272

