

Förstudie kring psykisk ohälsa i Ljusdal



Kaj Gustafsson & Oskar Andersson

FoU rapport 2020: 1
FoU Välfärd – Region Gävleborg
Layout: Kaj Gustafsson & Oskar Andersson

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning.....	6
Förstudiens inriktning och metodmässiga utformning	7
Förstudiens syfte	7
Förstudiens datainsamling	8
Avgränsningar.....	9
Definitioner och centrala begrepp	9
Utvecklingen av psykisk ohälsa i en regional och nationell kontext	11
Barn och unga.....	13
Nyanlända och asylsökande	14
Psykisk ohälsa och statens satsningar	14
Statistik från Försäkringskassan	15
Statistik från Arbetsförmedlingen	21
Inventering av psykisk ohälsa bland deltagare vid arbetsmarknads-enheten.....	23
Statistik från det kommunala aktivitetsansvaret för ungdomar (KAA).....	28
Statistik från enheten för försörjningsstöd	29
Försörjningsmålet i Gävleborg.....	33
Redovisning av intervjuerna.....	35
Analys och reflektioner	44
Vad kan intervjuerna av människor med psykisk ohälsa säga oss?	49
Människor med psykisk ohälsa - en heterogen målgrupp med varierande behovsbild	50
Vilka insatser och arbetssätt behöver utvecklas i Ljusdal?	52
Personer som aldrig kommit ut i arbetslivet.....	52
Personer med tidigare förankring i arbetslivet som förlorat den pga. psykisk ohälsa.....	53
Personer som har anställning och god förankring i arbetslivet	53
Supported employment	53
Case Manegement och RACT (Resursgrupps-ACT).....	55
Organisatoriska och styrningsmässiga förutsättningar i det framtida utvecklingsarbetet kring psykisk hälsa	56
Förutsättningar för utvecklingsarbete – en fråga om resurser och verksamhetskultur	59
Avslutande diskussion och framåtblickar	60
Referenser	62

Sammanfattning

Den här rapporten presenterar en kartläggning av den psykiska ohälsan i Ljusdals kommun, intervjuer med människor som har egen erfarenhet av sådan ohälsa samt en omvärldsbevakning inom området. Förstudiens inriktning är att presentera ett underlag som kan användas vid utveckling av insatser och samverkansformer inom det aktuella området.

Antalet sjukfall med psykisk diagnos har ökat dramatiskt såväl i riket som i Gävleborg och Ljusdal de senaste tio åren med en topp 2016. Kvinnor samt barn och unga vuxna står för den största ökningen. Kurvan tycks därefter ha planat ut men sjukfallen pga. psykisk ohälsa ligger alltså på en hög nivå och motsvarar idag runt hälften av alla sjukfall.

Gruppen individer med psykisk ohälsa är mycket heterogen. Den innehåller ett spektrum av individer med måttlig ohälsa som har anställningar och god förankring i arbetslivet till människor med svåra psykiska sjukdomar och ett stort mått av utanförskap i samhället.

Statistik från Försäkringskassan visar att det under de senaste tre åren konstant varit mellan 140 – 160 pågående sjukfall med psykisk diagnos som varat längre än 90 dagar i Ljusdal. Drygt 40 unga i åldern 19 – 29 år uppbär aktivitetsersättning med anledning av psykiska diagnoser och endast ett fåtal av dem deltar i arbetslivsinriktade aktiviteter.

När det gäller individer som är aktuella vid Arbetsförmedlingen i Ljusdal har 125 av dem kodats för nedsatt arbetsförmåga orsakad av omfattande och varaktig psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom.

En analys av den psykiska ohälsan bland personer som beviljats försörjningsstöd ger vid handen att minst 100 av de aktuella klienterna kan antas ha olika grader av psykisk ohälsa som ett primärt hinder för att komma ut i egen försörjning. En inventering av den psykiska ohälsan bland deltagarna inom kommunens arbetsmarknadsverksamheter visar att 41 procent av deltagarna har psykisk ohälsa som ett primärt arbetshinder.

Det finns ca 50 ungdomar under 20 år i Ljusdal som inte genomfört eller har fullföljt utbildning på gymnasieskolan, gymnasiesärskolan eller motsvarande, och merparten av dem saknar sysselsättning. Denna grupp bedöms vara strategisk att uppmärksamma ur ett preventivt perspektiv kring psykisk ohälsa och andra former av utanförskap.

I förstudiens analysavsnitt diskuteras tänkbara utvecklingsområden i Ljusdal, exempelvis insatser och samarbetsformer kring människor med psykisk ohälsa som står långt ifrån arbetsmarknaden, utlandsfödda personer med psykiska funktionshinder, ungdomar som hoppat av skolan, unga människor som uppbär aktivitetsersättning utan att delta i några aktiviteter, psykiatrins tillgänglighet och uppföljande arbete samt samarbetet mellan psykiatri och missbruksbehandlande verksamheter. De offentliga verksamheternas resurser och förmåga att organisera sig kring individens reella behov genom ett tvärsektorielt samarbete behöver även generellt sett diskuteras.

Sammantaget kan konstateras att utvecklingsbehoven inom området psykisk hälsa är mångfacetterade och i stor utsträckning tycks kräva ett nytänkande i samhället. I Ljusdals framtida utvecklingsarbete kring psykisk ohälsa inom ramen för MYSAM-samarbetet framstår det emellertid nödvändigt att prioritera något eller några utvecklingsområden för att processerna ska kunna laddas med tillräcklig kraft.

Inledning

Under hösten 2019 fick FoU Välfärd uppdraget att genomföra en förstudie kring psykisk ohälsa i Ljusdals kommun. Uppdraget gavs av kommunens MYSAM-grupp och finansieras av medel från Samordningsförbund Gävleborg. Bakgrunden till förstudien är att MYSAM-gruppen valt att prioritera området psykisk ohälsa och önskar ett kunskapsunderlag som kan användas i det framtida utvecklingsarbetet. Rapporten du håller i din hand innehåller en statistisk kartläggning av målgruppen individer med psykisk ohälsa, intervjuer med personer ur denna grupp samt omvärldsbevakning med fokus på tongivande utvecklingsprocesser inom området. Rapporten avslutas med en analys av läget i Ljusdal och förutsättningarna för det fortsatta utvecklingsarbetet.

MYSAM-gruppen och Samordningsförbundet i Gävleborg är centrala aktörer i förstudiens upprinnelse. Det är därför på sin plats att beskriva dessa verksamheter för att sätta in förstudien och ett kommande utvecklingsarbete kring psykisk ohälsa i sin kontext. Detsamma gäller TRISAM (tidig rehabilitering i samverkan) som har en nära koppling till både samordningsförbundet och MYSAM-gruppen.

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/regioner att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar de fyra parterna ett samordningsförbund och beslutar själva hur samarbetet ska utformas samt hur samverkan ska bedrivas 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.

Samordningsförbundet i Gävleborg utgörs av följande medlemmar: Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Region Gävleborg samt länets kommuner: Bollnäs, Gävle, Hofors, Hudiksvall, Ljusdal, Nordanstig, Ockelbo, Ovanåker, Sandviken och Söderhamn. Förbundet 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.

TRISAM (Tidig rehabilitering i samverkan), som utvecklats av Samordningsförbundet, är en struktur och arbetsmetod för att arbeta med rehabilitering i samverkan mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Försäkringskassan, och Arbetsförmedlingen. Målgruppen för TRISAM är individer mellan 16-64 år som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser på grund av ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning för att kunna återgå till arbete eller annan varaktig försörjning. De samordnade insatserna kan också vända sig till personer med egen försörjning och vara av förebyggande karaktär. Arbetet sker i gemensamma team med representanter från de nämnda verksamheterna där rehabiliteringskoordinatoren fungerar som ett nav. Teamet möts regelbundet på avsatta tider för att diskutera frågeställningar kring individer där samverkansbehov har lyfts från någon av de deltagande parterna. Individen själv deltar inte under mötet men en förutsättning för TRISAM är ett samtycke från den enskilde. Under TRISAM-mötet görs en kartläggning av behov och förutsättningar i det fortsatta rehabiliteringsarbetet. Teamet föreslår sedan hur nästa steg ska se ut i rehabiliteringen. TRISAM-team finns i skrivande stund på hälsocentraler i Gävle, Sandviken, Ockelbo, Söderhamn, Bollnäs, Ovanåker, Ljusdal, Hudiksvall och Nordanstig.

Förstudiens inriktning och metodmässiga utformning

Bakgrunden till denna förstudie är att företrädarna i Ljusdals MYSAM-grupp generellt sett upplever att gemensamma insatser för målgruppen personer med psykisk ohälsa är ett eftersatt område. Med anledning av detta har det fattats beslut i MYSAM-gruppen om att prioritera utveckling av myndigheternas samverkan och insatser inom området psykisk ohälsa och inleda utvecklingsarbetet med en förstudie. När uppdraget att genomföra förstudien tilldelades FoU Valfärd fördes en diskussion med företrädarna i MYSAM-gruppen om hur studien skulle inriktas och utformas på bästa sätt för att ge det efterfrågade kunskapsunderlaget. Den inriktning på förstudien som beslutades kan beskrivas enligt nedan.

- Statistisk kartläggning av gruppen sjukskrivna och personer med aktivitetsersättning pga. psykisk ohälsa i åldersintervallet 16 – 64 år.
- Statistisk kartläggning och analyser kring förekomsten av psykisk ohälsa bland personer aktuella inom försörjningsstöd, Arbetsförmedlingen, kommunens arbetsmarknadsenhet samt det kommunala uppföljningsansvaret (KAA) för ungdomar.
- Intervjuer av ett urval personer som varit eller är sjukskrivna pga. psykisk ohälsa.
- Omvärldsbevakning inom området.
- Analys av behov och förutsättningar för arbetsformer samt insatser som kan främja målgruppens integration på arbetsmarknaden.

Förstudiens syfte

I MYSAM-gruppens ansökan om projektmedel beskrivs syftet med förstudien vara:

Att dels göra en kartläggning av behovsgruppen sjukskrivna personer med psykisk funktionsnedsättning, med eller utan sysselsättning, och dels utreda förutsättningarna för insatser och tillämplig metod för målgruppen med målet om integration på arbetsmarknaden.

Förstudiens datainsamling

Under planeringen av förstudien gjordes initialt ett grundläggande metodmässigt upplägg som efter hand har kompletterats i dialog med MYSAM-gruppen och Samordningsförbundet. Nämnas kan att det parallellt med förstudien i Ljusdal genomförts en liknande studie kring psykisk ohälsa i Gävle. Det har bidragit till att erfarenheter från datainsamlingen i båda studierna har berikat varandra. Den metodmässiga utformningen av förstudien i Ljusdal har därför kommit att omfatta en mer omfattande datainsamling än den ursprungliga planen. Det som kommit till är framför allt inventering och analys av psykisk ohälsa bland brukare vid försörjningsstöd och arbetsmarknadsenhetens verksamheter.

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

- Insamling av statistik kring sjukfall längre än 90 dagar och personer som uppbär aktivitetsersättning med anledning av sådan diagnos. 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 Ljusdal levererade statistiken.
- Statistisk kartläggning av klienter aktuella vid försörjningsstöd som är kodade med orsakskoder vilka kan indikera förekomst av psykisk ohälsa. Personal vid socialtjänsten i Ljusdal tog fram statistiken i enlighet med ett beställningsunderlag.
- Kartläggning av 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 Ljusdal
- Intervjuer med fem personer som är eller har varit långtidssjukskrivna med anledning av psykisk ohälsa.
- Samtal, intervjuer och mailkorrespondens med professionella från AF, FK, AME, försörjningsstöd samt hälso- och sjukvården.
- Omvärldsbevakning med fokus på centrala styrdokument och forskning/utvärdering inom området psykisk ohälsa.

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, exempelvis vuxenpsykiatri, kring flöden av patienter.

Kommentar till statistiken: Den dokumentation som görs inom försörjningsstöd, arbetsmarknadsenheten och kommunens aktivitetsansvar inrymmer ingen registrering av psykisk ohälsa i verksamhetssystemen. Däremot innehåller Försäkringskassans statistik information kring sjukskrivningsorsaker, exempelvis psykisk ohälsa. Arbetsförmedlingen registrerar också personer som bedöms ha nedsatt arbetsförmåga pga. psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom förutsatt att individerna samtycker till sådan kodning. Med anledning av detta 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, vilka beskrivs närmare under respektive avsnitt.

Statistiken som insamlats 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 inga möjligheter att följa individers rörelser inom olika verksamheter och försörjningssystem. Det skulle kräva en individbaserad statistik som samkördes, vilket sannolikt är svårt att genomföra både rent praktiskt samt utifrån rådande lagstiftning och etiska aspekter.

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 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 såväl 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 de olika tillstånden inom ramen för psykisk ohälsa på följande sätt.

Psykisk ohälsa används ofta som en övergripande term vilken täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Begreppet psykisk ohälsa rymmer olika former av psykiska besvär och även 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 den amerikanska psykiatriska yrkesföreningen som står bakom *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 psykiatriska tillstånd (ibid).

Två snarlika begrepp inom området psykisk ohälsa, 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. Ibland översätts begreppen till svenska som *lättare psykisk ohälsa*. Tillstånden kan dock trots benämningen lättare ge upphov till stort lidande och betydande funktionsnedsättningar (Forte, 2015; SBU, 2017).

Ytterligare ett begrepp i samma härad 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).

Andra begrepp i internationell litteratur är *severe mental illness* och *severe mental disorder*. Begreppen omfattar svårare återkommande eller långvariga depressioner, bipolära tillstånd och psykostillstånd. Tillstånden är av allvarlig karaktär och skapar betydande lidande och funktionsnedsättningar som ofta kräver behandling inom hälso- och sjukvård i kombination med andra stödjande insatser (ibid).

Utvecklingen av psykisk ohälsa i en regional och nationell kontext

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 av insatser inom området psykisk hälsa 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 bland 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, lågutbildade, arbetslösa, mottagare av försörjningsstöd, ensamstående föräldrar, HBTQ-personer och människor som inte är födda i Sverige. (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Diagrammen nedan illustrerar ökningen av sjukfall med psykiatrisk diagnos under de senaste åren i Gävleborg med Dalarna och riket som jämförelsematerial.

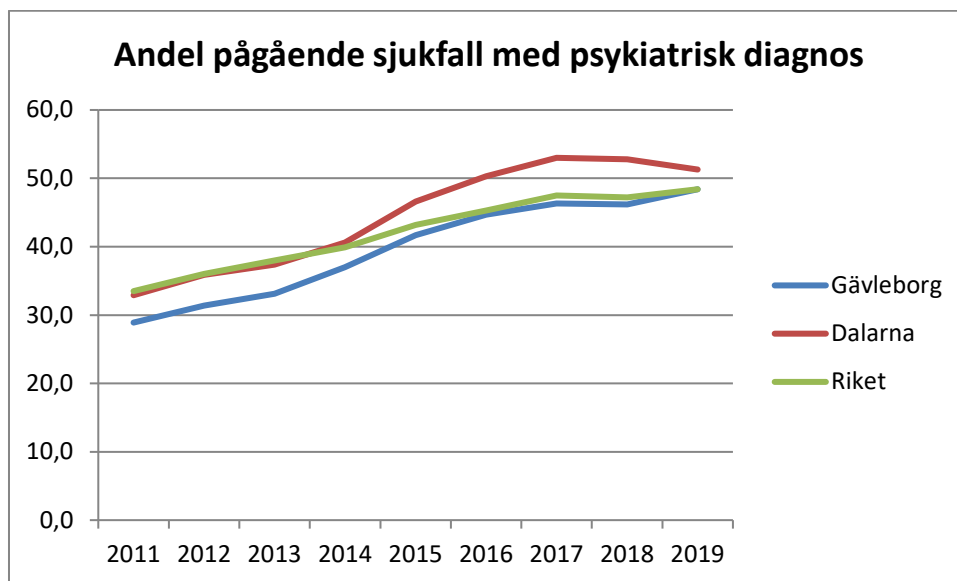


Diagram 1: Andel pågående sjukfall med psykisk diagnos i Gävleborg, riket och Dalarna. Källa: Försäkringskassan.

Andelen pågående sjukfall² med psykiatrisk diagnos har ökat sedan 2011 från ca 30 till närmare 50 procent i Gävleborg. Utvecklingen är snarlik i Dalarnas län samt riket.

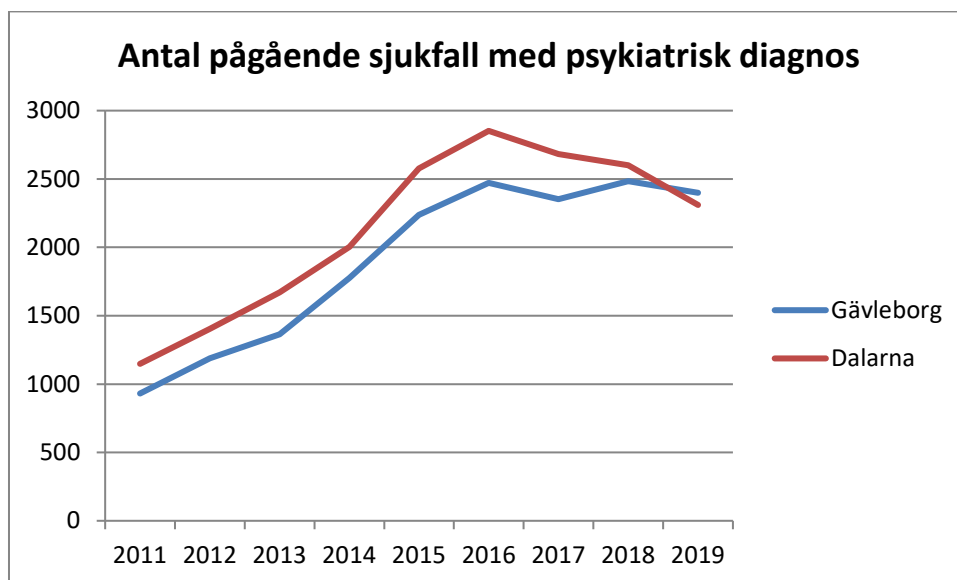


Diagram 2: Antal pågående sjukfall med psykisk diagnos i Gävleborg och Dalarna. Källa: Försäkringskassan.

Ser vi till antalet sjukfall med psykiatrisk diagnos 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. Dalarnas län, som är jämförbart befolkningsmässigt³, har en liknande utveckling även om antalet sjukfall är fler under i stort sett hela perioden för att under 2019

² Med sjukfall avses utbetalningar av sjukpenning, rehabiliteringspenning och arbetsskadesjukpenning.

³ Gävleborgs län och Dalarnas län har båda ca 285 000 invånare.

komma ned på ett något lägre antal än Gävleborg. Utvecklingen av antalet sjukfall på nationell nivå följer en kurva som liknar den i Gävleborg och Dalarna.

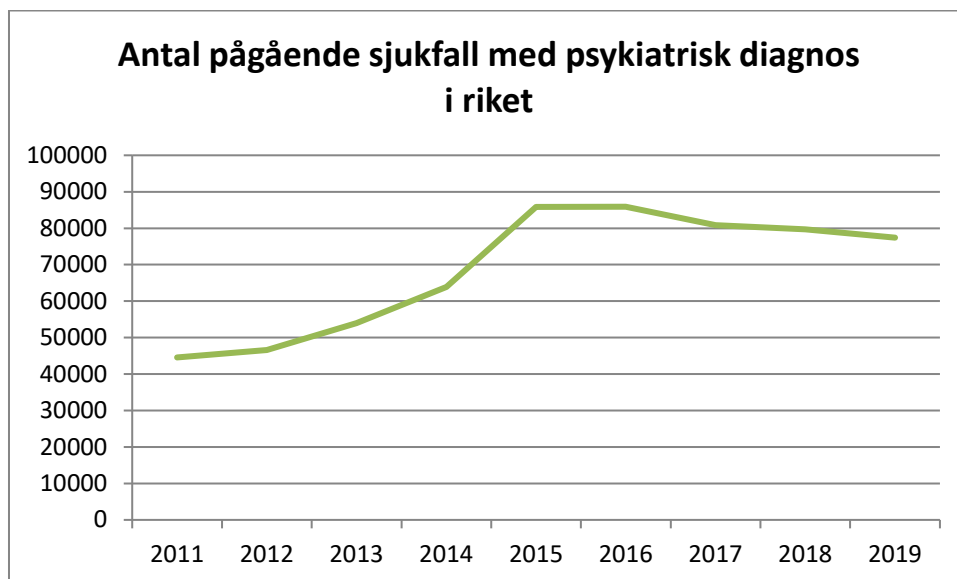


Diagram 3: Andel pågående sjukfall med psykisk diagnos i riket. Källa: Försäkringskassan.

Totalt i riket var antalet sjukfall med psykiatrisk diagnos runt 46 600 2011 för att nå en topp om 85 800 sjukfall 2015. Kurvan har därefter planat ut på samma sätt som i Gävleborg och Dalarna.

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 tidsspann 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. Det är framför allt 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. Socialstyrelsen (ibid) bedömer att den psykiska ohälsan sannolikt kommer att fortsätta öka, åtminstone en tid framöver, eftersom 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).

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. Slutsatsen som dras är emellertid att orsakerna sannolikt rör ungas livsvillkor generellt tillsammans med påfrestningar under skolperioden samt inträdet på arbetsmarknaden och i vuxenlivet.

Folkhälsoinstitutet (2018) resonerar kring 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 samt den ökade användningen av digital medieanvändning i olika former. Forskningsunderlaget är dock ännu otillräckligt för att klargöra hälsoeffekterna av den digitaliserade kultur som varit rådande under uppväxten för dagens ungdomar.

Nyanlända och asylsökande

Flera studier visar att den psykiska ohälsan är utbredd bland nyanlända och asylsökande. Förekomsten av identifierad psykisk ohälsa 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.

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 psykiska besvären 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 kring de besvär kopplade till den psykiska hälsan under etableringstiden. Likaså att det gavs små möjligheter att påverka innehållet i den individuella planen. Under fokusgrupperna framkommer även 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, lågt förtroende för samhällsinstitutioner, exempelvis tolkar och sjukvården (Ikonen, 2015).

Psykisk ohälsa och statens satsningar

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 de korta tidshorisonterna och diffusa målsättningarna 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 landsting (2016), som gjort en nationell länsinventering av strukturer för kunskapsstyrning och förbättringsarbete kring psykisk hälsa, kommer fram till liknande slutsatser som PRIO-utvärderingen. SKL 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. SKL bedömer att få län utifrån detta perspektiv har strukturer som kunde bära en tillräcklig tvärspektoriell ansats. Inventeringen visar att det är en stor utmaning att utveckla tillräckligt breda eller tillräckligt flexibla strukturer på länsövergripande nivå. Svårigheter som rör samordning där flera olika sakområden behöver ingå, kan också ses som en konsekvens av nationell styrning, där samtidiga och dåligt koordinerade initiativ har föranlett parallella aktiviteter på regional och lokal nivå.

I den nationella samordnarens slutbetänkande (SOU 2018:90) föreslås att psykisk hälsa ska bli ett nytt politikområde: *politik för psykisk hälsa*, vars mål ska vara styrande även för insatser inom andra berörda områden. Utgångspunkten är att arbetet med att främja psykisk hälsa är hela samhällets ansvar. Det vill säga inte bara en fråga för exempelvis hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller andra myndigheter. 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 arbeta effektivt och samverka utifrån ett *brukar- och systemperspektiv* för att skapa förutsättningar för rehabilitering och återhämtning. Det senare bedöms utgöra utmaningar för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt vården- och omsorgen.

I betänkandet konstateras att en strategiperiod på tio år är nödvändig för att åstadkomma de förutsättningar för kontinuitet och långsiktighet som tidigare saknats. Betänkandets centrala utgångspunkt är 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 i prioriteringar.

Den nationella samordnaren menar också att förutsättningarna för att politiken inom området psykisk hälsa ska få ett faktiskt genomslag dels är beroende av en stark nationell pådrivande aktör, dels att det utvecklas en välfungerande tvärspektoriell och långsiktig myndighetssamverkan. 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 civilsamhälle⁴.

Statistik från Försäkringskassan

Nedan redovisas statistik som beställts från Försäkringskassans centrala avdelning för analys och prognos avseende personer i Ljusdals kommun. Måttet sjukfall längre än 90 dagar har valts då det bedöms visa förekomsten av personer med mer långvarig psykisk ohälsa snarare än

⁴ För mer information om satsningen Kraftsamling psykisk hälsa, se: <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/kraftsamling/>

kortare krisreaktioner eller liknande tillstånd⁵. Den statistiska redovisningen inrymmer *startade sjukfall, pågående och avslutade sjukfall* för att fånga olika dimensioner i utvecklingen. I Försäkringskassans statistik visas inte antal personer per enhet, exempelvis ålderskategori eller kön, om de understiger 10 personer (röjandeskydd). 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 inte presenterar helårsstatistik för 2019 förrän i juni 2020. Helårsstatistik medger även analyser av variabler som sjukfallslängd, arbetslöshet och ålderskategorier som kan utgöra för litet underlag för att redovisas i halvårsstatistiken. För att möjliggöra analyser av utvecklingen under de tre senaste åren kompletteras dock helårsstatistiken med statistik för första halvåret under 2017 – 2019.

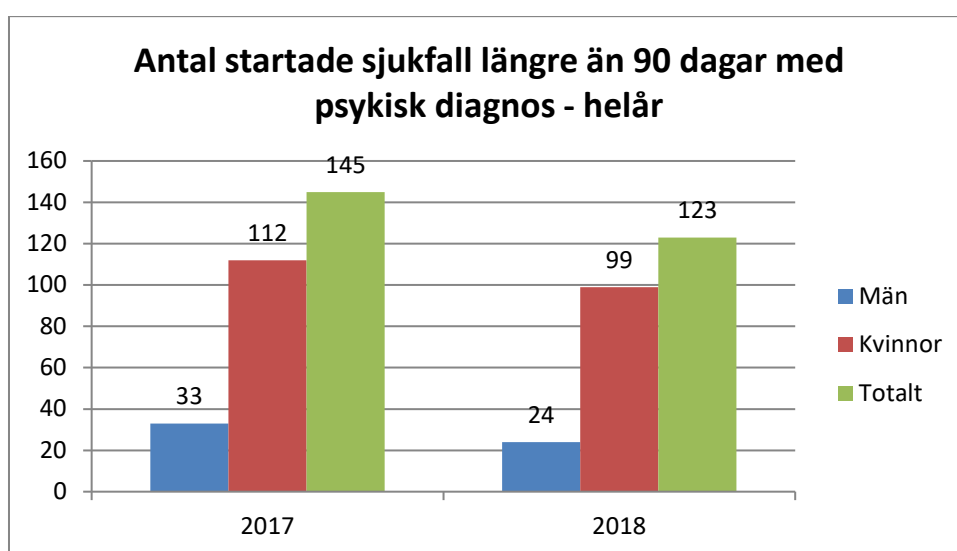


Diagram 4: Antal startade sjukfall med psykiska diagnoser 2017 - 2018. Källa: Försäkringskassan.

Helårsstatistiken visar att det startades 145 sjukfall som varade över 90 dagar med anledning av psykisk diagnos under 2017 för att minska till 123 under 2018. I helårsstatistiken för 2017 - 2018 var närmare 80 procent av de sjukskrivna kvinnor.

⁵ Begreppet sjukfall i statistiken innebär att en individ kan ha haft flera startade sjukfall under året.

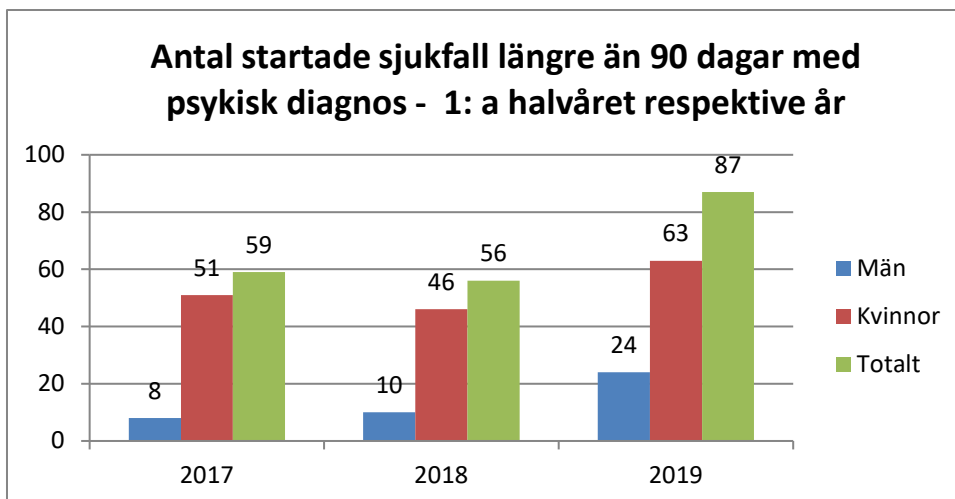


Diagram 5: Antal startade sjukfall med psykiska diagnoser för första halvåret. Källa: Försäkringskassan.

Statistiken för första halvåret de aktuella åren, där även 2019 finns med, visar emellertid att det tycks ske en ökning under 2019 i förhållande till hur halvårsstatistiken såg ut för 2017 och 2018. Det återstår att se om den håller i sig när årsstatistiken publiceras i juni 2020.

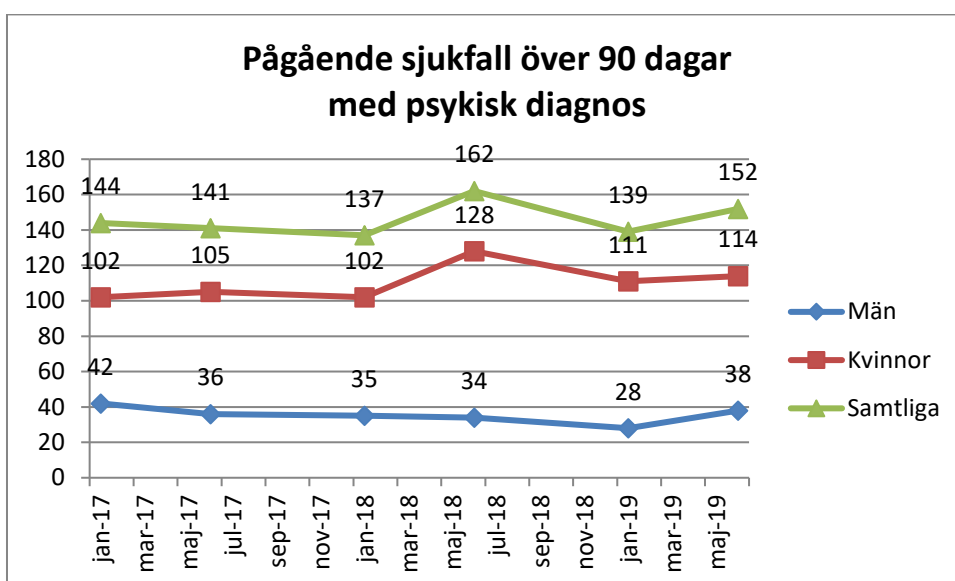


Diagram 6: Antal pågående sjukfall över 90 dagar med psykiska diagnoser 2017 - 2019. Källa: Försäkringskassan.

Det totala antalet pågående sjukfall⁶ över 90 dagar med psykisk diagnos ligger mellan ca 140 – 160 sjukfall under tidsperioden med en topp om 162 sjukfall i juni 2018. Under hösten 2018 sjönk antalet något för att hamna runt 152 pågående sjukfall vid sista mätpunkten i juni 2019.

⁶ Statistiken kring pågående sjukfall har mätetal i januari och juni respektive år. Den innehåller både sjukfall som startats under det aktuella året samt tidigare.

Männen och kvinnornas kurva följer varandra i stort sett förutom ökningen av sjukfall i juni 2018 som endast kvinnorna stod för.

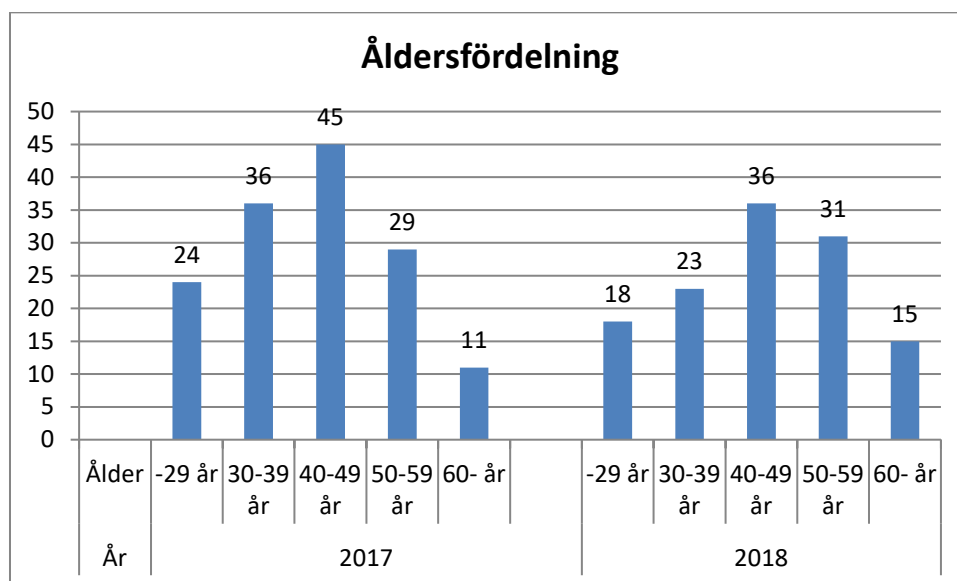


Diagram 7: Antal startade sjukfall med psykiska diagnoser utifrån ålder. Källa: Försäkringskassan.

Åldersfördelningen i helårsstatistiken för 2017 och 2018 visar att flest av sjukfallen avser personer i åldern 30 – 59 år där den största ålderskategorin är 40 – 49 år. Det förekommer ca runt 20 personer under 30 år respektive 10 – 15 personer äldre än 60 de aktuella åren.

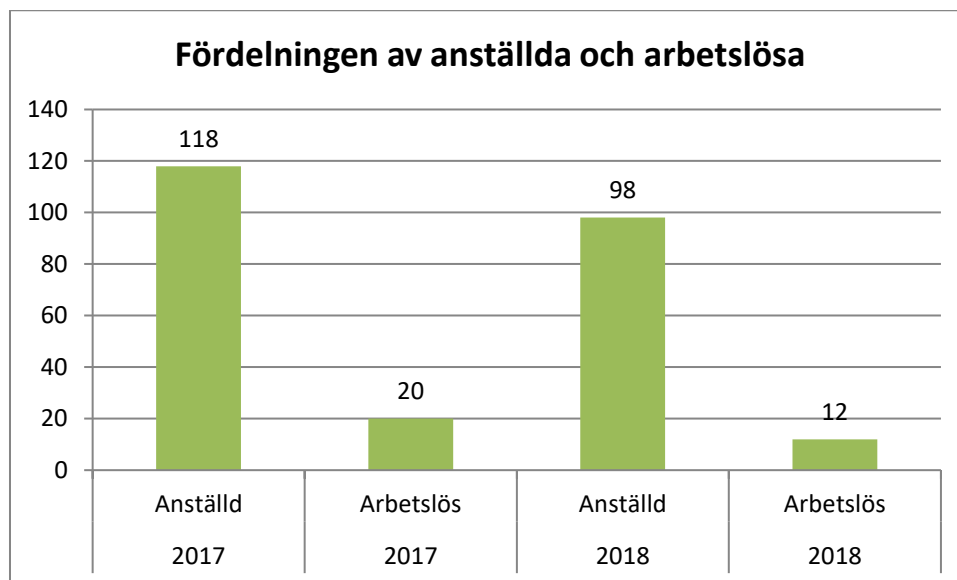


Diagram 8: Antal startade sjukfall med psykiska diagnoser utifrån fördelningen anställda och arbetslösa. Källa: Försäkringskassan.

Den stora majoriteten av sjukfallen är personer med anställning. De arbetslösa utgör mellan 12 – 17 procent av sjukfallen under de aktuella åren. Noteras kan att det förekommer ett mindre antal personer som studerar och har eget företag vilka inte redovisas i statistiken då de är för få.

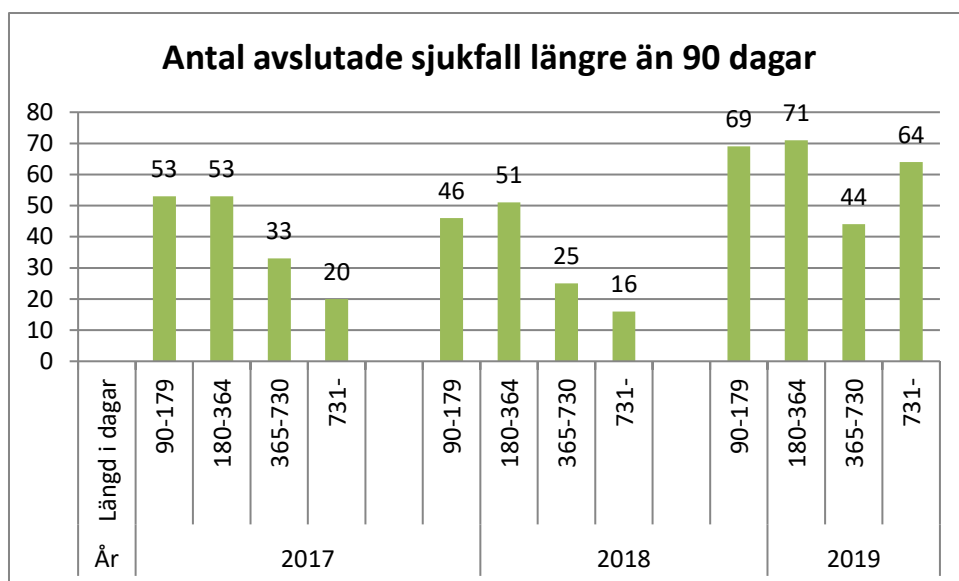


Diagram 9: Antal avslutade sjukfall med psykiska diagnoser utifrån längd i dagar. Källa: Försäkringskassan.

Diagrammet visar antal avslutande sjukfall av olika längd respektive år. Ett tydligt mönster är att det totala antalet avslutade sjukfall ökat med runt 100 sjukfall under 2019 trots att statistiken för detta år togs ut innan den ”frys”⁷. 2019 avslutades 248 sjukfall längre än 90 dagar medan det under 2017 och 2018 var 159 respektive 138 avslutade sjukfall. En förklaring till den stora ökningen av avslutade sjukfall under 2019 är enligt vidtalad personal på Försäkringskassan en striktare rättstillämpning där myndigheten strävat efter ökad kvalitet i handläggningen⁸.

Den vanligaste längden på avslutade sjukfall är upp till ett år. Under 2019 förekommer dock relativt många avslutade sjukfall som varat över 731 dagar (64).

⁷ Statistiken avser endast det som bokförts tom den 31/10 2019.

⁸ Det förekommer alternativa tolkningar som inte lyfter fram ökad kvalitet i handläggningen utan i stort sett motsatsen. Se den allmänna debatten i samhället och SOU 2020:6 som föreslår ny tillämpning av hur rätten till sjukpenning ska bedömas.

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.

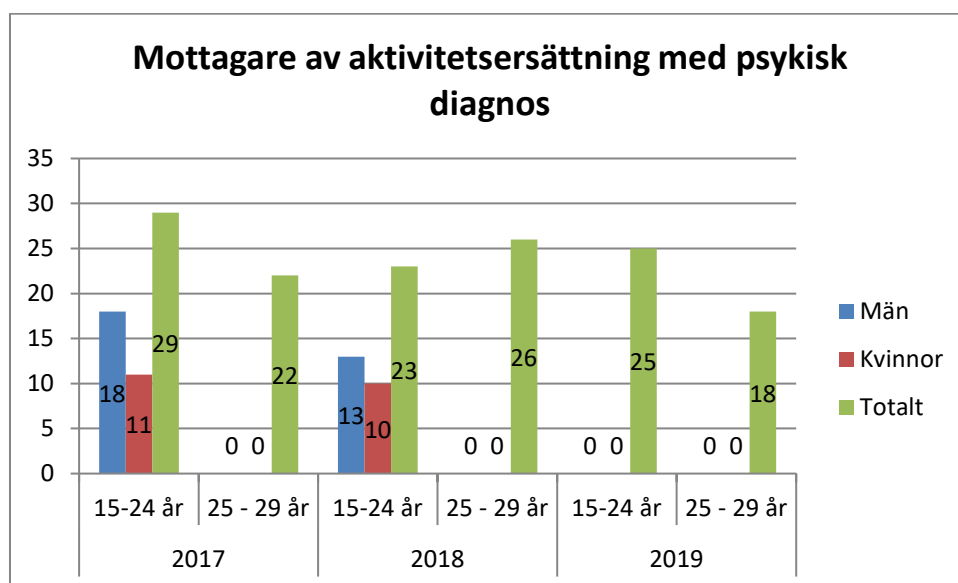


Diagram10: Antal mottagare av aktivitetsersättning pga. psykiska diagnoser i juni respektive år. Källa: Försäkringskassan.

Mottagarna av aktivitetsersättning i Ljusdal har minskat något över tid från 51 personer 2017 till 43 under 2019. Minskningen är så pass liten och skulle behöva följas några år framåt i tiden för att göra analyser kring orsaker. Nedgången kan såväl bero på att färre sökt aktivitetsersättning som att det görs striktare bedömningar om rätten till sådan. Könsfördelningen bland de som uppstår aktivitetsersättning framgår inte i materialet pga. för litet underlag och s.k. röjanderegler. Möjligen kan det antas vara något fler män än kvinnor, i alla fall i den yngre ålderskategorin. Värt att nämna är att i november 2019 var endast 3 av drygt 40 personer med aktivitetsersättning ute i arbetslivsriktade insatser.

Statistik från Arbetsförmedlingen

Statistiken från Arbetsförmedlingen avser personer i Ljusdals kommun som medgett kodning av 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 kring målgruppen, vilket hindrar analys av eventuella trender över tid.

Totalt är det 125 personer⁹ aktuella vid Arbetsförmedlingen i Ljusdal som vid mättillfället kodats för nedsatt arbetsförmåga orsakad av omfattande och varaktig psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. Diagrammet nedan visar deras fördelning mellan olika aktiviteter.

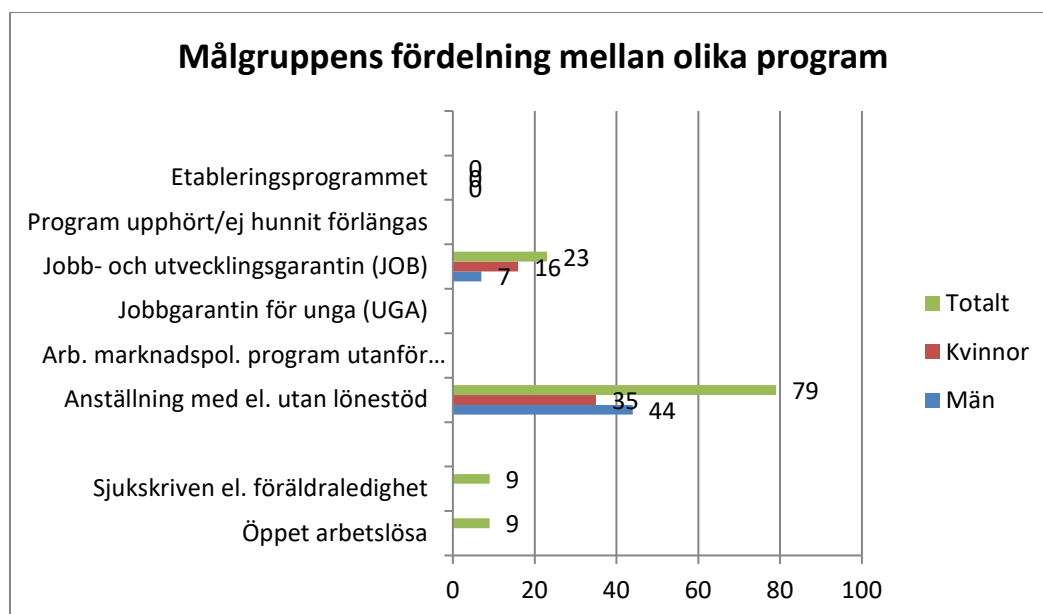


Diagram 11: Fördelningen av personer med kodning för psykisk problematik mellan olika program. Källa: Arbetsförmedlingen.

Fördelningen visar att merparten, 79 personer, 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 46 är fördelade över JOB, sjukskrivna/föräldralediga och öppet arbetslösa. Nämnas kan att det totala antalet inskrivna under november 2019 vid Arbetsförmedlingen i Ljusdal, inklusive personer med anställning, var 1378 personer varav 767 öppet arbetslösa eller i program. Det ger en andel inskrivna med kodning för psykisk ohälsa om ca 9 procent. Värt att notera är att inga av de drygt 50 personerna som är aktuella inom etableringsprogrammet kodats för psykisk ohälsa.

⁹ Fem personer har maskerats i kategorierna utan siffror av etiska skäl.

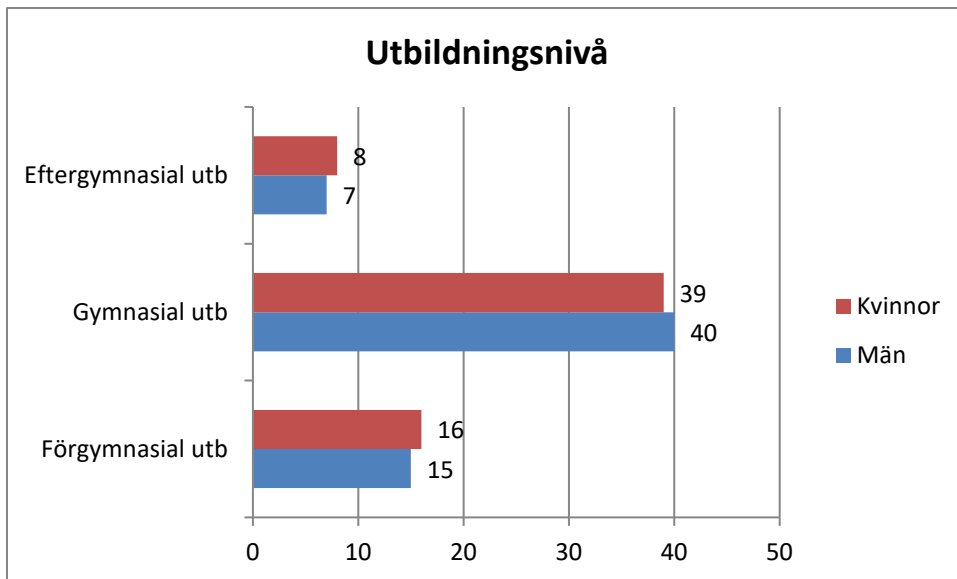


Diagram 12: Utbildningsnivå bland personer med kodning för psykisk problematik. Källa: Arbetsförmedlingen.

Merparten, 79 personer har gymnasial utbildning (65 %), ca 30 saknar sådan utbildning och 15 personer har någon form av eftergymnasial utbildning, exempelvis högskoleutbildning eller yrkesutbildning. Könsfördelningen är i stort sett jämn.

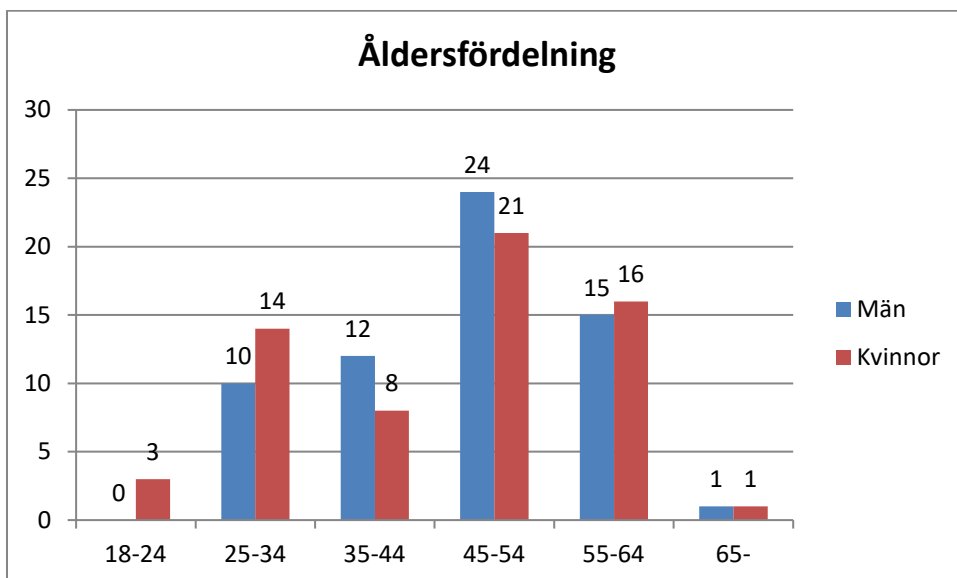


Diagram 13: Åldersfördelning bland personer med kodning för psykisk problematik. Källa: Arbetsförmedlingen.

Den största ålderskategorin är 45 – 54 år. I övrigt är det en relativt jämn fördelning mellan de andra ålderskategorierna undantaget 18 – 24 åringarna och äldre än 65 år som tillsammans utgör en handfull personer.

Inventering av psykisk ohälsa bland deltagare vid arbetsmarknadsenheten

Den kommunala arbetsmarknadsenheten (AME) i Ljusdal vänder sig till personer som är arbetssökande, sjukskrivna eller av andra orsaker behöver sysselsättning och rehabiliterande åtgärder för att komma tillbaka till arbetslivet. AME samarbetar med socialtjänsten, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Arbetsmarknadsenheten driver ett antal verksamheter som beskrivs nedanstående tablå.

Verksamhet	Arbetsuppgifter
Bilpool och klottersanering	Klottersanering, rekonditionering av kommunägda bilar, även service, tvätt och vissa reparationer samt besiktning mm.
Grönyteskötsel	Grönyteskötsel, blåsning, krattning, röjning och upptagning av löv med mera.
Riokompaniet/Systugan	Secondhandbutik, sömnad, packning av kondomer åt RFSU mm.
Källbacka servering och kök	Matlagning och bakning, catering av lunchlådor, tårtor, kaffebröd och smörgåstårter.
Omigen - återvinningsverkstaden/Flyttning	Försäljning av begagnade möbler, fönster, dörrar, med mera. Flyttupdrag, rivningsarbeten samt vaktmästerisysslor.
Skogsvård/Vedhantering/Timring/Snickeri	Vedkapning, klyvning, paketering och försäljning av ved, röjning och timring/snickeriarbete.
Städverksamhet	Flyttstädning
UNIK	Hunddagis, transporter och restaurering av möbler, enklare reparationer samt butik med försäljning av möbler och husgeråd.

I det dokumentationssystem som arbetsmarknadsenheten i Ljusdal använder registreras, som tidigare nämnts, inte förekomsten av psykisk ohälsa. Det har därför varit nödvändigt att samla in sådana data genom en särskilt utformad inventeringsmetod. Inventeringen kring förekomsten av psykisk ohälsa bland deltagarna inom de beskrivna verksamheterna genomfördes under perioden november - december 2019 och omfattade totalt 83 personer. I alla verksamheter utom UNIK var deltagarna aktuella vid inventeringstillfället. Avseende UNIK, som är en verksamhet för de som står långt ifrån arbetsmarknaden, gjordes en inventering av alla deltagare som varit aktuella under 2019 för att få ett större underlag¹⁰.

¹⁰ 36 av deltagarna kom från UNIK och 47 från de övriga AME-verksamheterna.

Inventeringen genomfördes av personal vid AME¹¹ utifrån en definition av vad som avses med psykisk ohälsa då detta begrepp innehåller ett 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 psykos-sjukdomar, 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. Den information som insamlades för respektive deltagare var: *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 av hinder¹² som kategoriserats i två led: Först gjordes en sammanräkning av hur ofta olika hinder förekom. Därefter bildades kategorier utifrån de mest frekventa hindren.

Kommentar: 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 användes.

¹¹ Handläggare som uppgavs ha god kännedom om deltagarna.

¹² Det var inte medicinska diagnoser eller läkarutlåtanden som efterfrågades utan en beskrivning av de aktuella hindren utifrån AME-personalens uppfattning.

Av de totalt 83 deltagare som ingick i inventeringen bedömdes 34 svara upp mot den ovan beskrivna definitionen av psykisk ohälsa vilket motsvarar **41 procent** av deltagargruppen. I diagrammen nedan presenteras den aktuella gruppens struktur och de hinder som bedömdes försvåra för deltagaren att uppnå egen försörjning.

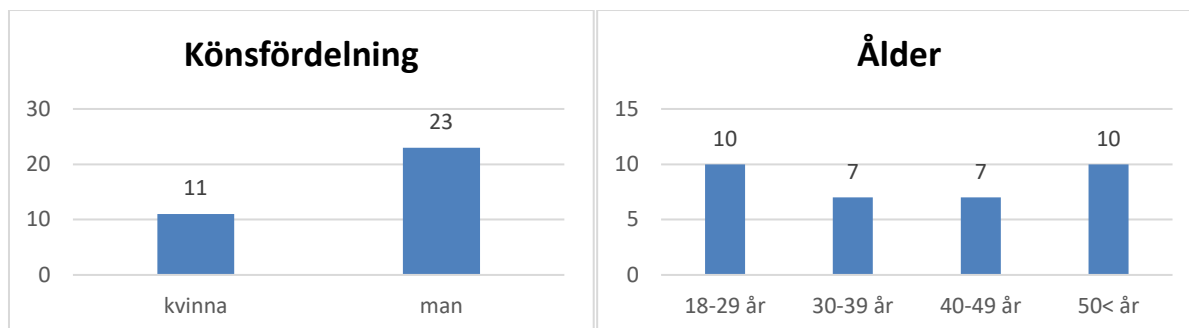


Diagram 14 och 15:: Könsfördelning samt ålder..

Två tredjedelar av den aktuella gruppen är män, vilket är intressant då kvinnor är de som står för merparten av sjukskrivningarna pga. psykisk ohälsa¹³. Åldersspridningen är relativt jämn med runt 7 - 10 personer i varje ålderkategori.

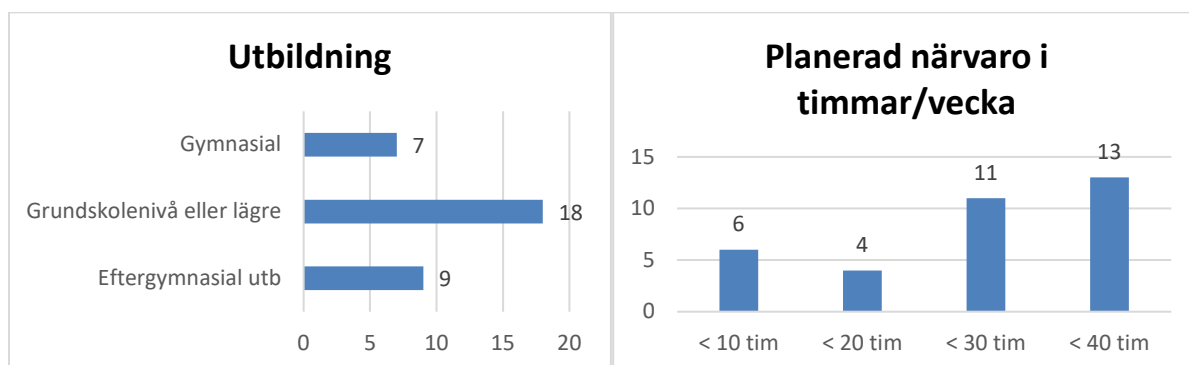


Diagram 16: och 17 Utbildningsnivå samt planerad närvaro.

Merparten, 18 personer, har grundskola eller lägre utbildningsnivå¹⁴. 7 personer har fullföljt gymnasieutbildning och 9 personer eftergymnasiala utbildningar i form av yrkesskola, folkhögskola och liknande.

24 av personerna har planerad närvaro om mer än 30 timmar/vecka, 4 personer under 20 timmar/vecka samt 6 personer har aktiviteter som omfattar mindre än 10 timmar/vecka.

¹³ Resultatet kan heller inte förklaras av könsfördelningen i hela deltagargruppen.

¹⁴ En av de 18 personerna saknade utbildning. Resterande hade grundskolenivå.

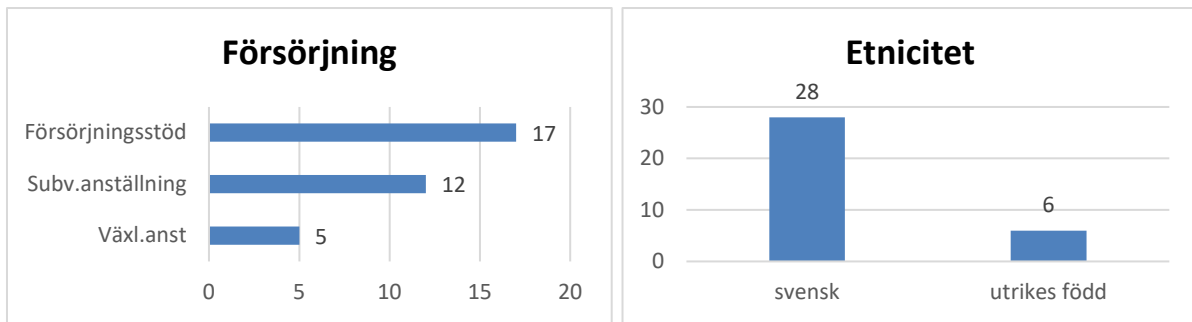


Diagram 18 och 19: Försörjning samt etnicitet.

Hälften av individerna i gruppen har lön från tidsbegränsade växlingsanställningar (5) och andra subventionerade anställningar (12). Resterande 17 personer uppstår försörjningsstöd.

6 av de 34 deltagarna med identifierad psykisk ohälsa är utrikes födda.

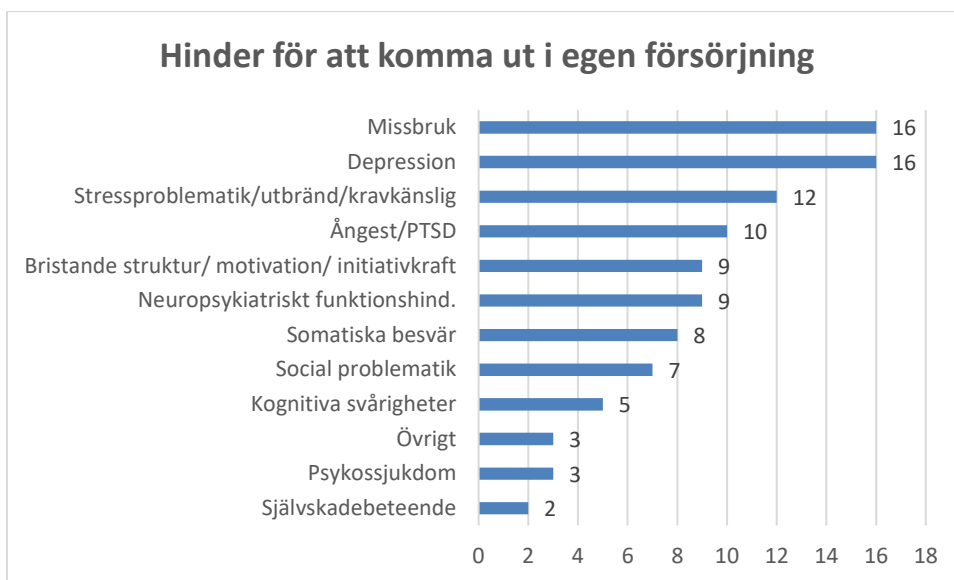


Diagram 20: Bedömning av huvudsakliga hinder för AME-deltagarna att komma ut i egen försörjning.

Handläggarna vid AME som bedömde deltagarnas hinder för att komma ut i egen försörjning angav i snitt tre olika typer av hinder per deltagare. Det har inte utifrån underlaget varit möjligt att analysera vad som utgör grundproblematik respektive symtom på denna för de enskilda individerna. Sannolikt är det också så att arbetshindren är 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 34 deltagare.

Den typ av hinder som listades med högst frekvens är missbruk och depression. Därefter kommer problematik relaterad till stress, utbrändhet, ångesttillstånd, bristande motivation/struktur/initiativkraft och neuropsykiatriska funktionshinder. På den nedre delen av skalan listades i fallande ordning somatiska besvär, social problematik, kognitiva svårigheter

(begåvningsnedsättningar), psykossjukdomar och självskadebeteende. Kategorin övrigt innehåller hinder kopplade till ätstörning samt läs- och skrivsvårigheter.

Statistik från det kommunala aktivitetsansvaret för ungdomar (KAA)

Kommunerna har enligt skollagen ett aktivitetsansvar för ungdomar under 20 år folkbokförda i kommunen som har fullgjort sin skolplikt, men inte genomfört eller har fullföljt utbildning på nationella program i gymnasieskolan, gymnasiesärskolan eller motsvarande utbildning. Den dokumentation som görs kring ungdomarna innehåller inga uppgifter kring 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 börjar på eller fullföljer gymnasieskolan, samt inte deltar i andra meningsfulla aktiviteter, bedöms vara i riskzonen för att utveckla psykisk ohälsa och utanförskap (jfr.hemmasittare). Det är därför strategiskt att uppmärksamma dessa ungdomar då det öppnar möjligheten för tidiga insatser.

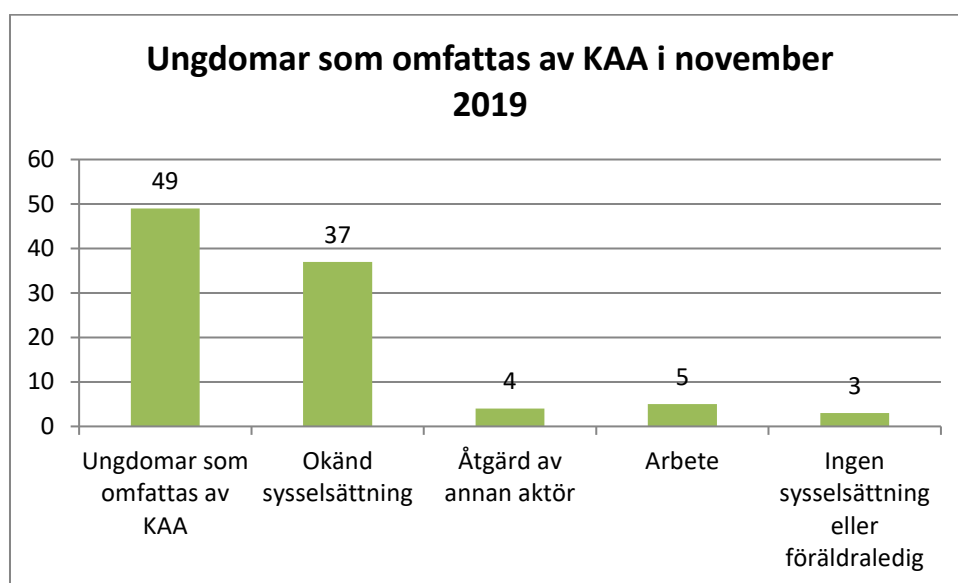


Diagram 21: Ungdomar som omfattas av det kommunala aktivitetsansvaret. Källa: Ljusdals kommun.

Totalt 49 ungdomar omfattades av Ljusdals KAA-verksamhet i november 2019. Så många som 37 av dessa hade vid datainsamlingstillfället okänd sysselsättning då kommunen inte lyckats etablera kontakt med dem och skaffa sig kunskap om deras livssituation. Denna grupp är särskilt intressant ur ett preventivt perspektiv då den kan inrymma s.k. hemmasittare som isolerat sig och påbörjat en process i riktning mot utanförskap. Av de övriga ungdomarna hade 5 arbete och 4 var i åtgärder av annan aktör, exempelvis placerade. De resterande tre var föräldralediga alternativt utan sysselsättning.

Statistik från enheten för försörjningsstöd

Enheten för försörjningsstöd i Ljusdal gör liksom den typen av verksamheter i övriga landet ingen särskild registrering av om klienterna lider av psykisk ohälsa i sina verksamhetssystem. Sådan information kan däremot finnas i journalanteckningar och utredningar men är inte statistiskt sökbar, utan skulle kräva en relativt tidskrävande aktstudie för att utvinna. 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 aktuella vid försörjningsstöd i Ljusdal. Statistiken från försörjningsstöd visar genomgående tidsperioden 2017 – 2019. Då materialet inhämtades hösten 2019, dvs. innan året löpt ut, används statistik för 1:a halvåret respektive år i kombination med helårsstatistik för 2017 och 2018. Statistiken redovisar antal registerledare, vilket är den person som gör ansökan om försörjningsstöd¹⁵. I den kommenterande texten under diagrammen används för enkelhets skull begreppet ärenden alternativt klienter.

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 beroende av hur enhetligt och korrekt personalen tillämpar den. Sammantaget har två orsakskoder i Ljusdal bedömts ha starkast koppling till potentiell förekomst av psykisk ohälsa bland klienterna. Vilka dessa orsakskoder är och de antaganden som gjorts beskrivs i det följande avsnittet.

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 har nedsatt arbetsförmåga eller vars arbetsförmåga inte är klarlagd. Arbete kan bli aktuellt i framtiden men först efter utredning och social eller medicinsk rehabilitering etc. De livssituationer som kan föreligga spänner över ett brett fält, exempelvis psykisk eller fysisk ohälsa, bostadsproblem, relations- och familjrelaterade problem, missbruk eller 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 uppvisar sådan problematik då det saknas nationella studier inom området.

Kod 2: Sjukskriven med läkarintyg – ingen eller otillräcklig sjukpenning alternativt otillräcklig aktivitets- eller sjukersättning

Denna kod, som satts samman av flera, kan kopplas till nationell statistik som visar att ca hälften av alla sjukfall avser psykisk ohälsa¹⁶. 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.

¹⁵ Det innebär att en person i en familj sätts upp som registerledare även om biståndet riktar sig till hela familjen.

¹⁶ Se Försäkringskassans offentliga statistik om sjukpenning och rehabiliteringspenning.

<https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuk-och-rehabiliteringspenning>.

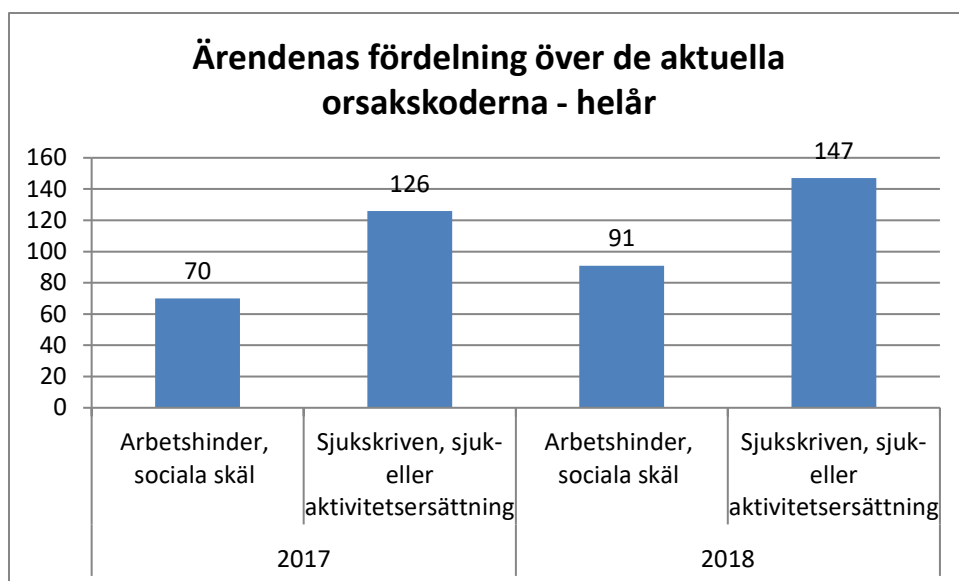


Diagram 22: Antal ärenden per specifika orsakskoder 2017 och 2018. Källa: Ljusdals kommun.

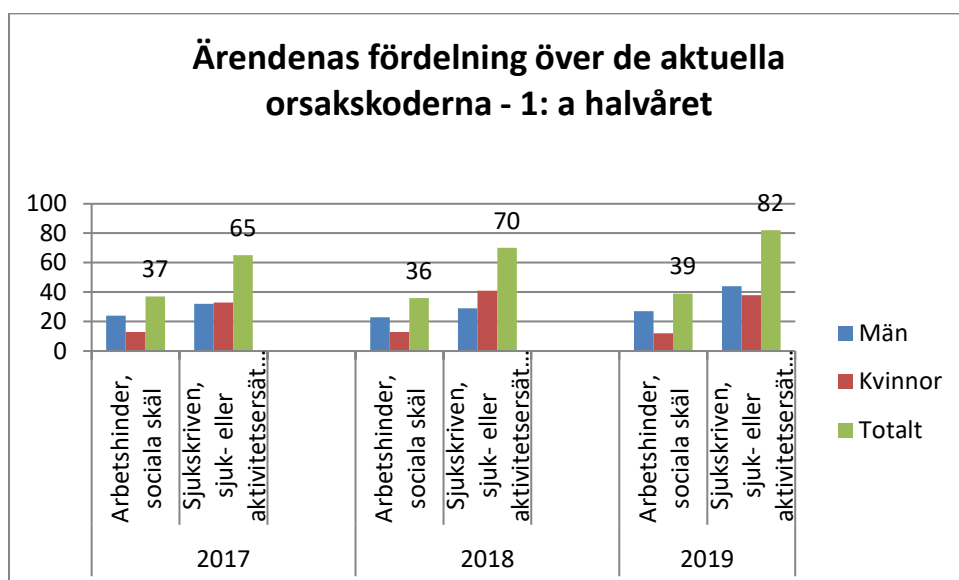


Diagram 23: Antal ärenden per specifika orsakskoder första halvåret respektive år. Källa: Ljusdals kommun.

Helårsstatistiken visar att ärenden som kodats med arbetshinder, sociala skäl har ökat från 70 till 91 mellan åren 2017 och 2018. Även ärenden med orsakkoder relaterade till ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen ökar dessa år från 126 till 147. Utifrån halvårsstatistiken för hela tidsperioden tycks ökningen hålla i sig under 2019.

Fördelningen män och kvinnor är relativt jämn utslaget på hela perioden när det gäller den sjukskrivningsorienterade kodningen medan det är fler män som har ärenden kodade med arbetshinder, sociala skäl. De aktuella orsakskoderna omfattar ca 35 procent av alla klienter vid försörjningsstöd.

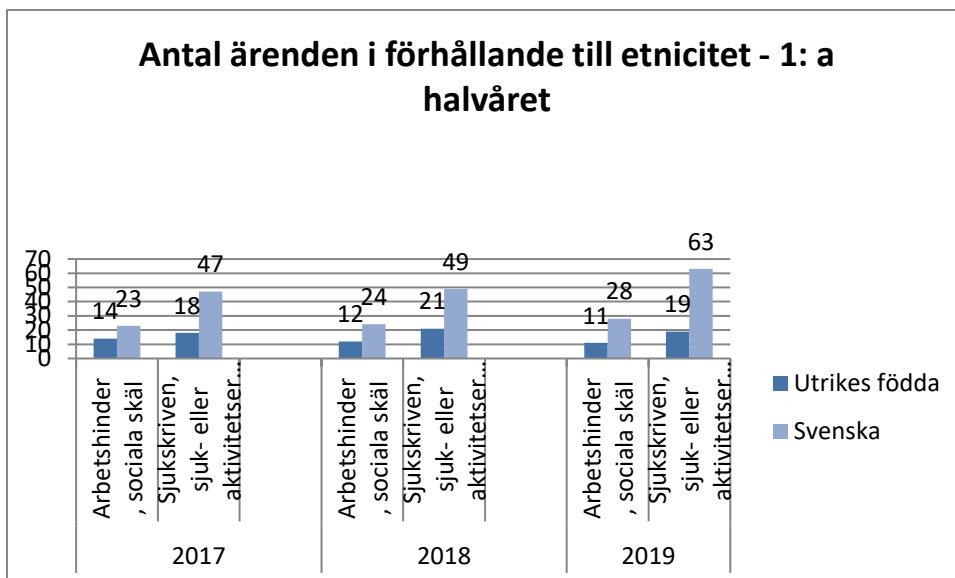


Diagram 24: Antal ärenden per de specifika orsakskoderna i förhållande till etnicitet första halvåret respektive år. Källa Ljusdals kommun.

När det gäller orsakskoden arbetshinder, sociala skäl är det mellan 11 och 14 ärenden under respektive halvårsperiod. Orsakskoderna kopplade till ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen omfattar 18 – 21 ärenden per år. Sammantaget är 25 procent av alla ärenden med de aktuella orsakskoderna relaterade till utrikes födda under första halvåret 2019.

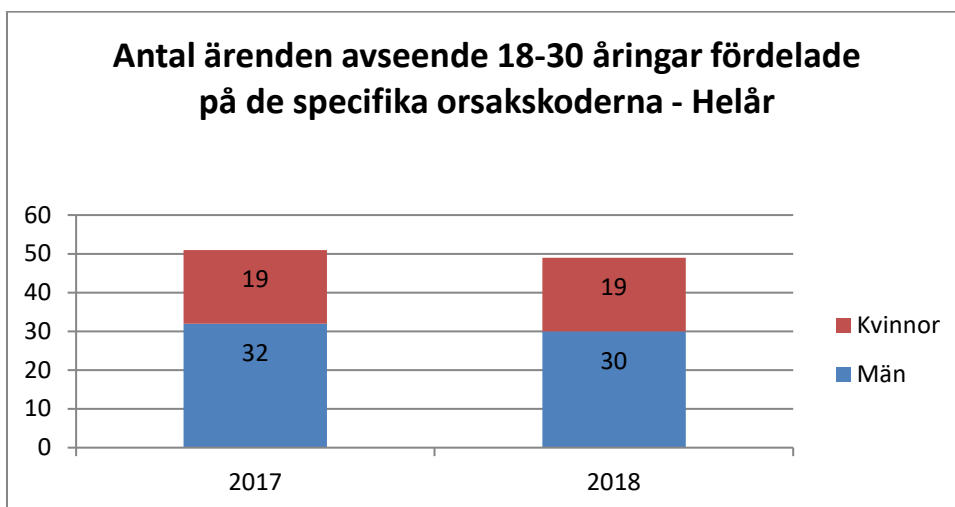


Diagram 25: Antal ärenden avseende personer i åldern 18 – 30 år med de specifika orsakskoderna 2017 - 2018. Källa Ljusdals kommun.

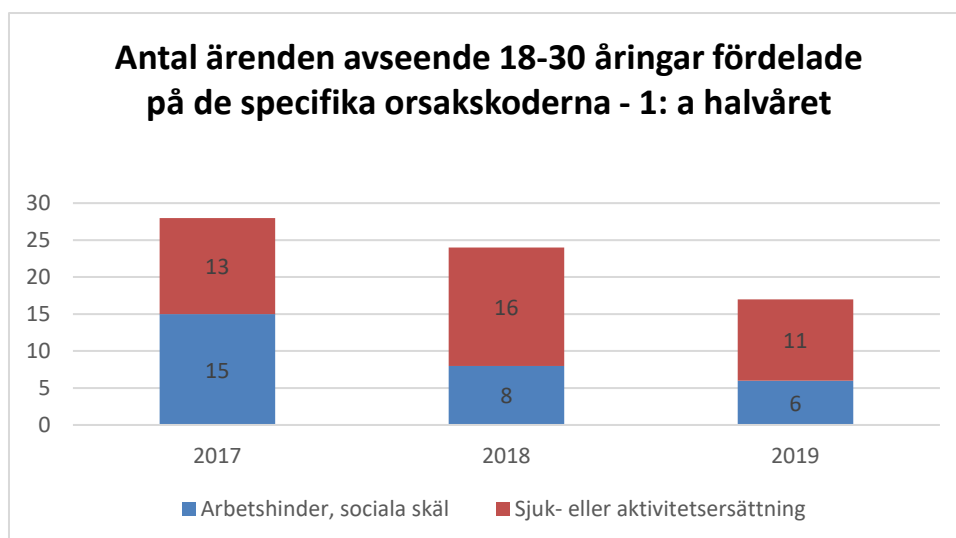


Diagram 26: Antal ärenden avseende personer i åldern 18 – 30 år inom de specifika orsakskoderna första halvåret respektive år. Källa Ljusdals kommun.

Halvårsstatistiken visar att antalet ärenden avseende gruppen 18 – 30 år¹⁷ år som kodats med de aktuella orsakskoderna, har minskat från 28 ärenden 2017 till 17 ärenden under 2019.

Helårsstatistik för 2017 och 2018 visar att det var ca 50 ärenden inom den aktuella gruppen varje år som kodats med de specifika orsakskoderna. Det utgör ca 15 procent av alla ärenden vid försörjningsstöd. Nämnas kan att det under 2018 var totalt 345 ärenden (alla orsakskoder) avseende gruppen 18 – 30 år.

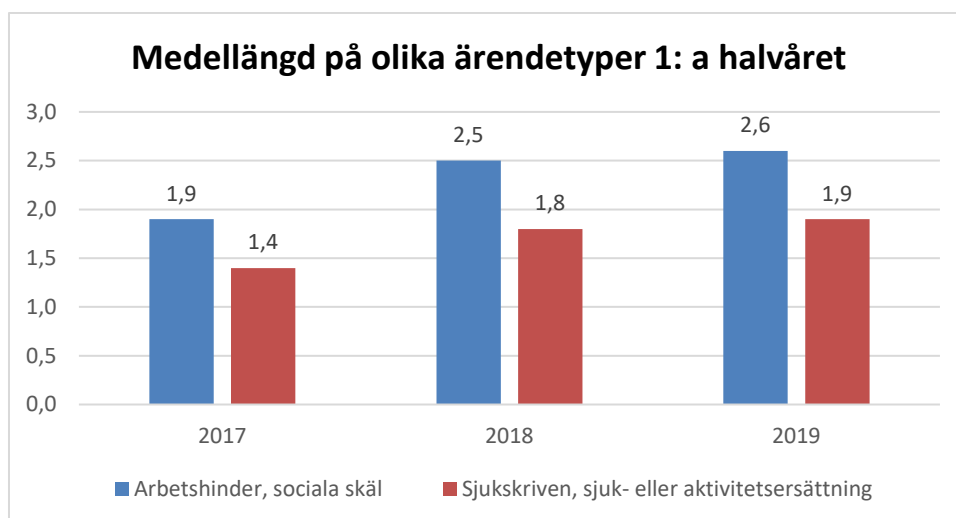


Diagram 27: Medellängd på ärenden angivet i antal år: Källa: Ljusdals kommun.

För ärenden som kodats med arbets hinder, sociala skäl har ärendelängden i snitt ökat från 1,9 år 2017 till 2,6 år 2019. Ärendelängden för klienter kodade i enlighet med ingen eller

¹⁷ Gruppen 18 – 30 år särredovisas då UNIK har denna specifika målgrupp.

otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen har också beskrivit en viss ökning från 1,4 år 2017 till 1,9 år 2019.

Försörjningsmättet i Gävleborg

I anslutning till ovanstående avsnitt kring flöden av individer inom olika offentliga verksamheter och försörjningssystem är det intressant att redovisa försörjningsmättet 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 utslaget på alla individer i åldersspannet som är skrivna i kommunen. Den andra tabellen visar utbetalningen med ett genomsnittligt belopp per individ som har den aktuella ersättningen.

Riket och Dalarna har tagits med som jämförelsematerial i båda tabellerna.

Tabell 1: Försörjningsmättet i Gävleborg utslaget på alla individer i åldern 16 – 64 år 2018¹⁸.

Utbetald offentlig försörjning 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

Tabellen visar att Ljusdal ligger ungefär i mitten bland kommunerna i Gävleborg när det gäller utbetalningar kring ohälsa (13 148), arbetsmarknadsstöd (6469) och ekonomiskt bistånd (1734). Totalt sett, när alla ersättningar läggs samman, hamnar Ljusdal bland de fyra kommuner som betalar ut mest offentlig försörjning per individ i länet. Söderhamn är den kommun som totalt sett betalar ut mest per individ. Genomsnittet i riket är lägre än i Ljusdal avseende alla ersättningarna. Detsamma gäller snittet i Dalarna undantaget ekonomiskt bistånd där Dalarna betalar ut mer per individ.

¹⁸ **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 2018¹⁹.

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

Denna tabell ger som nämnts ett mått på hur mycket som betalas ut **till varje individ som har den aktuella ersättningen**. Tabellen visar med detta mått att Ljusdal och Söderhamn betalar ut högst 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. När det gäller arbetsmarknadsstöd och ekonomiskt bistånd hamnar Ljusdal i mitten av skalan bland Gävleborgs kommuner med ca 55 667 kronor respektive 38 240 kronor per aktuell individ. Noteras kan att Dalarna har något högre utbetalningar av arbetsmarknadsstöd samt betydligt större kostnader per individ gällande försörjningsstöd (44 266). Summeras alla typer av ersättningar och slås ut på de aktuella individerna betalas det ut mest i Söderhamn därefter i Ljusdal med 76 629 respektive 74 588 kronor per individ.

¹⁹ **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.

Redovisning av intervjuerna

Det har under hösten 2019 genomförts intervjuer med fem personer i Ljusdals kommun, som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Kontakt med informanterna har etablerats via Hälsocentralen Ljusdal/Ramsjö samt kommunala verksamheter. Individerna har i kontakten med personalen vid dessa verksamheter fått skriftlig samt muntlig information om förstudiens inriktning och syfte. Kontaktuppgifter till de som samtyckt till medverkan har därefter förmedlats till utredaren som tagit kontakt och bokat intervjutid. Urvalet av informanter är styrt av strategiska överväganden där personer som ansetts ha mycket erfarenheter inom det aktuella området tillfrågats om medverkan. Det har också tagits hänsyn till spridningen av ålder, kön och vilken verksamhet personerna har huvudsaklig kontakt med.

Intervjuerna genomfördes med stöd av en semistrukturerad intervjuguide indelad i teman. Dessa teman handlade om de enskildas livssituation, psykiska ohälsa, behov och upplevelsen av samhällets resurser och samspelet mellan dem. Under intervjuerna fångades det också upp idéer kring utvecklingsbehov och möjligheter i det lokala arbetet kring psykisk ohälsa och arbetsrehabilitering. Intervjuerna har parallellt med denna struktur haft en öppen och explorativ inriktning där informanterna fått stort utrymme att förmedla de tankar och erfarenheter som de upplevt viktigast. Intervjuerna spelades in och sammanfattades i text. Utskrifter från intervjuerna har kommunicerats med informanterna som fått godkänna texterna samt beretts möjlighet att komma med önskemål om ändringar.

Då Ljusdal befolkningsmässigt är en liten kommun har det vid redovisningen av intervjuerna vidtagits åtgärder för att skydda de medverkandes identitet. Det innebär att uppgifter kring ålder ändrats något samt i vissa fall även kön. Vissa särartade uppgifter om informanternas livssituation och omständigheter har också tagits bort eller formulerats i allmänna termer för att undvika igenkännande. Informanterna har i redovisningen getts namn som är fingerade.

I nedanstående avsnitt presenteras de fem intervjuerna i form av livsberättelser.

Beata, ca 60 år

Beata har tidigare drivit eget företag och arbetat som säljare. Sedan mitten av 2000-talet arbetar hon inom kommunal omsorg. Hon är gift och har vuxna barn. För knappt tio år sedan fick Beata bröstcancer vilket ledde till en stressreaktion och sjukskrivning. Det dåliga psykiska måendet gjorde att hon en tid inte kunde gå ut och vistas bland andra människor. Cancern behandlades och Beata fick östrogensänkande läkemedel under fem år.

En tid efter cancerbehandlingen började Beata må dåligt igen vilket yttrade sig i bland annat klåda på nätterna och ont i magen. Läkaren tolkade det som depression och ville skriva ut antidepressiva mediciner. Beata kände på sig att det var något fysiskt och framhärjade att hon ville ha en medicinsk utredning av besvären. Efter många om och men, som hon uttrycker det, upptäcktes en ny cancertumör som behandlades med operation och cytostatika. Beata ville sluta med antidepressiva när de fysiska problemen konstaterats då hon upplevde att känslolivet blev avtrubbade, men läkaren tyckte att hon skulle fortsätta.

Beata säger:

Tolkningen av de fysiska besvären sker genom den tidigare psykiska ohälsan.

Behandlingen av den nya cancersjukdomen var påfrestande med stora smärtor vilka krävde morfin för att lindras. Det tillstötte också komplikationer i form av proppar och vatten i lungorna samt infektioner. Beata berättar att smärtorna var så svåra att hon tidvis ville dö. Till slut vände det dock och hon repade sig succesivt.

Beata berättar att hon inte fick någon information om bieffekter och beroendutveckling kopplade till morfinbehandlingen. Hon beskriver ett scenario där hon skickades hem med 28 morfintabletter och fick svår abstinens när dessa var slut. Det fick till följd att hon inte kunde äta, gick ned 12 kilo i vikt och drabbades av svår ångest.

För fem år sedan började Beata arbetsträna och trappade upp till 75 procent men orkade sedan inte mer. Hon kände sig stressad och åt dåligt men Försäkringskassan avslag sjukskrivning på 25 procent. Med stöd av fackförbundet förhandlades det dock fram att arbetsgivaren skulle betala 25 procents sjuklön och ombesörja att hon fick mindre slitsamma arbetsuppgifter.

Beata beskriver situationen sedan cancer ansågs färdigbehandlad:

Det blir tomt efter avslutad cancerbehandling, att tidigare varit omhändertagen upphör, man släpps fri. De psykosociala behoven är det ingen som tänker på. Det är viktigt att bli sedd som en individ – inte bara en som ska ha hjälp med något medicinskt... att de ser människans känslor och liv. Efter cancer får man ett annat tankesätt, man blir skör.

Vid intervjutillfället har Beata varit sjukskriven ca sex månader med anledning av psykisk ohälsa (PTSD-diagnos). I början av sjukskrivningen ville hon bara vara i fred. Hon beskriver de tidiga symtomen i termer av svårigheter att hålla reda på flera saker samtidigt och att alla göromål kändes betungande. Hon hade också svårigheter att läsa text och återberätta olika händelser i vardagen. Nu upplever emellertid Beata att hon blivit mentalt starkare och vill börja arbeta.

Beata har fortfarande fysiska sviter av de behandlingar hon genomgått och försöker få dem undersökta. Hon har dock blivit hänvisad till olika enheter inom sjukvården där den ena hävdar att den andra har ansvaret, exempelvis för att skicka eller inhämta journaler.

Det känns som om allt ansvar läggs på individen, säger hon.

Beata berättar att hon ser det som viktigt att vara aktiv under sjukskrivningen och försöka använda tiden väl till rehabilitering. Det har förutom fysisk träning inneburit samtalskontakt med psykolog som ska övergå i en traumabehandling på längre sikt. Beata uttrycker i sammanhanget att hon är mycket nöjd med psykologens bemötande och samtalsstöd. I övrigt upplever hon att facket, arbetskamrater och familjen varit ett stort stöd för henne under sjukskrivningen. Beata har även varit på flera möten med företagshälsovården tillsammans med chefen och fackets representant. Planeringen framåt är att hon ska fortsätta träffa företagshälsovårdens beteendevetare och prata kring de arbetsrelaterade behoven. Beata beskriver att det förekommit en del konflikter på arbetsplatsen kring olika arbetssätt och rutiner där hon ibland känt sig illa åtgången och inte upplever sig ha fått något stöd av chefen.

Kontakterna mellan henne och chefen har heller inte fungerat särskilt väl under sjukskrivningen.

Beata uttrycker:

Det är viktigt med en bra chef när man är sjuk... en bra chef ska inte ta parti... Det borde läggas mer fokus på att reda ut problemen på arbetsplatsen. Och det ska vara riggat på ett sådant sätt att man orkar vara med, annars byggs det upp motstånd. En neutral part skulle ha varit med vid arbetsgruppsträffen.

Planeringen är att Beata inom kort ska börja arbeta 25 procent under en period av två veckor, sedan gå upp på 50 % och heltid fram emot november 2019.

Beata beskriver att hon tycker det är viktigt att arbeta för självkänslan men säger också att det finns en viss bävan inför att börja arbetsträna:

Det kan vara jobbigt att komma tillbaka i arbete. Jag känner mig sårbar och är rädd att börja gråta... och det är jobbigt med personalmöten.

Göran, ca 40 år

Göran genomgick restaurangutbildning på gymnasiet och har arbetat inom denna bransch samt äldreomsorg och saneringsföretag mm. Han fick sedermera en tjänst inom civilförsvaret. Det nya jobbet var mycket stimulerande och det kändes helt rätt. ”Det var som om en tidigare hobby blev mitt jobb”, uttrycker han. Trots att arbetet upplevdes som intressant och låg helt i linje med Görans intressen blev han sjukskriven på heltid pga. psykisk ohälsa. Symtombilden bestod av ångest, panikattacker, hjärtklappning, sömnsvårigheter samt känslighet för ljus och ljud. Han tappade också minnet.

Göran berättar att han under den inledande sjukskrivningen bara ville vara i fred och låg i soffan med persiennerna nere. Han konstaterar:

Jag hade i det läget inget behov av samtalsstöd eller liknande, ville inte träffa folk, bara komma till ro och hade telefonen på ljudlöst. Jag hade blivit superstressad om jag inte fått vara i fred.

Under de ca fyra månader som Göran ville ”komma till ro” var det egna sociala nätverket hans huvudsakliga stöd. Han beskriver också att det var av stor betydelse att chefen styrde bort samtal och mail från honom under sjukskrivningen så han inte behövde känna ansvar för jobbet. Han fick även bra stöd av kollegor.

Görans chef sa:

Hör inte av er till Göran – gå via mig.

Efter ett halvårs sjukskrivning gjorde Göran ett försök att börja arbeta direkt på heltid, men ”kraschade” efter tre veckor och blev åter sjukskriven på heltid. När ca tre månaders ny sjukskrivning förlöpt fick Göran avslag på att vara fortsatt sjukskriven på 50 procent. Skälet som Försäkringskassan anförde var att de utifrån läkarintyget bedömde att hans arbetsuppgifter

var olämpliga, exempelvis då de innebar förekomst av stress. Försäkringskassan hänvisade honom till Arbetsförmedlingen för att anmäla sig som arbetssökande och skydda sin sjukpenninggrundande inkomst. Göran bestämde sig i det läget för att börja arbeta halvtid och klara sig på den lön det gav. Efter någon månad gick han upp på heltid och har vid intervjutillfället arbetat i den omfattningen under två veckor.

Göran är mycket besviken på Försäkringskassans agerande. När han började arbeta på halvtid trodde han att inkomsterna skulle gå upp, dvs. genom lönetillskottet utöver sjukpenningen. Det blev därför en stark stressfaktor när rätten till sjukpenning plötsligt avstogs. Göran berättar att ha förlorade 10 000 kronor per månad och fick ta av sina besparingar för att klara ekonomin. Den ekonomiska situationen var också anledningen till att han relativt snart tvingades gå upp på heltid. När Göran ville boka ett möte och diskutera situationen samt möjliga lösningar tillsammans med FK- handläggaren och arbetsgivaren, verkade Försäkringskassan inte vara intresserade. Beskedet han fick var att de däremot kunde träffa honom tillsammans med Arbetsförmedlingen och läkaren.

Göran säger att han har höga prestationskrav på sig själv, vilket har varit bidragande till utvecklingen av psykisk ohälsa. Det har också funnits en problematisk relation till barnens mor då hon agerat mycket oförutsägbart och skapat stor otrygghet i det gemensamma föräldraskapet. En dimension i detta är att barnen bor hos Göran som med jämna mellanrum måste resa i arbetet och är i behov av den andra förälderns stöd (barnpassning).

Göran är nöjd med sin läkarkontakt och upplever att hon helt förstår hans behov och situation. Han har medicinerats med stämningshöjare, sömn och insomningstabletter samt fått en psykologkontakt på hälsocentralen. Läkaren och psykologen har samarbetat väl och varit till stor hjälp i att hålla tillbaka de egna prestationskraven. I samtalen med psykologen har Göran arbetat med sin barndom och återkommande mönster i det egna beteendet (KBT-inriktade samtal). Göran säger att han har behov av att arbeta med sig själv på det sättet, dvs. sitt eget ledarskap, snarare än att bara prata av sig.

Informanten förmedlar under hela intervjun stor besvikelse kring Försäkringskassans agerande och anser att han borde ha blivit uppmuntrad i att börja arbeta i stället för hänvisad att söka nytt jobb.

Om jag inte varit så stark – hade jag blivit knäckt”, uttrycker han. De borde ha tagit kontakt med arbetsgivaren och samarbetat men la allt ansvar på mig som person. Försäkringskassan följer rutiner och regler – de ser inte individens behov.”

Oscar, ca 37 år

Oscar växte upp med mycket idrottande och var duktig ishockeyspelare. Det gick också bra i skolan. Problemen dök upp på högstadiet där han blev mobbad och utstött. Han växte inte heller så snabbt som de andra. Problemen eskalerade till den grad att han mådde mycket dåligt psykiskt, inte längre ville gå till skolan och slutade också med idrott.

Till slut hotades med polishämtning för att få tillbaka honom till skolan. Oscar säger:

Jag var tvungen att gå tillbaka till skolan... gjorde mig mig så osynlig som möjligt för att få vara i fred.

Oscar beskriver att självkänslan försvann och blev till en spillra under högstadiet. Mobbingen innebar, som han uttrycker det, att han blev hjärntvättad att känna sig värdelös. Efter grundskolan satt sviterna i så mycket att han inte orkade fullfölja gymnasiet.

I ett senare skede läste han in gymnasiet på Komvux och kom in på en högskoleutbildning i Gävle. Oscar berättar att han inte kunde fullfölja utbildningen och förklarar orsakerna:

Jag hade inte återhämtat sig från skolåren... kände mig dålig, utstött och hade svag livsglädje...allt kändes meningslöst och tungt. Det fanns ingen energi eller passion – allt var mer som en kamp.

I fråga om erfarenheter från arbetslivet har Oscar arbetat inom skidanläggning, industrin samt support åt Telia.

För en handfull år sedan kontaktade Oscar hälsocentralen då han mådde dåligt och saknade energi. Det togs prover och Oscar fick beskedet att han hade förhöjda värden som kunde bero på en lever- eller lungsjukdom. Det beskedet gjorde honom mycket orolig men han upplevde sig inte få några tydliga svar av läkaren. Påföljande dag återvände han för att få veta mer. Som Oscar beskriver det fick han vid detta tillfälle inte träffa läkaren, däremot förmedlades en papperslapp till honom där läkaren skrivit att allt var ok kring hans provsvar. Oscar berättar att han for mycket illa av detta och inte kunde släppa tanken på att han var allvarligt sjuk. Han anmälde också läkaren men det ledde ingen vart. Han säger:

Jag levde med den stressen många år och blev på kant med hälsocentralen.

Oscar beskriver att han isolerade sig i föräldrahemmet länge och mådde så dåligt att han knappt vågade gå ut:

Jag levde isolerad i stressen i den lilla bubblan, utanför alla system.”

Oscar klarade sig länge utan offentlig försörjning, bodde hemma hos föräldrar och levde på besparingar. Efter några år återtog Oscar kontakten med hälsocentralen och fick träffa husläkaren han hade haft sedan barndomen. Han säger i detta sammanhang:

Det var dock svårt att känna tillit efter de tidigare händelserna. Tilliten till mig själv var låg – det blir då svårt med tillit till andra.

Oscar beskriver dock att den ”nygamla” läkaren blev som ett ankare, hon förstod problematiken och de kunde prata med varandra. Han kunde därför lämna den tidigare händelsen på HC och oron för en allvarlig fysisk sjukdom bakom sig. Han formulerar det på följande vis:

Allt har en betydelse, exempelvis att läkaren sa som han gjorde. Jag har lämnat det som ett skal bakom mig längs vägen.

Läkaren som han nu hade kontakt med sjukskrev honom för psykisk ohälsa. Oscar hade ingen SGI och fick därför ansöka om försörjningsstöd och återfick efter flera år en egen ekonomi. Under 2017 kom Oscar till Unik via hälsocentralens rehabiliteringskoordinator som tipsade om verksamheten.

På frågor om vilka personer och verksamheter som varit till hjälp för Oscar under rehabiliteringsprocessen nämner han rehabiliteringskoordinatören, läkaren och kuratorn på HC. Oscar beskriver också hur verksamheten Unik, dess personal och deltagare inneburit en vändpunkt för honom:

Den stora vändningen kom på Unik.... Jag fick rutiner, bröt cirkeln av isolering, började göra saker... klev fram i ljuset från skuggvärlden. På Unik uppstod gemenskap, tillhörighet, energi, värme och omhändertagande. Personalen är bra människor. Deltagarna tar hand om varandra. Alla har sin historia, alla får vara där de är och växa i sin egen takt... Jag fick tillbaka den gemenskap jag tidigare haft inom idrotten. Ensamhet leder till stora problem – det är viktigt att ha människor omkring sig.”

Oscar arbetar vid intervjutillfället på inom kommunal verksamhet. Anställningen är tidsbegränsad och löper ut under våren 2020. Han planerar därefter att söka in på en slöjdtutbildning.

Patrik, ca 30 år

Patrik gick två och ett halvt år på gymnasiets industriprogram men utvecklade allt påtagligare psykisk ohälsa och hoppade av.

Jag satt bakom fördragna gardiner hela dagen, berättar han.

Patrik fick vid den tidpunkten kontakt med psykiatrin och inledde en samtalskontakt med psykolog samt behandling med antidepressiv medicin. Hans mående blev bättre och han kunde läsa in gymnasiekompetens på Komvux. Därefter flyttade han till Gävle och började studera på Högskolan i Gävle. Det dåliga mående uppstod emellertid åter efter ett års studier och tvingade honom att hoppa av. Patrik flyttade då hem till föräldrarna och saknade helt sysselsättning under ett par år.

Runt 2016 kom Patrik till Unik och var där under två år innan han slutade med anledning av sitt mående. Han har dock fortsatt träffa en av coacherna på Unik. Patrik beskriver att hans problematik tar sig uttryck i att han upplever det stressande och utmattande att vara bland människor samt delta i sociala samspel.

Jag är en ensamvarg – trivs bäst i mitt eget, konstaterar han.

Patrik har även periodvis haft djupa depressioner. För något år sedan fick han diagnoser inom neuropsykiatriska området och har förutom psykiatrin kontakt med vuxenhabiliteringen.

Patrik bor hemma hos föräldrarna och upplever att han har det bra på många sätt men säger:

Jag vill kunna hantera att ha någon sorts jobb. Jobb är ett moraliskt krav, det känns inte bra att ta bidrag, att inte dra sitt strå till stacken.

Patrik har ingen sysselsättning i nuläget men arbetar hemma ”med sina egna grejer och mål”, som han uttrycker det. Med det menar han olika saker inom IT-området, och det finns en dröm om att det i framtiden ska kunna leda till ett yrke och en försörjning. Han befinner sig i nuläget i en situation där hans tidigare aktivitetsersättning upphört och det är oklart hur försörjningen ska kunna lösas framöver.

Patrik säger att han inte kan komma på något som skulle kunna hjälpa honom ut i traditionell sysselsättning bland andra människor. Han beskriver det på följande sätt:

Om inte ens Unik fungerar så finns inget annat... Unik är en så grundläggande, snäll och flexibel verksamhet... Jag arbetade tre dagar på halvtid i veckan... det fungerade ändå inte.

Patrik resonerar kring vilka personer och verksamheter som varit till hjälp för honom. Det han nämner är Unik och i synnerhet en av verksamhetens coacher. Han säger också att vuxenpsykiatrin var bra när den hade heltidsmottagning i Ljusdal. Nu är tillgängligheten sämre och han har ofta fått vända sig till mottagningarna i Bollnäs eller Hudiksvall. Kuratorn på vuxenhabiliteringen har också hjälpt honom att, som han uttrycker det, ”pusha på” psykiatrin kring uppföljning av medicinering mm. Han går också i samtal hos kuratorn på habiliteringen.

När det gäller kontakten med psykiatrin säger Patrik:

Jag är inte nöjd med den psykiatriska vården. Man måste hela tiden ringa och ligga på. Psykiatrin följde upp dåligt efter utredningarna. Det ligger mycket på den enskilda individen... När man väl får träffa någon inom psykiatrin är det bra – men de håller inte ihop och följer upp.

Patriks kontakter med Försäkringskassan har inrymt en del besvikelser som han ger uttryck för:

Försäkringskassan är väldigt hårda och brutala. Hittar de ett litet fel i läkarintyget.... de ser små grejer och använder det för att neka ersättning, exempelvis stod det i ett läkarintyg att jag kunde sitta framför datorn hemma i fem timmar – då menar de att jag klarar en sådan arbetsuppgift också på öppna arbetsmarknaden.

Patrik menar att Försäkringskassan lyfter saker ur sitt sammanhang utan att ta hänsyn till exempelvis psykosociala aspekter som skiljer sig från att sitta vid datorn hemmet och på en arbetsplats.

På frågor kring vad som kan utvecklas i Ljusdal för att hjälpa människor med psykisk ohälsa säger Patrik:

Lägg mer resurser på Unik – det är en anpassningsbar, hjälpsam verksamhet med sympatiskt personal, bra arbetsuppgifter, praktik och utbildningsinslag... Utveckla mer kvalitet på

vården, och mer resurser... Arbetsförmedling på orten är viktigt – nu finns ingen människa att prata med. Allt är över nätet.

Mona, ca 30 år

Mona testade olika program på gymnasiet, bland annat VVS och musikinriktning men hoppade av och slutförde ingen av utbildningarna. Hon har haft djupa depressioner i kombination med missbruks- och beroendeproblematik samt fick senare diagnosen bipolär sjukdom. Under unga år var hon placerad på ett flertal HVB-hem. Hon har också varit på behandlingshem. Mona väntade barn när hon var 19 år.

Hon berättar att en gemensam nämnare vid alla HVB-placeringar är att de saknade kompetens kring missbruk och beroende samt inte hade ett samarbete med psykiatrin. Ett exempel på det är att hon inte fick äta antidepressiv medicin då det bröt mot boendets regler. Monas berättelse innehåller en röd tråd där hon upplevt sig ha hamnat i ett glapp mellan socialtjänsten/missbruksvården och psykiatrin. Hon beskriver det så här:

För sjuk för beroendevården – och för beroende för psykvården.

Informanten ställer sig också frågande till behandlingshemmens förmåga att hantera psykiatrisk problematik:

Behandlingshemmen är okunniga om psykiatriska saker. Har deras personal rätt utbildning?... Socialtjänsten borde följa upp bättre

Mona har provat att arbeta som servitris men klarade inte stressen. Hon har också tagit studielån för att gå på folkhögskola men fick avbryta med anledning av depressioner som krävde slutenvård. Periodvis har pojkvänner försörjt henne.

Hon har varit inlagd många gånger på avdelning 10 i Hudiksvall. Oftast har Mona skrivits ut snabbt och fått en papperspåse med tabletter. Det har varit många olika läkare och ingen eller bristande uppföljning av medicineringen. När hon fick kontakt med psykiatrin i Gävle blev det mycket bättre. Då upplevde hon sig bli tagen på allvar och det gjordes en utredning som mynnade ut i diagnosen bipolär sjukdom och litiumbehandling som noggrant följdes upp. Mona berättar att det förekommit olika läkare även inom öppenpsykiatrin i Gävle men de har ändå hållit ihop hennes behandling på ett sätt som inte förekom i Norra Hälsingland.

Gällande kontakterna med socialtjänsten säger Mona:

Missbrukar man kommer man utanför samhället och blir bostadslös.

Hon berättar att socialtjänsten ordnade en lägenhet med planeringen att hon skulle gå på öppenvården. Hon hade dock ingen sysselsättning eller någon att kontakta om hon mådde dåligt.

Jag tog då ett återfall med flit”, säger hon.

På frågor om vilka som varit till ett stöd för henne kring den psykiska ohälsan säger hon att det är familjen, en bra kontakt på arbetsförmedlingen i Ljusdal, psykiatrin i Gävle och personalen

på Unik där hon varit deltagare. Mona nämner också att hon tycker att de SIP-möten som hålls var tredje månad är bra. Vid dessa medverkar personal från socialtjänsten, psykiatrin, LSS-handläggare, Unik och AF. Mona säger:

SIP är bra – då kan sekretessen brytas och man kan prata öppet när individen är med.

Mona arbetar vid intervjutillfället inom kommunal verksamhet och är sjukskriven på 25 procent. Tjänsten är tidsbegränsad och löper ut i februari 2020. Därefter är planeringen oklar. Mona går i terapi för första gången individuellt och i grupp vid psykiatrin i Gävle och får göra det på arbetstid. Hon säger att psykiatrin aldrig tidigare erbjudit henne samtalsbehandling.

Mona har positiva erfarenheter av Unik som verksamhet och säger:

Det bästa med Unik är att få ett sammanhang, att få kompisar. Processen sker framåt. Skulle jag bara gå hemma klarar jag inte det, känner mig meningslös, betydelselös. Jag kommer aldrig att sjukskriva mig helt – behöver något att göra.”

Analys och reflektioner

I det här avsnittet analyseras och diskuteras den insamlade statistiken kring psykisk ohälsa i Ljusdals kommun, resultatet av intervjuerna samt förstudiens sammantagna resultat. Inriktningen är att diskutera vad materialet kan säga om behov, möjligheter och förutsättningar i det fortsatta utvecklingsarbetet. Nedanstående tablå visar överskådligt resultatet av den statistiska kartläggningen. När det gäller statistiken från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsmarknadsenheten så är den direkt kopplad till personer som identifierats ha psykisk ohälsa. Statistiken som insamlats från försörjningsstöd och det kommunala aktivitetsansvaret är av en annan karaktär då den inte explicit identifierar personer med psykisk ohälsa utan snarare är ett underlag för analyser kring förekomsten av sådan problematik.

Verksamhet	Sammanfattning av den statistiska kartläggningen
Försäkringskassan	<p>Det är mellan 120 – 150 startade sjukfall längre än 90 dagar med psykisk diagnos per år under perioden 2017 - 2018. Halvårsstatik för 2019 tyder på liknande antal detta år.</p> <p>I juni 2019 var det 152 pågående sjukfall över 90 dagar med psykisk diagnos.</p> <p>Under 2019 har runt 100 fler av de längre sjukfallen avslutats än föregående år.</p> <p>43 personer hade aktivitetsersättning med anledning av psykisk diagnos vid mättillfället i juni 2019.</p>
Arbetsförmedlingen	<p>I november 2019 var 125 personer aktuella som kodats för nedsatt arbetsförmåga orsakad av omfattande och varaktig psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. 79 av dem har anställningar och 46 deltar i olika typer av program.</p>
Arbetsmarknadsenheten	<p>Av 83 deltagare som ingick i inventeringen bedömdes 34 uppfylla kriterierna för den tillämpade definitionen på psykisk ohälsa. Det innebär att 41 procent av deltagargruppen bedöms ha psykisk ohälsa som ett primärt hinder för att uppnå egen försörjning.</p>
Det kommunala aktivitetsansvaret	<p>I november 2019 omfattades 49 ungdomar av KAA. 37 av dem var vid tillfället okända för verksamheten och måste bedömas löpa ökad risk att utveckla psykisk ohälsa.</p>
Försörjningsstöd	<p>Under helåret 2018 var det 91 klienter aktuella inom ramen för orsakskoden arbetshinder, sociala skäl respektive 147 med kodning kopplade till ingen eller otillräcklig ersättning från sjukförsäkringen. En uppskattning är att minst 100 av de aktuella klienterna har psykisk ohälsa som ett primärt hinder för att uppnå egen försörjning.</p>

Analysen kring det totala antalet personer med psykisk ohälsa som är aktuella inom de offentliga verksamheterna är inte lätt att göra. Orsaken är att det föreligger en överlappning där samma person kan vara aktuell inom flera verksamheter. Exempelvis kan en individ vara sjukskriven med otillräcklig sjukpenning och därför uppbära försörjningsstöd. Samma person kan dessutom vara deltagare inom någon av AME-verksamheterna. I avsnittet nedan analyseras och reflekteras kring det statistiska underlaget som tagits fram för respektive verksamhet.

När det gäller **Försäkringskassans statistik** kan konstateras att det under 2017- 2018 kontinuerligt har pågått mellan ca 140 – 160 sjukfall över 90 dagar med psykisk diagnos i Ljusdal. Merparten av de sjukskrivna är kvinnor. Antalet av de aktuella sjukfallen har varierat något under de senaste tre åren och påverkas både av antalet nya sjukfall och hur långvariga de pågående blir. Utifrån nationell samt regional statistik för Gävleborg var det en topp i antalet sjukfall med psykisk diagnos runt 2015 - 2016. Kurvan här därefter gått ned något. I Ljusdal ser det emellertid ut som sjukfallen ökar något igen sedan januari 2019. Ökningen är dock så liten att det kan vara en tillfällig variation. En iakttagelse är att runt 100 fler av de långa sjukskrivningarna avslutades under 2019 än tidigare år trots att statistiken för detta år endast sträcker sig tom oktober. Denna utveckling är intressant att följa framåt i tiden, inte minst utifrån om och i så fall hur det kommer att påverka flödet inom försörjningsstöd och andra kommunala verksamheter som är kopplade till individers försörjning.

Antalet individer som har aktivitetsersättning i Ljusdal verkar vara relativt stabil över tid även om en viss minskning kan noteras för 2019. Ur ett nationellt perspektiv pågår det sparsamt med aktiviteter för att unga personer med aktivitetsersättning ska komma ut i arbetslivet, vilket också verkar vara fallet i Ljusdal. Riksrevisionen (2015), som granskat systemet med aktivitetsersättning, konstaterar att bristen på insatser, uppföljning och stöd från Försäkringskassan leder till inaktivitet och inlåsning i denna försörjningsform. Riksrevisionen drar den sammantagna slutsatsen att syftet med aktivitetsersättningen, *ett aktivt förhållningssätt för unga med nedsatt arbetsförmåga*, inte uppnås. Det finns alltså anledning att utveckla arbetsformer som i större utsträckning ”aktiverar” personer med aktivitetsersättning, inte minst i Ljusdal.

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

Utredningens förslag tycks i många avseenden innebära en uppmjukning av reglerna kring sjukskrivning. Om förslagen leder till lagändringar kommer det sannolikt att påverka utvecklingen av antalet pågående och avslutade sjukfall.

Arbetsförmedlingens statistik ger en ögonblicksbild av att 125 av de aktuella personerna under hösten 2019 kodats för psykisk ohälsa. Av dem är många (79 personer) ute i anställningar. Den övriga gruppen om 46 personer kan antas vara tidigare i rehabiliteringskedjan, vilket gör dem extra intressanta att fokusera när det gäller samarbetsformer och utveckling av verk samma insatser.

I Ljusdal har ingen av de ca 50 personer som är aktuella inom Ljusdals etableringsprogram kodats för psykisk ohälsa trots att studier visar att 20 – 30 procent av asylsökande och flyktingar som kommer till Sverige lider av sådan problematik (Socialstyrelsen, (2015). Tänkbara orsaker är att psykisk ohälsa har låg status och starkt stigma inom vissa kulturer, vilket motverkar öppenhet kring den aktuella problematiken. Andra förklaringar är att arbetsformerna inom etableringen generellt sett inte förmår identifiera funktionshinder i särskilt stor utsträckning (Ikonen, 2015). I Gävle samt fem andra kommuner bedrivs ett försöksprojekt i regi av Sveriges Kommuner och Regioner, Arbetsförmedlingen samt Försäkringskassan med stöd av Socialfonden. Projektet, som går under namnet *Hälsofrämjande Etablering*,²⁰ är inriktat på att i ett tidigt skede fånga upp personer i etableringsprogrammet som har olika typer av funktionshinder, exempelvis kopplade till psykisk ohälsa. Upprinnelsen till projektet är att det reguljära etableringsprogrammet generellt sett visat sig upptäcka nyanlända med funktionshinder i liten utsträckning. Det får till följd att individer med funktionshinder inte får sådana insatser som kan underlätta integreringen på arbetsmarknaden (se exempelvis Socialstyrelsen, 2015). Hur uppmärksamheten kring psykisk ohälsa ser ut vid etableringsprogrammet i Ljusdal har inte utretts i denna förstudie. Det är dock utifrån de ovan beskrivna nationella angeläget att undersöka.

Under hösten 2019 har det skett en omvälvande omorganisering av Arbetsförmedlingens verksamhet. Hur den framtida processen under bildandet av den nya Arbetsmarknadsmyndigheten kommer att se ut är i nuläget oklart och beroende av vilka politiska beslut som fattas. De beslut som fattas kommer att påverka såväl förutsättningarna för myndighetens samspel med arbetssökande som samarbetspartners. En särskilt intressant fråga i denna förstudie är hur Arbetsförmedlingens nuvarande arbete med arbetsrehabiliterande insatser för människor med funktionshinder ska organiseras i framtiden.

²⁰ För mer information om Hälsofrämjande Etablering, se:

https://skr.se/download/18.2447e1041663e7f353f55db2/1552918477186/H%C3%A4lsofr%C3%A4mjande%20etablering_broschyr_red2.pdf

Inventeringen av psykisk ohälsa vid arbetsmarknadsenheten visar att 41 procent av deltagarna bedöms ha psykisk ohälsa som ett primärt arbetshinder. Den psykiska ohälsan tycks i många fall inrymma missbruksproblem, depression, stressproblematik, utbrändhet, neuropsykiatriska funktionshinder, motivationsbrister, ångest och social problematik.

En iakttagelse är att närmare 70 procent av de deltagare som bedömdes ha psykisk ohälsa som primärt arbetshinder är män trots att denna typ av ohälsa brukar vara mer frekvent identifierad bland kvinnor. Verksamhetsstatistik för AME i Ljusdal visar att utfallet inte kan förklaras av ojämn könsfördelning i hela deltagargruppen²¹.

Utifrån inventeringens resultat verkar det angeläget att diskutera hur AME:s samverkan med stödande och behandlande kringresurser kan utformas på bästa sätt för att möta behoven hos människor med psykisk ohälsa. Det bör även sätta ljuset på eventuella behov av kunskaps- och kompetensutveckling bland personalen kring psykisk ohälsa och närliggande områden, exempelvis missbruks- och beroendetillstånd.

Det kommunala aktivitetsansvaret (KAA) utgör en viktig verksamhet för unga som riskerar att hamna utanför och är en strategiskt viktig verksamhet i det förebyggande arbetet kring psykisk ohälsa. Forskning visar att ungdomar som inte fullföljer en gymnasieutbildning löper en påtaglig 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 Ljusdals kommun fanns det i november 2019 närmare 40 ungdomar inom ramen för KAA som hade okänd sysselsättning eller saknade sådan. Denna grupp är angelägen att etablera kontakt med, motivera och möta med insatser utifrån individuella behov både ur ett individ- och samhällsekonomiskt perspektiv. Skolinspektionen (2016) har granskat hur ett antal slumpvis utvalda kommuner arbetar med aktivitetsansvaret och funnit att det ofta var bristfälligt. Det framgick bland annat att många kommuner inte kontaktade ungdomarna i målgruppen annat än per brev och att de behövde bli bättre på att möta ungdomarnas individuella behov. Styrningen och ledningen av arbetet uppvisade också stora utvecklingsbehov i många av de granskade kommunerna. Ljusdal ingick inte i granskningen och denna förstudie har inte utvärderat kommunens KAA-verksamhet. Det kan emellertid vara av värde att undersöka i vilken utsträckning Ljusdals KAA-verksamhet uppnår eftersträvarande resultat och är ändamålsenligt organiserad.

Vid enheten för försörjningsstöd är det runt 70 – 90 klienter aktuella varje år som har behov av försörjningsstöd med anledning av arbetshinder pga. sociala skäl. Hur stor andel av dessa 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.

Inom gruppen där behovet av försörjningsstöd är relaterat till sjukskrivning eller sjukersättning är det lättare att uppskatta prevalensen av psykisk ohälsa. Under 2018 var det 147 personer aktuella inom ramen för denna kodning. Utifrån nationell statistik kring sjukskrivningsorsaker

²¹ I augusti 2019 var 40 procent av deltagarna kvinnor.

kan det antas att minst hälften är sjukskrivna med psykisk diagnos. Det innebär att runt 75 personer tillhör målgruppen för denna förstudie.

Sammantaget är det sig angeläget att uppmärksamma att ett relativt stort antal klienter vid försörjningsstöd kan antas ha psykisk ohälsa som ett primärt hinder för att komma ut i egen försörjning. Detta bör vägas in när det gäller utveckling av arbetsformer samt kunskaps- och kompetensutvecklingen kring psykisk ohälsa inom verksamheten. Möjligheterna för denna verksamhet att samspela med behandlande och arbetsrehabiliterande resurser inom området är naturligtvis också av stor betydelse.

Vad kan intervjuerna av människor med psykisk ohälsa säga oss?

Intervjuerna med fem personer som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa utgör ett litet underlag och ska ses som en handfull fallbeskrivningar. Tanken är i första hand att de ska stimulera till reflektioner, frågor och ge inblickar i människors subjektiva upplevelse av psykisk ohälsa och hur samhällets resurser svarat upp mot deras behov.

Intervjumaterialet visar att behovsgruppen människor med psykisk ohälsa spänner över ett brett fält. Av de fem personer som intervjuats är två personer etablerade i arbetslivet och innehar anställningar. De har också en utbildningsbakgrund samt relativt trygga familje-, ekonomiska-, och sociala förhållanden. De övriga tre har en svag eller ingen koppling till arbetslivet, har avbrutna utbildningar bakom sig samt lever under mer marginaliserade förhållanden såväl ekonomiskt som socialt. Planeringen framåt för dem kring arbete/sysselsättning och ekonomi är också relativt osäker. Inom denna grupp finns också svårigheter relaterade till missbruk, allvarlig psykisk ohälsa och neuropsykiatrisk problematik.

Trots det begränsade intervjumaterialet framträder stora skillnader mellan individernas behovsbild och vilka samhällsresurser som efterfrågas.

De två personerna som har förankring i arbetslivet upplever att arbetsgivaren, kollegor, fackförbundet, företagshälsovården och resurser vid hälsocentralen (läkare, psykolog) varit till särskilt stor hjälp. De utvecklingsbehov som dessa personer ser är en mer individuell bedömning från Försäkringskassan och bättre samordning, samarbete och uppmärksamhet på psykosociala behov inom den somatiska sjukvården. Arbetsförmedlingen, socialtjänsten, AME och psykiatrin har inte varit av någon större betydelse för deras rehabilitering.

De tre personerna som har en svag koppling till arbetslivet uppvisar en helt annan behovsbild. För dem har det sammantaget varit viktigt att få stöd från psykiatri (öppen- och slutenvård), vuxenhabilitering, socialtjänst, olika professioner vid hälsocentralen (läkare, rehabiliteringskoordinator och kurator). Inom denna grupp förekommer även insatser inom ramen för LSS (boendestöd) samt SIP-möten²², placeringar på HVB för unga och vistelser på behandlingshem. De utvecklingsbehov som denna grupp lyfter är kopplade till Försäkringskassans bedömningar som inte upplevs ta hänsyn till individuella behov och helhetsbilden kring individen. Det efterfrågas också bättre tillgänglighet, kontinuitet och uppföljning från psykiatrin i Hälsingland. Även samarbetet mellan missbruksbehandlande verksamheter, socialtjänst och psykiatrin upplevs vara dåligt utvecklat. I fråga om missbruksbehandling önskas större integrering av psykiatrisk kompetens samt bättre planering kring utslussning och eftervårdande insatser. Dessa här utvecklingsbehoven framträder också i en tidigare studie FoU Välfärd gjort kring boendestabilitet för personer med missbruks och/eller psykisk problematik i Ljusdal (Lyrberg och Gustafsson, 2017).

²² Samordnad individuell plan, SIP. Ska upprättas tillsammans med brukare om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas.

Behovet av ökat samarbete mellan psykiatri och missbruksbehandlande verksamheter är även nationellt, vilket visas i flera studier (se exempelvis Myndigheten för vårdanalys, 2016 eller Bringlöv, 2016).

De intervjuade med svag koppling till arbetslivet påtalar behovet av arbetsrehabiliterande insatser som är individuellt utformade och inleds med låg intensitet utifrån individernas förmåga. Det ses som en förutsättning för att klara övergången från isolering till en strukturerad aktivitet i nära samspel med andra människor. De framhåller även vikten av relationellt baserat stöd och en "socialt hållande miljö" (ungefär som UNIK) där tillit och sociala samspel kan byggas upp över tid.

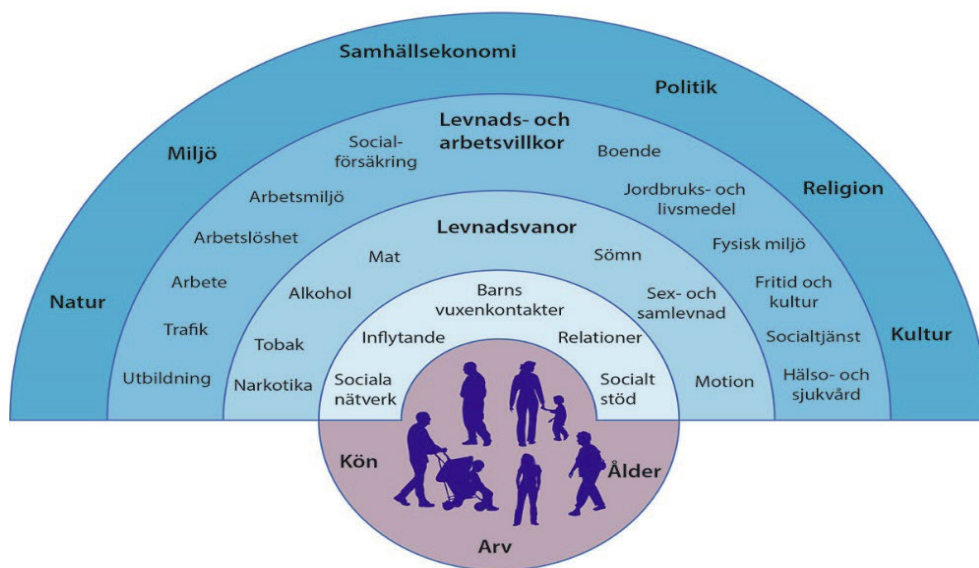
Gemensamt för de intervjuade är en önskan om kontinuitet i kontakterna med personal från de offentliga verksamheterna, inte minst hälso- och sjukvården. Det tycks också finnas ett behov av att AF samt FK finns på orten och att träffa personalen vid fysiska möten.

Människor med psykisk ohälsa - en heterogen målgrupp med varierande behovsbild

Denna förstudie har inriktningen att ta fram ett kunskapsunderlag som kan användas vid utveckling av insatser, arbetsformer och samverkan som ökar förutsättningarna för människor med psykisk ohälsa att komma ut i egen försörjning. Då målgruppen är så mångfacetterad avseende problematik och behov ter det sig nödvändigt med en analytisk uppdelning av den. Utifrån ett arbetsmarknadsperspektiv kan målgruppen delas in i tre undergrupper:

- Personer som aldrig kommit ut i arbetslivet.
- Personer som har haft arbete men förlorat förankringen i arbetslivet.
- Personer som har anställning och god förankring i arbetslivet.

Indelningen i de tre grupperna ska ses som idealtypisk och ett sätt att strukturera analysen då det inom respektive grupp kan förekomma stora variationer i problemtyngd och behov. Generellt sett kan det antas att människor som aldrig har haft en förankring i arbetslivet står längre från den öppna arbetsmarknaden. Det behöver dock inte vara så då en rad faktorer kan spela in, exempelvis ålder, sociala förhållanden, graden av psykisk ohälsa och eventuellt övrig psykosocial problematik. Exempelvis kan en ung person som aldrig arbetat ha lättare att komma ut i arbete än en person som är långtidssjukskriven från en mångårig anställning men utvecklat en allvarlig psykisk ohälsa i kombination med alkoholberoende. Förutsättningarna för hälsa, exempelvis psykisk hälsa, varierar utifrån en rad bestämningsfaktorer som brukar illustreras i en figur av nedanstående typ.



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 samhällsekonomien 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 bättre. 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 statiska 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).

Vilka insatser och arbetsätt behöver utvecklas i Ljusdal?

Frågeställningen i rubriken kräver i viss utsträckning annan typ av data än den som insamlats under förstudien. Det skulle behöva göras en systematisk kartläggning av befintliga insatser och samarbetsformer samt utvärderas i vilken utsträckning de svarar upp mot målgruppens behov. Datainsamlingen i denna förstudie har varit primärt inriktad på en statistisk kartläggning av målgruppen samt intervjuer som involverat en handfull personer ur målgruppen. Förstudiens insamlade data analyserad tillsammans med en omvärldsbevakning ger dock en viss bild av behov och möjligheter i det framtida utvecklingsarbetet kring psykisk ohälsa.

Som analysavsnittet visar framträder några områden som bör vara relevanta att diskutera inför det fortsatta utvecklingsarbetet. Dessa är framför allt:

- Insatser till och samarbetsformer kring personer med sammansatt psykosocial problematik som står långt från arbetsmarknaden.
- Upptäckt av och insatser till ungdomar med psykisk ohälsa som omfattas av det kommunala aktivitetsansvaret (KAA).
- Ökad aktivering av unga med aktivitetsersättning i riktning mot arbete och egen försörjning.
- Upptäckt av och insatser till utrikes födda med psykisk ohälsa som är aktuella inom etableringsprogrammet.
- Utveckling av arbetsätt, kunskaper och kompetens kring psykisk ohälsa inom AME och försörjningsstöd
- Utveckling av psykiatrins uppföljning och kontinuitet samt samarbete med socialtjänsten och verksamheter inom missbruksområdet

Utöver ovanstående indelning av tänkbara utvecklingsområden tycks det, som tidigare beskrivits, finnas tre undergrupper inom behovsgruppen vuxna med psykisk ohälsa utifrån förankringen på arbetsmarknaden. I det följande avsnittet diskuteras behovsbilden inom respektive undergrupp.

Personer som aldrig kommit ut i arbetslivet

Personer som saknar förankring i arbetslivet behöver ofta komma in i rutiner och tillägna sig sociala färdigheter. Inom denna grupp finns ofta betydande svårigheter relaterade till psykisk ohälsa, neuropsykiatriska diagnoser och annan psykosocial problematik. De här personerna har ofta behov av ett tillitsstärkande stöd som inrymmer stor personalkontinuitet. Individerna behöver också börja på den aktivitetsnivå de förmår bemästra, även om den är förhållandevis låg. Unik tycks vara en arbetsmodell som tillämpar detta arbetsätt. Under en intervju med personalen på Unik framkommer att det även finns en grupp individer som de kallar *gränsländare*. Dessa personer hamnar mellan Unik och Unitis (socialt företag). Försäkringskassan bedömer att de inte har rätt till sjukskrivning eller aktivitetsersättning men dessa individer klarar inte heller av kraven på den ordinarie arbetsmarknaden. Gränsländarna anser ofta själva att Unitis och Hantverkargården (daglig verksamhet) är för låg nivå och

tenderar därför, som personalen uttrycker det, att bli kvar hur länge som helst på Unik. Uniks personal gör också analysen att ”gamla Samhall” skulle ha fungerat men inte Samhall som kraven ser ut där nu. Mot bakgrund av ovanstående är det intressant att reflektera kring om det inom ramen för sociala företag kan vara möjligt att möta upp gränsländarnas behov i större utsträckning.

Personer med tidigare förankring i arbetslivet som förlorat den pga. psykisk ohälsa

Människor som tidigare haft en förankring i arbetslivet, kanske också en yrkesbakgrund, men blivit arbetslösa pga. psykisk ohälsa, har i mer eller mindre stor utsträckning rutiner och tidigare erfarenheter av arbetslivet att falla tillbaka på. De kan dock ändå ha betydande behov av stödinsatser för att klara en återgång till arbete. Individer i denna grupp saknar inte sällan SGI vilket gör dem beroende av försörjningsstöd och ibland andra insatser från socialtjänsten. Inom denna grupp finns sannolikt ett brett spektrum av behovsbilder; allt från mindre omfattande behov till stora behov i form av exempelvis svår psykisk ohälsa, neuropsykiatriska diagnoser och psykosocial problematik.

Personer som har anställning och god förankring i arbetslivet

Individer som har en anställning men är sjukskrivna med anledning av psykisk ohälsa verkar få ett relativt tillfredställande stöd via arbetsgivare, fackförbund, företagshälsa, primärvård och i många fall det egna sociala nätverket. De har också sjukpenninggrundande inkomst som i många fall kan trygga ekonomin. För denna grupp är arbetsrehabilitering på arbetsplatsen ofta en central insats. Försäkringskassans bedömningar av rätten till sjukpenning och andra ersättningar upplevs dock inte alla gånger stödjande rehabiliteringsprocessen, vilket visat sig i intervjumaterialet samt även understöds av den allmänna debatten i samhället.

Personer som bedöms stå långt från arbetsmarknaden verkar i stor utsträckning vara kommunens ansvar att organisera sysselsättning, arbetsrehabiliterande insatser och andra aktiviteter för. Det sker inom ramen för AME, socialtjänsten samt verksamheter för utrikes födda, exempelvis SFI. Gruppen av individer som aldrig kommit ut i arbetslivet har ofta stora behov av samtidiga och koordinerade insatser från flera myndigheter samt ibland också och vårdande/behandlande verksamheter.

I avsnittet nedan beskrivs två arbetsformer som bedöms intressanta i det fortsatta utvecklingsarbetet kring psykisk hälsa i Ljusdal. Utgångspunkten är att de riktar sig till personer med psykisk ohälsa, har en arbetsrehabiliterande inriktning samt är evidensbaserade. Metoderna som avses är Individual Placement and Support (IPS) samt RACT (Resursgrupps - ACT).

Tanken är att stimulera till reflektion kring om dessa metoder kan komplettera befintliga verksamheter och samarbetsformer för individer som är i behov av skraddarsydda, integrativa, uppsökande och coachande aktiviteter för att komma ut i arbetslivet och bemästra de krav som ställs där.

Supported employment

Supported Employment (SE) är en rörelse med inriktningen att hjälpa människor med olika former av funktionshinder att komma ut i arbete som utvecklades redan under tidigt 1980-tal

(Hernes, Stiles och Bollingmo, 1996). En grundläggande filosofi inom SE är att alla människor med funktionshinder kan utföra ett meningsfullt och produktivt arbete på vanliga arbetsplatser om det är något de själva väljer att göra och om de erbjuds nödvändigt stöd.

SE inrymmer flera arbetsmetoder, bland annat *Särskilt Introduktions- och Uppföljningsstöd* (SIUS) samt *Individual Placement and Support* (IPS). Utifrån denna förstudies målgrupp är IPS-metodiken särskilt intressant ur ett arbetsrehabiliterande perspektiv. Arbetsformen IPS utvecklades då en omfattande studie i USA visade att drygt 70 procent av personerna med allvarlig psykisk sjukdom uttryckte intresse av att komma ut i ett arbete (Rogers et. al. 1991). Trots detta var det bara en liten andel av personerna som hade fått stöd i den riktningen. (Black och Kase, 1986).

IPS kan beskrivas som en interventionsmodell för rehabilitering till arbete för personer med uttalad psykisk ohälsa. Förutom den grundläggande filosofin inom SE baseras IPS på antagandet att ”misslyckanden” har mindre att göra med en persons sjukdom än ett felaktigt val av arbetsplats, arbetsuppgifter och typen av stöd (Becker och Drake 1994, 2003). Utmärkande för IPS som arbetssätt är att det genomsyras av en humanistisk tanke om människans inneboende kraft, vilken kan frigöras under rätt omständigheter. Nyckelbegrepp inom IPS är *normalisering, hopp, minskat utanförskap* och *utveckling av en positiv självbild*.

Den centrala utgångspunkten inom IPS är empowerment, dvs. främjande av den enskildes egenmakt och delaktighet i arbetsrehabiliteringsprocessen. Det empowermentinriktade arbetssättet tar sig uttryck i att deltagaren sätts i ’förarsätet’ genom att individens egna preferenser, intressen och val tillmäts stor betydelse och får styra processen (Bejerholm & Björkman 2010). Ytterligare en utgångspunkt, vilken bryter av mot traditionell arbetsrehabilitering, är IPS inriktning mot *place and train* i stället för *train and place*. Inom IPS är tanken att den enskilde ska tränas direkt på en ”riktig arbetsplats” i stället för att först genomgå någon form av förberedande trappa, exempelvis via utredning och arbetsträning inom konstruerade sysselsättningsformer. Erfarenheter från IPS-verksamheter visar att det är att stor betydelse att IPS-coachen lär känna individens styrkor och behov och utifrån dessa utformar ett individuellt stöd. Det är inte ovanligt att individer med psykisk ohälsa har försökt komma ut i arbete flera gånger men avbrutit pga. att olika situationer uppstått som blivit alltför påfrestande. Det är därför IPS-coachen finns till hands under hela processen och kan erbjuda stöd och anpassningar som förebygger avbrott under såväl arbetssökande, eventuell praktik samt även utan tidsbegränsning sedan anställning uppnåtts.

Nämnas kan att IPS-verksamheter finns i Hudiksvall och Gävle samt att liknande arbetsformer är under implementering i Ockelbo. IPS-verksamheten i Hudiksvall, som utvärderats genom följeforskning under två år, har goda resultat i form av uppnådda anställningar och förbättrad psykisk hälsa hos deltagarna. En samhällsekonomisk analys visar också att IPS-verksamheten som kostade ca 1 miljon/år att driva i Hudiksvall under projektiden genererade en samhällsekonomisk vinst på av 2, 5 miljoner per år i form av minskade utbetalningar av offentlig försörjning mm (Gustafsson, 2018²³). IPS verksamheten i Gävle (Supported Employment coach – Gävle) vände sig till unga med aktivitetsersättning. Slutrapporten visar

²³ För slutrapporten från följeforskningen i anslutning till IPS-Hudiksvall, se: <https://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/fou-valfard/arbetsrapport-2018-4.pdf>

att 20 av de 38 deltagarna kom ut i tillsvidareanställningar, vilket måste anses vara ett mycket gott resultat för denna målgrupp²⁴.

IPS har i forskning och utvärdering bedömts vara effektivare än traditionell arbetsrehabilitering för personer med psykisk ohälsa (se exempelvis (Nøkleby, et. al, 2017 eller Bejerholm, 2014). Metoden rekommenderas också med hög prioritet i nationella riktlinjer inom psykiatriområdet samt beroende- och missbruksvård (Socialstyrelsen, 2018; 2019). Det finns även en fråga i Öppna jämförelser till kommunerna om de har tillgång till IPS-verksamhet. Sammantaget bedöms IPS och andra arbetsformer inom Supported Employment vara intressanta för Ljusdal att utveckla. Försöksverksamheter och utvärderingar i anslutning till IPS visar att det krävs en grundläggande utbildning och genomtänkt organisering av verksamheten för att uppnå goda resultat, vilket är värt att ha i åtanke (se exempelvis Socialstyrelsen, 2013).

Case Management och RACT (Resursgrupps-ACT)²⁵

RACT har sina rötter i behandlings- och rehabiliteringsprogram med *Assertive Community Treatment* (ACT) som utvecklades under 1970 och 80-talen och framför allt riktade sig till långtidssjuka personer med stor konsumtion av psykiatrisk slutenvård. I Gävleborg har det under senare år pågått RACT-utbildningar och implementering av samordnade vård- och stödsatser inom länets kommuner samt vuxenpsykiatri utifrån metoden. Den som har den samordnande rollen inom RACT kallas Case Manager (CM)²⁶. I den modell av RACT som tillämpas i Gävleborg medverkar personal från både psykiatri och socialtjänsten i den s.k. resursgruppen alltefter som behoven skiftar. RACT kännetecknas av att det i ACT-teamet (det vill säga resursgruppen) inte endast ingår professionella utan också brukaren och hans/hennes närstående. Filosofin är att om all verksamhet skall utgå från brukarens behov och önskemål så kan heller inte brukaren utestängas från ACT-teamet. Det skulle konservera gamla mönster och kunna leda till att vård- och omsorgsgivare inom psykiatri och socialtjänst tar beslut över brukarens huvuden. Resursgruppen arbetar mycket konkret med att undanröja hinder som finns för att brukarens livssituation ska förändras i den riktning han/hon vill.

Slutsatsen som kan dras utifrån forskning och utvärdering är att RACT har bättre effekter på den enskildes symtom, funktion och välmående än traditionella insatser inom socialtjänst och psykiatri. Det påverkar naturligtvis också möjligheterna att komma ut i arbete. Effekten är störst för brukare med svåra psykiska sjukdomar och högkonsumenter av sjukhusvård. Metoden rekommenderas i de nationella riktlinjerna för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (Socialstyrelsen, 2018). När det gäller personer med beroende- och missbruksproblematik rekommenderas också arbetsformer i enlighet med RACT som insats (Socialstyrelsen, 2019).

²⁴ För slutrapporten från SE-coach i Gävle, se: http://www.finsamgavleborg.se/media/176551/sutrapport-se-coach_2019-11-29.pdf

²⁵ ACT, eller Assertive Community Treatment, översätts på svenska till "Aktivt uppsökande samhällsbaserad behandling och rehabilitering". Metoden är en case managementmodell med inriktning att samordna insatser till personer med svåra psykiska funktionsnedsättningar.

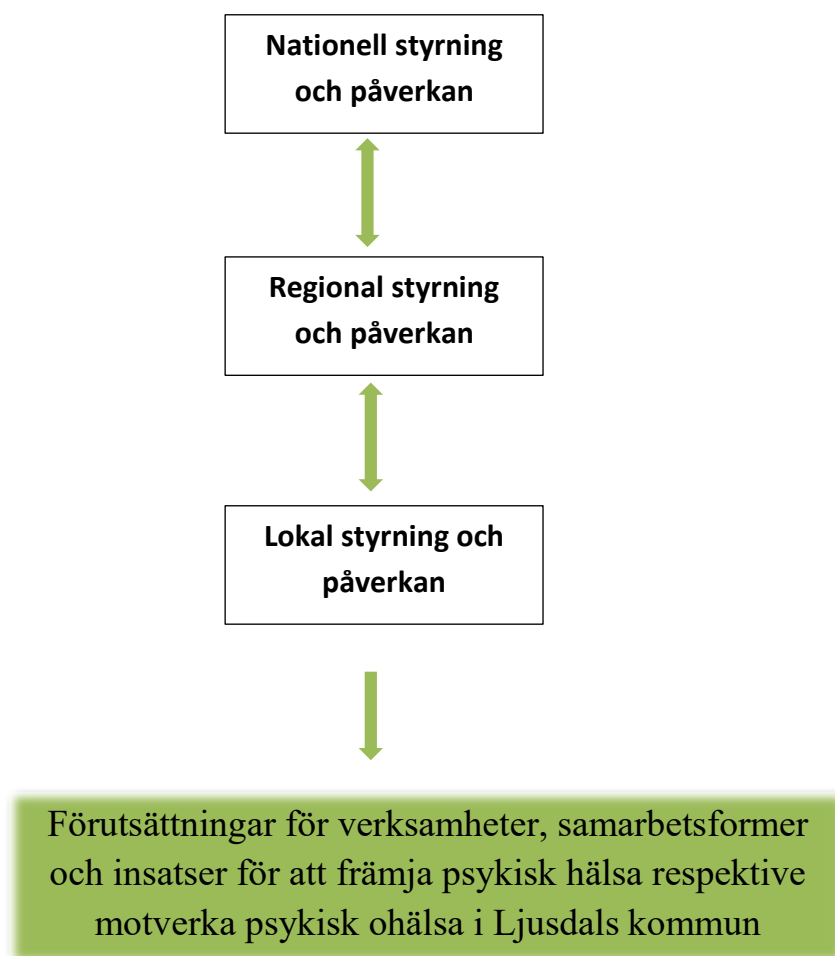
²⁶ För mer information, se, <https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-och-tandvard/vuxna/ract/>

Under denna förstudie har det inte gjorts några efterforskningar kring i vilken utsträckning RACT är implementerat inom socialtjänst och psykiatri i Ljusdal. Det är dock av värde att undersöka då metoden visar så bra resultat.

Nämns kan också att RACT och IPS är två arbetsformer som kan kombineras på ett bra sätt, vilket Evidens och NSPH²⁷ (2013) lyfter i sitt förslag till utformningen av den tidigare PRIO-satsningen²⁸.

Organisatoriska och styrningsmässiga förutsättningar i det framtida utvecklingsarbetet kring psykisk hälsa

I ett framtida utvecklingsarbete är det av värde att sätta in Ljusdal i en större kontext då lokala utvecklingsprocesser påverkas av vad som pågår regionalt och nationellt kring psykisk hälsa.



Figur 3: Styrning och påverkan på olika organisatoriska nivåer.

På nationell nivå har det ägt rum en rad processer och satsningar kring psykisk hälsa under senare år som beskrivits i rapportens inledning. I form av styrdokument som varit tänkta att styra och reglera arbetet de senaste åren kan nämnas tre centrala skrivelser: *Överenskommelse inom området psykisk hälsa 2019* (Socialdepartementet och Sveriges kommuner och regioner,

²⁷ Forsknings- och utbildningsföretaget Evidens respektive NSPH (nationell samverkan för psykisk hälsa).

²⁸ PRIO var en tidigare nationell satsning för att förbättra livssituationen för personer med psykisk ohälsa.

2019) och *Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016 – 2020. Fem fokusområden fem år framåt* (Nationell samordnare inom området psykisk hälsa, 2015). Under 2018 kom *slutbetänkandet från den nationella samordnaren inom området psykisk ohälsa* (SOU 2018:90) som har starkt fokus på den långsiktiga utvecklingen inom området. Det nationella utvecklingsprojektet *Kraftsamling psykisk hälsa* förefaller vara utformat för att främja genomförandet av betänkandets förslag och intentioner. Slutbetänkandet förmedlar en tydlig önskan 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 utgångspunkter sammanfattas i listan nedan.

- Psykisk hälsa bör bli ett nytt politikområde vars mål ska vara styrande även för insatser inom andra berörda områden. Utvecklingsarbetet bör bedrivas utifrån en långsiktig strategi med tydliga resultatmål under en period av tio år.
- Folkhälsomyndighetens 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 utarbetad tvärsektorieell myndighetssamverkan.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ges i uppdrag att ta fram indikatorer för att mäta patient- och brukarnära resultat.

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

På regional nivå i Gävleborg finns huvudsakligen två styrdokument som anger den önskade inriktningen på utvecklingsarbetet kring psykisk hälsa. Det är dels *Överenskommelse mellan Regionen och kommunerna i Gävleborgs län om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning* (Kommunerna och Region Gävleborg, 2018/2019). Dels *Handlingsplan för utveckling av insatser inom området psykisk hälsa* (kommunerna och Region Gävleborg, 2018).

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.

Handlingsplanen beskriver aktiviteter och prioriteringar som ska vara vägledande utifrån ett antal områden där det identifierats utvecklingsbehov. Dessa är följande: *Samordnad individuell plan (SIP), samverkan kring barn och unga, barnahus, Case Management, spelmissbruk vuxna, samsjuklighet – missbruk/beroende och psykisk ohälsa, suicidprevention, samverkan med brukarorganisationer samt övergripande ledning och styrning av arbetet.*

Ledning och styrning av samverkan mellan kommunerna och regionen sker inom ramen för länets regionala samverkansstruktur (RSS) inom välfärdsområdet. Det inrymmer på den politiska nivån *Nätverk Valfärd* (länsövergripande) och lokala styrgrupper (fyra stycken). På tjänstemannasidan finns *Länsledning Valfärd* (länsövergripande) som består av socialchefer, skolchefer och regionens biträdande hälso- och sjukvårdsdirektörer. Länsledningens representanter är även indelade i två utskott som svarar för olika sakområden; *Utskott Barn och unga* samt *Utskott vuxna*. Kopplat till Länsledning Valfärd finns även en ledningsgrupp som arbetar utifrån överenskommelsen mellan Regeringen och Sveriges Kommuner och regioner inom området psykisk hälsa²⁹.

När det gäller brukar och patient- och brukarinflytande finns *Brukarrådet psykiatri*³⁰ 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. Förbundets uppdrag har nära koppling till arbetet med psykisk hälsa då det är att utveckla samverkan mellan myndigheterna inom rehabiliteringsområdet för att individer med behov av samordnade insatser ska komma närmare egen försörjning.

På lokal nivå i Ljusdal finns MYSAM-gruppen som en samordnande struktur för arbetet. Den används även som styrgrupp för TRISAM-verksamheten i kommunen. Innevarande styrdokument för MYSAM-gruppens arbete är *Handlingsplan för Mysam Ljusdal 2019 – 2021*³¹. I handlingsplanen framgår att Mysam i Ljusdal vill prioritera arbetet med fyra grupper: Personer med psykisk ohälsa (denna grupp är högst prioriterad i nuläget), långtidsarbetslösa, lågutbildade och nyanlända

²⁹ Länsledningens ledningsgrupp för överenskommelsen psykisk hälsa i Gävleborg är sammansatt av socialchefer, verksamhetschef för vuxenpsykiatri samt personal med samordnande eller utvecklande funktion inom Region Gävleborg.

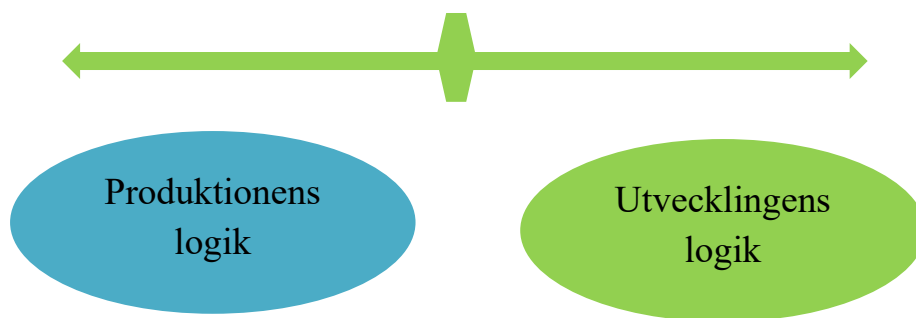
³⁰ Brukarrådet psykiatri består av verksamhetschefer från vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, habilitering samt samordnare för funktionshinderfrågor vid regionen och representanter från olika brukarorganisationer inom psykiatriområdet.

³¹ För handlingsplanen, se: <http://finsamgavleborg.se/media/164248/handlingsplan-mysam-ljusdal-2019-2021.pdf>

Förutsättningar för utvecklingsarbete – en fråga om resurser och verksamhetskultur

Förutsättningarna för att bedriva utvecklingsarbete påverkas inom de verksamheter som ingår i MYSAM-gruppen påverkas av både resursmässiga och kulturella förutsättningar, dvs. de resurser i form av personal, ekonomi och kunskaper som finns att tillgå, men också vilka ”verksamhetskulturer” som är rådande bland parterna och kommer till uttryck i deras samspel. Med det senare menas vilka normer, värderingar och förklaringsmodeller som styr utformningen av verksamheten och de arbetssätt som vinner legitimitet³².

I analysen av förutsättningar för utvecklingsarbete beskriver Ellström (2009) två typer av verksamhetslogiker som kan kopplas till diskussionen om verksamhetskulturer: *Produktionens* och *utvecklingens logik*.



Figur 4: Två verksamhetslogiker.

Produktionens logik har som utgångspunkt att följa tidigare inarbetade rutiner och regler kring hur arbetet ska organiseras och utföras. Verksamhetens primära fokus är att hantera kärnverksamheten, exempelvis handläggning av sjukpenningsärenden, försörjningsstöd eller att ta emot patienter på en hälsocentral. 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).

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

Det kan vara av värde att diskutera vilken logik som präglar den egna verksamheten, inte minst som ett led i MYSAM-gruppens utvecklingsarbete. I figuren har en linje dragits mellan de två logikerna med ett skjutreglage i mitten. Det skjutbara reglaget är tänkt att stimulera till reflektion kring möjligheterna att påverka den rådande verksamhetslogiken.

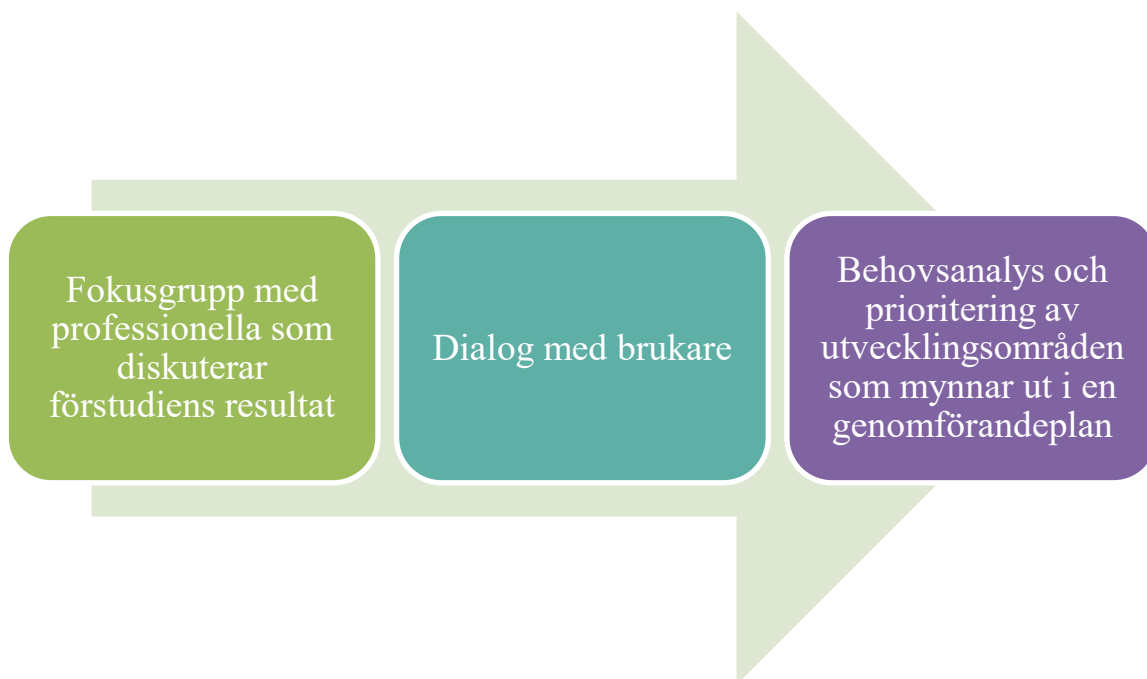
³² De arbetssätt som anses eftersträvanvärda.

Avslutande diskussion och framåtblickar

Förstudien visar att psykisk ohälsa är ett brett och mångfacetterat område, både i fråga om involverade samhällsaktörer, individers skiftande problematik samt behovet av vårdande, stödjande och arbetsrehabiliterande insatser. Behovsgruppen människor med psykisk ohälsa är så heterogen att det innebär påtagliga utmaningar att möta den stora variationen av behov. Det finns alltså inga enkla lösningar utan handlar i stället om att uppnå en så bra organisering av samhällets resurser som möjligt med utgångspunkt i brukarnas behov.

Utifrån ett fokus på MYSAM-gruppens myndighetssamarbete kring psykisk ohälsa, tycks det vara strategiskt att analysera vilka områden som är mest angelägna att utveckla. Risken vid en alltför vid ansats är att utvecklingsarbetet vattnas ur och inte får tillräcklig kraft. Utveckling av metoder och samarbetsformer bör ske utifrån två parametrar: *Brukarnas behov och kunskapsstyrning*, dvs. att utgå från kunskapsunderlag från forskning, utvärdering samt beprövad erfarenhet kring vad som fungerar bäst. Det är också av stort värde att upprätthålla ett systemperspektiv, dvs. se till hur samhällets samlade resurser på bästa sätt kan leda till resultat för enskilda människor med psykisk ohälsa.

Förhoppningen är att resultatet av förstudien ska kunna användas som ett reflektions- och diskussionsunderlag i en fortsatt utvecklingsprocess vilken kan mynna ut i prioriteringar och inriktning på det framtida utvecklingsarbetet. I figuren nedan skisseras ett förslag på en sådan process i tre steg.



Figur 5: Process för analys av behov och prioritering av utvecklingsområden.

Fokusgrupp – professionella: I processens första steg kan det sättas samman en fokusgrupp av professionella från de involverade verksamheterna. Det är bra om personerna kan verka på olika organisatoriska nivåer då det medger olika inblickar och erfarenheter i arbetet med psykisk ohälsa. En tanke är att komplettera MYSAM-gruppen med deltagare från den s.k.

samsynsgruppen³³ samt bjuda in enhetschefer från aktuella verksamheter. Blir gruppen för stor kan den delas upp i två grupper. Förslagsvis läser alla som ska medverka i fokusgruppen rapporten från förstudien innan mötet. Diskussionen bör sedan struktureras upp med hjälp av några frågeställningar, exempelvis av nedanstående karaktär:

- I vilken utsträckning möter nuvarande verksamhet och samarbetsformer de behov som finns inom behovsgruppen människor med psykisk ohälsa?
- Finns individer eller grupper som faller mellan stolarna?
- Vad behöver utvecklas eller förändras i form av verksamheter, insatser och samarbetsformer?

Under fokusgruppen behöver diskussioner och framförda förslag kring utvecklingsarbete dokumenteras. Om möjligt kan också utvecklingsförslagen rangordnas utifrån hur angelägna de upplevs vara av gruppdeltagarna.

Brukardialog: I processens andra steg är det av stort värde att involvera och göra brukare delaktiga i utvecklingsarbetet. Det stärker fokus på målgruppens behov och motverkar utveckling av insatser och arbetsformer med alltför stark prägel av de offentliga organisationernas interna behov. Hur brukare ska göras delaktiga behöver diskuteras utifrån förutsättningarna i Ljusdal. Tänkbara sätt är att sätta samman diskussionsgrupper, att personalen inom olika verksamheter i Ljusdal ställer frågor till sina brukare, att använda sig av det regionala brukarnätverket inom psykiatriområdet eller brukarrådet – psykiatri.

Behovsanalys och prioriteringar: Med hjälp av underlaget från fokusgruppen för professionella och brukardialogen kommer processen in i det tredje steget: Det vill säga att prioritera inriktningen på det fortsatta utvecklingsarbetet kring psykisk ohälsa i Ljusdals kommun.

Det bedöms vara av stort värde att ta tillvara de styrkor i form av insatser, samarbetsformer och utarbetade kontaktvägar som redan existerar i Ljusdal. FoU Välfärd har under senare år haft ytterligare uppdrag kring utredning och följeforskning³⁴ i Ljusdal. Under dessa har det framträtt en väl utvecklad samarbetskultur, informella och korta beslutsvägar samt inte minst ett prestigelöst förhållningssätt inom förvaltning och politik. Dessa värden måste anses utgöra betydande styrkor inom Ljusdals offentliga verksamheter.

³³ Samsynsgruppen består av personer företrädesvis på operativ nivå från involverade verksamheter, dvs. Unik, AME, psykiatri, ungdomsmottagningen, familjehälsan, KAA, studievägledare, AF, försörjningsstöd, vuxenheten, hälsocentralen, skolan, Team Q m.fl.).

³⁴ FoU Välfärd har tidigare gjort en utredning kring boendeformer för personer med missbruks/ beroendeproblematik och psykisk ohälsa samt bedrivit följeforskning i anslutning till 7-timmars arbetsdag inom Individ- och familjeomsorgen.

Referenser

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*.

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 (2018). *Följeforskning i anslutning till Hudiksvalls IPS-projekt Slutrapport hösten 2018*. FoU Välfärd: Arbetsrapport 2018:4.

<https://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/fou-valfard/arbetsrapport-2018-4.pdf>

Gävle kommun (2019). *Supported Employment coach - Gävle. Slutrapport.*

http://www.finsamgavleborg.se/media/176551/sutrapport-se-coach_2019-11-29.pdf

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.

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

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

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.

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

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

Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. 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. (2013). *Utvärdering av försöksverksamheter i kommuner. Individual Placement and Support, individanpassat stöd till arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning*.

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

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 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*.

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

Förstudie kring psykisk ohälsa i Ljusdal

Antalet sjukfall med psykisk diagnos har ökat dramatiskt såväl i riket som i Gävleborg och Ljusdal de senaste tio åren. Kvinnor samt barn och unga vuxna står för den största ökningen. I nuläget beror runt hälften av alla sjukfall på psykisk ohälsa.

Den här rapporten presenterar en kartläggning av den psykiska ohälsan i Ljusdals kommun, intervjuer med människor som har egen erfarenhet av sådan ohälsa samt en omvärldsbevakning inom området. Studiens inriktning är att presentera ett underlag som kan användas i Ljusdal vid utveckling av insatser och samverkansformer som på bästa sätt kan möta behoven hos människor med psykisk ohälsa.

Rapporten vänder sig primärt till ledning, personal och politiker verksamma inom Hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, socialtjänsten, kommunala arbetsmarknadsverksamheter, Arbetsförmedlingen och Samordningsförbund Gävleborg. Sannolikt överensstämmer dock de identifierade utvecklingsbehoven i Ljusdal i stor utsträckning med behoven i andra kommuner av samma struktur, vilket kan göra rapporten intressant även för en vidare krets.

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

FoU rapport 2020:1
ISSN: 1654-8272

