

# Den svenska psykiatireformen i nordisk belysning

Rafael Lindqvist<sup>1</sup> David Rosenberg<sup>2</sup> Lars Fredén<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Professor i sociologi, särskilt funktionshinderforskning, Sociologiska institutionen, Uppsala universitet, Box 624, 751 26 Uppsala. <sup>2</sup>FD i socialt arbete, Umeå Universitet och FoU Västernorrland, Box 3014, 871 03 Härnösand. <sup>3</sup>FD i sociologi, docent i Hälso- och sjukvården i samhället, Verksamhetsansvarig vid Nu-akdemien, Högskolan Väst, 461 86 Trollhättan. E-post: freden@nhv.se.

I artikeln diskuteras den svenska psykiatireformen i ett nordiskt perspektiv när det gäller vård, stöd och service till personer med psykisk funktionsnedsättning. Det finns många likheter mellan de nordiska länderna i fråga om servicesystemens utformning och arbetsformer. Den svenska reformen kännetecknas, i jämförelse med Opptrappingsplanen Norge, av att förändringarna varit "sektorsinriktade". Många framgångsrika men kortsiktiga utvecklingsprojekt har genomförts lokalt, men stödinsatserna har inte betraktats ur ett helhetsperspektiv (systemperspektiv) och fått nationellt genomslag. Det har i Sverige inte heller utvecklats mellanvårdsformer i samma utsträckning som i flera andra nordiska länder. Två områden som i Sverige framstår som väl utvecklade är boendestöd och personliga ombud. Artikelns slutsats är att ett systemperspektiv behöver utvecklas där pusselbitar från ett fragmentiserat servicesystem bidrar till en helhetssyn på individens behov av samhällsbaserad vård och stöd.

The article discusses the Swedish Mental Health Reform (psychiatry reform) from a Nordic perspective in the areas of care, support and service to people with psychiatric disabilities. There are many similarities between the Nordic countries regarding the form of the service systems and the methods utilized. In comparison with Norway's "Opptrappingsplan", the Swedish reform is characterized by the fact that changes have been "sectorial". Many successful but short term development projects have been tested at the local level, but these support services have not been considered within a comprehensive (system) perspective and have therefore not been adopted throughout the country. Furthermore, intermediate care forms have not been developed in Sweden to the same extent as in several of the other Nordic countries. Two types of service delivery appearing to be well developed in Sweden are the "personal ombud" and supported housing (boendestöd) models. The article concludes with the recommendation that a systemic perspective needs to be developed, so that the "pieces in the puzzle" having successfully developed within an otherwise fragmented system can contribute to a holistic perspective on the individual's need for community-based care and support.

## Inledning

Det är nu mer än femton år sedan den svenska psykiatrireformen infördes år 1995. Nu när reformverksamheten konsoliderats är det angeläget att resa frågan hur har det gått! Hur står sig den svenska reformen i ett nordiskt perspektiv när det gäller vård, stöd och service till personer med psykisk funktionsnedsättning? Vi ska i den här artikeln försöka oss på ett svar på den frågan dels genom att bedöma reformens utfall mot bakgrund av dess policyinriktning, servicesystemets utveckling, de arbetsformer som utvecklats och avslutningsvis utifrån några resultatindikatorer. Tyngdpunkten ligger på servicesystemen och de arbetsmetoder som används. Vi kommer att göra vissa jämförelser med hur man främst i Norge, men delvis också Danmark och Finland hanterat motsvarande reformuppgifter och reser frågan vad Sverige kan lära av de andra länderna.<sup>1</sup>

## Finns det en nordisk modell?

Den nordiska välfärdsmodellen uppfattas vanligtvis som om den har ett antal gemensamma karaktärsdrag som innefattar relativt generösa socialförsäkringsförmåner, vård och social service av hög kvalitet som täcker ett brett spektrum av medborgarnas behov (se t.ex. Kautto 2010: 586-600). Men även om det finns en konvergens på den övergripande samhällsnivån ifråga om reforminriktning, så finns det betydande skillnader ifråga om servicestruktur.

Välfärdsstaten består ju i de nordiska länderna i praktiken av ett stort antal kommuner och andra lokala organ som ansvarar för medborgarnas välfärdstjänster. Hur tillämpningen av de olika vård- och stödformerna gestaltar sig avgörs inom ramen för ett komplicerat samspel mellan nationella policymål och lokala, mer eller mindre specifika förhållanden som varierar avsevärt mellan de olika länderna. Därtill kommer att välfärdspolitikens tillämpning också inrymmer ett stort antal organisationer med varierande uppdrag, regler och ibland motstridiga intressen vilket gör att utfallet av politiken är svår att förutse. Servicesystemet och stödformerna i respektive land är så mångfasetterade att det knappast går att sortera in respektive land i någon förutbestämd regimtyp (Rausch 2005, Melke 2010).

## Psykiatrireformen i ett policyperspektiv

I Sverige och Norge kan vi urskilja reformer riktade till personer med psykiska funktionsnedsättningar som beslutats och genomförts under en begränsad tidsperiod (psykiatrireformen från 1995 och framåt och Opptrappingsplanen 1999-2008), medan reformprocessen i Finland och Danmark har ett mer utdraget förlopp som gör det svårt att urskilja specifika reformer riktade mot just personer med psykiska funktionsnedsättningar. Policyns inriktning i Sverige var att målgruppen skulle kunna ”leva som andra”, kunna

<sup>1</sup>Artikeln baseras på forskningsrapporten Lindqvist, R, Bengtsson, S, Fredén, L, Larsen, F, Rosenberg, D, Ruud, T & Wahlbeck, K (2011) Från reformintention till praxis. Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden. Göteborg: NHVs Rapportserie 2011:4R.

ha valfrihet, integritet och självbestämmande. Enligt policyn skulle kommunerna se till att målgruppens boende, sysselsättning, fritid och sociala behov tillgodosågs, medan vårdorganisationens uppgift blev att enbart fokusera vård och behandling. I jämförelse med de andra nordiska länderna hade den svenska reformpolicyn till en början starkt fokus på funktionshinderaspekten, och mindre på vården och dess innehåll. Efterhand uppmärksammades brister i vården (framförallt av Nationell psykiatrisamordning) som t.ex. den låga tillgängligheten och det faktum att de olika vårdnivåerna inte synkroniserades med varandra. Reformen kom efterhand, från 2003 och framåt, att i ökad utsträckning uppmärksamma samhällsskyddet, dvs. att förhindra våldsbrott utförda av psykiskt sjuka personer, vilket antogs hänga samman med brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänsten. Även arbetslinjen, dvs. att insatser ska utformas så att de stärker den enskildes möjligheter till arbete, fick generellt en framträdande plats i socialpolitisk retorik, men i mindre grad i dess praktik (Markström 2003, Lindqvist, Markström & Rosenberg 2010, SOU 2006:100).

För att genomföra reformen tillämpades en kombination av styrning genom ekonomiska öronmärkta stimulansmedel, myndighetsstyrning och normstyrning. Styrning genom ny lagstiftning har inte praktiserats särskilt mycket i Sverige; inga radikala lagändringar har gjorts. Undantaget är en ny lag om tvång i öppenvård och att kommunerna enligt lag efter viss tid måste

betala vården för patienter i psykiatrisk heldygnsvård som av läkare bedömts utskrivningsklara. Normstyrningen innebar en kraftfull betoning på att målgruppen hade rätt att leva som andra i lokalsamhället. De lokala aktörerna fick stor frihet att själva bestämma vilken sorts verksamhet man skulle bygga upp (med hjälp av stimulanspengar till projekt och försöksverksamheter) för att nå målen. Ett annat inslag i styrningen var att Socialstyrelsen, som statlig myndighet, fick en central roll som förändringsagent för att förmedla, förankra och följa upp reformens policy. Staten stimulerade till kunskapsstyrning genom att stödja nätverk som sprider kunskap om relevanta behandlings- och samverkansformer.

I Norge gick Opptrappingsplanen i första hand ut på att skapa en ny organisationsstruktur för behandling på specialistnivå (sjukhus i de statliga helseforetakens regi) och lokalt i distriktspsykiatriska centra (DPS) och att bygga upp socialt stöd och psykiskt hälsoarbete i kommunerna. Men precis som i Sverige skedde styrning också genom öronmärkta pengar till i huvudsak kommunerna och till DPS och barn- och ungdomspsykiatri, BUP. Därigenom förväntades de respektive verksamheterna uppnå ett antal kvantitativa mål vad gäller vårdplatser, polikliniska konsultationer, fler anställda av olika yrkeskategorier. Opptrappingsplanen beskrevs i policydokumenten framförallt i sociala termer, vilket innebär att det inte förekom någon styrning av innehållet i vården och de sociala tjänsterna. Kommunernas uppgift

i sammanhanget blev att organisera ett psykiskt hälsoarbete (psykisk helsearbete). Arbetslivsinriktad rehabilitering, aktivering, betonades som en viktig aspekt i reformpolicyn, något som skulle ske i samarbete mellan de sociala myndigheterna och arbetsmarknadsmyndigheterna. Från 2006 organiserades detta inom ramen för en ny integrerad arbets- och välfärdsreform (NAV) (Larsen, Langeland & Ruud 2011).

I både Danmark och Finland finns lagstiftning av mer eller mindre detaljrikt slag för att styra reformprocessen. I Danmark höll reformarbetet på psykiatriområdet en låg profil ideologiskt sett. Avinstitutionaliseringen betraktades som en administrativ överföring av vårdplatser från staten till den lokala nivån (Bengtsson 2011). I Finland kan man urskilja dels en socialpsykiatrisk ideologi, där det centrala var att skapa möjligheter för social delaktighet för personer med psykiska funktionshinder, dels en bredare folkhälsoideologi (kombinerad med en läkardominerad diagnostisk kultur) som hävdade att psykisk hälsa skall betraktas som en del av folkhälsan. Begreppet ”mentaltvårdsarbete” är centralt i det finska reformarbetet. Till skillnad från Danmark har reformarbetet i Finland tydligare artikulats i sociala termer. I motsats till de andra nordiska länderna, har det i Finland sedan 1993 inte funnits öronmärkta statsbidrag riktade till mentalvården (Wahlbeck & Karlsson 2011).

## Hur översätts policymålen till konkreta vård- och stödinsatser?

I Sverige ligger tyngdpunkten i servicestrukturen på den psykiatriska helddygnsvård (slutenvård) som finns i alla landsting, och de, på sina håll, mer eller mindre intensiva öppenvårdsmottagningar under dagtid och mobila team som ger behandling och omvårdnad i patientens hem. Primärvården, som inkluderar bl.a. hälsocentraler, distriktsköterskemottagningar, mödra- och barnvårdscentraler finns också i sammanhanget, men har inte riktigt hittat sin roll. Mellanvårdsenheter, motsvarande de norska DPS och skadestuer i Danmark, är mycket sällsynta i Sverige (Sveriges kommuner och landsting, SKL 2010: 23-32).

Den verksamhet som de svenska kommunerna bedriver inom områdena sysselsättning och boende ter sig relativt ambitiösa jämfört med de övriga nordiska länderna. Sysselsättningsverksamheterna finns i nästan alla kommuner men har varierande ambitionsnivå: från träffpunkter till mer strukturerade aktiviteter. Gruppboende eller vanliga bostäder för personer med psykiska funktionsnedsättningar med stöd från personal från en näraliggande gemensamhetslokal har expanderat kraftigt. Boendestöd, ett flexibelt och diversifierat stöd till personer med psykisk ohälsa, som även omfattar stöd utanför bostaden är en annan kommunal stödform som expanderat under senare år. I merparten av kommunerna finns också personliga ombud för personer med ett omfattande psykiskt funktionshin-

der och med komplexa behov av vård och stöd. Det personliga ombudet har en fristående roll i förhållande till myndigheterna och ska tillsammans med klienten identifiera dennes behov och se till att olika huvudmän planerar, samordnar och genomför sina insatser (Socialstyrelsen 2011:2).

I Sverige finns samverkansproblem på flera nivåer: mellan specialistpsykiatri och primärvården, där det är svårt att i praktiken dra tydliga gränser mellan organisationernas uppgifter, mellan psykiatri och socialtjänsten och mellan socialtjänsten, socialförsäkringsmyndigheterna och arbetsförmedlingen. Ett problem som följer av bristande samarbete mellan socialtjänsten och arbetsförmedlingen är att det visat sig svårt att bereda målgruppen plats i mer arbetslivsinriktade åtgärder som leder till arbete på den öppna marknaden. Det finns framgångsrika försök med s.k. supported employment där utgångspunkten är placering i reguljärt arbete kombinerat med ett integrerat individuellt behovsanpassat stöd (Bond m.fl. 2008). I ett utpräglat fragmentiserat välfärdssystem som det svenska, där olika myndigheter har sina givna roller, har det visat sig svårt att tillämpa. De strikta tidsgränser som gäller för närvarande inom sjukersättningen, liksom kraven på att arbetsförmågan måste vara så nedsatt att personen inte kan ta något arbete på arbetsmarknaden, gör också att många personer med psykiska funktionsnedsättningar faller ur skyddsnätet och tvingas till försörjning via socialtjänsten. Olika försök att styra samverkan med stimulanspengar och liknande har

ofta visat positiva lokala resultat, men svåra att implementera på ett nationellt plan (Finsam, Sosam). Den lag om finansiell samordning, som finns sedan år 2004, har dock inneburit en ökad samverkan i form av samordningsförbund i vilka personal från landstinget, kommunen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen deltar. Samverkan mellan vården och socialtjänsten försvåras av de strukturförändringar som genomförts i vården under senare år. Förekomsten av beställar-utförarsystem, med upphandling av privata vård- och omsorgstjänster, förekomsten av hyrläkare i vissa delar av landet gör samverkan ytterst komplex och det uppstår ofta problem med kontinuiteten. Mångfalden av organisationer skapar ett komplext välfärdslandskap med ett virrvarr av gränser.

Den svenska servicestrukturen skiljer sig från den norska i det att specialistvården i Norge organisatoriskt är en del av de statliga hälsoföretagen (sedan 2002), likaså DPS (innefattande poliklinik, sängplatser, dagenheter och mobila team) och BUP, medan psykiskt hälsoarbete är en obligatorisk del av den kommunala verksamheten. Det psykiska hälsoarbetet, som kommunerna utför har i jämförelse med primärvårdens roll i Sverige en tydligare plats i servicestrukturen. Patienternas primärvårdsläkare (fastlege) har en central roll i det sammanhanget men de har i varierande grad levt upp till förväntningarna om att ha en tydlig roll i det psykiska hälsoarbetet. Tanken var också att kommunerna ska få vägledning från specialistsjukvården inom DPS-verksamheten – och att detta samarbete ska

formaliseras. Det finns ett uttalat mål att öka andelen inläggningar på akutavdelningar från DPS-systemet, och inte från primärvårdsläkarna; detta ses som en garant för en rationell arbetsfördelning så att DPS-enheterna först använder sina sängplatser - och när detta inte längre går ska patienten föras över till sjukhusvård. Sängplatserna på DPS-enheterna ska tas i anspråk av mindre resurskrävande patienter. DPS/BUP är också tänkt att vara en brygga mellan specialistnivån och det kommunala psykiska hälsoarbetet.

Jämfört med Sverige har Norge också kommit långt när det gäller att integrera arbetsförmedling, socialförsäkring och socialtjänst. Genom den s.k. NAV-reformen har dessa inordnats i nya enheter: dels genom samlokalisering, dels genom att de olika organisationernas uppgifter och utbud ska samordnas så att brukarens behov tillgodoses. En individuell plan upprättas för personen ifråga och det inrättas en s.k. ansvarsgrupp med personal som har ansvar för det psykiska hälsoarbetet, primärvårdsläkaren, NAV och någon representant från DPS.

I Finland finns krav i lagstiftningen på att olika myndigheter ska samverka i samarbetsgrupper lokalt, på distriktsnivå och på nationell nivå. För att motverka social utslagning sker samverkan i servicecenter för arbetskraft där socialvårdens, hälsovårdens och den lokala arbetsförvaltningens tjänster integreras i ett och samma center. Servicecentrens verksamhet har framförallt främjat samarbetet mellan socialvården och arbetskraftsbyråerna. Hälsovår-

dens tjänster inom servicecentren har upplevts som goda, men det behövs ett bättre samarbete med primärvården.

## Vad har reformerna betytt för patienterna och brukarna?

Från 1970-talet och framåt har det i Sverige skett en påtaglig minskning av vårdplatserna inom psykiatrin, utan att någon motsvarande minskning skett av andelen diagnostiserade personer med allvarlig psykisk sjukdom. Bland de nordiska länderna har neddragningen av slutenvårdsplatser gått längst i Sverige och Norge, likaså är antalet vårddygn (per 1 000 invånare) jämförelsevis lägst i dessa båda länder (NOMESCO 2010a: 277). Konsumtionen av psykofarmaka har överlag ökat i alla de fyra länderna. En svag ökning av antipsykotiska läkemedel (mätt som daglig dos per 1 000 invånare) märks under perioden 2004-2008 där Finland tar täten följt av Danmark, Norge och Sverige. När det gäller antidepressiva läkemedel ligger Sverige i topp följt av Danmark, Finland och Norge (NOMESCO 2010b: 94, 96).

Samtidigt som detta skett har särskilda boendeformer expanderat, särskilt de i privat regi, och andra former för stöd i boendet. Det har således skett en betydande förflyttning av ansvar från den psykiatriska slutenvården till kommunerna när det gäller gruppen personer med psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar. Tillgängligheten till psykiatrisk slutenvård är otillfredsställande; slutenvården är generellt sett mycket tungt belastad vilket påverkar



vårdmiljö och vårdinnehåll. Det senare är också relativt ensidigt och mobila team behöver byggas ut för att motsvara de krav på tillgänglighet som brukarorganisationer och patienter ställer (Socialstyrelsen 2009). Till skillnad från Danmark och Norge finns i Sverige inte något som motsvarar DPS, verksamheter för vistelse vid kortvariga sviktillstånd finns endast på några få platser. Boendestöd är den kommunala insats som utvecklats mest under åren efter det att reformen trädde i kraft. Det är ett diversifierat vardagsstöd som finns att tillgå främst under vardagar och sällan under kvällar och helger. Det har inslag av rehabilitering och återhämtning som är anpassat till brukarens specifika behov. Personligt ombud framstår som en stödform som har fungerat väl i Sverige. Det som tycks gynnsamt är främst det flexibla arbetssättet och att det är brukaren och ombuden som identifierar de problem man tillsammans har att lösa. Stödinsatser för att främja arbete och sysselsättning för personer med psykisk ohälsa ges av både arbetsförmedlingen och kommunen. Idag finns ett relativt stort utbud av sådana insatser till målgruppen jämfört med för tjugo år sedan, ändå är personer med psykiska funktionsnedsättningar en av de grupper som har lägst arbetsmarknadsdeltagande.

Det finns anledning att anta att tyngdpunktsförskjutningen från en institutionsbaserad psykiatri till en samhällsbaserad öppenvårdpsykiatri minskar stigmatiseringen av målgruppen när personerna finns i det öppna samhället vilket också gör vård och behandling

mindre stigmatiserande. Många patienter känner sig inte tillfreds med den ensidiga betoningen på psykofarmakabehandling; de förefaller mer nöjda när de får stödsamtal och är delaktiga i beslut om behandling, och när de känner att doktorn visar intresse för hela livssituationen. Bristande individuell planering och systematisk behovsbedömning och uppföljning är också ett problem, liksom brist på samordning av planering med andra insatser utanför verksamheten. Detta faller tillbaka på servicesystemets och stödinsatsernas fragmentariska karaktär, vilket också innebär att brukarnas behov tenderar att tolkas så att dessa stämmer överens med de stödinsatser som finns att tillgå.

## Slutsatser

Vad kan då Sverige lära av de andra nordiska länderna? På policynivå kan man konstatera att det i Sverige varit svårt att etablera ett helhetsperspektiv på vård och socialt stöd till personer med psykisk ohälsa. Det handlar dels om brister i samverkan mellan olika vårdnivåer, dels brister i samordningen mellan socialtjänst, primärvård, arbetsförmedling och försäkringskassan. Fokus ligger på olika komponenter och inte på helheten. Den styrning som tillämpats i Sverige har i hög grad varit inriktad på att åstadkomma förändrade normer angående normalisering, integrering, återhämtning, mer delaktighet och brukarinflytande, inom ramen för de ramlagar som finns. I tillägg till detta har en medveten strategi varit att på lokal nivå stimulera till att utveckla och genomföra projekt inriktade mot nya arbetsmodeller.

Servicesystemet i alla de fyra nordiska länderna bildar ett tämligen fragmentiserat välfärdslandskap som reformens tillämpare hanterat på olika sätt. I Norge och Finland försöker man hålla samman de insatser som målgruppen behöver inom ramen för psykiskt hälsoarbete respektive mentalvårdsarbete; i Danmark och Sverige används benämningar som socialpsykiatri som täcker (men knappast håller samman) de sociala insatser som ges lokalt. Trots att samverkan påbjuds eller möjliggörs enligt lagstiftning i de olika länderna är det svårt att finna framgångsrika etablerade exempel av rikstäckande karaktär. Den s.k. NAV-reformen i Norge kan, när den fått några år till på nacken, mycket väl visa sig vara ett sådant exempel och som Sverige kan lära av för att få till stånd ett reguljärt samarbete mellan vården, socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Detta skulle i förlängningen kunna stimulera till att en gemensam professionell kultur utvecklas. I ett svenskt perspektiv är det också en utmaning hur primärvårdens roll ska kunna bli mer tydlig och effektiv i vård- och stödsystemet: både i förhållande till slutenvård psykiatri och till socialtjänstens roller.

Ett annat dilemma för servicesystemet handlar om socialpsykiatriens roll och utformning och hur den ska kunna bli ett medel för att realisera normalisering och integrering. Socialpsykiatriens kunskapsbas, som tenderar att (för) bli svag jämfört med den biomedicinska expertkunskapen har ett stort behov av evidensbaserade arbetsmodeller. Socialpsykiatrien behöver också utveck-

las till att bli en drivkraft i återhämtningsprocessen (recovery) i form av en målmedveten psykosocial rehabilitering. Den tenderar nu att få stå tillbaka för en omsorgslogik trots att arbetslinjen gäller i alla länderna. Ytterligare en iakttagelse är att brukarinflytandet, som en strävan efter delaktighet har påbörjats, men det har inte institutionaliserats i vård- och stödsystemet som helhet och inte funnit sina strukturella former.

På individnivån får policyutformning, servicesystemets utformning och funktionssätt konsekvenser. I ett integrerat och koherent systemperspektiv skulle idealiskt sett en helhetssyn på brukarens behov råda, tillgänglighet till vård och stöd samt delaktighet i samhällslivet föreligga och tidiga och förebyggande insatser vidtas. Brukarinflytande i form av delat beslutsfattande (shared decision-making) skulle också vara en realitet när individ och servicesystem möts.

En paradox är att de beslut som gäller vård och stöd till personer med psykisk ohälsa som tagits i Sverige framstår som mer fragmentariska än i de andra nordiska länderna. De är varken mål- eller regelstyrda och de är inte föremål för någon handfast organisatorisk styrning i ett "top-down"-perspektiv. De svenska psykiatireformerna har omsatts i enskilda projekt och med ett stort antal försöksverksamheter som innebär stor osäkerhet för alla berörda, inte minst brukarna. Den norska reformen har en tydligare social plan för stöd till personer med psykisk ohälsa som inrymmer både ett uppifrån- och



ett underifrånperspektiv. Det första handlar om organisatorisk styrning av verksamheten och det andra om ökad tillgänglighet inom angivna områden.

Det behövs strukturella reformer för att komma tillrätta med dels fragmentiseringen, dels otydliga roller. Som Thornicroft och Tansella (2006: 166-168) hävdar, behövs en systemansats (system approach), en helhetssyn på psykiatriens utveckling från institutionaliserad till samhällsbaserat stöd.

I följande tabell illustreras ett systemperspektiv, där det finns en direkt koppling mellan policy, service och utfallet på individnivån. Den är ett sätt att ge svar på frågan: vad kan Sverige lära av andra nordiska länder? Vi har försökt sammanställa komponenter på varje nivå och inom vissa viktiga dimensioner, vilka kan betraktas som ”best practice”. Implementeringen av reformen i Sverige kan ses som ett resultat av en ideologisk men ”sek-

torsinriktad” förändring, utan någon tydlig och sammanhängande systeminriktning. I Sverige, har man utvecklat många effektiva och framgångsrika metoder (t.ex. boendestöd och personligt ombud) och finansierat många lokalt framgångsrika samarbetsprojekt, som sällan fått ett nationellt genomslag. Det som behövs är ett samhället systemperspektiv, som kan leda till en mer strukturellt framgångsrik och långsiktig förändring.

I Sverige har man kommit långt, när det handlar om minskad slutenvård och även utveckling av individinriktade vård- och stödsatser. Man har satsat stort med ekonomiskt stöd till många innovativa projekt och utbildning av personal. Det finns även en, för de nordiska länderna, unik fokus på konsekvenserna av psykisk sjukdom och en ideologisk inriktning mot full delaktighet i samhällslivet. Det som behövs nu är att skapa ett systemperspektiv som kan stå som en vision om

Tabell 1. Ett systemperspektiv på vård och stöd för personer med psykisk ohälsa.

Nivå		Dimension			
Policy (Nationell)	Systemsyn på psykisk ohälsa	Organisatorisk styrning (alt. ramlag och projekt)	Vision om återhämtning	Folkhälsoideologi (t.ex. Finland)	Brukarinflytande (RSMH osv.)
Servicesystem (Regional/Lokal)	Integrering & gemensam professionell kultur (alt. fragmentisering och specialisering)	Strukturella reformer (t.ex. DPS, NAV, mellanvårdsenheter) Samhällsbaserade uppsökande verksamheter (t.ex. ACT, PO)	Psykiatrisk rehabilitering och arbetslinje (t.ex. supported employment)	Mental hälsa i primärvård Förebyggande åtgärder, tidig intervention (t.ex. ”första hjälpen”)	Brukarmedverkan (t.ex. brukarrevision och råd)
Patient/Brukar-nivå	Helhetssyn på behov	Tillgänglighet & valfrihet	Delaktighet i samhällsliv Motverka stigma	Integrerad hälsovård (t.ex. enligt WHO)	Brukarperspektiv (t.ex. shared-decision making)

hur dessa viktiga pusselbitar kan bidra till en helhetssyn på individens behov av samhällsbaserad vård och stöd.

## Referenser

- Bengtsson, S (2011) Danmark venter stadig på sin psykiatrirreform. I: Lindqvist, R, Bengtsson, S, Fredén, L, Larsen, F, Rosenberg, D, Ruud, T & Wahlbeck, K Från reformintention till praxis. Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden. Göteborg: NHVs Rapportserie 2011:4R.
- Bond, G, Drake, R, Becker, D (2008) An update on randomized controlled trials of evidence based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2008;31:280-290.
- Karlsson, N & Wahlbeck, K (2011) Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990. I: Lindqvist, R, Bengtsson, S, Fredén, L, Larsen, F, Rosenberg, D, Ruud, T & Wahlbeck, K Från reformintention till praxis. Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden. Göteborg: NHVs Rapportserie 2011:4R.
- Kautto, M (2010) The Nordic Countries. I: Castles, F, Leibfried, S, Lewis, J & Obinger, H & Pierson, C (eds) *The Oxford Handbook of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press
- Kolstad, A & Hjort, H (2006) Mental Health Services in Norway. I: Olson, RP (ed.) (2006) *Mental Health Systems Compared. Great Britain, Norway, Canada and the United States*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- Larsen, F, Per Inge Langeng, P-I & Ruud, T (2011) Fra reformintention til praksis. Reformen for psykisk helse i Norge 1990-2010. I: Lindqvist, R, Bengtsson, S, Fredén, L, Larsen, F, Rosenberg, D, Ruud, T & Wahlbeck, K Från reformintention till praxis. Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden. Göteborg: NHVs Rapportserie 2011:4R.
- Lindqvist, R, Markström, U & D. Rosenberg (2010) *Psykiska funktionshinder i samhället*. Gleerups: Malmö.
- Markström, U (2003) *Den svenska psykiatrirreformen. Bland brukare, eldsjälare och byråkrater*. Umeå: Boréa.
- Melke, A (2010) *Mental Health Policy and the Welfare State. A Study on How Sweden, France and England addressed a target group at the Margins*. University of Gothenburg: Department of Public Administration.
- NOMESCO (2010a) *Health Statistics in the Nordic Countries with data from 2008*. Köpenhamn.
- NOMESCO (2010b) *Medicines Consumption in the Nordic Countries 2004-2008*. Köpenhamn.
- Rauch, D (2005) *Institutional Fragmentation and Social Service Variations. A Scandinavian Comparison*. Umeå University, Department of Sociology: Diss. No 41.
- Socialstyrelsen (2009) *Innehållet i den psykiatriska tvångsvården*.
- Socialstyrelsen (2010) *Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. Öppna jämförelser och utvärdering 2010*.
- Socialstyrelsen (2011) *Meddelandeblad Nr 5/2011. Statsbidrag till kommuner som inrättat verksamhet med personliga ombud till vissa personer med psykisk funktionsnedsättning*.
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning*.
- Sveriges kommuner och landsting, SKL (2010) *Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården*. Stockholm: SKL.
- Thornicroft, G & Tansella, M (2006) *The Mental Health Matrix. A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.